

EMDR das neue Prozac der Traumatherapie? Kontroverse um eine neue Methode zur Behandlung traumatischer Störungen

Mit EMDR -Eye Movement Desensitization and Reprocessing-(Augenbewegung, Desensitivierung und Neuverarbeitung traumatischer Erfahrungen) ist in den letzten Jahren in USA eine vielgepriesene, aber auch scharf kritisierte Behandlungsmethode für posttraumatische Belastungsstörungen ins Zentrum heftiger ideologischer Debatten gerückt.

Ist diese immer noch relativ unverstandene Methode wirklich nur eine geschickt vermarktete, methodisch naive und pseudowissenschaftliche Behandlungsmethode, wie viele Kritiker meinen, oder hat Francine Shapiro 1987 mit ihrer Entdeckung der Bedeutung saccadischer Augenbewegungen für die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen revolutionäres Neuland betreten?

Ursula Wirtz ,Psychotherapeutin mit einem Schwerpunkt in der Psychotraumatologie, hat genau wissen wollen,ob sich hinter dem Medienrummel um dieses hochgelobte neue Behandlungsinstrument etwas wirklich Brauchbares für die Traumatherapie verbirgt.

100 TeilnehmerInnen mit klinischer Erfahrung in psychotherapeutischen Verfahren ,ÄrztInnen und niedergelassene PsychologInnen,haben sich im Hotel Grand Hyatt in New York zu einem Trainingsseminar eingefunden, um sich hier mit einer neuen Methode vertraut zu machen , die verspricht,angstkorrelierte Beschwerden, Flashbacks, Alpträume und das ganze Spektrum posttraumatischer Belastungssymptome besonders effektiv zu behandeln.

Es sind vor allem TherapeutInnen, die mit Katastrophen,Kriegs-und Folteropfern arbeiten,aber auch KollegInnen,die in ihrer Praxis häufig mit sexuellem Missbrauch konfrontiert sind,die in diesem Trainingsseminar EMDR kennenlernen und für sich selbst erproben wollen.

Da die Psychotraumatologie noch relativ unerforscht ist und die herkömmlichen psychotherapeutischen Verfahren bei den posttraumatischen Störungen nur unzureichend greifen,ist die Suche nach neuen Methoden für die immer häufiger gestellte Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung gut verständlich.Alle Teilnehmenden scheinen neben einer gewissen Neugier und Offenheit auch eine gehörige Portion Skepsis mitzubringen,denn die frappierenden Erfolge mit EMDR in nur wenigen Sitzungen scheinen auf den ersten Blick mehr den Charakter von Wunderheilungen zu haben ,als dass es um seriöse therapeutische Aufarbeitung und Integration traumatischer Inhalte ginge.

EMDR soll zu einer auffällig raschen Durcharbeitung traumatischer Erinnerungen führen und signifikante Reduktion von Angst und depressiven Gefühlen in nur 4 bis 6 Sitzungen zu je 75 Minuten bewirken.Kein Wunder, dass die psychoanalytische Zunft vor Neid erblasst,mokieren sich die Medien,da PsychoanalytikerInnen sich seit Jahren mit posttraumatischen Störungen befassen, ohne solche Erfolge verbuchen zu können.

Mit EMDR würde aber nicht nur eine beschleunigte Verarbeitung traumatischer Erinnerungsfragmente ermöglicht, sondern auch eine kognitive Umstrukturierung ,das heisst eine Neubewertung und veränderte Einstellung zu sich selbst und den eigenen Ressourcen.Für die Traumatherapie ist das besonders relevant,denn traumatische

Erfahrungen bedeuten immer auch eine schwere Beschädigung des Selbstwertgefühls. Die Erfahrung von Hilflosigkeit und totaler Ausgeliefertheit stellt eine massive Kränkung und Verletzung für das eigene Selbstbild dar und führt häufig zu sehr negativen generalisierten Einstellungen und Überzeugungen, die das Lebensgefühl und die Bewältigungsmöglichkeiten beeinträchtigen, im Sinne von: ich bin schwach, ich bin wertlos, ich bin selber schuld usw. Mit EMDR soll nicht nur die quälende Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung rasch aufgelöst werden, die Augenbewegungen sollen auch auf die negativen Selbstaussagen eine verändernde, positive Wirkung haben.

Wunderkur oder effektives Behandlungsinstrument?

Wenn die KollegInnen auch nicht die "Wunderkur" erwarten, zu der die Presse EMDR gekürt hat, so sind doch Hoffnungen auf ein starkes neues Behandlungsinstrument zur Erleichterung menschlichen Leidens geweckt worden, seit ein fachlich kompetenter Traumaforscher, wie zum Beispiel Bessel van der Kolk, positiv kommentiert hat, dass die siebenjährigen Erfahrungen mit EMDR diese Methode als ein effektives Behandlungsinstrument für PTSD ausweisen. Auch Charles R. Figley, Herausgeber der Reihe „Psychosozialer Stress“, sagt diesem neuen Behandlungsinstrument, dass es zu einem Paradigmawechsel in unserer Konzeptualisierung traumatischer Erfahrungen führen werde. Im Rahmen der Behandlung von Vietnam-Veteranen ist EMDR als die effektivste Behandlungsmethode bei dissoziativen Episoden, Alpträumen und überflutenden Erinnerungsbildern genannt worden (H. Lipke, North Chicago)

und an der renommierten Menninger Clinic ist sie eine wesentliche Komponente in der Traumatherapie. Der bekannte Verhaltenstherapeut Josef Wolpe, hat diese Methode sogar als eine der "grösseren neuen Ressourcen für die Verhaltenstherapie" bezeichnet.

Der straff organisierte Workshop besteht aus Vorlesungen, Diskussionen, Video/Demonstrationen und Übungen in Kleingruppen, in denen die Methode mit vorgegebenen standardisierten Übungsblättern unter der Begleitung und Anleitung von sogenannten *facilitators* ausprobiert wird.

In einer tour de force, stellt William Zangwill, promovierter klinischer Psychologe mit dem Behandlungsschwerpunkt PTSD, Paar- und Sexualtherapie, Theorie und Methode vor. KollegInnen, die mit dem Tempo des Referenten etwas Mühe haben, blättern zum Nachlesen in dem vom EMDR Institut in Pacific Grove herausgegebenen Leitfaden, der allen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt wird. Die wenigsten haben sich bereits mit dem 1995 von Francine Shapiro veröffentlichtem Buch „Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and procedures“ auseinandergesetzt.

Die Psychologin F. Shapiro, ausserordentliches Forschungsmitglied am Mental Research Institut in Palo Alto, Kalifornien und Begründerin dieser Methode, war bereits 1987 eher zufällig auf die Bedeutsamkeit und Wirkung rhythmischer Augenbewegungen gestossen, während sie an sich selbst beobachtet hatte, wie eigene schmerzhaft und bedrückende Erinnerungen und Gedanken an Intensität abnahmen, als ihre Augen sich auf einem Spaziergang im Park spontan von einer Seite zur anderen Seite bewegten.

Das daraus abgeleitete therapeutisch eingesetzte Verfahren bestand ursprünglich darin, dass die TherapeutInnen in einem gewissen Abstand vor den Augen der PatientInnen ihre Finger horizontal hin- und herbewegten und die PatientInnen aufgefordert wurden, diesen Handbewegungen mit ihren Augen zu folgen.

In späteren Untersuchungen erwies sich, dass nicht nur die Augenbewegungen, sondern auch beidseitige akustische oder sensorische Stimulationen (Antippen der Hände oder Schnippen mit den Fingern) therapeutische Wirkung hatten

Die hirnhysiologischen Hintergründe der Wirksamkeit bilateral wechselnder Sinnesreize sind noch ungenügend erforscht, sodass die Arbeitshypothesen, warum EMDR so wirksam ist, auf noch wackeligen Füßen stehen. So wird zum Beispiel angenommen, dass traumatische Erfahrungen biochemische Veränderungsprozesse im Hirn verursachen, die sich auf den Informationsverarbeitungsprozess und damit auf Affekte, Wahrnehmungen, Überzeugungen und Bedeutungen des traumatischen Geschehens blockierend auswirken. EMDR ist in diesem Erklärungsmodell eine Methode beschleunigter Informationsverarbeitung, die zu einer Entblockierung führt, weil die rhythmische bilaterale Stimulierung eine verbesserte Kommunikation der verschiedenen Hirnhemisphären auslöst. (Nicosia 1994) Solche Überlegungen stehen im Kontext neuester Gedächtnisforschung, wo davon ausgegangen wird, dass traumatische Erfahrungen zu einer Unterfunktion des Broca Zentrums im Hirn führen, das für die Versprachlichung von Erlebnissen zuständig ist, während gleichzeitig die rechte Hemisphäre überaktiv wird, die für die bildhafte und intensive emotionale Verarbeitung verantwortlich ist. (*van der Kolk*) Im Trainingsseminar fällt auf, dass im Verhältnis zu der noch unklaren theoretischen Ausgangslage und den recht unterschiedlichen Wirksamkeitshypothesen wenig Fragen gestellt werden. Die TeilnehmerInnen scheinen alle mehr an praxisorientiert und leben sichtlich auf, wenn in eindrucksvollen Videodemonstrationen die veränderte Befindlichkeit der PatientInnen nach der Behandlung mit EMDR spürbar wird.

Erfreulicherweise korrigiert der Einblick in die konkrete therapeutische Arbeit meine besorgten Phantasien über das Menschenbild und die Haltung von EMDR -Therapeuten gegenüber PatientInnen, die von dem Vortragsstil des Trainingleiters, seiner glatten, suggestiven Rhetorik und Machbarkeitsideologie bei mir geweckt wurden.

In den folgenden Kleingruppenübungen verliert die ursprünglich mysteriös anmutende Methode viel von ihrem Fremdheitscharakter, denn Elemente der kognitiven Psychologie, der Verhaltenstherapie und des NLP bilden den festen Bestandteil eines Sitzungsablaufs.

Wie sieht eine EMDR-Sitzung aus?

Zuerst werden die PatientInnen angemessen vorbereitet. Dazu gehört

- *Aufklärung über die Methode*
- *Erstellung eines Behandlungsplans*
- *Erarbeiten von Entspannungsmöglichkeiten*
- *Visualisierung eines sicheren Ortes, an dem die PatientInnen sich sicher und geborgen fühlen*
- *Verabredung eines Stop-Zeichens, zum Beispiel einer Handbewegung, wenn PatientInnen den Ablauf unterbrechen wollen.*

1. Dann beginnt die eigentliche Sitzung mit der Frage, an welcher belastenden Erinnerung heute gearbeitet werden soll.
2. Die KlientIn wird angeleitet sich zu dieser Erinnerung ein Bild, eine Stimme, einen Geruch vorzustellen, etwas, das diese belastende Erinnerung am besten repräsentiert.
3. Dann wird die dazugehörige negative Überzeugung über sich selbst, die mit diesem Ereignis einhergeht, zum Beispiel eine aktuelle unangenehme Verbalisierung: ich bin wertlos, schlecht...erfragt.

4. Gemeinsam mit dem Therapeuten wird dann eine positive Selbstkognition gesucht, die an Stelle der negativen Kognition angesichts dieses gleichen traumatischen Bildes gewünscht wird (ich bin liebenswert, ich bin wertvoll)
5. Dann versucht die KlientIn mit Hilfe der Wahrheitsgrads-Skala (VoC-Validity of Cognition) einzuschätzen, inwieweit diese positive Kognition jetzt für sie Gültigkeit hat - von 1 (völlig unzutreffend) bis 7 (völlig treffend)
6. Jetzt wird das Ursprungsbild noch einmal mit der negativen Kognition assoziiert und nach dem Grad der emotionalen Belastung gefragt, wobei auch dieser Störungsgrad mit Hilfe einer Skala (Subjectic Units of Disturbance SUD) von 10 (höchster Störungsgrad) bis 0 (emotional neutral) ermittelt wird.
7. Dann versucht die KlientIn ihren Körper innerlich abzutasten, um zu erspüren, wo diese emotionale Bedrückung im Körper angesiedelt ist.
8. Erst jetzt beginnt die eigentliche Desensibilisierung. Während die KlientIn auf die belastenden Erinnerungen fokussiert, folgt sie mit den Augen den waagerechten Fingerbewegungen des Therapeuten, der nur gelegentlich ein bestätigendes Wort sagt: gut so, bleib dabei. Nach einem Set (ca 20-30) erst langsamer, dann rascherer bilateralen Bewegungen wird die KlientIn gefragt: was ist jetzt? was nehmen Sie jetzt wahr? In der Regel verändern sich Bilder, Kognitionen, Emotionen und Körpererleben
9. In der dann folgenden Installationsphase, die erst beginnt, wenn der Emotionsgrad auf der SUD-Skala mit 0 oder 1 angegeben wird, wird die positive Kognition mit dem Bild verbunden und die Augenbewegungen so lange wiederholt, bis auch auf der Wahrheitsgrad-Skala ein Level von 6 oder 7 erreicht ist. So wird die assoziierte Erinnerung mit der positiven Kognition verbunden.
10. Zum Abschluss wird noch einmal der ganze Körper innerlich abgetastet, um restliche Verspannungen zu identifizieren.
11. Ein Debriefing der KlientIn beendet die Sitzung. Die TherapeutInnen weisen darauf hin, dass die Informationsverarbeitung auch noch nach der Sitzung fortgesetzt werden kann und möglicherweise starke Affekte und Träume auftauchen, die in der nächsten Sitzung bearbeitet werden können.

Zu Dritt beginnen wir zu üben und machen erstaunliche Erfahrungen, von denen aber letztlich nicht sicher ist, ob die aufgeheizte Erwartungshaltung, die Suggestion, der Gruppendruck (wir üben gemeinsam mit 100 Personen) oder unsere noch etwas holprigen Finger- und Augenbewegungen für veränderte Emotionen und Kognitionen verantwortlich sind.

EMDR- eine Schnellbleiche?

Viele Fragen nach der Wirksamkeit bleiben offen. Besonders fragwürdig erscheint mir, ob diese als sehr potent gepriesene Methode in einer Art Schnellbleiche (2 Workshops zu je zweieinhalb Tage) für 375 Dollar pro Workshop wirklich zu erlernen ist und ob das Drängen des Trainers, in der nächsten Woche sofort mit einigen PatientInnen in der Praxis das Gelernte auszuprobieren von wirklich klinischer Verantwortung zeugt. Eine sorgfältigere, längerfristige und fundiertere Einweisung in diese Methode sollte erfolgen, denn diese amerikanische Art möglichst rasch, möglichst viele relativ oberflächlich auszubilden, wirkt sich letztlich negativ auf die Glaubwürdigkeit und Seriösität dieses Behandlungsinstrumentes aus.

Die Kritik hat sich darum auch an dieser kommerzialisierten Vermarktung aufgehängt, hat die unzureichende Konzeptualisierung bemängelt und die Methode als Hokusfokus und Winke-Winke-Therapie gegeißelt. Vielleicht schwingt aber auch in manchen böse

erscheinenden Verrissen dieser Methode (*Jeffrey Lohr*) eine Haltung mit, dass nicht sein kann, was nicht sein darf.

Tatsache ist die rasche Verbreitung von EMDR (20.000 Psychotherapeuten mit Praxisbewilligung sind international bereits in dieser Methode ausgebildet), die Gründung eines Netzwerkes für mit EMDR arbeitenden TherapeutInnen und der Aufbau eines Netzwerkes in Europa (Deutschland, Holland, England), mit dem Namen EMDRIA.

Kontrollierte Effizienzstudien

(Graphik)

Die inzwischen zahlreichen publizierten Erfolgsstudien mit Kontrollgruppen bei TraumapatientInnen, PatientInnen mit posttraumatischer Belastungsstörung, Vietnamveteranen in einer Klinik und 100 Opfern des Hurrikans „Andrew“ in Florida zeigten signifikante Verbesserungen bei der Behandlung mit EMDR. In Deutschland hat Dr. Arne Hofmann an der Klinik Oberursel eine prospektive Studie mit 8 PatientInnen durchgeführt, die auf einer Psychotherapiestation mit EMDR behandelt wurden. (Diagnose: chronische posttraumatische Belastungsstörung). In durchschnittlich 4 EMDR Sitzungen wurde bei 7 der PatientInnen eine signifikante Abnahme der subjektiven Schmerzhaftigkeit (SUD) erreicht. Die SUD-Werte von 17 traumatischen Erinnerungen fielen von durchschnittlich 6,5 auf 0,9 ab ($p < 0,001$). Aber auch andere traumabedingte Beschwerden wurden deutlich abgeschwächt. Die Nachkontrolle erwies den Behandlungseffekt nach 3 und 6 Monaten als stabil. (Die Studie ist publiziert in: *Psychotherapeut* (1996) 41, Springer Verlag)

Interessant erscheint mir die Beobachtung von Hofmann, dass ein „synergistischer Effekt der ‘Einbettung’ der EMDR-Sitzungen in ein psychodynamisch orientiertes Psychotherapie-Setting“ festzuhalten war. Es ist auch mein Eindruck, dass dieses Verfahren im Kontext tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie wirksam eingesetzt werden könnte, da die bei der Behandlung mit EMDR auftauchenden Assoziationsketten mit anderen traumatischen Erinnerungen, die ähnliche Affekte und Selbstaussagen auslösen, in anschließenden Gesprächen aufgearbeitet und integriert werden können. Die auf die EMDR-Sitzungen oft folgende intensive Trautätigkeit kann für den weiteren Verlauf der Therapie fruchtbar gemacht werden.

Bedeutsam scheint mir auch der Einsatz dieser Methode in Kriegsgebieten. Bei meiner Arbeit in Ex-Yugoslawien bin ich im Krieg PsychologInnen begegnet, die von amerikanischen EMDR-Therapeuten auch für die Behandlung von kriegstraumatisierten Kindern ausgebildet worden sind.

Weiteren empirischen Untersuchungen, vor allem aber einer theoretischen Untermauerung dieser Methode ist mit Spannung entgegenzusehen.

Literatur bei der Verfasserin:

Ursula Wirtz, Belsitostr. 9, 8044 Zürich

EMDR im Internet:

EMDR Institut Diskussionsliste: LISTSERV@SJUVM.STJOHNS.EDU

<http://www.emdr.com/studies.ht>

oder im Web auf den Trauma Info Pages, zusammengestellt von David Baldwin