

DIE BEHANDLUNG POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNGEN MIT EMDR

Christof T. Eschenröder

Zusammenfassung

Die von Francine Shapiro entwickelte Methode der Augenbewegungs-Desensibilisierung und Neubearbeitung (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR*) gehört zu den wirksamsten Verfahren zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen, wie verschiedene empirische Untersuchungen zeigen. Das therapeutische Vorgehen in der EMDR und theoretische Erklärungsversuche werden referiert und Möglichkeiten und Grenzen der EMDR werden diskutiert.

Schlüsselwörter

Augenbewegungs-Desensibilisierung und Neubearbeitung - EMDR - Posttraumatische Belastungsstörung

Summary

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as developed by Francine Shapiro belongs to the most effective methods of treatment for post-traumatic stress disorder which is shown by various empirical studies. EMDR procedures, theoretical explanations and possibilities and limitations of this approach are discussed.

Keywords

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
Posttraumatic Stress Disorder

Einleitung

Die amerikanische Psychologin Francine Shapiro stellte 1989 in zwei Aufsätzen ein neues Verfahren zur Behandlung traumatischer Erinnerungen vor. Sie nannte diese Methode anfangs *Eye Movement Desensitization* (Augenbewegungs-Desensibilisierung) und später *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* (Shapiro, 1995). Das EMDR-Konzept ist differenzierter als der ursprüngliche Ansatz und beruht theoretisch auf Konzepten von Informationsverarbeitung und assoziativen Netzwerken.

Die neue Methode erregte vor allem deshalb sehr viel Aufsehen, weil sie in einigen Fällen bei jahre- oder jahrzehntelang bestehenden posttraumatischen Störungen zum Abklingen der Symptome nach einer einzigen therapeutischen Sitzung führte (vgl. Shapiro, 1989a; 1989b; McCann, 1997; Lamprecht & Lempa, 1997). In der Regel ist es aber nötig, EMDR im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts einzusetzen (vgl. Shapiro, 1995).

In den letzten Jahren sind auch im deutschsprachigen Raum Sammelreferate und Erfahrungsberichte zur EMDR erschienen; interessanterweise wird dieses Verfahren von Therapeutinnen und Therapeuten mit ganz unterschiedlicher theoretischer Orientierung (z.B. Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie) angewendet (Eschenröder, 1995; 1997; Hofmann, 1996; Hofmann et al., 1997; Lamprecht & Lempa, 1997; Tausch, 1997; Titze, 1997).

In diesem Aufsatz möchte ich das therapeutische Vorgehen in der EMDR beschreiben und kurz auf theoretische Erklärungsversuche und empirische Untersuchungen eingehen.

Anschließend werde ich diskutieren, wann schnelle und dramatische Wirkungen dieser Methode möglich sind, wann EMDR im Rahmen einer umfassenderen Behandlung eingesetzt werden kann und unter welchen Bedingungen nicht mit diesem Verfahren gearbeitet werden sollte.

Therapeutisches Vorgehen in der EMDR

Das Grundprinzip der EMDR besteht darin, daß die Person sich auf eine traumatische Erinnerung und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle konzentriert, während gleichzeitig die Aufmerksamkeit auf einen äußeren Reiz gelenkt wird (vgl. Shapiro, 1996, S.209). Ursprünglich glaubte Shapiro (1989a, 1989b), daß die Induktion von schnellen rhythmischen Augenbewegungen entscheidend für die Wirkung der Methode sei; es zeigte sich aber, daß auch akustische oder taktile Stimulierungen eine ähnliche Wirkung haben.

Im folgenden möchte ich das Vorgehen bei der EMDR kurz skizzieren; ausführlichere Beschreibungen findet man bei Shapiro (1995) und Eschenröder (1997).

In der Phase der Anamnese und Behandlungsplanung wird die Lebensgeschichte des Patienten besprochen, und es wird eingeschätzt, ob EMDR für einen bestimmten Patienten zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine geeignete Behandlungsmethode ist. Dazu gehört die Beurteilung der Belastbarkeit, da in manchen Fällen durch EMDR ein intensives emotionales Erleben (Abreaktion) ausgelöst wird. Auch mögliche sekundäre Krankheitsgewinne sollten in dieser diagnostische Phase sorgfältig abgeklärt werden. Wenn eine Behandlung mit EMDR in Fra-

ge kommt, werden dem Patienten in der Vorbereitungsphase das therapeutische Vorgehen und die Wirkungsweise der Methode erklärt und Augenbewegungen (oder alternative Möglichkeiten der Stimulierung) werden getestet.

In der Einschätzungsphase werden Patienten gebeten, sich auf die traumatischen Erinnerungen und die damit verbundenen negativen Gedanken und Körperempfindungen zu konzentrieren. Die Stärke der negativen Emotionen wird vom Patienten auf der *SUD-Skala* (*Subjective Units of Disturbance*) von 0 bis 10 eingeschätzt. Außerdem wird besprochen, wie ein Patient über das Ereignis oder über sich selbst denken möchte; eine positive Kognition wird formuliert und ihre gefühlsmäßige Glaubwürdigkeit eingeschätzt. Typische *negative Kognitionen* sind z.B.: „Ich bin hilflos“, „Ich bin schlecht“, „Mir geht alles schief“. *Positive Kognitionen* könnten z.B. lauten: „Jetzt kann ich mich wehren“, „Ich bin liebenswert“, „Ich habe aus der Erfahrung gelernt“.

In der Desensibilisierungsphase konzentriert sich der Patient auf das traumatische Erlebnis; gleichzeitig wird eine Augenbewegungs-Serie induziert, indem der Therapeut die Hand vor dem Gesicht des Patienten hin- und herbewegt und der Patient mit den Augen der Hand des Therapeuten folgt. Danach fragt der Therapeut, welche Erlebnisse aufgetaucht sind. Die Augenbewegungs-Serien werden so lange wiederholt, bis die mit dem traumatischen Erlebnis verbundene emotionale Erregung weitgehend oder völlig abgeklungen ist.

In manchen Fällen sinkt die emotionale Erregung schnell, in anderen langsam ab; oft ändern sich die Gefühle auch qualitativ (z.B. zuerst Angst, dann Wut, später Gelassenheit). In diesem Zusammenhang tauchen oft spontan hilfreiche Gedanken auf. Es ist auch möglich, daß durch das Verfahren eine heftige emotionale Abreaktion ausgelöst wird. Oft wird berichtet, daß das Vorstellungsbild sich ändert, daß es z.B. blasser oder klarer wird oder daß sich die Perspektive ändert und die Person die belastende Szene von außen betrachtet. Es kann aber auch sein, daß Erinnerungen an andere belastende Erlebnisse auftauchen; diese werden dann in der gleichen Art wie das ursprüngliche traumatische Ereignis verarbeitet.

Nach dem Abschluß der Desensibilisierung wird die Erinnerung an das traumatische Erlebnis mit einer positiven Kognition gekoppelt, und die gefühlsmäßige Glaubwürdigkeit dieses Gedankens wird eingeschätzt. Der Patient wird darauf hingewiesen, daß der Verarbeitungsprozeß nach der Sitzung weitergehen kann, und gebeten, auf entsprechende Gedanken, Phantasien oder Träume zu achten und sie zu notieren. Eine erneute Konzentration auf das traumatische Erlebnis in der nächsten Sitzung zeigt dann, ob die Wirkung der Desensibilisierung anhaltend war oder ob ein erneutes Durcharbeiten des Erlebnisses notwendig ist.

Die Beschreibung von Einzelfällen gibt am besten einen Einblick in die Phänome und Wirkungen von EMDR-Behandlungen (vgl. Shapiro, 1995; Eschenröder, 1997). Es ist sehr beeindruckend, im Verlauf einer Therapiesitzung zu erleben, wie sich die Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen, die mit einem traumatischen Erlebnis verbunden sind, verändern.

So berichtete ein 1937 geborener Patient über Kriegserlebnisse, die er als ganz schrecklich empfand (Bombenangriff auf Hamburg; es brannte; Leichen lagen auf der Straße). Als er sich auf diese Erinnerung konzentrierte, berichtete er über Unruhe und Übelkeit (SUD-Wert 7). Obwohl er nicht glaubte, daß die Therapie ihm in diesem Punkt helfen könnte, stellte er nach der ersten Augenbewegungs-Serie überrascht fest, der Eindruck sei schwächer geworden. Nach der dritten Serie sagte er, er habe sich regelrecht anstrengen müssen, um die Erinnerung wieder hervorzurufen. Nach der vierten Serie berichtete er, daß Bild sei „wie weggeblasen“. In der gleichen Sitzung wurde dann noch eine zweite Kriegserinnerung (Flucht im eiskalten Zug; Babies erfroren) bearbeitet; auch hier sank der SUD-Wert in kurzer Zeit von 7-8 auf 1. In den folgenden Sitzungen berichtete der Patient, diese Wirkung habe angehalten; er habe mit einer Bekannten absichtlich ein Gespräch über die Kriegszeit geführt, und er könne jetzt sehr viel distanzierter darüber reden.

Theoretische Erklärungsversuche

Shapiro (1995, S.28-54) versucht, die Wirkungsweise von EMDR durch ein *Modell der beschleunigten Informationsverarbeitung* zu erklären. Sie geht davon aus, daß traumatische Erlebnisse in einem *Gedächtnis-Netzwerk* mit anderen belastenden Erinnerungen verbunden sind. Dieses Netzwerk ist gegenüber anderen Informationen abgeschottet, so daß die traumatischen Erlebnisse nicht angemessen integriert und genutzt werden können. Durch Augenbewegungen, akustische oder taktile Stimulierung im Rahmen einer sicheren therapeutischen Beziehung wird der blockierte Verarbeitungsprozeß wieder in Gang gesetzt, was zu den oben beschriebenen kognitiven und emotionalen Veränderungen führt. Auch bei Anhängern der EMDR ist die empirisch nur schwer überprüfbare Theorie von Shapiro umstritten. Andere Autoren haben Erklärungsmodelle entwickelt, die auf Prinzipien der klassischen Konditionierung beruhen (vgl. Dyck, 1993; Armstrong & Vaughan, 1996; MacCulloch & Feldman, 1996). Beim gegenwärtigen Stand der Forschung ist eine Entscheidung zwischen diesen verschiedenen Ansätzen noch nicht möglich (vgl. Eschenröder, 1997, S.43-48).

Untersuchungen zur Wirksamkeit

Es gibt inzwischen eine beeindruckende Anzahl von Einzelfallstudien, Fallserien und kontrollierten Untersuchungen zur Wirksamkeit der EMDR (vgl. Shapiro, 1995, S.324-338; Shapiro, 1996; Eschenröder, 1997, S.25-43). Nach Shapiro (1996) gibt es mehr kontrollierte Studien zur Behandlung von posttraumatischen Störungen mit EMDR als mit jeder anderen therapeutischen Methode. Bei keiner der bisher vorliegenden Untersuchungen war EMDR weniger wirksam als andere therapeutische Verfahren. Die Arbeiten von Vaughan et al. (1994) und Rothbaum (1997) sprechen dafür, daß EMDR bei traumatisierten Personen mindestens gleich gute Ergebnisse wie imaginative Konfrontation erzielt; die Zeit der Exposition ist aber deutlich kürzer, und das Verfahren ist daher für Patienten weniger belastend.

Einige Autoren glauben, der positive Effekt von EMDR könne auf Placebo-Effekte zurückgeführt werden. Dies erscheint mir außerordentlich unwahrscheinlich, denn die Effektstärke von EMDR-Behandlungen ist wesentlich höher als die von Placebo-Behandlungen (vgl. Wilson et al., 1995).

Möglichkeiten und Grenzen der EMDR

Bei einigen Personen, die unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, führt EMDR in kurzer Zeit zu einer deutlichen Verminderung oder zum Verschwinden von belastenden Symptomen. Dies kann dazu führen, daß sich die Stimmungslage bessert und vorhandene, aber zuvor blockierte Ressourcen wieder verfügbar werden (vgl. z.B. McCann, 1997). Solche dramatischen Veränderungen treten wahrscheinlich am häufigsten bei Menschen auf, die vor dem traumatischen Ereignis nicht unter psychischen Störungen gelitten haben oder denen abgeschlossene oder noch laufende therapeutische Behandlungen geholfen haben, die aber noch unter spezifischen posttraumatischen Symptomen leiden (vgl. Shapiro, 1989a; Lamprecht & Lempa, 1997).

In vielen Fällen ist es sinnvoll, EMDR mit anderen therapeutischen Methoden zu kombinieren, z.B. wenn traumatische Erlebnisse zu Vermeidungsverhalten und Defiziten bei sozialen Fertigkeiten geführt haben. Wenn Personen sich als „psychisch Kranke“ oder als „Opfer“ definieren oder wenn sie aufgrund ihrer psychischen Krankheit eine Rente beziehen, sind therapeutische Erfolge sehr viel schwerer zu erzielen; dies zeigten verschiedene Untersuchungen mit Vietnam-Veteranen (vgl. Eschenröder, 1997, S.31-33).

Kontraindikationen für EMDR sind nach Hofmann et al. (1997, S.76) „floride Psychosen, schwere hirnorganische Erkrankungen und körperlich eingeschränkte Belastungsfähigkeit (z.B. instabile Koronarerkrankung,...) Suchterkrankungen und schwere Depressionen sollten vor dem Einsatz von EMDR in der Regel vorrangig behandelt werden.“

Insgesamt gesehen kann man nach den bisher vorliegenden Untersuchungen und klinischen Erfahrungen sagen: Wenn EMDR im Rahmen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung angemessen eingesetzt wird, ist es eine effektive Methode zur Behandlung posttraumatischer Störungen. Da die Ergebnisse von EMDR-Behandlungen nicht auf die Komponente der wiederholten imaginativen Konfrontation reduziert werden können, ist es möglich, daß eine Untersuchung der Wirkungsmechanismen dieses Verfahrens zu ganz neuen Erkenntnissen über die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse führt.

Literatur

Armstrong, M.S., Vaughan, K. (1996). An orienting response model of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 21-32.

Dyck, M. J. (1993). A proposal for a conditioning model of eye movement desensitization treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 201-210.

Eschenröder, C. T. (1995). Augenbewegungs-Desensibilisierung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen - eine neue Behandlungsmethode. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 341-373.

Eschenröder, C.T. (1997). (Hg.). EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Tübingen: dgvt

Eschenröder, C.T. (1997). Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR - Ein Überblick. In C.T. Eschenröder (Hg.) EMDR. (S. 11-65) Tübingen: dgvt.

Hofmann, A. (1996). EMDR. Eine neue Methode zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen. *Psychotherapeut*, 41, 368-372.

Hofmann, A., Ebner, F., Rost, C. (1997). EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen. *Fundamenta Psychiatrica*, 11, 74-78.

Lamprecht, F., Lempa, W. (1997). Psychoanalyse und EMDR. In C.T. Eschenröder (Hg.). EMDR. (S. 161-177) Tübingen: dgvt-Verlag.

MacCulloch, M.J. & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitization treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 571-579.

McCann, D. L. (1997). Die Überwindung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach schweren Verbrennungen in einer einzigen Sitzung mit Augenbewegungs-Desensibilisierung. In C.T. Eschenröder (Hg.). EMDR. (S. 87-93) Tübingen: dgvt-Verlag.

Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.

Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.

Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford

Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 209-218.

Tausch, R. (1997). Praktische Erfahrungen in der Gesprächs- und Verhaltenstherapie mit EMDR. In C.T. Eschenröder (Hg.) EMDR. (S. 147-159) Tübingen: dgvt-Verlag.

Titze, M. (1997). EMDR-unterstützte Thematisierung bei psychodynamisch fundierten Fokaltherapien. In C.T. Eschenröder (Hg.). EMDR. (S. 179-188) Tübingen: dgvt-Verlag.

Vaughan, K., Armstrong, M.S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.

Wilson, S.A., Becker, L.A., Tinker, R.H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.

Dipl.-Psych. Christof T. Eschenröder

Treseburger Str. 15
28205 Bremen