

EMDR – heilsame Augenbewegungen

Traumapsychotherapien mit EMDR sind 20 Jahre nach dessen Einführung unbestritten erfolgreich. Während die Wirkfaktoren noch erforscht werden, wenden Therapeuten es längst nicht mehr ausschließlich zur Behandlung schwerer Traumata an. Auch bei Allergien, Essstörungen, chronischen Erkrankungen und verhaltensgestörten Kindern hat sich das Verfahren bewährt

■ SYLVIA MEISE

Revolution oder Humbug? Die Psychotherapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, kurz EMDR, polarisiert die Traumaforschung, seit sie 1989 von der amerikanischen Psychologin Francine Shapiro für posttraumatische Belastungsstörungen, PTBS, entwickelt wurde. Mittlerweile ist sie eine auch von offiziellen Gremien anerkannte Methode, denn über 20 kontrollierte Studien weisen deren teils frappierend schnelle Wirkung nach. Trotzdem gibt es erst seit etwa 10 Jahren einschlägige Fachartikel – meist wird EMDR darin als Scharlatanerie oder Form der Hypnose abgekanzelt und mit dem Etikett „unwissenschaftlich“ versehen. Der Grund: Bislang ist ungeklärt, wodurch die Heilerfolge zustande kommen. „Was neu ist an EMDR, wirkt nicht, und was an EMDR wirkt, ist nicht neu“, polemisierte 1999 der Psychologe und Traumaforscher Robert McNally. Heute sind die Fronten in Bewegung, denn psychophysiologische und neurobiologische Studien von Gedächtnis- und Schlafforschern ermöglichen nun plausible Erklärungsansätze.

Die empirische Forschung konzentriert sich auf das Element der raschen Rechts-links-Augenbewegungen, die während der traditionellen EMDR-Sitzung vom Therapeuten angeleitet werden. Der Schlafforscher Robert Stickgold etwa weist die Parallelen zur Augenaktivität der REM-Tiefschlafphase (*Rapid Eye Movement*) nach. Er untersuchte traumatisierte Vietnamkriegsveteranen, die ihre belastenden Erlebnisse regelmäßig in Albträumen wiedererlebten, und fand keine REM-Tiefschlafphasen. 2002 präsentierte er im *Journal of Clinical Psychology* ein neurobiologisches Modell zur

Erklärung der EMDR-Wirkmechanismen, das er ausdrücklich als Ergänzung zu Shapiros Modell der beschleunigten oder „adaptiven Informationsverarbeitung“ vorlegte. Seiner Hypothese gemäß versetzen bilaterale Aufmerksamkeitsstimuli den wachen Körper in einen dem REM-Tiefschlaf gleichenden neurobiologischen Zustand, während dessen der Transfer von Erinnerungen aus der rechten in die linke Gehirnhälfte stattfindet. Das im Hippocampus befindliche episodische Gedächtnis gibt die Informationen weiter an das im Neokortex verortete semantische Gedächtnis. Dabei passieren sie das Sprachzentrum und können in die persönliche Geschichte sowie in das Wissen über die Welt integriert werden. Danach verblassen nicht mehr benötigte Informationsspuren im Hippocampus und lösen nach dieser These auch bei Traumatisierten keine aktive negative Erinnerung mehr aus.

Martin Sack, Oberarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar, einer Einrichtung der Technischen Universität München, konzentriert sich in seinen Studien auf die Annahme, dass die bilaterale Stimulation des Seh-, Hör- oder Tastsinns Auslöser für eine anhaltende „Orientierungsreaktion“ sein könnte. Das psychophysiologische Konzept der Orientierungsreaktionen bezeichnet das unwillkürliche, rasche Hinwenden der Aufmerksamkeit auf ungefährliche sowie als neu oder ungewohnt empfundene Umgebungsreize. Um sie einordnen zu können, werden die Schwellen der Sinnesreizung abgesenkt und gewissermaßen alle Kanäle auf Empfang geschaltet – die Aktivität des parasympathischen Nerven-



systems steigt, sorgt für Entspannung, und die Herzschlagfrequenz sinkt.

Auf EMDR übertragen, sei dies „der Trick, um den aversiven Reiz der traumatischen Erinnerung effektiv mit einem nichtaversiven Entspannungsreiz zu koppeln“, erläutert Sack. Als empirisch gesichert gilt: Die Augenbewegungen wirken entspannend, während die Patienten ihr Denken und Fühlen auf belastende Momente fokussieren, und jene Entspannung korreliert direkt mit dem Heilungserfolg.

Sack zählt neben Arne Hofmann, der die Methode in Deutschland einführte und das EMDR-Institut in Bergisch Gladbach leitet, sowie Wolfgang Lempa und Friedhelm Lamprecht von der Medizinischen Hochschule Hannover zu den treibenden Kräften der EMDR-Forschung. Derzeit entsteht eine Studie über die Wirkfaktoren der Methode. Die gerade gestartete und über drei Jahre laufende Untersuchung testet 192 Probanden in drei unterschiedlichen Settings mit psycho-

physiologischen Parametern wie Herzschlagrate oder Hautleitfähigkeit sowie Behandlungserfolg: Dabei wird eine Gruppe während der EMDR-Sitzungen den klassischen Rechts-links-Handbewegungen des Therapeuten mit den Augen folgen, bei zwei Kontrollgruppen wird das EMDR-Manual so verändert, dass eine Gruppe die unbewegte Hand des Therapeuten mit den Augen fixiert und die andere keinerlei Aufforderung erhält, die Augen auf einen bestimmten Fokus zu richten. Sacks Vorabthese: „Wir vermuten, dass die Wirksamkeit von der ersten zur dritten Gruppe abnimmt.“

Während nach den Wirkfaktoren geforscht wird, setzen Kliniken und Therapeuten das Verfahren bereits bei anderen Krankheitsbildern als der PTBS ein. Besonders kreativ ist der Psychoanalytiker Reinhard Plassmann, der die Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim leitet und an der Universität Kassel Psychotherapie und Psychosomatik lehrt. Vor fünf Jahren hat er EMDR in sein gesamtes Klinikkonzept integriert

und verzeichnet seitdem größere Erfolge als vorher bei der Heilung von Essstörungen, Tinnitus sowie bei der Behandlung von Kindern.

Plassmann wendet das von Shapiro entwickelte Manual in leicht abgewandelter Form an und nennt es „bipolares EMDR“. Während der gesamten Therapiesitzung, auch beim Fokussieren auf das belastende Material, wird zwischen negativen und positiven Gefühlspolen gewechselt: von belastenden, negativen Erinnerungsbildern, Gedanken und Körpergefühlen zu positiven Bildern und Erinnerungen sowie Gefühlen wie Stolz, Freude oder Selbstwirksamkeit. Es ist damit eine schonendere, ressourcenaktivierende Variante mit Sinnesstimulationen, die je nach Bedarf der Patienten visuell, auditiv oder taktil sein können. Die taktile Stimulation erfolgt durch „Pads“, zwei miteinander verkabelte, dattelgroße Summer, die in einstellbarer Geschwindigkeit abwechselnd kurz vibrieren und von den Patienten in den Händen gehalten oder auf den Körper gelegt werden können. Sie werden in der Klinik vor allem bei Kindern eingesetzt.

In der klinischen Praxis beobachtet Plassmann, dass mitten im Erinnern des belastenden Materials oftmals auch positive Bilder und Gedanken auftauchen, die dem Patienten einen Hinweis darauf geben, wie der nächste Schritt aussehen könnte. Der „nächste Schritt“ wird vom Patienten bestimmt. Plassmann nennt es die „Kunst des Lassens“. Dieses patientenzentrierte Vorgehen, zusammen mit dem EMDR-Prinzip des freien Assoziierens während der Konfrontation mit den belastenden Erinnerungsbildern, erfordert einen

Wie läuft EMDR ab?

1. Behandlungsplanung
2. Vorbereitung und positive Stabilisierung – welche positiven Dinge, welche negativen Belastungen sind heute präsent?
3. Bewertung – der Patient weist der belastenden Erinnerung eine negative Kognition zu („Ich bin hilflos“) sowie eine positive, die er künftig damit verbinden möchte („Ich kann heute etwas tun“).
4. Desensibilisierung – das belastende Material wird fokussiert und, begleitet durch Rechts-links-Stimulationen von Seh-, Hör- oder Tastsinn, frei assoziierend durchgearbeitet. Das wird so lange wiederholt, bis keine körperlichen und seelischen Belastungen mehr spürbar sind.
5. Verankerung – statt der ursprünglich negativen wird die positive Vorstellung eingesetzt und gestärkt.
6. Körpertest – alle Missempfindungen zur erinnerten Situation sollten beim Abschluss der Sitzung verschwunden sein.
7. Abschlussbesprechung – Hinweis auf Nachwirkungen, etwa durch (Tag-)Träume.
8. Überprüfung des Erfolgs und Neuorientierung für die Zukunft.



wachsamen Metablick des Therapeuten auf den Prozess. Zudem wird immer wieder auch die persönlich gefühlte Belastung geprüft, verbunden mit der Frage, was sie an körperlichen Reaktionen auslöst – das unterscheidet EMDR von anderen Methoden.

Gerade bei Essstörungen wird üblicherweise mit vom Arzt oder Therapeuten vorgegebenen Plänen gearbeitet, nach denen sich die Patientinnen diszipliniert zu richten haben. In Plassmanns Klinik dagegen werden sie aufgefordert, selbst Zielpunkte zu definieren, Belohnungen für erreichte Ziele zu überlegen und Protokoll zu führen. Dem ging die Erkenntnis voraus, dass nicht Disziplin das Problem war. Die magersüchtigen Patientinnen steuerten ihr Gewicht aufs Gramm genau, steckten aber ihre ganze Energie in das Unterlaufen des Therapieplans, „und wir wandten die gleiche Energie auf, ihn durchzusetzen“, verdeutlicht Plassmann die frustrierende Sisyphosarbeit. Um den Knoten zu lösen, setzte das Team neue Schwerpunkte und sucht nun zunächst die Ursache der Verweigerung: „Mikrotraumatische Ereignisse im Sinn von schweren Kränkungen, öffentlichen Beschämungen oder Demütigungen sind häufig weniger herausstechend und auch weniger bewusst. Die traumatische Wirkung erhalten sie über die Dauer ihres Auftretens und dadurch, dass diese Handlungen häufig von den primären Bezugspersonen ausgeübt werden“, fasst Thomas Burkhard, leitender Psychologe der Klinik, zusammen. Dass die Umstellung auf ein EMDR-basiertes Konzept sinnvoll war, bestätigte die Evaluation der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg: Deren Gutachten verzeichnete bei essgestörten Patienten einen Anstieg des Heilerfolgs auf mehr als 80 Prozent.

Prinzipiell ist Plassmanns Arbeit von Gedächtnisforschern wie Joseph LeDoux oder Eric Kandel inspiriert, und er betont: „Die Psyche ist kein körperloses Abstraktum.“ Negative wie positive Emotionen hätten immer eine körperliche Repräsentanz, sei es als Druck im Brustkorb, Schmerz im Bauch oder Ohrengeräusch. Trotzdem hat auch ihn überrascht, dass sich EMDR bei psychosomatischen Störungen wie chronischen Schmerzkrankungen, Tinnitus oder Allergien so gut bewährt.

Nicht nur die Hand des Therapeuten bewegt sich hin und her.

Es werden auch abwechselnd positive und negative Gefühle bearbeitet

Die Psychotherapeutin Claudia Erdmann behandelt als Erste in ihrer Berliner Praxis Heuschnupfenallergiker unter anderem mit EMDR. Während der Behandlung lässt sie etwa als imaginäre Hilfe einen gläsernen Schutzwall gegen die Pollen ziehen und stellt immer die Frage: „Was würde die Allergie sagen, wenn sie sprechen könnte?“ In einem Fallbericht antwortet ihr ein 16-jähriger Patient darauf: „Ich bin eine Kopie deiner Mutter, ich werde immer bei dir bleiben.“ Nicht das Allergen ist demnach das Problem, sondern die emotionale Bewertung des Allergens.

Da diese Form der Allergiebehandlung noch nicht empirisch belegt ist, kommt sie in der Ausbildung des Bergisch Gladbacher EMDR-Instituts, das Arne Hofmann leitet, noch nicht vor. Elemente zur Behandlung von Sucht und Drogenmissbrauch allerdings wurden aufgenommen, nachdem die Pilotstudie zum Suchtgedächtnis von Michael Hase 2006 ergeben hatte, dass Alkoholranke sechs Monate nach der herkömmlichen Behandlung in einer anerkannten Klinik allesamt wieder rückfällig geworden waren. In der mit EMDR behandelten Vergleichsgruppe dagegen lag die Rückfallquote bei „nur“ 60 Prozent.

Ein Forschungsbereich von Arne Hofmann sind Arbeitsplatztraumata, zu denen neben Kollegenmobbing auch gewalttätige Überfälle auf Bankangestellte, Polizeibeamte oder Kassiererinnen gehören. Einer US-amerikanischen Studie von 2006 zufolge sind mehr als 40 Prozent der amerikanischen Arbeitnehmer von psychischer Aggression und weitere 13 Prozent von physischer Aggression am Arbeitsplatz betroffen. Die Zahlen seien mit denen in Deutschland durchaus vergleichbar, betont Hofmann: „Die Berufsgenossenschaften kennen EMDR, und sie wissen mittlerweile auch: Je früher die Betroffenen eine Psychotherapie wahrnehmen, desto rascher können sie an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Die Genossenschaften haben ausgerechnet, dass sie dadurch rund 40 Prozent der Therapiesitzungen sparen, ein schlagendes Argument.“

Zunehmende Anwendung findet auch ein für Gesunde entwickeltes EMDR, etwa im Coaching bei Kreativitäts- oder Arbeitsblockaden. Auch bei dieser Klientel zeigen sich bei näherer Betrachtung Mikrotraumata wie Kränkungen durch Kollegen oder überzogene Leistungsansprüche, die ihren Ursprung in der Kindheit haben.

Schnell und effektiv – EMDR scheint wie geschaffen für neoliberale Arbeitsmodelle. Arne Hofmann warnt allerdings

davor, das Verfahren auf die Formel der Effizienz zu verkürzen. Wie schnell EMDR funktioniert, hänge vom Einzelfall ab. Mehrfach Traumatisierte sprechen darauf zunächst gar nicht an, man müsse sie erst stabilisieren. Es gebe auch EMDR-Therapien, die bis zu fünf Jahren dauern. „Wir teilen in mancher Hinsicht das Traumakonzept der Psychoanalyse. Denn: Nicht alle Patienten benötigen Hilfe aufgrund von Extrem-



traumata wie Verkehrsunfällen, Kriegererlebnissen oder Vergewaltigungen. Außerhalb der PTBS ist der Begriff Trauma weiter zu fassen. Auch der Tod von Verwandten, Trennungen oder Arbeitsplatzverluste können tiefe Spuren hinterlassen. Wir finden, dass Beziehungstraumatisierungen ganz ähnliche biologische Reaktionen hervorrufen wie Kampf, Flucht und Lebensgefahr.“

Mit der Psychoanalyse teilen sich die EMDR-Therapeuten auch die Erkenntnis, dass Depressionen häufig durch unerkannte Traumatisierungen ausgelöst werden, sowie die Vermutung, dass wegen dieser Grundproblematik die Rückfallquote so hoch ist. Hofmann will gemeinsam mit seinen Forschungskollegen nachweisen, dass diese Rückfallquote signifikant sinkt, wenn das Trauma gefunden und aufgelöst wird.

Ein weiterer wichtiger Bereich, in dem EMDR neuerdings zur Anwendung kommt: die Behandlung von verhaltensauffälligen Kindern sowie Eltern und Kindern gemeinsam. Martin Sack, der mit EMDR arbeitet, baut derzeit am Klinikum rechts der Isar eine Kinder/Jugendlichen- und Erwachsenenambulanz auf – ein Modellprojekt für die spezielle Versorgung von Kindern und ihren Eltern. Bislang gibt es an dieser Schnittstelle der Therapiearbeit mit Erwachsenen und Kindern weder Forschung noch – und das ist das Fatale für die Familien – Angebote. „Wir haben in Deutschland eine beschämende Unterversorgung mit Kinder- und Jugendtherapeuten“, klagt Hofmann. Tatsächlich liegen die Wartezeiten bei mindestens zwei, eher mehr Monaten. Daraus erklärt

sich dann auch die hohe Verschreibungsquote von Medikamenten wie Ritalin. Die Kinder sind wieder steuerbar, und eine Therapie, auf die man so lange warten muss, wird erst gar nicht gemacht.

Die Kitzberg-Klinik hat die Kinder- und Jugendabteilung als Schwerpunkt ausgebaut und nimmt auch Mütter mit Kindern auf. „Die Idee beruht auf unserer Erfahrung, dass die emotionale Verarbeitung am besten zwischen Mutter und Kind stattfindet. Die Mutter muss mitwachsen“, formuliert Plassmann.

Marion Seidel leitet die Abteilung und unterstreicht den positiven Nutzen für die Mutter-Kind-Bindung, wenn beide gleichzeitig behandelt werden. Häufig fehle beiden durch frühe und anhaltende Traumatisierungen die Fähigkeit, selbst ihre Gefühle zu regulieren. Die allerdings wird als Voraussetzung für EMDR gesehen, das auf die Selbstheilungskraft, Reorganisation der negativen Erinnerungsnetzwerke und deren positive Neuorientierung setzt. Deswegen müssen diese Patienten mit positiven Ressourcen gestärkt werden, bis sie in der Lage sind, sich mit unverarbeitetem emotionalem Material zu beschäftigen. Das funktioniert nicht immer innerhalb eines stationären Aufenthalts, sondern müsse gegebenenfalls wiederholt oder ambulant vom Psychotherapeuten vor Ort weitergeführt werden, skizziert Plassmann die Grenzen des Verfahrens. Doch selbst dann, wenn in dieser Zeit nicht die gesamte Symptomatik bearbeitet werden kann, profitierten die Familien. Viele erlebten erstmals, „dass es Hilfe gibt, dass ihre emotionalen Themen nicht unausweichlich und katastrophisch sind, sondern dass man sie berühren kann“.

Grenzen des Verfahrens liegen dort, wo positive Grundstrukturen und ein gutes inneres Gegenüber fehlen. Für psychotische Patienten ist EMDR daher nicht geeignet. Auch Plassmann nimmt essgestörte oder sich selbst verletzende Patientinnen nur auf, wenn sie bereit sind, das selbstzerstörerische Verhalten abzulegen. Dann allerdings lässt sich mit EMDR offenbar Beeindruckendes erreichen. **PH**

Literatur und Kontakte

Reinhard Plassmann (Hg.): Im eigenen Rhythmus. Die EMDR-Behandlung von Essstörungen, Bindungsstörungen, Allergien, Schmerz, Angststörungen, Tinnitus und Süchten. Psychosozial, Gießen 2009

Francine Shapiro: EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn 2007

Anna-Katharina Kreyer: Experimentelle Überprüfung psychophysiologischer Prozesse im EMDR. Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Grundlagenforschung. Universität Köln 2008

Homepage der EMDRIA-Fachgesellschaft, die 1995 für Qualitätskontrolle und Weiterentwicklung des EMDR gegründet wurde: www.emdria.de

Kongresshinweis:

Vom 11. bis 13. Juni findet in Hamburg die Europäische EMDR-Konferenz „Trauma and beyond“ statt. Informationen unter www.emdr2010.eu