

Schubbe, Oliver / Püschel, Ines und Renssen, Monique

## **Spezielle Anwendungen von EMDR**

*Schubbe, Oliver (Hg.): Traumatherapie mit EMDR - Ein Handbuch für die Ausbildung, 2013 S. 185-209*

urn:nbn:de:bsz-psydok-48768

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

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

3. 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 978-3-525-46214-0

ISBN 978-3-647-46124-1 (E-Book)

© 2013, 2004, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen / Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

[www.v-r.de](http://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, Buchholz/Hamburg

Druck und Bindung: ©Hubert & Co, Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

# Inhalt

<b>Einführung</b> .....	9
<b>Was ist EMDR?</b> .....	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
<b>Beschreibung des Ausbildungsprogramms</b> .....	18

## Teil I: Theorie

(Karsten Gebhardt und Oliver Schubbe)

<b>1. Psychotraumatologie</b> .....	23
Geschichte der Psychotraumatologie .....	24
Moderne Traumaforschung .....	28
Definition des psychischen Traumas .....	44
Wie wirkt sich eine Extremsituation auf unsere Psyche aus? .....	47
<b>2. Posttraumatische Belastungsstörungen</b> .....	52
Definition und Diagnose .....	53
Epidemiologie .....	62
Erklärungsansätze .....	67
Behandlungsansätze .....	77
<b>3. Theoretische Erklärungsmodelle für EMDR</b> .....	88
AIP-Modell von Shapiro .....	88
Aufmerksamkeitsmodell .....	90

Lerntheoretisches Modell .....	91
Neurobiologisches Modell .....	92
<b>4. Indikationen/Gegenindikationen .....</b>	<b>94</b>
<b>5. Effektivitätsstudien .....</b>	<b>97</b>
Störungsspezifische Befunde .....	97
Neurophysiologische Befunde .....	102
Die Wirksamkeit von EMDR zur Behandlung posttraumatischer Störungen .....	103
EMDR als Behandlungsstandard für PTBS .....	105
Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden für PTBS ...	106
Basiert EMDR auf einem neuen Prinzip? .....	108

## Teil II: Praxis von EMDR

<b>6. Einordnung von EMDR in den allgemeinen Therapieprozess (Oliver Schubbe und Ines Püschel) .....</b>	<b>113</b>
<b>7. Phasen der EMDR-Behandlung (Oliver Schubbe und Ines Püschel) .....</b>	<b>116</b>
Phase 1: Anamnese und Behandlungsplanung .....	118
Phase 2: Stabilisierung und Vorbereitung .....	122
Phase 3: Einschätzung .....	128
Phase 4: Durcharbeiten .....	133
Phase 5: Verankerung .....	138
Phase 6: Körpertest .....	140
Phase 7: Abschluss .....	142
Phase 8: Neubewertung .....	145
<b>8. Therapeutische Möglichkeiten bifokaler Stimulierung (Ines Püschel) .....</b>	<b>152</b>
Bifokale Stimulierung zur Erinnerungsverarbeitung mit EMDR .....	153
Bifokale Stimulierung im assoziativen Suchprozess .....	153
Bifokale Stimulierung zur Akutentlastung in emotionalen Überforderungssituationen .....	155

<b>9. Der EMDR-Prozess</b> (Ines Püschel) .....	157
Der EMDR-Prozess und die Steuerung der emotionalen	
Distanz der Klientin zum belastenden Erinnerungsmaterial	157
Der EMDR-Prozess und der optimale Verarbeitungsbereich	159
Der EMDR-Prozess und seine therapeutischen	
Beeinflussungsmöglichkeiten .....	160
<b>10. Die Rolle der Therapeutin und ihr therapeutisches</b>	
<b>Werkzeug</b> (Ines Püschel und Oliver Schubbe) .....	162
Die Rolle der Therapeutin während einer ideal	
verlaufenden EMDR-Sitzung .....	162
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin vor Beginn	
des Prozesses zu distanziert ist (A) .....	166
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin vor Beginn	
des Prozesses emotional zu involviert ist (B) .....	169
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin während	
des inneren Prozesses auf Distanz geht (C) .....	171
Die Rolle der Therapeutin, wenn die Klientin während	
des inneren Prozesses emotional überflutet wird (D) .....	171
Die Rolle der Therapeutin, wenn der innere Prozess	
der Klientin blockiert ist (E) .....	176
<b>11. Spezielle Anwendungen von EMDR</b>	
(Oliver Schubbe, Ines Püschel, Monique Renssen) .....	185
EMDR nach kurz zurückliegenden Traumatisierungen .....	188
EMDR nach einmaligen Traumatisierungen .....	192
EMDR bei komplexen Traumatisierungen .....	194
EMDR bei Phobien .....	199
EMDR bei Zwangsstörungen .....	204
EMDR zur Ressourcenentwicklung und -installation .....	206
<b>12. Arbeitsmaterialien</b> .....	210
Checkliste zur Arbeit mit EMDR .....	212
EMDR-Standardprotokoll .....	214
EMDR-Standardprotokoll – Kurzfassung .....	216
EMDR-Sonderprotokolle .....	218
EMDR-Vorbereitung .....	230
EMDR-Evaluationsbogen .....	231



---

Fehlerquellen bei der Anwendung von EMDR .....	234
Gruppenübung (für Dreier-Gruppen innerhalb der Ausbildung) .....	236
Impact of Event Scale (IES) .....	238
Impact of Event Scale Revised (IES-R) .....	240
Lichtstrahlmethode .....	243
Sicherer Ort .....	246
5-4-3-2-1-Methode .....	248
1-2-3-4-5-Methode .....	254
Lehrmodul »Einstellen der optimalen inneren Distanz« ...	255
Techniken zur Distanzierung und Flashback-Kontrolle ....	256
Techniken zur Erdung (Grounding) .....	257
<b>Literatur</b> .....	<b>259</b>

# 11. Spezielle Anwendungen von EMDR

(Oliver Schubbe, Ines Püschel und Monique Renssen)

Nach traumatischen Erlebnissen können sich neben der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung verschiedene klinische Störungsbilder entwickeln. Diese lassen sich in Abhängigkeit von der individuellen Bewältigungsform schematisch vereinfacht beschreiben (Tab. 12).

**Tabelle 12:** Klinische Störungsbilder neben PTBS

Ursache	Form der Bewältigung	klinisches Bild		Verarbeitung in Abhängigkeit von der individuellen Form der Bewältigung
Traumatisches Erleben	Trennung der Emotion von der Erinnerungsszene mit Verschiebung auf andere konkrete Auslöser	Emotionen, z. B. Ängste, werden bewusst wahrgenommen.	➤ Phobien	
Traumatisches Erleben	Trennung der Emotion von der Erinnerungsszene	Emotionen, z. B. Ängste, werden bewusst wahrgenommen.	➤ Panik ➤ generalisierte Angststörung	
Traumatisches Erleben	Trennung der Emotion von der Erinnerungsszene	Emotionen, z. B. Ängste, werden nicht bewusst wahrgenommen.	Je nach individuellem Kompensationsmuster können entstehen: ➤ Suchtverhalten ➤ Zwangsstörungen ➤ Essstörungen ➤ ...	

Die Prädisposition einer Persönlichkeit ist geprägt vom Alter bei der Traumatisierung, den Entwicklungsbedingungen und individuellen Entscheidungen, den erlernten Reaktions- und Denkmustern und ihren Fähigkeitsausprägungen. Traumatisierte Menschen sind daher in unterschiedlichem Maß in der Lage, den erlebten

**Annehmen können, was ist**

Situationen und deren Bedeutung für die eigenen Gefühle und Überzeugungen ins Auge zu blicken. Nur wenn es den Überlebenden gelingt, das Geschehene in seiner Existenz und seinen Folgen anzuerkennen, ist es möglich, dass Ursache und persönliche Auswirkung bewusstseinsmäßig gekoppelt bleiben. In diesem Fall kommt es zu deutlich weniger sekundären psychischen Veränderungen, die sich sonst durch die notwendig werdenden Kompensations- und Schutzprozesse entwickeln.

Im Folgenden wird die Anwendung von EMDR und einfacher bifokaler Stimulierung bei den verschiedenen posttraumatischen Störungsbildern beschrieben.

In einigen Fällen wird auch bei anderen Störungsbildern das Standardprotokoll verwendet. In den meisten Fällen existieren Sonderprotokolle, die sich hauptsächlich in dem Punkt der Behandlungsplanung vom Standardprotokoll unterscheiden.

**Behandlungs-  
planung  
im Standard-  
protokoll**

Die Behandlungsplanung mit dem Standardprotokoll umfasst für jedes Ausgangsthema drei Stufen:

- (1) symptomverursachende *Erinnerungen*,
- (2) gegenwärtige *Auslösesituationen* und
- (3) *Zukunftsvorstellungen* und *Verhaltensmuster*.

Die Variationen des Standardprotokolls in den Sonderprotokollen können Tabelle 13 entnommen werden. Die entsprechenden Sonderprotokolle finden Sie bei den Arbeitsmaterialien.

**Tabelle 13:** Mögliche Sonderanwendungen von EMDR

<b>Anwendung bei</b>	<b>Einsatz von</b>	<b>Besonderheiten der Behandlungsplanung</b>
Einmaltraumatisierungen	Standardprotokoll	
blockierenden Verhaltensmustern	Standardprotokoll	
kurz zurückliegenden Traumatisierungen	Sonderprotokoll -	(1) schlimmster Teil (wenn spontan genannt) (2) Chronologie der Ereignisse (3) jeder noch bedrohliche Teil (4) Auslösesituationen

<b>Anwendung bei</b>	<b>Einsatz von</b>	<b>Besonderheiten der Behandlungsplanung</b>
Phobien/ Panikattacken	Sonderprotokoll	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Angst vor der Angst</li> <li>(2) Körperfokus weglassen</li> <li>(3) Erinnerungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• das erste Mal</li> <li>• das schlimmste Mal</li> <li>• das letzte Mal</li> <li>• zuletzt die Körperkorrelate</li> </ul> </li> <li>(4) Auslösesituationen</li> <li>(5) Zukunftsvorstellungen</li> <li>(6) Realkonfrontation</li> </ol>
Sucht/Zwang	Sonderprotokoll	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) unbewusste Verhaltensmuster aufdecken</li> <li>(2) Vorstellung davon, was von der Abstinenz abhält</li> <li>(3) Vorstellung des Suchtdrucks</li> <li>(4) ursächliche Ängste/Denkmuster, traumatische Erfahrungen</li> <li>(5) gegenwärtige Auslösesituationen</li> <li>(6) Zukunftsvorstellungen von gewünschten Verhaltensmustern</li> </ol>
psycho- somatischen Erkrankungen	Sonderprotokoll	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Erinnerungen/Auslösesituationen/ Zukunftsängste bezüglich <ul style="list-style-type: none"> <li>• krankheitsbedingter Einschränkungen</li> <li>• sozialer Krankheitsfolgen</li> <li>• Erfahrungen mit der Medizin</li> </ul> </li> <li>(2) innerer Film der nächsten ein bis fünf Jahre</li> </ol>
chronischem Schmerz	Sonderprotokoll	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) aktuelle Schmerzempfindung</li> <li>(2) Leben ohne Schmerz</li> </ol>
übermäßiger Trauer	Sonderprotokoll	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) die aktuellen Vorfälle, z. B. Leiden, Tod</li> <li>(2) sich aufräuhende Erinnerungen</li> <li>(3) Auslösesituationen, Träume</li> <li>(4) Selbstvorwürfe, ambivalente Gefühle, Konflikte mit dem Verlorenen, falsch gerichtete Wut, unverarbeitete Verluste</li> <li>(5) dazugehörige traumatische Ursprungserinnerungen</li> </ol>
Ich-Stärkung		<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Finden notwendiger Ressourcen</li> <li>(2) Verankerung entwickelter innerer und äußerer Ressourcen</li> </ol>

## EMDR nach kurz zurückliegenden Traumatisierungen

### Inhaltliche Besonderheiten

noch keine  
kognitive  
Verfestigung

Liegen traumatische Erfahrungen nur wenige Tage oder Wochen zurück, sind sie noch sehr sinnesnah und weniger kognitiv repräsentiert, das heißt, es sind damit auch weniger starre dysfunktionale Überzeugungen verknüpft. Die einzelnen Erlebnissequenzen (z. B. ich sehe das Auto auf mich zukommen, ich spüre, wie ich von der Fahrbahn abkomme, ich komme wieder zu mir und kann mich nicht bewegen, ich liege im Krankenwagen, ich bekomme die Narkose, ich ärgere mich über meine Krankenkasse) sind außerdem kognitiv nicht miteinander verknüpft, sondern repräsentieren jeweils einen eigenständigen Erlebnisteil. Dadurch wird eine Bearbeitung der einzelnen Sequenzen im Zusammenhang nötig.

schnell  
reaktivierbare  
Affekte

Gleichzeitig sind die Affekte nach dem Erlebnis noch dicht an der Oberfläche und damit leicht reaktivierbar. Die Überlebenden haben selber häufig ein starkes Bedürfnis, über ihr Erlebnis zu sprechen, um es fassbar und damit kontrollierbar zu machen.

noch  
unzureichende  
Schutzmecha-  
nismen

Dieses Redebedürfnis entlastet sie auf der einen Seite, auf der anderen Seite birgt es – besonders, wenn es therapeutisch mit den normalen Gesprächstechniken begleitet wird (Spiegeln, Vertiefen, Gefühle ansprechen) – die Gefahr einer emotionalen Überflutung. Die Fähigkeit zum Stoppen des Rede- und Erinnerungsflusses ist in dieser Phase oft noch ungenügend ausgebildet, ebenso wie sonstige, später gewohnheitsmäßig abrufbare Schutzmechanismen.

### EMDR-spezifische Besonderheiten

belastendster  
Moment

(1) Den Beginn des EMDR-Prozesses stellt die Durcharbeitung des belastendsten Teils des Erlebnisses dar, wenn die Klientin diesen *spontan* erwähnt.

Gesamtablauf  
chronologisch  
durchgehen

(2) Erfolgt dies nicht, beginnt die Therapeutin mit dem inneren Prozess zum *Gesamtablauf* des traumatischen Erlebnisses. Die Vorgabe durch die Therapeutin ist dabei, dass sich die Klientin während der bilateralen Stimulierung die gesamte Sequenz möglichst chronologisch vorstellen soll.

Diese Vorgabe stellt aber nur einen Wegweiser dar. Wenn der innere Prozess der Klientin anders verläuft, hat das natürlich Vorrang. Wann immer die Klientin mit einer Assoziationskette am Ende ist, wird wieder zum Anfang zurückgegangen, bis sich die Klientin den gesamten Ablauf von Anfang bis Ende vorstellen kann und die Belastung dabei deutlich gesunken ist. Oft ist es sinnvoll, ohne die Herausarbeitung der Negativen und Positiven Selbstüberzeugung mit dem inneren Prozess zu beginnen. Die Klientinnen sind häufig schon so schnell mitten in ihren Erinnerungen, dass hier die anfängliche Belastungsreduktion im Vordergrund steht. Erst nach mehreren Durchgängen, wenn sich die Anfangsaffekte etwas beruhigt haben, wird wieder das gesamte Protokoll durchgearbeitet.

**Belastungs-  
reduktion**

- (3) Danach werden alle nun noch bedrohlichen Teile des Erlebnisses erfragt und einzeln in gesonderten Protokollen durchgearbeitet.
- (4) Zum Abschluss werden potenzielle oder reale Auslösesituationen identifiziert und bearbeitet, analog zum Standardprotokoll.

**alle noch bedroh-  
lichen Teile**

**Auslöse-  
situationen**

Die Herausarbeitung der Negativen und Positiven Selbstüberzeugung ist zwar Bestandteil des Behandlungsschemas, hat aber bei weitem nicht die übergreifende Bedeutung wie bei sonstigen Traumabearbeitungen.

**keine kognitive  
Arbeit**

Nutzen Sie spontan auftauchende Selbstüberzeugungen. Ansonsten gehen Sie im Protokoll einfach zum nächsten Punkt über.

**Beispiel: Beginn des EMDR-Prozesses bei kurz zurückliegenden Traumatisierungen (Bearbeitung des schlimmsten Teils bei einer bereits bekannten Klientin)**

**Therapeutin:** Woran wollen Sie heute arbeiten?

**Klientin:** Mir ist gestern etwas ganz Schlimmes passiert. Ich arbeite doch in dieser Bank, und da kam dieser Mann rein, mit einem Gewehr in der Hand. Das hat er mir die ganze Zeit an den Kopf gehalten ...

**Beispiel**

Therapeutin: O. k. Wie fühlen Sie sich bei diesen Erinnerungen?

Klientin: Ich sehe mich da immer noch liegen. Ich hab gedacht, jetzt ist alles vorbei und wie sollen nur die Kinder damit klarkommen. Ich hatte schreckliche Angst.

Therapeutin: Wo spüren Sie das jetzt in Ihrem Körper?

Klientin: Ich zittere total. Mein Herz rast und mir ist ganz schlecht.

Therapeutin: O. k. Ich werde jetzt mit der Stimulierung beginnen. Setzen Sie sich bitte schräg vor mich. Sie kennen das ja schon. Bitte versuchen Sie alles geschehen zu lassen, was passiert, und beobachten Sie es nur. Sie können den Prozess jederzeit durch ein Handzeichen stoppen. Wollen Sie beginnen?

Klientin: Ja.

Therapeutin: Gut. Dann denken Sie bitte jetzt an diese Situation ...

*Beginn der Augenbewegungen .....*

*Nachdem sich die Belastung des schlimmsten Moments aufgelöst hat, beginnt das chronologische Durchgehen des Überfalls.*

Therapeutin: Was haben Sie kurz vor diesem Überfall gerade gemacht?

Klientin: Ich habe gerade Geld im Kassenraum gezahlt. Meine Kollegin, die Bärbel, stand hinter mir und erzählte mir von ihrem Enkel, der gerade laufen lernt.

Therapeutin: Und als der Mann wieder weg war, was war da?

Klientin: Ich lag ja noch mit dem Kopf auf dem Boden und hab mich gar nicht getraut, hochzusehen. Dann hat der Filialleiter gerufen: »Er ist weg. Ich rufe jetzt die Polizei.« Die kam dann auch ziemlich schnell und hat uns alle befragt. Anschließend haben wir gleich Inventur gemacht und alles überprüft. Das war wohl das Beste, einfach weiterzumachen, als sei nichts passiert. Jedenfalls hat das

der Polizist auch gesagt. Abends bin ich dann nach Hause und habe alles meinem Mann erzählt.  
 Therapeutin: Bitte gehen Sie jetzt in Gedanken den Überfall noch einmal vom Moment des Geldzählens bis zum Abend zu Hause durch. «  
*Beginn der Augenbewegungen .....*

Es wäre unnötig und für die Klientin unnötig belastend, sich vor der Durcharbeitung den gesamten Ablauf erzählen zu lassen. Was Sie für eine professionelle Arbeit kennen müssen, ist ein Anfang und ein Ende der Situation.

Im Gegensatz zur Verarbeitung länger zurückliegender Traumatisierungen, bei der eine größtmögliche Vertiefung der traumatischen Erinnerung angestrebt wird, um einen guten gegenwärtigen Kontakt zum belastenden Material zu bekommen, kann bei kurz zurückliegenden traumatisierenden Erfahrungen am Anfang des inneren Prozesses auf eine zusätzliche Fokussierung und emotionale Vertiefung verzichtet werden. Gearbeitet wird lediglich mit dem, was die Klientin spontan berichtet, ohne nachzufragen.

**keine emotionale Vertiefung**

Ist die affektive Belastung anfangs sehr hoch, kann es helfen, die Klientin zu bitten, beim Durcharbeiten die Augen offen zu halten und/oder alles laut zu erzählen.

Wann immer sich Anzeichen einer drohenden emotionalen Überflutung zeigen, stoppt die Therapeutin die Klientin, lenkt ihre Aufmerksamkeit wieder in die Gegenwart, auf den Kontakt zu ihr und auf die Frage nach aktuell Hilfreichem.

**drohenden Kontaktverlust rechtzeitig stoppen**

Häufiger als in sonstigen Prozessen muss mit starken Abreaktionen gerechnet werden. Seien Sie darauf vorbereitet, um die Klientin mit Ihrem Vertrauen und Ihrer Sicherheit hindurchführen zu können.

**Vertrauen**

Ganz besonders wichtig ist hier der konkrete sichere Abschluss, zum Beispiel mit einer Besprechung des Nachhausewegs, der Aktivitäten in den nächsten Stunden und der Aufzählung von hilfreichen Menschen und Dingen.

**sicherer Abschluss**

In Fachkreisen werden die Möglichkeiten, EMDR bei kurz zurückliegenden Traumata einzusetzen, kontrovers diskutiert. Hier wurden die Standpunkte der Autoren wiedergegeben.

**kontroverse Diskussion**



## EMDR nach einmaligen Traumatisierungen

### Inhaltliche Besonderheiten

<b>Merkmale einer Einmaltraumatisierung</b>	<p>Im Allgemeinen wird von einer Einmaltraumatisierung gesprochen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Ereignis tritt einmalig auf und kommt völlig unerwartet.</li> <li>– Das traumatische Ereignis hat einen klaren Anfang und ein klares Ende.</li> <li>– Es liegt außerhalb der normalen Alltagserfahrungen.</li> <li>– Es ist mit starker Gewalteinwirkung/Einwirkung starker Stressoren verbunden (z. B. Konfrontation mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod, mit ernsthaften Verletzungen oder Gefahren). Beispiele dafür sind lebensbedrohliche Diagnosen, Vergewaltigung, Geiselnahme, sehr schwere Verletzungen bei Unfällen. Je nach Verarbeitungsphase und Persönlichkeit können bei einer Posttraumatischen Reaktion oder Belastungsstörung bei den Klientinnen zwei grundsätzliche Reaktionsmöglichkeiten zu finden sein:</li> </ul>
<b>Kompensation</b>	<p>(1) <i>stabiler, kompensierter Zustand:</i></p> <p>Die Klientin hat das traumatisierende Ereignis gut »weggeschlossen«. Sie befindet sich mit ihrer Aufmerksamkeit meist im Alltag, der verschiedene kompensatorische und Energie raubende Handlungen beinhaltet. Durch das Trauma verursachte Symptome werden häufig ignoriert, bagatellisiert oder anderen Ursachen zugeschrieben. Diese Klientinnen suchen eine Psychotherapie oft nur auf, wenn in einer Überflutungsphase die Symptombelastung drastisch ansteigt oder wenn sie durch Partner/Partnerinnen oder Freunde/Freundinnen dazu gedrängt werden.</p>
<b>Dekompensation</b>	<p>(2) <i>instabiler, dekompensierter Zustand:</i></p> <p>Hier stehen starke unkontrollierbare Affekte/Stimmungen für die Klientin im Vordergrund. Die kompensatorischen Mechanismen versagen bei geringfügigen Anlässen.</p>

## EMDR-spezifische Besonderheiten

Vor der Anwendung des EMDR-Protokolls werden traumatische Ereignisse möglichst eindeutig vom Kontext abgegrenzt und damit besser bearbeitbar gemacht. Alle anderen Bedingungen und Verknüpfungen werden nur davor und danach miteinbezogen und finden im EMDR-Prozess nur insofern Beachtung, als sie während des inneren Prozesses der Klientin auftauchen können.

**künstliche  
Reduktion**

Für die Behandlung komplexer Traumatisierungen ist diese Segmentierung und Isolierung von Ausgangsthemen geradezu Voraussetzung für das Durcharbeiten der dann isolierten Themen. Lassen sich Ereignisse nicht voneinander trennen, werden sie durch die Zusammenfassung in *Ereignisbündeln* strukturiert.

**Bündelung von  
zusammenhän-  
genden Erfahrun-  
gen**

Die Bearbeitung von Einmaltraumata mit einem stabilen Zustand der Klientin als Ausgangspunkt entspricht daher dem Standardprotokoll in seiner Dreiteilung: Bearbeitung der symptomverursachenden Erinnerungen, der gegenwärtigen Auslösesituationen und der Zukunftsvorstellungen bezüglich der gewünschten Gefühle oder Verhaltensmuster.

**Anwendung des  
Standardproto-  
kolls**

Beindet sich die Klientin in einem instabilen Zustand, ist eine ausreichende emotionale Stabilität erst gemeinsam herzustellen, zum Beispiel über die folgende Schritte:

akute Belastungsreduktion mittels bifokaler Stimulierung  
Situationsklärung (eventuell mittels bifokaler Stimulierung)

Was brauche ich jetzt?



Was sind die nächsten Schritte, um mich zu stabilisieren?



Was brauche ich noch, um mich mit den ursächlichen  
Erinnerungen konfrontieren zu können?

Ein detaillierteres Vorgehen ist im Kapitel EMDR zur Ressourcenentwicklung und Installation (S. 206ff.) beschrieben.

**emotionale  
Stabilisierung mit  
EMDR**

Die Wirksamkeit von EMDR ist speziell für Einmaltraumatisierungen wissenschaftlich mehrfach belegt. Werden alle beschriebenen Anwendungsgrundsätze innerhalb der Bearbeitung umgesetzt, kommt es häufig zu einer raschen Verarbeitung der ursächlichen Erinnerungen.

## EMDR bei komplexen Traumatisierungen

### Unterschiede zu einmaligen Traumatisierungen

Die Schwierigkeiten bei komplexen Traumatisierungen gegenüber einmaligen Extrembelastungen liegen

- zum einen in der Vielzahl, der Dichte und der Intensität der einzelnen traumatischen Erfahrungen und
- zum anderen im Ausmaß möglicher Entwicklungsdefizite hinsichtlich der emotionalen Entwicklung, der Intelligenzentwicklung, auf ich-struktureller Ebene und hinsichtlich der sozialen Kompetenz.

Im Moment des Geschlagenwerdens zum Beispiel existieren nicht nur Empfindungen des Schmerzes und der Hilflosigkeit, es fehlen auch die liebevolle Zuwendung und das Modell eines adäquaten Gefühlsausdrucks beziehungsweise einer konstruktiven Konfliktlösung.

Wozu führen die oben genannten Merkmale komplexer Traumatisierungen nun im Einzelnen? (Tab. 14).

**Tabelle 14:** EMDR bei komplexen Traumatisierungen

Merkmals	Auswirkung generell	Auswirkungen auf den EMDR-Prozess
<i>Vielzahl/Dichte</i> der traumatisierenden Einzelereignisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• starke emotionale und handlungsspezifische Verwobenheit der Ereignisse</li> <li>• Vermischung der erlebten Affekte</li> <li>• Abspaltung der Affekte/Verlagerung in somatische Symptome</li> <li>• Globalisierung der Empfindungen (»Mir geht es schlecht.«)</li> <li>• schwierige Isolierbarkeit bei gleichzeitig generalisierter Auslösbarkeit und großer Festigkeit der zu bearbeitenden Affekte und Körperempfindungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es kommt oft zu Schwierigkeiten beim Identifizieren, Abgrenzen und Fokussieren <i>eines</i> Ausgangsthemas. Eine Möglichkeit dazu finden Sie in den Arbeitsmaterialien.</li> <li>• Das oft auftretende gleichzeitige Antriggern mehrerer globaler Bereiche durch eine Ausgangssituation führt zu erneutem Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitserleben oder zu raschen dissoziativen Reaktionen.</li> <li>• Es gibt selten schnelle, emotional klar spürbare, motivierende Therapieerfolge.</li> </ul>

Merkmal	Auswirkung generell	Auswirkungen auf den EMDR-Prozess
<i>Intensität der erlebten Emotionen/Reaktionen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erlernen und Automatisieren komplexer Schutzmechanismen (Spaltung, Dissoziation, Ablenkung)</li> <li>• Grundlegende Erfahrungen von Vertrauen und Sicherheit können fehlen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Identifizierung und Bewusstmachung sowie Kontrolle dieser Schutzmechanismen erfordert in der Therapie viel Zeit und Aufmerksamkeit.</li> <li>• Ansonsten führen sie zu Blockaden im inneren Prozess und verhindern die Verarbeitung der zugrunde liegenden Erfahrungen.</li> <li>• Die Herstellung der notwendigen Vertrauensbasis und die abrufbare Erfahrung eines Sicheren Ortes als Voraussetzung für den Verarbeitungsprozess sind deutlich schwieriger zu erreichen.</li> <li>• Die Erfahrungen der Klientinnen können zu einer massiven emotionalen Überforderung der Therapeutin führen, die daraufhin ihre eigenen Schutzmechanismen entwickeln muss und so den Therapieprozess behindert.</li> </ul>
<i>Ausmaß möglicher Einschränkungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlegende lebensnotwendige Fähigkeiten oder deren Wissensbasis wurden nur teilweise oder überhaupt nicht entwickelt (z. B. Durchsetzungsfähigkeit, Körperwahrnehmung, Selbstregulierungsfähigkeiten).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die therapieinterne Entwicklung/Förderung entsprechender Fähigkeiten kann Voraussetzung für eine mögliche Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen sein.</li> </ul>

## Vorgehen zur Isolierung eines Ausgangsthemas bei komplexen Traumatisierungen

An dieser Stelle wird ein mögliches Vorgehen zur Isolierung eines Ausgangsthemas bei komplexen Traumatisierungen beschrieben. Die Grundidee des Isolierens von emotionalen Grundthemen und deren Zurückführung auf Ursprungserinnerungen wurde von Schubbe auf der EMDR Konferenz in Frankfurt, 2002, vorgestellt.

### Isolierung eines Ausgangsthemas bei komplexen Traumatisierungen

*Ausgangspunkt* ist die Situation, dass die Klientin mit einem scheinbar unauflösbaren Knäuel von belastenden Erinnerungen, Gefühlen und dysfunktionalen Verhaltensmustern vor der Therapeutin sitzt. Die Klientin hat Angst, einen beliebigen Faden aus dem Knäuel herauszugreifen, weil sie befürchtet, sofort von allen damit verbundenen Erfahrungen überflutet zu werden.

*Ziel* ist es, den ersten Faden hinreichend von allen anderen zu isolieren, um ihn dadurch zugänglich zu machen. Das folgende Beispiel soll zu eigenen Ideen anregen.

## Anleitung

*Wenn Sie an all ihre belastenden Erfahrungen mit allen Auswirkungen bis heute denken würden, würden Sie es sich wahrscheinlich nur sehr schwer vorstellen können, diesen Berg jemals abarbeiten zu können. Mit solch einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit lässt es sich jedoch nur schwer beginnen. Je länger der Weg ist, desto hilfreicher ist es, sich zunächst auf den ersten Schritt zu konzentrieren. Wir werden nie mehr tun als einen Schritt nach dem anderen – und eines Tages werden wir bemerken, dass wir den Berg überwunden haben. Damit Ihnen dafür nie die Kraft fehlt, werde ich Sie immer wieder an Ihre hilfreichen Erfahrungen erinnern, die sich gern hinter den belastenden verstecken.*

*Das, was wir heute gemeinsam schaffen wollen, ist, den ersten Schritt, der jetzt getan werden muss, herauszufinden.*

*Ich habe hier Kärtchen vorbereitet, auf die Sie bitte zunächst entscheidende belastende und hilfreiche Erfahrungen aus Ihrem Leben stichpunktartig notieren sollen.*

*Symbolisieren Sie diese belastenden und hilfreichen Erinnerungen nun durch Zuordnung einer Überschrift. Ordnen Sie jetzt jeder Erinnerung*

*eine für Sie passende Farbe zu. Für Sie ähnliche Erfahrungen sollten dabei möglichst die gleiche Farbe erhalten.*

*Legen Sie jetzt alle Kärtchen mit der gleichen Farbe übereinander und fügen Sie sie zu Erfahrungspaketen zusammen (zusammenbinden, Büroklammer o. Ä.).*

*Stellen Sie sich mitten in den Raum und trennen Sie die einzelnen Pakete nun optisch von den anderen, zum Beispiel indem Sie sie einfach in den Raum werfen, sie zufällig verteilen oder bewusst im Raum anordnen.*

*Beschriften Sie jetzt die einzelnen Pakete, wenn möglich nach dem hauptsächlich mit dieser Erfahrungen verbundenem Gefühl.*

*Wählen Sie nun ein erstes Erfahrungspaket aus. Lassen Sie dabei Ihr Gefühl entscheiden, welches Paket sich gerade am stimmigsten anfühlt. Sie können mit einem belastenden, aber auch mit einem hilfreichen beginnen.*

(Wenn die Klientin bei der Auswahl beraten werden will, können Sie ihr sagen, dass die emotionale Ladung früherer Erfahrungen jeweils spätere Erlebnisse mitbeeinflusst. Deshalb kann es günstig sein, mit den lebensgeschichtlich früheren Erinnerungen zu beginnen.)

Jetzt können Sie mit dem ersten EMDR-Prozess beginnen. Nutzen Sie dafür das Standardprotokoll.

## Zum Umgang mit selbstschädigendem Verhalten

Bei der therapeutischen Arbeit mit komplex traumatisierten Klientinnen ist es notwendig, die Fähigkeit der Klientin zu Selbstschutz und Selbstberuhigung aufmerksam im Auge zu behalten. Viele von ihnen haben gelernt, mit selbstzerstörerischen und selbstverletzenden Handlungen die Phasen der Ruhe und Entspannung zu vermeiden und Phasen der Übererregtheit zu kontrollieren, um so die Gefahr von Flashbacks gering zu halten. Wenn multipel traumatisierten Menschen ihre kompensatorische Ablenkung und Außenorientierung beziehungsweise deren Funktion genommen wird (z. B. durch Erschöpfung oder körperliche Zusammenbrüche) oder die Spannungen unerträglich werden, werden vielfach selbstschädigende Handlungen zur Flashbackkontrolle eingesetzt. Dazu zählen zwanghaftes Essverhalten, verstärkte Unfallneigung und Selbstver-

**selbstschädigen-  
des Verhalten**

letzungen, wie sich schneiden, verbrennen, zunähen bis hin zu Verstümmelungen.

**suizidales  
Verhalten**

Oft sind diese Verhaltensweisen für die Betroffenen selbst stark scham- und schuldbesetzt, und sie fühlen sich ihnen hilflos ausgesetzt. Deshalb sprechen sie häufig gar nicht oder aber erst sehr spät darüber. Da selbstzerstörerische Handlungen leicht in Suizidversuche übergehen können, sollte deshalb bereits in der Anamnese detailliert nach ihrem Vorhandensein geforscht werden.

**akzeptieren  
beobachten  
fragen  
ansprechen**

Schaffen Sie ein therapeutisches Klima, in dem es für die Klientin möglich wird, sich Ihnen zu öffnen.

Stellen Sie präzise Fragen, zum Beispiel:

- Wie verhalten Sie sich bei Gefühlen von Langeweile und Ruhe?
- Wie gehen Sie mit starker Unruhe und Getriebensein um?
- Wie häufig treten solche Gefühle bei Ihnen auf?
- Haben Sie sich schon jemals durch aktive oder passive Handlungen selbst geschädigt (Rauchen, Alkohol, Drogen, Unfälle, Selbstverletzungen, Prostitution usw.)? Wenn ja, wie sieht das in der letzten Zeit damit aus?
- Haben Sie jemals Suizidversuche geplant oder durchgeführt? Wenn ja, wann das letzte Mal? Wie verhält es sich gegenwärtig damit?

Geben Sie Ihrer Klientin zu verstehen, dass Sie wissen, dass viele traumatisierte Menschen zu solchen Handlungen greifen, und dass Ihnen auch bewusst ist, dass sie oft nicht darüber reden können.

Machen Sie ihr deutlich, dass diese Mechanismen ihr bisher das Überleben gesichert haben und sie deshalb Anerkennung verdient.

Falls Sie Anzeichen von gegenwärtigen Selbstverletzungen oder konkrete Suizidabsichten beobachten, sprechen Sie diese Beobachtungen konkret an. Führen Sie die Arbeit mit EMDR, falls Sie sie schon begonnen haben, nicht weiter, bevor Sie nicht gemeinsam mit Ihrer Klientin eine klare und wirksame Kontrolle der selbstverletzenden Handlungen erreicht haben.

**Kontroll-  
techniken**

Folgende Kontrolltechniken können dabei hilfreich sein (Huber 1998):

- Aufstellen eines Selbstschutzvertrags (»Wenn ich den Impuls bekomme zu ..., dann werde ich mich selbst versuchen zu schützen, indem ich ...«)

- gemeinsame Erarbeitung einer Hilfsliste (»Wer kann wie helfen?«),
- Erarbeitung einer individuellen Abreaktionsliste (»Was kann ich tun, wenn ich wütend, verzweifelt ... bin, statt mich selbst zu verletzen oder umzubringen?«)

**Affekt-  
management**

Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit mit diesen Techniken ist eine detaillierte Impulswahrnehmung und Impulseinordnung durch die Klientin. Worauf reagiere ich wie? Was hilft mir? Was entlastet mich? Wann habe ich noch Kontrolle? Wann kann ich noch eingreifen? Welche anderen Reaktionen stehen mir zur Verfügung?

Auf dem Weg nach Antworten kann die Unterstützung mit bifokaler Stimulierung als Suchprozess zur Aufdeckung von dysfunktionalen Verhaltensmustern hilfreich sein.

Weitere Besonderheiten finden Sie im Kapitel »EMDR zur Ressourcenentwicklung und -installation« (S. 206ff.).

## EMDR bei Phobien

### Inhaltliche Besonderheiten

Spezifische Phobien sind eine der häufigsten psychiatrischen Störungen. Sie sind also eine emotional starke Belastung für viele Millionen Menschen weltweit. Der Begriff Phobie umfasst oft ein breites Spektrum von Ängsten und Besorgtheiten und wird in der klinischen Praxis als Synonym für unrealistische Ängste bei relativ spezifischen Stimuli oder Gelegenheiten (Davey 1997) benutzt.

**häufige Störung**

Viele Therapeuten, die mit EMDR bei spezifischen Phobien gearbeitet haben, berichten von positiven Erfahrungen mit EMDR.

**positive  
Erfahrungen mit  
EMDR**

Trotzdem gibt es immer noch sehr wenig spezielle Forschung zu diesem Thema, außer Einzelstudien zur Behandlung von Spinnenphobien mit EMDR.

**nur Einzelstudien**

Um mit EMDR spezifische Ängste oder Phobien bearbeiten zu können, ist es wichtig, einen Unterschied zwischen traumabezogenen Phobien und nicht traumabezogenen Phobien zu machen.



**traumabezogene  
Phobien**

Eine Phobie ist dann traumabezogen, wenn die Klientin eine klare Schlüsselerfahrung finden kann. Ein Beispiel dafür ist, wenn man durch einen Hund gebissen geworden ist und seitdem panische Angst vor Hunden hat. Oder eine Frau, die, als sie 15 Jahre alt war, eine extrem schmerzvolle Erfahrung beim Zahnarzt gemacht hat und seither nicht mehr zum Zahnarzt geht. Phobien bezogen auf das Autofahren können nach mehr oder weniger schlimmen Auto-unfällen entstehen (Renssen 2002).

**EMDR-spezifische Besonderheiten**

Man kann eine traumabezogene Phobie dadurch identifizieren, dass man die Klientin bittet, an diese Schlüsselsituation mit geschlossenen Augen zu denken, und dann nachfragt, ob diese Erinnerung eine gegenwärtige emotionale Reaktion auslöst (de Jongh et al. 1999).

**Unterschiede zum  
Standardprotokoll**

Das Behandlungsprotokoll für Phobien unterscheidet sich nur in der Phase der Anamnese und Behandlungsplanung vom EMDR-Standardprotokoll.

**Vorbereitung auf  
Konfrontation**

Bei traumabezogenen Phobien ist es extrem wichtig, die Klientin neben der Verarbeitung belastender Erinnerungen auch auf eine Konfrontation mit den angstausslösenden Stimuli in der Zukunft vorzubereiten. Es ist hier bei der Auswahl der Ausgangsthemen für die Verarbeitung noch wichtiger, den Unterschied zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft deutlich zu machen.

**Erinnerung  
an das  
schlimmste Mal  
Zukunftsfilm**

Man beginnt mit der Verarbeitung der zugrunde liegenden oder ersten Erfahrung als Ausgangssituation. Anschließend wird die Erinnerung an das schlimmste Mal bearbeitet. Ist der Belastungswert für alle belastenden Erinnerungen auf 0 gesunken, werden alle gegenwärtigen repräsentativen Situationen, die mit der Phobie in Verbindung stehen, nacheinander durchgearbeitet. Den Abschluss bildet die Visualisierung der Szenen in der Zukunft, die bisher in der Gegenwart Auslöser für Angstreaktionen waren (Zukunftsfilm). Während der Visualisierung erfolgt die bifokale Stimulierung so lange, bis keinerlei Belastungserleben mehr auftritt und somit Angstfreiheit spürbar wird und funktionale Handlungen möglich erscheinen. Nach der Bearbeitung der Zukunftsvorstellungen empfiehlt es sich, die Klientin zur realen Erprobung der bearbeiteten Situationen innerhalb von 14 Tagen zu ermutigen. Damit wird der

Erfolg der Therapiesitzungen in der Realität erlebbar, und der Effekt kann sich besser verfestigen und generalisieren. Tauchen bei der Realkonfrontation neue Angstreaktionen auf, werden diese in einem neuen Protokoll als Ausgangssituation bearbeitet.

**Realkonfrontation**

Eine weitere Besonderheit zwischen normaler Traumaverarbeitung und der Verarbeitung traumabezogener Phobien ist, dass man bei der Verarbeitung der Phobien häufiger mit mehreren inkompletten Sitzungen rechnen muss. Die Angst vor der Angst erzeugt häufig über längere Zeit körperliche Symptome, die als Belastung erlebt werden. Eine Fokussierung auf Körperempfindungen ist in diesem Stadium kontraindiziert, da durch die intensive Wahrnehmung der körperlichen Angstsymptome unter Umständen eine Panikattacke provoziert werden kann. Wie auch im Standardprotokoll wird der abschließende Körpertest erst bei einem Belastungswert von 0 durchgeführt (= komplette Sitzung).

**Angst vor der Angst**

Grundsätzlich sollte man, wenn eine Klientin von der situativen Erinnerung weggeht und anfängt in Körperempfindungen zu kreiseln, darauf achten, den Fokus wieder auf die Bilder zu lenken oder zur Ausgangssituation zurückzugehen.

Bei Ängsten oder Phobien ohne traumatischen Hintergrund ist es oft so, dass diese eher allmählich entstanden sind (de Jongh et al. 1999). Wenn die Klientin sich bei einer nicht traumabezogenen Phobie an das erste Mal ihres Auftretens erinnern kann (wenn überhaupt möglich), dann ist die Erinnerung bei diesem Typ Phobie meistens ohne Affekt (ohne gegenwärtige emotionale Belastung). De Jongh et al. (1999) beschreiben als Beispiel die Spinnenphobie. Sie erklären, dass viele Klienten sich nicht an das *erste* Mal erinnern können, als sie diese Angst bei der Begegnung mit einer Spinne erlebt haben. Oft haben sie die Reaktion auch von anderen gelernt und irgendwann gesehen, dass jemand ängstlich oder angeekelt auf eine Spinne reagiert hat. Es ist nicht ungewöhnlich, dass die Klientin auf die Frage, wann diese Ängste entstanden seien, mit »die sind immer da gewesen« oder »daran kann ich mich nicht erinnern« antwortet. Sie beschreiben, dass bei diesen Klientinnen möglicherweise die Rede von »prepared fears« sein kann, von einer angeborenen Sensibilität. Neben der Spinnenphobie kann man auch Waserphobie, Injektionsphobie, Phobie vor Höhen, Klaustrophobie und Schlangenphobie zu dieser Gruppe rechnen.

**nicht traumabezogene Phobien**  
**»angeborene Sensibilität«**

EMDR funktioniert am besten bei der ersten Gruppe von

Phobien, bei der traumatische Erinnerungen gefunden werden können.

**Angstbewältigungsstrategien**

Dem oben beschriebenen Verarbeitungsziel vorangestellt soll die Klientin zuerst Bewältigungsstrategien lernen, um die Angst besser kontrollieren zu können, zum Beispiel mit Atem- und Entspannungsübungen, mit der Sicherer-Ort-Übung, mit der 5-4-3-2-1-Methode.

## Ein Beispiel

**Beispiel  
Autofahren**

Ein neunjähriges Kind hat, seit es einen Verkehrsunfall miterlebt hat, eine Phobie in Bezug auf Autofahren entwickelt. Es will gar nicht mehr in einem Wagen fahren, aber auch nicht im Zug oder Bus. Zuerst lernt es Bewältigungsstrategien. Es hat einen sicheren Ort, der für die anderen geheim bleiben soll. Außerdem hat es gelernt, sich selbst abzulenken, wenn es Angst hat, indem es an Rollerskaten oder Fußballspielen denkt. Es hat daneben, gemeinsam mit seiner Mutter, die 5-4-3-2-1-Methode gelernt. Seine schlimmste und erste Erfahrung mit dieser Phobie ist bei einem Autounfall entstanden, bei dem das Auto zweimal über das Dach gerollt ist. Das Schrecklichste war für das Kind das Geschrei seiner Mutter. Es hat auch ein deutliches Bild vor Augen, während seine Mutter schrie. Zuerst ist die Verarbeitung dieser Erinnerung Ziel der Behandlung. Nach einer anderthalbstündigen Sitzung ist diese Erinnerung verarbeitet. Neben dieser Erfahrung hat es keine anderen belastenden Erinnerungen, die mit dieser Phobie zu tun haben.

**Erinnerung  
an das Schlimmste  
und Bild dazu  
positive Vorstellung  
installieren**

Das Kind wurde nun gefragt, welche Stimuli bei ihm Angst auslösen: »Hast du in den letzten Tagen oder heute noch Angst gehabt?« Es sagte, dass es belastend ist zu denken, dass es wieder bei seinem Vater im Wagen fahren muss. Nun wurde nach dem Schlimmsten daran gefragt und nach dem Bild dabei. Dieses neue Ausgangsbild wurde auch verarbeitet, bis die Belastung 1 war und sein positiver Gedanke »ich bin stark« glaubwürdig gefühlt wurde. Der Körpertest wurde nicht durchgeführt. Der nächste Schritt war das Installieren eines »positive template«. Das Kind wurde gebeten sich vorzustellen, morgen ein Stückchen mit seinem Vater im Auto zu fahren, und zu imaginieren, dass es sich dabei wohl fühlt, kombiniert mit dem positiven Gedanken »ich bin stark«. Für diese posi-

tive Verankerung mit Augenbewegungen waren vier langsame Serien nötig, bis das maximale positive Gefühl erreicht worden war. Danach wurde das Kind gebeten, sich eine Aufeinanderfolge von Autofahrten (eine ganze Reise nach Italien mit Wohnwagen von Beginn bis Ende) vorzustellen, ebenfalls mit Augenbewegungen. Es stellte sich die Vorbereitung der Reise vor, wobei Vater und Mutter Sachen packten und den Wohnwagen an den Wagen hängten. Danach folgte das Einsteigen in den Wagen mit den Eltern und dem Bruder. Wenn es Angst spürte, wurde das mit Augenbewegungen verarbeitet, bis die Belastung auf 0 gesunken war. Die Grenze von Holland nach Deutschland wurde gedanklich passiert, und sie mussten ab und zu in Deutschland tanken. Das alles konnte sich das Kind ohne Belastung vorstellen, während es der Hand der Therapeutin folgte. Danach fuhren sie durch die Alpen. Das Wetter wurde etwas schlechter, das Kind konnte sich das auf Vorschlag der Therapeutin vorstellen, und der Wohnwagen schwankte manchmal. Erst hat es etwas Angst gespürt, aber später schwächte sich das ab, und es konnte es aushalten. Die Reise ging weiter, bis sie auf dem Campingplatz in Italien angekommen waren. Auch die Rückreise wurde so vorbereitet.

**positive  
Verankerung mit  
Augenbewegungen**

In der nächsten Sitzung wurde das Kind gebeten, sich die Erinnerung an den Unfall wieder vorzustellen, gemeinsam mit »ich bin stark«, und dazu wurde jetzt der Körpertest erfragt. Es konnte sich das alles gut ohne Belastung vorstellen, ohne Körperreaktionen. Danach wurden die Bewältigungsstrategien wieder geübt, und das Kind wurde gebeten, mit seinem Vater (Mutter fährt nicht) anzufangen mitzufahren (Konfrontation in vivo) und dabei die Bewältigungsstrategien zu üben und seine positiven Gedanken zu wiederholen. Im Sommer ist es mit seiner Familie nach Frankreich gefahren.

**Konfrontation  
in vivo**

Bei Phobien, die keinen deutlichen Anlass haben, ist EMDR nicht immer die erste Wahl bei der Behandlung. Will man trotzdem EMDR einsetzen, kann man die Klientin mit der Aufforderung beginnen lassen, sich vorzustellen, was für sie beispielsweise das Schlimmste am Fliegen ist, ein Bild dazu, negative Gedanken und so weiter – wie im Standardprotokoll.

**Vorstellung des  
Schlimmsten**

Auch darf man nicht vergessen, dass viele Leute mit Ängsten durch ihre Gedanken und Vorstellungen stark beeinflusst werden und sich selbst manchmal in eine Angsttrance bringen. Sie stellen

- positive imaginative Übungen** sich oft das Schlimmste vom Schlimmsten vor und durch die daraus entstehenden Körperempfindungen verstärken sich die Vorstellungen wiederum. Auch aus diesem Grund ist es wichtig, der Klientin Angstbewältigungsstrategien zu vermitteln. Genau bei dieser Gruppe kann man gut mit positiven imaginären Übungen als Ablenkungsstrategie arbeiten. Gerade weil sie gut imaginativ beeinflussbar sind, können sie sich oft auch gut positive imaginäre Bilder vorstellen und zu Hause oder auf der Straße nutzen, um sich zu beruhigen.
- Literatur** Zur weiteren Lektüre empfehlen wir den Artikel über EMDR bei Phobien von de Jongh et al. (1999).

## EMDR bei Zwangsstörungen

### Inhaltliche Besonderheiten

- Kennzeichen** Zwang wird gekennzeichnet durch hartnäckige Obsessionen (Zwangsgedanken) oder Zwangshandlungen. Im ICD-10 werden Zwangsgedanken beschrieben als Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Klienten stereotyp beschäftigen und von der Person meist als quälend und sinnlos erlebt werden. Der Mann oder die Frau versucht, diese Gedanken mit anderen Gedanken oder anderem Verhalten zu neutralisieren. Zwangsverhalten wird gekennzeichnet durch wiederholte zielgerichtete Handlungen oder mentale Aktivitäten, die nach bestimmten strikten Regeln durchgeführt werden. Diese Zwangsgedanken oder dieses Zwangsverhalten sind unrealistisch, sehr belastend für die Klientin, beanspruchen viel Zeit und intervenieren mit dem Alltag (van Oppen u. van Balkom 1996).

## EMDR-spezifische Besonderheiten

Therapeuten, die mit EMDR und Zwang regelmäßig gearbeitet haben, sind M. Whisman aus den USA und N. Bekkers aus den Niederlanden. Ihre Erfahrungen sind hoffnungsvoll, aber nicht hochjauchzend für EMDR, wenn es auch bei dieser Gruppe eingesetzt wird. Bekkers Schlussfolgerung am Ende seines Artikels ist, dass man EMDR »mit Vorsicht« einsetzen kann, obwohl »nur im Ausnahmefall eine schnelle Symptomreduktion auftritt«. Auch beschreibt er, dass »EMDR meistens nur eingesetzt werden kann, wenn es Bestandteil eines großen Behandlungsplans ist«. Die »alten« Therapieinstrumente sowie Reaktionsprävention und Überflutung müssen dabei weiter genutzt werden. »EMDR ist hilfreich, um die Klienten auf eine freundliche Weise in Kontakt mit ihren Gefühlen zu bringen und um auf emotionaler Ebene Einsichten im Zusammenhang mit ursächlichen Faktoren zu bekommen« (Bekkers 1999). Daneben haben diese Zwangsklienten, außer dass sie unter Zwängen leiden, auch traumatische Ereignisse erlebt, die möglicherweise von Einfluss auf das Entstehen und Anhalten des Zwangs sein können.

**keine schnelle  
Symptomreduktion  
mit EMDR**

**EMDR bei  
traumatischer  
Ursache**

Als Ausgangsthema kann man deswegen die traumatischen Erinnerungen nehmen und verarbeiten (Vergangenheit). Wenn die Klientin entweder keine belastenden Erinnerungen hat oder diese Erinnerungen bereits verarbeitet worden sind, dann kann EMDR im Kontext von imaginerter Reaktionsprävention genutzt werden (Zukunft und Gegenwart).

**Reaktions-  
prävention**

Als Ausgangssituation wird die Klientin dann gebeten, sich eine zukünftige Situation vorzustellen, auf die normalerweise eine Zwangsreaktion folgen würde. Aber jetzt soll die Reaktion ausbleiben, die Klientin und Therapeutin kommen überein, dass die Klientin kein Zwangsverhalten und keine Zwangsgedanken haben wird (Bekkers 1999). Danach kann das normale Protokoll mit Bild, Negativer Kognition und so weiter genutzt werden, und die Verarbeitung läuft, bis sich die Belastung nach 0 und der VoC nach 7 verändert haben.

**schlimmstes  
Szenario**

Eine zweite Möglichkeit, die man als Ausgangssituation nehmen kann, ist, die Klientin zu bitten, sich das schlimmste Szenario vorzustellen und dabei zu fragen, was das Schlimmste ist, das in diesem Moment passieren kann (Bekkers 1999). Nach Bekkers ist es dabei

wichtig, alles vollständig zu erfragen: »Und was ist daran das Schlimmste, und was daran?« und so weiter. Die Klientin soll das ganze Szenario erzählen, und die Therapeutin soll aufmerksam sein für alarmierende Bilder (Bekkers 1999).

### Stopp der Zwangsreaktion

Als dritte Möglichkeit, eine Ausgangssituation zu finden, kann man die Zwangsreaktion imaginär blockieren (Whisman 2000). Die Klientin wird gebeten, sich eine Situation in der Zukunft vorzustellen, in der sie normalerweise mit einer Zwangsreaktion reagieren würde. Anschließend nutzt die Therapeutin *imaginatives Einweben*. Die Klientin stellt sich vor, dass sie den Zwang nicht ausführen kann: »Du kannst deine Hände nicht waschen, weil der Wasserhahn kaputt ist, wie würde das für dich sein, was wäre das Schlimmste daran? Hast du ein Bild dazu?« (Whisman 2000).

## EMDR zur Ressourcenentwicklung und -installation

Der Aufmerksamkeitsfokus der weitaus meisten Klientinnen liegt überwiegend auf schmerzhaften, einschränkenden und selbstabwertenden Aspekten ihres Lebens. Diese Seite benötigt keine Unterstützung seitens der Therapeutin, so dass wir ihr nicht mehr Zeit und Aufmerksamkeit entgegenbringen sollten, als zur Erfassung der Gesamtsituation und ihrer lebensgeschichtlichen Quellen und zum Gelingen von klar begrenzten Verarbeitungssequenzen unbedingt nötig ist.

### innere Gegenwelt aufbauen

Eine entscheidend wichtigere Rolle spielt die Therapeutin beim Aufbau einer inneren Gegenwelt, wie Reddemann (2001) es ausdrückt. Gilt es doch, gemeinsam mit der Klientin ein wirksames Gegengewicht zu schaffen zur täglich sich neu aufdrängenden traumatischen Erlebniswelt. Diese innere Gegenwelt ist neben der verstärkten oder erlernten Kontrollfähigkeit die Basis jeden Hinsehens und jeder Verarbeitung.

Therapeutisches Ziel ist es dabei, die notwendigen inneren und äußeren Ressourcen der Klientin zu identifizieren, weiterzuentwickeln und so zu verankern, dass sie bei Bedarf leicht reaktivierbar sind.

Auch wenn nicht bei allen Klientinnen problemlos innere Res-

sourcen geborgen werden können, so tragen doch fast alle starke Selbstheilungsimpulse tief in sich. Unsere Aufgabe als Therapeutin ist es deshalb, diese gemeinsam freizulegen und emotional spürbar werden zu lassen. Erste Schritte dahin sind (nach Reddemann)

- das Wahrnehmen einschränkender gedanklicher Automatismen,
- ihr Stoppen,
- das bewusste Erschaffen hilfreicher Gegengedanken,
- das Pendeln zwischen beiden,
- das bewusste Wiederentdecken von gegenwärtigem Sein durch bewusstes Tun und
- die Wahrnehmung und Berücksichtigung körperlicher und seelischer Bedürfnisse.

### **Bergen innerer Ressourcen**

Zahlreiche Imaginationübungen können den Prozess der Bergung innerer Ressourcen unterstützen und werden in vielen Therapierichtungen wirksam eingesetzt.

Nutzen Sie Ihre eigene Erfahrungsbasis oder eine der unten genannten Übungen. Lernen Sie diese zunächst selbst kennen. Spüren Sie, zu welcher Sie sich hingezogen fühlen, und probieren Sie sie selbst aus. Bieten Sie die Übungen ihrer Wahl dann ihren Klientinnen an und lassen Sie zunächst die auswählen, die sich für sie stimmig anfühlt.

Hier ist eine Auswahl von wirksamen Imaginationübungen zur Ressourceninstallation (Reddemann 2001):

- Achtsamkeitsübung
- Innerer Beobachter
- Innerer sicherer Ort\*
- Innere hilfreiche Wesen
- Inneres Team
- Baumübung\*
- Gepäck ablegen
- Tresorübung\*
- Bildschirmtechnik
- Beobachtertechnik ...

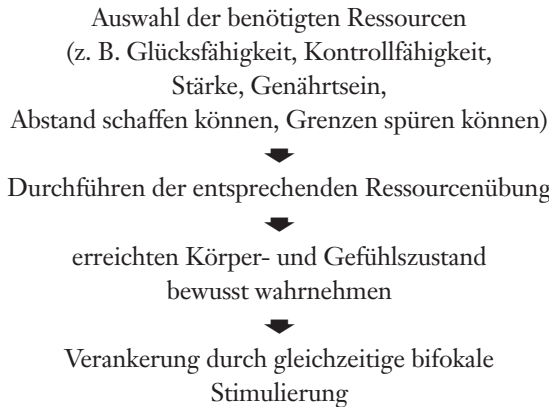
### **Imaginationübungen**

Die mit einem Stern (\*) gekennzeichneten Übungen finden sich mit einer ausführlichen Beschreibung im Arbeitsmaterialenteil. Die anderen können nachgelesen werden im Buch von Reddemann »Imagination als heilsame Kraft« (2001).



Grundsätzlich können diese Übungen folgendermaßen eingebettet werden:

**Vorgehen**



Heilung geschieht dann, wenn wir »das, was ist« sehen, akzeptieren und da sein lassen können. Manchmal ist es jedoch selbst zum Anschauen der Gegenwart zu früh.

Gerade bei komplex traumatisierten Menschen bedarf es oftmals erst einer Zeit des Aufbaus von Fähigkeiten, hoffnungsvollem Denken und einer Idee davon, dass Glück, Energie und Gesundheit auch für sie in Frage kommen.

**Zeitpunkt zum  
Installieren von  
Ressourcen**

Bei ihnen kann der Zeitpunkt zum Installieren der Ressourcen entscheidend für deren Wirksamkeit sein. In Momenten erhöhter Erregung sind hilfreiche Gedanken, Vorstellungen oder Fähigkeiten nicht (mehr) verfügbar und können auch nicht erzeugt oder verankert werden.

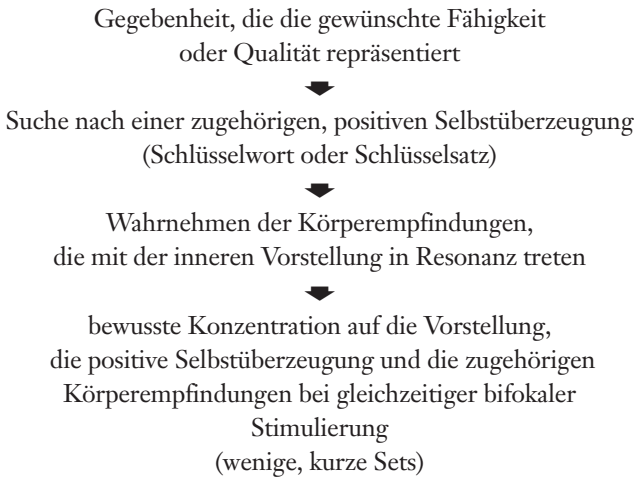
Deshalb schlägt Leeds (2001) für Klientinnen, bei denen die Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und Affektkontrolle noch unzureichend verfügbar sind, vor, unabhängig von jeglichen Verarbeitungswünschen Ressourcen zu suchen und zu verstärken.

Ein mögliches Vorgehen zur Ressourcenentwicklung und -installation könnte Folgendes sein (nach Leeds 2001):

Suche nach Fähigkeiten oder Qualitäten, die der Klientin  
für den Verarbeitungsprozess notwendig erscheinen, oder  
Nutzung spontan aufgetretener Ressourcen



Suche nach einer inneren Vorstellung oder einer äußeren



**Vorgehen zur  
Ressourcen-  
entwicklung und  
-installation**

Die Klientin sollte dabei in der Lage sein, die erzeugte Vorstellung über die Sets konstant positiv zu halten und zu verstärken. Ist das nicht der Fall, ist es notwendig, zum Schritt 2 (Suche nach einer inneren Vorstellung ...) zurückzugehen.

Fragen Sie auch immer nach bereits praktizierten Techniken zur Selbstkontrolle. Die Klientinnen sind in der Regel sehr kreativ, und wir können dies dann einfach aufgreifen.

Für den erfolgreichen Abschluss einer Therapie werden meist mehrere Ressourcen und Fähigkeiten benötigt, die sich auf analoge Weise entwickeln und verankern lassen. Vor jeder belastenden Verarbeitungsphase ist es sinnvoll, diese zu aktualisieren, indem der letzte Schritt (Konzentration auf alle Ebenen bei gleichzeitiger bifokaler Stimulation) durchgeführt wird.

Treten Blockierungen beim Durcharbeiten auf, kann, nach den Erfahrungen von Leeds, der Informationsverarbeitungsprozess wieder in Fluss kommen, indem an die verankerten Fähigkeiten oder Qualitäten erinnert wird.

Popky (1977) beschrieb ähnliche Interventionen bei der Behandlung von Suchterkrankungen (»point of power«).