



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Jonas Tesarz, Günter H. Seidler, Wolfgang Eich

Schmerzen behandeln mit EMDR

Das Praxishandbuch

Klett-Cotta

Klett-Cotta
www.klett-cotta.de

© 2015 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten
Printed in Germany
Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart
Unter Verwendung eines Fotos von © contrastwerkstatt/fotolia.com
Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell
Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck
ISBN 978-3-608-94881-3

Dritte Auflage, 2018

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vorwort | 9 |
| Einführung | 11 |
| Was ist EMDR? | 17 |
| Woher kommt EMDR? | 17 |
| Die Kernelemente von EMDR | 19 |
| Die acht Phasen der EMDR-Therapie | 21 |
| Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte, Diagnostik und Behandlungsplanung | 21 |
| Phase 2: Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten | 21 |
| Phase 3: Bewertung einer belastenden Erinnerung | 21 |
| Phase 4: Desensibilisierung und Durcharbeitung | 22 |
| Phase 5: Verankerung | 22 |
| Phase 6: Körpertest | 23 |
| Phase 7: Abschluss | 23 |
| Phase 8: Nachbefragung | 23 |
| <i>Frau K.: Traumafolgestörung nach Herzrhythmusstörungen</i> | 24 |
| EMDR und Schmerz | 29 |
| Warum EMDR bei Schmerz? | 29 |
| Wie wirkt EMDR bei Schmerz? | 33 |
| Die Bedeutung neuronaler Netzwerke | 33 |
| Das Schmerzgedächtnis | 34 |
| Der Prozess der Schmerzprägung und Hypermnesie | 39 |
| Die körpereigene Schmerzmodulation | 41 |
| Explizites und implizites Gedächtnis | 42 |
| Die Netzwerktheorie | 44 |
| Die Aktivierung neuronaler Netzwerke | 46 |
| Weitere Effekte von EMDR bei Schmerzpatienten | 47 |
| Exposition | 48 |
| Entspannungsinduktion | 50 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| Der Einfluss des Traumas auf den Schmerz | 51 |
| Der Schmerz als eine Traumafolgestörung | 52 |
| Das Hypermnesia-Hyperarousal-Modell | 54 |
| Der Schmerz infolge einer Traumafolgestörung | 58 |
| Weitere Interaktionen von Trauma und Schmerz | 61 |
| Vor Beginn der Behandlung | 64 |
| Allgemeine Vorüberlegungen | 64 |
| EMDR bei Schmerz ohne Vorliegen traumatischer Erinnerungen | 66 |
| <i>Herr P.: Der vor Wut starre Polizist</i> | 66 |
| EMDR bei Schmerz mit Vorliegen traumatischer Erinnerungen | 69 |
| <i>Frau S.: Rückenschmerz nach einem Autounfall</i> | 70 |
| Voraussetzungen und Kontraindikationen zur Behandlung mit EMDR | 71 |
| Körperliche Stabilität | 72 |
| Soziale Stabilität | 74 |
| Psychische Stabilität | 75 |
| Die Aufklärung des Patienten | 76 |
| Die Behandlung: Das EMDR-Schmerzmanual | 78 |
| Das Ausgangsthema und der EMDR-Therapiefokus | 78 |
| Traumatische Erinnerungen | 79 |
| Schmerzassoziierte Erinnerungen | 81 |
| Aktueller Schmerz | 81 |
| Die Auswahl des Ausgangsthemas | 84 |
| Phase 1: Anamnese und Behandlungsplanung | 86 |
| Schmerzanamnese | 87 |
| <i>Herr R.: Schmerzanamnese</i> | 95 |
| Traumaanamnese | 97 |
| <i>Herr R.: Traumaanamnese</i> | 97 |
| Ressourcenanamnese | 106 |
| <i>Herr R.: Ressourcenanamnese</i> | 108 |
| Entwicklung eines Behandlungsplans | 109 |
| <i>Herr R.: Die Behandlungsplanung</i> | 114 |
| Phase 2: Stabilisierung und EMDR-Vorbereitung | 115 |
| Verbesserung der Distanzierungsfähigkeit | 119 |
| Patientenedukative Informationen | 120 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Innere Sicherheit und Stabilität | 125 |
| Motivation schaffen | 136 |
| Die Bedeutung körperlicher Aktivität | 141 |
| <i>Herr R.: Stabilisierung und Übergang in die Bewertungsphase</i> | 143 |
| Phase 3: Bewertungsphase | 146 |
| Ausgangsbild (Target) | 149 |
| Negative Selbstkognition | 151 |
| Positive Selbstkognition und deren Validierung (VoC) | 153 |
| Bewertung von Schmerz und Emotionen (SUD/SUP) | 156 |
| <i>Herr R.: Die Einschätzung vor dem Prozessieren</i> | 160 |
| Phase 4: Desensibilisieren und Reprozessieren | 161 |
| Der duale Aufmerksamkeitsfokus | 163 |
| Die Wahrnehmung und Verbalisierung der erlebten Inhalte | 165 |
| <i>Herr R.: Prozessierung und Desensibilisierung</i> | 167 |
| Der Umgang mit »Schwierigkeiten« | 174 |
| Phase 5: Verankerung | 179 |
| Klassische Installation der positiven Kognition | 181 |
| Installation einer positiven Kognition auf der Basis einer positiven Körperressource | 182 |
| Installation einer positiven Kognition durch Antidot-Imagination | 183 |
| Finden eines positiven Abschlusses ohne Installation einer Kognition | 185 |
| <i>Herr R.: Verankerung</i> | 186 |
| Phase 6: Körpertest | 186 |
| <i>Herr R.: Körpertest</i> | 188 |
| Phase 7: Abschluss | 189 |
| Phase 8: Überprüfung und Neubewertung | 192 |
| Übungsmaterialien und Kopiervorlagen | 197 |
| Standardprotokoll zur Fokussierung traumaassoziiierter Erinnerungen zum Schmerz (TAP) | 198 |
| Schmerzprotokoll zur Fokussierung schmerzassoziiierter Erinnerungen (PAP) | 204 |
| Schmerzprotokoll zur Fokussierung aktueller Schmerzen (CUP) | 210 |
| Ressourcenübungen | 216 |
| Der sichere Ort (Patientenversion) | 216 |
| Der innere Wohlfühlort | 218 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------|------------|
| Die Lichtstrahlübung (Patientenversion) | 222 |
| Der Aufbau einer positiven Körperressource | 225 |
| Die Tresorübung | 228 |
| Die 5-4-3-2-1-Übung | 231 |
| Die Antidot-Imagery-Übung | 233 |
| Selbstkontrolltechniken | 236 |
| Schmerzprovokation-Reduktionsübung (Patientenversion) | 236 |
| Die Absorptionsübung | 238 |
| Edukationsmaterial für Patienten | 241 |
| Informationen zur neurophysiologischen Basis der Schmerz- | |
| wahrnehmung und Schmerzmodulation | 241 |
| Informationen zum Schmerzgedächtnis und zu Erinnerungsprozessen ... | 244 |
| Informationen zu EMDR und der adaptiven Informationsverarbeitung | |
| EMDR und Schmerz | 250 |
| Literatur | 252 |
| Literaturempfehlungen | 257 |
| Übersichtsarbeiten zu EMDR und Schmerz | 257 |
| Schmerzspezifische EMDR-Protokolle | 257 |
| Kontrollierte Studien zu EMDR und Schmerz | 258 |
| Einzelfallberichte zu EMDR bei Schmerz | 258 |
| Adressen der Autoren | 259 |

Vorwort

Chronischer Schmerz ist eine mit großem Leiden für den Patienten und sein Umfeld verbundene Erkrankung. Ich erlebe immer wieder, wie massiv der chronisch Schmerzkranken in seiner Teilhabe im beruflichen und privaten Leben eingeschränkt ist. Gleichzeitig stellt der chronische Schmerz eine therapeutische Herausforderung dar und führt mich selbst immer wieder an die Grenzen meines Handelns. Von Beginn an habe ich die Versuche der EMDR-Therapeuten in der Arbeit mit Phantomschmerz mit großem Interesse und auch Respekt verfolgt. Mein Lehrer in der Ausbildung zum EMDR-Facilitator, Bob Tinker, ermutigte mich dazu, EMDR bei Schmerzpatienten anzuwenden. Bei allen eigenen Erfahrungen und ermutigenden Berichten von Kollegen blieben die Versuche bisher eher fragmentarisch und skizzenhaft. Veröffentlichungen waren im Wesentlichen dem englischen Sprachraum vorbehalten und fanden kaum ihren Weg nach Deutschland.

Mit dem jetzt vorliegenden anwendungsorientierten Manual *Schmerzen behandeln mit EMDR* erscheint ein lange erwartetes Buch. Das Warten hat sich allerdings gelohnt. Denn es gelingt den Autoren, die Brücke von der Forschung in die Praxis zu schlagen. Dabei bereichern sie durch den Verweis auf eigene wichtige Forschungsergebnisse das Verständnis für chronische Schmerzerkrankungen. Der Bezug auf das Krankheitsmodell der EMDR-Methode, dem AIP-Modell, und der Rückgriff auf Begrifflichkeiten der Psychotraumatologie öffnet in nachvollziehbarer Weise den Weg zur Anwendung der EMDR-Methode. Gleichzeitig bietet das Manual dem EMDR-Novizen eine gute komprimierte Darstellung der EMDR-Methode und dem Fortgeschrittenen die Information im Detail. Den Autoren gelingt es dabei in hervorragender Art und Weise, die Struktur und Inhalte des Vorgehens durch Verweise auf die Forschungslage zu untermauern. Der Wissenstransfer in die Praxis wird durch zahlreiche illustrative Fallbeispiele erleichtert. Die klare Gliederung des Manuals vereinfacht die Orientierung ungemein.

Die Autoren sind in der Einführung neuer Begriffe angenehm zurückhaltend. Dort, wo sie es tun, ist es bereichernd und nicht, wie sonst oft, unnötig und ver-

wirrend. Die sehr guten Grafiken präzisieren und fokussieren das breit dargebotene Wissen um EMDR und Schmerz. Es wird deutlich, dass die Autoren in beiden Gebieten gleichermaßen engagierte Forscher und erfahrene Praktiker sind. Diese Kombination zeichnet das Manual aus. Es wird das umfassende Wissen um den Schmerz immer mit Fokus auf die EMDR-Behandlung vermittelt. Mit dem vorliegenden Manual schließen die Autoren nicht nur eine seit langem bestehende Lücke in der deutschsprachigen Literatur, sondern setzen auch einen Maßstab für kommende Manuale. Bei der regen Forschungstätigkeit bezogen auf die EMDR-Behandlung verschiedener psychischer und psychosomatischer Störungsbilder sind weitere Publikationen zu erwarten. Sie werden sich an diesem Manual messen müssen.

Dr. Michael Hase
EMDR Senior Trainer
1. Vorsitzender *EMDR*IA Deutschland

Einführung

EMDR steht für *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* und ist eine evidenzbasierte psychotherapeutische Methode, die ursprünglich für die Verarbeitung von emotionalem Stress nach psychischer Traumatisierung entwickelt worden ist. Über EMDR können dysfunktional gespeicherte und belastende Erinnerungen neu prozessiert, desensibilisiert sowie im Gehirn neu assoziiert und heilsam integriert werden. Inzwischen ist EMDR international anerkannt als eine der effektivsten Methoden zur Behandlung von Traumafolgestörungen und den damit einhergehenden emotionalen Belastungen.

Die Anwendung von EMDR beschränkt sich bereits seit vielen Jahren nicht mehr nur auf die Traumatherapie, sondern erfasst inzwischen eine Vielzahl unterschiedlichster Störungsbilder, welche mit emotionalen Belastungen einhergehen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der Einsatz von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome bereits seit den Anfängen von EMDR immer wieder intensiv diskutiert worden ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig und wohl auch im Phänomen ›Schmerz‹ selbst begründet. Denn chronischer Schmerz wird von den Betroffenen – ganz ähnlich einem Trauma – häufig als eine Art Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren einerseits und den individuell zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten andererseits erlebt. Das dadurch ausgelöste Gefühl von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe kann unter Umständen – ganz ähnlich einer Traumafolgestörung – zu einer dauerhaften Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis führen. Ein chronisches Schmerzsyndrom als ein belastendes Ereignis, welches genuin als Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit empfunden wird und stark mit Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit assoziiert ist, erfüllt damit in der Regel die klassischen Kriterien eines psychischen Traumas. Es liegt in dieser Hinsicht nahe, EMDR als eine effektive und etablierte Technik zur Bearbeitung von posttraumatischen Belastungsstörungen auch auf das subjektive »Schmerztrauma« anzuwenden, das ein chronischer und damit »außer Kontrolle« geratener Schmerz hervorrufen kann.

Inzwischen weiß man durch die neueren Erkenntnisse aus der Hirnforschung, dass psychische Traumata und körperliche Schmerzen auch auf neurobiologischer Ebene viele Gemeinsamkeiten besitzen. Durch funktionell-hirnbildgebende Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das menschliche Gehirn den durch Ausgrenzung und Demütigung hervorgerufenen seelischen Schmerz genauso wahrnimmt wie absichtlich zugefügten körperlichen Schmerz (Eisenberger 2012). Körperliche und seelische Schmerzen werden z. T. in den gleichen Regionen des Gehirns verarbeitet. Körperlicher Schmerz besitzt neben der rein sensorischen Erfahrung des Schmerzes in der Regel auch eine ausgeprägte emotionale Dimension, die bestimmt, wie schlimm oder quälend das Gehirn den Schmerz wahrnimmt. Diese emotionale Ebene ist die gleiche wie die beim sozialen Schmerz. Andererseits konnten manche Untersuchungen zeigen, dass sehr schwerwiegende bedrohliche Erlebnisse auch in solchen Teilen des Gehirns prozessiert werden, welche für die sensorische Komponente des Schmerzes zuständig sind.

Mittlerweile ist ebenfalls belegt, dass traumatische Erlebnisse einen direkten und nachhaltigen Einfluss auf das Schmerzempfinden von Betroffenen haben können, unabhängig davon, ob eine klassische Traumafolgestörung vorliegt oder nicht. So konnte in psychophysiologischen Untersuchungen an chronischen Rückenschmerzpatienten nachgewiesen werden, dass Rückenschmerzpatienten mit traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte sensibler für Druckschmerzreize sind und eine generalisierte Hyperalgesie¹ für tiefe Schmerzqualitäten (z. B. Muskeln, Faszien) aufweisen, während Rückenschmerzpatienten ohne traumatische Erlebnisse nur eine lokalisierte, auf das schmerzhafteste Areal des Rückens begrenzte Veränderung zeigen. Die Schwere des Traumas korrelierte dabei mit der Ausprägung der Hyperalgesie. Außerdem konnte bei den Rückenschmerzpatienten mit traumatischen Erlebnissen eine gesteigerte Schmerzausdehnung und eine vermehrte Ängstlichkeit nachgewiesen werden (Tesarz et al. 2015). Interessanterweise gelang es, bei diesen Patienten durch eine therapeutische Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse mittels EMDR die nachgewiesenen pathologischen Veränderungen spezifisch zu modulieren. Inzwischen wurde jedoch auch gezeigt, dass EMDR einen direkten Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung von Patienten hat, unabhängig davon, ob von einem traumatischen Ereignis berichtet wird oder nicht.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass es nur wenige Jahre brauchte

¹ Der Begriff der »Hyperalgesie« von griech. *hyper* = »über, über ... hinaus« und *algos* = »Schmerz« bezeichnet in der Medizin eine übermäßige Schmerzempfindlichkeit.

von der erstmaligen Beschreibung des entlastenden Effekts durch Augenbewegungen durch Francine Shapiro im Jahre 1987 mit der sich daran anschließenden Entwicklung der heutigen »Eye-Movement-Desensitization-Reprocessing«-Methode (schriftlich festgehalten in Shapiro 1989) bis zur erstmaligen Anwendung von EMDR in der Behandlung von chronischen Schmerzen Anfang der 1990er Jahre. Bereits wenige Jahre, nachdem Francine Shapiro unter Einbeziehung einer strukturierenden kognitiven Komponente die heutige Form von *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ausgearbeitet und veröffentlicht hatte, berichtete das amerikanische Therapeutenehepaar Ray und Carol Blanford (1991) erstmals öffentlich über den erfolgreichen Einsatz von EMDR in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Im Jahr darauf veröffentlichte der amerikanische Psychiater David McCann (1992) eine eindrucksvolle Fallstudie über die erfolgreiche Heilung einer schweren Schmerzsymptomatik bei einem Patienten mit ausgeprägten Verbrennungen schon nach einer einmaligen EMDR-Sitzung. Und Bruce Eimer, einem Schmerztherapeuten mit bereits langjähriger Erfahrung in der Behandlung chronischer Schmerzen, der sich ergänzend in EMDR weitergebildet hatte, ist es schließlich zu verdanken, dass Mitte der 1990er Jahre erstmals ein eigenes Schmerzprotokoll veröffentlicht wurde (Eimer 1993 a). Dieses erste *Chronic Pain Protocol*, welches u. a. auf Arbeiten zu spezifischen Copingtechniken aus den 1960er Jahren aufbaute (Cheek & LeCron 1968) und sich im Wesentlichen am klassischen EMDR-Protokoll nach F. Shapiro orientierte (1989), integrierte nun zum ersten Mal schmerzrelevante Aspekte in den klassischen EMDR-Ablauf – damals ein Novum in der EMDR-Szene. Während die erste Version zunächst noch 13 Schritte enthielt, wurden in der überarbeiteten Version kurze Zeit später bereits schon mehr als 20 Schritte spezifiziert (Eimer 1993 b). Die besondere Leistung von Bruce Eimer liegt auch darin, dass er erstmals den Schmerz selbst fokussierte. Zudem führte er erstmals die sogenannte »Antidot-Imagination«, auf welche im praktischen Teil noch näher eingegangen werden wird, als eine schmerzspezifische Imaginationstechnik in die EMDR-basierte Schmerztherapie ein. Die Antidot-Imagination ist eine spezielle Imaginations-technik, welche später insbesondere durch die Arbeiten von Mark Grant, einem klinischen Psychologen und erfahrenen EMDR-Therapeuten aus Australien, einen festen Stellenwert in der EMDR-Therapie bekommen hat.

Im Rahmen dieser ersten Erfahrungen mit EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome zeigte sich, dass selbst schwerste Schmerzsyndrome, welche bereits seit vielen Jahren persistierten und sich trotz intensiver Behandlungsversuche resistent gegen alle bisherigen Therapieversuche gezeigt hatten,

nach nur wenigen EMDR-Sitzungen deutlich gelindert oder sogar vollständig geheilt werden konnten.

Diese ersten Anwendungen von EMDR in der Schmerztherapie konzentrierten sich meist noch auf »posttraumatische« Schmerzsyndrome, d. h. auf chronische Schmerzsyndrome nach traumatischen Unfällen, welche sowohl zu einer körperlichen als auch seelischen Verletzung geführt hatten. So wurde – und wird natürlich auch heute noch – EMDR sehr erfolgreich bei der Behandlung von Patienten mit Phantomschmerzen (PLP: *phantom limb pain*) eingesetzt, bei Patienten also, die ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelten, nachdem sie ein Körperteil als Folge eines traumatischen Ereignisses (z. B. einem schweren Motorradunfall) verloren hatten. Es ist gerade diesen damaligen und z. T. sehr eindrucksvollen Erfolgen zu verdanken, dass die EMDR-Therapeuten zunehmend mutiger wurden und das Einsatzgebiet von EMDR immer mehr ausweiteten. Denn diese überwiegend positiven, z. T. enthusiastischen Berichte führten schließlich dazu, dass sich der Fokus weg vom initial »traumatischen Schmerzauslöser« über schmerzassoziierte belastende Erinnerungen und mögliche Trigger hin zum Schmerz selbst als einem traumatischen Erlebnis bewegte. Vor diesem Hintergrund entstanden nach und nach verschiedene spezifische Schmerzprotokolle, welche zunehmend den Schmerz selbst in den Fokus des Desensibilisierungs- und Reprozessierungsprozesses stellten und die Bedeutung des Traumas zunehmend in den Hintergrund rücken ließen.

Es ist vor allem den Arbeiten des bereits genannten Psychologen Mark Grant zu verdanken, dass in der Folge die spezifischen Effekte von EMDR auf den Schmerz selbst detailliert aufgearbeitet und mit klassischen Elementen aus der Schmerzpsychotherapie kombiniert wurden. Als Folge dieser Entwicklung, und insbesondere durch die Arbeiten von Mark Grant, bestand nun die Möglichkeit, Schmerz auch unabhängig vom Vorliegen psychischer Traumatisierungen oder belastender Lebensereignisse mittels spezifizierter EMDR-Techniken zu behandeln.

Neben den bereits genannten Erfolgen in der Behandlung von Phantomschmerz und traumaassoziierten somatoformen Schmerzstörungen gibt es inzwischen sehr gute Ergebnisse für die Anwendung von EMDR in der Behandlung von chronischen Kopfschmerzsyndromen, Fibromyalgie, chronischen Rückenschmerzen sowie weiteren muskuloskelettalen Schmerzsyndromen (Tesarz et al. 2013).

Doch auch wenn das Einsatzfeld inzwischen mannigfaltig und die Berichte vielfältig sind, so ist die Variabilität der heute existierenden Protokolle erstaunlich gering. Denn obwohl in den letzten Jahren unterschiedliche Autoren unabhängig voneinander »eigene« Schmerzprotokolle entwickelt und validiert haben, so hat

sich trotz unterschiedlicher Erfahrungen stets ein ähnliches Vorgehen entwickelt! Es lässt sich somit ein Grundtypus eines EMDR-Schmerzprotokolls identifizieren, dessen Kernelemente sich in allen Schmerzprotokollen wiederfinden lassen und dessen Wesen sich ganz am klassischen EMDR-Protokoll nach Shapiro orientiert. Es sind offenbar die Besonderheiten und Eigenheiten chronischer Schmerzpatienten, die der EMDR-basierten Schmerzbehandlung ihren spezifischen Charakter geben, so dass sich selbst bei unabhängig voneinander arbeitenden Therapeuten ein ähnliches Vorgehen entwickelt hat. Dieser Grundtypus, der sich stark am klassischen EMDR-Protokoll nach Shapiro orientiert und spezifische Elemente der Wahrnehmung und Interozeption integriert, zeichnet sich durch die Möglichkeit aus, den Schmerz selbst spezifisch in den Fokus zu nehmen und die kognitiven, emotionalen und behavioralen Aspekte schmerzspezifisch zu reprozessieren.

Das hier von uns im Folgenden vorgestellte Protokoll ist im Rahmen des BMBF-geförderten Forschungsverbundes LOGIN (Förderkennzeichen: 01EC1010A) entwickelt und validiert worden. Es basiert zum einen auf einer systematischen und wissenschaftlichen Auswertung aller bisher im Bereich zu EMDR und Schmerz durchgeführten Studien sowie eigener Untersuchungen zur Wirkung von EMDR auf chronische Schmerzen. Darüber hinaus stützt es sich auch auf die wertvollen Erfahrungen aus unserer täglichen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten sowie dem regen Austausch mit zahlreichen praktisch tätigen Kollegen und deren Erfahrungen in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome mit EMDR. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Einfluss durch die exzellenten und intensiven Vorarbeiten von Claudia Erdmann (2009), Michael Hase & Ute Mirian Balmaceda (2014) und Mark Grant (2009), denen ein wesentlicher Beitrag zur Etablierung und Standardisierung von EMDR in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten zu verdanken ist. Des Weiteren seien an dieser Stelle auch Sabine Leisner, Andreas Gerhardt und Susanne Janke namentlich genannt. Sie haben ganz wesentlich dazu beigetragen, dass dieses Behandlungsmanual im Rahmen einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie (ClinicalTrials.gov: NCT01216696) wissenschaftlich validiert werden konnte.

Ziel dieses Manuals ist es, dem Leser sowohl einen wissenschaftlich fundierten als auch praxis- und lösungsorientierten Leitfaden an die Hand zu geben. Es ermöglicht dem Leser, sich einen fachkundigen und umfassenden Einblick in die Anwendung von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten anzueignen und dabei die Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Anwendung von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten kennenzulernen

und zu berücksichtigen. Wir möchten an dieser Stelle bereits hervorheben, dass es nicht ›ein‹ richtiges Schmerzprotokoll für alle Arten von chronischem Schmerz gibt. Entsprechend gibt es auch nicht ›ein‹ richtiges Vorgehen, das sich im Sinne des »One-Size-Fits-All«-Prinzips jedem Patienten überstülpen lässt. Vielmehr ist es unserer Erfahrung nach immer wieder notwendig und sinnvoll, das klassische Vorgehen zu modifizieren, um den individuellen Anforderungen und Bedürfnissen des einzelnen Patienten ausreichend gerecht werden zu können. Vor diesem Hintergrund war es uns ein besonderes Anliegen, ein Manual zu entwickeln, das dem Anwender genug Raum und Gelegenheit lässt für einen möglichst offenen und flexiblen Gebrauch. Um die praktische Anwendbarkeit und Handhabbarkeit dieses Manuals zu erleichtern, ist es in mehrere Abschnitte untergliedert. Der erste Abschnitt enthält neben einigen theoretischen Informationen zur Wirkungsweise von EMDR in erster Linie Informationen zum theoretischen Hintergrund zu EMDR bei Schmerz und soll dem Leser einen möglichst fundierten und umfassenden Einblick in die Anwendung von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten geben. In Hinblick auf mögliche therapeutische Konsequenzen werden unterschiedliche Effekte von EMDR bei chronischen Schmerzpatienten dargestellt und mögliche therapeutische Konsequenzen diskutiert. Der zweite Abschnitt umfasst den praktischen Teil dieses Manuals und gibt Informationen zur Anwendung und konkreten Umsetzung von EMDR bei Schmerzpatienten. Anhand von konkreten Instruktionen und Fallbeispielen soll dem Leser so ein möglichst praxisnahes und alltagsbezogenes Protokoll an die Hand gegeben werden. Abschließend werden zur Erleichterung der täglichen Anwendung ergänzend praktische Arbeitshilfen (Protokollvorlagen, Patientenedukationsmaterial sowie weitere spezifische Arbeitsblätter) zur Verfügung gestellt. Die verschiedenen Abschnitte sind – soweit möglich – so aufgebaut, dass sie auch selektiv und unabhängig voneinander gelesen werden können, so dass jederzeit ein schnelles Nachschlagen und lösungsorientiertes Vorgehen möglich ist. Wir hoffen, den Lesern auf diese Weise einen möglichst ermutigenden Einblick in diese neu entwickelte Behandlungsmöglichkeit einer EMDR-basierten Schmerztherapie zu geben und gleichzeitig einen pragmatischen, wissenschaftlich fundierten und praxisorientierten Leitfaden für die tägliche Anwendung von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten an die Hand zu geben.

Ergänzend sei angemerkt, dass wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit für dieses Manual für die Patienten und Therapeuten stets die männliche Form gewählt haben. Natürlich sind hiermit auch alle Patientinnen und Therapeutinnen gemeint!

Was ist EMDR?

Woher kommt EMDR?

Eye Movement Desensitization and Reprocessing ist eine psychotherapeutische Methode, die ursprünglich für die Verarbeitung von emotionalem Stress durch erlebte traumatische Ereignisse entwickelt wurde. Über EMDR können die mit solchen Ereignissen einhergehenden belastenden und im Gedächtnis dysfunktional gespeicherten Erinnerungen neu prozessiert und heilsam integriert werden.

Die Entstehungsgeschichte von EMDR ist, wie bereits erwähnt, geprägt von der 1948 in New York geborenen amerikanischen Literaturwissenschaftlerin und Psychologin Francine Shapiro vom Mental Research Institute in Palo Alto (Kalifornien) und ihrer fast anekdotenhaft beschriebenen Entdeckung der therapeutischen Wirkung von Augenbewegungen Mitte der 1980er Jahre (Hofmann 2014). Ihrer besonderen Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und ihrer strukturierten Umsetzung in ein »anwendbares« Therapieprotokoll ist es zu verdanken, dass EMDR heute ein weltweit anerkanntes Verfahren zur Behandlung von Patienten mit psychischer Traumatisierung darstellt.

Anders als viele weitere Therapieverfahren, die auf der Übertragung theoretischer Überlegungen und wissenschaftlicher Ergebnisse auf die Praxis beruhen, ist EMDR ein Verfahren, das sich primär aus der Beobachtung eines therapeutischen Effekts aus der Praxis heraus entwickelt hat. Im Mittelpunkt dieser Beobachtungen steht die heilende Wirkung von »bilateralen« Augenbewegungen (der Begriff »bilateral« von lat. *bis* = »zweimal« und *latus* = »Seite« bedeutet im medizinischen Kontext »zweiseitig«). Die Grundlage von EMDR stellt somit ein Phänomen dar, von dem man beobachtet hat, dass es den Patienten gut tut. So bemerkte F. Shapiro Mitte der 1980er Jahre bei einem Spaziergang durch den Park, dass die sie belastenden Gedanken (bei ihr war damals eine Krebserkrankung diagnostiziert worden) im Verlauf des Spaziergangs weniger bedrückend waren. Als sie darüber nachdachte, was an diesem Spaziergang anders war als sonst, bemerkte sie, dass sich ihre Augen, bedingt durch den Lichteinfall zwischen den Bäumen, ständig

hin und her bewegt hatten. Und selbst als sie sich die zuvor belastenden Gedanken bewusst noch einmal heranholte, empfand sie diese nicht mehr weiter als bedrückend. Aus diesen damals eher zufälligen Augenbewegungen (sowie ihren Erfahrungen über schnelle Augenbewegungen aus der Zusammenarbeit mit Richard Bandler und John Grinder, den Gründervätern des Neurolinguistischen Programmierens, NLP) entwickelte F. Shapiro schließlich das Konzept der sogenannten »bilateralen« (beidhirnigen) Provokation durch gezielte sakkadische, also horizontale Rechts-Linksbewegungen der Augen.

Nachdem sie diesen neuen Ansatz zunächst an Freunden und Bekannten erprobt hatte, setzte sie die Technik zunehmend bei ihren Patienten ein – sie behandelte damals v. a. Kriegsveteranen aus Vietnam, Missbrauchsoffer und andere Personen mit emotional belastenden Lebensereignissen. Es folgten schließlich intensive Studien speziell an psychisch traumatisierten Patienten. Ihre Dissertation *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories* (Shapiro 1989) mit diesen Patienten ist der erste wissenschaftliche Beleg für die desensibilisierende Wirkung von Augenbewegungen. In den Folgejahren entwickelte F. Shapiro EMDR zu einem umfassenden therapeutischen Behandlungskonzept weiter, in dem die Patienten ihren ungelösten traumatischen Erinnerungen und Ängsten auf eine kontrollierte Art und Weise ausgesetzt werden konnten, ohne dass dabei das Gefühl einer physischen oder emotionalen Überwältigung entstand.

Die dort eingesetzte Methode nannte sie damals noch *Multi-Saccadic Movement Desensitization* (MSMD). Erst später führte sie den heute etablierten Begriff der *Eye Movement Desensitization* ein (Luber 2007). Bereits vier Jahre vor ihrer Dissertation hatte sie erstmals einen Beitrag über die Bedeutung von Augenbewegungen und den Einsatz des Verankerns positiver Ich-Zustände veröffentlicht (Shapiro 1985). Dort integrierte sie Hinweise und Einflüsse von Milton Erickson (Prinzip der Ratifizierung), Joseph Wolpe (Einführung der Belastungsskala), John Grinder (Augenbewegungen), Mark C. Russel (Konzept des Reprozessierens), von Stephen Levine (Prozessbegleitung) sowie auch einzelne Elemente aus dem Vipassana Yoga (z. B. die »Lichtstrahlmethode«) (Schubbe & Brink 2018). All diese Aspekte sind heute wichtige Bestandteile in der EMDR-basierten Behandlung von Schmerzpatienten.

Inzwischen ist diese Methodik intensiv beforscht und weiterentwickelt worden. So integriert EMDR heute zunehmend neuere Erkenntnisse aus den Bereichen der Neurobiologie und Therapieforschung. Im Juli 2006 wurde EMDR vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (Deutschland) als wissenschaftlich

begründete Methode zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen anerkannt. Der entsprechende Antrag war von EMDRIA Deutschland e. V. eingereicht und unter Leitung von Günter H. Seidler von einer Reihe von Kollegen ausgearbeitet worden (Seidler et al. 2005).

Seit 2013 ist EMDR auch von der WHO als eine von zwei Methoden zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen anerkannt und zählt weltweit zu den effektivsten Psychotherapiemethoden bei diesem Krankheitsbild (World Health Organization 2013).

Die Kernelemente von EMDR

Kernstück der EMDR-Methode ist das auf den ersten Blick ungewöhnlich anmutende Setting, bei dem der Patient sich auf bestimmte Anteile belastender Erinnerungen konzentriert, während er gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten mit den Augen folgt. Das synchrone Fokussieren des Patienten auf einerseits innere Bilder (z. B. belastender Erinnerungen) und andererseits einen äußeren Stimulus (in Form von Fingerbewegungen durch den Therapeuten) wird als Prinzip des dualen Aufmerksamkeitsfokus bezeichnet. Durch dieses Setting des dualen Aufmerksamkeitsfokus wird im Gehirn ein Prozess der Informationsverarbeitung angestoßen, durch den für viele Patienten eine rasche Entlastung durch Verblässen der Erinnerung oder spontane assoziative Verbindungen spürbar wird. Zusätzlich lassen sich verschiedene Entspannungsreaktionen bei den Patienten nachweisen. Da dieser Verarbeitungsprozess auch mit anderen Formen der »bilateralen Provokation«² – z. B. mit taktilen (den Tastsinn betreffend, von lat. *tangere* = »berühren«) oder auditiven (das Hören betreffend, von lat. *audire* = »hören«) Stimuli – induzierbar ist, scheint dem Prinzip der dualen Aufmerksamkeitsfokussierung ein höherer Stellenwert beizukommen als den Augenbewegungen selbst.

Der Verlauf der EMDR-Therapie folgt dem von F. Shapiro entworfenen Kon-

² Da die Technik der bilateralen Provokation ganz wesentlich auf der Applikation eines äußeren Stimulus beruht, wird in diesem Zusammenhang häufig anstelle von Provokation von einer bilateralen *Stimulierung* gesprochen. Dies ist inhaltlich durchaus korrekt, kann jedoch gelegentlich einen seltsamen Beiklang bekommen, wenn man dem Patienten erklären muss, dass man ihn nun »bilateral stimulieren« möchte. Vor diesem Hintergrund hat sich in unserer täglichen Arbeit mit EMDR der Ausdruck der »bilateralen Provokation« durchgesetzt.

zept von acht nacheinander ablaufenden Therapiephasen. Im Rahmen dieses strukturierten Vorgehens werden verschiedene Techniken eingesetzt, um das gesamte Krankheitsbild zu behandeln. Nach einer ersten »Diagnose- und Stabilisierungsphase« werden in den Verarbeitungsphasen belastende Erinnerungen der Vergangenheit, gegenwärtige Belastungsfaktoren (sog. »Trigger«) sowie auch negative Zukunftsvorstellungen der Patienten angesprochen. Während der sich daran anschließenden EMDR-Behandlung werden die Patienten vom Therapeuten dazu angeleitet, in kurzen Abschnitten mit den belastenden Erinnerungen in Kontakt zu gehen. Parallel dazu wird die Aufmerksamkeit auf die äußere bilaterale Provokation gerichtet. Basierend auf diesem Prinzip der dualen Aufmerksamkeitsfokussierung kommt es bei den Patienten zu der genannten entlastenden Veränderung der Erinnerung. Die damit verbundene körperliche Erregung klingt ab und negative Gedanken können emotional-kognitiv integriert und positiv umformuliert werden.

Der behandelnde EMDR-Therapeut unterstützt den Patienten während diesen Bearbeitungsphasen lediglich dabei, das Material in angemessener Weise zu fokussieren, während wiederholt Serien von bilateralen Provokationen durchgeführt werden. Dieses Vorgehen prägt den patientenzentrierten Charakter des Verfahrens.

Hierdurch kann der Patient autonom darüber entscheiden, an welchen Themen oder Entwicklungen er individuell weiterarbeiten möchte. Bei manchen Patienten steht die Verarbeitung einer bestimmten belastenden Situation im Vordergrund, bei anderen Patienten liegt der Fokus dagegen auf der Wahrnehmung zugehöriger entsprechender Körperempfindungen und interozeptiver Prozesse³. Die dabei erlebten Verarbeitungsprozesse entsprechen häufig dem natürlichen Heilungs- und Verarbeitungsprozess und müssen – bis auf die bilaterale Provokation und gelegentliche Unterstützung bei der Fokussierung – meist nur wenig aktiv durch den EMDR-Therapeuten beeinflusst werden.

³ »Interozeption« von lat. *inter* = »inmitten von« und *recipere* = »aufnehmen« bezeichnet diejenigen Komponenten der Wahrnehmung, die Informationen nicht über die Außenwelt, sondern aus und über eigene Körperabschnitte erfassen.

Die acht Phasen der EMDR-Therapie

Die beiden ersten und letzten Therapiephasen entsprechen dem in der Traumatherapie üblichen Vorgehen, während die Schritte drei bis sechs spezifische EMDR-Elemente sind (siehe auch Tabelle 3, S. 83).

Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte, Diagnostik und Behandlungsplanung

Im Rahmen dieser Anamnese- und Kennenlernphase macht sich der Therapeut ein Bild über die Symptomatik, zurückliegende belastende Lebensereignisse sowie die physische und psychische Stabilität des Patienten. Es werden die Behandlungsindikation und Kontraindikationen geprüft und ein Behandlungsplan erstellt.

Phase 2: Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten

In dieser Phase der Behandlung wird der Patient über den Behandlungsplan und die Methode aufgeklärt (Patientenedukation). Durch Entspannungstechniken, imaginative Verfahren und gegebenenfalls medikamentöse Unterstützung wird eine ausreichende Stabilität des Patienten erarbeitet. Einen hohen Stellenwert nimmt hierbei die Aktivierung von individuellen Ressourcen des Patienten ein. Als Ressourcen bezeichnet man in diesem Zusammenhang alle positiven Elemente, die eine betroffene Person in belastenden Situationen stabilisieren und stärken können (z.B. Lieblingsmusik, eine positive Erinnerung/Foto, Sport machen, Erholungspausen). Bevor mit der eigentlichen Desensibilisierung und Reprozessierung begonnen werden kann, sollte sich der Patient ausreichend gerüstet (»stabilisiert«) fühlen, um sich mit den belastenden Erinnerungen auseinanderzusetzen.

Phase 3: Bewertung einer belastenden Erinnerung

In dieser sogenannten »Bewertungsphase« wird eine belastende Ausgangserinnerung (»Target«), die mit der Symptomatik assoziiert ist, umfassend mit all ihren visuellen, affektiven und sensorischen Komponenten in EMDR-typischer Weise strukturiert, erfasst und der damit einhergehende individuelle Belastungsgrad durch den Patienten auf einer numerischen Ratingskala quantitativ bewertet (z. B. »ein Belastungsgrad mit 8 von 10«). Ergänzend werden die mit dieser Erinnerung

einhergehenden Kognitionen verbalisiert (*»Ich werde sterben!«*) und einer positiven Kognition gegenübergestellt (*»Ich lebe!«*). Abschließend lässt man den Patienten abschätzen, wie richtig sich die positive Kognition bereits jetzt (also noch vor der eigentlichen Desensibilisierung und Reprozessierung) anfühlt. Diese positive Kognition soll im weiteren Verlauf durch den Prozess der Reprozessierung an die Stelle der negativen Gedanken treten können. Die subjektive Stimmigkeit sollte im Verlauf des Prozessierens zunehmen.

Phase 4: Desensibilisierung und Durcharbeitung

In dieser Phase wird der Patient aufgefordert, das repräsentative Bild der Erinnerung (*»das entgegenkommende Auto«*) zusammen mit den zugehörigen sensorischen Eindrücken des Traumas (*»ein aufsteigender Druck in der Brust«*) sowie den zuvor erarbeiteten negativen Gedanken (*»Ich werde sterben!«*) als auch gleichzeitig die vom Therapeuten induzierten bilateralen Stimuli (z. B. die Augenbewegungen) zu fokussieren. Damit ist der Patient, in aushaltbarem Maße, getriggert, also in seinem »Trauma-State«. Der nachfolgende Prozess folgt den individuellen Assoziationen des Patienten. Der EMDR-Prozess unterscheidet sich jedoch von jeder anderen Form freien Assoziierens durch die systematische Fokussierung der Aufmerksamkeit auf einen Moment der inneren Wahrnehmung auf allen Ebenen: der erzählbare Teil der Ausgangssituation, die imaginative Repräsentation des schlimmsten Moments, die Generalisierung auf kognitiver Ebene, die Qualität und Quantität der emotionalen Belastung und zuletzt die Reaktionen auf Körperebene. Der erzählbare Teil bildet den Einstieg, die Körperebene führt als die tiefste Ebene der inneren Wahrnehmung gezielt in den EMDR-Prozess, der zusätzlich mit der Nennung von Ausgangsbild und negativer Kognition angestoßen wird. Dem durch dieses Vorgehen hervorgerufenen dualen Aufmerksamkeitsfokus zwischen einerseits innerem Wahrnehmen und andererseits äußerer Wahrnehmung wird eine zentrale Funktion in der therapeutischen Wirkung von EMDR beigemessen.

Phase 5: Verankerung

Die fünfte, die Verankerungsphase, hat zum Ziel, die günstigeren Gedanken und erreichte Belastungsreduktion zu festigen. Nachdem der emotionale Belastungsgrad der Erinnerung ausreichend abgenommen hat, wird noch einmal die in Phase 3 erarbeitete positive Kognition aufgegriffen und geprüft. Falls erforderlich,

kann diese durch eine im Verlauf des Verarbeitungsprozesses neu gefundene, nun besser passende Kognition ersetzt werden. Ist eine für den Patienten passende positive Kognition identifiziert, so wird sie durch gezielte Fokussierung des Patienten darauf, zusammen mit einer langsamen bilateralen Provokationsserie, verstärkt.

Phase 6: Körpertest

Im Anschluss an die Prozessierung werden im Rahmen eines sogenannten Körpertests verbliebene sensorische Erinnerungsfragmente (Körpererinnerungen) des Traumas gesucht und, wenn nötig, mittels bilateraler Provokation so lange bearbeitet, bis diese ebenfalls aufgelöst sind. Hierfür wird der Patient gebeten, mit seiner Aufmerksamkeit einmal langsam von oben nach unten seinen Körper gedanklich »durchzutasten« und die dabei auftretenden Körperempfindungen zu schildern. Tauchen weitere negative Köpersensationen auf, werden diese in bifokalen Provokationsserien angesichts der positiven Kognition aufgelöst.

Phase 7: Abschluss

In dieser Phase wird die häufig auch für den Patienten eindrückliche Bearbeitung individuell nachbesprochen. Gegebenenfalls erfolgen noch kurze Abschlussübungen (Imaginationsübungen, Entspannungstechniken), um den Patienten in einem möglichst positiven Zustand aus der jeweiligen Therapiesitzung entlassen zu können.

Phase 8: Nachbefragung

Diese letzte Phase findet meist zu Beginn der nächsten Therapiestunde statt und beinhaltet eine erneute Überprüfung der in der letzten Sitzung bearbeiteten Erinnerung. Empfindet der Patient diese weiterhin als belastend, erfolgt eine erneute Prozessierung dieser Erinnerung. Hat sich die Belastung inzwischen aufgelöst, so kann an anderen belastenden Erinnerungen weitergearbeitet werden.

Frau K.: Traumafolgestörung nach Herzrhythmusstörungen

Frau K. ist eine verheiratete Frau mittleren Alters mit diffusen Ganzkörper-schmerzen, Panikattacken und ausgeprägten Schlafstörungen.

In der initialen Anamnese (**Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte, Diagnostik und Behandlungsplanung**) berichtete die Patientin, dass die geschilderte Symptomatik bereits seit über einem Jahr bestehe und erstmalig im Rahmen einer schweren Herzattacke aufgetreten sei. Sie habe damals plötzlich Herzrasen, Bruststechen und massive Todesangst verspürt. Sie sei familiär vorbelastet, da ihr Vater im 60. Lebensjahr an einem Herzinfarkt verstorben sei. Aufgrund der Herzattacke sei sie notfallmäßig in eine Klinik eingeliefert worden, dort habe sie jedoch trotz Schmerz und Angst über eine Stunde auf einen Arzt warten müssen. Dies seien grauenvolle Momente gewesen. Auch wenn später eine bedrohliche Herzrhythmusstörung ausgeschlossen wurde, sei dies die bisher schlimmste Zeit ihres Lebens gewesen. Sie habe damals wahre Todesängste durchlebt und sich von den Ärzten vollkommen im Stich gelassen gefühlt.

Ihr Leben habe sich seit diesem Ereignis vollkommen verändert. Sie habe das Gefühl, sie sei ein gänzlich anderer Mensch geworden! Sie lebe in einer ständigen inneren Anspannung, traue sich kaum noch, sich zu belasten und träume immer wieder von der damaligen Situation in der Notfallambulanz. Auch habe sie seitdem am ganzen Körper Schmerzen. Angefangen habe es mit dumpf stechenden Schmerzen in Kopf, Schultern und Nacken. Inzwischen habe sich der Schmerz im ganzen Körper ausgebreitet – und dies, obwohl alle medizinischen Untersuchungen unauffällig gewesen seien.

Trotz anfänglichen Misstrauens fand sich schnell eine gemeinsame Beziehungsebene zwischen der Patientin und dem Therapeuten. Um die Bedeutung der Herzattacke im biographischen Zusammenhang besser verstehen zu können, wurde im nächsten Schritt eine Liste mit allen bisherigen traumatischen oder sehr belastenden Lebensereignissen im Leben von Frau K. erstellt. Hierzu wurde zu jedem Ereignis ein Stichwort und eine Zahl für das Alter sowie der Grad der mit jedem Ereignis einhergehenden Belastung – zwischen 0 für keine und 10 für maximale Belastung – notiert.

Die Anwendung von EMDR schien in diesem Fall besonders indiziert, da sich zum einen für den Beginn der Symptomatik eine klare »traumatische« Auslösesituation identifizieren ließ (die Herzattacke und die sich anschließende Situation im Krankenhaus mit Ohnmachtsgefühl und Hilflosigkeit), und zum

anderen, da die Patientin klassische Symptome einer Traumafolgestörung (Übererregbarkeit und Wiedererleben) zeigte und es keine Hinweise für mögliche Kontraindikationen gab. Vor diesem Hintergrund besprach der Therapeut mit der Patientin die Möglichkeit einer EMDR-basierten Behandlung, womit sich die Patientin einverstanden zeigte.

Im zweiten Teil der ersten Sitzung (**Phase 2: Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten**) wurde die Patientin daher zunächst über EMDR im Allgemeinen, dessen Wirkungsmechanismus sowie über mögliche Nebenwirkungen informiert. Durch die Verknüpfung einer imaginativen Entspannungsübung (Reise zu einem inneren sicheren Ort) mit einer Serie von Rechts-Links-Provokationen in Form bilateraler Augenbewegungen konnte die Patientin bereits in der ersten Sitzung einen ersten Eindruck vom EMDR-Ablauf bekommen. Ferner konnte der Therapeut in diesem Rahmen mit der Patientin die Art und Geschwindigkeit der bilateralen Provokation abstimmen und ein Stoppsignal vereinbaren: Durch Heben der Hand konnte Frau K. den EMDR-Prozess jederzeit unterbrechen. Dieses Vorgehen vermittelte Frau K. einen positiven ersten Eindruck der EMDR-Technik, ohne zu direkt eine traumatische Situation selbst bearbeiten zu müssen.

In der nächsten Sitzung wurde die Szene der Herzattacke zum Ausgangsthema gewählt. Entsprechend der Phase 3 des EMDR-Protokolls (**Phase 3: Bewertung der belastenden Erinnerung**), der Einschätzung vor dem Prozessieren, wurde die Patientin gefragt, was die schlimmste Erinnerung sei, die bei ihr innerlich auftauche, wenn Sie an die damaligen Ereignisse zurückdenke. Frau K. berichtete: *»Das Stechen in der Brust und das Warten auf den Arzt! Es war alles sehr chaotisch, die Ambulanz war sehr voll mit anderen Patienten, aber niemand schaute nach mir!«*

Es folgten Fragen nach assoziierten negativen Gedanken, die sie mit den schlimmsten Momenten der damaligen Erlebnisse verknüpfe. Auf die von ihr spontan genannte negative Kognition *»Es ist aus!«*, wurde die Patientin direkt aufgefordert, eine positive Gegenkognition zu formulieren: *»Was möchten Sie stattdessen heute lieber über sich denken?«* Frau K. wählte: *»Es ist vorbei!«* Als nächstes erfolgte die Einschätzung der Stimmigkeit der günstigeren Kognition: *»Und wie stimmig ist der Satz ›Es ist vorbei!‹ im Moment für Sie? Wenn Sie die Stimmigkeit auf einer Skala von 1 für ›gar nicht‹ bis 7 für ›absolut stimmig‹ angeben sollten, mit welcher Zahl würden Sie die Stimmigkeit bewerten?«* Frau K. schätzte die momentane Stimmigkeit ihrer positiven Kognition *»Es ist*

vorüber!« mit 2 von 7 ein. Als nächstes wurde nach den zugehörigen Gefühlen gefragt und die dadurch hervorgerufene Belastung abgeschätzt. So berichtete Frau K., beim Gedanken an die traumatischen Erinnerungen »Angst, bis hin zu Todesangst« zu verspüren, und dass sie diese Angst vor allem »in der Brust« wahrnehme. Auf die Frage, wie belastend (auf einer Skala von 0, »gar keine Belastung« bis 10, »stärkste vorstellbare Belastung«) sich dieses Gefühl der Angst für sie anfühle, schätzte Frau K. ihren momentanen Belastungsgrad mit 9 von 10 ein.

Mit dem Ausgangsbild des Beginns der Herzattacke zuhause im Wohnzimmer wurde in den EMDR-Prozess eingestiegen (**Phase 4: Desensibilisierung und Durcharbeitung**). Die Patientin wurde ermutigt, sich auf das Ausgangsbild (Herzattacke) zusammen mit dem zugehörigen Körpergefühl (Brustenge) und ihrer negativen Kognition (*»Es ist aus!«*) zu fokussieren und dabei simultan mit ihrem Blick den Fingerbewegungen des Therapeuten zu folgen. Dabei bewegte der Therapeut seinen Finger in einem Abstand von ca. 45–70 cm vor dem Gesicht der Patientin horizontal hin und her. Nach jeder Provokationssequenz wurde die Patientin gebeten, die inneren Wahrnehmungen auszublenden, tief durchzuatmen und den Inhalt ihrer letzten inneren Wahrnehmung zu benennen. So berichtete die Patientin nach der ersten Provokationsserie: *»Ich sehe mich jetzt auf einer Liege in der Notfallambulanz, mein Herz schlägt immer noch sehr schnell, ich habe Angst und bekomme schlecht Luft, es ist niemand da, der mir hilft!«* Um die Unterbrechung möglichst kurz zu halten und die Prozessierung so wenig wie möglich zu stören, folgten direkt weitere Provokationsserien. Frau K. wurde aufgefordert, stets zu beobachten, was weiter auftauche. Nach einigen weiteren Provokationssequenzen zeigte sich eine deutliche Abnahme der Anspannung bei Frau K. Die Patientin erzählte, dass sie nun im Stationszimmer sei, ihr Mann sei nachgekommen, er beruhige sie und halte ihre Hand. Sie spüre, wie gut ihr das täte, dass sie nun wieder besser Luft bekäme, und die Enge in der Brust sich aufgelöst habe. Mit den Worten *»Sehr gut, dann beobachten Sie bitte weiter!«* folgte eine weitere Provokationssequenz. Nach einer Weile meinte die Patientin, dass es nun vorbei sei, und dass sie sich nun freue, am Leben zu sein.

Frau K. war spontan zu der Assoziation *»Ich lebe!«* gekommen, die positive Kognition traf damit nun vollständig zu, der Grad der Belastung lag am Ende der Sitzung bei 0.

Um diesen positiven Zustand zu festigen (**Phase 5: Verankerung**), wurde Frau K. aufgefordert, noch einmal an die Herzattacke und den sich daran

anschließenden Krankenhausaufenthalt zu denken, sich die positive Kognition »*Ich lebe!*« innerlich vorzusagen und dabei mit den Augen den bilateralen Fingerbewegungen des Therapeuten zu folgen. Die positive Kognition passte nun absolut zur Ausgangssituation.

Als nächstes wurde Frau K. im Rahmen des **Körpertests (Phase 6)** zur Erhebung noch bestehender sensorischer Erinnerungsfragmente dazu angeleitet, sich an die Ausgangssituation zu erinnern, dabei den Satz »*Ich lebe!*« innerlich vorzusagen und ihre Aufmerksamkeit langsam von oben nach unten durch den Körper zu lenken. In der Brust konnte sie eine leichte Anspannung wahrnehmen, woraufhin sie vom Therapeuten dazu aufgefordert wurde, ihre Aufmerksamkeit auf die Anspannung zu richten, während gleichzeitig eine erneute Provokationssequenz durchgeführt wurde. Die Missempfindung konnte rasch aufgelöst werden und Frau K. berichtete, dass sich ihr ganzer Körper nun für sie warm und entspannt anfühle.

Frau K. befand sich zu diesem Zeitpunkt der Sitzung in einem positiven Zustand, so dass direkt zum Abschluss der Sitzung übergegangen werden konnte (**Phase 7: Abschluss**), ohne dass weitere Interventionen von Seiten des Therapeuten notwendig gewesen wären. Allerdings wurde Frau K. zum Ende der ersten EMDR-Sitzung noch darüber informiert, dass es ganz normal sei, dass vereinzelte Themen aus den Sitzungen auch nach der Sitzung noch weiterarbeiten könnten, z.B. in Form von Träumen. Falls das bei ihr der Fall sein sollte, so solle sie sich die Inhalte stichwortartig notieren und in die nächste Sitzung mitbringen, damit man daran weiterarbeiten könne.

Beim nächsten Treffen zwei Wochen später wirkte die Patientin bereits deutlich heiterer. Frau K. berichtete, dass die Tage nach der letzten Sitzung sehr anstrengend gewesen seien. Ihr Blutdruck habe zunächst verrückt gespielt, die Anspannung sei zunächst deutlich stärker gewesen, habe jedoch kontinuierlich abgenommen. Inzwischen könne sie wieder durchschlafen und habe bereits seit über einer Woche keine Albträume mehr gehabt, sie fühle sich jetzt deutlich besser. Zur Überprüfung auf etwaige Restsymptomatiken (**Phase 8: Nachbefragung**) wurde die Patientin dazu aufgefordert, sich noch einmal an die Herzattacke zu erinnern und die damit verbundene Belastung auf einer Skala zwischen 0 (keine) und 10 (maximale Belastung) einzuschätzen. Mit ruhiger und fester Stimme antwortete sie, dass sie keine Belastung mehr verspüre. Zwar seien die Erinnerungen immer noch sehr scheußlich, aber die Bilder seien nun blass und fern und nicht mehr belastend für sie. Frau K. wurde

nun angeleitet, sich ein letztes Mal an die gesamte Abfolge der Ereignisse im Zusammenhang mit der Herzattacke zu erinnern. Zu jeder Szene wurde die Patientin nach dem Belastungsgrad und begleitenden körperlichen Reaktionen gefragt, aber es war keine Belastung mehr auszumachen.