



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

EMDR

- Therapie und Coaching -

Modul 3

WZPP®

Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Alfred-Delp-Straße 2
D- 73430 Aalen

Tel Büro 07965 - 802 72 58
Tel 07965 - 802 72 59

www.wzpp.de
info@wzpp.de

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Modul 3

Inhalt

1	Aktive Techniken	3
1.1	Feinarbeit der Prozesssteuerung	4
1.2	In Gang bringen eines blockierten Prozesses	5
1.2.1	Das kognitive Einweben.....	5
1.2.2	Einwebtechniken (nach Schubbe, 2007)	5
1.2.3	Kognitives Einweben: Thema Sicherheit	7
1.2.4	Kognitives einweben: Thema Gefahr/Sicherheit.....	7
1.2.5	Kognitives Einweben: Thema Verantwortung/Schuld.....	7
1.2.6	Kognitives Einweben: Verantwortung/Schuld:.....	7
1.2.7	Weitere Formen kognitiven Einwebens:	8
1.2.8	Indikationen für das kognitive Einweben	8
1.3	Reorientierung bei Dissoziation oder Überflutung	9
2	Themenentwicklung (Großreinemachen) → entspricht Punkt 1.4.....	9
3	Akut-Protokoll	10
3.1	Phasen nach einem traumatischen Ereignis	10
3.2	Risikofaktoren für eine bleibende Störung:	11
3.3	Was hilft bei Akut-Trauma?	11
3.4	Behandlung der akuten Traumatisierung	11
4	Komplexe PTBS – Disorder Of Extreme Stress.....	12
4.1	Diagnose und Kernsymptome.....	12
4.2	Merkmale	12
4.3	Therapie (vgl. Lehnung, Hofmann & Ebner 2024)	12
4.3.1	Beziehungsaufbau	13
4.3.2	Stabilisierung und Differenzieren	13
4.3.3	Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen.....	14
5	Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)	14
6	CIPOS.....	15
7	Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung.....	16
8	EMDR bei nicht-traumatischen Lebenserfahrungen.....	17
9	Depression.....	17
10	Pathologische Trauer	18

11 Soziale Angststörungen	19
12 Traumabedingte Phobie/Panikstörung	21
13 Zwangsstörungen.....	21
13.1 Entstehungsbedingungen	21
13.2 Funktionalität.....	22
13.3 Folgen.....	22
13.4 Herausforderungen in der Therapie	22
13.5 Ergänzende Therapie mit EMDR	22
13.5.1 Behandlungselemente	22
13.5.2 Protokoll nach Böhm 2024.....	23
13.5.3 Abgewandeltes Standardprotokoll bei Zwängen	24
14 Psychosomatische Erkrankungen.....	26
15 Schmerzprotokoll.....	28
16 Psychoonkologische Therapie.....	28
17 Zahnbehandlung	28
18 Tinnitus	29

1 Aktive Techniken

Die Prozessierung eines Traumas mit EMDR ist ein dynamischer, bisweilen sehr intensiver Prozess, der oft einen spontanen von den Selbstheilungskräften des Klienten gesteuerten Verlauf bis hin zur vollständigen Verarbeitung (SUD=0) aufweist. Ist dies der Fall, wird der Therapeut den Klienten in seinem Prozess nicht stören, ihm sozusagen aus dem Weg gehen und sich auf der Grundlage von echtem Rapport auf die Durchführung der technischen Aspekte (bilaterale Stimulation, Unterbrechung, Nachfragen, Neu-Bewertung) beschränken. Es kann aber sein, dass der Klient für seine Verarbeitung eine weitergehende Unterstützung durch den Therapeuten benötigt. Dies kann aus unterschiedlichen Gründen notwendig sein. Nicht ausreichendes Sicherheits- und Kontrollgefühl, mangelnde Motivation oder Affektregulationsmöglichkeiten, fehlende Ressourcen oder Informationen bzw. mangelndes Wissen um Lösungen behindern den Klienten in seiner Verarbeitung. Zudem können systemisch bedingte sekundäre Gewinne oder blockierende Selbstüberzeugungen den Klienten psychisch fixieren. Bevor wir uns den therapeutischen Möglichkeiten zuwenden, sei noch einmal an die Grundregel für aktives Intervenieren erinnert: Interveniere (zeitlich und inhaltlich) so sparsam wie möglich!

Die Unterstützung des Therapeuten kann sich auf vier unterschiedliche Aspekte des Prozesses richten:

- Feinarbeit der Prozesssteuerung
Der Klient wird durch bedürfnisbefriedigende und aufmerksamkeitslenkende Aktivitäten im Prozess gehalten.
- In Gang bringen eines blockierten Prozesses
Therapeut interveniert technisch oder inhaltlich, um den Prozess wieder in Gang zu bringen (Nichteinwebtechniken, therapeutisches Einweben).
- Reorientierung bei Dissoziation oder Überflutung

Der Therapeut unterbricht die Stimulierung, um den Klienten wieder in der Realität zu verankern.

- Themenentwicklung

Der Therapeut hilft dem Klienten, die Effekte einer gelungenen Traumaverarbeitung zu generalisieren.

1.1 Feinarbeit der Prozesssteuerung

Modell des „optimalen Verarbeitungsbereichs“

- Das Konstrukt beschreibt die Bandbreite des inneren emotionalen Abstandes des Klienten zu seinen belastenden Erinnerungen dann als optimal, wenn der Verarbeitungsprozess autonom verlaufen kann.
- Kennzeichen für optimale Entfernung sind die gleichzeitige prozessurale Aktivierung des traumatischen Erlebens und bewusstseinsmäßige Verankerung in der äußeren Realität.
- Gestört bzw. unterbrochen wird die Prozessierung, wenn der Klient entweder emotional zu distanziert (bis hin zur Dissoziation) ist oder wenn es emotional überflutet wird und die therapeutische Situation als Retraumatisierung erlebt wird.
- Aufgabe des Therapeuten ist es, den jeweiligen Zustand des Klienten einzuschätzen und durch Aktivitäten im „optimalen Bereich“ zu halten.
- Als Basisempfehlung für den Therapeuten gilt die 50% : 50% Regel.
- Der Klient sollte mit seiner Aufmerksamkeit zur Hälfte seine inneren Prozesse beobachten und zur Hälfte in der äußeren Realität verankert sein und den Fingern bewusst folgen.
- Je nachdem, in welche Richtung (Distanzierung vs. Überflutung) sich der Klient im Prozess entwickelt, kann der Therapeut durch eine Reihe von Maßnahmen gegensteuern, über die folgende Tabelle einen Überblick gibt.

Werkzeug	Innenfokus stärken (Prozessvertiefung)	Außenfokus stärken (Distanzierung)
Stimulierungsmodalität	Auditiv, taktil	Augenbewegungen, interessante Stimulierungsart (Trommeln, Fingerpuppen, ...)
Ausführender der Stimulation	Selbstinduzierte Stimulation (Butterfly Hug, auf Schenkeln)	Therapeuteninduzierte Stimulation
Stimulierungsdauer	Längere Sets, Kontrolle beim Klienten	Kürzere Sets, Kontrolle beim Therapeuten
Gestaltung der Stimulierungsunterbrechung	Kurze Unterbrechungen, kurze Rückmeldung geben lassen, keine bewusste Außenorientierung	Lange Unterbrechung, lange Rückmeldungen geben lassen, bewusste Reorientierung (Atmen, umsehen, Kontakt)
Strukturierung des Verarbeitungsprozesses	Rückkehr zum Target	Unterbrechen der Verarbeitung für Sicherheits- und Kontrollmaßnahmen
Anleitung des Klienten	Augen geschlossen halten, Sprechen während des Prozessierens nicht anregen	Augen offenhalten, Sprechen während des Prozessierens anregen
Stimme des Therapeuten	Seltener Einsatz, leise	Häufiger Einsatz, laut, motivierend
Verbale Botschaften	„Beobachte einfach“, „Alles, was sich zeigt, ist gut“, „Bleib innen“, „Kannst Du/ Sie es beobachten/ spüren?“	„Schau die Finger an“, „Bleib dran, Du/ Sie schaffen das“, „Bald ist es vorbei“, „Du bist hier sicher“

1.2 In Gang bringen eines blockierten Prozesses

- Die zweite Funktion von aktiven Interventionen liegt darin, einen blockierten Prozess wieder in Gang zu bringen und ein spontanes Weiterverarbeiten zu ermöglichen.
- „Ist eine aktive Intervention trotzdem nötig, ist sie, im Gegensatz zu anderen therapeutischen Techniken, nur als äußerer Impuls zu verstehen, als ein Angebot, die Aufmerksamkeit auf einen neuen Aspekt zu richten, diesen mit einzubeziehen und so eine neue Orientierungsreaktion zu aktivieren.“
- Sobald dieser Impuls beim Klienten eine Resonanz erzeugt (auch wenn dieser nur auf der kognitiven Ebene als theoretische Möglichkeit akzeptiert wird), beginnt sofort die Fortführung der bifokalen Stimulierung. Es kommt also zu keiner kognitiven Überzeugungsarbeit, keinen gemeinsamen Erarbeitungen von Einsichten oder Ähnlichem“.
- Die Interventionen sollten kurz und knapp sein und möglichst aus einer einfachen Frage oder Anweisung bestehen.
- Ist der Prozess des Klienten blockiert, sollte der Therapeut zunächst mit den Methoden versuchen, die Fixierung aufzuheben, die die geringste invasive Wirkung haben und erst dann direktivere Techniken einsetzen, wenn die Verarbeitung des Klienten weiterhin stagniert.

Das folgende Schema gibt einen Überblick über bewährte Vorgehensweisen und strukturiert sie nach zunehmender Einwirkungsintensität:

1) Nichteinwebtechniken

- Verstärken der Beobachterposition
- Veränderung der Stimulierung und vermehrte Rückkehr zum Target: Verlängerung der Sets; Richtungswechsel oder andere Änderung der Stimulation (z. B. Taps); (Leichte) Veränderung des Fokus
- Fokussierung der Wahrnehmung auf Veränderung

2) Vorstufen des Einwebens

- Aktivieren anderer Wahrnehmungskanäle und -aspekte
- Modifizierung der Symbolisierungsform
- Anregen verstärkter Assoziationstätigkeit
- Aktualisieren der installierten Ressourcen

3) Therapeutisches Einweben

- imaginativ
- edukativ
- kognitiv

1.2.1 Das kognitive Einweben

Grundlage des Einwebens ist das Verbinden der stecken gebliebenen Information mit Ressourcen.

Grundtechnik ist eine kurze Intervention (Frage), die eine Ressource aktiviert → Eine kurze "Verwirrung" entsteht → Stimulation (kurzes Set).

Beim kognitiven Einweben folgen die Themen den Themen der Kognitionen: Sicherheit; Verantwortung/ Schuld; Wahlmöglichkeiten (in Zukunft). Es können Informationen gegeben werden. Man kann auch Erfahrungen umdeuten

Weitere Einwebetechniken:

- Refokussieren
- Zurück zur Ausgangserinnerung
- Andere Ressourcen aktivieren
- Körperressourcen
- Pendeltechniken

1.2.2 Einwebtechniken (nach Schubbe, 2007)

Form des Einwebens

Beispiel

Mechanisch: Eigenschaften und Art der Stimulation verändern	Ein Mädchen hat bezüglich der Besuche ihrer Mutter sehr ambivalente Gefühle. Sie stellt die beiden Seiten auf zwei Zeichnungen dar. Bei EMDR bewegt sie die Augen zwischen den beiden an der Wand hängenden Zeichnungen hin und her.
Wahrnehmungsebene: Wechsel der Modalität der inneren Wahrnehmung	Ein Junge berichtet grausame Erfahrungen in relativ gleichgültigem Ton. Er wird beim Einweben angeleitet: „Achte jetzt bitte genau darauf, welche Gefühle auftauchen.“ Oder: „Was spürst du in deinen Muskeln?“
Fokussieren: Zum Ausgangsthema zurückbringen	Eine Jugendliche denkt bei einer EMDR-Sitzung über eine Gewalterfahrung durch ihren Vater an eine bevorstehende Prüfung. Beim Einweben wird sie aufgefordert: „Beobachte, was die Prüfung mit der Situation mit deinem Vater zu tun hat.“
Affektbrücke: Auf Hintergrundserfahrungen zurückgehen	Ein Jugendlicher wird während EMDR über mehrere Stimulierungsserien zunehmend wütend, auch auf den männlichen Therapeuten. Dieser webt ein: „Wenn du an früher zurückdenkst, wann hast du dich schon einmal so gefühlt?“
Entwicklungsorientiert: Nachholen von Entwicklungssituationen	Eine Jugendliche jammert in der EMDR-Sitzung wie ein Baby über den frühen Verlust ihrer Großmutter. Der Therapeut fragt: „Wenn du jetzt wie ein kleines Baby sprichst, was hätte das Baby damals von den Erwachsenen gebraucht?“
Distanzierung: Einsatz therapeutischer Distanzierungstechniken	Ein Kind wird unruhig und beginnt, abzulenken: „Stell dir vor, das ist jetzt nur ein alter Film von früher, und auf dem Schoss deiner Mutter hier bist du ganz sicher.“
Unterstützend: Ermutigen, Erlaubnis erteilen, Anerkennung geben	Ein Junge hat Angst, wie die Geschichte in der EMDR-Sitzung wohl ausgeht. Er wird wiederholt ermutigt: „Gut so, ja das machst du sehr gut deine Mutter und dein Teddybär sind jetzt auch da ja, das machst du großartig ... das ist in Ordnung ... das ist genau richtig so.“
Körperressource: Aktivieren einer zuvor verankerten Ressource auf Körperebene	Ein Mädchen fühlt sich immer wieder schwindelig, wenn sie an eine Gewaltszene zurückdenkt. Als dies auch während des EMDR-Prozesses geschieht, sagt die Therapeutin: „Drücke die Füße jetzt mal auf den Boden und prüfe, ob er noch so gut hält wie vorher.“
Kognitiv: Sokratische Frage, Erwachsenenperspektive, Zukunftsperspektive	Ein Mädchen kreiselt bei der Überzeugung, es hätte sich gegen ihren Onkel wehren müssen, der sie vergewaltigte: „Zeige mir mal wie groß du warst. Und wie groß ist dein Onkel?“
Imaginativ: Imagination einer Ressource	Der EMDR-Prozess blockiert bei einer Erinnerungssituation, der das Kind ausgeliefert war, weil kein Erzieher anwesend war. „Stell' dir mal vor, jetzt kommt ein Erzieher, den du gut kennst.“

	Der kann dir helfen. Beobachte, was dann passiert.“
Teilearbeit: Ressourcenvolle innere Anteile werden aktiviert	Ein Grundschüler, der am Vortag einen Judowettbewerb gewonnen hat, fühlt sich total hilflos. Der Therapeut fragt: „Was würde ein Sieger eines Judowettbewerbs in so einer Situation jetzt machen?“
Symbolisch: Symbolisieren konkreter Inhalte; Symptome als Tiere oder Monster	Ein Kind erlebt sich seinen selbstschädigenden Impulsen hilflos ausgeliefert. „Wenn es ein böses Tier wäre, das dich immer wieder so blutig kratzt, welches Tier könnte es sein?“
Humorvoll: Überraschung und Witz als Resource einsetzen	Das Kind bleibt dabei stecken, allein gewesen zu sein. Der Therapeut zeichnet dem Kind ein Comicbild davon, wie es im EMDR-Prozess weitergehen könnte, und fordert das Kind auf, das nächste Bild des Comics zu zeichnen.

1.2.3 Kognitives Einweben: Thema Sicherheit

In vielen Fällen bleiben "Freeze"-Netzwerke erhalten ("frozen in time") → Diese können im EMDR-Prozess blockieren.

Möglichkeiten einzuweben:

- Zeitliche Orientierung "und was passierte danach?"
- Situationsorientierung "wo ist der Täter heute?" "sind Sie gestorben?"
- Bezug auf Heute!

1.2.4 Kognitives einweben: Thema Gefahr/Sicherheit

- Orientierung im Jetzt
- Unterstützung für das frühere Ich
- heutige Fähigkeiten ansprechen

1.2.5 Kognitives Einweben: Thema Verantwortung/Schuld

Möglichkeit 1 Externalisierung:

- "Wessen Verantwortung war das?"
- "Ich bin verwirrt...?"
- "Sokratischer Dialog: "...wer war größer?"

Möglichkeit 2 Selbstempathie stärken:

- "Wenn es nun ihr Kind wäre?"
- "Was würde X sagen?"
- "Wenn Sie damals schon gewusst hätten..."

Problem: Reale Schuld (z. B. betrunken Autofahren, Krieg)

- "Was haben Sie daraus gelernt?"
- "Was würden Sie heute tun?" (in gleicher Situation)
- Metapher (z. B. Waage)

1.2.6 Kognitives Einweben: Verantwortung/Schuld:

- Sokratischer Dialog: Was wäre wenn?
- Vergleich mit anderen
- Informationen geben
- Vergebung

1.2.7 Weitere Formen kognitiven Einwebens:

- Joker-Frage: "Was könnte jetzt helfen?" "Was bräuchten Sie jetzt?"
- Watzlawik Frage: "Nehmen wir mal an, sie hätten das Problem gelöst, wie würde sich das anfühlen?" (Speziell bei Zukunftsängsten).
- Geben von (Sach-)Informationen:
Zwei Beispiele:
 - Sexuelle Erregung bei Missbrauch "Wussten Sie, dass bei genügend Stimulation viele Kinder sexuelle Erregung haben können? Das heißt nur, dass der Körper normal funktioniert, nicht dass das Kind dem zustimmt"
 - Köderverhalten pädosexueller Täter
- Korrigieren von Wahrnehmungen:
z.B. SUD nach einem Unfall wird keine 0, da noch eine restliche Erregung besteht "können Sie sich vorstellen, dass es in Ordnung ist, beim Autofahren wachsam sein zu dürfen, ohne das als Angst wahrnehmen zu müssen?"
- Traurigkeit und Schmerz nach Tod: „Können Sie sich vorstellen, den Verstorbenen nicht durch Schmerz, sondern in anderer Weise respektvoll in Erinnerung zu halten?“
- Refokussieren als Einwebetechnik
- Am häufigsten: Beenden der Blockaden und Affektbrücken
 - Zurück zur Ausgangserinnerung
 - Affektbrücke suchen "Was hält Sie in der Angst?" / "Woran erinnert Sie das?"
 - Affektbrücke unterbrechen „Was ist der Unterschied von (damals und ...)?“; Wie geht es ...? (Fokussierung auf Gegenwart)
- Aktivierung anderer Ressourcen
 - Körperressourcen und Impulse: nicht abgeschlossene Handlungen (im Ereignis oder beim Reprozessieren, z. B. Faust); Aufrichten, Arme nach vorne Symbolisierte Ressourcen "Wenn die Körperempfindung Worte hätte....; Tei-le/Helfergestalten einführen "Stellen Sie sich vor..."
 - Pendeln mit Ressourcen: Meist bei komplex Traumatisierten
- Selbstwert:
 - Wie würde jemand anderes gewertet werden?
 - Was würde der Innere Helfer / Coach sagen?
 - Wo wurde Unterstützung erlebt? Wann wurde Wertschätzung erfahren?
- Wahlmöglichkeiten:
 - Wie kann heute reagiert werden?
 - Welche Möglichkeiten gibt es heute als Erwachsener/ Erwachsene?
 - Welche Fähigkeit würde gebraucht, ...?
 - Wie könnte die Situation besser gelöst werden?

1.2.8 Indikationen für das kognitive Einweben

- Blockade, die sich auf
 - Verlängerung des Sets und
 - Richtungswechsel sowie
 - Veränderung des Focus nicht auflöst (nach zwei Sets Stimulation ist der Focus unverändert)
- Kreiseln ist eine Form der Blockierung, bei der sich statt fortschreitender Verarbeitung eine dauernde Wiederholung bestimmter Emotionen, körperlicher Empfindungen, Bilder oder Gedanken in Permanenz oder bestimmten Abfolgescemata zeigt. Während des Kreiselns bleiben VoC und SUD-Level unverändert. Eine Veränderung der Gedanken mag beobachtbar sein, aber diese bleiben auf gleichem Informationsniveau, ohne wirkliche affektive Veränderung oder neue Einsichten.
- Zeitmangel: Der Kanal zeigt gegen Ende der Behandlungsstunde (90 Min) noch immer hohe SUDs

- Mangelnde Generalisierung: Die Patientin kann die Erinnerung erfolgreich prozessieren, der Erfolg generalisiert jedoch nicht auf mit dem Ereignis verbundene andere (meist kleinere) Knoten
- Informationsmangel Der Patientin fehlen Informationen (oder Ressourcen), die zum erfolgreichen Durcharbeiten erforderlich sind (z. B. "Ködern" -Pädosexuelle).

1.3 Reorientierung bei Dissoziation oder Überflutung

Dissoziation ist eine konditionierte Schutzreaktion traumatisierter Menschen auf unerträgliche Gefühle und Körperempfindungen. Sie unterbricht die normale integrative Funktion des Bewusstseins. Symptomatisch kann sie sich als Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätswechsel (ICD10) äußern. Dissoziation kann während der Prozessierung auftreten und unterbricht die Verarbeitungsmöglichkeiten durch EMDR. Der Therapeut hat jetzt die Möglichkeit zu versuchen, den Prozess durch geeignete Maßnahmen wieder in Gang zu bringen, oder er unterbricht sofort die Stimulierung und reorientiert das Kind wieder auf die äußere Realität. Mögliche Anzeichen für einen dissoziativen Zustand sind:

- Starre Augen, Trance-Blick, die Unmöglichkeit den Fingern zu folgen, Nicht-Ansprechbarkeit, Stummsein, körperliches Erstarren.
- Intensive Gefühle verschwinden, bevor die bilaterale Stimulierung beginnt.
- Der Klient verliert plötzlich den Kontakt zum Target bzw. inneren Erleben.
- Die Augenlider fallen runter.
- Der Klient schläft während der Prozessierung ein (kann aber auch ein Zeichen von Verarbeitung sein).
- Der Klient bekommt starke Kopfschmerzen.
- Der Therapeut fühlt einen Abbruch im Kontakt.

Ist Dissoziation erfolgt, so kann der Therapeut auf folgende Weise versuchen, der Klient wieder in einen assoziierten Zustand zu führen und weiter zu prozessieren:

- Verbale Ansprache und Ermutigung („Bleib hier“, „Bleib bei mir“, „Hier bist Du sicher“, „Komm zurück“, „Lass den Film rückwärts laufen“).
- Körperkontakt herstellen und (nach vorheriger Absprache) eine Hand des Klienten halten, während die bilaterale Stimulierung fortgesetzt wird.
- Wechsel der Stimulation von Augenbewegungen zum Tapping.

Stellt sich heraus, dass der Klient zu dissoziativen Reaktionen neigt, so kann der Therapeut prophylaktisch versuchen, die Wahrscheinlichkeit dissoziativer Unterbrechung zu minimieren:

- Sicherheitsbedürfnisse des Klienten erneut prüfen und befriedigen (Sicheren Ort stärken; Einweben: „Was kannst du dem inneren Bild hinzufügen, das dir hilft, dich sicherer und stärker zu fühlen?“).
- Tapping als Stimulation, Sets verkürzen, häufige Rückkehr zum Target.
- Verbalen Kontakt halten während der Stimulierung (50:50-Regel beachten).

Bleibt der Klient im dissoziierten Zustand oder entscheidet sich der Therapeut, den Klienten wieder in der Realität zu verankern, unterbricht er die Stimulierung und reorientiert den Klienten. So genannte Erdungstechniken (Grounding) bringen den Klienten wieder mit seinem Körper in Kontakt: Füße und Boden spüren, (mit nach oben gestreckten Zehenspitzen) mit dem Rücken an die Wand lehnen und diese spüren, tief atmen und Fäuste ballen. Oft reicht eine Veränderung im Außen (Aufstehen, rumlaufen) aus, damit der Klient sich wieder orientieren kann. Anschließend ist es wichtig, das Sicherheitsbedürfnis des Klienten aktiv zu befriedigen. Das imaginative Aufsuchen des Sicheren Ortes ist eine Option. Außerdem erscheint es mir wichtig, aktiv Akzeptanz und Wertschätzung für diese Reaktion des Klienten zu bekunden und, so möglich, das Phänomen gemeinsam weiter zu erkunden.

2 Themenentwicklung (Großreinemachen) → entspricht Punkt 1.4

Als letzte aktive Intervention bleiben Techniken zu beschreiben, die nach der Prozessierung des Targets auf Null, weitere möglicherweise noch nicht prozessierte Traumaaspekte aufspüren sollen. Ausgehend

von der klinischen Erfahrung, dass die Assoziationsverbindungen bei Kindern wenig entwickelt sind und das Kind (aber auch einige Erwachsene) nach einer erfolgreichen Prozessierung nicht natürlicherweise zum nächsten Assoziationskanal wechselt, hat Bob Tinker eine Technik entwickelt, den Generalisierungsgrad von erfolgreich prozessierten Targets zu erhöhen, die er Themenentwicklung (Themedelvelopment) nennt. Auf diese Weise sollen unentdeckte Erinnerungen, die aber möglicherweise ein Weiterbestehen der Symptomatik verursachen, aktualisiert und verarbeitet werden. Entlang bestimmter Dimensionen (Gefühl, dysfunktionale Selbstüberzeugung, Körperempfindung, Verhalten des Kindes, Situationen oder Personen) fragt der Therapeut das Kind nach weiteren Erfahrungen und verarbeitet diese dann zu Ende.

- „Was macht dich sonst noch wütend?“
- „Denk an eine Situation, in der du auch so große Angst gehabt hast.“
- „Hast du schon einmal so über dich gedacht?“
- „Denk an jemanden, der dich auch so wütend gemacht hat.“

„Großreinemachen“ (Ricky Greenwald) beinhaltet das gleiche Prinzip, jetzt aber angewandt auf das vom Klienten benannte Trauma. Während im Standardprotokoll in der Regel mit dem schlimmsten Aspekt des Traumas gearbeitet wird, werden bei dieser Technik eine ganze Reihe von Fragen gestellt, um möglichst alle belastenden Elemente des traumatischen Geschehens zu erreichen.

„Ich werde dir jetzt Fragen zu den verschiedenen Teilen deiner Erinnerung stellen, weil ich wissen möchte, ob irgendwas davon dir immer noch zu schaffen macht. Wie war es, als du an jenem Tag in das Auto gestiegen bist? Denke einmal darüber nach. Hast du ein unangenehmes Gefühl, wenn du daran denkst? Und was für ein Gefühl hast du dabei, wenn du deiner Mutter beim Autofahren zuschaust? Und als das andere Auto auf euers aufgeprallt ist? Und was ist mit all dem Lärm? Mit dem zersplitterten Glas... der Fahrt zum Krankenhaus... als du dort deine Baseballjacke nicht behalten durftest... als du im Krankenhaus übernachtet musstest... als du dort allein warst... Und wie ist es, wenn du dir vorstellst, dass du jetzt in ein Auto steigen sollst?“ (Greenwald).

Jede als belastend benannte Erfahrung wird aus Gründen der Ökonomie ohne erneute Bewertungsphase (Phase DREI) prozessiert, wobei in Betracht gezogen werden sollte, dass es zu verschiedenen Aspekten des Geschehens unterschiedliche negative Kognitionen geben kann.

3 Akut-Protokoll

Definition:

Erste 3 Monate nach einem akut belastenden Ereignis

Diagnose: akute Belastungsreaktion

3.1 Phasen nach einem traumatischen Ereignis

- 1) Schockphase: Erste Stunden bzw. Tage nach dem Ereignis
 - Überleben steht im Vordergrund
 - verzerrte Zeitwahrnehmung
 - keine komplexen Denkprozesse
 - Kontrollverlust, Hilflosigkeit
 - Dissoziation
- 2) Phase der hohen Vulnerabilität: Erschöpfung, Intrusionen; Spontanverarbeitung
 - Tage und Wochen nach dem Ereignis
 - hohe Vulnerabilität
 - Wahrnehmung der Erschöpfung, Intrusionen und Vermeidung
 - Ansetzende Selbstheilungsversuche
 - Spontanverarbeitung?
- 3) Konsolidierungsphase: Erholungsphase oder Chronifizierung der Traumaphysiologie
 - Wochen und Monate nach dem Ereignis: Konsolidierung der Spontanheilung

- Oder, häufig nach Nachtraumatisierung: Chronifizierung der Traumaphysiologie

3.2 Risikofaktoren für eine bleibende Störung:

- Peritraumatische Dissoziation
- Dauernde Übererregung
- Erhöhte Herzfrequenz > 90/min
- Schwere Depression (Trauer)
- Extreme Vermeidung

3.3 Was hilft bei Akut-Trauma?

Bewährt haben sich:

- Aufgabenteilung der Berufsgruppen
- Spezialisierte regionale Netzwerke
- Stabilisierung komplexer PTBS-Patienten
- Schützende Sozialarbeit ("Briefkopf-Kampf")
- Hoher Erfahrungsgrad und Routine zur Psychotherapie komplexer Akut-Patienten

3.4 Behandlung der akuten Traumatisierung

- Sichere therapeutische Beziehung, sowie Herstellung äußerer Sicherheit sind Grundlage einer Behandlung
- Psychoedukation: Normalisierung der Symptome ("Ich bin nicht verrückt")
- Rückgewinnung von Kontrolle (im sozialen und medizinischen System)

Effektive Therapien bei Akut-Trauma

- Verhaltenstherapie: Akute Belastungsreaktion (Bryant)
- EMDR bei Akuter Belastungsreaktion (Kulz et al.); EMDR in den ersten 3 Monaten (Solomon + Hofmann)
- Hypnotherapie / Imaginative Therapie

Ineffektiv: CIST („Debriefing“) alleine!

Wann EMDR?

- Dauerintrusionen
- Bei ausreichender Stabilität (sozial, medizinisch, psychisch) und Motivation des Traumaopfers

Kontraindikation für eine Traumabearbeitung bei Akuttrauma

- (Dissoziative) Schockphase > (außer Dauer-Intrusionen)
- Fehlende Stabilität (Sozial, Medizinisch, Psychisch)
- Fehlende Motivation

Vorgehen bei EMDR bei akutem Trauma

- Bearbeiten der Dauer-Intrusion
- Ablauf der Ereignisse zeitlich rekonstruieren
 - Ablauf der Gesamtgeschichte
 - Hot-Spots
- Jede Situation (Hot-Spot) separat bewerten und beginnend bei der Schlimmsten/ Ersten prozessieren (bis Verankerung)
 - Prüfen, ob Generalisierung eintritt
 - Ablauf-Film der Ereignisse erstellen und prozessieren (evtl. Gesamtkognition verankern)
 - Auslöser prozessieren
- Weitere Kontakte anbieten, Kontrolle in 3 Monaten

Schlussfolgerungen

Eine praxisnahe psychotherapeutische (Früh-)Intervention nach akuter Traumatisierung ist effektiv. Bei ausgebildeten Behandlern kann EMDR schon in den ersten Wochen nach dem Ereignis eingesetzt werden. Je später die Behandlung (Reprozessierung der dysfunktional gespeicherten Erinnerung) erfolgt, desto eher Chronifizierungen.

WICHTIG:

- Nur ein Teil der Betroffenen hat eine akute Belastungsreaktion ICD 10: 43.0
- Phasenablauf der Reaktion berücksichtigen! Kein EMDR in Schockphase.
- Spontanerholung berücksichtigen!!! Ausnahme: Die Dauer-Intrusion
- Diagnostik: Herausfiltern der Risikogruppe für PTBS mit Trauma Screening
- Frühintervention für die Risikogruppe scheint indiziert.
- Ausschluss dissoziativer Störung (DES)
- Gesamtkonzept zur Behandlung - Verhinderung von Retraumatisierung ist primär!
- Traumabehandlung adaptieren: z. B. Besonderheiten der imaginativen Stabilisierung (Tresor)
- Auch EMDR muss angepasst werden, da bis mindestens drei Monate nach dem Ereignis noch keine konsolidierte Traumaerinnerungen (Knoten) vorliegen
- Vorsicht sekundäre Dynamisierung schwelender Probleme (z. B. Ehe). Trauma first!

4 Komplexe PTBS – Disorder Of Extreme Stress

Die meisten Menschen erleben mehrere traumatische Erlebnisse wie körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt und/oder Vernachlässigung, zumeist bereits in der Kindheit. Aber auch Kriegsverbrechen/Folter verursachen oftmals eine kPTBS.

4.1 Diagnose und Kernsymptome

Komplexe PTBS (kPTBS) = Disorder of Extreme Stress not otherwise specified (DESNOS)

ICD-11: 6B41.

- PTBS-Kernsymptome (Wiedererleben, Vermeidung, Bedrohungsgefühl) sowie
- Störungen der Selbstorganisation:
 - Tiefgreifende Probleme der Affektregulation (z.B. heftige Gefühlsäußerungen, NSSV, Leere, Schlafschwierigkeiten)
 - Probleme mit negativem Selbstkonzept (anhaltend beeinträchtigtes Identitätsgefühl: Wertlosigkeit, Versagens-, Schuld- und Schamgefühle).
 - Andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen/Näheempfinden (z.B. Schwierigkeiten zu vertrauen, anderen Menschen gefühlsmäßig nahe sein zu können).

4.2 Merkmale

- Störung der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus
- Affektdysregulation, selbstdestruktive/suizidales Verhalten, impulsives, risikoreiches Verhalten etc.
- Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins
- Amnesie, Dissoziation
- Somatisierungen
- Chronische Persönlichkeitsveränderungen
- Selbstwahrnehmung, Wahrnehmung des Täters, Beziehungen, Wertesystem

→ Symptomvielfalt erfordert eine differenzierte Behandlungsstrategie!

4.3 Therapie (vgl. Lehnung, Hofmann & Ebner 2024)

Kritische Phase der Therapie: Der Anfang. Die therapeutische Beziehung ist ein zentraler Wirkfaktor. Ohne Aktivierung von Ressourcen gibt es bei kPTBS häufig keine erfolgreiche Traumabearbeitung. Die Reihenfolge der Bearbeitung kann meist nicht bei allen bei der schwersten Erinnerung beginnen.

Phasenorientierter Ansatz der Behandlung entsprechend den 3 Symptomgruppen:

- 1) Beziehungsdimension → therapeutische Beziehung, Alltagsbeziehungen, Beziehung zu sich selbst
- 2) Differenzierung → Stabilisierung durch den Aufbau einer angemessenen Affektregulation
Beachte: Ohne eine Verbesserung der Fähigkeiten in der Affektregulation ist eine Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen nicht möglich!
- 3) Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen, z.B. mit EMDR

Beachte: Es gibt keine einfache Behandlungsmethode für kPTBS, auch EMDR ist keine solche. Aber sie kann, eingebettet in ein Behandlungskonzept, zu einer signifikanten Reduktion der Symptome innerhalb des Gesamt-Trauma-Clusters beitragen.

4.3.1 Beziehungsaufbau

- Strukturiertheit
- Klarheit und Sicherheit (Vereinbarungen, Absprachen etc.)
- Besonderheiten in der Übertragung beachten (Idealisierung, Entwertung, Abhängigkeit, Autonomie etc.)
- Anerkennung des Unrechts (Zeugenschaft, Parteilichkeit)
- Aufbau stabiler Beziehungen
- Achtung: Täter = wichtige Bezugsperson: Abspaltungsprozesse, Verleugnungen etc. unbedingt beachten!

4.3.2 Stabilisierung und Differenzieren

Ohne Stabilisierung ist kaum Nutzen einer Traumakonfrontation. Eine Stabilisierung allein kann aber eine Traumakonfrontation nicht ersetzen. Optimal ist die Kombination zwischen Stabilisierung und Traumakonfrontation.

Bei kPTBS-Patienten mit PTBS sind die Beschwerdeverstärkungen und Abbruchraten von Stabilisierung allein häufig.

Ergebnisse von Cloitre (2010)

	Abbruch	Verschlechterung 6 Monate	PTBS frei (post)	PTBS frei 6 Monate
STAB / 0	26%	30%	37%	13%
0/ EX	39%	46%	21%	0%
STA/ EX	15%	3,6%	55%	24%

Stabilisierung umfasst die folgenden Bereiche:

- Ressourcenaktivierung: positive (Beziehungs-)Erfahrungen, Fantasien, Metaphern, z.B. mittels Absorptionstechnik
- Verbesserung der Emotionswahrnehmung- und Regulation
- Umgang mit Dissoziation (≠ Assoziation, zusammenbringen)
 - Nicht übersehen, diagnostisch unbedingt miterfassen!
 - Zwei Formen:
 - a) Dissoziation, die Belastendes distanziert (z.B. peritraumatische Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation) → Keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.
 - b) Nicht-Integration von Anteilen des Erlebten (Informationen) sowie Anteile der Identität, welche ein gewisses Eigenleben führen bis hin zur Ausbildung von Teilidentitäten → Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.
 - Plus- und Minussymptomatik bei Anteilen entsprechend BASK-Modell (Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge) beachten:
 - Verhalten: Erstarren bis Stupor vs. Reinszenierung
 - Affekt: Gefühllosigkeit vs. Gefühlsüberflutung
 - Körperempfinden: Taubheit vs. Körper-Flashbacks
 - Wissen: Amnesie vs. Intrusion
 - Ich-Zustände (oftmals als Ego-States, „Innere Kindanteile“ beschrieben)

Schwerste Form: Dissoziative Identitätsstörung → Behandlung äußerst komplex und erfordert viel Erfahrung und vertieftes Wissen.

4.3.3 Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen

Die Bearbeitung, zumindest der wesentlichen belastenden Erinnerungen, die im Alltag Symptome verursachen, sollte zentraler Teil der Behandlung sein.

Erste Behandlungsstrategie:

- Relativ direkte Traumabearbeitung mittels Standardprotokoll
- Voraussetzung: relativ gute Affektstabilität und Affekttoleranz, Beziehungsfähigkeit.

Zweite Behandlungsstrategie (v.a. bei instabileren Patienten): Das umgekehrte Standardprotokoll

- Behandlungsfokus liegt auf der wachsenden Belastbarkeit in der Gegenwart
- Fokusbildung:
 - Zukunft (Flashforward) = Schritt 1
 - Gegenwart (Auslöser/Trigger) = Schritt 2
 - Vergangenheit (auslösende Traumata) = Schritt 3

Schritt 1: Gezielte Ressourcenaktivierung für zukünftige Belastungen

- Fokus: zukünftige, vorhersehbare Belastungen (z.B. Probleme am Arbeitsplatz).
- Gezielte Ressourcenaktivierung z.B. mittels Absorptionstechnik oftmals schon ausreichend (Belastungsaktivierung und Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll nicht zwingend erforderlich).

Schritt 2: Gegenwärtige Probleme

1. Fokus: latente Krisenherde und Belastungen wie z.B. Trigger, die zur Dekompensation im Alltag führen
2. Ressourcenaktivierung + Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll
3. Bei Affektbrücken zu traumatischen Erfahrungen gibt es, je nach klinischer Einschätzung, zwei Möglichkeiten:
 1. Bearbeitung
 2. Unterbrechung der Affektbrücke → Belastendes Material sicher in Tresor verstauen

Zwischenschritt: Prüfung der Stabilität des Patienten!

- Alltagstest → Können Alltagsbelastungen ohne Krisen bewältigt werden?
- Sicherer-Ort-Test → kann Pat. sich selbst beruhigen und stabilisieren?
- Stimulationstest → Ist EMDR-Ressourcenaktivierung möglich, ohne ins Traumanetzwerk „abzurutschen“?
- Anamnesetest → Kann der Patient mit ausreichend affektiver Distanz die belastende Erinnerung wahrnehmen, ohne zu dekompenieren (bifokaler Fokus)?

Schritt 3: Sekundäres und Primäres Traumamaterial aus der Vergangenheit

- Fokus 1: Sekundäres Traumamaterial (Nachtraumatisierungen) → Ressourcenaktivierung + Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll
- Fokus 2: Primäres Traumamaterial (schwere, chronische Belastungssituationen) → Ressourcenaktivierung + Bearbeitung mittels EMDR-Standardprotokoll
- Besonderheiten:
 - EMDR-Prozess aktiv strukturieren
 - Assoziationsunterbrechung (durch Erinnerung an ein Thema aus einem anderen Cluster) → Benennen, Distanzierungstechnik (z.B. Tresor), Rückkehr zur ursprünglichen Erinnerung oder Durchprozessieren und dann zurück zur Ausgangserinnerung.
 - Dissoziation → Erkennen und Stoppen bei komplexen Dissoziativen Zuständen mit Desorientiertheit. Anzeichen: z.B. keine Augenbewegungen mehr erkennbar. Dann Pat. bitten, den Augenbewegungen weiter zu folgen oder Reorientieren.

5 Ressourcenaktivierung (Absorptionstechnik)

- 1) Evaluation eines Problems (beobachtend)
- 2) Potenzielle Ressourcen zum Problem (welche Fähigkeiten würden Sie benötigen...)
- 3) Definieren von 3 Ressourcen: Fokussierung auf Situationen, in denen sie auftraten
- 4) Aktivierung und Verstärkung: EMDR hilft zur Generalisierung der Ressource

5) Zweiter Blick auf das Problem

6 CIPOS

Entwickelt von Jim Knipe (USA Kalifornien)

Indikationen

- Behandlungsresistenz bei EMDR Standardvorgehen (auch Typ 1 Trauma)
- Erste Traumabearbeitung bei primärem Cluster (z. B. Missbrauch), niedriger Affektto-
leranz und hohem SUD
- Resistente Auslöser des Alltags (z. B. Chef)
- Traumabehandlung bei eingeschränkter Psychotherapie (z. B. Alter, Krankheit)

Vorgehensweise:

- SUD einer Erinnerung
- 3-10 Sekunden Kontakt mit der Erinnerung
- Rückführung in die Gegenwart
- Verstärkung der Gegenwart mit 5 ABW
- Wiederholung 2 x
- Erneuter SUD

Durchgang 1:

- Erlaubnis zur Bearbeitung einer belastenden Erinnerung
- Festlegen welches Erlebnis, nur kurze Schilderung
- Bewertung der Belastung: SUD
- Absprache, wie lange auf die Erinnerung fokussiert werden soll: 3-10 Sekunden
- Patient geht mit dem Trauma in Kontakt - nickt - Therapeutin zählt rückwärts mit
- Bei 0 => Orientierung in der Gegenwart, evtl.
- Dissoziationsstopp (Rückwärtsrechnen, Ballspiel u. ä.) bis der Patient wieder **ganz in der Gegenwart** ist (>95%)!
- „Woran merken Sie, dass Sie hier sind?“
- Langsame Augenbewegungen (ABW 5) zur Stärkung der **Gegenwart**

Dissoziations-Stopp

- Grounding (Zurückbringen in die Gegenwart)
- Orientierung im Zimmer: "Nennen Sie mir 3 Gegenstände im Raum, die grün (rot, blau, etc.) sind"
- Rückwärtsrechnen
- Ballspiel
- Aufstehen lassen, Strecken, auf einem Seil laufen, auf den Zehenspitzen gehen...

Durchgang 2:

- Wieder auf das Thema fokussieren - solange wie vorher - Therapeut zählt laut rückwärts mit
- Ausblenden - Reorientieren, wenn notwendig wieder Dissoziationsstopp - solange bis **ganz in der Gegenwart**
- Gegenwart mit 5 langsamen Stimulationen verstärken

Durchgang 3:

- Fokussieren auf die Erinnerung Therapeut zählt laut rückwärts mit
- Ausblenden meist kein Dissoziationsstopp mehr notwendig
- SUD erfragen

Komplikationen

- Patient hat Mühe, nach der Kontaktaufnahme zum Trauma wieder in die Gegenwart zu kommen

Konsequenz: nur Dissoziationsstopp, nicht erneut an die traumatische Erinnerung gehen, auf keinen Fall reprozessieren!

7 Ressourcenorientierte Traumaverarbeitung

Protokoll zur ressourcenintegrierenden Traumaverarbeitung nach Susanne Leutner:

1) Anamnesephase

In der Anamnesephase wird in dosierten Behandlungsschritten vorgegangen, so dass als Bestandteil der Stabilisierung der Aufbau von und Zugang zu Ressourcen immer mehr an-wächst, bis eine vorsichtige Annäherung an die Traumaverarbeitung möglich ist. Es wächst nun der Anteil der direkten Arbeit mit einer traumatischen Situation. Erster Schritt ist das CIPOS-Protokoll. Wenn dies stabil bearbeitet werden kann, folgt das vorliegende ressourcenintegrierende Protokoll.

Wenn die Klientin schon über genügend eigene Ressourcen verfügt, kann auch hier direkt eingestiegen werden.

2)

2a. Anleitung

„Wir werden im Verlauf der EMDR-Sitzung mit einer belastenden Situation arbeiten und parallel dazu eine Ressourcensituation für Sie zur Verfügung halten.“

Auf die belastende Situation werden Sie etwa hier (eine Stelle im Raum zeigen) wie auf eine Leinwand schauen. Ich schlage vor, die Ressourcensituation etwa hier platzieren (auf eine Stelle, bei der Klientin etwa 45° den Kopf drehen muss, zeigen).

Ist das so für Sie in Ordnung?“

Wenn nicht: entsprechend ändern.

2b. Anleitung

„Es wird jederzeit möglich sein, in Ihre Ressourcensituation zu wechseln, falls der Stress zu groß wird. Lassen Sie es mich durch STOP-Zeichen wissen, wenn das nötig ist. Welches Hauptmerkmal für Ihren inneren Stress wollen Sie nehmen?“

Wählen Sie eins aus: (Herzschlag, Atem, Kälte oder Hitzegefühl, Schwindel, ein anderes) Wenn Sie sich beruhigt haben, kehren Sie dann in die Traumasituation zurück.“

2c. Weiter wie Standardprotokoll Spezifische Instruktion, am Schluss an das STOP-Signal erinnern

3)

3a. wie Standardprotokoll Ausgangssymptom oder Erinnerung

3b. Ressourcensituation benennen lassen und angelehnt an das BASK-Modell beschreiben lassen: Verhalten in der Situation, Gedanken, Gefühle. Körperwahrnehmungen mit allen Sinnesmodalitäten das Bild der Situation dann im Raum positionieren

→ weiter mit Phase 3 wie Standardprotokoll

schon hier kann, wenn der Stress zu groß wird, in die Ressource gewechselt werden, bei Beruhigung:

- Rückkehr ins Standardprotokoll
- Schlimmstes Bild
- negative Kognition
- positive Kognition VOC
- Emotionen und Gefühle
- SUD
- Lokalisierung der Körperempfindung

Wichtig ist auch hier, von Phase 3 direkt in Phase 4 einzusteigen

4) Desensibilisierung/ Reprozessieren

Phase 4 stellt einen kontinuierlichen Wechsel zwischen Traumasituation und Ressourcensituation dar. Die Klientin bestimmt die Wechsel selbst. die Therapeutin unterstützt nur durch Nachfragen. Es wird nur so viel Ressource eingesetzt wie nötig.

Wenn die Klientin nicht spricht. erkennt die Therapeutin am Wechsel der Blickrichtung, in welcher Situation sie sich befindet.

Während der Traumasituation wird schnell bilateral stimuliert, in der Ressourcensituation langsam.

5) Verankerung wie Standardprotokoll

6) Körpertest wie Standardprotokoll

7) Abschluss wie Standardprotokoll

Bei unvollständiger Sitzung wird ganz einfach in der Ressourcensituation aufgehört.

8 EMDR bei nicht-traumatischen Lebenserfahrungen

Von der dysfunktionalen Selbstüberzeugung (nK) zum Target

Klassischerweise orientiert sich die Behandlungsplanung und damit die Auswahl der mit dem Standardprotokoll zu bearbeitenden Erinnerungen an belastenden zurückliegenden Situationen, die heute noch mit emotionalem Stress verbunden sind. Nach dem dem EMDR zugrunde liegenden Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung (AIP) liegen hierbei unverarbeitete und dysfunktional gespeicherte Erfahrungen zugrunde. Für den Fall, dass keine besonderen belastenden Ereignisse erinnert werden, oder dass viele kleine alltägliche „Traumatisierungen“ (sog. Small-t Traumata) vorliegen, die zu globalisierten dysfunktionalen Selbstüberzeugungen (nK) geführt haben, gibt

es eine zweite Methode zur Bestimmung von Targets als Ausgangspunkte der EMDR-Behandlung. Dies liegt in der Regel bei Klienten vor, die komplex traumatisiert sind, eine Persönlichkeitsstörung aufweisen oder allgemein Probleme mit dem eigenen Selbstwert haben (Depression, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, ...)

Methode zur Targetbestimmung (de Jongh, ten Broeke & Meijer, i. D.)

- 1) Die dysfunktionale Selbstüberzeugung (nK), die in Zusammenhang mit dem „Problem“ des Klienten stehen wird ermittelt.
- 2) Diejenigen Erfahrungen werden identifiziert, die funktional mit der nK zusammenhängen.
- 3) Diese Erinnerungen werden nach dem Standardprotokoll mit EMDR behandelt.

Damit werden neue Möglichkeiten eröffnet, Symptombilder mit EMDR zu behandeln, auch wenn diese nicht primär traumatologisch (im Sinne einer Monotraumatisierung) determiniert sind. EMDR macht es möglich die ungünstigen „Schlussfolgerungen“, die aus den zurückliegenden Erfahrungen (auf die eigene Person) gezogen wurden erneut zu überprüfen.

Beispiel

Kognition: „Ich bin wertlos.“

Die Therapeutin kann beispielsweise fragen:

- „Welche alten Erfahrungen bestätigen deiner Meinung nach deine heutige Überzeugung, dass du wertlos bist?“
- „Was hast du erlebt, was dich weiterhin davon überzeugt sein lässt, dass du wertlos bist?“

Wenn die Kinder jünger sind, muss die Frage vereinfacht werden:

- „Kann es sein, dass du früher manchmal gedacht hast „Ich bin wertlos.“ Oder dich so gefühlt hast?“
- „Gibt es heute noch Situationen, in denen du manchmal denkst „Ich bin wertlos.“ Oder dich so fühlst?“

9 Depression

Vereinfachter Protokoll-Bogen für die EMDR-Arbeit mit depressiven Menschen (T. Hensel, 2014):

- 1) Belastende Ereignisse, die nicht unmittelbar mit der Depression zu tun haben (speziell solche mit intrusivem Erleben)

- Standardprotokoll
- 2) Episodenauslöser von depressiven Phasen (Kränkungen, Beschämungen, (Sta-tus)Verluste, Demütigungen, verbaler Missbrauch, Niederlagen,)
 - Standardprotokoll
 - Achtung: Fixierte Gedanken = Intrusionen
- 3) Arbeit mit dysfunktionalen Selbstüberzeugungen („Ich bin nichts wert“)
 - Mit sogenannten Beweiserinnerungen arbeiten (Von der nK zum Target)
 - Protokoll
 - Zentrale negative Selbstüberzeugung ermitteln
 - Fünf Targets ermitteln und diese nach Standardprotokoll abarbeiten. Welche Ereignisse in Ihrem Leben beweisen, dass die nK zutrifft?
 - Achtung: Wenn keine dieser Erinnerungen vor dem 10. Lebensjahr liegt, dann zuerst eine/die Schlüsselerinnerungen suchen: Mit der Affektbrücken Technik eine Erinnerung (<10J) auffinden und diese zuerst nach Standardprotokoll prozessieren
- 4) Gegenwärtige Auslöser für die nK (dysfunktionale Selbstüberzeugung) prozessieren
 - Standardprotokoll
- 5) Zukunftsprojektion: „Was müsste passieren, damit Sie wieder so über sich denken?“
 - Standard Protokoll

10 Pathologische Trauer

DSM-IV: pathologische Trauerreaktion (V62.82)

ICD-10: unter den Anpassungsstörungen (F43) subsumiert.

Eine oder mehrere der folgenden Reaktionen sind typisch für Menschen, die den Verlust nur schwer verwinden können:

Eine ausgedehnte Periode depressiver Stimmung und Verlust des Interesses für Alltagsaktivitäten, Schlafstörungen, Appetitverlust, andauernde Angst vor dem Alleinsein, Rückkehr zu früheren Verhaltensweisen über eine längere Zeit hinweg, Exzessives Nachahmen der gestorbenen Person, Wiederholte Aussagen, mit dem Toten zusammen sein zu wollen, Rückzug von Freunden, Leistungsabfall in der Schule/ Beruf oder die Weigerung, in die Schule/ Arbeit zu gehen.

Das Sonderprotokoll folgt im Aufbau dem Standard-Protokoll, schlägt aber in der Abfolge der zu behandelnden Targets eine spezielle Reihenfolge vor.

- 1) Reale Erfahrungen des Klienten mit dem Verstorbenen, einschließlich des Leidens und Sterbens
- 2) Sich aufdrängende (intrusive) Erinnerungsbilder
- 3) Bilder aus Alpträumen
- 4) Aktuelle Trigger
- 5) Dysfunktionale Verarbeitungsaspekte (Selbstvorwürfe. Schulddenken. übermäßige Sorgen usw.); auch vorherige unaufgelöste Verluste

In der Vorbereitungsphase ist auf eventuell vorhandene blockierende Selbstüberzeugungen oder Überzeugungen der Eltern zu achten, die weit verbreitete Auffassungen von Trauer. Tod und Sterben beinhalten:

„Trauer nimmt gleichmäßig ab, man muss sich diese Person aus dem Kopf schlagen, mangelnde Trauer beweist mangelnde Liebe, nach Jahren noch zu weinen bedeutet mangelnde Verarbeitung. Kontakt mit Toten zu haben ist verrückt. Trauer ist in einem Jahr vorbei, es gibt eine richtige Form des Trauerns“.

Das Ziel von EMDR ist nicht das Auflösen oder Verringern von Gefühlen von Traurigkeit und Schmerz ist, sondern das Annehmen des Verlustes und das Zulassen der damit verbundenen unmittelbaren Gefühle. Nach allgemeiner Erfahrung tauchen dann auch die schönen Erinnerungen. die mit dieser Person verbunden sind. wieder auf. EMDR kann also nur helfen. die Steine aus dem Weg zu räumen. die den Klienten daran hindern, diese Erfahrung subjektiv stimmig zu verarbeiten.

11 Soziale Angststörungen

- 1) Diagnostik
- 2) Auslösende Ereignisse in der VG erheben + Alter + SUD + negatives Selbstbild
- 3) Gegenwärtige Auslöser + SUD + negatives Selbstbild
- 4) Zukünftige Befürchtungen + SUD + negatives Selbstbild

EMDR-Arbeitsbogen Soziale Angststörungen (Richter, A.-K., 2018) Seite 2

Name/Chiffre:

Alter:

Datum:

Gegenwärtige Auslöser, sozial ängstliche Situationen, Sicherheitsverhalten, Post-Event-Processing, Flashforwards (Prozedur nach Logie & de Jongh: mentale Video-Checks)

	Situation	Negatives Selbstbild, Körpersymptome	SUD	SUD-Kontrolle*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Zukünftige Befürchtungen, Flashforwards (Prozedur nach Logie & de Jongh: mentale Video-Checks)

	Befürchtete Katastrophe	Negatives Selbstbild, Körpersymptome	SUD	SUD-Kontrolle*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

*) Bei der SUD-Kontrolle auch kontrollieren, inwieweit Sicherheitsverhalten, Post-Event-Processing, Selbstaufmerksamkeit und Vermeidung zurückgegangen sind.

12 Traumabedingte Phobie/Panikstörung

Traumabedingte Phobie

- Beginnt nach einer traumatischen Erfahrung
- Ein Angstanfall kann auch als traumatisch erlebt werden
- Körperempfindungen werden zu Triggern
- Auslösendes Erinnerungsnetzwerk mit Hilfe der Affektbrücken suchen
- Die Erlebnisse mit Angst bilden ein Cluster (traumatisch gespeichert)
- Dazu kommt die sich verstärkende Angst vor der Angst (Teufelskreise)

Erste Behandlungsschritte:

- Psychoedukation
- Katastrophengedanken kognitiv erarbeiten: Ich sterbe/ verliere die Kontrolle/ werde verrückt
- Selbstkontrolltechniken

Angriffspunkte für EMDR

1) VERGANGENHEIT

- Alle Geschehnisse, die zur Phobie oder Angst beitragen
- Das erste Mal, als die Angst erlebt wurde
- Das schlimmste Ereignis mit der Angst
- Die am kürzesten zurückliegende Angstsituation

2) GEGENWART

- Alle assoziierten aktuellen Auslöser (gegenwärtige Auslöser, present triggers)
- Alle körperlichen Empfindungen, verbunden mit der Angst
- Symptome zwischen den Sitzungen (Trigger, Bilder, Kognitionen, Körperempfindung, usw.)

3) ZUKUNFT

- Zukunftsprojektion: Konfrontation mit angsterregenden Stimuli in der Zukunft
- Positive Kognitionen (zum Beispiel): Ich schaffe es; Ich kann damit umgehen
- Ziel: Zukunftsvorstellung mit angstfreier Reaktion
- Handlungsorientierte Vereinbarung

13 Zwangsstörungen

13.1 Entstehungsbedingungen

- Ursachen: Genetik 30% der Varianz erklärbar
- Lerngeschichte:
 - Lern- und Erziehungsstil (überbehütet, Sauberkeit, hohe Leistungsansprüche, Modelllernen...)
 - Traumata (Verluste, Stress, zwischenmenschliche Konflikte als Auslöser)
 - Persönlichkeitsfaktoren (z.B.: Selbstunsicherheit, Selbstzweifel, Katastrophendenken, hohe moralische Standards, Angst vor Ablehnung)
 - Hohe religiöse/ moralische Werte/ Normen
 - Umgang mit negativen Gefühlen (Schuld, Wertlosigkeit...)
- Neurobiologie:
 - Transmitter: Serotoninmangel
 - Regelschleife Frontalhirn-Basalganglien (Striatum) – Thalamus: Dysfunktion

Traumata: 82% der therapieresistenten Zwangspatienten erlebten mindestens ein Trauma. 46% erfüllen die Kriterien einer PTBS:

- Zeuge von Gewalt (48,1%)
- Lebensgefährdender Unfall (46,5%)
- Körperliche Gewalt im Kindesalter (28,7%)
- Sexueller Missbrauch im Kindesalter (26%)
- Körperliche Gewalt (25,7%)

- Überfälle (24,8%)
- Naturkatastrophen (23,8%)
- Vergewaltigung (16,3)
- Krieg (2%)

6 Monate vor Beginn der Zwangsstörung findet sich eine Häufung kritischer Lebensereignisse

13.2 Funktionalität

Intrapsychisch	Interpersonell
• Kompensation von genereller Selbstwertproblematik • Suche nach Kontrolle und Orientierung • Verantwortungsübernahme bei Entwicklungsschritten • Hohe moralische/ ethische Standards zu erfüllen • Langeweile, innere Leere	• Regulierung von Nähe und Distanz • Ventil für unterdrückte Aggressionen gegen andere • Schwierigkeiten bei der Konfliktbewältigung • Vermeidung von Lebensaufgaben • Dysfunktionale Regulation sozialer Defizite • Bewunderung

13.3 Folgen

Probleme der Emotionsregulierung sind aufrechterhaltende Faktoren von Zwängen

Funktionalität: Schutz vor...

Emotionen: Angst, Scham, Schuld, Versagen, Einsamkeit, Wut und Ärger

13.4 Herausforderungen in der Therapie

Viele Patienten profitieren nicht (ausreichend) von den bisherigen Behandlungsangeboten:

- Therapieresistente Fälle (15-50% trotz Expositionstherapie lege artis) → Hoffnungslosigkeit
- Emotionsarbeit häufig problematisch (Angst vor Kontrollverlust, Schuld, Scham) → Therapie stagniert
- Expos sind anstrengend, belastend, für manche Patienten zu schwierig → Therapieabbrüche

13.5 Ergänzende Therapie mit EMDR

EMDR sollte mit Expositionsübungen kombiniert werden!

Was bringt EMDR?

- Positive Erfahrung und als hilfreich wahrgenommen
- Motiviert, weniger Abbrüche
- Unterstützt Emotionsarbeit und Arbeit an der Funktionalität
- Erleichtert Expositionsbehandlung
- Erleben von „Kontrolllosigkeit“ ist eine therapeutische Chance, Förderung „automatischer“ Prozesse ohne Suggestion

13.5.1 Behandlungselemente

Der Patient wird sowohl für EMDR als auch für Exposition in vivo gut vorbereitet:

Vorbereitung:

Allgemein: Anamnese, Beziehungsaufbau

Zwänge:

- Genaue Exploration/ Psychoedukation
- Verhaltensanalyse/ Zwangsprotokolle
- Erklärungsmodell
- Hierarchie der auslösenden Situationen

EMDR:

- Psychoedukation zu EMDR
- Voraussetzungen prüfen (Dissoziation, PTBS, Depression etc)
- EMDR-Technik vermitteln (z.B. Absorptionstechnik)
- Umgang mit negativen Gefühlen (Schuld, Wertlosigkeit...)

Hypothesen entwickeln, in den Expositionen verifizieren, mit EMDR erlebbar machen

Funktionalität: Konfliktperspektive

- Förderung der Distanzierung vom Zwangssystem durch vermehrtes Verständnis biographischer Zusammenhänge
- Zwang schützt vor dem Erleben stark aversiver Emotionen
- Nähe-/ Distanzregulierung

Häufig frühe Bindungserfahrungen von Verlust, mangelnder Geborgenheit, Ohnmacht und Demütigung

- Expositionshierarchie erstellen
- Zwangshandlungen werden auch im EMDR nicht durchgeführt
- Zentraler Zwangsgedanke kann als negative Kognition verwendet werden
- Sichtbare oder gedankliche Zwangshandlungen bleiben in Vorstellung aus

13.5.2 Protokoll nach Böhm 2024

1. Verständnis über den Ablauf des jeweiligen Zwanges, vor allem bei der Unterscheidung zwischen Zwangsgedanken u. Zwangshandlungen.
2. Erstellung einer Zwangshierarchie (Situationsrangfolge nach Schwierigkeitsgrad bzw. Belastungsstärke).
3. Kombination von EMDR und Exposition mit Reaktionsverhinderung
→ EMDR wird dabei nicht als Bestandteil der Expositionen mit Reaktionsverhinderung in vivo eingesetzt, sondern findet zeitlich versetzt statt
4. Das Standardprotokoll wird verwendet, allerdings sollten einige Abweichungen im Vorgehen berücksichtigt werden:

Ausgewählt wird für die EMDR-Sitzung das Bild mit der höchsten Affektladung, z.B.:

- Zwangssituation in vivo, d.h. der Patient berührt z.B. eine Türklinke, diese Situation kann nun als Ausgangssituation verwendet werden (es erfolgt hierbei keine Exposition mit Reaktionsverhinderung).
- Traumatische Situation (wenn Trauma mit Zwang in Verbindung steht)
- Vorstellung von schlimmsten Befürchtungen, die der Patient mit einer bestimmten Zwangssituation verbindet.
- Schreckliche Zwangsbilder, wie intrusive und als schrecklich empfundene Zwangsvorstellungen, die sich in Bildern zeigen (z.B. aggressive Zwangsgedanken)
- Zwangssituation in sensu (Vorstellung von zwangsauslösenden Situationen)
- Imaginäres Blockieren (bei der Vorstellung einer zwangsauslösenden Situation wird eine darauffolgende Zwangshandlung imaginär unmöglich gemacht)

Kognitionen

- Als negative Kognition wird der zentrale Zwangsgedanke (der generalisierte, irrationale und affektiv aufgeladene Katastrophengedanke) verwendet, z. B. „Ich bin in Gefahr.“
- Die positive Kognition wird wie gewohnt mit dem Patienten herausgearbeitet.

Durcharbeiten/Reprozessieren

- Analog Standardprotokoll
- Häufige Herausforderung während des Reprozessierens: Blockaden.
➤ Durch kognitives Einweben auflösen, d.h. Patient wird empathisch-direktiv dazu aufgefordert, zur Ausgangssituation zurückzukehren.

Ziel: Vereinfachung des Prozesses, bis dieser beginnt, automatisch zu laufen. Dann wird nicht mehr interveniert. Hierdurch entstehen oft kurze und intensive Kanäle, die häufig von einer stärkeren Emotionsinduktion begleitet sind.

- Neuen Instruktion: „Beschreiben Sie mir bitte nur das Bild.“
- Kognitionen, Emotionen oder Körperempfindungen werden nicht mehr benannt.

- Auch Veränderungen des Bildes im Sinne eines Verlaufs (Weiterspielen wie in einem Film) werden nicht geschildert.
- Der Patient fokussiert allein das Standbild.

Beachte:

- Pat trägt das Risiko selbst, übernimmt die Verantwortung, ohne Druck
- Häufig entstehen lange Kanäle, die emotionale Beteiligung ist nicht immer sichtbar
- Pat springt während der Stimulation zwischen verschiedenen Gefühlen/Bildern (Looping)
- Sehr langsame Änderung des Bildes/ sehr lange Kanäle
→ bei Sprung direkt auf die Ausgangserinnerung zurückgehen: empathisch-direktiv einweben: „Bitte bleiben Sie nur am Bild, denken Sie an eine Bildbeschreibung“, keine Kognitionen, Emotionen etc.
- Kanäle werden kürzer, Bild verändert sich, verstärkte/ schnellere Emotionsinduktion

13.5.3 Abgewandeltes Standardprotokoll bei Zwängen

1) Vorgehen:

Traumatische Erinnerung

Exposition in sensu → Zwangsauslösende Situation/ Stimulus

Schlimmstes Szenario → dahinter liegende Bewertung/ Katastrophe

Zwangshandlung imaginär blockieren/ imaginatives Einweben → Zwangshandlung kann nicht durchgeführt werden

EMDR als Bestandteil einer Gesamtbehandlung

2) Behandlungsplan:

Alleiniger Einsatz von EMDR bisher nur in Einzelfällen wirksam

3) Bisherige Empfehlungen:

Kombination mit klassischen Therapiebausteinen der Reizkonfrontation mit Reaktionsmanagement (ERP) und/oder kognitiven Bausteinen

4) Zuweisung zur Behandlungsreihenfolge

Persönlichkeit: vorherrschende Persönlichkeitsstruktur

- a) Selbstunsicher/dependent: erst EMDR, dann ERP
EMDR bis das Risiko der Exposition eingegangen werden kann (Vermeidung reduziert/Verantwortungsübernahme)
- b) Restriktiv: ERP und EMDR abwechselnd (wobei Beginn mit ERP)
Nach Erstexpo und Übergang mit Eigenmanagement
EMDR v.a. zur Unterstützung des Gefühlsmanagement

EMDR-ARBEITSBOGEN Zwangsstörung-Protokoll

Name.....Alter.....Datum.....

Zwänge seit..... 1. Situation:.....SUD.....

Y-BOCS		BDI	PDS	DES

	Schlimmste Erlebnisse	Alter	SUD	SUD-Kontrolle
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

	Schönste Erlebnisse	Alter
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



Persönlichkeitsstruktur	Reihenfolge	
☐ selbstunsicher / dependent	☐ EMDR, danach ERP	
☐ Rest	☐ ERP + EMDR	

	Zwangsauslösende Situationen	SUD	SUD-Kontrolle
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

	Schlimmste mögliche Folgen	SUD	SUD-Kontrolle
1.			
2.			

	imaginäres Blockieren	SUD	SUD-Kontrolle
1.			
2.			

verbale Trigger	
-----------------	--

14 Psychosomatische Erkrankungen

EMDR-Protokoll für psychosomatische Erkrankungen (Dr. med. Katharina Drexler):

A. Anamnese und Behandlungsplanung

B. Stabilisierung und Vorbereitung für EMDR

- 1) Ressourcen:
- 2) Sicherer Ort -Stichwort:
- 3) Erklärung

C. Einschätzung

1) Ausgangsthema:

- auslösendes oder Folgetrauma
- Kontextsituation
- Symbol des Symptoms
- Symptom selbst

Thema:

2) Ausgangsbild: (erübrigt sich bei Symbol des Symptoms)

Bild:

3) Negative Selbstüberzeugung:

„Beobachten Sie irgendwelche negativ getönten Gedanken über sich selbst, die diese Erinnerung/Situation/ dieses Symbol/das Symptom begleiten?“

NK:

4) Positive Selbstüberzeugung:

„Was möchten Sie stattdessen lieber von sich denken, wenn Sie an diese Erinnerung/Situation/dieses Symbol/ das Symptom denken?“

PK:

5) Stimmigkeit der PK:

„Wenn Sie an diese Erinnerung/ Situation/ dieses Symbol/ das Symptom denken, wie wahr fühlt sich dann diese Aussage (PK) jetzt vom Gefühl her auf der Skala zwischen 1 (völlig falsch) und 7 (völlig richtig) an?“

VOC:

6) Emotionen:

„Wenn Sie sich (Ausgangsthema) ... vorstellen und denken (NK), welche Gefühle tauchen dann jetzt auf?“

Emotionen:

7) Belastungsgrad:

„Wie stark ist die Belastung durch (Emotion) im Moment für Sie auf einer Skala von 0 (angemessene oder keine Belastung) bis 10 (maximale)?“

SUD:

8) Lokalisierender Belastung im Körper (KBÄ):

„Wo im Körper spüren Sie die Belastung? Beschreiben Sie genau!“

KBÄ:

9) Lokalisieren der Ressource im Körper (KR):

„Wo im Körper fühlen Sie sich am sichersten/ wohlsten? Beschreiben Sie genau!“

KR:

D. Durcharbeiten

- Einstieg mit Bild (oder Symbol) und NK (immer wieder wechseln zwischen KBA und KR)
- Komplette Sitzung beenden: SUD (Belastungsgrad) = 0
- Überprüfen der PK. ggf. neue PK

PK:

VoC = 7

E. Verankerung:

- *„Halten Sie (Ausgangssituation) und (PK) zusammen.“* (Kurzes, langsames Set)

F. Körpertest:

„Schließen Sie die Augen, stellen Sie sich (Ausgangssituation) vor und sagen Sie Sich (PK). Tauchen irgendwo Körperempfindungen auf?“

- Ja: Durcharbeiten (D) oder Lichtstrahlmethode
- Nein: Abschluss (G)

G. Abschluss in einem ausgeglichenen Zustand

H. Überprüfen in der nächsten Sitzung

VoC: SUD:

Inkomplette Sitzung beenden:

SUD (Belastungsgrad) > 0

- *„Was ist das Positivste, das Sie jetzt über sich sagen können?“*

PK:

- *„Sie haben gut mitgearbeitet und wichtige Fortschritte gemacht. Wie fühlen Sie sich?“*
→ Entspannung, Distanzierung (Sicherer Ort, Tresor, Lichtstrahl)
- *„Die Entwicklung, die wir heute begonnen haben, kann sich nach der Sitzung fortsetzen. Es können neue Einsichten, Gedanken, Erinnerungen, Körperwahrnehmungen oder Träume auftreten. Wenn das geschieht, nehmen Sie es einfach nur wahr, machen Sie eine nähere Momentaufnahme und schreiben Sie es in ein Tagebuch. Mit diesem Material können wir das nächste Mal gut weiterarbeiten.“*

15 Schmerzprotokoll

16 Psychoonkologische Therapie

EMDR in der psychoonkologischen Therapie

1) Beweggründe für Therapie:

- Angst! (vor dem was kommt, Angst vor dem Rezidiv, Angst vor dem Sterben)
- Fragen nach Sinn, Schuld, Bestrafung, bisheriges Leben... (Warum gerade ich?)

2) Belastungen:

- Mitteilung der Diagnose
- Art der Mitteilung
- Medizinische Behandlungen/ Komplikationen

3) Behandlungsziel/-auftrag:

Ohne Ziel brauchen wir keine Landkarte ausbreiten...

Wege nach der Krebsdiagnose:

- Ich werde gesund
- Ich bekomme ein Rezidiv
- Ich sterbe

Beispiel einer Traumalandkarte - SUD

- Stellung der Diagnose
- Chemotherapie
- Radiatio (Bestrahlung)
- Angst vor einem Rezidiv

Anmerkung: hier geht es darum., die Angst jetzt einzufangen, jetzt zu leben und wenn ein Rezidiv auftreten wird, dann zu schauen, was es bedeutet.

Wichtig auch eine Ressourcenlandkarte erstellen!

4) Behandlungsablauf:

1. Stabilisierung (Tresorübung, Wohlfühlort, Baumübung, achtsame Wahrnehmung des Körpers)
2. Trauma-/ Ressourcenlandkarte
3. EMDR zu einzelnen Situationen
4. Gedankenumstrukturierung für hilfreiche Gedanken

17 Zahnbehandlung

Anwenden des EMDR-Protokolls nach Shapiro 1995; De Jong & Ter Brook (2005)

Behandlungsschritte

1. Vorbereitung
2. Verarbeitung von Zielerinnerungen
3. Verknüpfung einer positiven Kognition mit einem repräsentativen Bild von einer möglichen zukünftigen Situation
4. Überprüfung: „Ein mentales Video laufen lassen“
5. Vorbereitung auf zukünftige Konfrontationen
6. Abschluss

Zu 2: Verarbeitung von Zielerinnerungen

Es sollten mit EMDR bearbeitet werden:

- a) Vergangene Auslöser: Erste Erinnerung. Schlimmste Erinnerung, Letzte Erinnerung
- b) Gegenwärtige Auslöser: Externe / situative. Interne / körperliche
- c) Zukünftige Auslöser: über Zukunftsprojektion und Aufbau einer positiven Zukunftsvorstellung

Zu 3: Verknüpfung einer Positiven Kognition mit einem repräsentativen Bild von einer möglichen zukünftigen Situation

- a) **In der Zukunftsprojektion empfiehlt es sich, die dazugehörigen Phantasien zu explorieren:**
„Wenn Sie jetzt an diese zukünftige Vorstellung denken, welche Phantasien kommen dann auf?“
 - Bild
 - negative Kognition (NK)
 - positive Kognition (PK)
 - Stimmigkeit der PK (VoC)
 - Gefühle
 - Grad der Belastung (SUD)
 - Körperempfindung
- b) **Desensibilisierung/Reprozessierung**
 - Fokus auf schlimmste Phantasie, NK und Körperempfindung
 - Nach Abschluss des Assoziationskanals:
„Wenn Sie jetzt noch einmal in diese Vorstellung gehen, welche Phantasie kommt dann auf?“
 - SUD ist nicht immer 0, sollte angemessen niedrig sein. Überprüfung:
„Was macht es aus, dass es noch eine Belastung von ... hat?“
- c) **Dritter Schritt: Verankerung**
- d) **Vierter Schritt: Körpertest**
- e) **Abschluss (Nachbesprechung. Tagebuch...)**
- f) **Aufbau einer positiven Zukunftsvorstellung („Bild“)**
 - Bild einer zukünftigen Zahnbehandlung, die der Patient erfolgreich und ohne Angst bewältigt.
 - Kombination mit einer positiven Standardkognition (PK): *„Ich schaffe das“*
 - Grad der Überzeugung, es zu schaffen (VoC) auf einer Skala von 1 („gar nicht überzeugt“) bis 7 („völlig überzeugt“)
 - Körpergefühl
 - Verankerung: Stimulation mit Augenbewegungen, solange der VoC steigt

Zu 4: Überprüfung: „Mentaler Videofilm“

- Patient lässt in seiner Vorstellung ein mentales Video von einer zukünftigen Zahnbehandlung abspielen, die er erfolgreich bewältigt
- Bei Anspannung oder Belastung: Stimulation mit Augenbewegungen in Kombination mit der positiven Standardkognition (PK): *„Ich schaffe das“*
- Grad der Überzeugung, es zu schaffen (VoC) auf einer Skala von 1 („gar nicht überzeugt“) bis 7 („völlig überzeugt“)

18 Tinnitus

EMDR-Protokoll für Tinnitus-Patienten nach Dr. Fikret Zengin:

Traumatische Erfahrungen können zu Tinnitus führen (siehe Diagnostik-Buch Jan Gysi S. 205), und Tinnitus kann erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität zur Folge haben. EMDR zur Behandlung von Tinnitus ist relativ neu. Bis anhin gab es nur zwei experimentelle Studien (Luyten et al; D'Andréa, G., Giaccherio, R., Roger, C., Vandersteen, C., & Guevara, N. (2021). Evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the management of tinnitus. An observational study. European Annals

of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2021.06.002> Download pdf), die beide positive Effekte gezeigt haben.

In dieser Untersuchung mit 38 von Tinnitus betroffenen Menschen, bei denen «klassische» Therapieformen nicht ausreichend gewirkt hatten (Psychoedukation, Schalltherapie, Medikamente), wurde EMDR zur Tinnitusbehandlung eingesetzt.

A. Vorgehen

- 1) Erste Sitzung: ausführliche Anamnese, Erarbeiten der Erinnerungen mit der stärksten Belastung im Zusammenhang mit dem Beginn des Tinnitus, Erklären des Vorgehens.
- 2) Zweite bis fünfte Sitzung, mit Intervall von 2 Wochen zwischen den Sitzungen: EMDR mit Fokus auf die Erfahrung, die zum Tinnitus geführt hat.

B. Resultate

Bei fast allen Betroffenen ging die Stärke des Tinnitus zurück, und es konnte eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden (Drop-Out 10%). Interessanterweise wirkte EMDR auch bei Betroffenen, bei denen der Tinnitus durch organische Erkrankungen ausgelöst worden war.

Kommentar: Diese Untersuchung bestätigt frühere Untersuchungen, welche eine positive Wirkung von EMDR bei Tinnitus gezeigt haben. Zwar konnte in den vier EMDR-Sitzungen der Tinnitus nicht vollständig behandelt werden, doch zeigte sich insbesondere bei starkem Tinnitus ein z.T. deutlicher Rückgang der Beschwerden.

Noch handelt es sich bisher um kleinere Untersuchungen zu EMDR bei Tinnitus und es sind nun größere Untersuchungen notwendig, bis EMDR generell zur Behandlung von Tinnitus empfohlen werden kann. Immerhin ist es aber ein Lichtblick für die Behandlung einer Erkrankung, die zu erheblichem Leiden führen kann und speziell bei chronischen Formen als schwierig zu behandeln gilt.

C. Weitere Vorgehensmöglichkeit

1) Beschreibung des Zustandes der Ohren

„Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtige Situation: Was spüren/ erleben Sie in Ihren Ohren?“

Häufige Beschreibungen: Druck in den Ohren, Ohrgeräusche, Brummen, Rauschen, Klingeln, Pfeifen, Hörminderung, Unruhe, Konzentrationsschwäche, Druck im Kopf, Spannungen im Nacken- und Kopfbereich.

2) Negative Kognition (NK)

„Mit welchen Worten können Sie am besten Ihre negative Einstellung zu sich selbst (die Sie dieses Ohrgeräusch haben) beschreiben, die Sie jetzt im Augenblick spüren?“

3) Positive Kognition (PK)

„Wenn Sie den Tinnitus wahrnehmen und erleben, wie würden Sie jetzt gerne über sich denken?“

4) VoC (Stimmigkeit der Kognition)

„Wenn Sie an den Tinnitus denken, wie zutreffend fühlt sich diese positive Selbsteinschätzung (wiederholen Sie die PK) jetzt auf einer Skala von 1 bis 7 an, wenn völlig falsch (1) und völlig richtig und stimmig (7) ist?“

5) Emotionen / Gefühle

„Wenn Sie sich den Tinnitus zusammen mit dem negative Satz (NK wiederholen) vorstellen, welche Gefühle kommen dabei jetzt in Ihnen auf?“

6) SUD (Grad der Belastung):

7) „Was spüren Sie in ihrem Ohr (Ihren Ohren)?“

8) Desensibilisierung/Reprozessierung

Diese unterscheidet sich von klassischer EMDR-Therapie: Der Patient wird aufgefordert, sich den Druck in den Ohren so vorzustellen, wie Druck (Luft) in einem Ballon, der ein Ventil hat. Sie können dieses Ventil so drehen, wie sie es wollen. Der Patient sollte die negative Kognition wiederholen, gleichzeitig den Druck in Ohren spüren und mit seinen Augen den Fingern folgen.

Alternative Stimuli (Gebrauch von links-rechts-wechselndem Fingertippen) haben sich auch bewährt. EMDR-Therapie so lange fortsetzen, bis die Symptome abklingen und die Patienten Selbst-kontrolle und die positive Selbsteinschätzung erleben (Skalierung von SUD bei 0, Skalierung von VoC bei 6-7.)

9) Verankerung

Fortsetzen des Verankerns.

10) Ohren-Test:

Es wird ein Ohrentest durchgeführt. Der Patient wird aufgefordert, festzustellen, ob er in seinem Ohr noch etwas spürt oder nicht. Positive, angenehme Empfindungen verstärken. Bei Missempfindungen setzen Sie das Reprozessieren bis zum Verschwinden der Missempfindungen fort.

11) Abschluss:

Kurze Nachbesprechung.