



EMDR Modul 1

Freitag

Dr. Rhoda Born-Weller

Kinder und Jugendlichen Psychotherapeutin (VT)
Traumtherapeutin/ EMDR/ Dipl. Kunsttherapeutin

Psychologische Beratung versus PT: Indikation im Vorgespräch klären

Psychologische Beratung:

Transparenz und u.U. ein schriftlicher Vertrag sind hilfreich.

Themen:

Lebenskrisen, Beziehungsprobleme, Konflikt- und Stresssituationen, andere belastende Lebensereignisse wie Trennungen, Verlusterfahrungen, Lebensveränderungen etc.

- **KEINE F-Diagnose** für psychische Erkrankung (Kriterien werden nicht erfüllt)
- Symptome haben **KEINEN Krankheitswert**
- der Klient erlebt sich **NICHT krank**, sondern belastet (im Alltagsleben eingeschränkt)

Beratung: Ist stabilisierendes Arbeiten

- Begleiten und beraten
- **Verantwortung liegt beim Klienten**
- Biographiearbeit ohne Belastungsschwerpunkt, sondern im Hier & Jetzt

(z. B. schnelle oder sehr lange Geburten, Notkaiserschnitt, Trennungen, Blutabnahmen, Krankenhausaufenthalte, kleinere Unfälle, Alltagsbelastungen)

Achtung! : Abklärung der juristischen Aspekte bei EMDR-Einsatz!

Psychotherapie

- **Heilerlaubnis zwingend notwendig**

Klient hat

- F-Diagnose (Kriterien sind erfüllt)
- Hat Krankheitswert
- Ist psychisch erkrankt und damit im Alltag deutlich eingeschränkt

Therapie: - Integratives Arbeiten

- **Verantwortung liegt beim Therapeuten**

(z.B. lebensbedrohliche Geburten, schwere Krankenhausaufenthalte, schwere Unfälle, körperlicher und/ oder sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen)

Wichtig! Quelle Internetrecherche. Bitte im Einzelfall prüfen – keine Rechtsverbindlichkeit!

Inhalt

1. Begriff psychische Traumatisierung
2. Physiologie des Traumas
3. Stressorbasiertes Modell
4. Ressourcen und Stabilisierung
5. Grundlagen EMDR
 - Standardprotokoll
 - Mögliche Schwierigkeiten

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing: **Desensibilisierung und Neuverarbeitung mit Augenbewegungen**
- 90er von **Dr. Francine Shapiro** Therapiemethode zur Behandlung von PTBS.
- Seit **2015** bei der Behandlung von PTBS bei Erwachsenen in den Psychotherapierichtlinien verankert.
- EMDR muss **in einen Behandlungsplan integriert** werden. Es benötigt eine gutfundierte Ausbildung, besonders bei komplex traumatisierten Klienten.
- Wirkmechanismus ähnlich der Verarbeitungsfunktion des REM-Schlafes
- Kern der Methode scheint die **Wiederaktivierung eines spontanen, sich selbst organisierenden, adaptiven Informationsverarbeitungsprozess mit aktiver Beteiligung des Parasympathikus zu sein.**

- **Bilaterale Stimulierung** durch Augenbewegungen (AB), auditive oder taktile Reize scheint die **blockierte Informationsverarbeitung** (der als dissoziierte Traumafragmente gespeicherten impliziten Traumaerinnerungen) **wieder in Gang zu bringen und deren Abschluss zu ermöglichen.**
- Mit erfolgreicher Verarbeitung wird die Erinnerung in **das explizite Gedächtnis „umsortiert“** und so zu einer erzählbaren und der Vergangenheit angehörigen Erinnerung, die **nicht mehr weiter belastende Symptome in der Gegenwart auslöst.**
- **„Neubewertung“** des Erlebten
- Zudem **verändern** sich typische posttraumatische **negative Überzeugungen** zum Selbstbild („Ich bin schlecht“, „Ich bin selbst schuld“), die im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung neu bewertet werden.

1. Trauma-Definition

(1) Das betroffene Individuum erlebt oder beobachtet ein **Ereignis**, welches mit einer **ernsthaften Bedrohung** der körperlichen oder psychischen Integrität **der eigenen Person oder anderer Personen** einhergeht.

(2) Die **Reaktion** des betroffenen Individuums beinhaltet **intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten**

Trauma

Begriff psychischer Traumatisierung

- **A** Erleben eines Traumas (Trauma-, Stressor- oder Ereigniskriterium)
- **B** Intrusives Wiedererleben
(unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
- **C** Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand
- **D** Anhaltende physiologische Übererregung (Hyperarousal)
- **E** Die Symptome dauern länger als einen Monat

Definitionen

- Intrusives Wiedererleben
- Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing)
- Hyperarousal

A-Kriterium: (Stressor-Kriterium)

A Erleben eines Traumas (Trauma-, Stressor- oder Ereigniskriterium)

1. Konfrontiert sein mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, Gefahr schwerer Verletzung, sexualisierte Gewalt (in unterschiedlichen Positionen)

Als Betroffener

Als Zeuge

Indirekt über das Wissen von der Bedrohung einer wichtigen Bezugsperson

Wiederholte Exposition mit kritischen Ereignissen (Polizei/ Feuerwehr)

aber nicht (nicht-berufliche) Exposition über Medien

B-Kriterium: Intrusive Symptome

B Intrusives Wiedererleben (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)

(1 Symptom)

1. Intrusive Erinnerungen (repetitives traumatisches Spiel)
2. Trauma-bezogene Albträume (schlechte Träume auch ohne inhaltlichen Bezug zum Trauma)
3. Dissoziative Erfahrungen (Flashbacks) (Wiederholung des traumatischen Ereignisses im Spiel)
4. Intensiver andauernder Stress nach Exposition mit Triggern
5. Starke physiologische Reaktivität nach Exposition mit Triggern

C-Kriterium: **Dauerhafte Vermeidung** von mit dem Trauma assoziierten Stimuli/ Trigger

Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand

(1 Symptom / bei U7 1 Symptom aus C oder D)

1. Vermeiden von trauma-bezogenen Gedanken oder Gefühlen (innere Trigger)
2. Vermeiden von trauma-bezogenen äußeren Triggern (Aktivitäten, Orten, Menschen oder Situationen)

D-Kriterium: **Negative Veränderung von Gedanken und Gefühlen**, die mit der traumatischen Erfahrung begonnen oder sich verschlimmert haben

(2 Symptome)

1. Die Unfähigkeit einen wichtigen Teil der traumatischen Erfahrung zu erinnern (dissoziative Amnesie {keine Kopfverletzung oder Drogen})
2. Dauer dysfunktionale negative Selbstüberzeugungen über sich, andere und die Welt
3. Selbstvorwürfe bzw. Vorwürfe an andere bezüglich des traumatischen Geschehens oder dessen Konsequenzen
4. Durchgängige negative trauma-bezogene emotionale Stimmung (Angst, Panik, Ärger, Schuld, Scham)
5. Verlust von prä-traumatisch vorhandenen Interessen an bedeutsamen Aktivitäten
6. Sich von anderen abgetrennt fühlen

E-Kriterium: Trauma-bezogene Veränderungen im Erregungsniveau und verhaltensmäßiger Reaktivität, die mit dem Trauma begannen oder sich danach verschlimmerten

(2 Symptome/ bei U7 1 Symptom)

1. Irritierbarkeit oder aggressives Verhalten
2. Waghalsiges und selbstverletzendes Verhalten
3. Hypervigilanz (ständiges auf dem Sprung sein; Anspannung)
4. Erhöhte Startle-Response-Reaktion (physiologische Schreckreaktion; Schreckhaftigkeit)
5. Konzentrationsprobleme
6. Schlafstörungen

F-Kriterium: **Dauer der Symptomatik** (B,C,D,E) länger als einen Monat

G-Kriterium

Die Symptome verursachen intensiven Stress und/ oder beeinträchtigen die Person in unterschiedlichen Lebensbereichen

H-Kriterium

Die Symptome sind nicht auf Medikamente oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen

	Typ-1-Traumata (einmalig/ kurzfristig)	Typ-2-Traumata (mehrfach/ langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
Akzidentielle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle, berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte), kurz dauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand)	Lang dauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung), Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)	Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z.B. kardiale, pulmonale Notfälle), Chronische lebensbedrohliche/ schwerste Krankheiten (z.B. Malignome, HIV/ Aids, Schizophrenie), als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z.B. Defibrillations-behandlung)
Inter-personelle Traumata „man- made“	Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung), Kriminelle bzw. körperliche Gewalt, ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	Sexuelle und körperliche Gewalt/ Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter, Kriegserleben, Geiselhaft, Folter, politische Inhaftierung (z.B. KZ-Haft)	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenen Behandlungsfehlern

Trauma bedeutet Erschütterung der gesamten Persönlichkeit.

Unmittelbare Folgen (akute Traumata) sind:

- Nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung)
- Nichts mehr fühlen (wie im Schock)
- Nichts mehr spüren (emotionale Taubheit)
- Nichts mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern
- Nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens

Differenz Traumadefinition ICD10 - ICD11

(ICD11: Noch nicht in Deutsch anwendbar)

- ICD 11 seit 1.1.2022 anwendbar (aus F 43.1 PTBS wird 6B40)
- ICD10: Trauma: „Ereignisse mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“
- ICD11: „extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis“

- NEU: Komplexe PTBS (6B41)
- Verlängerte Trauerreaktion (6B42)
- Anpassungsstrg (6B43)

- NEU: Auch bei „Zeugen“ (Polizei, Rettungsdienste, Lokführer) wird eine PTBS anerkannt
- Aufrechterhaltung der „Funktionsfähigkeit“ der Betroffenen
- Zeitkriterium: frühestens 3 Monate nach dem Ereignis bis Jahre danach diagnostizierbar

Kleine und große T's

- Big T-Traumata (Traumen) und Small-T-Traumata (Alltagsstressoren) sind in ihrer Wirkung qualitativ ähnlich
- V.a. bei Kindern und Jugendlichen ist es nicht sinnvoll, massiv zwischen A –Kriterien und belastenden Ereignissen zu differenzieren
- für die Funktion: „*subjektiv bedeutsame Stressoren*“
- „*Das zentrale Kriterium, ob eine Erfahrung als ausreichend integriert oder als Ausgangspunkt für die Dysfunktionalität verstanden werden kann, liegt also in ihrem aktuellen Belastungsgrad....* „

(Hiller, Hensel: ResonaT- Ressourcenorientierte, narrative Traumatherapie, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht 2019; Göttingen)

Die unmittelbare Reaktion: Akutschock

Die erste psychische Reaktion, die **sofort nach oder noch während der auslösenden Situation** einsetzt, wird meist als **Schockzustand** beschrieben, mit veränderter Wahrnehmung und verändertem Zeiterleben.

Beschreibungen:

- **einschneidendes Ereignis**, das die eigenen Vorstellungen und Reaktionsmöglichkeiten völlig übersteigt
- **völlig aus der Bahn geworfen**, in einem veränderten Zustand, den sie schwer beschreiben können
- **oft fehlen die Worte und Bilder werden verwendet** – „wie in Watte“, „wie hinter Glas“, „aus dem Körper“, „losgelöst von allem“, „nicht mehr in dieser Welt“, „wie tot“, „verrückt“.
- **Eindruck**, dass sich die **Welt ab dem Ereignis qualitativ verändert hat**, dass es nie mehr so sein wird wie vorher.

Das **innere Erleben** kann nach außen **erkennbar** sein **oder** sich nur innerlich abspielen – die Betroffenen wirken nach außen **„unauffällig“** und reagieren völlig adäquat.

Im Nachhinein zeigt sich jedoch häufig, dass es sich um einen **dissoziativen Zustand** handelte, das Handeln nicht bewusst war und auch nicht erinnert wird.

Akute Belastungsreaktion ABS

- Zeitlich gesehen ist die nächstfolgende Traumareaktion die akute Belastungsstörung (ABS), die **unmittelbar nach dem psychischen Schock** erlebt wird **oder** sich meist **innerhalb einiger Tage** nach dem Ereignis **entwickelt**.
- Nach dem Diagnosematerial ICD-10 handelt es sich dabei um eine **vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad**, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/ oder seelische Belastung entwickelt und **im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt**.

Obwohl nicht abschließend geklärt ist, welche Menschen Traumafolgestörungen entwickeln, gibt es Risikofaktoren, die umso stärker wirken je mehr davon vorhanden sind, aber es gibt auch Schutzfaktoren. **Eine akute Belastungsstörung ist kein Prädiktor für eine PTBS.**

Die Symptome einer akuten Belastungsstörung haben einen stark wechselnden Charakter und gehen sehr häufig ineinander über. Sie werden oft als wesensfremd und unkontrollierbar erlebt und lösen daher Ängste, Scham- und Schuldgefühle aus.

Akute Belastungsreaktion

- Kann auch durch nichttraumatische kritische Lebensereignisse ausgelöst werden
- Es liegt ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor
- Dauer von mind. zwei Tage und max. 4 Wochen, Abklingen der Symptome innerhalb weiterer vier Wochen
- Symptome: Wiedererleben, Vermeidung, erhöhtes Arousal, mind. drei dissoziative Symptome

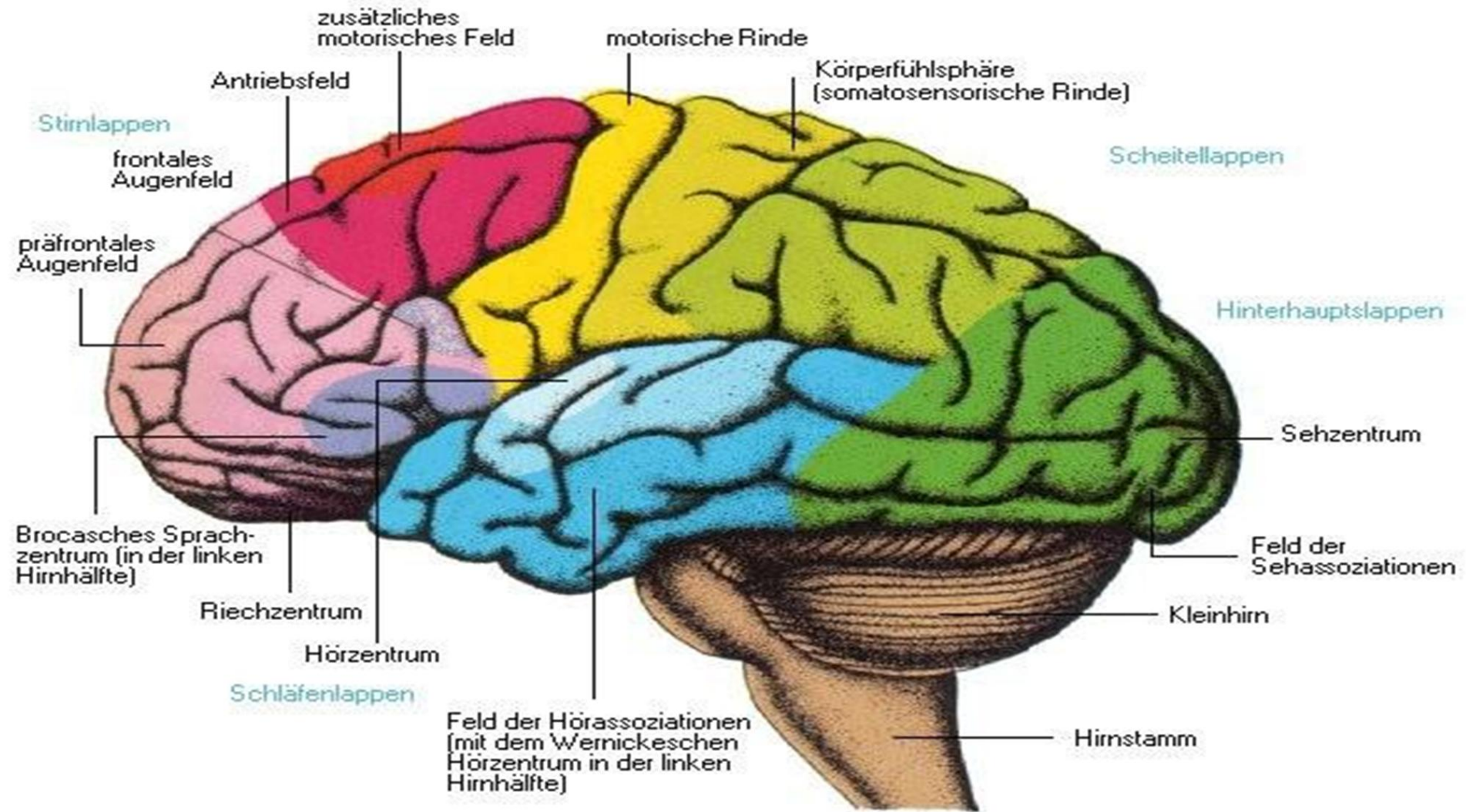
Symptome einer akuten Belastungsstörung

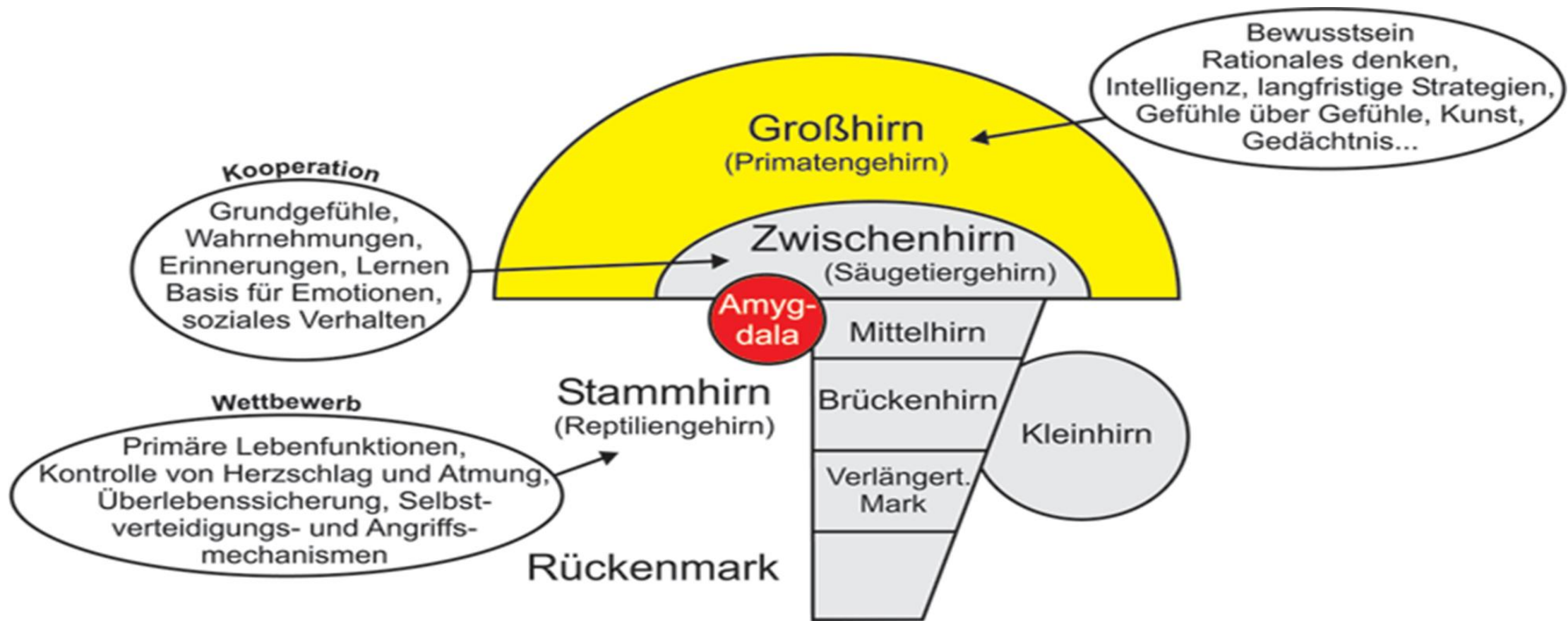
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Gefühl von betäubt sein• Losgelöst sein von Gefühlen• Selbstgefährdung/ Suizidalität• Eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung• Peritraumatische Dissoziation | <ul style="list-style-type: none">• Verwirrung• Emotionale Reaktion, auch paradox• Derealisation/ Depersonalisation• Scham• Angst, verrückt zu werden• Schuldgefühle |
|---|---|

2. Physiologie des Traumas

Neurobiologische Grundlagen der PTBS:

- Limbisches System: „Machtzentrum“
- Thalamus: „Pfortner“ (Reizfilter)
- Hypothalamus: „Verwalter“ (
- Amygdala: „Feuermelder“ – Angstzentrale, Aktivierung des VNS)
- Hippocampus: „Bibliothek“ (HC – Deklaratives Gedächtnis, Einbettung im Kontext)
- Präfrontaler Cortex PFC: „Richter“ – (Regulierung der Amygdala – d.h. intensiver Gefühle)



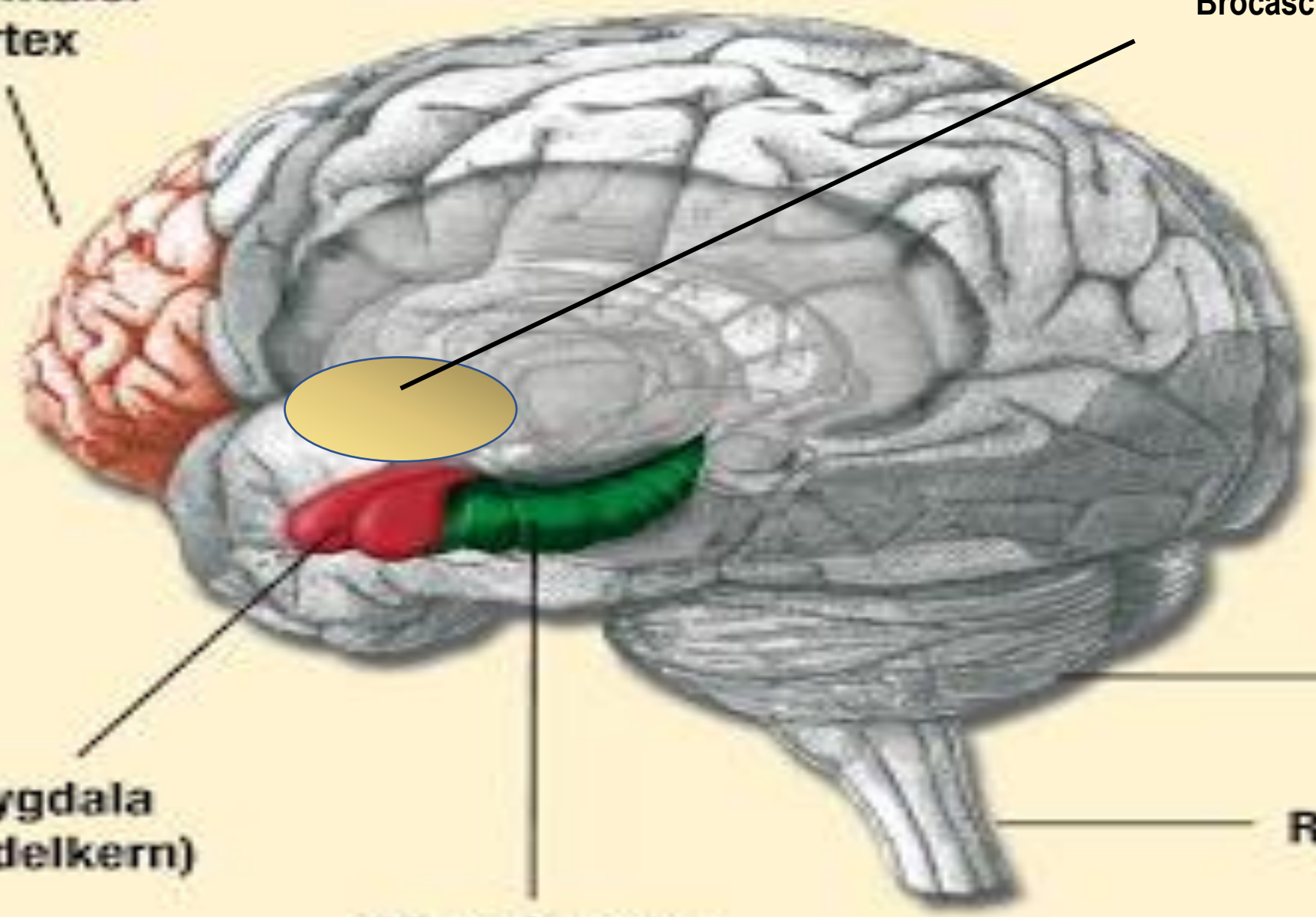


Amygdala (Mandelkern)

- Teil des LimSy, in beiden Gehirnhälften vorhanden, medialer Temporallappen
- Reptiliengehirn
- „Feuermelder“
- Leitet vegetative Körperreaktionen (Atem, Herzfrequenz, Verdauung, Bewegungsaktivität, Mimik, Hormonausschüttung)
- Keine Amygdala: Keine Angst, keine Aggression; keine Abwehrhaltung
- Direkter Zugang: Geruchssinn
- Zunehmende Reflexe

**Präfrontaler
Kortex**

Brocasches Sprachzentrum



**Amygdala
(Mandelkern)**

Hippokampus

Kleinhirn

Rückenmark

Explizites Gedächtnis	Implizites Gedächtnis
Hippocampus (kalt)	Amygdala (heiß)
Kühl	heiß
Archiv	Notfallgedächtnis/ „Giftmülldeponie“
Alltag	Trauma
zusammenhängend	bruchstückhaft
biografisch, narrativ, episodisch	Hier- und jetzt- Erleben (Flashbacks)
Integriert - assoziativ	Abgespalten- dissoziativ
handhabbar	überflutend
Verbindung zum Broccazentrum, Wissen und Worte verfügbar	Keine Verbindung zum Sprachzentrum, „Flooding“ der Gefühle
Schaltet bei Trauma ab	Wird durch Trauma und Trigger aktiviert



Verbalisierungsbrücke

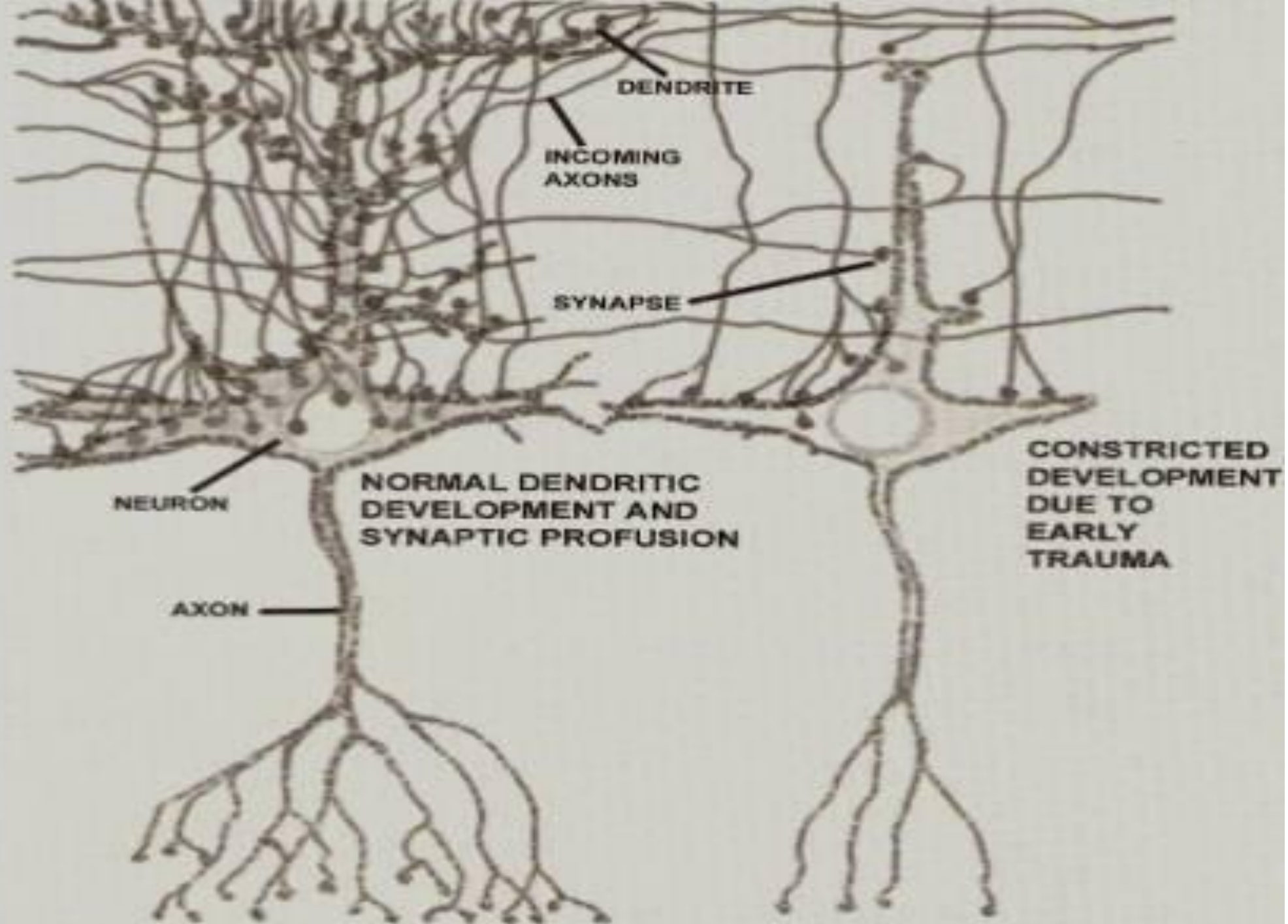
Folgen der Traumatisierung

- Reduziertes Hippocampusvolumen
- Schädigung durch Stresshormone: Cortisol, (Nor)Adrenalin
- Verminderte Dendritensprossung – weniger neuronale Vernetzung
- (Nor)Adrenalin verstärkt in hoher Konzentration die Amygdala-Aktivität - Hypervigilanz
- Überaktivität der Amygdala = Intensive Intrusionen

- Regulation der Angstreaktion durch PFC gestört
 - Keine Einbettung im expliziten Gedächtnis
 - Evtl. Blockade des Sprachzentrums
 - keine Regulation möglich
 - Keine Verarbeitung – keine Verhaltensänderung möglich, Belastungsgrad bleibt aktuell und gleich



Keine Veränderung/ Neubewertung



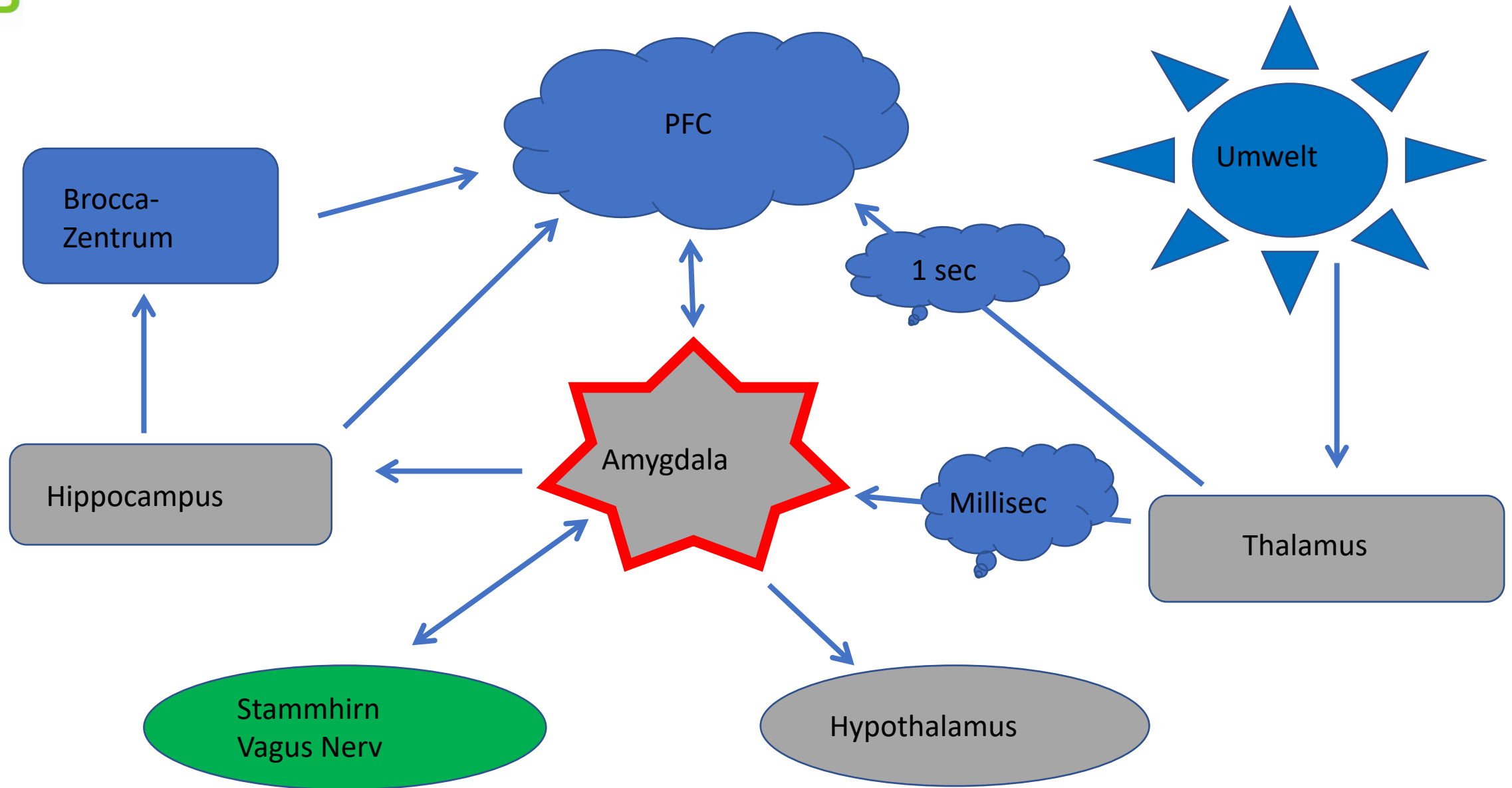
Ziele der Traumatherapie

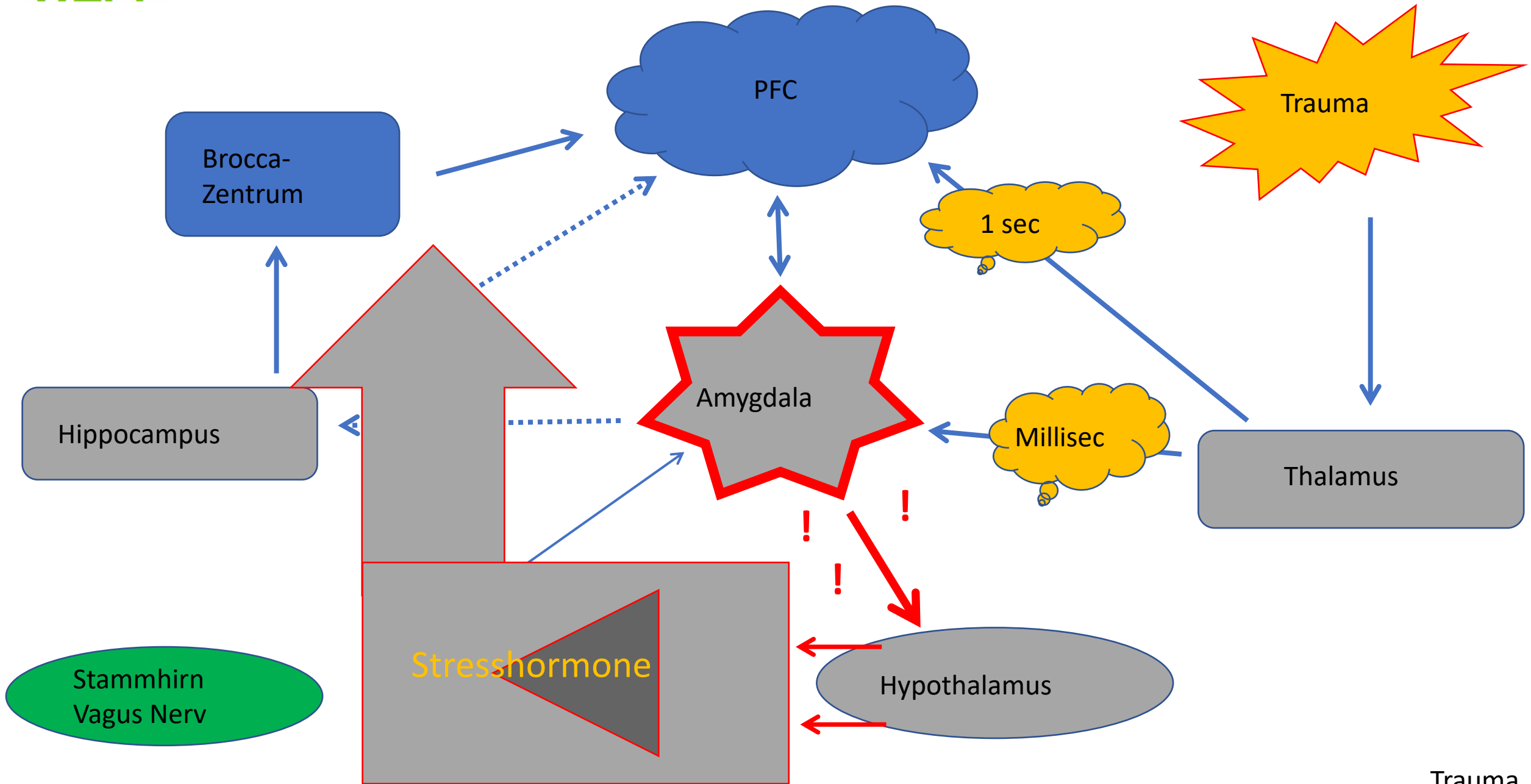
Unsagbares Sichtbar machen
Eigengestaltung statt Hilflosigkeit
Handhabbarkeit
Kontrolle - Sicherheit

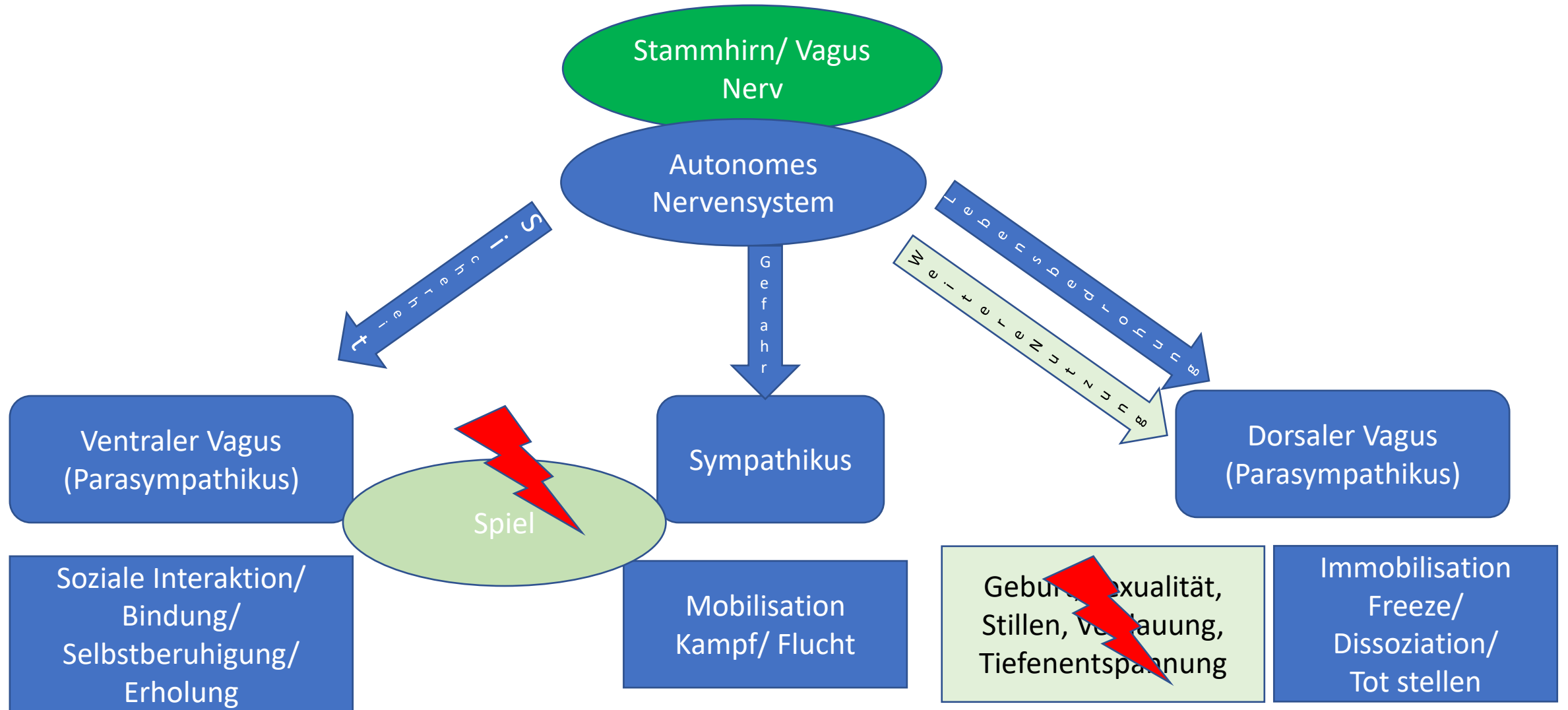
Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen

Wiedererlangen von innerer und äußerer Sicherheit und Kontrolle

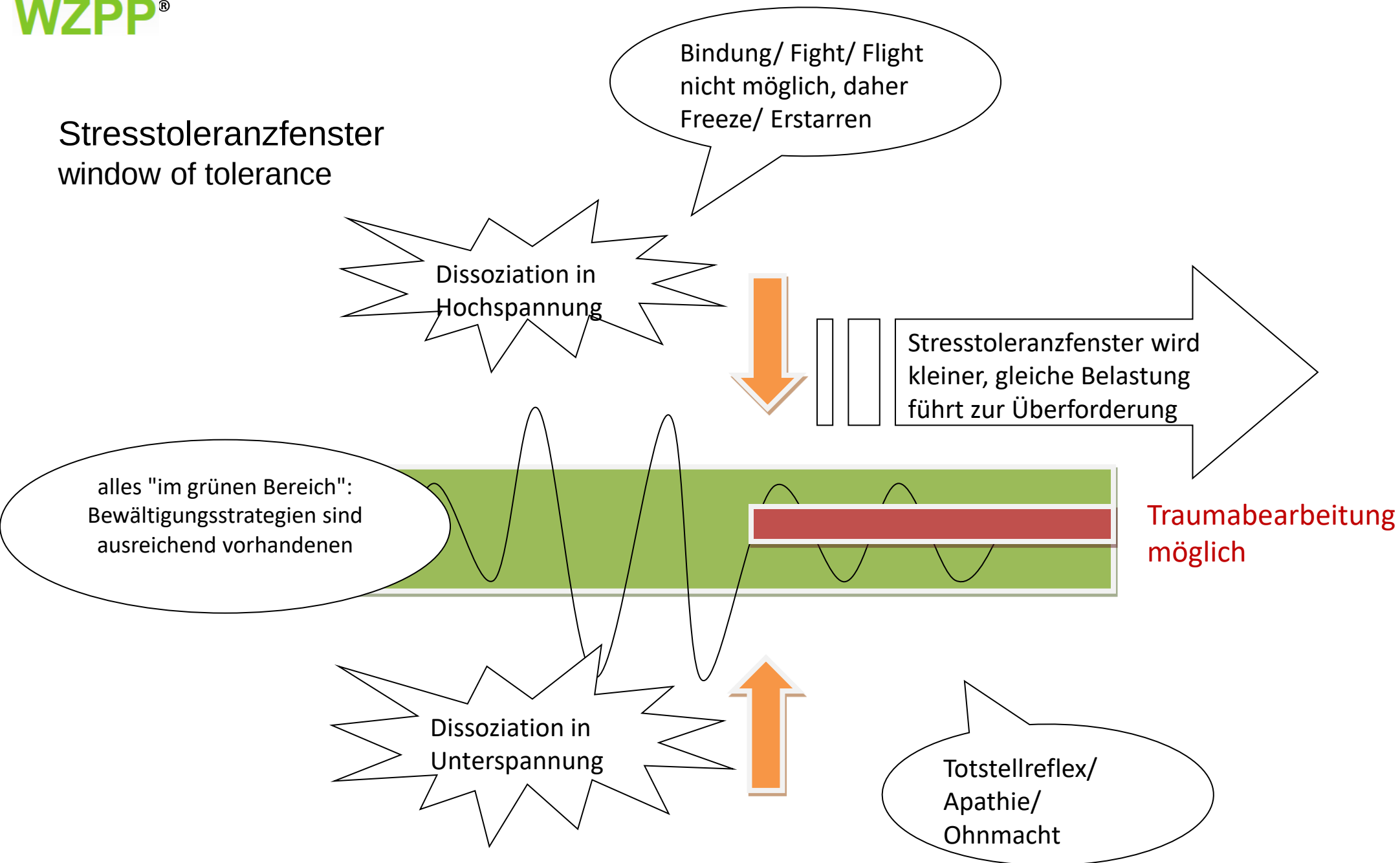
DER PATIENT IST DER KAPITÄN!



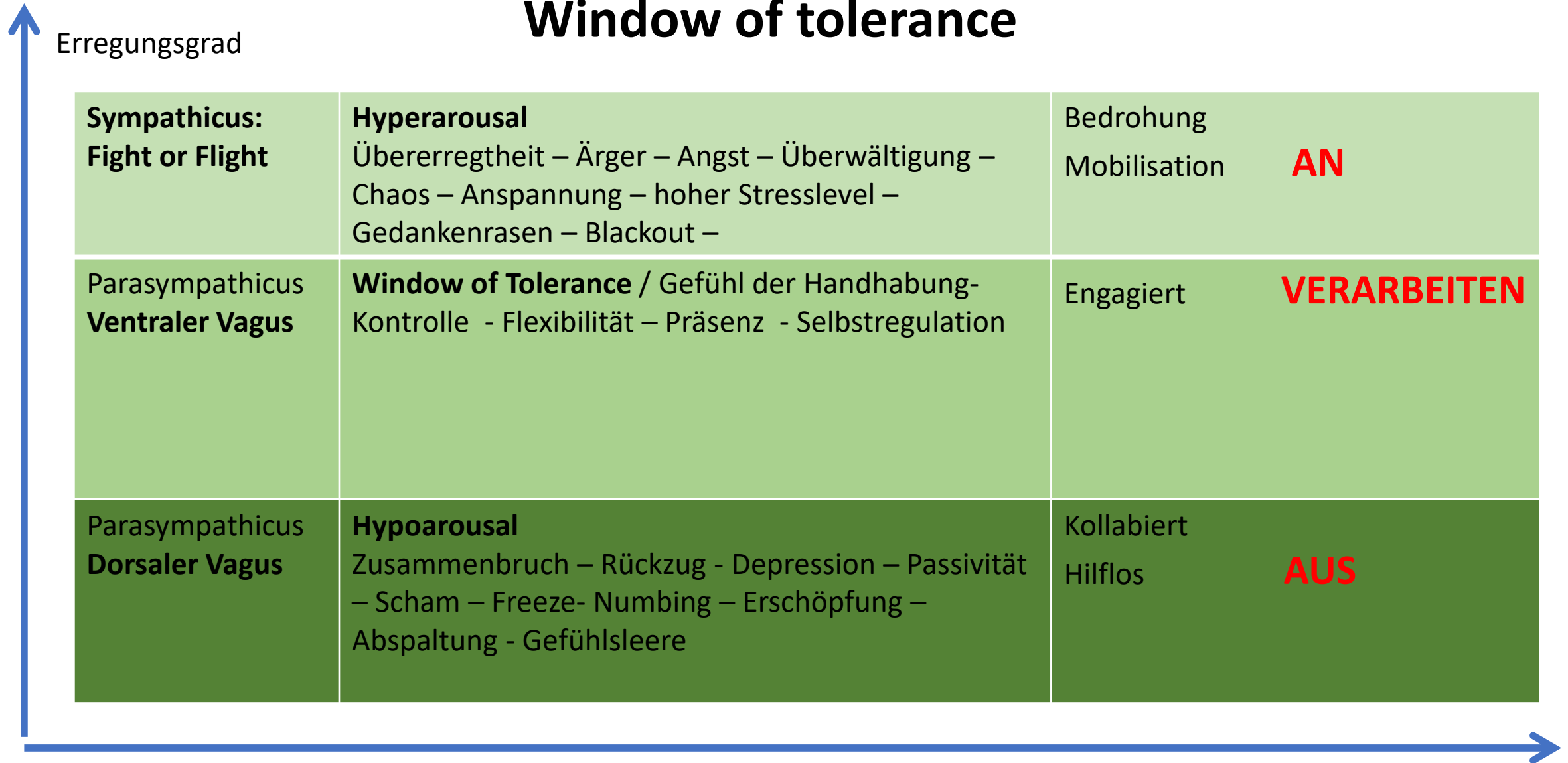




Stresstoleranzfenster window of tolerance



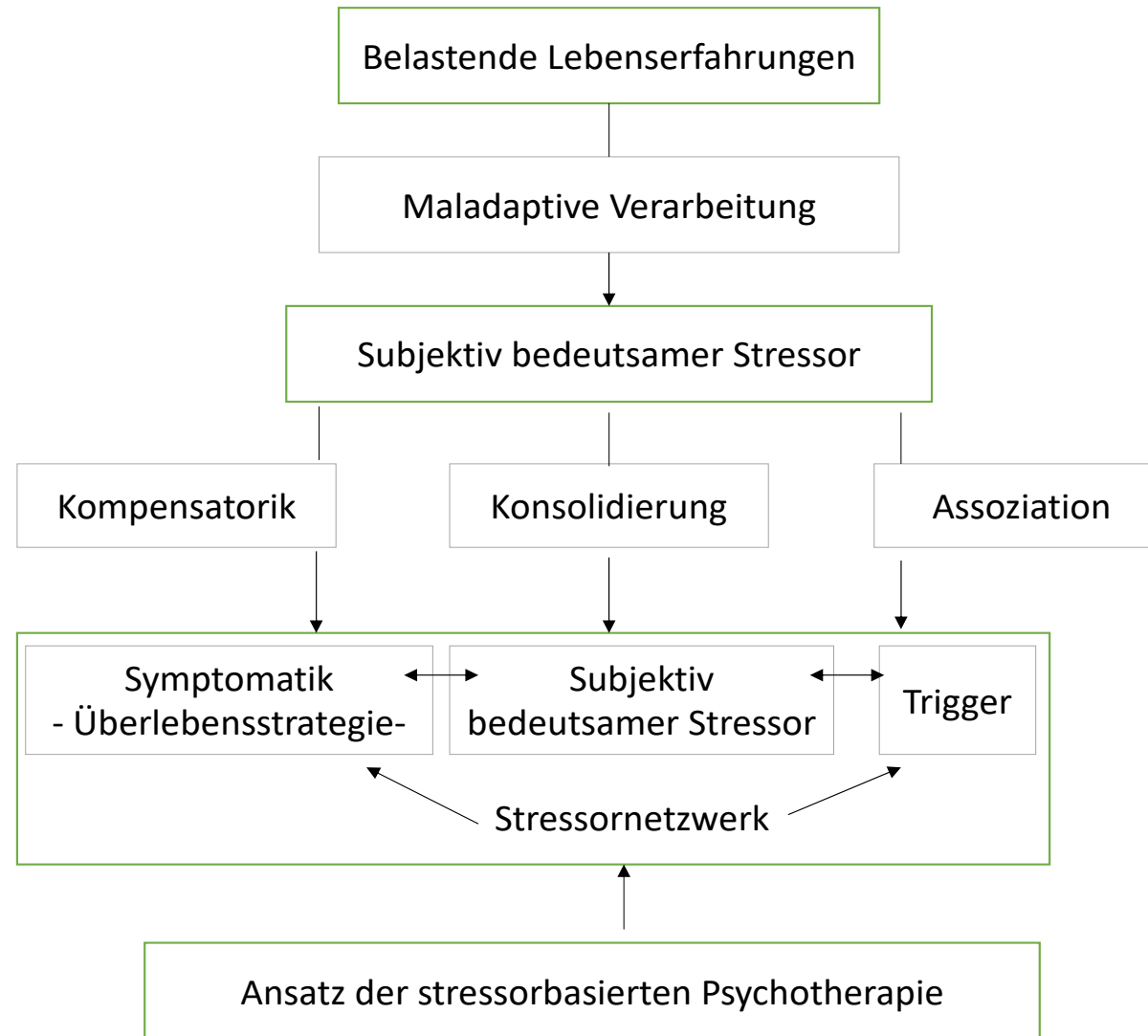
Window of tolerance

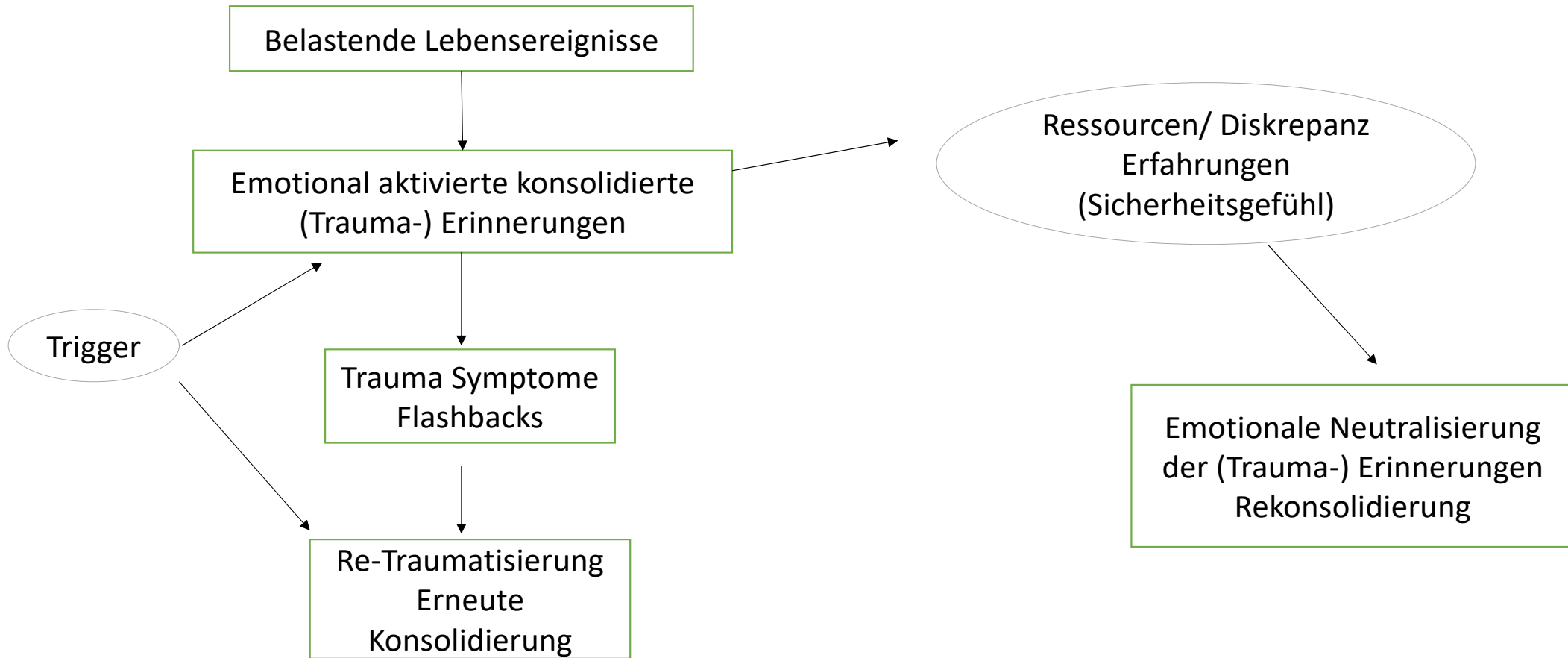


Zeit

3. Stressorbasiertes Modell

- Um belastende Lebensereignisse nachhaltig zu verändern, werden **Selbstheilungsmechanismen** genutzt um damit maladaptiv abgespeicherte Erinnerungen des Stressornetzwerkes zu transformieren. (Hensel, 2017).
- Studien zeigen, dass sich die **negativ belastend empfundenen Gefühle dauerhaft und neurobiologisch nachweisbar auflösen** (Schiller et al., 2010; Merlo, Milton, Goozee, Theobald & Everitt, 2014).





Gedächtnis Rekonsolidierung:

„...memory reconsolidation is the primary mechanism underlying EMDR`s effects.“

Francine Shapiro (2007a) EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective.

Extinktion:

Extinktionslernen ist ein aktives Umlernen bei dem die alte Gedächtnisspur erhalten bleibt, aber durch eine zweite konkurrierende Lernerfahrung, die durch wiederholtes Üben aufgebaut werden muss, gehemmt wird. Therapie wird somit nach dem Extinktions-Prinzip als Aufbau von hemmenden Prozessen konzipiert.

Aktivierung gegenregulatorischer Prozesse

Unterscheidung:

Extinktion vs Rekonsolidierung

In bildgebenden Verfahren konnte gezeigt werden, dass bei *Rekonsolidierungsprozessen* tatsächlich die Gehirnareale aktiviert und verändert werden, in denen die Erinnerung gespeichert sind und andere hemmende Areale wie der präfrontale Cortex, der bei der Extinktion eine große Rolle spielt, nicht aktiviert wird (Schiller et al., 2010; Agren et al., 2012; Rüegg, 2015).

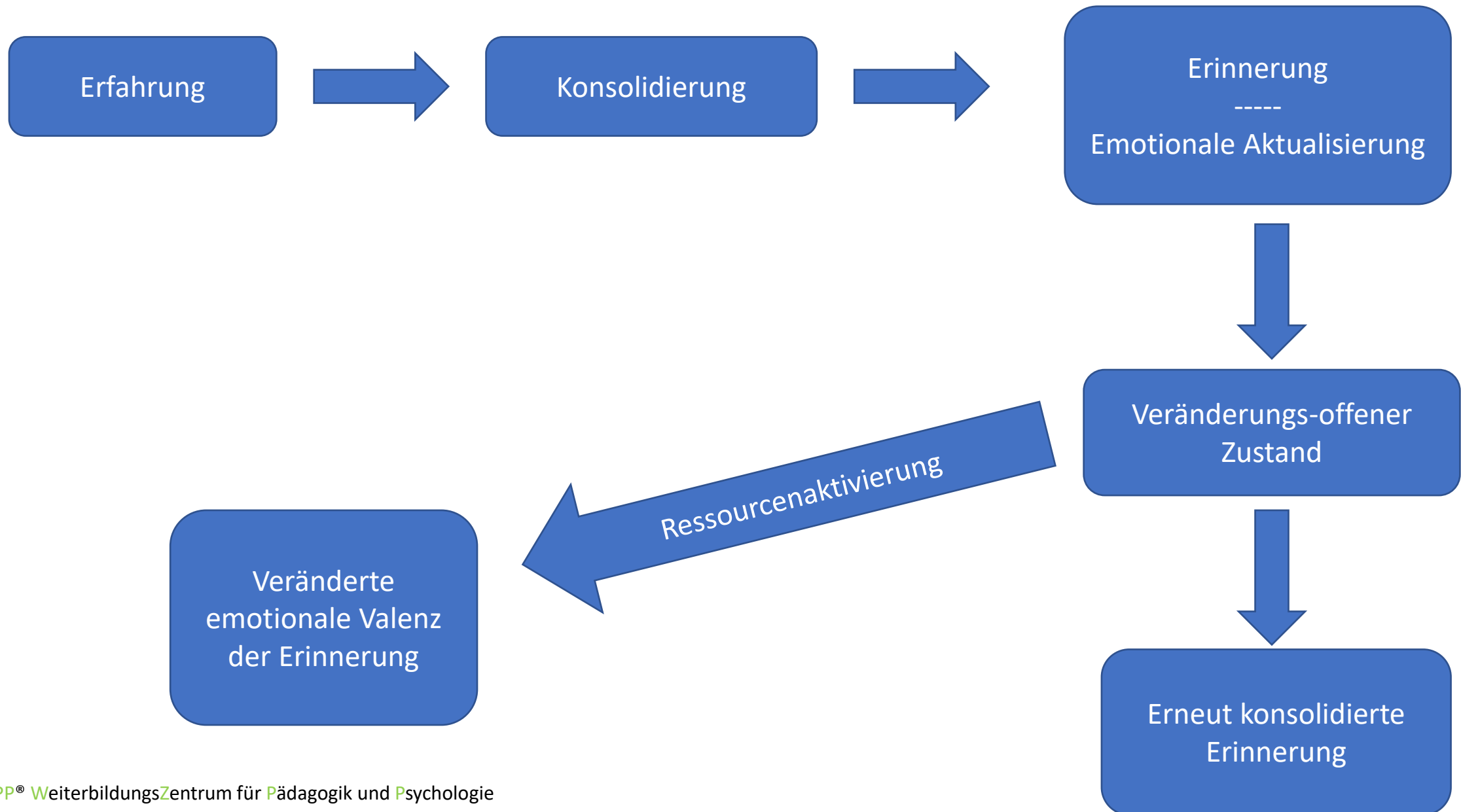
.....Hierbei spielte die Wiederentdeckung des Konzepts der Rekonsolidierung eine zentrale Rolle.

Rekonsolidierung bezeichnet einen **Prozess der Stabilisierung von Erinnerungen**, die, so die Annahme, nach jedem Gedächtnisabruf in einen labilen Zustand überführt würden.

Während der Rekonsolidierung können Erinnerungen abgeschwächt, gestärkt oder aktualisiert werden.

So fanden wir beispielsweise Hinweise dafür, dass reaktivierte episodische Erinnerungen durch Stress oder neue Lernerfahrungen modifiziert werden können. Mit Hilfe funktioneller Bildgebung konnten wir zudem zeigen, dass die Veränderung von Erinnerungen während der Rekonsolidierung mit Veränderungen in der Aktivität jener Hirnregionen einhergeht, die während des Gedächtnisabrufs aktiv waren.

Universität Hamburg, Institut für Psychologie, **Juni 2020**



Ressourcen und Stabilisierung

- Wertschätzende, authentische Grundhaltung des Therapeuten: **mitfühlen, aber nicht mitleiden; nicht werten!**
- **Normalisierung/ Versachlichung** der Gedanken und Einstellungen des Patienten („normale Reaktion auf unnormale Ereignisse)
- Rückgewinnung von **Kontrolle** durch Stabilisierung (z.B. Tresorübung, sicherer Ort, Dissoziationsstop, Lichtstromübung)
- **Ressourcenaktivierung** (Ressourcenprotokoll)
- **Distanzierungstechniken** (Tresorübung, Screen-Technik)

Ressourcen - Themen

Kategorie	Problem	Ressource
Sicherheit	Erstarrung/ Freeze	Handeln, sich bewegen (Kampf)
Verantwortung	Schuld/ Scham	Gemeinschaft und Hilfe
Wahlmöglichkeiten	Niedrige Selbstwirksamkeit, Ausgeliefertsein / Hilflosigkeit	Selbstwirksamkeit
Selbstwert	Selbstunsicherheit	Mitgefühl, Selbstakzeptanz
Körpergefühl mit einer wohltuenden Emotion, z.B. Freude, Glück, Liebe, Mitgefühl, Geborgenheit, Akzeptanz, innere Kraft/ Frieden, Lebendigkeit, Lebensfreude, Selbstwirksamkeit etc.		

Ausreichend Ressourcen müssen jeweils aktuell zur Verfügung stehen!

Als **Kern einer Ressource** wird das **Erinnerungsbild der Ressourcensituation mit dem zugehörigen Körpergefühl und mit positiver Emotion im Jetzt – durch langsame bilaterale Stimulation –** verankert, z.B. eine Erinnerung an Freude, Ruhe, Kompetenz, Sicherheit, Akzeptanz, Geborgenheit, Stolz, Mut etc. So können allgemeine Ressourcen wie positive Erfahrungen, Vorbilder, Krafttiere, Symbole, imaginative Helfer, Kraftorte etc. verankert werden oder spezifische problembezogene Ressourcen.

Absorptionstechnik:

Es werden für eine Problemsituation **spezifisch notwendige Ressourcen** erarbeitet und verankert.
Verknüpfung mit dem Bild der Problemsituation = Verringerung der Belastung (Senkung des SUD)

Dieser kann dann – bei Bedarf und mit nun bereits geringer Ausgangsbelastung – mit dem sogenannten Standardprotokoll weiterverarbeitet werden.

SUD= Subjective Units of Disturbance

= Individueller Belastungsgrad

VOC= Validity of Cognition

= Passgenauigkeit/ „Richtigkeit“ der Kognition

5. Grundlagen EMDR: Vorgehen in der Therapieplanung

Stabilisierung

- **Kein Täterkontakt mehr!**
- Aufbau einer **stabilen therapeutischen Beziehung** zum Patienten
- Bestehende **Motivation** des Patienten (und dessen Bezugspersonen) am Trauma zu arbeiten (z.B. durch Splitter-Metapher)
- Einüben von **verschiedenen Stabilisierungs- und Ressourcenübungen** (z.B. sicherer Ort, Lichtstromtechnik, Screen-Technik, Tresorübung)
- **Ausreichende Alltagsstabilität:** physische und psychische Belastbarkeit, keine Sicherheitsrisiken (Vertrag)
- **Unterstützungsmöglichkeiten** im familiären und weiteren Umfeld
- **Ausreichend Zeit**

Behandlungsplanung:

- **Diagnostik (IES-R; CROPS-PROPS; DISYPS; ETI....**
- **Beziehungsaufbau**
- **Erarbeitung der Ziele**
- **Aufklärung über die Methode**
- **Erstellung einer Trauma- und Ressourcenlandkarte**
- **je nach Indikation ausgiebige Vorbereitung analog der Stabilisierungsphase ??**

Vorgehensweise EMDR

Im **Standardprotokoll** wird eine Alltagsproblem- oder **TraumaErinnerung** fokussiert, indem **visuelle, kognitive, emotionale Anteile und Körpersensationen**, sowie die zugehörige **negative Kognition** geklärt werden und damit das Traumanetzwerk aktiviert. Es wird sozusagen **gezielt getriggert**.

Durch die **gleichzeitige fokussierte Aufmerksamkeit** (auf die gewählte Situation/ Erinnerung)



und die **bilaterale Stimulation** wird der **Verarbeitungsprozess katalysiert**.

EMDR scheint den Informationsverarbeitungsprozess auf hirnphysiologischer Ebene zu beschleunigen und die Traumafragmente miteinander und mit Ressourcennetzwerken zu verbinden.

Mögliche „Zielknoten“ („Hot Spots“) sind ursprüngliche

- **Traumaerinnerungen** in der **Vergangenheit**,
- **Trigger** und **traumabedingte Verhaltensprobleme** (inklusive Vermeidungsverhalten) in der **Gegenwart** (Albträume) und
- **traumabezogene Zukunftsängste** (verzerrte Erwartungen) und **negative Kognitionen**.



Drei-Zinken-Modell: Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft.

Von Clustern ähnlicher Erinnerungen werden einzelne verarbeitet, i.d.R. **generalisiert** der Effekt.

Bei **komplex traumatisierten Klienten** beginnt man mit **Ressourcentechniken, Stabilisierung** und weniger belastenden traumaassoziierten Gegenwartsthemen. (CIPOS: Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft). Erst später werden die primären Traumaerinnerungen der Vergangenheit verarbeitet.

Nach einem **Akuttrauma sollte EMDR bei Dauerintrusionen sehr früh** eingesetzt werden, zunächst aber nur bis zum Belastungsgrad (SUD) von 4 behandelt. Traumknoten entstehen ca. 6 Wo nach einem Ereignis, davor ist keine Vergangenheitsbehandlung sinnvoll.

EMDR bietet **vielfältige Möglichkeiten, Ressourcen zu stärken, aufzubauen und zu verankern**. In der Traumakonfrontation mit EMDR gibt es sehr gute Techniken, gezielte Ressourcen durch Pendeln zwischen Ressourcen- und Traumabildern in kleinen dosierten Schritten (window of tolerance) oder direkt „einwebend“ in die Konfrontation einzubringen und diese so **schonender** und **steuerbarer** zu gestalten.

Indikation für Stressorbasiertes Vorgehen (EMDR):

Erinnerungen aus der Vergangenheit, die im hier und jetzt noch eine emotionale Belastung hervorrufen

Kontra-Indikation

	Klientbezogen
Absolute Kontraindikation	• <u>Klient will definitiv nicht!</u> • Erkennbares mangelndes Sicherheitsgefühl zum Therapeuten oder im Therapiezimmer • Instabiler psychischer Zustand (akute Schizophrenie, Hirnorganische Erkrankung, Akute Suizidalität, Unfähigkeit, negative Gefühle zu ertragen, manifeste Ängste) • Bestimmte komorbide Erkrankungen (aktives Suchtverhalten, nicht-reaktive schwere Depression) • Ungeklärte dissoziative Störung • Kein sicherer Ort zu etablieren • Keine Einigung auf ein Target möglich

	Klientbezogen
Relative Kontraindikation	• Geringes psychisches Funktionsniveau (Ich-Schwäche) • Ungeklärter sekundärer Gewinn aus der Symptomatik • Starke komorbide Symptome (manifeste Ängste) • Nicht-reaktive Depression • Fehlendes eindeutiges Signal vom Kind, dass es sich in der therapeutischen Situation wohl fühlt • Körperlich eingeschränkte Belastungsfähigkeit (Herzerkrankungen, Asthma)

	Therapeutenbezogen	Umweltbezogen
Absolute Kontraindikation	• Unzureichende Erfahrung des Therapeuten mit der Methode, dem Störungsbild oder dem Alter des Kindes • Nicht ausreichend Zeit für die regelrechte Durchführung	• fortbestehende Traumatisierung des Kindes (Täterkontakt) • Juristische Aspekte (Gerichtsverfahren)
	Therapeutenbezogen	Umweltbezogen
Relative Kontraindikation	• mangelndes Vertrauen in die methodische Strukturierung und Prozesssierungsmöglichkeiten • Gefühl von „unter Druck stehen“, z.B. durch Wünsche von Kind/ Eltern schnell zu handeln	• Keine ausreichende Unterstützung durch die Bezugspersonen und/ oder Umwelt • Bezugspersonen sind ambivalent bzgl. der Therapie • Bezugspersonen sind traumatisiert • anstehende Herausforderungen (Prüfungen etc.) • Systemischer Gewinn aus der Symptomatik des Kindes

8 Phasen des EMDR Standard Protokoll

1. Anamnese und Behandlungsplanung
2. Vorbereitung und Stabilisierung
3. Aktualisierung und Einschätzung
4. Prozessierung
5. Verankerung
6. Körpertest
7. Abschluss
8. Überprüfung

Phase 1 und 2 (Vorbereitung)

Grundlagen jeder Beratung/ Therapie Ziel: Stabilisierung, Aufbau der Therapiemotivation, Ressourcenmanagement.

Phase 3 bis 7 (Durchführung)

Bestandteile der EMDR-Sitzung (jederzeit Stabilisierung möglich!).

Phase 8 (Überprüfen)

Folgesitzung evaluiert Erfolg EMDR-Sitzung.

Zur vollständigen Überwindung der Folgen einer traumatischen Erfahrung werden nach diesem Schema sowohl die **biographischen traumatischen Erinnerungen**, als auch die **gegenwärtigen Auslöser (Trigger)** und **zukunftsgerichtete Befürchtungen** durchgearbeitet.

**Das vollständig EMDR-Protokoll berücksichtigt Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.
(3-Zinken-Modell).**

Drei-Zinken-Modell

1 Ausgangssituation: Symptomverursachende Erinnerung (Trauma) - Vergangenheit

- **Schlimmster Moment**
- **Chronologisches Aufarbeiten ähnlicher Erfahrungen**
- **Erfahrungen, die in der Vergangenheit das Trauma getriggert haben**

2 Aktuelle Auslöser (Trigger) - Gegenwart

- **Aktuelle Beziehungserfahrungen, die triggern**
- **Situationen, Orte, Menschen, die Körperflashbacks auslösen**
- **Aktuelle Flashbacks, Albträume, Ängste**

3 Zukunftsbewältigung - Zukunft

- **In sensu: angemessene Bewältigungsstrategien für zukünftige, zuvor als belastend erlebte Situationen**
- **Veränderung von bisherigen Vermeidungsverhalten**

Anamnese und Behandlungsplanung

- Ressourcen- und Traumaanamnese: Trauma-/ Ressourcenlandkarte, Anamnesebogen
- Erhebung: strukturiert, **zügig**, sachbezogen
- gegenwärtige Beschwerden (kognitiv, emotional, physisch)
- Symptomgeschichte
- **Vergangenheit:** welche Erinnerungen haben die Störung in Gang gesetzt?
- **Gegenwart:** welche Auslöser/ Trigger rufen die Beschwerden hervor?
- **Zukunft:** Welche Fähigkeiten braucht der Patient, um künftig angemessen reagieren zu können?
- Angestrebter zukünftiger Zustand
- Motivation und informiertes Einverständnis, besonders bei Kindern

Befürchtungen des Klienten	Argumente des Therapeuten
„Das halte ich nicht aus, wenn mein Kind wieder so leiden muss“	- Ausmaß der elterlichen Traumatisierung und dysfunktionalen Verarbeitung des Traumas (Schuldgefühle) klären
„Das halte ich nicht aus, das nochmals zu durchleben“	- Wahlfreiheit des Klienten (Stop-Signal) und Sicherheitsaspekte (sicherer Ort, Tresorübung, Ressourcenaktivierung) - Splitter-Metapher
„Was ist das Schlimmste, was passieren kann?“	- Der Klient hat keine Lust mehr auf EMDR
„Kann man im Trauma steckenbleiben oder ausagieren?“	- Information über den genauen Ablauf und den Möglichkeiten, stockende Prozesse wieder in Gang zu bringen - Betonung der eigenen Kompetenz
„Was kann zwischen den Sitzungen passieren?“	- Belastende Gefühle können auftauchen, da der Prozess der Verarbeitung weiter fortgeführt wird - Besprechen des Umgangs damit
„Und wenn die Symptome bleiben?“	- Die Forschungslage zeigt sich sehr vielversprechend (große Erfolge in sehr kurzer Zeit) - Über Alternativen aufklären

Behandlungsplanung:

Psychoedukation

Entwicklung eines gemeinsamen Erklärungsmodell und Behandlungsmöglichkeiten. Sind die Voraussetzungen für EMDR gegeben? Psychische Stabilität, Ressourceninstallation, **Einwilligung**, ggf. Auswahl des Mediums...

Wichtig: **betonen der Selbstheilungskräfte** (analog zum körperlichen Heilungsprozess); betonen, dass die **Symptome eine normale Reaktion auf unnormale Umstände sind; Hoffnung auf Besserung wecken**

Entwickeln einer stressor-basierten Hypothese

Erarbeiten eines ganzheitlichen Behandlungsablaufes, in dem EMDR ein Element ist.

- Konkretisieren der Ziele

- gemeinsames Besprechen der Targets

- (Standbilder, schlimmsten Situationen: diese müssen im Hier und Jetzt als belastend erlebt werden!!)

- gemeinsames Festlegen der Reihenfolge

Vorbereitung und Stabilisierung

- **Sicherheitsgefühl stärken:**

Beziehungsangebot, Vermitteln von Sicherheit, klientenzentrierter Ansatz, gemeinsames Verstehungsmodell, Kontrollüberzeugungen des Klienten stärken

- **Einüben des technischen Vorgehens:**

Augenbewegungen, auditiv oder taktil (tapping)

- **Beobachterhaltung** (phänomenologische Betrachtung)**einüben:** „Beobachte einfach was passiert“

- **Stop-Signal vereinbaren**

- **Sichere Ort Übung**

- **Ressourcen aktivieren und installieren:**

Ressourcen-Protokoll, Stärke-Bilder malen, bauen lassen

- **Abschluss der Behandlungsplanung**

Checkliste:

Besteht Klarheit über Art und Umfang der Traumatisierung?

Besteht ein informiertes Einverständnis?

Steht ein umfassender Behandlungsplan?

Gibt es abgegrenzte Situationen, die bearbeitet werden sollen?

Erfolgte eine „technische“ Vorbereitung für EMDR?

Sicherer Ort installiert?

Intrapsychische Ressourcen abgeklärt?

Ausreichende Fähigkeiten zur Traumabewältigung (Affektregulation und Affekttoleranz) vorhanden?

Aktualisierung und Einschätzung

- Beginn der Traumafokussierung: Ziel ist eine möglichst erlebnisnahe und umfassende Aktualisierung der traumatischen Erinnerung
- Einschätzung der Belastung (SUD)
- Einschätzung der positiven Selbstüberzeugung (VoC)
- Diese Phase sollte möglichst **zügig** erfolgen, um die Belastung für den Klienten möglichst gering zu halten
- Prozess hat immer Vorrang vor Protokoll!

Vorgehen:

- 1 Das Target (schlimmstes Bild) auswählen und entfalten
- 2 Negative Kognition (nK)
- 3 Positive Kognition (pK)
- 4 Einschätzung der Stimmigkeit der positiven Kognition von 1-7 (VoC)
- 5 Traumabezogene Emotion
- 6 Einschätzung des aktuellen Belastungsgrad (SUD)
- 7 Begleitende Körperempfindung (Ort + Qualität)

Zu 1

Das Target ist die ausgewählte traumatische Situation, die bearbeitet werden soll.

Das Target kann ein Bild, aber auch ein Geräusch, eine Körperempfindung oder ein Geruch sein. Hier wird das Ereignis direkt angesprochen. Der Klient wird zudem gebeten, den **schlimmsten Moment des Targets zu benennen**.

Zu 2

Mit dem Herausarbeiten der negativen Kognition wird das Traumanetzwerk aktualisiert. Die nK ist eine irrationale, negative selbstbezogene Überzeugung. Die nK sollte möglichst genau das gegenwärtige dysfunktionale Kernthema des Klienten erfassen (kurz und knackig). Die nK sollte zudem emotional bedeutsam sein und eine affektive Resonanz beim Klienten auslösen.

Wichtig:

Nicht Emotion mit Kognition verwechseln!

Die nK beinhaltet, was der Klient JETZT über das Ereignis denkt, nicht was er damals gedacht hat.

Zügiges Vorgehen!

Zu 3 und 4

Schwerpunkt: „**Wenn Du das Ereignis (Target) vor Augen hast, wie würdest du JETZT gerne über Dich denken?**“. Der Klient braucht bei der Suche nach der pK meist Unterstützung. Bei der pK handelt sich um eine positive, auf sich selbst bezogene und generalisierte Überzeugung, die beim Klienten eine positive affektive Reaktion hervorruft. Die pK konzentriert sich genau auf die vom Klienten erwünschte Richtung der Veränderung. Die pK sollte kurz und treffend sein.

Die pK wird mit Hilfe des VoC (Validity of Cognition) auf einer Skala von 1 (völlig falsch) bis 7 (stimmt total) eingeschätzt. **Zu Beginn sollte die pK mindestens eine 2 haben, damit es sich tatsächlich um eine Ressource und nicht um reines Wunschdenken des Klienten handelt.**

Eine negative Kognition ist

- Negativ, irrational und auf sich selbst bezogen
- Fortdauernd und gegenwärtig bedeutsam
- Erfasst das dysfunktionale Kernthema des Klientels
- Ist emotional besetzt, d.h. sie hat affektive Resonanz
- Generalisiert, nicht zu spezifisch
- kurz

Eine positive Kognition ist **(WICHTIG!!)**

- positiv und auf sich selbst bezogen
- Fokussiert *genau* die erwünschte Richtung der Veränderung
- Ruft eine positive affektive Resonanz hervor
- Hat mindestens VOC 2 (sonst Wunschdenken)
- Hat dasselbe Kernthema wie die nKg
- Generalisiert, nicht zu spezifisch
- Kurz
- pKn können zu einem positiven Assoziationsnetzwerk ausgeweitet werden

(Kleiner Exkurs zu EMDR II)

Grundgefühle zu belastenden Emotionen

- Schuldgefühle (selbstbezogene Interpretationen)
- Wut/ Ärger (Ungerechtigkeit, Kränkung-oft Scham!)
- Scham (Gesichtsverlust, Ablehnung durch andere)
- Furcht/ Angst (Übergeneralisierung (?) von Gefahr)
- Ekel (Vor sich oder anderen)
- Sich-Aufgeben (Wertlos sein als Mensch, Vernichtet)
- Hilflosigkeit „Ich kann nichts tun“- Ausgeliefert sein)

Zu 5 und 6

Fragestellung „Wenn Du jetzt nochmal an das schlimme Bild denkst und dabei den Satz (nK wortwörtlich wiederholen) denkst, welches Gefühl kommt JETZT in dir auf?“

und direkt darauf „Und wie belastend ist dieses Gefühl JETZT im Moment für Dich auf einer Skala von 0 – überhaupt nicht belastend- bis 10 – maximale Belastung?“

Einschätzung der aktuellen Belastung durch den SUD (Subjective Units of Discomfort) auf einer Skala von 0 (neutral, ruhig, entspannt) bis 10 (maximale Belastung).

Zu 7

Direkt nach der Einschätzung der emotionalen Belastung wird geprüft, wo sich die Belastung körperlich zeigt.

Frage „**Wo im Körper spürst Du die Belastung JETZT?**“.

Prozessierung

- D* Therapeut:in ist in Phase 1-3 sehr aktiv um einen sicheren Rahmen zu schaffen. **Jetzt: Zurückhaltung, Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Klientel.** Vorgehen: Prozessbegleitung, Strukturierung. Eingriff erst, wenn der Prozess ins Stocken gerät!
- Aufgabe d* Therapeut:in: Sicherheit und Struktur. Der Prozess wird nicht gestört!
- **Interventionen nur dann, wenn der Prozess stockt und dann so klar und direkt wie möglich! (Paraverbal, Anweisung)**
- Nochmals Erinnerung an das Stop-Signal

Vorgehen:

Erinnerung an das Stop- Signal

Zusammenfassung d* Therapeut:in

„Bitte stell dir jetzt nochmal den **schlimmsten Moment des Bildes** vor, (stichwortartiges Beschreiben), denke an den **Satz** (nK wiedergeben) spüre deine **Gefühle** (benennen) und wo du sie im **Körper JETZT** spürst (benennen). **Folge meinen Fingern** und beobachte, was passiert.“

Beginn des ersten Set (ca 24 rechts-links Bewegungen). D* Therapeut:in achtet darauf, dass sich beim Klienten **nur die Augen und nicht der ganze Kopf bewegt. Die Augenbewegungen sollten flüssig sein, die Geschwindigkeit zügig.**

Nach dem **ersten Set** unterbricht d* Therapeut:in und fragt
„**Atme tief durch – (4 sec) und was ist jetzt?**“ **NICHT „Was fühlst Du
jetzt?“!!!**

Egal welche Antwort das Klientel gibt, erfolgt direkt weiter das zweite Set.
„**Beobachte weiter („Weiter so“) und folge meinen Fingern.**“

(Keine Zusammenfassung, Interpretation oder Vertiefung)

**Nach dem zweite Set unterbricht d* Therapeut:in „Atme tief durch - und
was ist jetzt?“**

Benennt der Klient zweimal eine neutrale/ positive Empfindung scheint der
Assoziationskanal durchgearbeitet. D* Klient:in wird gebeten sich gedanklich
nochmals in die Erinnerungsreste/ das Target (nicht in das schlimmste Bild!)
zu begeben und den SUD zu benennen.

Ist der SUD > 0 werden die Sets fortgesetzt, bis wieder eine positive
Empfindung geäußert wird.

Ist der SUD = 0 wird die Stimmigkeit der pK VoC abgefragt.

Verankerung

- D* Therapeut:in fragt nach der Stimmigkeit der pK mit Hilfe des VoC
- Stimmt die pK noch und ist = 7 wird die pK durch langsame Stimulierung noch verankert
- Stimmt die pK nicht mehr, wird nach einer besseren pK gesucht
- Gelingt dies nicht, begibt man sich auf die Ursachensuche: „Was braucht es, damit es eine 7 wird?“ Evtl benötigt es nochmals eine schnelle Prozessierung
- Die Verankerung der pK darf nur dann erfolgen, wenn SUD = 0/ 0-1!!!
- Wird kein vollständiger Abschluss erreicht, erfolgt die Tresor-Übung oder sicherer Ort

Körpertest

- „Jetzt prüfen wir, ob von dem schlimmen Ereignis noch etwas in Deinem Körper stecken geblieben ist.

Bitte schließ Deine Augen, denk noch mal an das Ereignis und gleichzeitig an den (positiven) Satz (wortwörtlich wiederholen). Wenn du beides (da) in Deinem Kopf hast, gehe wie mit einem Scanner durch Deinen ganzen Körper und sage mir, (wo) was Du spürst.“

- Positive Empfindungen können durch langsame Stimulierung intensiviert werden.
- Unangenehme Empfindungen werden schnell mit der pK prozessiert (ohne Erfragen des SUD)
- Bei Resten: Tresorübung

Abschluss

- Das Klientel stabilisieren (Ruhe, Entspannung)
- Würdigung der Mitarbeit
- Information, dass der Traumaverarbeitungsprozess weiter geht.
Es können weiter Bilder, Gedanken etc auftauchen, diese bitte wahrnehmen, notieren und zur nächsten Sitzung mitbringen.

Überprüfung

In der nächsten Sitzung werden **vier Aspekte** erfragt:

1. Hat sich in der Zwischenzeit die Symptomatik verändert?
2. Ist zwischen den Sitzungen neues assoziiertes Material aktiviert worden, an dem jetzt gearbeitet werden muss?
3. Ist das prozessierte Target vollständig verarbeitet?
4. Sind alle relevanten, mit dem traumatischen Geschehen verbundenen Targets und Trigger verarbeitet?

Schwierigkeit	Intervention
Abreaktion: Häufig weinen, Wiedererleben der stimulierten, traumatischen Situation auf einem hohen affektiven Belastungsniveau	Weitermachen bis zur Auflösung: „Ja, beobachte einfach was geschieht.“ Oder „Ja, das ist altes Zeug.“ Falls die Abreaktion nicht nach ein paar Minuten beendet ist, Zurückführen ins Hier und Jetzt, Körperübung und sicherer Ort)
Blockaden: Verarbeitung kommt zum Stillstand	Einweben: „Was kannst du dem inneren Bild hinzufügen, das dir hilft, dich sicherer und stärker zu fühlen?“ Grundthemen: - Sicherheit/ Überleben - Verantwortlichkeit/ Schuld - Selbstwertgefühl - Wahlmöglichkeiten
Überflutung/ Dissoziation ist Retraumatisierung	Zurückholen: - Zurückführen in die Realität, ins Hier und Jetzt - Re-Orientierung - Körperübungen - Kontrolle/ Sicherheit aufbauen

Kriterien einer vollständigen Verarbeitung

- „- Aufweichen/ Verschwinden von festen Verhaltensmustern, Einstellungen, Gefühlen oder Körperreaktionen, die mit dem Ausgangsthema verbunden waren
- erlebte Angstfreiheit und Wahlfreiheit in den eigenen Handlungen in bisherigen Auslösesituationen für Belastungen bei Realkonfrontation
- bewusste Erinnerungen an die Ausgangssituation rufen keine emotionalen oder körperlichen Belastungen mehr hervor („non-reactivity to a traumatic memory“, Horowitz)
- ein freies Erzählen über die alten Erfahrungen ist der Klientin ohne affektive Überflutung möglich, die Erfahrungen werden als ichzugehörig und abgeschlossen erlebt,
- spontane Erinnerungen verlaufen ohne affektive Begleitung,
- es ist kein Vermeidungsverhalten mehr zu beobachten