

die Zukunftsprojektion ein zentraler Teil der Behandlung (z. B. Flugphobien). Auch wenn die Ergebnisse einer Exposition in vivo unbestritten sind, ist doch in vielen Fällen eine vorherige Behandlung (in sensu) mit EMDR eine deutliche Entlastung für Patient und Therapeut und macht manche aufwendige In-vivo-Exposition unnötig.

► **Phantasie einer zukünftigen Situation.** Um diese zukünftigen Belastungen fokussieren zu können, erfragen wir vom Patienten die Phantasie einer zukünftigen Situation, so wie der Patient sie sich wünscht. Dies kann z. B. sein, dass er nach einem Unfall wieder an seinem Arbeitsplatz arbeiten kann. Wenn wir diese Situation fokussieren und nach einem Bild der zukünftigen Situation fragen, gibt es einige Patienten, die schon da belastende Intrusionen haben und das Bild einer Zukunftssituation sich als belastend herausstellt. Dies zeigt, dass sich hier noch belastendes Material befindet, das bearbeitet werden muss.

Die Bearbeitung geschieht mithilfe des EMDR-Ablaufschemas (Phase 3–7: Bild, negative und positive Kognition etc.). Bei Patienten, bei denen wir wissen, dass Stressoren auftreten können (z. B. Prüfungsangst), können wir die zukünftige Situation schon in der Phantasie mit einem gewissen Stress versehen („Stellen Sie sich vor, einer der drei Prüfer schaut sehr kritisch“). Auf diese Weise werden sozusagen alle möglichen Stressoren aus der Zukunftsphantasie prozessiert, bis spontan keine mehr auftauchen und der Patient eine rein positive Zukunftsphantasie erstellen kann.

Anschließend oder auch alleine bei fehlenden Befürchtungen folgt der zweite Teil der Zukunftsprojektion, in dem auf die positive Zukunftsphantasie fokussiert und eine positive Kognition entwickelt wird (z. B. „Ich kann damit umgehen“). Dann wird der Patient gebeten, den gesamten „Film“ der zukünftigen positiven Situation ablaufen zu lassen, während der Therapeut in einer Reihe von Sets bilateral stimuliert. Wenn unter Stimulation weitere Belastungen auftauchen, werden sie fokussiert und bearbeitet. Dies wird so lange fortgesetzt, bis der „Film“ der Zukunftsprojektion mit SUD = 0 und VoC = 6–7 positiv abgeschlossen werden kann.

3.2 Veränderung der Bearbeitungsreihenfolge

Arne Hofmann

Seit der ersten Veröffentlichung von Francine Shapiro's EMDR-Grundlagenbuch 1995 zur Behandlung mit EMDR hat sich eine Vielfalt von weiteren Interventionsmöglichkeiten mit EMDR entwickelt und klinisch bewährt. Aus einer Behandlungstechnik hat sich eine differenzierte psychotherapeutische Behandlungsmethode entwickelt, die bei einer ganzen Reihe von Störungsbildern erfolgreich eingesetzt werden kann (► Abb. 3.2).

Einige der neuen Interventionsstrategien heißen „Protokolle“ (nach dem EMDR-Standardprotokoll, der „Urmutter“ aller EMDR-Algorithmen), für andere haben sich andere Benennungen eingebürgert. Gemeinsam ist allen diesen EMDR-Interventionen, dass sie auf einer Bearbeitung pathogener Erinnerungen basieren (AIP-Modell) und bilaterale Stimulation als Intervention einsetzen. Auch wenn das Feld der experimentellen (nicht durch kontrollierte Studien belegten) EMDR-Protokolle und EMDR-Interventionen mittlerweile fast unübersichtlich ist, sollen im Folgenden doch die wichtigsten EMDR-Innovationen besprochen werden.

Zunächst sollen dabei 2 Fokussierungsstrategien, die nicht das Vorgehen des klassischen Standardprotokolls ersetzen (Fokussierung auf Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft), im Zentrum stehen, nämlich die *Bearbeitung von Überzeugungssystemen* und das *umgedrehte Standardprotokoll*.

(In weiteren Unterkapiteln sollen Strategien, die einen anderen Fokus als die belastende Erinnerung setzen, sowie solche, die ganz neue Ansätze verwenden, im Mittelpunkt stehen.)

3.2.1 Bearbeitung von Überzeugungssystemen

Schon in der frühen Entwicklung der EMDR-Methode wurde klar, dass kognitive Symptome wie „intrusive Kognitionen“ bzw. automatische irrationale Gedanken einen klaren Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen und daraus entstehenden pathogenen Erinnerungen haben. So war es auffällig, dass häufig kognitive Symptome (wie z. B. Schuldgefühle) nach der Bearbeitung der Erinnerung mit EMDR verschwunden waren, ohne überhaupt kognitiv bearbeitet worden zu sein.

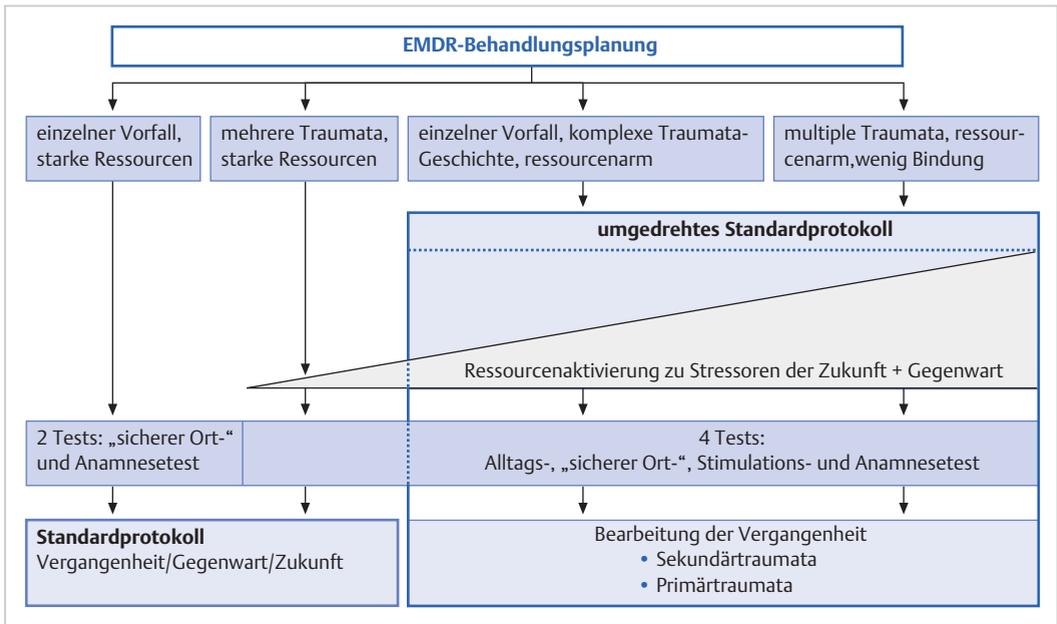


Abb. 3.2 EMDR-Behandlungsplanung.

Im Sinne der 3 Panksepp-Ebenen (Kap.1.3), scheint so die kortikale Ebene (u. a. der Kognitionen) der Ebene der Veränderung der pathogenen Erinnerungen bei der EMDR-Behandlung zu folgen. Im Gehirn ist sozusagen der Verstand „in der Minderheit“, die kognitiven Einsichten folgen der Verarbeitung des überwiegend sensorischen und affektiven Teils der Erfahrungen.

Umgekehrt gibt es aber auch die Erfahrung, dass sich durch eine Vielzahl (häufig kleiner) Belastungs-, Kränkungs- und Beschämungserfahrungen ein Netzwerk pathogener Erinnerungen durch selbstentwertende kognitive Intrusionen bemerkbar machen kann (z. B. „Ich bin wertlos“). Derartige negative Überzeugungssysteme sind schon früh Fokus von EMDR-Behandlungen und Teil der EMDR-Ausbildung gewesen. Dies u. a. deswegen, weil sie auch nicht selten die EMDR-Behandlung blockieren können. Grundlage war dabei immer der Gedanke, zuerst das Netzwerk hinter der kognitiven Intrusion, dem *Überzeugungssystem*, zu identifizieren und zu bearbeiten, bevor gegenwärtige Symptome und Auslöser sowie mögliche zukünftige Auslöser (z.B. stressige soziale Situationen) fokussiert werden.

Merke

M!

Hinter einem Überzeugungssystem, das sich durch kognitive Intrusionen bemerkbar macht, steht in der Regel ein Netzwerk von Erinnerungen. Nach der Bearbeitung dieses Erinnerungsclusters löst sich das Überzeugungssystem auf.

Netzwerk von Erinnerungen

Mit der Zeit hat sich hier eine systematische Vorgehensweise in der Bearbeitung von Überzeugungssystemen herausgebildet, die sich v.a. bei der Behandlung von depressiven Störungen bewährt hat. Da zuerst das Netzwerk von Erinnerungen hinter der kognitiven Intrusion gefunden werden muss, werden 2 Zugänge gewählt:

- Der Patient wird gefragt welche seiner Erinnerungen beweisen, dass die negative Überzeugung („Ich bin wertlos“) *richtig* ist [111]. Die wichtigsten genannten Ereignisse werden erfasst und wie in einer Traumalandkarte zeitlich eingeordnet und mit einem SUD-Level versehen.

- Vor der Bearbeitung wird jedoch noch ein zweiter Zugangsweg in das Netzwerk gesucht, welches hinter der negativen Überzeugung steht (u. a. auch deshalb, weil nicht alle Patienten diese Erinnerungen bewusst erinnern). Dies geschieht mithilfe einer Affektbrücke, die von einem gegenwärtigen starken Auslöser des Überzeugungssystems gewählt wird. In einigen Fällen kommen hierbei stark belastende, lange Zeit nicht mehr erinnerte Erlebnisse ins Bewusstsein (z. B. Schulmobbing). Wenn der SUD-Level dabei höher ist, als dies bei den Beweiserinnerungen der Fall ist, wird mit dieser Erinnerung die Bearbeitung begonnen.

Im weiteren Verlauf wird das gesamte aufgedeckte Netzwerk – wie ein Cluster – mit EMDR in seinen zentralen Erfahrungen bearbeitet. Während der Bearbeitung kommt es in der Regel zu entlastenden Generalisierungen, sodass keineswegs alle Erinnerungen bearbeitet werden müssen.

Erst danach folgen gegenwärtige Auslöser der Überzeugung und mögliche zukünftige Auslöser („Was müsste geschehen, damit Sie sich wieder so wertlos fühlen würden?“).

Bewährt hat sich dieses Vorgehen bei besonders intrusiven Kognitionen, die die EMDR-Arbeit behindern, bei depressiven Störungen und bei der Arbeit mit Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Bemerkenswert im Rahmen einer Depressionsstudie war die Beobachtung, dass die Patienten, die unter belastenden Überzeugungssystemen litten und diese mit EMDR bearbeitet hatten, eine stärkere Besserung aufwiesen als Depressive, bei denen lediglich mit den klassischen Auslöseerinnerungen für die Episoden gearbeitet worden war [224].

3.2.2 Das umgedrehte Standardprotokoll

Das Vorgehen beim sog. umgedrehten Standardprotokoll hat sich aus der Erfahrung mit der Behandlung von (dekompensierten) stationären Traumapatienten entwickelt. Nach einer Reihe von negativen Erfahrungen bei dem Versuch, mit diesen Patienten sehr früh mit ihrer am stärksten belastenden Erfahrung zu arbeiten, wurde in den frühen 90er-Jahren das umgedrehte Standardprotokoll entwickelt, um einen Weg hin zur Bearbeitung solcher am meisten belastenden Erfahrungen zu ermöglichen, ohne wegen einer möglichen De-

kompensation eine Konfrontation des Traumamaterials gänzlich vermeiden zu müssen. Die Fokusbildung erfolgt dabei umgekehrt wie beim Standardprotokoll:

- zuerst die nahe Zukunft und die Gegenwart stabilisieren,
- dann erst – mit wachsender Affekttoleranz – die zentralen Erlebnisse der Vergangenheit bearbeiten.

Erster Schritt: Bearbeitung einer künftigen Belastung

Zuerst wird eine nah in der Zukunft liegende vorhersehbare Belastung (z.B. ein psychosozialer Stressor) entlastet. Als erster Schritt hat sich dabei eine gezielte Ressourcenaktivierung rund um das zukünftige belastende Erlebnis bewährt („EMDR zur Stabilisierung“, z. B. durch Absorptionstechnik, Kap. 3.3.2). Bei instabilen Patienten kann diese ressourcenzentrierte Vorgehensweise eingesetzt werden, bis diese eine ausreichende Alltagsstabilität haben.

In Einzelfällen können einige dieser instabilen Patienten auch den Einsatz des gesamten EMDR-Ablaufschemas gut tolerieren. Ein Beispiel für einen solchen Einsatz von EMDR mit einem Gegenwartsfokus ist das folgende:

Zweiter Schritt: Bearbeitung gegenwärtiger Probleme

Sobald der Patient im äußeren Alltag mehr Stabilität gewonnen hat, werden als Nächstes weitere im Alltag gegenwärtige Probleme fokussiert, die latente Krisenherde und Belastungen in der Gegenwart darstellen. Häufig sind dies – ähnlich wie im Bereich der Zukunftsdimension – keine extremen Traumatisierungen, sondern Belastungen durch psychosoziale Stressoren, die u. a. durch Bindungsstörungen hervorgerufen bzw. verstärkt werden (z.B. Konflikte mit dem Helfersystem, Partnerschaftskonflikte). Werden diese Belastungen unter Aktivierung von Ressourcen mittels des EMDR-Ablaufschemas bearbeitet, tritt nicht selten eine deutliche Entlastung des Alltags der Patienten ein (und damit ein Abklingen einer klinischen Symptomatik). Auch der Einsatz von CIPOS (= Constant Installation of present Orientation and Safety) als erster Schritt in der Bearbeitung schwerer Stressoren kann hier hilfreich sein (Kap. 3.4.2).

Fallbeispiel

B

Die Frau mit der neuen Couch

Eine 66-jährige verheiratete Patientin kam in die Behandlung, nachdem Notfalldienste sie 14-mal im Laufe des letzten Jahres wegen Panikattacken ins Krankenhaus eingeliefert hatten. Die Panikattacken hatten nach einer Kolitisiagnose ein Jahr davor begonnen. Seit 2–3 Jahren litt sie an einer schweren doppelten Depression (Dysthymie und Major Depression). Der BDI-2-Test (Beck Depressions Inventar) ergab einen Wert von 32.

In ihrer Anamnese berichtete die Patientin von 5 depressiven Episoden, die nie behandelt worden waren. Sie war Kind eines Alkoholikervaters und hatte nach dem Tod der Mutter (als sie 10 Jahre alt war), die Verantwortung für ihre 5 jüngeren Geschwister übernehmen müssen.

Ihre problematischste Überzeugung war: „Ich bin nur wertvoll, wenn ich etwas tue“. Da die Patientin zu Hause überhaupt nicht auszuruhen schien und eine Bearbeitung der frühen Erinnerung noch nicht möglich war, wurde in der ersten EMDR-Sitzung auf diese Überzeugung und eine Situation der Gegenwart fokussiert. Das Bild war, dass sie in ihrem Wohnzimmer stand, sich setzen wollte, um eine Pause zu machen, dies aber nicht wagte, weil dann Rastlosigkeit und wachsende Angst aufgekommen wären. Der SUD lag bei 10. In dieser EMDR-Sitzung hatte sie eine Reihe von belastenden Assoziationsketten, in denen Gewaltsituationen mit ihrem Vater auftauchten, dennoch konnte die Patientin in der Gegenwart fokussiert bleiben und die Belastung fiel sehr gut ab.

Nach dieser einen Sitzung ging sie in einen Möbelladen und kaufte sich ein neues Sofa, auf dem sie sich nun angemessen ausruhen konnte. Zwei weitere gegenwärtige Probleme wurden fokussiert mit EMDR, bei denen ebenfalls lediglich einige wenige Assoziationen der Vergangenheit auftauchten. Nach 60 Sitzungen Verhaltenstherapie (einschließlich 5 EMDR-Sitzungen) wurde die Therapie beendet. Die Patientin fühlte sich signifikant besser und die Panikattacken wie auch die Depression waren nicht mehr nachweisbar.

Bei einer Nachbefragung nach einem Jahr war die Situation stabil (BDI 4). Die Medikation war reduziert worden, aber nicht komplett beendet.

Angelika Hilgers, Krefeld

Bevor im Rahmen des umgedrehten Standardprotokolls mit einem EMDR-Ablaufschema zur Bearbeitung von belastenden Erinnerungen begonnen wird, sollte geprüft werden, ob die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Abschluss der Traumabearbeitung in ausreichender Weise gegeben sind.

Merke

M!

Durch die gezielten Tests kann man prüfen, ob ein Patient stabil genug für eine EMDR-Behandlung ist.

Folgende Kriterien haben sich dabei als praktikabel und hilfreich erwiesen:

- ▶ **Alltagstest.** Verfügt der Patient über ausreichende Ressourcen, um die Belastungen eines normalen Lebensalltags zu bewältigen?
- ▶ **„Sichere-Ort“-Test.** Verfügt der Patient über ausreichende positive Ressourcen, um sich selbst beruhigen zu können und um beim Prozessieren einer belastenden Erinnerung einen positiven Abschluss der Bearbeitung finden zu können?
- ▶ **Stimulationstest.** Toleriert der Patient eine Stimulation der Ressourcen mit EMDR, ohne in ein Traumanetzwerk abzurutschen?
- ▶ **Anamnesetest.** Ist der Patient in der Lage, aus einer gewissen affektiven Distanz heraus die zu bearbeitenden belastenden Erinnerungen wahrzunehmen, ohne zu dekompensieren?

Dritter Schritt: Bearbeitung belastender Erinnerungen

Erst im dritten Schritt wird auf die belastenden Erinnerungen der Vergangenheit direkt fokussiert. Mehr über das umgedrehte Standardprotokoll findet sich im Kap. 4.12, das die Behandlung komplex Traumatisierter zum Thema hat, der Patientengruppe, bei der das umgedrehte Standardprotokoll am häufigsten zum Einsatz kommt.