

Zeitschrift für

EMDR

Wissenschaft und Praxis



EMDR Forschung

Das gute Gefühl

Aus der Praxis für die Praxis

EMDR in der
Psychokardiologie

EMDR bei Kindern

EMDR bei chronisch
kranken Kindern

Wenn der
Körper keine
Ruhe gibt
S. 35

EMDR und der Körper



Liebe Leserin, lieber Leser,

die Ausgabe dieser Zeitschrift heißt „**EMDR und der Körper**“.
Wir möchten in dieser Ausgabe zeigen, welche Rolle die EMDR
Therapie auch auf einer körperlichen Ebene spielt.



Dass Lebensereignisse und psychische Belastungen krank machen können, ist uns nichts Neues. Aber dass sich diese krankmachenden Strukturen durch EMDR Therapie auch auf einer körperlichen Ebene wieder auflösen lassen, findet erst in den letzten Jahren Beachtung.

Offensichtlich spielt sich EMDR Therapie nämlich (auch) auf einer zellulären Ebene ab. Dies soll auch unser Cover demonstrieren, eine Arbeit von Christoph Fuhrer: über die Augennerven vermittelt, die hier dargestellt werden, gibt EMDR Impulse, die dann an andere neuronale Zentren weitergeleitet werden. So kommt es auf neuronaler Ebene zu einer Umstrukturierung, die sich dann auch auf höherer somatischer Ebene auswirkt.

Nur so lassen sich die hormonell messbaren Veränderungen in der EMDR Therapie bei Hashimoto erklären, die Friederike Oppermann-Schmid und Thomas Frodl in ihrem Artikel beschreiben, den Sie ab Seite 27 lesen können.

Oder die organischen Veränderungen, die Ina Sommermeyer bei ihren Patient:innen beobachtet hat und in

ihrem Artikel „**Wenn der Körper keine Ruhe gibt**“ darstellt. Aber auch die Verankerung von Ressourcen in der EMDR Therapie löst körpernahe Heilprozesse aus. Lesen Sie dazu den Artikel von Steffen Bambach, und den von Susanne Wirtz beschriebenen **Ressourcen-Spaziergang**, den sie besonders bei Patient:innen anwendet, die an Long Covid erkrankt sind. In diesem Heft finden Sie noch viele weitere unkonventionelle Anwendungsbereiche von EMDR Therapie in und bei somatischen Erkrankungen, und Anregungen, wie wir den Körper effektiv in die EMDR Therapie einbeziehen können. Und wenn auch Sie innovative Ansätze mit EMDR erfolgreich einsetzen und diese unserer Community gerne zugänglich machen würden, dann schreiben Sie mich doch einfach an unter redaktion@emdria.de.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen dieses besonderen Heftes!

Herzlichst,
Ihre Maria Lehnung

Liebe Kolleg:innen,

wir freuen uns, Ihnen diese neue Ausgabe der Zeitschrift für EMDR zu präsentieren, diesmal auch wieder als gedruckte Version für alle, die dies bestellt hatten.

Viele interessante Artikel konnten hier zum Titelthema „**Körper**“ versammelt werden. Wir sind glücklich, dass Maria Lehnung im Vorstand weiterhin die intensive Aufgabe der Redaktion übernimmt und bedanken uns herzlich bei ihr!

Aktuell blicken wir mit Vorfreude auf den **EMDRIA Tag 2024 vom 27.9.-29.9.** in der Charité in Berlin.

Kurzentschlossene haben noch bis zum **18.9.** die Möglichkeit, sich anzumelden, ob in Präsenz (sofern noch Plätze verfügbar sind) oder online.

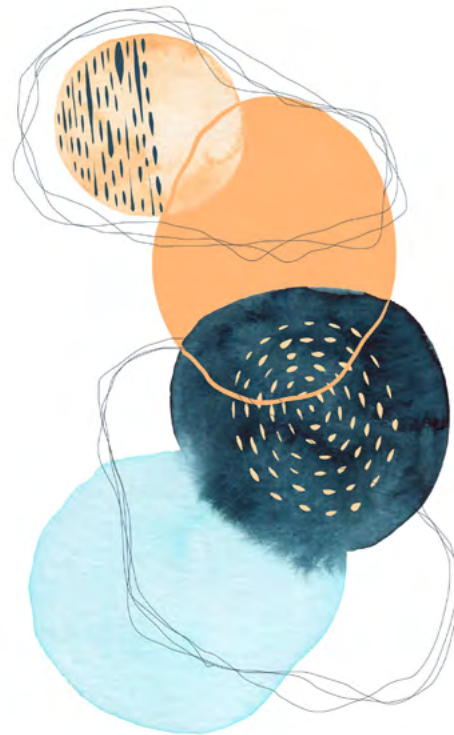
Ganz besonders freuen wir uns auf den Vortrag von Esther Bar Sadeh aus Israel. Wir hoffen, sie persönlich in Berlin zu begrüßen.

Lassen Sie uns an dieser Stelle noch einmal den Opfern des Hamas-Überfalls, den Menschen in Israel sowie allen Leidtragenden des fortgesetzten Krieges in Gaza unser Mitgefühl und unsere unteilbare Solidarität aussprechen.

Auch der Angriffskrieg gegen die Ukraine beschäftigt uns weiterhin, die Bedürftigkeit ist groß! Als EMDR Therapeut:innen haben wir alle die Möglichkeit, traumatisierte Geflüchtete zu unterstützen. Auch möchten wir im Namen der Fachgesellschaft einmal die wiederholten Trainings in der Ukraine durch Karsten Böhm würdigen, die uns und Ihnen Mut machen können.

Viele Katastrophen und Krisen unserer Zeit treffen Kinder und Jugendliche besonders hart. Wir blicken optimistisch auf die weitere Entwicklung bezüglich des Antrags auf Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen.

Selbstverständlich informieren wir Sie in unseren Rundmails über neue Entwicklungen und auch, falls es weitere (hoffentlich positive) Nachrichten zum Fonds Sexueller Missbrauch gibt.



Die EMDR Fachgesellschaft Österreich hat die erfreuliche Nachricht, dass sich mit Rose-Marie Wellek-Mestian 2023 die erste Trainerin für C&A in Österreich zertifiziert hat. Sie wird auch weiterhin die Agenden für EMDR für Kinder & Jugendliche im österreichischen Vorstand voranbringen.

Die Tagung der österreichischen Fachgesellschaft findet am **20. September 2024** statt, in der anschließenden Generalversammlung wird ein neuer Vorstand gewählt werden. Denjenigen Vorstandsmitgliedern, die mit dieser Funktionsperiode ihre langjährige Tätigkeit beenden, daher schon jetzt an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön.

VORWORT

Im Verband von EMDR Schweiz sind einige Veränderungen zu verzeichnen: Letztes Jahr wurde das langjährige Vorstandsmitglied und EMDR-Trainerin Michèle Rondez verabschiedet, für ihren Einsatz und Engagement auf dem Weg der Professionalisierung des Verbandes sei ihr herzlich gedankt. Zur Freude des Vorstandes konnte die vakante Stelle bereits mit Andrea Büttikofer besetzt werden, die sich an der nächsten Mitgliederversammlung im September zur Wahl stellt. Yves le Bloc'h und Raimund Dörr beenden ihre Arbeit für die Ombudsstelle und Lucia Aebischer tritt als Revisorin zurück, auch ihnen allen sei herzlich gedankt.



Mit Sandra Feroletto und Hana Dickhaut wurden glücklicherweise bereits Nachfolgerinnen gefunden, diese stehen ebenfalls an der nächsten Mitgliederversammlung zur Wahl.

Wie jedes Jahr wird die Mitgliederversammlung von einem Vortrag begleitet, dieses Jahr gehalten von Eva Münker-Kramer, die über Stolpersteine in der EMDR-Therapie spricht. Als Neuerung wird dieser Vortrag online übertragen, mit Übersetzungen ins Französische und Italienische, damit alle Mitglieder in den Genuss dieses Vortrags kommen können.

Im Dezember wird Luca Ostacoli in der italienischsprachigen Schweiz passend zu dieser Ausgabe der Zeitschrift über die Arousal-Regulierung sprechen, in hybrider Form und mit deutscher und französischer Übersetzung.

Erfreulicherweise gibt es seit kurzem im italienischsprachigen Tessin EMDR-Grundausbildungen sowohl für Erwachsene als auch für K&J in italienischer Sprache, was für die Entwicklung von EMDR in allen Landesteilen ein großer Gewinn ist.

Wir alle wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und einen schönen Spätsommer!

Deutschland

Karsten Böhm

Katharina Drexler

Maria Lehnung (Redaktion)

Margit Lohs

Daniela Lempertz

Arne Hofmann

Susanne Götz

Schweiz

Jolanda Fäh Vaucher

Innocenza Miele

Sonja Hofer

Franco Cavadini

Österreich

Martina Hopfner

Beatrice Strock

Andrea Mohapp

Rose-Marie Wellek-Mestian

Anita Klappacher

Matthias Stauder

Julia Reisenbichler

Wir verwenden die mit Doppelpunkt gegenderte Schreibweise in unseren eigenen oder durch uns übersetzten Texten. Die Artikel wurden in der jeweils durch den/die Autor:in gewählten Schreibweise belassen.

Inhalt

► Titelthemen

EMDR Forschung

- 7 Das gute Gefühl – Die Beziehung zum Körper in der Traumatherapie
► Mark Novy
- 14 Die Modalität „Körper“ im Ablaufschema einer EMDR-Behandlung
Dr. phil. Karsten R. Böhm
- 20 Die Wirksamkeit von EMDR-Therapie bei somatischen Erkrankungen
Stephanie Vock & Prof. apl. Dr. med. Jonas Tesarz
- 27 Effekte der EMDR Therapie auf somatische Komorbiditäten der k-PTBs
Dr. med. Friederike Oppermann-Schmid,
Univ. Prof. Dr. med. Thomas Frodl, M.A.

Aus der Praxis für die Praxis

- 35 Wenn der Körper keine Ruhe gibt
► Dr. med Ina G. Sommermeier
- 46 Die konfrontative Anwendung von EMDR in der Psychokardiologie
►
- 56 **+ Patientenbericht**
Susanne Wirtz

20

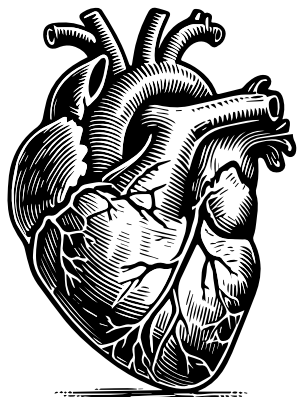
Die Wirksamkeit von EMDR-Therapie bei somatischen Erkrankungen



Das gute Gefühl – Die Beziehung zum Körper in der Traumatherapie

7





EMDR bei Kindern

- 59 EMDR bei chronisch
► kranken Kindern
Daniela Lempertz
- 65 Die Ressourcenfokussierte
Traumaanamnese (RFTA) in der
Behandlung komplextraumatisierter
Patient*innen /Kinder
Steffen Bambach

Neue Entwicklungen

- 76 Die Stabilisierungstechnik
„Der Ressourcenspaziergang“
Susanne Wirtz
- 83 **Interview**
Dr. med. Katharina Drexler

Aus den Ländern

- 86 Rund um die Welt
Marilyn Luber
- 111 Deutschland, Österreich,
Schweiz

Außerdem:

- 2 Editorial
3 Vorwort
119 Impressum / Kleinanzeigen

Coverbild:



Christoph N. Fuhrer

www.fuhrer.me

Christoph N. Fuhrer ist ein Künstler,
der sich vorwiegend von der Zeichnung
herkommend in Aquarell ausdrückt.

Seine Themen sind Struktur,
Wachstum, sei es auf biologischer
Mikroebene (absurd bunte histologische
Zeichnungen), als auch im Pflanzlichen
(Wälder, Blumen etc.).
Dem stellt er kritisch das zivilisatorische
Wachstum gegenüber.
(Architekturen, Röhren etc.)

Er lebt und arbeitet in Regensburg.



Das gute Gefühl

Die Beziehung zum Körper in der Traumatherapie

Mark Novy, Dipl.-Psych.



Nicht nur von Vernachlässigung und früher Deprivation Betroffene, auch gewalttraumatisierte KlientInnen haben im Allgemeinen eine von Misstrauen bis Ambivalenz geprägte Beziehung zum eigenen Körper. Noch stärker trifft das zu, wenn Panikattacken das elementare Vertrauen in das Funktionieren des eigenen Körpers erschüttern. Aber auch ohne diese ist der Wunsch nach Kontrolle durch die Gefühlsdynamik gefährdet. Die somatischen Spannungen nicht verarbeiteter (traumatischer) Erfahrungen stecken nun mal im Körper, „The Body Keeps the Score“¹ (B. v.d. Kolk). Autonom oder durch unkontrollierbare Trigger mit den somatischen Residuen von lebensbedrohlichen oder schmerzvollen Erfahrungen konfrontiert zu werden, ist schwer auszuhalten und verunsichert ein ohnehin schon fragiles Selbst zusätzlich.

Insgesamt dürfen wir daher hoffen, dass wir so auch mit der entsprechenden Forschungs- und Lobbystrategie die großen Chancen von EMDR Therapie für unsere Patientinnen und Patienten mehr nutzen können.

Die desensibilisierende Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen bzw. ihrer begleitenden Emotionen und Körperempfindungen ist der herausragende Erfolg des EMDR. Zur Stabilisierung für dieses Vorgehen, quasi als sicherer Hafen, wurde schon durch F. Shapiro ein sicherer Ort eingeführt, Leeds und Korn^{II} erweiterten dieses Konzept durch Herausarbeitung und Verankerung sog. Ressourcen. Kennzeichen dieser ist, dass ein Ort, eine Situation oder eine Person mit einem guten Körpergefühl verbunden wird. Diese aktiv induzierte Wahrnehmung verbessert punktuell die Beziehung zum eigenen Körperempfinden, da gute Gefühle oft nur als Ergebnis materiellen Konsums oder anderer externer Stimulation (Medien, Sex) erlebbar scheinen.

Eine Kultivierung der Qualität der Beziehung zum eigenen Selbst, wie L. Ostacoli dies nennt, legt aber eine bedingungslosere Herausarbeitung oder Wiedererweckung eines guten Gefühls nahe. Statt nun über eine imaginierte Situation, Eigenschaft, Ort oder Person zu gehen – was in schwierigen Alltagssituationen außerhalb der therapeutischen Situation oft nicht abrufbar ist – hat sich der direkte Kontakt mit einer einfachen, guten Körperempfindung als stabilste Ressource herausgestellt.

Was läge näher, als die von fast jedem als angenehm empfundene wohlige Körperwärme zu nehmen, zum Einstieg wahrgenommen an den (selten dissoziierten) Handflächen. Wie geht das nun? Bewährt hat sich hier die Anleitung, die beiden Hände übereinander (nicht verschränkt) auf den unteren Bauch zu legen, die Daumen kommen so ungefähr in Bauchnabelhöhe zu liegen. Neben der Körpermitte ist dies in östlicher Energielehre zudem das Dantien^{III} oder Hara^{IV} genannte Kraft- und Energiezentrum des Körpers.



Mark Novy

Psychologischer
Psychotherapeut (VT), EMDR
Therapeut, EMDR Supervisor

In diesen Bereich unter den Handflächen wird nun der verlangsamte und damit vertiefte Atem gelenkt. Zur Verlangsamung hat sich ein Mitzählen von 1 bis 4 bei der Ein- wie der Ausatmung bewährt. Die Bauchdecke sollte sich mit der Einatmung etwas heben, mit der Ausatmung wieder einsinken oder sogar leicht kontrahieren, sodass Luft herausgedrückt wird. Parallel dazu wird dem Ausatemstrom erlaubt, an wahrgenommener Unruhe, Druck oder Spannung vorbeizustreichen und den Körper durch Nase oder Mund zu verlassen. Die Mitbeteiligung des Bauches bei der Atmung leitet Zwerchfellatmung und damit Aktivierung des Parasympathikus ein.

Bei im Alltag oft etwas kühleren Händen kann nach ein bis zwei Minuten die durch Berührung entstandene Wärme wahrgenommen werden. Diese lässt sich nun mit jeder anderen subjektiv wahrgenommenen angenehmen Empfindung wie Wärme auch im Bauch, Geborgenheit, Tiefe, dem Kommen und Abfließen des Atems (wie Wellen am Meer) oder

wie Wellen am Meer

einem Lieblingsort bei eher visuell aufgestellten Personen verknüpfen. Letztlich aber immer ausgehend von einer physischen angenehmen Empfindung des Kontaktes der Hände, welcher somit der eigenen Entscheidung und Kontrollierbarkeit unterliegt und damit dem Körper wohlfühlende Aufmerksamkeit schenkt. Diese Übung empfehle ich KlientInnen, mindestens einmal täglich einige Minuten zu praktizieren. Wiederholung und damit Gewöhnung zählen hier, nicht besondere Qualität des Erlebens. Das macht diese Übung auch so gut zum Einschlafen geeignet, wenn der Schlaf durch Grübeln und die dadurch hervorgerufene sympathikotone Aktivierung beeinträchtigt ist. Hier reicht eine Hand im atmenden Körperkontakt aus, und alle Gedanken davonschweben zu lassen (für morgen).

Das **EMDR-Institut Austria** ist der einzige autorisierte Österreich-Partner des EMDR-Institute von Francine Shapiro, PhD., USA (www.emdr.com). Es bietet die durch die Europäische Fachgesellschaft (www.emdr-europe.org) anerkannte und zertifizierte EMDR-Basisausbildung sowie Spezialseminare an.

Frau **Mag^a. Münker-Kramer** ist EMDR Europe zertifizierte EMDR Trainerin seit 2007; senior trainer des EMDR Institute USA; 2003-2021 Vorsitzende EMDR Fachgesellschaft Österreich; Vizepräsidentin der EMDR Europe Association

NEU: Praxis-Lehrbuch zu EMDR: „Traumatherapie mit EMDR“, E. Münker-Kramer, Reinhardt Verlag. 2015, 223 S., 15 Abb., 2. akt. Auflage 2024

EMDR Modul I-III der Basisausbildung 2024/2025/2026

(Grundlagenseminar/Modul I + EMDR Praxistag/Modul II + Online-Supervisionsblock/Modul III der EMDR Basisausbildung)

- | | |
|------------------|---|
| 24. – 26.10.2024 | in Wien inkl. Online-Praxistag am 28.11.2024 & Online-Supervisionsblock am 29.11.2024 |
| 16. – 18.01.2025 | <u>Online</u> inkl. Online-Praxistag am 27.03.2025 & Online-Supervisionsblock am 28.03.2025 |
| 13. – 15.03.2025 | in Wien inkl. Online-Praxistag am 22.05.2025 & Online-Supervisionsblock am 23.05.2025 |
| 15. – 17.05.2025 | in Tirol/Vbg. inkl. Online-Praxistag am 19.06.2025 & Online-Supervisionsblock am 20.06.2025 |
| 16. – 18.10.2025 | in Wien inkl. Online-Praxistag am 27.11.2025 & Online-Supervisionsblock am 28.11.2025 |
| 26. – 28.02.2026 | <u>Online</u> inkl. Online-Praxistag am 07.05.2026 & Online-Supervisionsblock am 08.05.2026 |
| 23. – 25.04.2026 | in Wien inkl. Online-Praxistag am 25.06.2026 & Online-Supervisionsblock am 26.06.2026 |
| 15. – 17.10.2026 | in Wien inkl. Online-Praxistag am 26.11.2026 & Online-Supervisionsblock am 27.11.2026 |
- jeweils mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

EMDR Modul IV der Basisausbildung 2024/2025/2026

(Aufbauseminar/Modul IV der EMDR Basisausbildung)

- | | | |
|------------------|---------------|--|
| 21. - 23.11.2024 | in Wien | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |
| 03. - 05.04.2025 | in Klagenfurt | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |
| 26. - 28.06.2025 | in Wien | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |
| 28. - 30.08.2025 | <u>Online</u> | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |
| 04. - 06.12.2025 | in Wien | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |
| 11. - 13.06.2026 | in Wien | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |
| 27. - 29.08.2026 | <u>Online</u> | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |
| 03. - 05.12.2026 | in Wien | mit Mag ^a . Eva Münker-Kramer |

EMDR Spezialseminare 2024/2025/2026

Narzissmus verstehen und mit EMDR behandeln 03.10.2024 mit Dolores Mosquera PhD in Wien

EMDR bei dissoziativen Störungen 04. – 05.10.2024 mit Dolores Mosquera PhD. in Wien

Transgenerationale Traumatisierung mit EMDR beheben 13. – 14.12.2024 mit Drⁱⁿ. Hélène Delluci. Online

EMDR bei Kindern & Jugendlichen, Teil I 07. - 08.02.2025 mit Dipl. Pädⁱⁿ. Daniela Lempertz in Wien

EMDR bei Essstörungen und Zwängen 28. – 29.03.2025 mit Dipl. Psych. Dr. Karsten Böhm in Wien

EMDR bei Kindern & Jugendlichen, Teil II 04. - 05.04.2025 mit Dipl. Pädⁱⁿ. Daniela Lempertz in Wien

Pathologische Bindung an TäterInnen – Einige Instrumente & mögliche Behandlungsstrategien 24.05.2025 mit Drⁱⁿ. M. Spadoni Online

EMDR bei Kindern & Jugendlichen, Teil III 27. - 28.06.2025 mit Dipl. Pädⁱⁿ. Daniela Lempertz in Wien

Eine Brücke schlagen zwischen Stabilisierung und Konfrontation mit EMDR 05.09.2025 mit Drⁱⁿ. Christine Rost in Wien

EMDR bei primär somatischen Erkrankungen 22.11.2025 mit Dr. Michael Hase Online

Einführung in Zapfen Somatics 14. -16.05.2026 mit Dipl. Psychⁱⁿ. Cornelia Hammer in Wien

Online-Kurzworkshops zu bestimmten EMDR Themen, Supervisionstermine, genauere Detailinformationen zu den Seminaren und zum Ausbildungsteam sowie die Möglichkeit zur Seminaranmeldung finden Sie auf

www.emdr-institut.at .

Sollten sich die üblichen kritischen Gedanken (**„Mein Bauch ist aber auch zu dick“**) einstellen, so werden auch diese wie alle anderen (außer positiven) Gedanken mit jeder Ausatmung wie sich auflösende Rauchwölkchen oder auf den eigenen Desktop für morgen wandernde Dateien gehen gelassen. Jede Einatmung schafft dann wieder Raum, mit der Frage: Schauen Sie mal, wieviel Raum diese für Sie angenehme Empfindung in Ihrem Bewusstsein mit jeder Einatmung bekommen darf?

Mit dieser Wahrnehmung einer betont einfachen guten Empfindung verbessert sich auch die Beziehung zum eigenen Körper täglich. Diese ist bei fast allen traumatisierten KlientInnen gestört bis verloren gegangen; sei es als Folge kindlicher Deprivation, wo jedes von Zuwendung abhängige Kind Verlassenheitsschmerz und -angst irgendwann „herunterschluckt“ und depressiv verstummt, nachdem es sich **„die Seele aus dem Leib geschrien hat“**; oder bei zusätzlicher Angst vor körperlicher oder sexueller Gewalt, wo sowohl der Verteidigung dienende natürliche Wut („Nein!“) als auch erlebter Trauerschmerz dissoziiert werden müssen aus realistischer Angst vor zusätzlichen Verletzungen oder wegen Drohungen, die das Überleben oder wichtige Beziehungen gefährden.

Dass sich diese im Körper gespeicherte Affektivität – meist mit Verflachung des Atems – über die Jahre und Jahrzehnte somatisiert, belegen Forschungen von W. Reich bis A. Fellitti. Auch in sog. funktionalen Familien („Bei uns war alles in Ordnung“) passt das Erleben oder Ausdrücken natürlicher vitaler Emotionen wie Schmerz oder Wut oft nicht in die heile geordnete Welt. „Ist doch nicht so schlimm!“, „Du musst nicht traurig sein / Angst haben.“ Damit geht aber auch natürliche Unbefangenheit und Lebenslust verloren.

Eine Dauerspannung bleibt, die oft nicht weiter erklärt werden kann und ein freudvolles Gehenlassen verhindert. Die eigentliche Tragik sei der Verlust des lebendigen Selbst, wie Gabor Maté^V („Der Mythos der Normalität“) feststellt.

Ein Fallbeispiel soll die Anwendung verdeutlichen:

Eine 33jährige Patientin, verheiratet, ein Sohn (2) kommt wegen Ängsten, Panikattacken und Schlafstörungen in die Behandlung, ACE 6 P., TSF 9 v. 10 P. Aktueller Auslöser sei ein konfliktuöses Verhältnis mit einer Kollegin, diese spüre ihre Unsicherheit, sie habe da Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren, sowie der beruflichen Belastung nicht Stand zu halten. Eltern Russland-Deutsche, der oft alkoholisierte Vater prügelte gelegentlich die Mutter, diese würdigte die Pat. gegenüber dem bevorzugten älteren Bruder herab.

Früh Verantwortung im Haushalt, schüchtern in der Schule, aber ehrgeizig, Abitur, Verwaltungslaufbahn, heute im Behördendienst.

Bei der Thematisierung des aktuellen Konfliktes mit der Kollegin taucht per Affektbrücke schnell das Bild der abwertenden und fordernden Mutter auf. Sich wehren oder weinen gab es da nicht. Hier stiegen wir ein.

Gefühl: Angst und Erstarrung.

NK: Kann nichts denken, bin wie versteinert.

PK: Ich möchte frei sein.

Körper: Druck in der Brust. Nach einigen Sets AB tauchten Tränen, dann Übelkeit auf. **„Ich habe wohl zuviel runtergeschluckt.“** Ein weiteres Bild entstand, sie musste beim Einkaufen auf Toilette, Mutter schlug sie, darauf machte Pat. in die Hose. Diese Angst habe sie bis heute in der Öffentlichkeit. Mutters Satz **„Ich habe dich doch nicht totgeschlagen“** fällt ihr ein, AB, Kloß im Hals, wieder Tränen,

„Ich habe dich doch nicht totgeschlagen“



der Körper kribbelt, dann kommt Wut, aber **„Ich will nicht so sein wie meine Eltern.“**

„Ich will nicht so sein wie meine Eltern“

Parallel zu der folgenden Erleichterung wurde ihr die Bauchatemübung nahegebracht. Sie berichtete eine Empfindung von warm und geborgen unter den Händen. Dies solle sie einmal am Tag üben, bis ein für sie angenehmes Gefühl spürbar wird und dort hineinatmen. In der nächsten Sitzung berichtet sie, sie wäre beim Eintreten ihrer Kollegin mit einer Hand auf dem Bauch wesentlich ruhiger und gelassener geblieben. Sie assoziierte, dies sei wie ein Schatz, der Ort wo ja auch einmal neues Leben entstanden wäre, und je mehr sie davon wahrnehme, umso weniger

bräuchte sie Schutz. - Parallel erfülle sie aber abends häufiger Traurigkeit, sie denke aber, da müsse jahrelang aufgespeicherte Traurigkeit sich wohl Bahn schaffen. Zum Glück erlebe sie danach Erleichterung.

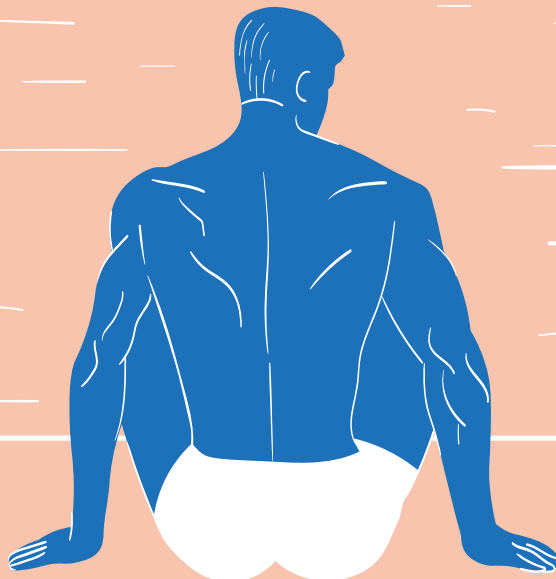
Nochmals wurde mit einzelnen Erfahrungen mit Mutter gearbeitet, hier löste sich unter AB weitere Trauer, Schmerz, Angst (Fehler zu machen).

Einwebend wurde Pat. ermutigt, diese Gefühle der Mutter imaginativ mitzuteilen. Am Ende fühlte sich die Patientin deutlich **„erwachsener, meine restliche Energie kann ich beim Sport loswerden“**.

Übelkeit, die ihr auch in öffentlichen Verkehrsmitteln Angst macht, wurde noch in den Fokus genommen. Dieses Unbehagen steigerte sich unter AB und stieg höher, bis es sich in Tränen löste, im Weiteren in einem diffusen Leeregefühl endete. Die Patientin kann weiter mit der Wärme des Bau-

ches Kontakt aufnehmen. Ein Traum kommt zur Hilfe: Sie habe die Mutter zurückgeschlagen und ihr gesagt: **„Du kannst nicht für mich sorgen“**. Aber sie selbst könne es nun, ebenso wie sie für ihren kleinen Sohn besser sorgen könne.

„Von ihm kann ich auch eine Menge über Gefühle lernen, er brüllt und heult sich aus, und dann ist alles wieder gut!“ In zwei weiteren Sitzungen wurde noch an der Angst vor dem Vater gearbeitet, einwebend („Was hätte die kleine I. am liebsten gesagt und getan, wenn sie alle Kraft der Welt gehabt hätte?“) wurden auch ihm verbal und körperlich die nötigen Grenzen nachträglich aufgezeigt, und ihm bedauernd mitgeteilt: **„Ich hätte mir so einen liebevolleren Papa gewünscht, der auch lieb zur Mama ist und nicht nur trinkt und flucht. - Aber jetzt habe ich einen guten Mann und das ist gut so.“**



Neben dem Zulassen von lange heruntergeschluckter Wut und Trauer beschreibt die Patientin die nie wahrgenommene Zuwendung zu ihrem Körper mit seiner Wärme, Weichheit und Geborgenheit unter den Händen

als tiefstes Ergebnis der Therapie (insges. 12 Sitzungen).

„Es ist wie nach Hause zu kommen, was ich so lange vermisst habe. Das bewahre ich nun wie einen

Schatz.“ Neben dem eigenen Heim ist „zu Hause“ auch das Ankerwort für ihre neue positive Beziehung zu ihrer Körpermitte (die natürlich auch mal schlechte Laune vertragen kann).

Die oft gestörte Beziehung zum eigenen Körper, der Ort der gespeicherten belastenden Emotionen ist, die den erlebten Traumatisierungen entsprechen, kann durch Pflege einer gezielten, örtlich verankerten und unmittelbar physisch wahrnehmbaren positiven Empfindung deutlich verbessert werden.

Zwei Atemübungen:

„Der Atem ist der Regler aller Dinge“ soll schon der Buddha gesagt haben. Also nutzen wir ihn, denn er ist leider das letzte, an den unser Ich im Allgemeinen denkt. Achtsamkeit gibt's dann nebenbei.

Der räumliche oder **4 x 4 Atem**:

Dehne den Atem, indem du durch die Nase einatmend bis vier zählst (und damit das Arbeitsgedächtnis beschäftigt), dann vier Takte die Luft anhältst, um danach vier und dann nochmal vier Takte langsam ausatmest. Sollte die letzten Zähler der Atem stillstehen, kein Problem, atme nur so tief und lange aus wie möglich. Sollte 4 zu Beginn dir zu lange sein, beginne mit 3. Insgesamt wird dadurch dein Atem vertieft, ohne Hyperventilation oder unangenehme Symptome hervorzurufen. Die Ausatmung wird verlängert^{VI} so dass eine etwas vollere Einatmung wie erwünscht fast von alleine geschieht, und ein Gefühl von Kontrollierbarkeit vermittelt wird. Das Ganze zehn Mal, bei irgendeinem Unwohlsein zu unwillkürliche Atmung zurückkehren.

Eine ganz andere Atemübung ist das „Loslassen“.

Atme möglichst aus dem Bauch heraus durch die Nase ein und setze dann eine zweite Einatmung drauf. Fülle dabei die Brust bis in die Spitzen. Und lass dich dann mit einem Seufzer, Stöhnen, Haah (oder sogar Schrei, wenn im Auto oder Wald), jedenfalls einem Ton, ausatmen.

Richtig alle Luft rauslassen. Das Ganze vielleicht drei Mal. Passt auch bei Ungeduld (Stau) oder Ärger im Auto, damit sich neben dem Verkehr nicht auch noch die innere Spannung anstaut.





das einzige von Dr. Francine Shapiro
autorisierte Institut in Deutschland

Erweitern Sie Ihre Anwendungsmöglichkeiten von EMDR und nehmen Sie an unseren Seminaren teil:



EMDR Intensivtage Eckernförde
Eckernförde 12.-14.06.2025



Next Level EMDR
mit Dr. Hélène Dellucci
Schloss Eichholz 17.-19.10.2025
(Wesseling bei Köln)



Und viele weitere EMDR-Spezialseminare mit internationalen Referenten zu interessanten Themen:



EMDR in der Schmerzbehandlung
mit Prof. Dr. med. Jonas Tesarz
Köln 16.11.2024



EMDR bei Spätfolgen kindlichen Missbrauchs
mit Dr. Arun Mansukhani
Hamburg 30.11.2024



Erbte Wunden heilen
mit Dr. Katharina Drexler
Köln 29.03.2025



Infos und Anmeldung auf [emdr.de](https://www.emdr.de)



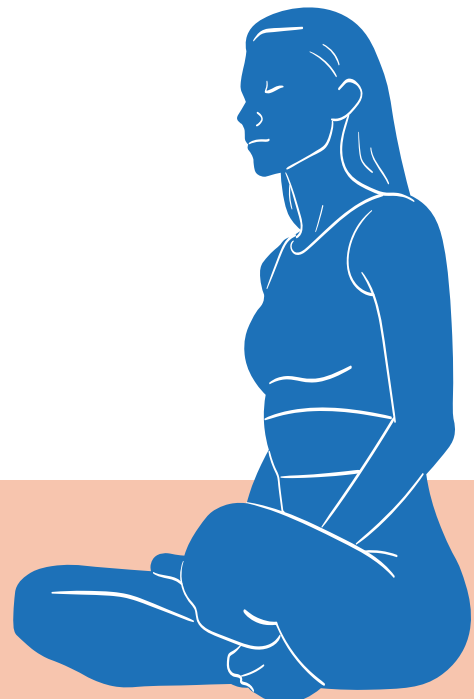
Telefon: +49 (0) 43 51 888 91 99



E-Mail: info@emdr.de

Literatur

- I. **V.d. Kolk, B.:** The Body Keeps the Score. London, Penguin 2014
- II. **Korn, D.L., Leeds, A.M.:** Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic disorder. Journal of Clinical Psychology 58(12), 1465-1487
- III. **Markert, C.: Dantien.** München, Hugendubel 1997
- IV. **Dürkheim, Karlfried Graf:** Hara. Die energetische Mitte des Menschen. München, Barth 2012
- V. **Maté, G., Maté, D.:** The Myth of Normal. London, Vermilion Random House 2022, p.23-26
- VI. Studien zum verlängerten Atem in: **Loew, T.:** Langsamer atmen, besser leben. Gießen, Psychosozial-Verlag 2019





Die Modalität

„Körper“

im Ablaufschema einer
EMDR-Behandlung

Der Körper ist in unserem Kulturkreis eine nicht selten unterschätzte Seins- und Verarbeitungsmodalität von Menschen. Der Anspruch, ganzheitlich zu arbeiten, wird in der Psychotherapie zwar häufig formuliert, in der Praxis jedoch gelegentlich zu wenig beachtet. Auch in der Betrachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung liegen die fünf Ebenen der Gedanken **(1)** (z.B. in Form von Intrusionen), der sensorischen Erinnerungen **(2)** (Gerüche, Bilder, Töne), Emotionen **(3)** und der Verhaltensebene **(4)** (nicht selten in Form von Vermeidung) im Zentrum der diagnostischen

und therapeutischen Betrachtung. Jedoch weisen gerade posttraumatische Belastungsstörungen oder komplexe posttraumatische Belastungsstörungen zudem starke körperliche Erinnerungen und Reaktionen **(5)** auf. Wie wirkt sich dies auf die Behandlungsphasen 3-7 der EMDR-Therapie aus? Dieser Frage möchte dieser kurze Artikel nachgehen. Zudem werden transkulturelle Betrachtungen in der Traumatherapie immer wichtiger. Daher möchte dieser Artikel die beiden Aspekte, einerseits das Ablaufschema und andererseits transkulturelle Unterschiede, kurz thematisieren.

1. Ablaufschema der EMDR-Therapie: die Phasen 3 bis 7

Im EMDR-Ablaufschema ist die Modalität des Körpers von Beginn an Teil des therapeutischen Prozesses bei Shapiro (2018), dies gilt sowohl für die Phase 3, also auch für alle folgenden Phasen.

Phase 3:

Der Körper wird nach der SUD-Abfrage thematisiert („Wo spüren Sie das im Körper?“) und stellt damit den Abschluss der Phase 3 dar. Warum setzte Francine Shapiro die Körpermodalität an das Ende der Phase 3? Shapiro beschrieb den Körper als wichtigen Aspekt der Traumaerinnerung (Shapiro, 2018). Gleichzeitig beschreibt sie den Körper auch als den häufig besten Ausgangspunkt für Klient:innen, mit freier Assoziation zu arbeiten. Damit wird die Phase 4 durch die Fo-

kussierung auf den Körper am besten vorbereitet (Hofmann, 2021).

Lange wurde in deutschsprachigen Vorträgen und Büchern vom Körpergefühl gesprochen – dies soll heute durch die Trennung in Gefühle / Emotionen nicht mehr erfolgen, um diese beiden Modalitäten in Phase 3 besser getrennt betrachten zu können. Selbstverständlich ist dies eine etwas künstliche Trennung, da sich Menschen meist als Einheit betrachten und diese Modalitäten als mehr oder weniger verbunden wahrnehmen. In Phase 3 soll dabei an keiner der Modalitäten intensiv gearbeitet werden, sondern diese sollen



Dr. phil. Karsten R. Böhm
Vorsitzender EMDRIA
Deutschland e.V.
Psychologischer Psycho-
therapeut (VT, EMDR) EMDR
Therapeut, EMDR Supervisor,
EMDR Trainer

möglichst gleichwertig aktiviert werden, so dass in Phase 4 in freier Assoziation keine klaren Präferenzen therapeutisch herausgearbeitet werden. Häufig beobachten wir jedoch, dass der Körper in Phase 3 eine eher untergeordnete und beiläufige Rolle spielt. Im EMDR sollte die therapeutische Haltung ausdrücken, dass alle Modalitäten gleichwertig und auch in der Verarbeitung gleich wertvoll sein könnten. Wie die Verarbeitung schließlich stattfindet, soll jedoch nicht vorhergesagt, sondern in freier Assoziation in Phase 4 selbst hergestellt werden. Daher ist anzuraten, dass auch der Zeitaufwand in Phase 3 für die Modalitäten jeweils nicht zu unterschiedlich ist.

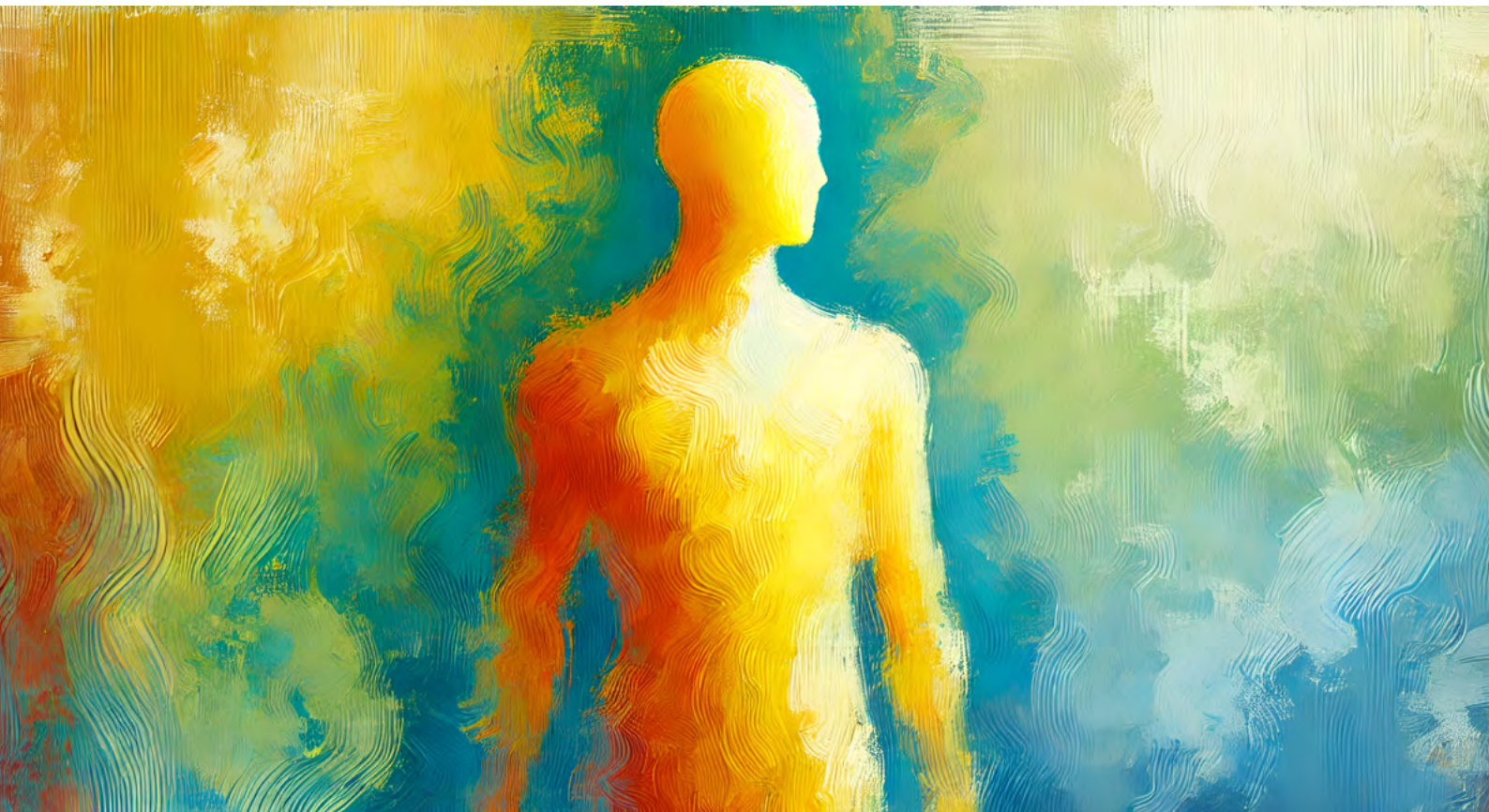
Phase 4:

Die Phase 4 wird eingeleitet, indem das Bild (1) gemeinsam mit der negativen Kognition (2) und der lokalisierten Körperempfindung (3) aus Phase 3 gemeinsam kontaktiert werden („Gehen Sie bitte damit in Kontakt.“). Dabei werden die Gefühle nicht erneut herangezogen, um Affektbrücken gerade zu Beginn der Phase 4 nicht zu stark aufkommen zu lassen. In freier Assoziation zu arbeiten, bedeutet, keiner Modalität eine übergeordnete Rolle aufzuerlegen. Jedoch können Affektbrücken eine Arbeit an dem vereinbarten Ziel, gerade bei komplex traumatisierten Menschen, erheblich erschweren. Im weiteren Verlauf der Verarbeitungskanäle entscheiden un- und teilbewusste Prozesse auf Seiten der Patient:innen, welche Modalitäten in welcher Kombination zur Verarbeitung herangezogen werden. Hierbei werden sehr häufig selbstverständlich auch Emotionen stark fokussiert und herangezogen.

Wichtig werden hier auch interindividuelle unterschiedliche Glaubenssätze und Verarbeitungswege, die in der EMDR-Therapie durch möglichst wenig Suggestion begleitet werden – daher empfiehlt es sich meist, die Modalitäten in Phase 4 nicht vorzugeben oder zu priorisieren. Allerdings erfolgen bei Blockaden immer wieder bewusste Modalitätsaktivierungen und -veränderungen. Hier stellt die Modalität „Körper“ nicht selten eine wichtige Einweibemöglichkeit dar. Gerade bei schweren körperlichen Traumafolgen (Verletzungsschwere beachten!) kann sich eine Blockade an Kognitionen und Emotionen zeigen, bei der der Wechsel auf eine mehr körperbezogene Betrachtung helfen kann. Jedoch sollte die freie Assoziation auch nach einer gelungenen Einweibeprozedur wieder alle Modalitäten erfassen dürfen und im therapeutischen Kontext durch wohlwollende Begleitung unterstützt und verstärkt werden.

Phase 5:

In der Verankerung der positiven Kognition mit den Resten der Erinnerung wurde in älteren Fassungen des Ablaufschemas im deutschsprachigen Bereich nicht selten die Körperabfrage verlangt. Dies stimmte jedoch nicht gänzlich mit dem Vorgehen von Shapiro überein, so dass der Körper hier abgefragt werden kann, jedoch kein Muss hierzu besteht („Wo spüren Sie das im Körper?“). Die Aktivierung des Körpers kann in Phase 5 die Verankerung in einigen Fällen verstärken. Daher sollte die Frage nach dem Körper in Phase 5 im therapeutischen Ermessen erwogen werden. Sie ganz wegzulassen, könnte individuell zu einer schlechteren Verknüpfung mit der positiven Kognition führen, was in der Folge zu weniger Selbstschutz und Widerstandskraft bei erneuter Traumaaktivierung und -erinnerung führen könnte.



Phase 6:

Der Körperscan stellt eine eigene Phase für die Modalität „Körper“ dar. Shapiro hat früh beobachtet, dass Aspekte der Traumaerinnerung durch den Körper auch nach einer scheinbar erfolgreichen EMDR-Therapie weiter bestehen können. Daher führte sie die Phase 6 mit dem Körpertest ein, um nicht an noch vorhandenen negativen Körpererinnerungen vorbei zu arbeiten. In der Praxis findet diese Phase meist zum Ende einer Sitzung statt und nicht selten versucht man, diese im therapeutischen Ablauf möglichst kurz zu halten. Es wäre jedoch zu empfehlen, sich für diese Phase etwas mehr Zeit zu nehmen und hier kritisch und langsam zu arbeiten, um wirklich die Reste einer Körpererinnerung abarbeiten zu können. Dabei erweist sich die schnelle bilaterale Stimulation als sehr effektive Methode, um noch vorhandene negative Körpererinnerungen abzuarbeiten.

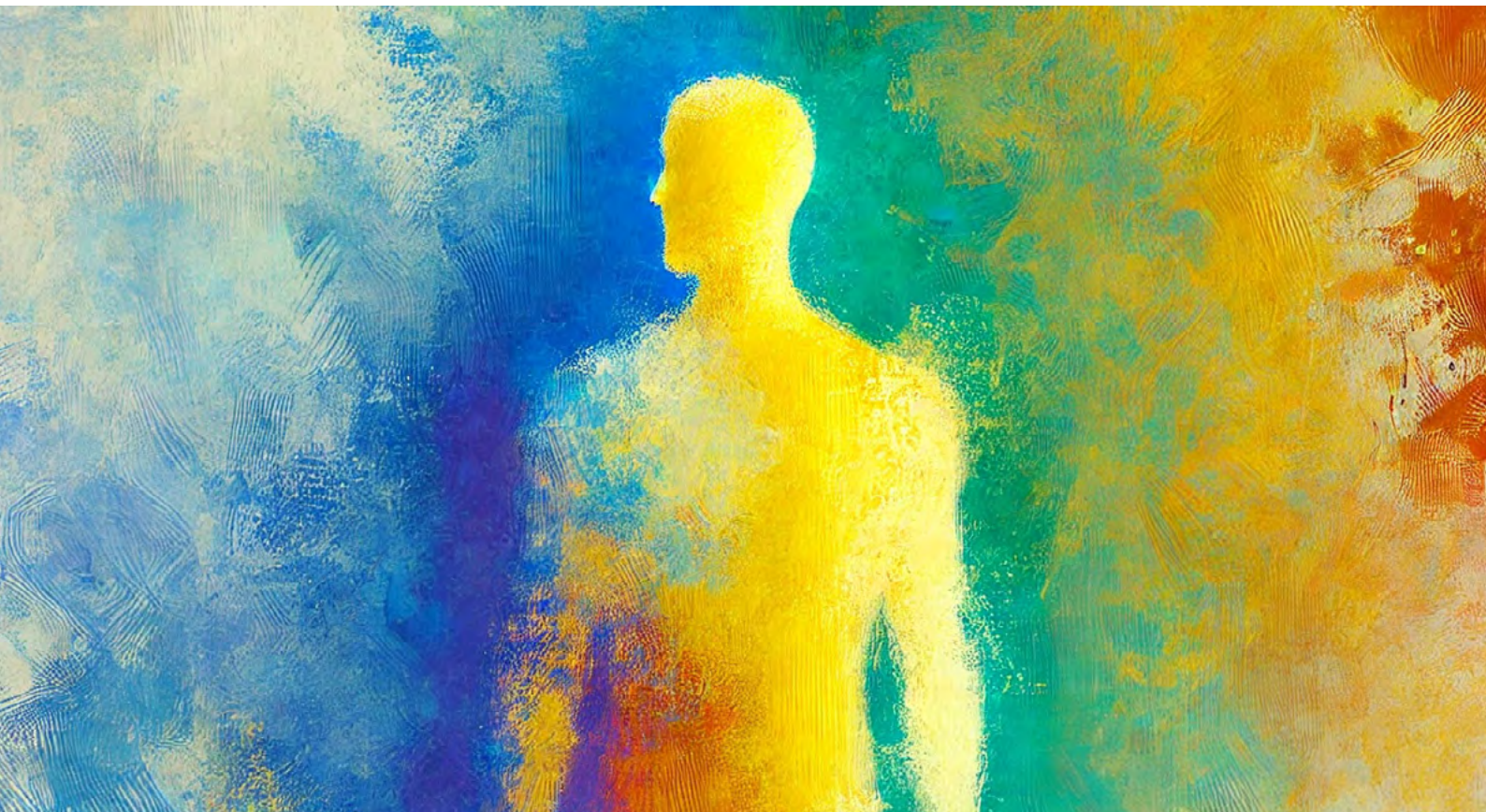
Phase 7:

In Nachbesprechung der Stimulationssitzung sollte zudem auf den Körper geachtet werden: Ist das Gegenüber noch fahrfähig? Welche Körpersprache ist zu beobachten? Vor allem: Wie viel an Anspannung oder Entspannung hat sich durch die Sitzung gezeigt, und wie ist die Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung hierzu? Dabei liefert der Körper nicht selten wichtige Information für weiter recht gut zu bearbeitende Ausgangsereignisse und Zielerinnerungen im weiteren EMDR-therapeutischen Prozess (Shapiro, 2018).

2. Körper als transkultureller Anker

2013 beschrieb die WHO die EMDR-Therapie im Unterschied zu anderen therapeutischen Vorgehensweisen als unterschiedliche Glaubenssätze akzeptierende und nicht negativ hinterfragende Therapievorgehensweise. Dies ist besonders bei transkulturellen Unterschieden ein

nis integriert werden können. Es kommt deshalb zu einem mehr oder weniger getrennten Speichern dieser Informationen im Gedächtnis. Man nennt dies auch Desintegration oder Fragmentierung des Bewusstseins. Bei transkulturellen Unterschieden macht sich dies nun dop-



großer Vorteil. Zur Erinnerung: Nach dem Erleben eines traumatischen Erlebnisses leiden viele Menschen unter Belastungen durch aufkommende Bilder, Gefühle, Gerüche oder Geräusche aus dem Traumageschehen. Diese Intrusionen oder Flashbacks verhindern eine Verarbeitung des Geschehenen und blockieren den Betroffenen, in den Alltag zurückzukehren. Ein Erklärungsmodell geht bei Traumatisierungen von einem „**sprachlosen Entsetzen**“ aus, in welchem die Erlebnisse zwar rektshemisphärisch visuell prozessiert, hierbei jedoch nicht linkshemisphärisch verbal verarbeitet werden. Die Patient:innen können die Erlebnisse somit nicht in Worte fassen, was die Verarbeitung der Traumata beeinträchtigt. Die Erfahrungen sind so außergewöhnlich und unerklärbar, dass sie nicht in das vorhandene Erfahrungsgedäch-

pelt bemerkbar. Einerseits kann eine unterschiedliche Einschätzung von Glaubenssätzen und Betrachtungsweisen nicht oder nur gemindert verbalisiert werden, andererseits wird bei kulturellen Unterschieden das Gefühl von Einsamkeit und Nicht-verstanden-Werden noch verstärkt. Dies führt nicht selten zu einer Resignation und einer Angst vor jeglichem therapeutischen Prozess. Daher ist es in der EMDR-Therapie so wichtig, Glaubenssätze nicht infrage zu stellen und Menschen unterschiedliche Verarbeitungswege anzubieten. Hierzu wird gerade nicht erklärt, wie Menschen Traumata verarbeiten, sondern auf die freie Assoziation und das Prozessieren hingewiesen. Die Selbstheilungskräfte sollen aktiviert werden und es soll selbstständig entschieden werden, über welche Kanäle die Verarbeitung stattfinden kann.

TraumaAid Germany

**bittet alle, die diesen Aufruf lesen, um eine Spende -
gerne auch als kontinuierlicher, kleiner Betrag.**

Die Not um uns herum ist zum Teil einfach unbeschreiblich groß!

Zielregionen sind die Länder im Nahen Osten
(Kurdistan/Irak/Libanon/Syrien) und die Ukraine



JEDE SPENDE HILFT!

Registernummer: VR 3907 Amtsgericht Duisburg
Vorstandsvorsitzender: Frank Hofmann

**TraumaAid Germany –
Sparkasse Duisburg – DE53 3505 0000 0214 0031 21
BIC: DUISDE33XXX**



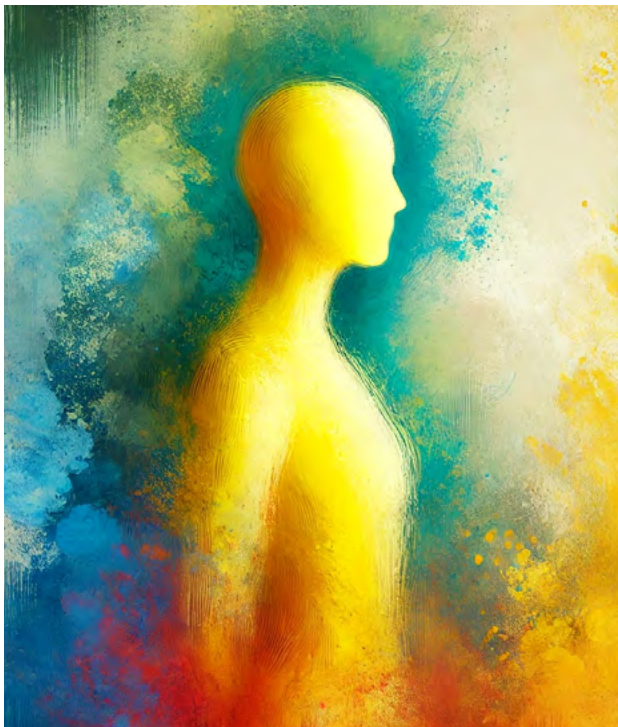
Verarbeitungsprozesse können transkulturell nur schwer konkret und sicher vorhergesagt werden. Eine Übersteigerung der Körpermodalitäten hierbei wäre wiederum ein Fehler. Daher sollte in einer transkulturellen EMDR-Therapie die Modalität „Körper“ früh thematisiert und der Umgang damit beim Gegenüber erfragt werden. In Phase 4 kann die Bezugnahme auf den Körper dann eine gute Einwebemöglichkeit darstellen. Jedoch sollte in der freien Assoziation eine zu starke Fokussierung auf den Körper unterbleiben.

TIPP: Gerade bei transkulturellen Therapiebeziehungen (in denen unterschiedliche Glaubenssätze selbstverständlich gelebt und vorhanden sein dürfen) lohnt es sich, auch in Phase 5 den Körper abzufragen.

Die Art des traumatischen Ereignisses sollte transkulturell ebenso beachtet werden. Zwar werden Schicksale nicht aufgerechnet, jedoch haben unterschiedliche Traumata auch unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten für die Betroffenen. Dabei wird in der Wissenschaft zunehmend zwischen Trauma („big T“) und Traumatisierung („small t“) unterschieden (Böhm, 2024). Big-T-Traumata sind Ereignisse von existentieller Bedrohung durch Angriffe auf den Körper, das Leben und die emotionale und soziale Existenz, die bei sich selbst oder bei sich direkt in der Situation befindenden Zeugen erlebt werden. Small-t-

Traumatisierungen sind scheinbar weniger katastrophale Ereignisse in Verbindung mit Schreck, Angst und Beschämung (Böhm 2021). Gerade diese small-t Erlebnisse werden zunehmend bei anderen psychischen Störungen behandelt. Transkulturell werden häufig beide Formen therapeutisch relevant. Auch in Form von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen werden small-t Ereignisse sichtbar. Menschen mit Fluchterfahrungen haben nicht selten „big T“ Traumata, jedoch auch small-t Erlebnisse. Die Struktur und Auswahl des Traumas ist hier relevant. Wurde der/die Betroffene zufällig oder gezielt ausgesucht? Handelt es sich um eine Naturkatastrophe, höheres Unglück oder eine absichtliche, menschengemachte Bedrohung oder Angriff? Daneben ist auch die Länge der Traumaewirkung auf den Betroffenen wichtig (z.B. 14 Stunden in einem seeuntauglichen Boot).

Der Körper wird als Modalität der Verarbeitung in der Zukunft der Psychotherapie eine immer wichtigere Rolle spielen. So ist es wahrscheinlich, dass eine 4. Welle der Psychotherapie eben den Körper zunehmend in den Fokus stellen wird, nachdem die 3. Welle vornehmlich emotionale und die 2. Welle die kognitiven Modalitäten akzentuiert hatten. In der EMDR-Therapie haben wir alle Modalitäten bereits im Blick und sind dieser Zukunftsentwicklung schon einen Schritt voraus. Die gleichwertige Verwendung aller Modalitäten ist der Anspruch moderner EMDR-Psychotherapie.



Literatur

Böhm, K. (20212). *EMDR in der Psychotherapie der PTBS. Traumatherapie praktisch umsetzen.* Heidelberg: Springer.

Böhm, K. (2024). *EMDR. (Blaue Reihe).* Göttingen: Hogrefe.

Hofmann, A. (20216). *EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen.* Stuttgart: Thieme.

Shapiro, F. (20183). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy.* New

Die Wirksamkeit von EMDR-Therapie bei somatischen Erkrankungen:

Eine Übersicht über aktuelle Forschungsergebnisse

Die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapie wurde ursprünglich als Methode zur Behandlung von traumatischen Erinnerungen und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) entwickelt. Die klinische Effektivität von EMDR bei traumatischen Störungen wurde in zahlreichen Meta-Analysen nachgewiesen (Chen, Zhang, Hu, & Liang, 2015; Davidson & Parker, 2001; Moreno-Alcazar et al., 2017; Seidler & Wagner, 2006), was zur Empfehlung durch die Weltgesundheitsorganisation als Erstlinientherapie für PTBS führte (2013). Bisher wurde

EMDR jedoch nicht in therapeutische Leitlinien für andere medizinische Erkrankungen aufgenommen, was wahrscheinlich auf die begrenzte Anzahl von Studien zu EMDR außerhalb von PTBS zurückzuführen ist. Dieser Artikel soll eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zum Einsatz von EMDR bei funktionellen Störungen und Schmerzen bieten.



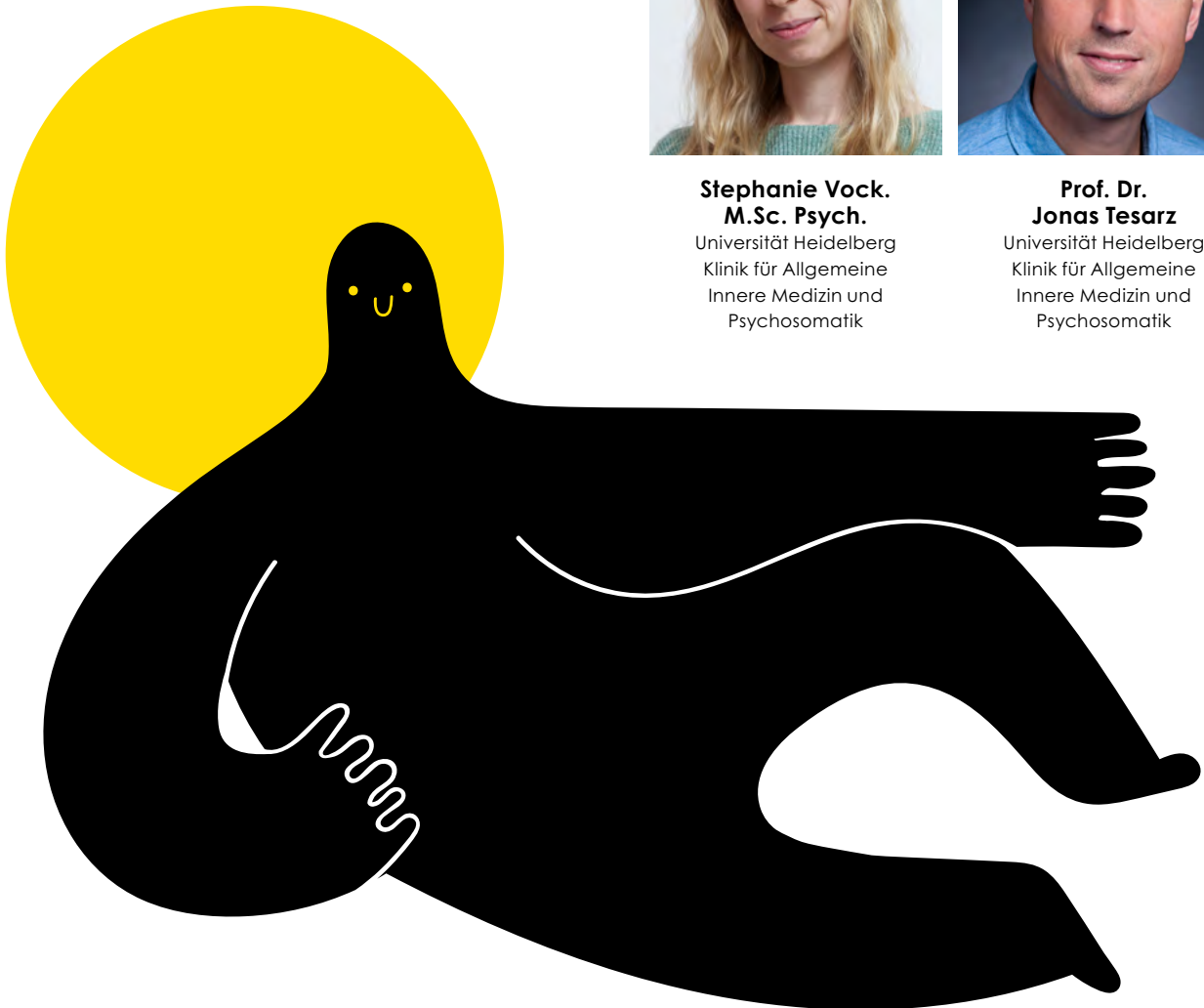
**Stephanie Vock.
M.Sc. Psych.**

Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine
Innere Medizin und
Psychosomatik



**Prof. Dr.
Jonas Tesarz**

Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine
Innere Medizin und
Psychosomatik



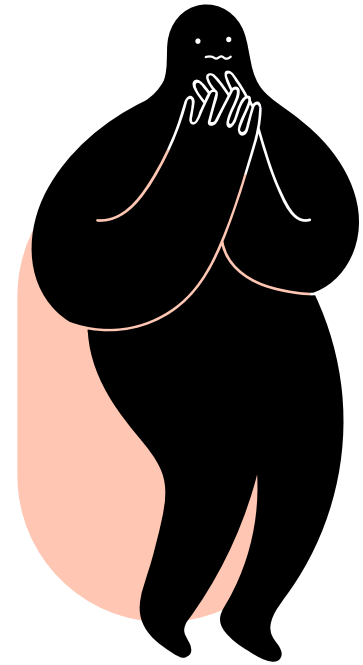
FUNKTIONELLE STÖRUNGEN

Funktionelle Beschwerden können mit breit gestreuten oder örtlich begrenzten Schmerzen oder körperlichen Beschwerden einhergehen, die kardiovaskuläre, gastrointestinale, respiratorische, urinogenitale und neurologische Probleme umfassen können (Haller, Cramer, Lauche, & Dobos, 2015). Des Weiteren können funktionelle Störungen eine Bandbreite von chronischen Schmerzen im Zusammenhang mit einem einzelnen Trauma (wie zum Beispiel ein leichtes Schleudertrauma) bis hin zu systemweiten Symptomen im Zusammenhang mit chronischem Stress und/oder multiplen Traumata umfassen, wie zum Beispiel Fibromyalgie oder das Reizdarmsyndrom (Albrecht & Rice, 2016; Osterland et al., 2019).

Zwar gibt es inzwischen zahlreiche Belege für einen Zusammenhang zwischen funktionellen Störungen und traumatischen Erlebnissen, doch die wissenschaftliche Literatur zur Pathophysiologie und zu potenziellen therapeutischen Strategien ist nach wie vor sehr unterschiedlich. Eine der größten Herausforderungen besteht darin, dass es sich bei funktionellen Störungen nicht um eine einzelne Krankheit handelt. Vielmehr umfasst der Begriff eine Reihe von Erscheinungsformen wie chronische Müdigkeit, funktionelle neurologische Störungen (wie myoklonische Bewegungen), funktionelle nicht-epileptische Anfälle, Fibromyalgie, chronische Schmerzen und allgemeine somatische

Beschwerden (Malterud & Aamland, 2019).

Da sich die Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen psychischen Traumata und funktionellen Störungen häufen, hat sich die Forschung auf die Bewertung der Wirksamkeit von Trauma-fokussierten Therapien für diese Bevölkerungsgruppe verlagert. Infolgedessen gibt es eine Vielzahl von Einzelfallberichten und Fallserien, die die Anwendung von EMDR bei der Behandlung von Patienten mit funktionellen Störungen untersuchen. Die vorhandene Literatur umfasst in erster Linie Einzelfallstudien und kleine kontrollierte Studien, die den sicheren und erfolgreichen Einsatz von EMDR bei der Behandlung von Erkrankungen wie dissoziativer Blindheit (Altunbaş, 2018), Bewegungsstörungen (Silver, Rogers, & Russell, 2008), psychogenen Anfällen (Chemali & Meadows, 2004; Cope, 2020; Kelley & Benbadis, 2007) und chronischer Müdigkeit (Royle, 2008) dokumentieren. Die meisten dieser Studien berichteten über anhaltende und manchmal bemerkenswerte Verbesserungen der Symptome. Aufgrund der begrenzten Anzahl und des begrenzten Umfangs der Studien sowie der methodischen Einschränkungen, die mit den vorhandenen Forschungsergebnissen einhergehen, können jedoch derzeit keine endgültigen Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit von



SCHMERZ

EMDR bei funktionellen Störungen gezogen werden.

Millionen von Menschen weltweit sind von Schmerzen betroffen, die sich zu einem bedeutenden Gesundheitsproblem entwickelt haben. Mit einer alternden Bevölkerung und einer Zunahme chronischer Krankheiten steigt die Prävalenz von Schmerzen stetig an und trägt zu einer wachsenden gesellschaftlichen Belastung bei (Wettstein & Tesarz, 2023).

Die Auswirkungen von Schmerzen erstrecken sich über rein körperliche Beschwerden hinaus und ziehen erhebliche soziale, wirtschaftliche und psychologische Konsequenzen nach sich. Daher gewinnen die Behandlung und das Management von Schmerzen zunehmend an Bedeutung als integraler Bestandteil der öffentlichen Gesundheit.



Die EMDR-Meisterklasse in Marburg bietet spezielle EMDR-Fortbildungen:



EMDR für Anfänger*innen

für Psychotherapeut*innen nach EMDR Basistraining

Psychotraumatologie mit EMDR

für Psychotherapeut*innen nach EMDR Basistraining

EMDR bei Sozialen Angststörungen

für Psychotherapeut*innen nach EMDR Basistraining

EMDR bei div. F-Diagnosen

für Psychotherapeut*innen nach EMDR Basistraining

EMDR bei Angststörungen

für Psychotherapeut*innen nach EMDR Basistraining

Paartherapie mit EMDR-Elementen

für Psychotherapeut*innen nach EMDR Basistraining

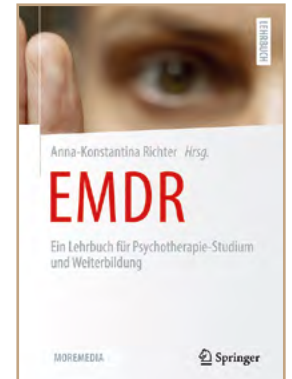
Sie erhalten 9 Fortbildungspunkte/
6 CPD EMDRIA Credits.

Je 8 x 45 min., hybrid in Marburg/in Zoom.

Anmelden und Platz sichern unter

www.zpbt-marburg.de!

Veröffentlichungen:



Anna-Konstantina Richter

Anna-Konstantina Richter ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Fachkunde Verhaltenstherapie), zertifizierte EMDR-Supervisorin, akkreditierte VT-Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin.

Autorin von Fachbüchern und Fachartikeln.



Zentrum für psychologische
Beratung und Training
Richter & Mohamed GbR

D - 35037 Marburg/Germany
Biegenstr. 4 (2. OG Lahn Center)
Tel.: +49 6421 6970950
Tel.: +49 6421 6970951

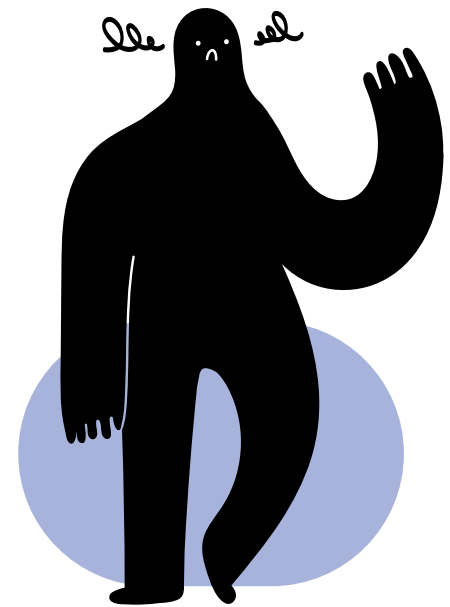
Zum Zentrum: <http://www.zpbt-marburg.de>
Zur Autorenwebsite: <https://www.annakonstantinarichter.de/>
E-Mail: empfang@zpbt-marburg.de
www.zpbt-marburg.de

Es ist von Bedeutung, zwischen akuten und chronischen Schmerzen zu unterscheiden. Akute Schmerzen neigen dazu, selbstlimitierend zu sein und verschwinden gewöhnlich mit der Heilung des Körpers. Im Kontrast dazu sind chronische Schmerzen – definiert als Schmerzen, die über einen Zeitraum von drei Monaten hinaus andauern oder regelmäßig wiederkehren – mit erheblichem emotionalem Leid und funktionellen Einschränkungen assoziiert (Treede et al., 2019). Die längere Dauer und das regelmäßige Wiederauftreten chronischer Schmerzen verdeutlichen die Komplexität und Schwere der Auswirkungen auf den Betroffenen.

Mehrere randomisierte kontrollierte Studien haben die Wirksamkeit von EMDR bei der Behandlung von chronischen Schmerzzuständen nachgewiesen. Besonders effektiv scheint die Behandlung von Phantomschmerzen zu sein. In einer Studie von Rostaminejad, Behnam-moghadam, Rostaminejad, Behnam-moghadam, and Bashti (2017) wurden 30 Patient*innen mit Amputationen innerhalb eines Monats mit 12 EMDR Sitzungen behandelt. Sowohl die Subjective Unit of Distress als auch die Pain Rating Scale verbesserten sich signifikant und die Effekte wa-

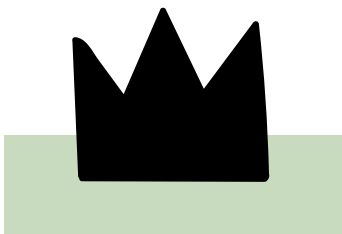
ren auch noch nach einem und nach 24 Monaten stabil. Auch bei chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats (Gerhardt, Leisner, et al., 2016) und Rückenschmerzen (Gerhardt, Eich et al., 2016) konnte bei 50% der Patient*innen eine signifikante Reduktion der Schmerzintensität und der Beeinträchtigung erzielt werden. Eine weitere weit verbreitete Schmerzerkrankung sind Kopfschmerzen. Die Weltgesundheitsorganisation gibt an, dass etwa eine von 20 Personen unter nahezu täglichen Kopfschmerzen leidet. Besonders häufig sind vor allem die primären Kopfschmerzerkrankungen wie Spannungskopfschmerz, Migräne und Cluster Kopfschmerz. In einer Studie von Konuk, Epözdemir, Atçeken, Aydın, and Yurtsever (2011) konnte die Wirkung von EMDR auf Migräne nachgewiesen werden. Besonders die Anfallhäufigkeit, die Migränetage sowie auch die Dauer der Anfälle konnten hier signifikant reduziert werden. Zusätzlich konnten die Medikamenteneinnahme und die Besuche in der Notaufnahme aufgrund der Migräne deutlich reduziert werden.

Weitere Schmerzerkrankungen, bei denen EMDR bereits gute Effekte gezeigt hat sind Fibromyalgie (Friedberg, 2004) und rheumatoide Arthritis (Matthijssen, Niemantsverdriet, Huizinga, & van der Helm-van Mil, 2020; Tesarz, Wicking, Bernardy, & Seidler, 2019). Diese Untersuchungen haben gezeigt, dass EMDR die Schmerzintensität reduzieren kann, ebenso wie die schmerzbedingte Beeinträchtigung und das damit verbundene psychische Leiden (Leisner et al., 2014).



TINNITUS

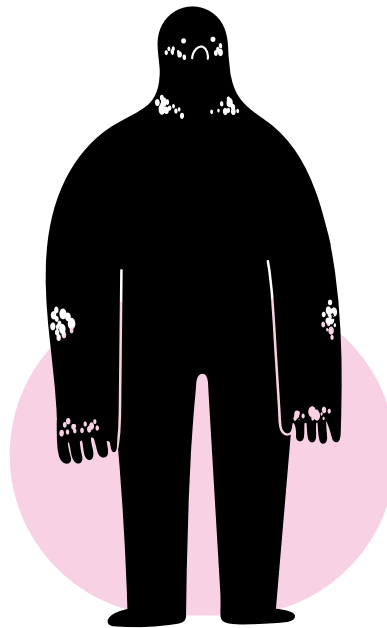
Auch ein positiver Effekt bei der Behandlung von Tinnitus konnte bereits nachgewiesen werden. Tinnitus ist ein subjektiv wahrgenommener Höreindruck in Abwesenheit eines physikalischen Reizes. Obwohl der Tinnitus relativ häufig ist, ist es nach wie vor eine wenig erforschte Erkrankung. Es scheinen jedoch emotionale und psychologische Faktoren die Intensität und den Leidensdruck zu modellieren. Daher sind psychotherapeutische Verfahren auch hier naheliegend als Therapiemaßnahme. In mehreren Studien wurden Patient*innen, die unter einem Tinnitus leiden, mit EMDR-Sitzungen behandelt, wobei sowohl eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität erzielt werden konnte als auch eine Reduktion der Einschränkungen und Beeinträchtigung durch den Tinnitus im alltäglichen Leben (D'Andréa, Giaccherio, Roger, Vandersteen, & Guevara, 2022; Phillips, Erskine, Moore, Nunney, & Wright, 2019; Rikkert, van Rood, de Roos, Ratter, & van den Hout, 2018).





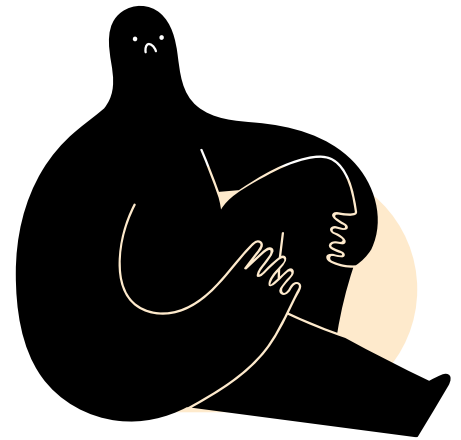
REIZDARM-SYNDROM

Da EMDR vor allem bei chronischen Schmerzen zu einer Linderung führt, ist es naheliegend, dass auch eine Verbesserung bei Reizdarmsyndrom-Patient*innen erzielt werden könnte. Laut Wertheim, Aarts, de Roos, and van Rood (2023) legt die Forschung zur Pathogenese von Bauchschmerzen beim Reizdarmsyndrom (IBS) nahe, dass eine veränderte Verarbeitung von Signalen entlang der Darm-Hirn-Achse, die mit schmerzbezogenen Erwartungen und Lernprozessen zusammenhängt, zu chronischen Schmerzen bei IBS beitragen kann. Die Studie von Wertheim et al. (2023) zielt darauf ab, zu untersuchen, ob die Anwendung von EMDR auf traumatische Erinnerungen, einschließlich schmerzbezogener Erinnerungen, die Bauchschmerzen bei IBS-Patienten reduzieren wird. Trotz vielversprechender Ergebnisse in der klinischen Praxis wurde bisher noch keine Forschung zum Effekt von EMDR auf Bauchschmerzen bei IBS durchgeführt.



NEURODERMITIS

Auch zu der Wirkung auf chronische Hauterkrankungen gibt es bereits einige Fallberichte, die eine gute Wirksamkeit von EMDR nachweisen. So beschreiben Gupta and Gupta (2002) vier Fallberichte über Patient*innen mit verschiedenen Hauterkrankungen wie Psoriasis oder Dermatitis, welche nur nach wenigen EMDR Sitzungen, welche vor allem Ängste und Situationen adressierten, die häufig zu einer Zunahme der Symptomatik führten, eine deutliche Verbesserung berichteten. Bei allen Patient*innen waren die Erfolge auch noch nach 9 bis 12 Monaten vorhanden.



DYSMENORRHOE

Starke Menstruationsschmerzen, im Zusammenhang mit Endometriose oder auch ohne zugrundeliegende Erkrankung, sind eine besondere Schmerzerkrankung, da sie ausschließlich menstruierende Personen betrifft. In einer Studie von Valedi et al. (2022) wurden 39 Patientinnen in einer randomisiert kontrollierten Studie mit EMDR behandelt. Nach maximal 6 EMDR Sessions konnte keine signifikante Verbesserung der Schmerzsymptomatik und keine Reduktion von Ängsten gemessen werden. Da EMDR aber bereits vielfach als wirksam bei Ängsten eingesetzt wurde, scheinen hier möglicherweise andere Gründe für die geringe Wirksamkeit verantwortlich zu sein. So geben die Autoren an, dass der EMDR-Therapeut noch sehr unerfahren mit EMDR war und innerhalb der Studie das erste Mal die Methode angewendet hat. Insgesamt bleibt zu hoffen, dass weitere Forschungen zur Behandlung von Dysmenorrhoe angestrebt werden.

Besonderheiten in der EMDR-Arbeit bei Patienten mit körperlichen Symptomen:

Bei der Anwendung von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung funktioneller Störungen sind einige Besonderheiten zu beachten. Diese können in drei Hauptpunkte unterteilt werden:

Identifizierung der zugrundeliegenden emotionalen Auslöser:

Funktionelle Störungen,

wie funktionelle neurologische Störungen, komplexe chronische Schmerzstörungen oder das Reizdarmsyndrom, haben häufig keine monokausale Genese. Emotionale und psychische Faktoren spielen bei der Entstehung und vor allem bei der Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle. EMDR zielt darauf ab, belastende Erinnerungen und traumatische Erlebnisse, die möglicherweise mit den Symptomen der funktionellen Störung in Zusammenhang stehen, zu identifizieren und zu bearbeiten. Die Herausforderung besteht darin, diese oft tief verborgenen oder vom Patienten nicht direkt mit der Störung in Verbindung gebrachten Erlebnisse therapeutisch zugänglich zu machen. Eine besondere Schwierigkeit kann darin bestehen, dass der Patient erst einen emotionalen Zugang zu diesen Erfahrungen finden muss, was sowohl bei der Behandlungsplanung als auch bei der Anwendung therapeutischer Techniken zu berücksichtigen ist.

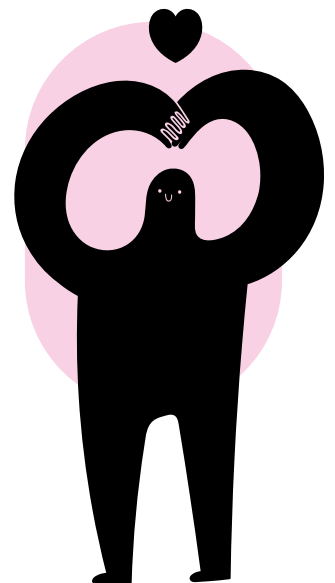
Anpassung der Therapietechnik:

Die Standardprotokolle von EMDR müssen möglicherweise an die Besonderheiten funktioneller Störungen angepasst werden. Dies betrifft möglicherweise die Modifikation der bilateralen Stimulation, die Auswahl der zu bearbeitenden Erinnerungen oder die Intensität und Dauer der Therapiesitzungen. Die Anpassung soll sicherstellen, dass die Therapie den Patienten nicht überfordert und die Symptome nicht verschlimmert. Insbesondere bei Patienten mit einer hohen Sensibilität für körperliche Empfindungen ist ein sensibles Vorgehen erforderlich, um einen positiven therapeutischen Effekt zu erzielen. Bei der Behandlung von Patienten mit körperlichen Beschwerden spielen der interozeptive Zugang zu belastenden Erinnerungen, die Bearbeitung von Körperängsten und die Stärkung des Vertrauens in den eigenen Körper sowie die Entwicklung einer körperbezogenen Sicherheit eine wichtige Rolle.

Einbindung in einen multimodalen Behandlungsansatz:

Die Behandlung funktioneller Störungen erfordert häufig einen multimodalen Ansatz, der neben EMDR auch andere therapeutische Maßnahmen wie kognitive Verhaltenstherapie, Physiotherapie oder ärztliche Behandlung umfasst. EMDR sollte daher nicht isoliert, sondern als Teil eines umfassenden Behandlungsplans betrachtet werden. Die Koordination mit anderen Therapieformen und die Abstimmung der Behandlungsziele sind entscheidend, um den Patienten ganzheitlich zu unterstützen und die Effektivität der Behandlung zu maximieren. Diese Besonderheiten erfordern eine sorgfältige Planung und Durchführung der EMDR-Therapie durch erfahrene Therapeuten, die mit den spezifischen Herausforderungen funktioneller Störungen vertraut sind.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass EMDR aufgrund der Überlappungen zwischen Trauma und Schmerz sowie möglicherweise aufgrund der Beeinflussung neurologischer Prozesse, die mit chronischen Schmerzen verbunden sind, als Behandlung für zahlreiche somatische Symptome in Betracht gezogen werden kann. Obwohl es viele Gemeinsamkeiten zwischen Trauma und funktionellen Störungen gibt, gibt es auch ausreichend Unterschiede, die verschiedene Anpassungen des Standardprotokolls rechtfertigen. Forschungsergebnisse legen nahe, dass die EMDR-Behandlung von funktionellen Störungen erfolgreichere Ergebnisse erzielt als die EMDR-Behandlung von chronischen sekundären Schmerzen. Allerdings sind alle bisherigen Studien durch eine geringe Stichprobengröße und ihre monozentrische Natur gekennzeichnet. Es sind umfangreiche multizentrische Studien erforderlich, um die Gesamteffektivität der Methode zu belegen, einschließlich der Frage, in welchen Untergruppen sie am effektivsten ist.



Referenzen

- Albrecht, P. J., & Rice, F. L. (2016). Fibromyalgia syndrome pathology and environmental influences on afflictions with medically unexplained symptoms. *Reviews on environmental health*, 31(2), 281-294.
- Altunbaş, F. D. (2018). Treating daytime blindness with eye movement desensitization and reprocessing: a case report. *The European Research Journal*, 4(4), 421-424.
- Chemali, Z., & Meadows, M. E. (2004). The use of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of psychogenic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 5(5), 784-787.
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(6), 443-451.
- Cope, S. R. (2020). EMDR as an adjunctive psychological therapy for patients with functional neurological disorder: illustrative case examples. *Journal of EMDR practice and research*.
- D'Andréa, G., Giaccherio, R., Roger, C., Vandersteen, C., & Guevara, N. (2022). Evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the management of tinnitus. An observational study. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 139(2), 65-71.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 305.
- Friedberg, F. (2004). Eye movement desensitization in fibromyalgia: A pilot study. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4), 245-249.
- Gerhardt, A., Eich, W., Janke, S., Leisner, S., Treede, R.-D., & Tesarz, J. (2016). Chronic widespread back pain is distinct from chronic local back pain: evidence from quantitative sensory testing, pain drawings, and psychometrics. *The Clinical Journal of pain*, 32(7), 568-579.
- Gerhardt, A., Leisner, S., Hartmann, M., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., & Tesarz, J. (2016). Eye movement desensitization and reprocessing vs. treatment-as-usual for non-specific chronic back pain patients with psychological trauma: a randomized controlled pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 201.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2002). Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery: Incorporating Medical and Surgical Dermatology*, 6, 415-421.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(16), 279.
- Kelley, S. D., & Benbadis, S. (2007). Eye movement desensitization and reprocessing in the psychological treatment of trauma-based psychogenic non-epileptic seizures. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 14(2), 135-144.
- Konuk, E., Epözdemir, H., Atçeken, Ş. H., Aydın, Y. E., & Yurtsever, A. (2011). EMDR treatment of migraine. *Journal of EMDR practice and research*, 5(4), 166-176.
- Leisner, S., Gerhardt, A., Tesarz, J., Janke, S., Seidler, G., & Eich, W. (2014). Frühe Missbrauchserlebnisse bei chronischem Kreuzschmerz. *Schmerz*, 28, 600-606.
- Malterud, K., & Aamland, A. (2019). Medically unexplained symptoms: are we making progress? In (Vol. 69, pp. 164-165): *British Journal of General Practice*.
- Matthijssen, X. M., Niemantsverdriet, E., Huizinga, T. W., & van der Helm-van Mil, A. H. (2020). Enhanced treatment strategies and distinct disease outcomes among autoantibody-positive and-negative rheumatoid arthritis patients over 25 years: a longitudinal cohort study in the Netherlands. *PLoS medicine*, 17(9), e1003296.
- Moreno-Alcazar, A., Treen, D., Valiente-Gomez, A., Sio-Eroles, A., Perez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in psychology*, 8, 1750.
- Osterland, T. B., Kasch, H., Frostholm, L., Bendix, T., Jensen, T. S., Jensen, J. S., & Carstensen, T. B. (2019). Precollision medical diagnoses predict chronic neck pain following acute whiplash trauma. *The Clinical Journal of pain*, 35(4), 304-314.
- Phillips, J. S., Erskine, S., Moore, T., Nunney, I., & Wright, C. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for tinnitus. *The Laryngoscope*, 129(10), 2384-2390.
- Rikkert, M., van Rood, Y., de Roos, C., Ratter, J., & van den Hout, M. (2018). A trauma-focused approach for patients with tinnitus: the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing – a multicentre pilot trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1512248.
- Rostaminejad, A., Behnamoghdam, M., Rostaminejad, M., Behnamoghdam, Z., & Bashti, S. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing on the phantom limb pain of patients with amputations within a 24-month follow-up. *International Journal of Rehabilitation Research*, 40(3), 209-214.
- Royle, L. (2008). EMDR as a therapeutic treatment for chronic fatigue syndrome (CFS). *Journal of EMDR practice and research*, 2(3), 226-232.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological medicine*, 36(11), 1515-1522.
- Silver, S. M., Rogers, S., & Russell, M. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *Journal of clinical psychology*, 64(8), 947-957.
- Tesarz, J., Wicking, M., Bernardy, K., & Seidler, G. H. (2019). EMDR therapy's efficacy in the treatment of pain. *Journal of EMDR practice and research*, 13(4), 337-344.
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *pain*, 160(1), 19-27.
- Valedi, S., MoradiBaglooei, M., Ranjbaran, M., Chegini, V., Griffiths, M. D., & Alimoradi, Z. (2022). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in reducing anxiety among female university students with primary dysmenorrhea. *BMC psychology*, 10(1), 50.
- Wertheim, B., Aarts, E., de Roos, C., & van Rood, Y. (2023). The effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on abdominal pain in patients with irritable bowel syndrome (IBS): a study protocol for a randomized controlled trial (EMDR4IBS). *Trials*, 24(1), 785.
- Wettstein, M., & Tesarz, J. (2023). Increasing pain prevalence and intensity among middle-aged and older adults: Evidence from the German Ageing Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 168, 111233.





**Dr. med. Friederike
Oppermann-Schmid**
Ärztin für Allgemeinmedizin und
Psychotherapie, Supervisorin
(ÄKN, EMDR Europe)

Effekte der EMDR Therapie auf somatische Komorbiditäten der k-PTBS

**Zusammenhänge zwischen frühem
Trauma und späterer Erkrankung**

Spätestens seit Veröffentlichung der „Adverse Childhood Experiences“ Studie von Felitti und seiner Arbeitsgruppe in 1998 werden die Zusammenhänge zwischen Kindheitstraumatisierungen und schweren psychischen und somatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter diskutiert.

Die nachfolgenden Studien legen anschaulich dar, dass psychische Traumatisierungen sowohl seelische als auch somatische Erkrankungen nach sich ziehen können.

Die 10 ACE-Kategorien:

- **Körperliche Gewalt**
- **Sexualisierte Gewalt**
- **Emotionale Gewalt**
- **Körperliche Vernachlässigung**
- **Emotionale Vernachlässigung**
- **Kontakt mit häuslicher Gewalt**
- **Suchtmittelgebrauch im Haushalt**
- **Psychische Erkrankungen im Haushalt**
- **Trennung / Scheidung der Eltern**
- **Inhaftierung eines Familienmitgliedes**

Der US-amerikanische Epidemiologe Vincent Felitti und sein Teamkollege, der Epidemiologe Robert Anda hatten rund 14.000 US-amerikanische Erwachsene untersucht und zu Kindheitsbelastungen befragt. Diese Kindheitsbelastungen „Adverse Childhood Experiences (ACE)“ waren sieben Kategorien zugeordnet: Erfahrung psychischer, körperlicher oder sexualisierter Gewalt, Gewalt gegen ein Familienmitglied, Drogenmissbrauch in der Familie, psychisch Kranke oder Suizidgefährdete im Haushalt, Inhaftierung eines Haushaltsmitglieds.

Die Forschungsgruppe sah direkte lineare Zusammenhänge und ein Dosis-Wirkungs-Verhältnis zwischen der Anzahl vorhandener Kategorien und dem Vorhandensein somatischer Erkrankungen sowie dem gesundheitlichen Risikoverhalten (4).

Eine aktuelle Studie der Universität Greifswald hat die Daten von 156.807 Teilnehmer*innen der NAKO Gesundheitsstudie bezüglich der Zusammenhänge zwischen Kindheitstrauma und dem Auftreten psychischer und somatischer Erkrankungen im Erwachsenenalter analysiert. Kindheitstraumata wurden in fünf Kategorien unterteilt: emotionale Vernachlässigung und emotionale Gewalt, körperliche Vernachlässigung und körperliche Gewalt, sowie sexualisierte Gewalt. Die Forscher fanden im Ergebnis eine

erhöhte Krankheitsinzidenz, ein früheres Erkrankungsalter und auch schwerere Krankheitsverläufe nach Kindheitstraumatisierungen.

Allerdings wurden nur zwei psychische Erkrankungen, nämlich Angst und Depression, berücksichtigt. Anzumerken ist, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung bisher nicht kodiert werden konnte, insofern davon auszugehen ist, dass sich hinter den Diagnosen „Angst“ und „Depression“ eine nach mittelgradigem und insbesondere schwerem Kindheitstrauma zu erwartende Traumafolgestörung verbirgt.

Bei den somatischen Erkrankungen wurden fünf als für persönliche und gesellschaftliche Krankheitslast besonders relevante, nämlich Krebs, COPD, Myokardinfarkt, Schlaganfall und Diabetes mellitus, in die Studie einbezogen.

Die interessante Frage, inwieweit Betroffene sowohl psychisch wie auch körperlich erkrankt waren, bleibt unbeantwortet.



EMDRKIT

EMDR equipment
for professionals



★ Trustpilot

EMDR KIT WIRELESS



- WIRELESS
- ADJUSTABLE IN HEIGHT
- EXTRA FUNCTIONS
- CONTROLLED WITH APP

EMDR KIT CLASSIC



- WIRED
- ADJUSTABLE IN HEIGHT
- EASY TO TRANSPORT
- CONTROLLED WITH CONTROLLER

■ Fast shipping ■ CE certified ■ 2 Year warranty ■ Excellent service

- Anzeige -

www.EMDRkit.com

Nach klinischer Erfahrung ist diese Konstellation jedoch häufig und führt letztlich dazu, dass betroffene Patient*innen in unseren psychotherapeutischen Praxen vorstellig werden.

Die somatischen wie auch die psychischen Diagnosen wurden anhand eines Fragebogens erhoben, der von

den Betroffenen ausgefüllt wurde. Vincent Felitti und sein Team hatten, was das Besondere dieser Studie ausmacht, die Befragten selbst untersucht.

Interessant ist für uns als EMDR-Therapeut*innen das Resümee der Autor*innen, dass nicht nur präventive Programme und frühzeitige Interventionen hilfreich sein könnten, das spätere Auftreten einer Erkrankung zu verhindern. Auch bei bereits bestehender Erkrankung könnte die Behandlung des Kindheitstrauma Lebensqualität und Krankheitsprognose verbessern (9).

Eine weitere aktuelle, von Paul Greenman veröffentlichte Arbeit fasst die Zusammenhänge zwischen Bindungstraumatisierungen der Kindheit und im Erwachsenenalter auftretenden somatischen Folgen zusammen: dem Risiko für DNA-Veränderungen, dem Risiko, an metabolischem Syndrom und Übergewicht zu leiden, oder dem Risiko für chronischen Schmerz, funktionelle neurologische und motorische Störungen, psychogene Anfallsleiden oder Somatisierung.

Er beschreibt anschaulich, dass Opfer von Kindheitstraumatisierungen meist unter beidem, psychischen und physischen Gesundheitsstörungen, leiden.

Dabei geht er auch auf die - bisher bekannten - zugrunde liegenden Veränderungen endokriner und immunologischer Prozesse ein (5).

Physiologie und Pathophysiologie der Stressverarbeitung

Für ein besseres Verständnis dieser Reaktionen lassen Sie uns zunächst einen Blick auf die physiologischen Stressreaktionen werfen:

Bei akutem Stress werden zentral zwei Reaktionen gleichermaßen in Gang gesetzt:

Eine betrifft die HPA-Achse (engl. hypothalamus-pituitary-adrenocortical axis, deutsch HHNA-Achse = Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) und stellt eine hormonelle Reaktion dar. Über diese Achse wird in Stresssituationen das Hormon Cortisol vermehrt freigesetzt.

Die zweite, die sogenannte SNA oder SAM-Achse (Sympathikus-Nebennierenmark-Achse), vermittelt den Weg vom limbischen System über das sympathische Nervensystem zum Nebennierenmark, wo Neurotransmitter, die Katecholamine Noradrenalin und Adrenalin, ausgeschüttet werden. Diese ermöglichen schnelle Stressreaktionen (fight-flight-reaction / Kampf-Flucht-Reaktionen).

Bei akutem Stress ermöglicht der erhöhte Sympathikotonus durch Erhöhung von Blutdruck, Herzfrequenz und Muskeltonus gezielte und der Situation angepasste Reaktionen. Cortisol aktiviert Stoffwechselprozesse, die die dafür erforderlichen Verbren-



nungsstoffe bereitstellen (zB Glukoneogenese, Proteinabbau). Zeitgleich wirken Katecholamine und Cortisol auf das Immunsystem ein und verhindern dort durch einen sogenannten TH1 / TH2-Shift eine übermäßige stressinduzierte Immunreaktion. Cortisol übernimmt aber auch gleichzeitig eine regulierende Feedback-Funktion. Über zentrale Glukokortikoidrezeptoren reguliert es die Stressreaktion herunter und führt zu einer Homöostase mit Aktivierung des Parasympathikus. Dies dient unter anderem der PTBS-Prävention.

Unterliegt unser Organismus andauerndem chronischem Stress, bleibt diese „Herunterregulierung“ aus. Das hat neben einem dauerhaft hohen Sympathikotonus mit hoher Herzfrequenz, erniedrigter Herzraten-

variabilität, Blutdruckerhöhung und Körperanspannung einen andauernden TH1 / TH2-Shift des Immunsystems zur Folge (11).

TH1 bezeichnet die zelluläre Immunabwehr, die Wundheilung, unspezifische Virusabwehr und Krebsabwehr gewährleistet.

TH2 bezeichnet die humorale Immunabwehr, die spezifische Antikörper gegen Erreger bereit stellt, aber auch allergische Reaktionen katalysiert.

Kommt es zu einem andauernden TH1 / TH2-Shift, hat das weitreichende Konsequenzen für die Immunabwehr, die Abwehr von Krebszellen, für Wundheilung und Entzündungsprozesse.

Bei weiterhin andauerndem Stress erschöpft sich die HPA-Achse mit Erschöpfung der Cortisolausschüttung. Gleichermassen reduziert sich die Antwortbereitschaft der Glukokortikoidrezeptoren, mit der Konsequenz einer chronischen Entzündungssituation (2, 11).

Früher Stress und die Auswirkungen auf die Hirnentwicklung

Werfen wir nun einen Blick auf die Auswirkungen von frühen Stressoren auf die kindliche Entwicklung:

Die Grundlage für die Hirnleistung wird pränatal genetisch festgelegt. Analog zu einem „Rohbau“ ist das menschliche Großhirn bis zur Geburt mit allen Basisanlagen ausgestattet. Entwicklungsbeeinträchtigend können sich in dieser Periode bestimmte Infektionen, Toxine, Strahlung und Hypoxien auswirken.

Allerdings scheint mütterlicher Stress bereits in dieser pränatalen Phase auch epigenetische Auswirkungen zu haben: Forscher konnten bei Neugeborenen, deren Mütter in der Schwangerschaft außergewöhnlichen Stressoren ausgesetzt waren, eine erniedrigte Herzratenvariabilität als Ausdruck einer Dysbalance zwischen Sympathiko- und Parasympathikotonus, nachweisen (8).

Die erreichbare Hirnleistung wird postnatal epigenetisch bestimmt: Der „Ausbau“ für Hirnleistung und ein funktionsfähiges Netzwerk erfolgt postnatal durch Myelinisierung, Synaptogenese und Methylierung.

Durch Myelinisierung werden Prozesse beschleunigt, die Synaptogenese steht für neuronale Plastizität, Regeneration, Anpassungs- und Lernfähigkeit.

Durch Methylierung wird die Transkription bestimmter DNA-Abschnitte verlangsamt und so festgelegt, welche DNA-Regionen sich phänotypisch stärker ausdrücken.

Myelinisierung und Synaptogenese beeinflussen auch die Erinnerungsfähigkeit.

Die höchste Plastizität für Anpassungs- und Lernfähigkeit haben Menschen zwischen dem 2. und 10. Lebensjahr. In dieser Phase sind Kinder aber auch besonders vulnerabel bezüglich Erfahrungen von Vernachlässigung und Gewalt.

Mit dem 20. Lebensjahr ist die Lernphase im Wesentlichen abgeschlossen und leitet über in eine hohe Funktionalität (6).

Auswirkungen von frühen Stressoren auf die hormonelle Stressachse

Auch das kindliche Stresssystem reift postnatal aus. Für einen störungsfreien Reifungsprozess ist ein sicherer Bindungsstil durch die primären Bezugspersonen wichtig.

Ein unsicherer Bindungsstil, insbesondere emotionale Vernachlässigung und Gewalt, wenn die primäre Bindungsperson gleichzeitig der schlimmste Täter ist, führt zu einer Fehlbelastung des kindlichen Stresssystems mit TH1 / TH2-Shift. Gleichmaßen bleibt dadurch die Ausreifung des zirkadianen Rhythmus der Stressachse aus. Auch hier besteht also eine hohe Vulnerabilität mit enormen Konsequenzen für die spätere psychische und physische Gesundheit.

Ab dem Erwachsenenalter wandelt sich dieses belastete, bisher hyperresponsive Stresssystem in ein hyporesponsives mit beeinträchtigtem zirkadianem Rhythmus. Daraus resultieren Störungen der Stress- und Immunantwort im Erwachsenenalter (12).

Die AIP-Perspektive für somatische Pathologien: Möglichkeiten der EMDR Therapie für somatische Prozesse

Die EMDR-Forschung hat in den vergangenen Jahren interessante Beiträge zu EMDR-Therapie-assoziierten Reparationsvorgängen geliefert, die sich hervorragend in die Pathophysiologie dieser stressassoziierten Veränderungen einpassen: z.B. die Regulierung der Herzrate, Erhöhung der Herzratenvariabilität und der Fingertemperatur als Ausdruck einer Verlagerung der Balance zwischen Sympathikotonus und Parasympathikotonus in Richtung des vagalen Schwerpunktes unter aktiver EMDR Arbeit (2,10,14). Forscher konnten zeigen, dass epigenetische Veränderungen der DNA Methylierung bei Patient*innen mit posttraumatischer Belastungsstörung und bei therapieresistenter Depression durch EMDR-Therapie reguliert wurden (1,14).

Wir haben in einer retrospektiven Untersuchung an acht Patient*innen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung den Effekt der EMDR-Therapie auf die somatische Komorbidität einer Autoimmunthyreoiditis Hashimoto überprüft.

Die Autoimmunthyreoiditis Hashimoto ist eine chronisch verlaufende Erkrankung, bei der der Körper Antikörper (Abwehrstoffe) gegen eigenes Schilddrüsengewebe richtet. Die Schilddrüse entzündet sich und verändert ihre Struktur und Funktion in Richtung einer Unterfunktion. Therapeutisch wird diese Unterfunktion mit der täglichen oralen

Verabreichung von Schilddrüsenhormon in Tablettenform ausgeglichen. Dadurch soll zum einen der Körper mit ausreichend Schilddrüsenhormon versorgt, zum anderen eine Entlastung der Schilddrüse erreicht werden.

Ausgehend von der Hypothese, dass Funktionsveränderungen im Immunsystem durch Regulierung des traumatischen Stress und Erreichen einer vegetativen Balance mit EMDR-Therapie stabilisierbar sind, wurde die Studie von der Ethikkommission der BLÄK genehmigt. Die Behandlung erfolgte als Langzeittherapie, als Behandlungsplan wurde das umgedrehte EMDR Standardprotokoll (7) eingesetzt. In Absprache mit der Abteilung für Endokrinologie der Universität Regensburg wurde die für eine Euthyreose erforderliche Schilddrüsenhormon-Substitutionsdosis als Verlaufsparemeter genutzt. Wir untersuchten sieben Frauen und einen Mann. Fünf Frauen und ein Mann waren zwischen 30 und 60 Jahre alt, eine Frau unter 30 Jahre alt, eine Frau war über 60 Jahre alt. Im Ergebnis zeigte sich zum Therapieende eine deutliche Reduktion der für die Euthyreose erforderlichen Substitutionsdosis. Dieses Ergebnis war in der Katamnese (6 bis 24 Monate nach Therapieende) stabil. Besonders beeindruckend für den Effekt der EMDR Therapie war der Verlauf einer Patientin:



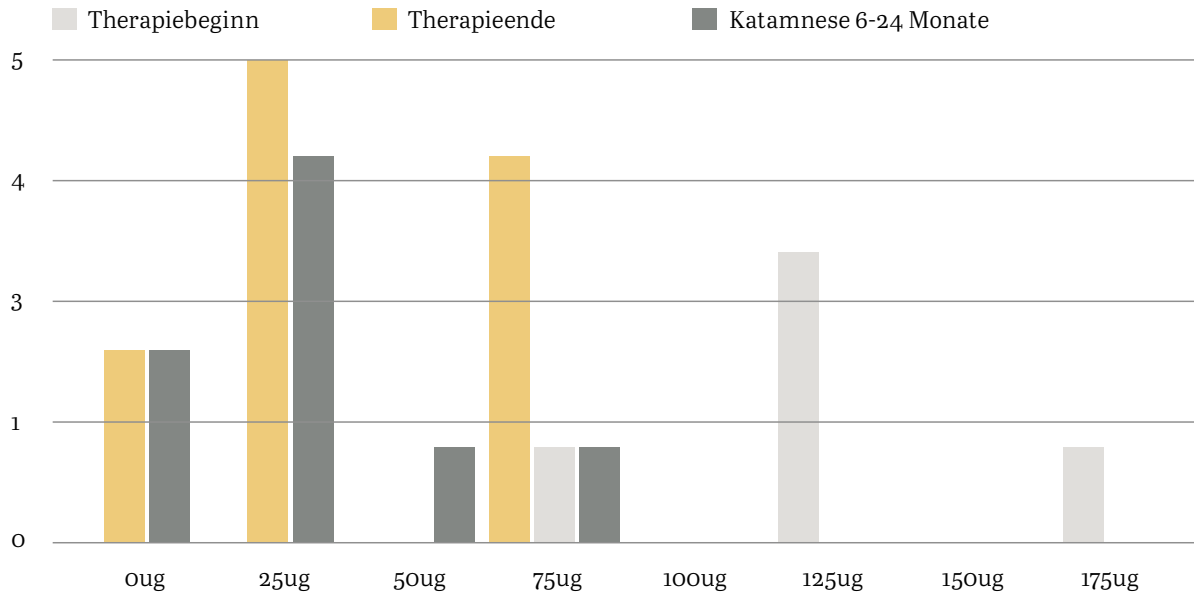
In seinem fachärztlichen Bericht schreibt der behandelnde Facharzt, „sonomorphologisch ist der Schilddrüse nicht mehr anzusehen, dass

ein Autoimmungeschehen vorliegt“. Hinweise auf den Autoimmunprozess waren in diesem Fall sonografisch nicht mehr nachweisbar.

Das Ergebnis dieser Studie hat uns motiviert, in einer prospektiven Studie die Effekte der EMDR-Therapie auf weitere Autoimmunpathologien zu untersuchen.

Medikation

Einnahme L-Thyroxin



Literatur

Carvalho Silva R, Martini P et al (2024) DNA methylation changes in association with trauma-focused psychotherapy efficacy in treatment-resistant depression patients: a prospective longitudinal study, *European Journal of Psychotraumatology*, 15:1, 2314913, DOI: 10.1080/2008066.2024.2314913

Egle UT (Hrsg): Psychosomatik. Neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert. Kohlhammer 1. Auflage 2020

Elofsson UOE, von Scheele B et al: Physiological correlates of eye movement desensitisation and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders* 2008, 22(4), 622-634

Felitti VJ, Anda R: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study *Am J Prev Med* 1998;14(4)

Greenman PS, Renzi A et al: How Does Trauma Make You Sick? The Role of Attachment in Explaining Somatic Symptoms of Survivors of Childhood Trauma. *Healthcare* 2024, 12, 203. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020203>

Hermann W. Physiologie und Epigenetik der Grosshirnentwicklung. *Nervenheilkunde* 2024; 43: 8–14 | © 2024. Thieme.

Hofmann A, Lehnung M (Hrsg): EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme 6. Auflage 2024

Jacob S, Byrne M et al: Neonatal Physiological Regulation is Associated With Perinatal Factors: A Study of Neonates Born to Healthy African Women Living in Poverty. *Infant Mental Health J* 2009, 30:82-94

Klinger-König J et al: Childhood trauma and somatic and mental illness in adulthood—findings of the NAKO health study. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 1–8. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0225

Sack M, Lempa W et al: Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR): Results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders* 2008, 22(7), 1264-1271

Schubert c (Hrsg): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Schattauer 2. Auflage 2021

Söndergaard HP, Elofsson U: Psychophysiological Studies of EMDR *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 2, Number 4, 2008 EMDR International Association DOI: 10.1891/1933-3196.2.4.282

Vinkers CH et al: Successful treatment of post-traumatic stress disorder reverses DNA methylation marks. *Springer Nature. Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0549-3>

Wilson DL, Silver SM et al: Eye movement desensitisation and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1996, 27(3), 219-229



Ohne
Sucht
leben lernen.

MEDIAN Klinik Dormagen

Rehabilitationsklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Die MEDIAN Klinik Dormagen ist eine Spezialeinrichtung zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen bei alkohol- und medikamentenabhängigen Männern und Frauen.

Mit unserer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen im Zentrum der Stadt Dormagen verwirklicht sich ein innovatives Rehabilitationskonzept zur wohnortnahen stationären Behandlung in einer Region mit hoher Bevölkerungsdichte.

Das Anliegen unserer Klinik ist, Patientinnen und Patienten den entscheidenden Anstoß für ein neues, suchtmittelfreies Leben zu geben. Dabei kommen die langjährigen Erfahrungen und die anerkannte Kompetenz unserer Klinik chronisch suchtkranken Menschen zugute.

Unser Angebot

- Neuropsychotherapie nach Grawe
- Integrative Sucht- und Traumatherapie
- Integrative Sucht- und Depressionstherapie
- Therapien für Senioren
- Einzelzimmer für alle Patienten



WENN DER KÖRPER KEINE RUHE GIBT

EMDR in der Arbeit mit somatosensorisch
gespeicherten Informationen



Herr A.* verabschiedet sich nach seiner EMDR-Sitzung: „Übrigens, wo kann ich so ein Gerät kaufen?“ – und weil ich nicht sofort verstehe, zeigt er auf die Lichtschiene und schiebt hinterher: „Immer, wenn wir damit arbeiten, sind meine Schmerzen danach besser!“

Herr A., 62 Jahre alt, kam wegen Depressionen zur Behandlung. Biographisch gab es einige Todesfälle, die ihm

zu schaffen machten, dahinter lag der Unfalltod des 22jährigen Bruders, als er selbst 25 Jahre alt war. 2016 erlitt die Ehefrau einen Herzinfarkt, im selben Jahr bekam er die Diagnose „rheumatische Arthritis“. Wegen der Schmerzen konnte er seiner Arbeit nicht mehr regelmäßig nachgehen, der Arbeitsvertrag wurde 2022 aufgelöst. Schließlich drängte die Ehefrau, er solle eine Therapie machen.

„Immer wenn wir damit arbeiten, sind meine Schmerzen danach besser“

Und nun diese Bemerkung! Sie führt uns vor Augen, dass nicht alles, was wir als Therapeut:innen sagen, auch genauso bei unserem Gegenüber ankommt und auch, dass menschliches Erleben verschiedenen Interpretationen unterliegt. Vor allem aber gibt sie einen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen dysfunktionaler Verarbeitung und somatosensorischer Speicherung, in diesem Fall auf Schmerzen, die sich durch den Verarbeitungsprozess besserten.

Seit einigen Jahren erscheinen immer mehr Studien, die den Zusammenhang von belastenden Erfahrungen und körperlichen Erkrankungen nahelegen; allerdings nimmt noch kaum jemand eine Psychotherapie wegen Autoimmunerkrankung oder Krebsdiagnose in Anspruch – zumindest nicht in Deutschland. Insofern stelle ich hier Einzelfallbeobachtungen und empirische Erfahrungen und Experimente vor.

Tatsächlich erklärte Francine Shapiro zur Korrelation körperlicher Phänomene mit biographischem Geschehen: „Wenn wir ein Symptom

vor uns haben, ... gibt es meistens auch ein Erlebnis, das es verursacht oder zu seiner Entstehung beigetragen hat. Ganz gleich, ob wir uns bewusst erinnern oder nicht, irgend-etwas ist geschehen...“ (2012 in „Frei



Dr. med Ina G. Sommermeier

Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, EMDR Therapeutin, EMDR Supervisorin

werden von der Vergangenheit“). Im Ablaufschema der EMDR-Protokolle ist der Fokus auf die körperliche Ebene fest verankert:

„**Körperspeicher**“, genauer: auf den Körper bezogen gespeichertes Erinnerungsmaterial, wird über den SUD – und wo er körperlich zu spüren ist – erfragt und schließlich im Bodyscan auf etwaige Reste geprüft.

... weil der Schmerz immer noch im Körper steckt

Manchmal sind die Belastungen, die einem Krankheitsgeschehen zugrunde liegen, offensichtlich. Dann haben wir therapeutisch leichtes Spiel und können sie – wie im folgenden Beispiel – direkt angehen:

Herr B., 25 Jahre, kam sehr verzweifelt wegen Potenzstörungen in meine Praxis. Alle bisherigen Beziehungen waren daran gescheitert, dass er zwar eine Erektion bekam, sobald die Partnerin jedoch seinen Penis berührte, fiel „das Ding in sich zusammen“. Gerade hatte er sich auf eine neue Beziehung eingelassen und musste fürchten, sie wieder zu verlieren. Zur Anamnese fiel ihm zunächst nichts Außergewöhnliches ein, nur „das Übliche“ – Impfungen, keine besonderen Erkrankungen. Erst über die Intervention der Affektbrücke stand plötzlich eine Erinnerung zur Verfügung: Er wurde wegen seiner Phimose beim Kinderarzt vorgestellt, der „das Problem“ ohne Ankündigung mit einem heftigen Ruck manuell löste. Herr B. war vier Jahre alt und es habe höllisch wehgetan! Die Bearbeitung erfolgte mit dem Standard-Ablaufschema, nach einer Sitzung kam Herr B. sehr entlastet zur Nachbesprechung, seine Partnerschaft sei gerettet!

Der auslösende Stress war zwar erst auf den zweiten Blick „offensichtlich“, folgte aber dem linearen Muster: Ereignis trifft Zielorgan, dieses wird getriggert und führt zum Symptom. Häufiger fällt diese Relation nicht ins Auge, erfordert manchmal eine fast kriminalistische Spurensuche oder zeigt sich erst retrospektiv – wie in meinem nächsten Beispiel:



... weil ein Erlebnis in die Knochen gefahren ist – und dort festhängt

Frau C. kam ursprünglich wegen beruflicher Überlastung und Beziehungskrise zur Therapie. Als wir ihre biographische Landkarte erstellten, fiel ein Reit-Unfall auf, den sie als 12-jährige erlitten hatte: sie war mit dem Pferd in ein Trecker-Gespann geraten, sie selbst blieb unverletzt, das Pferd aber musste eingeschläfert werden. Eher einer Intuition folgend empfahl ich ihr, „das mal mit EMDR durchzuarbeiten“. Sie ließ sich darauf ein, fühlte sich anschließend auch gut, aber mehr passierte zunächst nicht. Einige Wochen später berichtete sie, sie habe seit der EMDR-Sitzung auf einmal keine Knie-Schmerzen mehr! Ihr behandelnder Orthopäde hatte die OP bereits terminiert, sie habe aber den Eingriff inzwischen abgesagt: Sie brauchte ihn nicht mehr. – Die Schmerzen entsprachen offenbar einem somatosensorisch gespeicherten Erinnerungsfragment – und bildeten somit den einzigen Hinweis auf die noch nicht vollständige Verarbeitung des Unfalls.

In den angeführten Beispielen haben wir es mit „verfügbaren“ Erinnerungen zu tun, solchen die irgendwo in der Tiefe schlummern, vielleicht verdrängt, vielleicht als unbedeutend bewertet wurden, aber wir können sie abrufen. Schwieriger wird es, wenn die relevanten Erinnerungen sich nicht greifen lassen, weil sie

- **peritraumatisch ausgeblendet,**
- **durch Narkose oder Koma dem Bewusstsein nicht verfügbar sind oder**
- **im vorsprachlichen Bereich liegen, in dem Sprache und an Sprache gebundenes Bewusstsein noch nicht ausgebildet sind.**

Für die Entwicklung einer Symptomatik scheint es egal zu sein, ob ein Ereignis bewusst erlebt wurde oder ob die Erlebnis-Inhalte dem Bewusstsein nur indirekt zur Verfügung stehen, z. B. durch Überlieferung, anhand von Protokollen o. ä. Ein Beispiel für peritraumatisch ausgeblendetes, aber wirksames Material gibt der folgende Fall:

... weil der Schmerz immer noch im Körper steckt

Frau D., 64 Jahre alt, wurde im Urlaub von einem Hund angefallen, kam einige Monate später mit ausgeprägter PTBS zu mir. Ängste generalisierten und erstreckten sich inzwischen auch auf Menschen und enge Räume, für den Angriff bestand Amnesie von dem Moment an, als sie „den Hund da sitzen“ sah, bis zum Ende der Behandlung im Krankenhaus. Zwei EMDR-Sitzungen nach dem Standardprotokoll brachten zwar etwas Entlastung, die jedoch nicht anhielt – bei der Evaluation war der **SUD** jeweils wieder auf „8“ angestiegen und der Patientin ging es richtig schlecht. Deshalb suchte ich nach einer Möglichkeit, hier schneller voranzukommen. Der Angriff war durch die Berichte von Polizei und Krankenhaus, jeweils mit aussagekräftigen Bildern, sorgfältig dokumentiert und ich überlegte, dass keine Gefahr einer verfälschten Manipulation bestünde, wenn wir den Erinnerungsfilm ein bisschen „vorspulen“ würden. Ich bot Frau D. als Experiment an, mit der Vorstellung zu arbeiten, dass der Hund auf sie losspringt. Darauf konnte sie sich einlassen. In **Phase 3** des Ablaufschemas waren die Kognitionen, Bewertungen, Emotion und Körpergefühl sofort verfügbar, in **Phase 4** spulte die Attacke vollständig ab: Frau D. sah das blutige Maul, roch den Atem, spürte die einzelnen Bisse. Schon am Ende der Sitzung fühlte sie deutliche Entlastung, die nun zum ersten Mal anhielt.

Beim folgenden Termin berichtete sie, sie habe im Fernsehen das Bellen von Schäferhunden gehört und „keinen Anfall bekommen“, sie sehe aber immer noch „das blutige Maul“. In der zweiten Bearbeitung kam es zu heftigem emotionalem Prozessieren, anschließend wieder zu deutlicher Entlastung. Mit der dritten Sitzung konnten wir die Arbeit abschließen, die Entlastung hält bis heute an.

Offenbar konnten wir in diesem Fall durch die Vorstellung des Ereignisses das in der peritraumatischen Amnesie gebundene Material mobilisieren, die somatosensorisch gespeicherten Erinnerungsfragmente „sprangen“ regelrecht in die Verarbeitung.

Auch im folgenden Fall hatten maladaptive Prozesse von Informationen, die peritraumatisch-amnestisch gebunden waren, eine nachhaltige Entlastung blockiert, erwiesen sich als hoch signifikant für eine gelingende Verarbeitung und schienen dem Körper zu erlauben, wieder „in die Spur“ zu finden:

Unsere Termine 2024/2025

EMDR Standardtraining (Erwachsene) Teil 1 (600,00 €)

17. - 19. 01. 2025 Köln | Peter Liebermann
28. - 30. 03. 2025 Köln | Peter Liebermann

EMDR Standardtraining (Erwachsene) Teil 2 (600,00 €)

31. 01. - 02. 02. 2025 Köln | Peter Liebermann

EMDR mit Kindern und Jugendlichen Block 1 (400,00 €)

08./09. 11. 2024 Stuttgart | Dr. Monika Lehmann
09./10. 05. 2025 Köln | Rose Wellek-Mestian
09./10. 05. 2025 München | Peter Niederhuber
16./17. 05. 2025 Hamburg | Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow

EMDR mit Kindern und Jugendlichen Block 2 (400,00 €)

07./08. 02. 2025 Stuttgart | Dr. Monika Lehmann
05./06. 09. 2025 Hamburg | Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow
12./13. 09. 2025 München | Peter Niederhuber
26./27. 09. 2025 Köln | Rose Wellek-Mestian

EMDR mit Kindern und Jugendlichen Block 3 (400,00 €)

27./28. 06. 2025 Stuttgart | Dr. Monika Lehmann
07./08. 11. 2025 Hamburg | Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow
14./15. 11. 2025 Köln | Rose Wellek-Mestian
21./22. 11. 2025 München | Peter Niederhuber

Online-Supervisionstage EMDR-KJ (200,00 €)

15. 09. 2024 | Peter Niederhuber
12. 10. 2024 | Thomas Hensel
16. 03. 2025 | Rose Wellek-Mestian
11. 05. 2025 | Peter Niederhuber
14. 09. 2025 | Peter Niederhuber
19. 10. 2025 | Rose Wellek-Mestian



Anmeldung unter www.kindertraumainstitut.de
oder per Email an info@kindertraumainstitut.de

... weil eine Nahtoderfahrung noch nicht gelöst werden konnte

Frau E. hatte 17jährig einen schweren Reit-Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma erlitten, sie kam sieben Jahre später mit ausgeprägter PTBS zur Traumatherapie. Die Symptomatik konnte nach dem Standardprotokoll aufgelöst werden. Einige Jahre später, Frau E. war inzwischen 32 Jahre alt, fragte sie an, ob es eine Möglichkeit gäbe, über den unerfüllten Kinderwunsch hinwegzukommen, ob wir da „irgendetwas mit EMDR machen können“. In sechs Sitzungen arbeiteten wir an Enttäuschungen, räumten noch „ein paar andere Sachen“ auf. Eigentlich nur, um sicherzugehen, dass wir nichts übersähen, fragte ich noch einmal nach dem Reit-Unfall, der sich mit einem **SUD** von „4“ doch wieder (oder noch) erstaunlich hoch zeigte. Ich ließ mir den Ablauf noch einmal ganz genau erklären – und tatsächlich bestand von dem Moment an, in dem Frau E. stürzte, bis zur Versorgung durch den Sanitäter eine peri-traumatische Amnesie, die bisher nirgends beschrieben war. Wir entschieden gemeinsam, das noch einmal durchzuarbeiten, dieses Mal mit der Vorstellung, sie pralle mit dem Kopf auf. Auch in diesem Fall mobilisierte die Vorstellung das „verlorene Material“. In Phase 4 sah Frau E. sich dann plötzlich über ihrem Körper schweben und hörte sich „Tschüss“ sagen. Anschließend allerdings begann sie zu kreiseln, so dass ich einwebte **„was sagt man, wenn man jemand nach langer Zeit wiedersieht?“** –

Es kam zur heftigen emotionalen Reaktion, danach zu einer schnellen Auflösung der Belastung. Als Frau E. sich das nächste Mal, ein knappes Jahr später, wieder meldete, hatte sie inzwischen eine Tochter bekommen. Nach vorzeitiger Plazenta-Ablösung hätten sie wochenlang auf der Intensiv-Station um das Leben der Tochter gekämpft, jetzt sei die stabil, die Familie zuhause angekommen und sie, die Mutter, wünsche noch eine Sitzung zu dem Moment der Plazenta-Ablösung – die sitze ihr noch in den Knochen!

Der gute Ausgang dieser Experimente ermutigte mich, Patient:innen häufiger dazu einzuladen, mit EMDR auch an Vorstellungen von Ereignissen zu arbeiten, für die keine bewusste Erinnerung oder eigenes Erleben zugänglich ist – jedenfalls, wenn es sich dabei um belastende Informationen handelt. Gleichzeitig stehen diese Fälle am Anfang einer Reihe spannender EMDR-Behandlungen.

Heute frage ich bei jeder Trauma-Landkarte nach Amnesien und danach, was während dieser Zeit geschehen ist oder passiert sein muss. Manchmal steuern wir das Material dann direkt an, manchmal haben wir es in der Hinterhand, wenn wir mit dem bewussten Material nicht oder nur mühsam weiterkommen. Als ich aber zum ersten Mal mit einem Ereignis während einer Operation, unter Narkose arbeitete, kamen mir doch Zweifel:

... weil Informationen während der Narkose – ganz ohne Bewusstsein – beim Körper angekommen sind

Herr F. wurde mir von einer Koordinationsstelle als „hoch neurotisch“ zugewiesen, ob ich Lust hätte, auch „mal ‘was anderes zu machen“? Der 48-jährige Finanzbeamte sprach undeutlich mit leiser Stimme, betonte immer wieder, was er alles nicht mehr könne, klagte über Konzentrationsstörungen, mache bei der Arbeit viele Fehler, noch werde er von seiner Vorgesetzten gedeckt, aber er wisse nicht, wie lange das noch gut geht, Sorge sich um seine Dienstfähigkeit.

Darüber hinaus scheute er die Öffentlichkeit, ging nicht mehr einkaufen, seine kleinen Kinder waren ihm „zu laut“. Seit einigen Wochen sei er krankgeschrieben.



Anamnestisch war 2011 eine Zyste im Gehirn gefunden worden, die sich zunächst unter regelmäßigen Kontrollen nicht verändert hatte. Sechs Jahre später aber traten vermehrt Kopfschmerzen und Missempfindungen in den Armen auf, im MRT zeigte sich die Zyste erheblich vergrößert, eine Operation war nicht zu vermeiden. Seine Belastungsstörung fasste Herr F. mit den Worten zusammen: „**seitdem bin ich nicht mehr Ich!**“ Für die beiden ersten EMDR-Sitzungen wählte er als Ausgangserinnerung je ein Gespräch mit einem der Professoren, die ihm erklärten, die Zyste müsse entfernt werden. Beide Verläufe führten assoziativ durch Krankenhaus, Operation und Intensivstation, zum Ende hin hatte er immer kalte Füße.

Nach diesen Sitzungen stellte Herr F. staunend fest, dass er sich besser fühlte. Als dritte Ausgangserinnerung identifizierte er, er „liege auf der Intensivstation und kann den Kopf nicht bewegen“. Am Ende dieser EMDR-Sitzung hatte er wieder kalte Füße, fühlte sich aber erleichtert. Objektiv dagegen schien sich an seinem Alltag nicht viel zu verändern. Deshalb fragte ich – eher aus einem „mulmigen Gefühl“, ob bei der Operation irgendetwas „passiert“ sei. Dazu gab er an, man habe ihm gesagt, dass „die sich versägt haben und es ziemlich geblutet hat“. Also bot ich ihm für die nächste Sitzung an, mit der Vorstellung von der Operation zu arbeiten.

Als Ausgangsvorstellung wählte er: „ich liege da, die operieren an meinem Kopf, das Blut strömt raus, die können es nicht stoppen“.

NK: „Das war's! Gleich bin ich tot!“

Emotion: Angst,

SUD „10“,

Körperlokalisation: beklemmendes Gefühl im Magen.

Nach kurzem Anlauf in Phase 4 begannen heftige Assoziationen, den ersten Kanal gebe ich hier als Mitschrift wieder:

- Kriege ich wieder kalte Füße
- Bin grad' ziemlich schnell auf 'ner Straße unterwegs gewesen
- Straße gesehen und Feuer - und dann war irgendwie dunkel
- Irgendwie so 'n Flugzeug gesehen, das - irgendwie dem Gefühl nach kurz vorm Absturz ist
- Jetzt Züge - irgendwie vor Augen gehabt - Zugunglück
- Schiffsunglück!
- Puh - jetzt habe ich irgendwelche Explosionen gesehen...
- (Tränen)
- Irgendwelche Kriegsbilder gesehen
- Kriegsbilder vor Augen (Tränen)...
- Weiß' nicht, bisschen verschwommen - alles...
- Irgendwie so Wasserfälle - oder so was gesehen - Wasser! viel Wasser!
- Jetzt hab' ich irgendwie so 'ne Art Tsunami oder so was gesehen - ganz viel Wasser
- Katastrophenbilder...
- Jetzt kämpft gefühlt wieder Hell gegen Dunkel
- Wild durcheinander, hier mal hell, mal dunkel, hier Stück Himmel, also Kraut und Rüben...
- Seh' nur verschwommen
- Irgendwie so 'ne Schneelandschaft gesehen, die immer heller und dunkler wird
- Schnelle Piste irgendwie runter fährt
- Zum Schluss irgendwie Schneelawine - ich seh' nur Katastrophenbilder
- Jetzt hab' ich da irgendjemand Ski fahren sehen
- Kalte Füße
- Strand gesehen, unseren Bus hab' ich gesehen, Sand

Am Ende des zweiten Kanals war die Ausgangsvorstellung verblasst, **SUD** „0“, Phase 5 bis 7 mit deutlicher Entlastung.

In der Begleitung dieser Sitzung zweifelte ich erheblich an meiner Entscheidung, hier mit der Vorstellung zu arbeiten, argwöhnte, ich habe es womöglich nur mit einer sehr blühenden Fantasie zu tun. Bis ich den OP-Bericht zu sehen bekam! Dort wurde beschrieben, wie am Kopf erst rechtsseitig ein Knochendeckel ausgesägt wurde, es dann zu einer erheblichen Blutung kam. Es wurde viel gespült, der Zugang musste wieder verschlossen und an anderer Stelle noch einmal gesägt werde, kleinere Blutungen wurden per Koagulation gestillt, Hirn und Kleinhirn zur Seite gedrückt, bis schließlich die Zyste herauspräpariert und entfernt werden konnte.

– Es scheint, als habe sein Gehirn das operative Treiben während der Narkose sehr wohl „zur Kenntnis genommen“, aber nirgendwo zuordnen und folglich auch nicht verarbeiten können.

Nach dieser Sitzung kam Herr F. wieder „in die Spur“, ging zunächst mit den Kindern zum Einkaufen, ließ sich nach dem Hamburger Modell wieder in den Arbeitsprozess eingliedern. Als ich ihn das letzte Mal sah, freute er sich darauf, demnächst mit seiner Familie und „dem Bus“ in den Urlaub zu fahren. – **Und ich war froh, dem Körperwissen und dem Prozess vertraut zu haben!**

Ähnlich der Narkose handelt es sich auch beim künstlichen Koma zumeist um einen dramatischen, wenn nicht lebensbedrohlichen Zustand, in dem das bewusste Erleben ausgeschaltet wird. Auf modernen Intensivstationen wird für die Patient:innen ein „Koma-Tagebuch“ geführt, in dem besondere Ereignisse, medizinische Eingriffe usw. protokolliert werden, die später helfen, die bewusstlose Zeit zu überbrücken – und die wertvolle Informationen enthalten, falls eine Bearbeitung notwendig wird. In meinem nächsten Fall lieferte die Familie die entscheidenden Informationen:

... weil der Überlebenskampf im künstlichen Koma gebunden – und noch nicht abgeschlossen ist

In der biographischen Landkarte von **Herrn G., 69 Jahre** alt, gab es zwei bedeutende Einschnitte, über die er nur stockend erzählen konnte: Zum einen der Verlust des elterlichen Hofes mit 16 Jahren. Nachdem er in der Vorstellung aufgewachsen war, den Betrieb eines Tages zu übernehmen und sich perspektivisch vollständig darauf ausgerichtet hatte, brach diese Welt für ihn zusammen, als der Vater Konkurs anmelden, alles verkaufen und die Familie in die Stadt ziehen musste. Zum anderen erlitt Herr G. eine Aneurysma-Blutung im Gehirn (2000), war operativ versorgt und anschließend für 14 Tage ins künstliche Koma versetzt worden. Seitdem stockte seine Sprache und quälten ihn „**Sprachaussetzer**“, in denen er sich komplett blockiert fühlte. Diagnostisch konnte dieses Symp-

tom nicht sicher zugeordnet werden, wurde am ehesten als minimale fokale Epilepsie gedeutet.

Wir entschieden, zunächst mit der Hirnblutung zu arbeiten, als Ausgangserinnerung wählte er den Morgen, als er aufwachte und sich nicht bewegen konnte. Seine **NK** „ich kann nichts machen“, der **SUD** mit „5“ erstaunlich niedrig. In Phase 4 liefen viele kognitive Assoziationen, ich musste mehrfach einweben. Aber am Ende war der **SUD** bei „0“, Herr G. fühlte sich entlastet. Als er zum nächsten Termin erschien, fand sich noch eine Restbelastung, so dass wir einen weiteren Ablauf mit derselben Ausgangserinnerung und derselben Kognition vornahmen. Danach fühlte Herr G. sich gut, die „**Sprachaussetzer**“ blieben aber und beunruhigten ihn so sehr, dass er sich stationär aufnehmen ließ und mit der Therapie pausierte.

Ein halbes Jahr später kam er mit dem dringenden Wunsch zurück, den Verlust des elterlichen Hofes zu bearbeiten. Auch hier kam es zur Entlastung, Herr G. fuhr zum ersten Mal wieder an den Ort, staunte, wie alles inzwischen verändert war, berichtete, er habe sich „**das alles gut ankucken**“ können.

Vielleicht hatte er inzwischen genug Vertrauen in unsere Arbeit, jedenfalls berichtete er, es gäbe da noch etwas, das ihm zu schaffen mache, worüber er kaum sprechen könne, und erzählte stockend, wie seine Familie, Frau und zwei Söhne, auf dem Krankenhausflur warten mussten, während er wegen der Hirnblutung medizinisch versorgt wurde. Da sei irgendwann ein Pfleger vorbeigekommen und habe gesagt „**das sieht schlecht aus.**“ Das andere Moment war, als seine Ehefrau mit dem Professor telefonierte, der ihr sagte „**die kommende Nacht wird entscheiden.**“ Beide Situationen standen nur mittelbar (über das Erleben der Angehörigen) zur Verfügung, wurden aber jeweils mit



einem **SUD** von „8“ als sehr belastend bewertet. Deshalb haben wir auch hier mit der Vorstellung gearbeitet.

Er sah dann auch seine Familie auf dem Krankenhausflur sitzen, den Pfleger dort vorbeikommen, hatte die Worte „das sieht nicht gut aus!“ (Ausgangsvorstellung), fand hier die **NK** „ich muss sterben“, spürte die Angst und lokalisierte sie „**im Kopf**“. Phase 4 lief mit emotionalen Reaktionen durch, Phase 5 bis 7 waren leicht zugänglich, danach fühlte sich Herr G. deutlich entlastet. Die Evaluation brachte dann eine Überraschung: Herr G. berichtete, er habe diesmal keine „**Sprachaussetzer**“ gehabt, seine Rede klang flüssiger. Die Bearbeitung der zweiten Szene steht noch aus, Herr G. will sie aber „**unbedingt**“ angehen und die genehmigten Termine nutzen, um „**in Ruhe**“ das Standardprotokoll zu Ende zu bringen und etwaige Trigger identifizieren zu können.

Auch wenn die Therapie noch nicht abgeschlossen ist, stelle ich den Fall hier vor, weil auch hier die Arbeit an der Vorstellung den Weg öffnet, Material zu mobilisieren, das dem Bewusstsein nicht zur Verfügung steht – und von einem sehr rational ausgerichteten Denken als „**übertrieben**“, bzw. zu bedrohlich abgewertet und abgewehrt wird.

... weil Stress aus der vorsprachlichen Entwicklung unlösbar gespeichert wurde

Apropos abwehren: lange habe ich vermieden, mich mit Ereignissen aus der vorsprachlichen Zeit zu befassen, diesen Bereich mit einiger Arroganz als „**unwissenschaftlich**“ ausgeblendet. Bis Herr H. gegen Ende seiner Therapie, als noch ein paar Stunden übrig waren, fragte, ob wir „**da etwas machen**“ könnten:

Er wurde als zweites, Rhesus-positives Kind einer Rhesus-negativen Mutter geboren, direkt nach der Geburt sei es zur Hämolyse gekommen, sein gesamtes Blut musste ausgetauscht und er selbst anschließend sechs Wochen in der Kinderklinik behandelt werden (das alles in den 80er Jahren!). In seiner Familie heiße es immer, er habe eigentlich zweimal Geburtstag. Wir arbeiteten mit der Vorstellung, er werde von den mütterlichen Blutzellen aufgefressen. Danach berichtete er über eine Entlastung, vor allem aber eine deutliche Besserung seiner Autoim-

mun-Erkrankung (M. Bechterew).

Kurz darauf arbeitete ich mit einer pensionierten Lehrerin, die auf der Beerdigung ihrer Mutter erfuhr, dass sie eigentlich abgetrieben werden sollte – und seitdem von starken Selbstzweifeln gequält wurde.

Auch sie erfuhr nach der Arbeit mit der Vorstellung, sie solle abgetrieben werden, eine Energiezufuhr, setzte sich erstmals in ihrem Leben selbstbewusst durch. Und weiter: die Rechtsanwaltsgehilfin, die wegen ihrer hoch aggressiven Rheuma-Erkrankung schon mit 31 Jahren berentet war: in ihrem Fall hatte die Mutter einen Abtreibungsversuch unternommen. Die Arbeit mit der Vorstellung „**das muss weg!**“ brachte Entlastung, vor allem aber wurden ihre Beschwerden weniger, sie konnte Schmerzmittel reduzieren, zeitweise ganz aussetzen und entwickelte Freude an Bewegung und an ihrem Körper.

Wenn mir Ereignisse aus der vorsprachlichen Zeit berichtet werden, stellt sich natürlich die Frage der Relevanz. Abgesehen davon, dass ich es immer für wesentlich halte, wenn mir jemand etwas mitteilt, möchte ich mich aber nicht an Spekulationen beteiligen. Eine gute Orientierung ergibt sich aus körperlichen Reaktionen und der Frage nach dem SUD.

Auch **Herr J., 48 Jahre**, kam ursprünglich wegen eines



... weil maladaptive Material im Darm rumort

eskalierenden Konfliktes am Arbeitsplatz zur Psychotherapie, und berichtete nur „nebenbei“ von seiner Erkrankung an Colitis ulcerosa, zu deren Verschlechterung vor allem Stress und „falsches Essen“ beitrugen. Allmählich bildete sich im therapeutischen Prozess ab, wie der Arbeitsplatzkonflikt die Konstellation der Herkunftsfamilie wiederholte, mit einem gewalttätigen Vater, einer wenig verfügbaren Mutter und einem behinderten Bruder, der alle Ressourcen verschlang. Herr J. gestand sich nicht zu, in dieser Vergangenheit immer zu kurz gekommen zu sein, es war ihm fast unmöglich, seinen Anteil am aktuellen Konflikt zu erkennen. Den Vorschlag, mit der Vorstellung von seiner Geburt und der Nabelschnur um seinen Hals zu arbeiten, empfand er als Zumutung! Dennoch ließ er sich darauf ein, war sehr überrascht von den heftigen körperlichen Reaktionen während des Prozessierens und stellte staunend fest, dass sein Darm sich beruhigte, Schübe seltener und weniger heftig auftraten.

Die Protokolle, die Marilyn Luber zur Entlastung von körperlichen Erkrankungen zusammengetragen hat, sind sicher oft der erste Zugang, Patient:innen in ihrer Krankheit „abzuholen“. Auch in meiner Praxis arbeiten wir mit Ausgangserinnerungen zu Diagnose, Operationen, Chemotherapien, Bestrahlungen, Rezidiven, Reaktionen im familiären und beruflichen Umfeld, mit Einschränkungen und Ängsten. Sehr hilfreich erweist sich in diesem Zusammenhang auch das Briefe-Protokoll von Hélène Dellucci. Für eine nachhaltige Stress-Reduktion spielen aber Informationen aus unbewussten oder verdeckten Erlebnissen offenbar eine bedeutende Rolle. Dass es dabei nicht zwangsläufig um Krankheit geht, zeige ich in meinem letzten Beispiel:

Beispiel: maladaptive Prozesse in der Kinderwunsch-Behandlung

Frau K. kam im April 2021 mit ausgeprägter PTBS in meine Praxis. Auf ihrer Hochzeitsfeier acht Monate zuvor hatte sich ein Gast verschluckt, sie – Polizistin – hatte Erste Hilfe geleistet und reanimiert – trotzdem war der Mann noch vor Eintreffen des Notarztes verstorben. In drei Sitzungen bearbeiteten wir den Vorfall, brauchten noch einmal drei Sitzungen für Trigger und schließlich eine Zukunftsprojektion, die PTBS löste sich auf. Danach hatte Frau K. ein unverbrüchliches Vertrauen in die Methode EMDR – und irgendwie auch in mich als Therapeutin und fragte, ob wir auch „etwas an ihrem unerfüllten Kinderwunsch machen“ könnten.

Wir arbeiteten mit dem nicht abgeschlossenen Abschied von ihrem Pferd in der Kindheit (oft scheinen ungelöste Abschiede den Wunsch nach neuem Leben zu blockieren) und lösten nebenbei eine Pferdehaarallergie auf. Natürlich befassten wir uns auch mit ihrem Selbstbild und dem Druck der Familie zum Thema „kann nicht schwanger werden“. Und als mir gar nichts anderes mehr einfiel, fragte ich sie auch nach Ereignissen aus der vorsprachlichen Zeit. Dazu fiel ihr nur ein, dass sie per Kaiserschnitt geboren wurde – und erinnerte dann die Erzählung der Mutter, dass das ein „absoluter Notfall“ gewesen sei: die Nabelschnur lag um Hals und Fuß, jede Bewegung hätte das Kind erwürgen können.

Während Frau K. darüber sprach, bekam sie plötzlich



Gezeiten Haus

Tagesklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychiatrie und Psychotherapie

Psychosomatische-psychiatrische Tagesklinik

Kooperationsklinik EMDR-Institut

Im Rahmen unserer multimodalen, systemisch ausgerichteten Therapie bieten wir:

- Regelmäßige EMDR-Therapie (2mal/Woche)
- Integrative Psychotherapie
- Achtsamkeitsbasierte Körpertherapie
- Ausgewählte Verfahren der Traditionellen Chinesischen Medizin
- Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse aus EMDR-Forschungsnetzwerk Schloss Eichholz

Unser Beratungsteam steht Ihnen für Fragen zur
Behandlung sowie den Aufnahmemodalitäten für Ihre
Patient*innen gerne zur Verfügung:

T 0228 74 88-101

E beratung@gezeitenhaus.de

Gezeiten Haus Schloss Eichholz

Klinik für Psychosomatische Medizin
Psychotraumatologie und EMDR

Tagesklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychiatrie und Psychotherapie
Chefärztin: Dr. med. Susanne Altmeyer

Urfelder Straße 221
50389 Wesseling
T 02236 39 39-0

Weitere Gezeiten Haus Kliniken mit EMDR-Behandlung in
Bonn & Oberhausen

www.gezeitenhaus.de

Schwierigkeiten zu atmen, fühlte sich sehr aufgeregt, wir entschieden, mit der Vorstellung von diesem Ereignis zu arbeiten, es kam zu einer deutlichen Entlastung, vor allem berichtete Frau K., dass sie jetzt **„keine Angst mehr vor einer Entbindung habe“**.

Parallel hatte sich die Patientin inzwischen in einer Kinderwunschambulanz vorgestellt, die Diagnostik war eingeleitet, im September 2022 erfolgte eine Laparoskopie und brachte zutage, dass der rechte Eileiter durch Endometriose-Herde dicht sei, links sei soweit alles in Ordnung, aber der linke Eierstock produziere keine Follikel. Deshalb wurde ihr die extrakorporale Insemination empfohlen. Frau K. berichtete über dieses Ergebnis und schaute mich erwartungsvoll an. Ich tastete mich erst einmal vor, fragte, was die **„linke Seite“** für sie bedeute. Darauf antwortete sie spontan, sie sei ausgesprochene Rechtshänderin, **„links“** komme bei ihr nicht vor – und die linke Körperhälfte sei auch immer etwas kühler! Eine Affektbrücke brachte die Erinnerung an den Tod einer Mitschülerin im Grundschulalter **„nach vorne“**. Dieses Ereignis hatte sie zuvor schon erwähnt, maß ihm aber **„keine große Bedeutung“** bei – das sei beim Spielen passiert, sie sei nicht dabei gewesen, es sei auch nicht viel darüber gesprochen worden. Jetzt aber hatte das Ereignis **„plötzlich“** einen **SUD** von „8“ mit heftiger körperlicher Erregung. Natürlich haben wir damit gearbeitet – und waren in kürzester Zeit fertig, hier der Auszug meiner Mitschrift von dieser Sitzung:

Ausgangsvorstellung: „das Mädchen liegt da so schräg in der Berechnungsmaschine, in der es sich versteckt hatte“ (Ich frage: auf der rechten oder auf der linken Seite? Frau K. antwortet sehr bestimmt: **„auf der linken!“**),

NK „ich kann das nicht aushalten“,

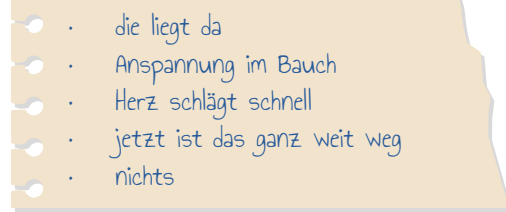
PK „ich kann das aushalten“,

VoC „1“, Schuldgefühl,

SUD „10“,

Körper - schnelle Atmung, angespannt, besonders im Bauch.

Zurück zur Ausgangsvorstellung, **SUD** „0“, **PK** stimmt,

- 
- die liegt da
 - Anspannung im Bauch
 - Herz schlägt schnell
 - jetzt ist das ganz weit weg
 - nichts

VoC „6“ – als Körpergefühl wird ein Pochen im Kopf angegeben, deshalb entscheide ich, noch einmal zurück zur Phase 4, zur Ausgangsvorstellung zu gehen, es folgen zwei Sets von Augenbewegungen, die körperlich gespürt werden, dann ändert sich das Bild, sie sieht den Vater das Kind im Arm halten, **SUD** „0“. Jetzt ist der **VoC** auf „7“ gestiegen, körperlich verortet als ruhiges, gleichmäßiges Atmen.

Im Körpertest fühlt sich der Bauch warm an, insbesondere die linke Leiste sei ganz warm.

Unser nächster Termin fiel Corona-bedingt aus, als Frau K. dann wieder in meine Praxis kam, platzte sie schon beim Hereinkommen beinahe: „Sie glauben nicht, was passiert ist!“ – Sie kam gerade aus der Kinderwunsch-Ambulanz, war dort zur Follikel-Kontrolle, die Ärztin habe mit Ultraschall untersucht, den heranwachsenden Follikel bestaunt und dann kurz innegehalten: „Der ist ja links!“ Auf meine Frage, wie man sich das erkläre, antwortete Frau K. verschmitzt-übermütig: „Die Ärzte können sich das nicht erklären!“

„Sie glauben nicht, was passiert ist!“

„Tatsächlich ist inzwischen die ersehnte Schwangerschaft eingetreten. Die „künstliche Befruchtung“ war dann doch notwendig, weil – der Ehemann nicht genügend lebendige Spermien produzierte. Frau K. genießt ihre Zeit – und wünscht sich noch „ein bisschen therapeutische Begleitung“.

Inzwischen habe ich die Arbeit von Hélène Dellucci kennen gelernt und setze ihre Protokolle zur vorsprachlichen Zeit gerne bei körperlichen Erkrankungen ein, insbesondere wenn sich keine einzelnen Ereignisse definieren lassen. Wenn – wie hier, in meinen Beispielen – die Informationen tradiert werden oder sich identifizieren lassen, wenn es eine körperliche Reaktion dazu gibt, arbeite ich genauso gern mit der Vorstellung davon.

Bisher habe ich Einzelfälle vorgestellt. Als gemeinsamen Nenner lassen sich einerseits die körperlichen Auswirkungen maladaptiver Prozesse und die deutliche Besserung auf der Symptomebene beschreiben, wenn es gelingt, die Verarbeitung nachzuholen, die somatosensorische Speicherung aufzulösen. Andererseits zeigt sich, dass relevante Informationen nicht unbedingt greifbar

sein müssen, sondern gerne **„ganz tief unten“**, bewusstseinsfern gelagert sind, vielleicht abgewehrt werden – und sich dann nur über den Körper bemerkbar machen. Man kann sich vorstellen, dass die Balance zwischen Gesundheit und Krankheit leichter gelingt, wenn unterhalb des Bewusstseins schon einmal klar ist, dass man eine bestimmte Situation überlebt oder „hingekriegt“ hat! Der Zugang über die Vorstellung ist einfach, bedarf keiner besonderen Technik, sondern nutzt das Standardprotokoll und dessen Ablaufschema. Alternativ funktionieren die Protokolle zu vorsprachlichen Ereignissen von Hélène Dellucci und Katie O’Shea oder auch die Erzählgeschichte. Entscheidend ist, mit dem AIP-Modell die Informationen hinter den Symptomen herauszufiltern – und damit auch die Patient:innen zu ermutigen, sich selbst und ihren Körper ernst zu nehmen. Denn wir sprechen vom „Psychotrauma“ – und müssen berücksichtigen, dass jedes Trauma immer den Körper betrifft – und erschöpft.

*Name verändert. Um meine Patient:innen zu schützen, habe ich ihre Namen alphabetisch „durchnummeriert“, die Mitschriften der EMDR-Sitzungen können bei mir eingesehen werden.



Die konfrontative Anwendung von EMDR in der Psychokardiologie

(Erfahrungsbericht)

Von 2012-2020 hatte ich als angestellte Psychologische Psychotherapeutin die Möglichkeit, umfangreiche klinische Erfahrungen in der Abt. Psychokardiologie eines Herz-, Lungen-, Gefäß- und Rheumazentrums mit angeschlossener Rehabilitation und einem Transplantationszentrum (für Herz und Lunge) zu sammeln.

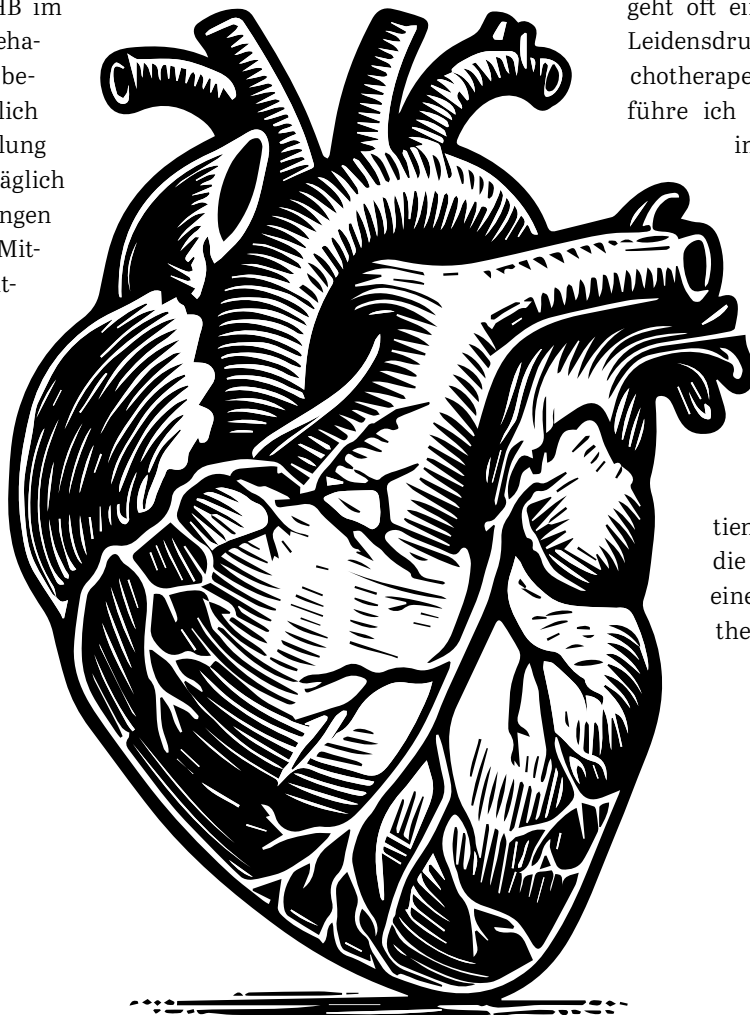
An jedem meiner Arbeitstage fanden mehrere terminlich fest geplante Einzelgespräche mit Reha-Patient*innen statt, die sich nach einer Herzoperation zur AHB im angeschlossenen Rehabilitationszentrum befanden, und zusätzlich erreichten die Abteilung Psychokardiologie täglich ärztliche Anforderungen nach konsiliarischer Mitbehandlung von Akutpatient*innen aus der Kardiologie bzw. der Herzchirurgie der Klinik, denen in der Regel noch am selben Tag nachgegangen wurde, da der Leidensdruck der Betroffenen regelhaft sehr hoch war.

Hinzu kommt, dass akut herzerkrankte Menschen häufig sehr viele Medikamente einnehmen müssen, so dass Ärzt*innen vermeiden wollten, eine zusätzliche psychopharmakologische Medikation anzusetzen, um den Stoffwechsel nicht noch weiter zu belasten.

Umso wichtiger sind die psychotherapeutischen bzw. psychokardiologischen Behandlungsmöglichkeiten. Weiterhin wurden von der Abteilung Psychokardiologie regelhaft, d. h. mehrfach wöchentlich diejenigen

Patient*innen psychotherapeutisch betreut, die aufgrund einer sehr eingeschränkten Pumpleistung ihres Herzens stationär und nach sorgfältiger Prüfung „high urgent“ gelistet auf ein neues Organ / auf eine Herztransplantation warten mussten und täglich um ihr Überleben kämpften.

Vor dem Fachwissen der hochspezialisiert arbeitenden kardiologisch und herzchirurgisch tätigen Ärzt*innen habe ich viel Respekt. Mit einer schweren körperlichen Erkrankung geht oft ein sehr hoher seelischen Leidensdruck einher. In meiner psychotherapeutischen Privatpraxis führe ich seit meiner Fortbildung im Bereich „Psychokardiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der Listung auf der Internetseite www.psychokardiologie.org (2017) auch ambulante Kurz- und Langzeittherapien speziell mit kardiologischen Patient*innen durch, wobei ich die Anwendung von EMDR in eine Richtlinien-Verhaltenstherapie „einbette“.



EMDR ist eine spezielle psychotherapeutische Methode zur Behandlung von psychischen Traumatisierungen. Im direkten Zusammenhang mit akuten Herzerkrankungen und unerwarteten belastenden „Herzereignissen“ treten nach meiner Beobachtung häufig starke Ängste und psychische Traumatisierungen auf.

Viele Menschen haben diagnostizierte chronische Herzerkrankungen und sind in einem medizinisch kontrollierten Rahmen (und guter Compliance bei Einnahme kardiologischer Medikation) dennoch psychisch stabil.

Chronische Herzerkrankungen sind bspw. eine KHK, Hypertonie, Hypotonie, leichte Herzrhythmusstörungen, eine leichte Herzklappeninsuffizienz einer oder mehrerer Herzklappen, das Auftreten von Vorhofflimmern oder von Extrasystolen, eine leichtgradig bis mäßig ausgeprägte Herzinsuffizienz (reduzierte Pumpleistung des Herzens bzw. der linken Herzkammer) oder auch ein stabiler gesundheitlicher Zustand nach einem erlebten Herzinfarkt, bei dem eine Gefäßverengung eines oder mehrerer Herzkranzgefäße vorlag, welche kardiologisch mit einem oder mit mehreren Stents (kausal) versorgt wurde. Ein Stent wird in „zusammengefaltetem Zustand“ im Rahmen eines Herzkathetereingriffs mit einer minimal-invasiven Intervention entweder durch eine Vene oder durch eine Arterie im Handgelenk oder in der Leistenregion in den entsprechenden Streckenabschnitt des betroffenen Gefäßes implantiert und genau im verengten Gefäßabschnitt entfaltet, um das Gefäß zu öffnen und die Öffnung stabil zu halten. Auch an das Tragen eines implantierten Herzschrittmachers mit oder ohne integrierten Defibrillator

können Menschen sich „gewöhnen“ (solange der Defi nicht auslöst bzw. Schocks abgibt). Weiterhin gibt es angeborene Herzerkrankungen, die bspw. eine Veränderung des Herzmuskelgewebes mit sich bringen, was zu einer veränderten Herzfunktion bzw. Auffälligkeiten im EKG führen kann, welche medikamentös stabil einstellbar sein können. Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.



Susanne Wirtz

Psychologische Psychotherapeutin, EMDR Therapeutin, EMDR Supervisorin

Wenn Menschen im Rahmen einer neu auftretenden Herzerkrankung, aufgrund eines plötzlichen Herzereignisses oder aufgrund der Entgleisung einer „eigentlich“ stabilen chronischen Herzerkrankung objektiv oder subjektiv in plötzliche Todesnähe geraten, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie dadurch psychisch traumatisiert werden. Genau bei diesen Betroffenen liegt m. E. die Indikation zur Anwendung von konfrontativem EMDR mit dem Ziel der Integration der Traumatisierung vor. Nach sorgfältiger Anamnese, bei kardiologischer Stabilität aus medizinischer Sicht und bei „grundsätzlicher“ psychischer Stabilität (von Suizidalität glaubhaft distanziert, Vorhandensein ausreichender psychischer Ressourcen) kann EMDR

bereits während des akutstationären Aufenthaltes durchgeführt werden.

Kardiologische „Entgleisungen“ können bspw. ausgelöst werden durch schwere Bluthochdruckkrisen, akute Herzinfarkte, bei denen eine stabile Herzfunktion durch das Implantieren von Stents oder durch Bypassoperationen (am offenen Brustkorb) wiederhergestellt werden muss, schwere Herzrhythmusstörungen bzw. Herzstillstände, die ggf. die Notwendigkeit der Implantation eines Herzschrittmachers mit oder ohne Defibrillatorfunktion nach sich ziehen, das wache Miterleben von Defi-Ein- oder Mehrfachschocks (es gibt Situationen, in denen implantierte Defibrillatoren innerhalb weniger Minuten bspw. über 40x auslösen mit dem Ziel, pathologische Herzrhythmusstörungen und das hierbei auftretende Kammerflimmern zu beenden und den Herzrhythmus wiederherzustellen), eine Verschlechterung einer Herzklappeninsuffizienz, die operativ beseitigt werden muss (Klappenrekonstruktions- oder Klappenersatz-OP), die Zunahme einer Herzinsuffizienz, die durch eine erhebliche Pumpschwäche des Herzens bedingt ist, die irreversibel sein kann, zu einer Listung zur Herztransplantation führen kann, die notfallmäßige Implantation eines LVAD bei schwerer Herzinsuffizienz (linksventrikulärer assist device, akkubetriebenes Unterstützungssystem der linken Herzkammer, umgangssprachlich „Kunstherz“ genannt) und letztlich bei High-urgent-Listung das oft mehrmonatige stationäre Warten auf eine Herztransplantation sowie das Überleben einer stets risikoreichen Herztransplantation. Eine psychische Traumatisierung kann auch durch einen komplikationsreichen Aufenthalt auf einer herzchirurgischen Intensivstation verursacht

werden (invasive Beatmung, Herz-Lungenunterstützung bspw. über eine ECMO, eigene Reanimation oder die der Bettnachbar*in, Tod von Mitpatient*innen etc.).

Schwere Herzereignisse können auch völlig unerwartet neu auftreten, z. B. ein Herzinfarkt ohne vorher vorhandene (oder bislang unbekannte) Blutdruckprobleme, die plötzliche schwere Insuffizienz einer oder mehrerer Herzklappen, die durch eine sofortige Herzklappenersatzoperation beendet werden muss, die Notwendigkeit einer Reanimation aufgrund eines plötzlichen Herzstillstandes mit oder ohne nachfolgender Implantation eines Defibrillators oder das wache Miterleben einer Defibrillation durch einen sogenannten Life-vest (externer Defibrillator, der wie eine

Weste getragen wird und bei einem Herzstillstand Schocks abgeben kann). Auch diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Rahmen meiner mehrjährigen stationären Tätigkeit als Psychologische Psychotherapeutin in der Abt. Psychokardiologie einer Herz-, Lungen-, Gefäß- und Rheumaklinik (incl. eines Transplantationszentrums für Herz und Lunge) habe ich EMDR sehr häufig sowohl stabilisierend (z. B. im Rahmen der Absorptionstechnik) als auch konfrontativ eingesetzt. Der von mir entwickelte „Ressourcensparweg“ eignet sich besonders gut für Menschen mit eingeschränkter Mobilität (veröffentlicht in: Ellert, Claudia, (2022). Long Covid – Wege zu neuer Stärke. München: ZS Verlag).

Im Folgenden versuche ich, meinen „Erfahrungsschatz an Besonderheiten“ in der Anwendung von konfrontativem EMDR in der Psychokardiologie zu beschreiben. Sehr gerne möchte ich psychotherapeutische Kolleg*innen ermutigen, EMDR auch bei herzkranken Menschen anzuwenden, um die Betroffenen dabei zu unterstützen, ihre häufig ausgeprägt und mit Todesangst verbundenen psychischen Belastungen im Zusammenhang mit ihrer körperlichen Erkrankung zu verarbeiten bzw. zu integrieren.

EMDR Phase 1:

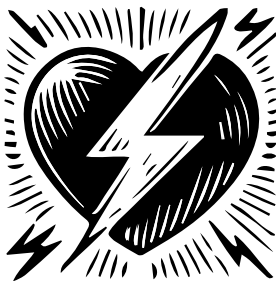
Anamnese und Behandlungsplanung bei kardiologischen Patient*innen:

Die persönliche, die biografische und die psychiatrische Anamnese sollte bei Herzerkrankten um die kardiologische Anamnese ergänzt werden (wann begannen welche kardiologischen Beschwerden, welche Herzereignisse gab es bereits etc.). Hierbei ist es sehr wichtig, herauszufinden, wie es aus ärztlicher Sicht zu

dem aktuell belastenden kardiologischen Ereignis gekommen ist, wie die medizinische Prognose der vorliegenden Herzerkrankung / des Herzereignisses lautet, ob das Herz des / der Betroffenen an sich gesund oder „chronisch krank“ ist und bei wieviel Prozent die Pumpleistung (die sogenannte Ejektionsfraktion (EF), also die Auswurfleistung der linken Herzkammer in den Körperkreislauf) liegt. Bei einem normalen, gesunden Herzen liegt die EF zwischen 55% und 75%, d. h. das Herz pumpt bei jedem Herzschlag mehr als die Hälfte seiner Blutmenge weiter. Beträgt die EF nur noch 35% oder weniger, spricht man von Herzinsuffizienz. Weiterhin ist es relevant, wie nah der / die Betrof-

fene sich subjektiv „in Todesnähe“ befunden hat und ob die „körperliche, kardiologische Sicherheit, also das Vertrauen in den Körper“ objektiv (aus Sicht der behandelnden Kardiolog*innen bzw. Herzchirurg*innen) wieder hergestellt ist – und wie der / die Betroffene dies subjektiv beurteilt.

Die psychische Verarbeitung / Integration eines erlebten kardialen Ereignisses wird meiner Erfahrung nach umso „leichter“ gelingen, je genauer das belastende Herzereignis medizinisch erklärbar, je besser die medizinische Prognose, je gesünder das Herz und je besser die Pumpleistung der linken Herzkammer ist.



EMDR Phase 1:

Anamnese und Behandlungsplanung bei kardiologischen Patient*innen:

In „EMDR-Sprache“ formuliert kann sich der SUD bei Menschen, die ein „eigentlich“ gesundes Herz haben, nach Konfrontation eines traumatisierenden „Herzerlebnisses“ mit EMDR auf o reduzieren, bei chronisch herzkranken Menschen mit einem „nicht gesunden“ Herzen oder bspw. chronisch-fortschreitenden Herzerkrankungen oder erheblichen Gefäßschäden (Arteriosklerose) verbleibt der SUD nach Bearbeitung eines psychisch traumatisierenden Herzereignisses meiner Erfahrung nach bei ca. 2. Bei der Anamnese bzw. der Erarbeitung der Lebenslinie ist weiterhin darauf zu achten, inwiefern der / die Herzerkrankte in seinem / ihrem Leben bereits Todesangst erlebt hat und wie er / sie damit umgegangen ist. Eine aktuell im Zusammenhang mit einem Herzereignis erlebte Todesangst kann sicherlich besser verarbeitet werden, wenn eine vorausgehend erlebte Todesangst konstruktiv bewältigt bzw. integriert wurde, da das Gehirn sehr wahrscheinlich auf seine Verarbeitungserfahrungen zurückgreift.

Bei der Arbeit mit akut traumatisierten Herzpatient*innen ist es meiner Erfahrung nach sinnvoll, mit **einer früheren Belastung** aus der erstellten Lebenslinie, deren SUD aktuell mit ca. 5-6 angegeben wird und die **keine selbst erlebte und noch nicht verarbeitete Todesangst** betrifft, eine Art „**Probe-EMDR**“ (nach Standardprotokoll) durchzuführen. Idealerweise hat das angezielte Thema mit dem Tod (eines anderen Menschen oder auch eines geliebten Tieres), nicht aber mit selbst erlebter (unverarbeiteter) Todesangst zu tun. Eine nicht verarbeitete eigene Todesangst

als Thema zu nehmen ist nicht sinnvoll, da diese die als Akutbelastung sehr wahrscheinlich aktuell vorliegende Todesangst antriggern würde, was sich destabilisierend auswirken würde.

Ziel der Durchführung einer Sitzung „Probe-EMDR“ ist es jedoch, durch die Verarbeitung einer früheren Belastung trotz der akut belastenden gesundheitlichen Situation eine psychische Stabilisierung zu bewirken und dem / der Herzerkrankten zugleich die Angst vor der Anwendung von EMDR zu nehmen. Außerdem gelangt man als EMDR-Therapeut*in im Verlauf einer solchen „Probe-EMDR-Sitzung“ zu einem belastbareren Eindruck bzgl. der grundlegenden (also vor dem Akutereignis vorhandenen) psychischen Stabilität des / der Betroffenen. Eine psychische Belastung mit EMDR zu verarbeiten, die sich bspw. auf den Tod eines engeren Bekannten oder Verwandten oder auch eines geliebten Tieres bezieht (der

evtl. schon einige Jahre her ist), kann dem / der Betroffenen kognitiv und emotional einen (unter EMDR selbst gefundenen) Weg aufzeigen, um auch mit der Angst vor dem eigenen Sterben und dem eigenen Tod besser umgehen zu lernen bzw. darüber ins Gespräch zu kommen, bevor die gerade erst selbst erlebte Todesangst mit EMDR konfrontiert (und dabei mit dem Ziel der Integration ja zunächst reaktiviert) wird.

Gerade Menschen mit Herzerkrankungen sollten sich meiner Ansicht nach aktiv darum bemühen, einen Weg zu finden, um mit ihrer Angst vor dem Tod umzugehen, denn je nachdem, welche Herzerkrankung vorliegt, ist es durchaus möglich, dass eine ggf. weiterhin vorhandene kardiologische Symptomatik den / die Patient*in jeden Tag mehrfach daran erinnert, wie nahe der Tod ist. Eine ambulante Psychotherapie kann diesbezüglich sehr hilfreich sein.



EMDR Phase 1:

Anamnese und Behandlungsplanung bei kardiologischen Patient*innen:

Bei der Behandlung von Herzerkrankten habe ich positive Erfahrungen damit gemacht, vor dem Einsatz von konfrontativem EMDR folgende positive Ressourcen individuell zu erarbeiten:



1. Der „sichere Ort“

sollte (imaginativ) in der Nähe von zuverlässig kompetenter medizinischer Versorgung platziert sein... und wenn es der Park auf dem Klinikgelände ist.



2. Eine positive Körperressource

(bspw. mit der Methode der „position of power“ nach Christine Rost, (2008) Idealerweise wird hier ein Körperteil oder ein Organ gewählt, welches nicht „herznah“ ist, also sich weder in unmittelbarer lokaler Nähe zum Herzen befindet noch direkt mit der Herzaktivität korrespondiert (ich würde also nicht die Lunge wählen, da das Lungenvolumen und / oder die Atmung sich bspw. beim Auftreten von Tachykardie, Hyper- oder Hypotonie,

Herzinsuffizienz verändern können, was sich psychisch belastend auswirken kann). Günstiger ist es, eine Körperressource zu etablieren, die unabhängig von einer kardiologischen Veränderung für die Betroffenen weiterhin „unverändert aktivierbar“ ist, wie die Beweglichkeit der Beine oder der Füße.



3. Vertrauen in den Körper

Wiederum sollte eine Situation gewählt werden, deren Erinnerung auch beim Auftreten einer akuten kardiologischen



EMDR Phase 2:

Stabilisierung bei kardiologischen Patient*innen

Belastung uneingeschränkt aktivierbar bleibt. Geeignet ist bspw. eine Situation, in der der Mensch sich in einer langsamen Bewegung befunden hat (wie sie auch bei einer leichten kardiologischen „Komplikation“ ausführbar wäre, wie bspw. ein Spaziergang an der frischen Luft, vgl. auch den „Ressourcenspaziergang“ als Stabilisierungsübung)



4. Handlungsfähigkeit

Handlungsfähig zu sein bedeutet nach meinem Empfinden, über eigene Gedanken, Gefühle und auch bezogen auf die körperliche Befindlichkeit Kontrolle zu haben und auf diesen Ebenen positiven Einfluss auf die eigene Lebensgestaltung nehmen zu können. Beim Vorliegen einer schweren Erkrankung oder nach dem Erleben eines belastenden „Herzereignisses“ ist die Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit m. E. ein grundlegendes psychotherapeutisches Ziel.



5. Zuversicht / Optimismus bezogen auf die Zukunft



6. Dankbarkeit

Dankbarkeit empfinden zu können und sich dessen bewusst zu sein stellt aus meiner Sicht eine unabdingbare Voraussetzung für ein zufriedenes und glückliches Leben dar (auch nach dem Erleben einer Belastung bzw. einer negativen körperlichen Erfahrung und auch beim Weiterleben mit einer chroni-

schen Herzerkrankung). Um „lebens satt“ irgendwann sterben zu können, wäre es günstig, Dankbarkeit empfinden zu können für das, was einem im Leben geschenkt wurde und was gut gelaufen ist, und die negativen Aspekte und Erfahrungen subjektiv weniger hoch zu gewichten als die freudigen Erlebnisse. So verstanden setzt die Ressource der Dankbarkeit der im Rahmen der kardiologischen Belastung erlebten Todesangst etwas Positives gegenüber.



7. Akzeptanz

Wer eine Haltung der Akzeptanz in einer anderen als negativ erlebten Situation einnehmen konnte und auf diese Fähigkeit als Ressource zugreifen kann, ist psychisch „gut vorbereitet“ dafür, um auch die aktuell vorhandene Belastung in Zukunft akzeptieren zu können.



8. Selbstfürsorge

– ich darf und kann für mich sorgen und werde das auch wieder tun können, wenn ich die akute psychische Belastung bewältigt habe.

Wenn Patient*innen sehr angespannt sind und ihren Körper bzw. ihre Herzaktivitäten sehr genau beobachten, bietet es sich an, die Lichtstromübung durchzuführen (Rost (Hrsg.), 2016). Der Effekt ist häufig sowohl ein Nachlassen der inneren und äußeren Anspannung als auch eine gewisse subjektive Sicherheit der Patient*innen, störende körperliche Symptome zumindest teilweise selbst beeinflussen bzw. reduzieren zu können und sich damit besser

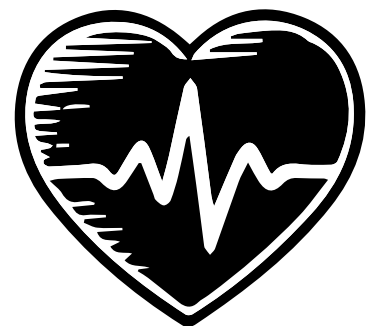
zu fühlen, auch wenn die zugrundeliegende körperliche Erkrankung selbstverständlich nicht „verschwindet“.

Erfahrungsgemäß ist die Erarbeitung von „relevanten Ressourcen“ deshalb so wichtig, weil das Gehirn im Rahmen des subkortikalen Verarbeitungsprozesses unter EMDR auf die gut eingeübten Ressourcen zugreift, was die Verarbeitung bzw. die Integration von belastenden Lebensereignissen fördert.

Die Auswahl des zu bearbeitenden Themas liegt auf der Hand, wenn eine psychische Traumatisierung vorliegt und ein Kontrollverlust im Rahmen eines akuten Herzereignisses erlebt wurde.

Die Anwendung von EMDR kann jedoch auch dann sinnvoll (und notwendig) sein, wenn eine deutliche psychische Belastung durch das (chronische) Vorhandensein einer chronischen Herzerkrankung besteht.

Das Herausarbeiten der passenden negativen und der gewünschten positiven / hilfreichen Kognition ist für mich stets die größte Herausforderung.



EMDR Phase 3: Bewertung

Ideal ist es meiner Ansicht nach, wenn die pK nicht nur die Belastung in der Vergangenheit hilfreich umstrukturiert, sondern wenn die pK zugleich eine positive Tragfähigkeit für die Zukunft besitzt.

Beispiele für negative / positive Kognitionen beim Einsatz von EMDR bei Herzerkrankten:

nK: Ich kann es nicht aushalten

pK: Ich kann damit umgehen / Ich kann lernen, damit umzugehen / Ich kann einen Weg finden, um damit umzugehen / Ich bleibe gelassen

nK: Ich bin schwach

pK: Ich bin stark / Ich kann meine Kraft wieder finden

nK: Ich kann nicht wieder gesund werden

pK: Ich bleibe handlungsfähig / Ich bleibe zuversichtlich

nK: Ich bin hilflos / Ich habe keine Kontrolle / Ich bin ausgeliefert

pK: Ich schaffe es / finde einen Weg, um wieder handlungsfähig zu werden

nK: Ich habe das Vertrauen in meinen Körper verloren

pK: Ich kann / kann lernen, meinem Körper wieder vertrauen

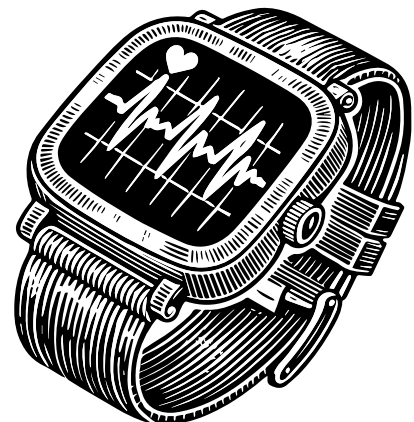
nK: Ich hätte sterben können

pK: Ich habe überlebt / Ich darf weiterleben

Lokalisierung der Körperempfindung: Sehr häufig haben Herzpatient*innen gelernt, ihren Körper, speziell ihren Puls bzw. den Herzschlag und / oder das EKG genau zu überwachen. Häufig nutzen sie dazu auch technische Geräte, wie bspw. eine smart watch. Träger von implantierten Defibrillatoren sind häufig sogar per Funk mit Ärzt*innen ihrer Herzklinik verbunden, so dass diese reagieren können, wenn der Defi auslöst bzw. idealerweise auch schon vorher, wenn es bspw. Probleme in der Programmierung des Defi gibt, so dass dieser möglicherweise inadäquate Schocks abgibt (ohne dass eine ausreichend schwere Herzrhythmusstörung bzw. ohne dass ein Herzstillstand vorliegt). Problematisch wird das individuelle Überwachungsverhalten des eigenen Körpers dann, wenn jede registrierte Unregelmäßigkeit Ängste (bis hin zu Panikattacken) auslöst.

Aufgrund der hohen Sensibilisierung für ihren Körper und weil die Konfrontation mit EMDR ja die psychische Belastung durch das Herzereignis thematisiert, geben Herzpatient*innen sehr häufig bzw. regelhaft eine Lokalisierung der psychischen Belastung im Bereich des Herzens an (unangenehm heftiger Herzschlag, Herzstolpern, Extrasystolen, Herzrasen, „Herzschmerzen“, Schmerzen im Brustkorb, vor allem nach Herzinfarkten oder nach Bypassoperation am geöffneten Brustkorb, Schmerzen an der Stelle, an der der Defibrillator oder die Stents implantiert wurde und sitzt etc.). Gerade weil diese Lokalisierungsangaben erwartbar sind und weil sich bekanntermaßen Ängste verstärken, wenn man hierauf eingeht (Grundlagen der Verhaltenstherapie, Spiegelneurone), ist es ratsam, diese Lokalisierungen „einfach“ zur Kenntnis und ins Protokoll zu nehmen, ihnen keine besondere Beachtung zu schenken, sondern allenfalls rückzumelden, dass man im Zusammenhang mit dem zu bearbeitenden Thema genau dies erwartet hatte, da der Körper „natürlich“ ganz exakt an der Stelle reagiert, an der die Belastung eingetreten ist. Das Einüben der Lichtstromtechnik und das Etablieren positiver („herzferner“) Körperressourcen ist in der Vorbereitung der EMDR-Konfrontation in der Regel sehr hilfreich (vgl. oben).

Sehr häufig ist während der Durchführung von EMDR festzustellen, dass die herzbezogenen Körperreaktionen weniger werden oder auch ganz verschwinden, was den Patient*innen auf eindruckliche Weise bestätigt, dass die behandelnden Ärzt*innen Recht hatten und „das Herz wieder heil und die akute Lebensgefahr vorüber ist“.



OBERARZT (M/W/D)

Wir suchen einen **Facharzt (m/w/d) für Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie** oder **Psychiatrie und Psychotherapie** mit mehrjähriger Erfahrung im stationären Bereich für die Position als **Oberarzt (m/w/d)** in Teilzeit.

Diese Aufgaben erwarten Sie:

- Leitung des multiprofessionellen Teams unter Integration aller Berufsgruppen unserer offenen Traumaklinik
- Aufnahmeplanung inkl. ambulanter Vorgespräche
- Durchführung fachärztlicher Visiten
- Anleitung und Supervision der fallführenden Therapeut*innen und Assistenzärzt*innen
- Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung
- Fallführung unserer Patient*innen (Einzel- und Gruppe)
- Weiterentwicklung der Therapiekonzepte

Das bieten wir Ihnen:

- Unbefristete Anstellung
- Leistungsgerechte Vergütung
- Regelmäßige interne & externe Fortbildung sowie Team und Supervision
- Fachspezifische Ausbildung in EMDR
- Systemisch ausgerichtetes Konzept mit Elementen wie Reflecting Visite, Skulptur-Arbeit, regelmäßigen systemischen Fortbildungen und gelebter Multiperspektivität
- Sehr gute Arbeitsatmosphäre und wertschätzende Kollegialität
- Arbeitsplatz in historischem Schloss

Wenn Sie über ein hohes Maß an fachlicher und sozialer Kompetenz verfügen & für Sie im kollegialen Miteinander das Menschliche zählt, freuen wir uns, Sie kennen zu lernen.

Gezeiten Haus Schloss Eichholz

Klinik für Psychosomatische Medizin

Psychotraumatologie und EMDR

Chefärztin: Dr. med. Susanne Altmeyer

Urfelder Straße 221

50389 Wesseling

T 02236 39 39-122

E bewerbung@gezeitenhaus.de

Die psychische Belastung durch das erlebte herzbezogene Ereignis ist - wie jede andere schwere psychische Belastung - im Gehirn der Patient*innen verbunden mit entsprechenden Körperreaktionen („Körpererinnerungen“), die EMDR aufgrund seiner multimodalen Wirkweise (bildlich, kognitiv, emotional und körperlich) in Verbindung mit der bilateralen Stimulation der Hirnhälften und aufgrund der unter EMDR stattfindenden Aktivierung des Parasympathikus integriert. Dies hat bei Herzpatient*innen den Effekt, dass sich sowohl die Gewissheit, das kardiale Ereignis überlebt zu haben und weiterleben zu dürfen als auch eine körperliche „Beruhigung“ einstellt, was häufig dazu führt, dass das übertriebene Beobachten der Herzaktionen nachlässt bzw. auf ein adäquates Maß reduziert wird.

Fallbeispiele:

Dr. Arne Hofmann hat in sein aktuelles Buch (Hofmann, A. & Lehnung, M. (Hrsg.) (2024) auf Seite 37f. meine Schilderung einer EMDR-Behandlung bei PTBS bei einem jungen Medizinstudenten aufgrund des wachen Erlebens von sehr schmerzhaften Schocks durch seinen (nach dem Überleben zweier Herzstillstände) implantierten Defibrillator aufgenommen. Mit der nK: „Ich bin schwach“ gelang es, den Defischock zu verarbeiten und die pK: „Ich bin stark“ zu festigen. Die anschließend verbliebene Angst, körperlich nicht mehr belastbar zu sein und sich nicht mehr unter Menschen zu trauen, reduzierte sich nach der EMDR-Konfrontation mit der nK: „Ich bin meinem Körper ausgeliefert“, und es etablierte sich die pK: „Ich habe wieder Vertrauen in meinen Körper“. Die pK stabilisierte sich auf eine Stimmigkeit (VOC) von 6, die Belastung reduzierte sich von 8 auf 2. Mittlerweile konnte der Patient sein Medizinstudium erfolgreich abschließen und arbeitet als Assistenzarzt auf einer pulmologischen Station.

Ein 45-jähriger Automechaniker litt nach dem Erleben eines plötzlichen schweren Herzinfarktes mit notfallmäßig erfolgter Bypassoperation am offenen Brustkorb unter Flashbacks von der Intensivstation und starken (Todes-)Ängsten, die einhergingen mit Blutdruckschwankungen (Hypertonie). Bereits in der ersten Konfrontation des Erlebten mit EMDR etablierte sich statt der nK „Ich kann das nicht aushalten“ die zuversichtliche pK: „Ich kann wieder so werden wie vorher“, was zu deutlich spürbarer körperlicher und psychischer Entlastung führte. Der Blutdruck ließ sich nachfolgend medikamentös stabil einstellen.

In meinem Beitrag habe ich bewusst darauf verzichtet, die EMDR-Behandlung von Patient*innen zu beschreiben, die unter herzbezogenen Ängsten leiden, ohne dass eine medizinisch relevante Herzerkrankung vorliegt (somatoforme bzw. funktionelle Störungen). Meiner Erfahrung nach ist es sehr gut möglich, herzbezogene Ängste bzw. deren zugrundeliegende Auslöser mit EMDR zu behandeln. Bei einer meiner Patientinnen verschwanden bspw. jahrelang bestehende erhebliche Herzrhythmusstörungen (bei organisch gesundem Herzen) vollständig, nachdem wir die „jahrelang schwierige“ Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter und deren Pflegebedürftigkeit mit EMDR bearbeitet hatten.

Wie im Fall dieser Patientin kann es auch sinnvoll sein, bei der Erarbeitung des EMDR-Ablaufschemas die Wahrnehmung der Herzrhythmusstörungen als Belastung zu definieren und darauf basierend die Phase 3 zu erarbeiten. Hinter der kardiologischen Symptomatik zeigt sich dann in der Regel die zugrunde liegende psychische Belastung, die, wie im Fall meiner Patientin, ihr selbst überhaupt nicht bewusst war, was ihre Hilflosigkeit im Umgang mit den Herzrhythmusstörungen verstärkt bzw. diese möglicherweise erst ausgelöst hatte.

Einen Sonderfall einer akuten Herzinsuffizienz ohne zugrundeliegende kardiologische Erkrankung, stellt die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie dar, bei der es zu einer plötzlichen schweren Pumpschwäche der linken Herzkammer kommt, was lebensbedrohlich sein kann, da die Herzkammer einreißen kann, sich Blutgerinnsel bilden oder schwere Herzrhythmusstörungen auftreten können. Die linke Herzkammer „ver-

formt“ sich ballonartig in Form einer „Tintenfischfalle“ (japanisch = „Tako Tsubo“). Die Verformung ist in den meisten Fällen reversibel, was mit einer Normalisierung der Pumpleistung des Herzens einher geht.

Ursache ist hier keine kardiologische oder angiologische Grunderkrankung, sondern die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie wird ausgelöst durch schwere psychische oder physische Belastungssituationen, die kurz vorher aufgetreten sind, auf die die Betroffenen mit einer übermäßigen Anhäufung von Stresshormonen reagiert haben.

Als psychokardiologisches Prozedere mit Anwendung von EMDR nach dem Erleben einer Tako-Tsubo-Kardiomyopathie schlage ich vor, zunächst die zugrunde liegende Stressbelastung zu explorieren und diese mit psychotherapeutischen Methoden und unter Umständen auch mit Anwendung von EMDR zu bearbeiten bzw. zu reduzieren.

Daher empfehle ich Menschen, die eine Tako-Tsubo-Kardiomyopathie erlebt haben, regelhaft eine ambulante Psychotherapie.

Die Konfrontation des Erlebens der akuten Tako-Tsubo-Krise mit EMDR, die häufig lebensbedrohlich ist und von den Betroffenen auch so wahrgenommen wird (nK: „Ich hätte sterben können“, pK bspw.: „Ich habe überlebt und darf weiterleben“) kann meiner Ansicht nach effektiv dazu beitragen, ein erneutes Auftreten des Ereignisses zu verhindern, sofern die zugrundeliegende Stressbelastung abgenommen hat. Die Anwendung von EMDR kann hier bewirken, das Gefühl von subjektivem Vertrauen in den Körper / in die Funktionsfähigkeit des (gesunden) Herzens wiederherzustellen, was m. E. elementar für die Wiedererlangung des psychischen Gleichgewichtes ist.



Entscheidend dafür, dass herzkranken Menschen auf die Effektivität des EMDR-Prozesses vertrauen, ist meiner Ansicht nach, dass Sie selbst als psychotherapeutische Behandler*innen dem Wirkmechanismus und der Wirksamkeit von EMDR vertrauen und dass Sie dieses Vertrauen mit großer „Gelassenheit“ auch ausstrahlen – trotz Vorhandenseins einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung und einer erheblichen psychischen Belastung auf Patient*innenseite.

Auch wenn bei Anwendung von EMDR durch das aktive Benennen der Belastung, der belastenden bildlichen Erinnerung, der negativen Kognition, der belastenden Gefühle und durch die bilaterale Stimulation der beiden Hirnhälften bei den Patient*innen erhebliche (auch kardiologische) Symptome auftreten (können), so ist das die große Chance: Der Parasympathikus wird aktiviert, und das Gehirn arbeitet

sich ans Ziel, bis es die positive (hilfreiche) Kognition trotz des belastenden Erlebnisses denken, fühlen und körperlich spüren kann.

In keiner meiner EMDR-Konfrontationen mit schwer herzkranken Menschen – weder im stationären noch im ambulanten Rahmen – habe ich eine körperliche „Rückentwicklung“ erlebt, es kam in keinem Fall zu einer Bluthochdruckkrise, zu einem akuten Gefäßverschluss oder gar zu einem Herzinfarkt oder einem Herzstillstand.

Anteil daran zu haben, wie sich der Leidensdruck der Patient*innen im Zusammenhang mit dem erlebten belastenden Herzereignis am Ende der EMDR-Sitzung deutlich reduziert und sich eine bildlich, kognitiv, emotional und körperlich spürbare Erleichterung einstellt, ist für mich immer wieder das größte Geschenk bei der psychotherapeutischen EMDR-Arbeit mit herzkranken Menschen.

Literatur

Bardé, B. & Jordan, J. (2015). *Klinische Psychokardiologie. Beiträge zur Psychotherapie von Herzkranken.* Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Ellert, C. (2022). *Long Covid – Wege zu neuer Stärke.* München: ZS Verlag.
Darin enthalten: „Der Ressourcenspaziergang“ von Dipl.-Psych. Susanne Wirtz.

Hermann-Lingen, Ch., Albus, Ch. & Tiftcher, G. (Hrsg.). (2008). *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Hofmann, A. & Lehnung, M. (Hrsg.). (6. Aufl. 2024). *EMDR. Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome.* Stuttgart: Thieme.

Korn, D. I. & Leeds, A. M. (2002). „Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilisation phase of treatment of complex posttraumatic disorder.“ *Journal of Clinical Psychology* 58(12): 1465-1487.

Kreyer, A.-K., geb. Kirnich (2008). *Experimentelle Überprüfung psychophysiologischer Prozesse im EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Grundlagenforschung. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.*

Rost, Ch. (Hrsg.). *Ressourcenarbeit mit EMDR.* (2008). Paderborn: Junfermann.

Rost, Ch. (Hrsg.). (2016). *EMDR zwischen Struktur und Kreativität.* Paderborn: Junfermann.

Schubmann R., Eckelt, S., Hermes, S. & Leithäuser, B. (2019). *Psycho-Kardiologie Kompakt. Verständlich auf den Punkt gebracht.* Balingen: Spitta.

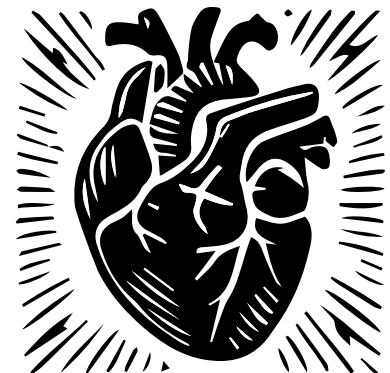
Shapiro, F. (2013). *EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen.* Paderborn: Junfermann.

Tesarz, J., Seidler, G. H. & Eich, W. (2015). *Schmerzen behandeln mit EMDR. Das Praxishandbuch.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Zur Person:

Dipl.-Psych. Susanne Wirtz, PP (VT), EMDR-Therapeutin und EMDR-Supervisorin (EMDRIA), Psychotraumatologin (DeGPT), Psychoonkologin (DKG), Psychokardiologin (DGK).

2012-2020 klinische Tätigkeit in der Abt. Psychokardiologie eines Herz-, Lungen-, Gefäß- und Rheumazentrums mit angeschlossener Rehabilitation und Transplantationszentrum (für Herz und Lunge) und Psychoonkologin im stationären Lungenkrebszentrum. Seit 2010 Psychotherapeutische Privat- und BG-Praxis in Wetzlar / Mittelhessen.





Patientenbericht

Ein lauer Frühsommerabend in der Provence. Auf dem Fußweg zum Restaurant werde ich von einem extrem heftigen Schmerz in der Brust überrascht. Das kann nur mein implantierter Defi sein, der mein schwaches Herz schockt. Vermutlich schlägt es viel zu schnell, und es droht der plötzliche Herztod. Ich bin luftnötig. In fast regelmäßigen Abständen von ca. 30 Sekunden kommt ein Schock nach dem anderen. Die Angst wird mit jedem Schock intensiver. Der Defi scheint den schnellen Herzschlag nicht beenden zu können. Irgendwo zwischen dem 3. und 4. Schock gebe ich die Hoffnung auf. Ich habe Todesangst. Ich werde jetzt sterben.

Ich bin nicht gestorben, denn der 5. Schock war erfolgreich. Aber am nächsten Tag war alles anders. Nun waren die Schreckreaktionen heftig verstärkt. Kleinste Reize verursachten ein stark erhöhtes Erregungsniveau, welches sich nur sehr langsam abbaute. Ich hatte das Gefühl, dass alle Reize direkt auf meine Seele einprasselten und fühlte mich vollkommen wehrlos und ausgeliefert.

Der aufgesuchte Psychotherapeut stellte zunächst die Diagnose „Anpassungsstörung“ und machte Psychotraumaorientierte Psychotherapie. Zwei Monate später überwies

mich mein Kardiologe während eines stationären Aufenthaltes in eine psychosomatische Klinik, wo zwar die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ gestellt wurde, das Behandlungskonzept aber Exposition und Flooding war, was die Symptome der Traumatisierung verschlimmerte. Es war unerträglich und so wechselte ich mit der Hilfe meiner Frau in eine kardiologische Reha, wo die Diagnose „Akute Belastungsreaktion mit Angstsymptomatik“ gestellt wurde. Es wurden verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelgespräche durchgeführt. Im Anschluss nach der Reha schlug mein Psychotherapeut einige Wochen später als Behandlungsoption EMDR vor, aber ich war nicht überzeugt, dass ein Finger vor der Nase eine Besserung bewirken sollte. Leider hat der Therapeut nicht insistiert und versucht mich zu überzeugen. Und so vergingen nochmals 1 ½ Jahre bis ich dann in

einer psychokardiologischen Reha mit EMDR begann.

Da ich immer wieder geschockt wurde, verschlimmerte sich die Traumatisierung und damit auch die traumatisch bedingten Symptome. Ich konnte mich nicht mehr alleine aus der Wohnung bewegen, an Arbeit war nicht mehr zu denken. Besuche bei Freunden und Verwandten waren – wenn überhaupt – nur unter Qualen und nur in Begleitung meiner Frau möglich. Aktivitäten in der Öffentlichkeit

Ich konnte mich nicht mehr alleine aus der Wohnung bewegen

waren bis auf Arztbesuche eingestellt. Der Körper rebellierte mit Körpersymptomen wie Angstschweiß, Atemnot, Zittern, Durchfall, Magenschmerzen und Schwindel. Durch den hohen Stresslevel wurden Rhythmusstörungen provoziert, die den Teufelskreis der Angst anfachten. Heute, 20 Jahre nach dem Ereignis in Frankreich, kann ich mich weitgehend als geheilt bezeichnen. Dies habe ich zu einem wesentlichen Teil der Behandlung mit EMDR zu verdanken. Die Symptome der Traumatisierung sind so

gut wie verschwunden. Ich benötige keine Beruhigungsmittel mehr und kann mich wieder frei ohne Angst bewegen. Nur manchmal kommt es mir noch unwirklich vor und dann sage ich mir: „Doch es ist wahr. Du hast es geschafft, Dich von der schlimmsten Geißel in Deinem Leben zu befreien!“

Mit diesem Aufsatz möchte ich allen Traumatisierten Mut und Hoffnung machen, sich mit EMDR behandeln zu lassen. Ich möchte alle Kardiologen, die Defis implantieren, darauf aufmerksam machen, dass ihre Patienten, die vom Defi geschockt wurden, traumatisiert sein könnten und ihnen mit Traumatherapie unter Verwendung von EMDR geholfen werden kann. Ich möchte allen Psychotherapeuten verdeutlichen, dass ihre Patienten mit implantierten Defi traumatisiert sein könnten und EMDR eine solche Traumatisierung auflösen vermag.

Technisch gesehen entsteht eine Traumatisierung, wenn das Gehirn nicht in der Lage ist, das Erlebte verarbeiten, weil zum Zeitpunkt des Erlebens die emotionale Erregung zu groß ist. Dadurch wird das Erlebte nur teilweise verarbeitet und nur bruchstückhaft abgespeichert, und es treten die für eine Traumatisierung typischen Symptome auf. Diese Erregung wurde bei mir durch die Defischocks verursacht. Mit EMDR ließen sich die unvollständig verarbeiteten Erinnerungen gezielt auslösen und die Traumatisierung auflösen.

Wie die Behandlung mit EMDR bei mir ablief, und warum es 20 Jahre bis zur Heilung dauerte, möchte ich im Folgenden schildern. Natürlich sind aufgrund der Belastung auch andere psychische Erkrankungen entstanden, die nicht mit EMDR behandelt wurden.

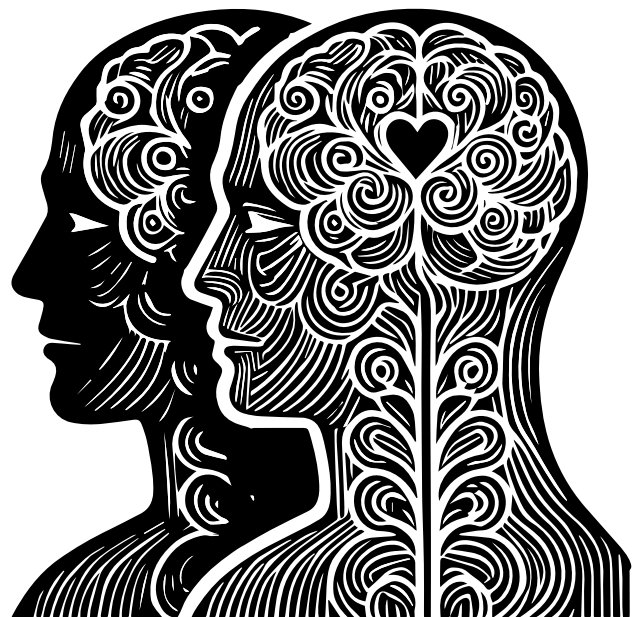
Neben den bereits genannten Diagnosen wurden von den mich behandelnden Psychotherapeuten und Psychiatern generalisierte Angststörung, Angststörung aufgrund von Rhythmusstörungen, Agoraphobie und Depression als Diagnose gestellt. Die Kardiologen waren sich hingegen meist einig mit der Diagnose Herzneurose, ein Begriff aus der Mitte des 19. Jahrhunderts, der die Angst vor Herzkrankheiten beschreibt. Warum man sich damals schwer tat und vielleicht auch noch heute tut, die Defischocks als Ursache einer PTBS anzuerkennen, lag vielleicht am mangelnden Verständnis der Funktionsweise eines Defis, der häufig mit einem Schrittmacher verwechselt wurde. Dabei war ich kein Sonderfall. In der Reha und in Selbsthilfegruppen lernte ich diverse Defiträger kennen, die ebenfalls mehrfach geschockt waren und ähnliche Symptome wie ich zeigten. Statt PTBS wurde aber bei den meisten

Defiträgern eine Angststörung diagnostiziert und entsprechend behandelt. Aber auch die bei mir recht früh gestellte Diagnose PTBS führte nicht zur Anwendung von EMDR. Die Methode war zu unbekannt und viele Therapeuten nicht entsprechend ausgebildet.

Die Therapeuten gingen sehr unterschiedlich bei der Vorbereitung vor. Es gab Unterschiede bei der Stimulation, beim Prozessieren, beim Tracken des Verlaufs, beim Beenden des Prozessierens eines Traumafragments und bei der Nutzung von Stabilisierungsmethoden.

Bei der bilateralen Stimulation fand ich den bewegten Zeigefinger nicht optimal, weil meine Augen halb geschlossen waren. Kopfhörer störten die Kommunikation mit dem Therapeuten. Ein Tapping des Psychotherapeuten auf meinen Beinen fand ich aufgrund des Eindringens in die Distanzzone eher unangenehm. Gut fand ich Pulsatoren in den Händen, weil man den Bildern am besten freien Lauf geben konnte. Eigenes Tapping hatte den Charm, dass ich die Kontrolle hatte und unmittelbar aufhören konnte, wann immer dies notwendig erschien.

Beim Prozessieren mit EMDR hielt ich meine Augen halb geschlossen, um mit der Realität verhaftet zu bleiben. Ich stellte mir von einem Traumafragment ein Bild des traumatischen Ereignisses vor. Zu diesem Bild gehörte nicht nur die visuelle Erinnerung, sondern auch die Gefühle, Sinne und Gedanken, die mit der Situation einhergingen. Umso besser das gelang, umso besser wurde das Trauma angesprochen und prozessiert.



Um den Fortschritt zu überwachen, schätzte ich vor EMDR auf einer Skala von 1-10 die Erregung, beim Hineinversetzen in das Bild tauchten dann laufend neue Fragmente des traumatischen Erlebens auf, die ich ohne Einflussnahme fließen ließ, auch wenn diese irrational erschienen oder scheinbar in keinem Zusammenhang zum Trauma standen. Bei jeder Veränderung gab ich meinem Therapeuten Feedback zur Aushaltbarkeit der Erregung an. Diese war das entscheidende Kriterium, um mit EMDR fortzufahren. Wiederholungen, auch mehrere, waren meist notwendig, solange noch eine traumatische Erregung vorhanden war. Wenn keine Fragmente mehr kamen, war der bearbeitete Teil des Traumas durchprozessiert und die Erregung bei 1.

Es gelang bei einer der ersten EMDR Sitzungen nicht, rechtzeitig abubrechen. Aufgrund der Übererregung hatte ich drei Tage ein Hyperarousalgefühl. Bei einer solchen Dauer sind Stabilisierungsübungen auf die Dauer zu anstrengend. Mir hatte es dann geholfen, mich moderat zu bewegen. Obwohl die Sitzung nicht optimal gelaufen war, war die Belastungsreduktion überwältigend und ein Meilenstein in meiner Therapie. Es folgten noch einige weitere EMDR Sitzungen, die spürbar und unmittelbar zu Verbesserungen führten, aber leider wurde danach nicht mehr konsequent weiterprozessiert. Zunächst nahm man an, dass sich das Trauma mit der Zeit von selbst auflösen würde, also wie ein Kartenhaus in sich zusammenbrechen würde. Teilweise hatten die Therapeuten nur wenig Kenntnisse über Traumatisierung und erst recht über EMDR. Auch wurden Diagnosen gestellt, die nicht zur Behandlung mit EMDR führten.

So gingen die Jahre ins Land und glücklicherweise war der Leidensdruck mittlerweile nicht mehr so groß. Eine große Hilfe war eine großflächige epikardiale Ablation, nach der keine Defischocks mehr notwendig waren. Zudem wurde ich 2017 herztransplantiert. Ein Glücksfall war, dass mein aktueller Therapeut mir durch konsequentes EMDR geduldig über 3 Jahre bei fast allen übrig gebliebenen Traumafragmenten half, diese zu bearbeiten und aufzulösen. Es hat sich gezeigt, dass bei komplexen Traumatisierungen zahlreiche EMDR Sitzungen und auch Wiederholungen notwendig waren.

Zusammenfassend hat mir EMDR geholfen, von einem massiven, komplexen Trauma wieder ins Leben zurückzufinden. Ich kann heute wieder alles ohne psychische Einschränkungen tun.

Der Schlüssel für den Erfolg war das konsequente Durchprozessieren aller Traumafragmente, bis das Trauma vollständig aufgelöst war.

Am Ende meines Aufsatzes möchte ich mich bei allen Ärzten und Therapeuten bedanken, die mich von einer aussichtslosen Situation mit viel Geduld in die Normalität begleitet haben.

Wer noch mehr Details wissen möchte, dem sei die Lektüre meines ersten Aufsatzes empfohlen, der meine Situation im Jahr 2011 wiedergibt:

„Ein anderer Mensch in 2 Minuten“, Herzschr Elektrophys 2011, DOI 10.1007/s00399-011-0137-y, Springer-Verlag.



- Anzeige -



**Ein hilfreiches Bilderbuch von Katja Paternoga
mit einer Übung von Debra Wesselmann
und Francine Shapiros „Schmetterlingsklopfen“**

Alle Kinder haben manchmal Schwierigkeiten, sich geliebt und verbunden zu fühlen, und Kinder mit traumatischen Erfahrungen haben es noch schwerer. Als wir vor einigen Jahren mit einem der vielen Kinder in unserem Zentrum arbeiteten, die darum kämpften, sich sicher, verbunden und geborgen zu fühlen, entstand das "magische Band der Liebe". Mit ein wenig Anleitung und dem Einsatz der Vorstellungskraft der Kinder, um die Liebe zu "sehen", und mit **Francine Shapiros "Schmetterlingsklopfen"**, um die guten Gefühle zu vertiefen, konnten die Kinder in unserem Zentrum beginnen, auf die liebevolle Verbindung zu ihren Eltern zu vertrauen, auch wenn sie allein in ihren Betten lagen oder ihre Eltern nicht da waren. Die Kinder, mit denen wir arbeiteten, waren so begeistert von der "magischen Bindung", dass sie zu einer grundlegenden Aktivität in unserer EMDR- und Familientherapie zur Behandlung von Bindungstraumata wurde.

**Dieses wunderschöne kleine Buch von Katja Paternoga ist ein Juwel.
Diese liebenswerte Geschichte mit ihren wunderschönen Illustrationen wird
Magie in das Leben ihrer Leser bringen und es noch mehr Kindern ermöglichen,
mutig die Welt zu erkunden und die Liebe ihrer Eltern oder anderer wichtiger
Bezugspersonen mit sich zu tragen, wohin sie auch gehen.**

Debra Wesselmann
MS, LIMHP The Attachment and Trauma Center of Nebraska, U.S.

EMDR

bei chronisch kranken Kindern

Daniela Lempertz

Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten erleben viele Formen von Stress. Eltern und Gesundheitsdienstleister sollten bei jungen Menschen und ihren Familien auf Anzeichen von Depressionen, Angstzuständen und Anpassungsstörungen achten (NIMH, 2021).

Gerade für Kinder kann aufgrund ihres Alters, ihrer aktuellen Gehirnreife und Entwicklung das Leben mit einer chronischen Erkrankung besonders herausfordernd und belastend sein. Die Stärkung der Betroffenen ist ein Schritt auf dem Weg hin zu einer besseren psychischen und auch physischen Gesundheit.

"When we consider Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), we often associate it with returned military personnel. However, it may surprise you to hear that 1 in 8 children under the age of 6 years old develop PTSD following exposure to traumatic injury."

Prof. Justin A. Kenardy, University of Queensland, Brisbane 2016



Die drei Geschichtenerzähler

Der Körper ist die Basis für alle unsere Lebensprozesse. Psychotherapie sollte das Zusammenspiel der drei Geschichten-Erzähler – Körper, Gedanken und Emotionen – berücksichtigen, insbesondere, um auch den nicht-sprachlichen Ausdruck von Patient:innen zu verstehen. Der Körper ist unser Instrument, um in Kontakt mit anderen und unserer Umwelt zu treten. Wie ein „Resonanz-Körper“ reagiert er auf Impressionen jedweder Art: angenehm oder unangenehm, schädigend oder heilend, nährend oder zehrend.

Kinder kommen in die psychotherapeutische Praxis „mit einem Körper“, der seine individuellen genetischen Informationen, Fähigkeiten, Stärken, Beschränkungen, Wunden, Erfahrungen, Narben und Schwächen hat. Manches davon ist sofort sichtbar, anderes zeigt sich erst im Verlauf des Kennenlernens des Kindes, seiner Familie und seiner Lebensgeschichte.



Chronische Erkrankungen und medizinische Traumatisierungen bei Kindern

Chronische Erkrankungen sind bei Kindern seltener als bei Erwachsenen und rufen oft Erstaunen bei den Bezugspersonen des Kindes hervor: „Rheuma? Diabetes? Multiple Sklerose? Ist das überhaupt möglich? Es ist doch noch ein Kind!!“ Belastend und mögliche Themen der EMDR-Therapie können die Diagnose, Behandlung, Prognose und eine unsichere Zukunft sowie Angst vor dem Tod sein.

Die psychologischen Folgen und Symptome chronischer Erkrankung zeigen sich vielfältig, wie zum Beispiel in Angst, Hyperaktivität (Hyperarousal), Aggression, Stimmungsschwankungen, Depression, Schlafproblemen, Essstörungen, Entwicklungsverzögerungen.

Chronisch kranke Kinder können im Rahmen der notwendigen medizinischen Diagnostik und Therapie zusätzlich medizinische Traumatisierungen erfahren wie zum Beispiel dadurch, während einer Untersuchung festgehalten zu werden oder schmerzhaft und belastende Nebenwirkungen einer Behandlung zu spüren. Der Körper ist hier der Zeuge für alles, was das Kind in Bezug auf seine Erkrankung erlebt hat. Gespeicherte (Körper)-Erinnerungen können uns im Verlaufe der psychotherapeutischen Behandlung die Informationen geben, die einen kognitiven Zugang zum Erlebten ermöglichen und die Geschichte des Kindes im Zusammenspiel mit seinen Symptomen verstehbar machen. Hier kann EMDR unterstützen, die belastenden und traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten und eine Neuorientierung anzubahnen.

Diagnostik

Zu Beginn der EMDR-Therapie werden im Rahmen der Diagnostik eine allgemeine Anamnese mit den üblichen Testverfahren aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie eine krankheitsbezogene Traumanamnese erhoben. Traumascreening-Instrumente wie der Child Report of Posttraumatic Symptoms für Kinder ab 7 Jahre (Greenwald, 1999) und Parents Report of Posttraumatic Symptoms (Greenwald, 1999) als auch die Pediatric Emotional Distress Scale – Early Screener für Kinder zwischen 2 und 6 Jahren (zu beziehen über: markus.landolt@kispi.uzh.ch) helfen bei der Einschätzung eines posttraumatischen Stresses.

Eine mögliche dissoziative Symptomatik kann bei Kindern durch die Beurteilung der Eltern über die Child Dissociative Checklist (Putnam, 1997) ermittelt werden. Bei Jugendlichen wird die Adolescent Dissociative Experience Scale (Armstrong et al., 1997) angewandt, welche die Jugendlichen alleine oder zusammen mit dem/der Therapeut:in ausfüllen. Zusätzlich können der Fragebogen zu Somatogener Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen modifiziert nach dem Somatoform Dissociation Questionnaire (Nijenhuis et al., 1996, Huck & Hiller, 2013) als auch diverse projektive, kreative Testverfahren, zum Beispiel das Zeichnen eines Körperbildes, eingesetzt werden. Da Ängste und Depressionen gehäuft bei Kindern mit einer chronischen Erkrankung auftreten, sind entsprechende Testinstrumente einzusetzen wie zum Beispiel das Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), das Becks Depressionsinventar (BDI-II) ab 16 Jahre und Fragebögen zu allgemeinen und spezifischen Ängsten im Rahmen der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Diagnostik.

Kreative Medien wie Malen, Knete, Spielfiguren oder auch themenbezogene Bilderbücher helfen dem Kind, etwas Unaussprechliches darzustellen. Sie sind nahezu altersunabhängig einzusetzen, machen Spaß und erfordern keine ausgereiften sprachlichen Kompetenzen. Für Kinder ist es häufig einfacher, etwas zu gestalten und zu zeigen, als darüber zu reden...

Alle berichteten und beobachteten Symptome, sowohl im Fremd- als auch Selbsturteil benannt, und sogenanntes

„Fehlverhalten“ von Kindern sollten mit dem Adaptive Information Processing Model (AIP-Modell, Shapiro 2018) abgeglichen werden: Wo und wann könnte das Kind „stecken geblieben“ sein? Wo ist der oder sind die stuck points?

Systemische Sichtweise

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist eine systemische Sichtweise wie auch der Einbezug des Bezugspersonensystems wie der Kernfamilie

und eventuell auch der Sozialisationsinstanzen wie Kindergarten oder Schule notwendig. Im Rahmen der Diagnostik sind die Belastung des Bezugssystems durch die Erkrankung des Kindes mit zu berücksichtigen. Hier eignet sich die Anwendung der Impact of Event Scale (IES) bei den Eltern: Was ist für Sie im Zusammenhang mit der Erkrankung ihres Kindes belastend? Was war belastend und drängt sich immer wieder in ihr Bewusstsein? Die Diagnose? Die Behandlung ihres Kindes? Wer leidet noch – sowohl im Sinne von immer noch (zeitlich) als auch welche weiteren Familienmitglieder oder Verwandte? Eltern können ergänzend zur Behandlung ihres Kindes mit Ressourcen

techniken unterstützt werden: Welche Fähigkeiten bräuchten Sie, um mit der Erkrankung ihres Kindes besser umgehen zu können?

Behandlungsplanung

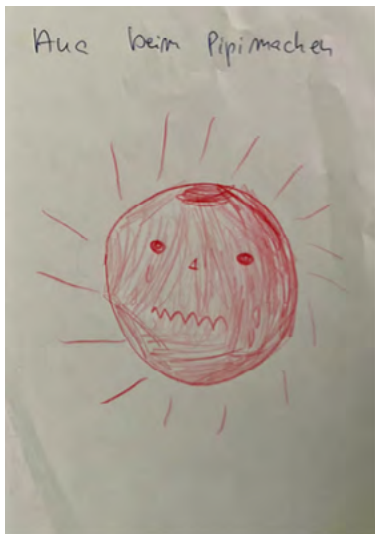
Der Anwendung von EMDR geht die Bewertung der aktuellen Situation des Kindes voraus: Wie ist die äußere und innere Stabilität des Kindes zu bewerten? Gibt es liebevolle, stabile und unterstützende Bezugspersonen? Handelt es sich um eine einmalige oder komplexe Traumatisierung? Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der ersten Traumatisierung? Gibt es akute Beschwerden? Wie ist die körperliche Stabilität des Kindes? Ggf. ist der Austausch mit den behandelnden Pädiater:innen und Fachärzt:innen notwendig; Stehen Untersuchungen in naher Zukunft an? Invasive Untersuchungen oder geplante Operationen? Die Behandlung orientiert sich an dem, was das Kind am meisten stört oder belastet und an der aktuellen physischen und psychischen Stabilität des Kindes. Der/die behandelnde Therapeut:in sollte sich über das Krankheitsbild des Kindes informieren, um unerwünschten und versehentlichen Beschämungen oder Kränkungen von Seiten der Therapeut:in vorzubeugen.



Daniela Lempertz

Kinder- und Jugendlichen-
therapeutin, EMDR Therapeu-
tin, -Supervisorin und -Trainerin
für Kinder und Jugendliche,
Vorstandsmitglied von EMDRIA
Deutschland e.V.

Beispiele möglicher Targets zur traumafokussierten Behandlung



Das **Pippi-Aua** eines 5jährigen Kindes mit einer von an Geburt bestehenden, chronischen Blasenentzündung



Die **Angst vor Interferon-Spritzen** bei einem 14jährigen Patienten, der an Multipler Sklerose erkrankt ist: „Die Injektionen sind schlimmer als die Krankheit!“



Die **Bauchschmerzen** eines 11jährigen Kindes mit chronischer Darmentzündung und häufigem Darmverschluss: „Bauchschmerzen so groß wie ein Haus, heiß, rund ...“



Die **Zukunftssorgen** einer 13-jährigen Patientin mit Rheuma: „Soll ich später überhaupt eine Familie gründen und Kinder bekommen? Was ist, wenn sie dann auch an Rheuma erkranken und ich schuld bin?“

Ziele der psychotherapeutischen Behandlung mit EMDR bei chronischen Erkrankungen

Die EMDR-Behandlung soll sich den körperlichen, kognitiven und emotionalen Möglichkeiten des Kindes und seines Gesundheitszustandes anpassen. Es soll ein stetiges Abwägen erfolgen, ob eher stabilisierend oder traumakonfrontativ gearbeitet werden kann. Das Minimalziel ist die Verbesserung des Momentes für das Kind: Was tut Dir im Moment gut? Was unterstützt Dich? Woran hast Du Freude?

Neue, angenehme und positive Körpererfahrungen wie zum Beispiel das Eincremen der Hände mit einer duftenden Handcreme sollen ermöglicht und mit langsamer bilateralen Stimulation verstärkt werden (Lempertz, 2014). Physische Aspekte wie Stärke, Kraft, Fähigkeiten und Beweglichkeit, welche vorher vielleicht nicht da waren, können „gesucht“, wieder entdeckt und verstärkt werden, und so kann auch ein imaginierter Wohlfühlort mit einem starken positiven, somatischen Marker verankert werden. Das Kind und seine Bezugspersonen sollen verstehen, dass nicht nur der Körper heilen muss, sondern auch der jeweilige „Schreck im Kopf“.

Schlussbemerkung

Kinder können chronische Erkrankungen bekommen. Belastend können die Diagnose, die Behandlung, die Prognose und das Gefühl einer unsicheren Zukunft sein. Auch wenn es keine Heilung für manche Erkrankungen gibt, kann jedoch die Belastung durch die Erkrankung reduziert und die Lebensqualität deutlich verbessert werden.

Carl Ludwig Schleich (1859-1922), ein deutscher Arzt und Erfinder der Regionalanästhesie, gab hierzu einen einfachen und doch so wirksamen Rat: „**Von der Haut aus kann man die Seele pflegen.**“

Literatur

Armstrong, J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z. & Smith, S.R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491-497.

De Young AC, Haag AC, Kenardy JA, Kimble RM, Landolt MA. (2016). Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials. *Trials*. 2016 Jul 28;17:362. doi: 10.1186/s13063-016-1490-2. PMID: 27464735; PMCID: PMC4964020.

Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61-75.

Lempertz, Daniela (2014). EMDR-Fallbericht mit einem mehrfach behinderten, chronisch traumatisierten Kind: Eine Therapiegeschichte. EMDRIA Rundbrief Nr. 29, 1/2014 (März 2014), Seiten 38ff.

Lempertz, Daniela (2015). Emmas kleines Wunder. Ein Buch über Psychotherapie für Mädchen und Jungen. Verlag Mebes & Noack, Köln, 2015 / ISBN: 978-3-939635-02-4

National Institute of Mental Health (2021). <https://www.nimh.nih.gov/site-info/citing-nimh-publications-and-webpages>

Nijenhuis, E. (1996). Somatoform Dissociation Questionnaire – SDQ20, zu beziehen über: <https://www.enijenhuis.nl/>

Putnam, F.W., Helmers, K. & Trickett, P.K. (1997). Development, reliability, and validity of a child dissociative scale. *Child Abuse and Neglect*, 17(6), 731-741.

Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Third Edition. Basic principles, protocols, and procedures.* New York: Guilford Press.

- Anzeige -



3-TEILIGES EMDR-KINDER CURRICULUM 2025 IN BONN

15./16. Februar 2025

17./18. Mai 2025

13./14. September 2025

EMDR-Spezialseminare

- ➡ EMDR bei chronisch kranken Kindern
- ➡ EMDR mit Kindern und Jugendlichen nach Katastrophen
- ➡ EMDR mit posttraumatisch belasteten Vorschulkindern

Jetzt per E-Mail anmelden!

info@emdr-ausbildung-traumatherapie.de

Teilnahmevoraussetzung ist die erfolgreiche Teilnahme an einem EMDR-Einführungsseminar eines EMDR Europe akkreditierten Ausbildungsinstitutes.



Daniela Lempertz ist EMDR Europe zertifizierte EMDR-Trainerin für Kinder & Jugendliche.

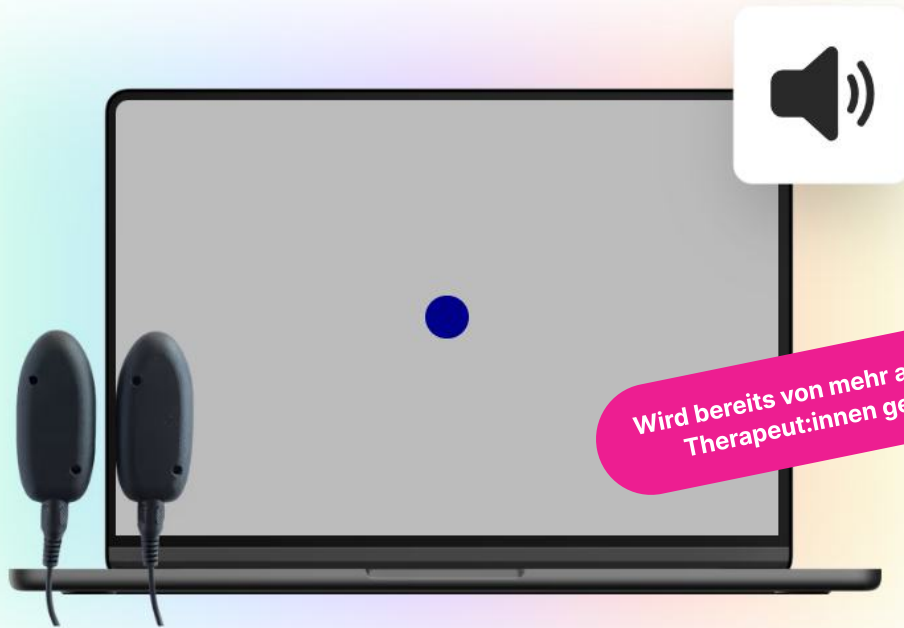
Sie ist Gründungsmitglied der *Global Child EMDR Alliance* und des Netzwerkes *Soforthilfe Psyche* und forscht zum Thema Traumatherapie für Kinder und Jugendliche.

WEITERE
INFOS



Anzeige:
EMDR bei Kindern

bilateralstimulation.io



Simple BLS Tools für EMDR

Visuelle, auditive und taktile BLS für Ihre Klienten:
Online und in der Praxis.

Nutzen Sie unsere kostenlose Version!
Keine Anmeldung erforderlich.



Mehr Infos:
www.bilateralstimulation.io

Die Ressourcenfokussierte Traumanamnese (RFTA)

in der Behandlung
komplextraumatisierter
Patient*innen



Die Ressourcenfokussierte Traumanamnese (RFTA) ist ein spezifisch an die Bedürfnisse und Besonderheiten von Patient*innen mit Symptomen einer komplexen Traumafolgestörung angepasstes Vorgehen. Besonders nützlich ist sie zu Beginn einer Behandlung, also etwa in den ersten drei bis sieben Sitzungen.

Dieses modifizierte Vorgehen bei der Anamneseerhebung würdigt, dass Patient*innen mit einer komplexen Traumafolgestörung manchmal schon bei dem Gedanken daran, sich mit ihrer Lebensgeschichte und mit den mnестischen Lücken ihrer Biographie zu beschäftigen, hochgradig belastet und getriggert werden oder Angst davor haben, es könne ihnen danach schlechter gehen als zuvor. Besonders schlechte Therapieerfahrungen führen häufig dazu, dass sich Patient*innen trotz wiederholter Empfehlungen, eine Therapie zu machen, nicht trauen, damit zu beginnen oder in einer sehr frühen Phase eine Behandlung bereits wieder abbrechen. Auch auf der Seite der Therapeut*innen zeigt sich in Supervisionen nicht selten eine große Unsicherheit im Umgang mit komplexer Traumatisierung.

Menschen mit einer komplexen Traumafolgestörung haben meist vielfältige, z. B. depressive, ängstliche, zwanghafte oder dissoziative Symptome oder zeigen Somatisierung oder Suchtverhalten. Diese Symptome finden sich gleichzeitig oder auch nacheinander.

Verschiedene psychiatrische Symptome werden in den letzten Jahren zunehmend auch als mögliche Folge kleiner oder größerer Traumata verstanden. Entsprechend sind modifizierte EMDR-Protokolle entstanden (z. B. Shapiro, 2022; Hofmann, Ostacoli, Lehnung, & Hase, 2020).

Leider werden Menschen mit komplexer Traumafolgestörung nach meiner



Steffen Bambach

Ärztlicher Kinder- u. Jugendlichen-
psychotherapeut (TP)
Systemischer Therapeut (SG)
EMDR Supervisor
Eisenach

Erfahrung in der Praxis oft auf eine oder zwei psychiatrische Diagnosen reduziert. Sie bekommen z. B. die Diagnose einer Angststörung, einer

Depression, einer Somatisierungsstörung oder einer Persönlichkeitsstörung mit großen differentialdiagnostischen Abgrenzungsbemühungen zu anderen Diagnosen. Diese Diagnosen führen dann häufig zu nicht-traumaspezifischen psychotherapeutischen und/oder medikamentösen Behandlungen.

Spätestens seit der Adverse Childhood Experiences Studie (ACE-Studie) von Vincent Felitti und Robert Anda aus dem Jahr 1998 (Zusammenfassendes Video „ACES Primer HD“ auf YouTube) wissen wir, dass nicht nur fast alle psychiatrischen, sondern auch erschreckend viele somatische Krankheitsbilder mit der Häufigkeit des Vorhandenseins (unbehandelter) traumatischer Kindheitserfahrungen korrelieren.

Gerade wenn eine erdrückende und verwirrende Vielfalt verschiedener leidvoller Symptome besteht, werden diese in ihrer Entstehung oft nur verständlich, wenn es gelingt, auch die Vielfalt an traumatischen Erfahrungen zu erkennen und zeitlich in Bezug zu setzen.

Die besondere Struktur der RFTA soll Patient*innen und Therapeut*innen genügend Sicherheit vermitteln, um sich zuversichtlich und mutig in einer Weise mit der Biographie von komplexer Traumatisierung zu beschäftigen, die gut sichtbar und verstehbar macht, warum bestimmte Krankheiten und Symptome entstanden sind.



Mit der RFTA wird in den ersten Stunden der Behandlung nicht angestrebt, primär die ausreichende psychische Stabilität für eine Traumatherapie kritisch zu überprüfen. Vielmehr soll die notwendige Stabilität von der ersten Sitzung an aufgebaut werden. Vor allem ist es wesentlich, nicht im Rahmen der Anamnese unnötig zu destabilisieren. Stattdessen soll die Anamnese bereits die Chance einer ersten Stufe der Integration der berichteten Traumata im Lebenspanorama enthalten. Um dies zu erreichen, kann all das, was an Vorbereitungen für eine Traumakonfrontation in der Phase 4 empfohlen wird, bereits vor einer möglicherweise belastenden Exploration traumatischer Lebensereignisse erfolgen. Damit Patient*innen verlässlich im Window of Tolerance bleiben, sollte dieses schon vor der Traumaaamnese durch Ressourcenarbeit und die Vermittlung von Übungen zur Emotionsregulation erweitert werden. Bereits im Prozess der Anamnese selbst ist es hilfreich, stetig auf eine Balance der Wahrnehmung von Ressourcen und Traumamaterial zu achten. Eine Möglichkeit, dies zu erreichen, entsteht durch die Integration von Grundhaltungen und Interventionen der Lösungs-fokussierten Kurztherapie (de Shazer & Dolan, 2020; de Jong & Kim Berg, 2023; Dolan, 1991) in die Traumabehandlung.

Dieser an sich sehr einleuchtenden Idee steht die Erfahrung entgegen, dass eine sehr frühe Lösungs- und Ressourcenorientierung, besonders bei schwer und komplex traumatisierten Patient*innen, schnell zu Widerstand und Abwehr führt. Die Ursache dafür ist, dass die Betonung von Ressourcen der Patient*innen implizit als Bagatellisierung des Leides erfahren werden kann. Diese Erfahrung haben viele Patient*innen schon schmerzlich erlebt. „Wenn Du so viele Ressourcen hast, dann kann es ja wohl nicht so schlimm gewesen sein!“

Eine Lösung besteht darin, bereits vor der endgültigen Diagnose, also schon bei dem Verdacht auf eine Traumafolgestörung Psychoedukation zu Trauma einzuführen. Durch Erklärungen zu traumatischen Situationen und resultierenden autonomen Notfallreaktionen wie Fight, Flight, Freeze, Fawn und Faint, sowie dem Mechanismus der Triggerung werden indirekt traumatische Erfahrungen ernst genommen und gewürdigt. Zusätzlich ermöglicht eine solche Psychoedukation zu erklären, warum bedeutsam ist, bereits bei der Anamneseerhebung gemeinsam darauf zu achten, im Window of Tolerance, bzw. im „Ressourcenbereich“ (Hantke & Görges, 2023) zu bleiben.



Die 8 Schritte im Einzelnen:

Schritt 1: Ausführliche Psychoedukation Trauma

Sobald im Rahmen des Erstkontaktes der Verdacht auf eine Traumafolgestörung im weitesten Sinne aufkommt, schlage ich den Patient*innen vor, ihnen zu erklären, was eine seelische Wunde ist, um anschließend zu schauen, ob ihr Anliegen etwas mit einer solchen zu tun haben könnte. Es ist von Vorteil, diese Psychoedukation im Beisein der wichtigen Bezugspersonen zu machen oder sie später mit diesen noch einmal zu wiederholen. Ausführlicher und plastischer, als es im Rahmen des AIP-Modells möglich ist, lässt sich die Psychoedukation mit dem Modell vom „Häschen und Denker“ und den entsprechenden Graphiken aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görges 2023) durchführen.

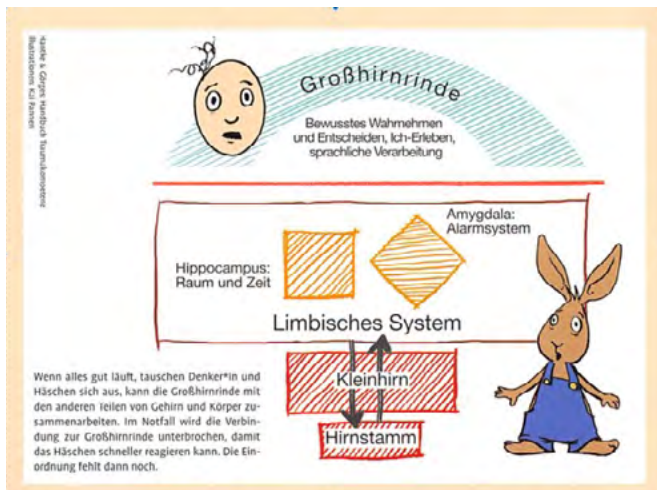


Abb. 1. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görges, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages

Das Modell unterscheidet das „Häschen“, das für alle unbewussten Prozesse auf der Ebene von Hirnstamm, Kleinhirn und Limbischem System, und den „Denker“, der für alle bewussten, kognitiven und sprachlichen Funktionen auf der Ebene des Großhirns zuständig ist (s. Abb. 1).

In einem mittleren Bereich muskulärer Spannung sind beide Teile in guter Kooperation miteinander. Alle für das Verständnis von Trauma wichtigen Mechanismen sollten durchweg im Sinne überlebenswichtiger Ressourcen dargestellt werden: Die Amygdala als die Notfallzentrale, von der bei Gefahr die später zu erklärenden Notfallreaktionen ausgelöst werden. Der Hippocampus, der in Kooperation mit dem Denker für die Integration verschiedener Sinnessysteme und für die Bildung bewusster und geordneter Erinnerungen zuständig ist. Die Verbindung und Kooperation von Häschen und Denker im mittleren Spannungsbereich, dem „Ressourcenbereich“ (Hantke & Görges, 2023), wird als Voraussetzung für Lernen, bewusstes

Erinnern und konstruktives und planvolles Handeln erklärt (s. Abb. 2).

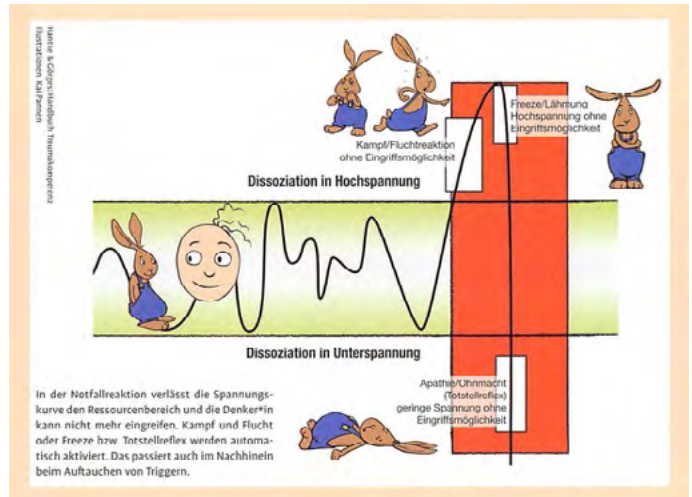


Abb. 2. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görges, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages

Gemeinsam wird überlegt, was passiert, wenn die Anspannung aufgrund von Bedrohung oder Überforderung steigt. An der Grenze zur Überspannung, wenn diese nicht zu plötzlich geschieht, springt zuerst die angeborene Bindungs- oder Orientierungsreaktion an. Das Individuum versucht, von Bezugspersonen Orientierung, Schutz, Beruhigung oder Trost zu erhalten. Dieser Mechanismus ist für Kleinkinder überlebenswichtig, stellt aber auch im späteren Leben eine wichtige Ressource dar. Nur wenn keine Bezugspersonen vorhanden sind oder wenn diese selbst so gestresst sind, dass sie nicht zu einer Beruhigung und Klärung der Situation beitragen, steigt die Anspannung weiter und es werden verschiedene Notfallreaktionen ausgelöst.

Die Notfallreaktionen haben alle gemeinsam, dass das Häschen die Verbindung zum Denker löst und autonom agiert. Bekannt ist vielen die Blinde Wut, in der man, ohne Kontakt zum Denker, Dinge sagt oder tut, die einem hinterher häufig leidtun, oder die Panische Angst, bei der nicht mehr vom Denker überprüft werden kann, ob überhaupt noch eine Gefahr besteht. Darüber, welchen Sinn es macht, dass der Denker abgestellt wird und keinen Einfluss mehr hat, lasse ich die Beteiligten nachdenken. Die richtige Antwort lautet: Der Denker ist für lebensbedrohliche Situationen zu langsam und zu kompliziert. Die Schnelligkeit des Häschens erhöht deutlich die Überlebenswahrscheinlichkeit. Die dritte hypertone Notfallreaktion ist die Freeze-Reaktion oder Schockstarre.

Sie entsteht, wenn das Häschen sich nicht entscheiden kann, ob Angreifen oder Fliehen besser ist. In diesem Zustand versuchen wir, uns unsichtbar zu machen oder zumindest weniger von einem Angreifer wahrgenommen zu werden. Die Freeze-Reaktion kann aber auch entstehen, wenn die angeborene Bindungsreaktion anspringt und im Konflikt mit Angst vor der Bindungsperson steht, z. B. aufgrund von Gewalterfahrungen durch eine Bindungsperson. Bei den drei bisher beschriebenen hypertonen Notfallreaktionen (Fight, Flight, Freeze), schlägt das Herz bis zum Hals und der Blutdruck ist hoch.

Wenn wir uns nach einer bestimmten Zeit nicht wieder sicher fühlen oder die Spannung zu hoch wird, fliegt früher oder später „eine Sicherung raus“. Die Spannung fällt rapide ab und das Häschen geht in einen hypotonen Zustand, der bis zur Ohnmacht führen kann, den Totstellreflex. In diesem Zustand schlägt das Herz langsamer und der Blutdruck fällt ab (Überlebensressource: bei Verletzung weniger Blutverlust und dadurch Zeitgewinn), und es entsteht eine gewisse Gefühlslosigkeit, eine Schmerzunempfindlichkeit (Überlebensressource: Es ist mit weniger Schmerz leichter, still und reglos zu bleiben, wodurch Angreifer*innen vielleicht das Interesse verlieren oder sich ablenken lassen und die Möglichkeit zur Flucht entsteht). Als fünfte Notfallreaktion kann man noch ein roboterhaftes Funktionieren anführen, welches in der Graphik nicht abgebildet ist. Dabei reagieren wir wie automatisch und ohne Gefühl entsprechend tief verinnerlichter, alter Verhaltensmuster.

sierung gestört. Damit wird die Bildung bewusster, geordneter Erinnerungen verhindert. Vieles wird in unverbundenen Einzelteilen abgespeichert (s. Abb.3). Es entsteht keine vollständige, zeitlich und räumlich geordnete Erinnerung des Hochstresserlebnisses. (Der Stress blockiert eine adaptive Informationsverarbeitung, blockiert das AIP-System.)

Nun stelle ich die Frage, was das Problem dabei ist, wenn nicht alles sortiert erinnert wird oder mensch sogar etwas gar nicht mehr weiß, zumal das Erlebnis doch eh nicht schön war. An dieser Stelle lässt sich mit Beispielen erklären, was passiert, wenn diese unsortierten Puzzle-Teile durch harmlose Außenreize getriggert werden, dass durch diese Triggerreize erneut die Notfallreaktionen aufgerufen werden, es erneut zur Dissoziation, zur Trennung von Häschen und Denker kommt und die Erinnerung dadurch weiterhin unverarbeitet bleibt.

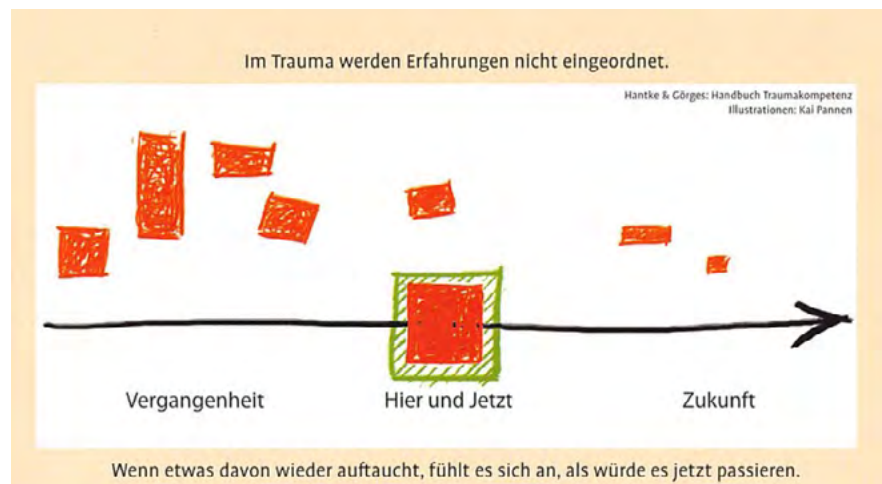


Abb. 3. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Gorges, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages

Im Anschluss an die Erklärungen zu den verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten wird erfragt, welche dieser Notfallreaktionen der/die Patient*in von sich kennt. Fast alle kennen mindestens zwei, wenn nicht drei oder sogar vier. Doch weil potentiell jede*r in alle diese Notfallreaktionen gehen kann, ist leider noch immer nicht die Essenz einer Traumafolgesymptomatik erklärt.

Im nächsten Teil der Erklärung wird die Beziehung zum AIP-Modell hergestellt. Da in all diesen Hochstresssituationen die Verbindung von Häschen und Denker reduziert ist, sind die Integration der Wahrnehmungsebenen zueinander und die zeitliche und räumliche Kontextuali-

Schritt 2: Reflexion persönlicher Kenntnis eigener Notfallreaktionen und Triggerphänomene

Die Patient*innen sollen nun darüber reflektieren, welche Reaktionen sie von sich selbst oder von signifikanten Anderen kennen und ob ihre aktuelle Symptomatik etwas mit getriggerten Notfallreaktionen und unverarbeiteten Traumata zu tun haben könnte. Ganz regelhaft ordnen Patient*innen ihre aktuellen Probleme den verschiedenen Notfallreaktionen zu und beginnen so, sie besser zu verstehen. Manchmal sind ihnen auch entsprechende Trigger bewusst, oder es fallen ihnen dazugehörige belastende Lebenserfahrungen ein.

Schritt 3: Psychoedukation zur Behandelbarkeit von Traumata

Ein Verständnis der möglichen Entstehung der eigenen Symptome infolge von Trauma, darf nicht die Ideen erzeugen oder verfestigen, deshalb für immer beschädigt oder zerstört zu sein. Dies würde zu Resignation und Hoffnungslosigkeit führen. Daher ist es im dritten Schritt extrem wichtig, zu erklären, dass Traumata sehr gut behandelbar sind. Im Rahmen des Modells bedeutet Therapie, Patient*innen durch verschiedene Techniken zu helfen, im Ressourcenbereich / im window of tolerance zu bleiben und von dort aus zu versuchen, gemeinsam und vorsichtig die verstreuten Puzzle-Teile einer Erfahrung zu einem vollständigen Bild zusammen zu setzen. Je mehr es gelingt, Teile zueinander und zeitlich einzuordnen, und je vollständiger die Erinnerung wird und in der Vergangenheit repräsentiert werden kann, desto stärker nehmen Triggerbarkeit, subjektive Belastung und damit verbundene Symptomatik ab. Die Erfahrung kann entspannt erinnert und erzählt werden (s. Abb. 4).

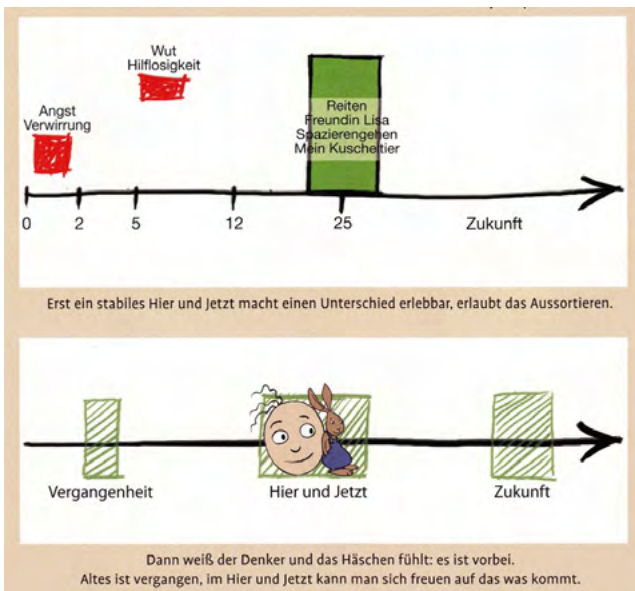
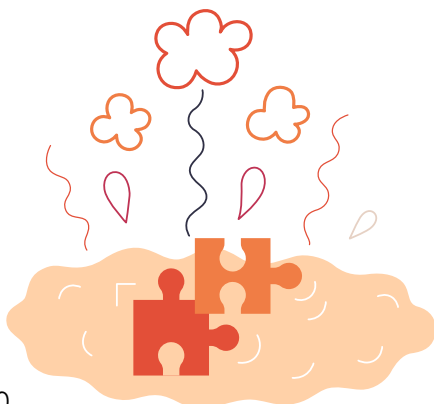


Abb. 4. aus dem Handbuch Traumakompetenz (Hantke & Görges, 2023), mit freundlicher Genehmigung des Junfermann Verlages



KLINIK
FRIEDENWEILER

Fachklinik für Psychotherapie,
Psychiatrie und Psychosomatik
im Hochschwarzwald

In der Privatklinik Friedenweiler arbeiten Therapeutinnen und Therapeuten, die speziell in dem Verfahren EMDR ausgebildet sind. EMDR wird indikationsübergreifend und zum Beispiel bei Zwängen und Ängsten, aber auch bei speziellen Fragestellungen in der Depressionsbehandlung und bei Abhängigkeitserkrankungen eingesetzt.

Als private Akutklinik liegt die Privatklinik Friedenweiler in einer der schönsten Regionen Europas. Im malerischen Ambiente eines ehemaligen Grand Hotels behandeln wir das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen im einzel- und gruppentherapeutischen Setting mit einem speziellen Fokus auf Traumafolgestörungen.

Schwieriger ambulanter Verlauf? Komplexe Traumatisierung? Wir unterstützen bei Kriseninterventionen oder in kritischen Behandlungsphasen. Einweisenden Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten garantieren wir eine zeitnahe Aufnahme ihrer Patientinnen und Patienten.

Wir sind für Sie da!

Privatklinik Friedenweiler GmbH
Kurhausweg 2-4
79877 Friedenweiler

Telefon: 07651 9350-0
info@klinik-friedenweiler.de
www.klinik-friedenweiler.de



Eine Fachklinik der

Oberberg
Gruppe

Schritt 4: Vorbereitung der RFTA

Es wird angeregt, in einer nächsten Therapiestunde gemeinsam das bisherige Leben mit allen guten und schlechten Erfahrungen zu sortieren. Ich erkläre und begründe die Struktur des Vorgehens bei der RFTA. Die Bedeutung einer guten Orientierung im Hier und Jetzt wird erläutert und entsprechende Übungen dazu angeleitet. (5-4-3-2-1-Übung, Ressourcenbarometer (Hantke & Görges, 2023), usw.) Wie im EMDR-Protokoll bei der Traumakonfrontation etablieren wir ein Stopp-Signal. Ebenfalls schon vor der Anamneseerhebung wird die Tresorübung vermittelt, um eine Sitzung sicher abschließen zu können, für den Fall, dass es doch zu Triggerung und Überflutung kommen sollte.

Schritt 5: Durchführung der RFTA

Für die Sitzung wird eine Lebenslinie vorbereitet, die je nach Alter in Drei- oder Fünf-Jahres-Schritten aufgeteilt ist (s. Abb. 5).

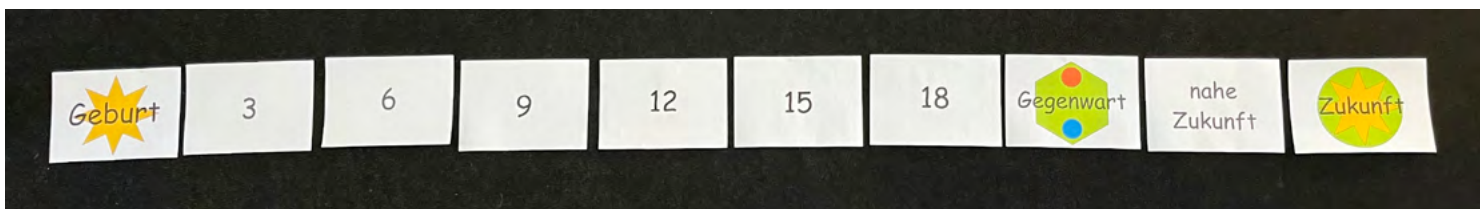


Abb. 5.

Sie beginnt mit der Geburt, geht bis zur Gegenwart und weiter in die nahe und die ferne Zukunft. Am besten ist es, die Zeitlinie auf dem Boden auszulegen. In kleinen Behandlungsräumen sind eine breite Pin-Wand oder ein breites Magnetboard Alternativen. Die Patient*innen dürfen sich eine Kärtchenfarbe wählen, welche für Positives und Ressourcen steht, und eine Farbe für die belastenden Erinnerungen. Bei der RFTA werden bewusst antidissoziativ wirkende Elemente eingesetzt. Das eine ist die Externalisierung und damit auch Distanzierung, die die Patient*innen in der Aufrechterhaltung einer Beobachterposition unterstützt, das andere ist eine spezielle Arbeitsteilung, die die Patient*innen immer wieder in körperliche Bewegung bringt. Der Therapeut/die Therapeutin übernimmt das Beschriften der Kärtchen, die Patientin/der Patient wird aufgefordert, die Kärtchen einzeln zu nehmen, aufzustehen und sie an der richtigen Stelle der Lebenslinie hinzulegen. Ressourcen sollen oberhalb und Erinnerungen an belastende Ereignisse unterhalb der Lebenslinie zeitlich eingeordnet werden.

Bei der bereits erwähnten Reihenfolge der Exploration (erst Ressourcen der Gegenwart, dann Ressourcen der Vergangenheit und erst dann Exploration von Belastungen) ist meist die größte Herausforderung, viele (zehn oder mehr) Ressourcen in der Gegenwart zu identifizieren, denen die Patient*innen zustimmen. Ein hilfreicher

Einstieg ist eine Standardfrage der Lösungsfokussierten Kurztherapie: „Angenommen, unsere Therapie verläuft richtig gut, und wir könnten im Laufe der Behandlung alles verändern, was Sie stört, Ihr Aussehen, Ihre sozialen Beziehungen, Ihre Familie, Ihren Job, den Ort, an dem Sie leben, einfach alles. Was sind die Dinge, die so bleiben sollen, wie sie sind, weil sie gut sind? Was sollten wir auf keinen Fall verändern?“ Wenn die Frage reflexartig abgewehrt wird mit einem „Gar nichts soll so bleiben!“ ist es wichtig, mit freundlichem, geduldigem Gesicht beharrlich auf eine Antwort zu warten. Nach spätestens 60 Sek. kommen fast immer Antworten. Wenn nicht, dann sollte zu sog. „Coping-Fragen“ (de Jong & Kim Berg, 2023) gewechselt werden. „Wie halten sie das aus, dass alles so schlimm ist?“

Wenn Patient*innen ambivalent bewertete Ressourcen nennen, sollte versucht werden, gemeinsam eine Formulierung zu finden, die wirklich den bewahrenswerten Aspekt beschreibt. Wenn beispielsweise genannt wird: „Ich bin immer freundlich und hilfsbereit“, kann es sein, dass die Unfähigkeit, sich abzugrenzen, negativ mitschwingt. In diesem Beispiel lässt sich vielleicht das Bewahrenswerte formulieren mit: „Ich bin freundlich und mir sind andere Menschen wichtig“. Manchmal lassen sich auch weitere Ressourcen finden, wenn zirkulär gefragt wird, was andere an dem oder der Patient*in schätzen. „Was

würde Ihre beste Freundin, Ihr bester Freund sagen, was an Ihnen so bleiben soll, wie es ist?“ Herauszukitzeln, welche Ressourcen in welchen Formulierungen wirklich angenommen werden, ist manchmal eine herausfordernde, aber immer sehr lohnende Arbeit.

Hiernach wenden wir uns den Ressourcen der Vergangenheit zu. „An welche Erinnerungen denken Sie gerne?“ „Was hat Ihnen geholfen, schwierige Zeiten zu überstehen / nicht den Mut zu verlieren?“ „Welche Erinnerungen gibt es, bei denen Sie stolz auf sich sind / dankbar sind / etwas

weniger unglücklich waren? Welche Menschen waren für Sie wichtig / zeigten Ihnen, dass Sie liebenswert sind / waren für Sie da / selbst, wenn sich die Beziehung irgendwann veränderte, es zu Trennungen kam oder jemand starb?“ Eventuelle Beziehungsabbrüche können dann auch direkt als erste Belastungskärtchen gelegt werden. Danach sollte es aber zunächst weiter um die Ressourcen gehen. An die Kärtchen länger währender Ereignisse können Verlängerungsstreifen angeklebt werden, um deren Dauer zu markieren (s. Abb. 6).

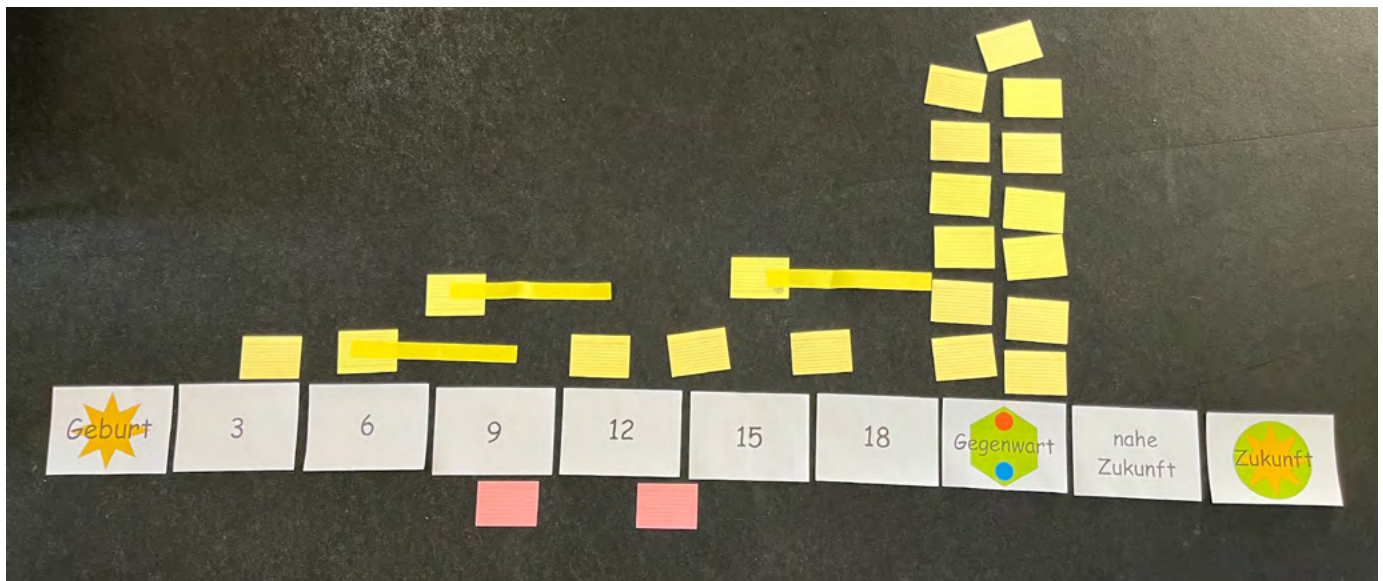


Abb. 6.

Erst jetzt, wenn viele Ressourcen in der Lebenslinie verortet und weiterhin sichtbar sind, wird damit begonnen, belastende Erinnerungen aufzuschreiben und zeitlich zu verorten. Auf den Kärtchen werden nur ein Titel zu dem Ereignis und in der rechten oberen Ecke das Lebensalter, in dem es geschah, notiert. Ein Vorteil der RFTA ist es, dass Karten zu Ereignissen, bei denen Unsicherheit bzgl. der Frage besteht, wann genau diese geschehen sind, im Prozess immer wieder etwas nach links oder rechts verschoben werden können. Durch den Bezug zu den anderen, zuvor verorteten positiven und negativen Ereignissen entsteht dabei oft von selbst Klarheit, in welcher Reihenfolge etwas geschah. Natürlich sollte in dieser Phase immer wieder überprüft werden, ob es gelingt, im Ressourcenfenster zu bleiben oder ob eine co-regulieren-

de Unterstützung erforderlich ist. Letzteres ist jedoch bei dem Vorgehen mit den stetig präsenten Ressourcen und der immer wieder eingeforderten körperlichen Bewegung erstaunlich selten der Fall. Meist lockern sich bei dieser ruhigen Arbeitsweise dissoziative mnestiche Lücken. Wenn Ereignisse erinnert oder preisgegeben werden, die auch uns Therapeut*innen erschrecken lassen, kann auch hier mit Copingfragen danach gefragt werden, wie der/die Patient*in dies ausgehalten / überstanden hat? Ob es aufgehört hat und, wie es möglich war, dass es aufhörte? Gerade in der zeitlichen Nähe besonders schlimmer Ereignisse finden sich bedeutsame Bewältigungs- und Überlebensressourcen, die unbedingt auf den Kärtchen in der Ressourcenfarbe festgehalten werden sollten (s. Abb. 7).



Abb. 7.

Da die RFTA vorhandene Ressourcen betonen und fokussieren will und somit nicht nur Diagnostik, sondern gleichzeitig eine Intervention für sehr belastete Patient*innen darstellt, wird bewusst darauf verzichtet, die im Erstgespräch berichteten Probleme und Symptome in der Gegenwart zu visualisieren. Nützlicher ist es, Symptome mit ihrem Beginn im Lebenspanorama zu kontextualisieren, wodurch vorangehende mögliche „Auslöseereignisse“ (Hofmann, Ostacoli, Lehnung, & Hase, 2020) sichtbar werden. Eine Intervention, um selbstwertschädliche Narrative zu irritieren, kann z. B. die Frage sein, ob für den berichteten Beginn von z. B. Drogenkonsum oder Selbstverletzungen ein Kärtchen in der Farbe für Ressourcen oder in der Farbe für Probleme gewählt werden soll.

Schritt 6: Abschluss einer einzelnen Sitzung

Der Abschluss jeder Anamnese-sitzung erfolgt ähnlich zur Phase 7 des Standardprotokolls.

- Aktives Reorientieren im Hier und Jetzt: Bewegen, Atmen, Wahrnehmen der Gegenwart.
- Reflexion des bisherigen Prozesses und des Gewinns aus der Sitzung: „Wie war es heute, Ihr Leben auf diese Weise etwas zu sortieren? Was war interessant oder überraschend?“
- Anfertigen eines Fotos zur Dokumentation mit dem Angebot, es per Mail zu schicken.
- Containing-Ritual: Den/die Patient*in die Kärtchen in einen DIN A4-Umschlag einpacken lassen mit der Metapher: „Das eigene Leben wieder in die eigene Hand nehmen!“
- ggf. Tresor-Übung.
- Aufklärung über die Möglichkeit, dass weitere belastende Erinnerungen nach der Sitzung hochkommen können, und wie damit umzugehen ist.
- Vereinbarung, beim nächsten Termin weiter an der Lebenslinie zu arbeiten, bis alles Wichtige einsortiert ist.
- Hinweis, nicht sofort am Straßenverkehr teilzunehmen.

Schritt 7: Reflexion des Lebenspanoramas und Bewertung der belastenden Erinnerungen auf die aktuelle Symptomatik

Dieser Schritt erfolgt, wenn die Exploration als erstmal ausreichend vollständig wahrgenommen wird. Dies kann den Schritt 6 ersetzen oder in der nächsten Sitzung, in der die Patientin/der Patient die Kärtchen wieder auslegt, erfolgen. Er/sie sollte in räumlicher Nähe zur Gegenwart vor der Lebenslinie stehen. In der Synopsis der bisherigen Entwicklung wird sowohl Therapeut*innen als auch Patient*innen vieles deutlich. Häufig zeigen sich Ballungen belastender Lebenserfahrungen in einer bestimmten Zeit, z. B. in der vorpubertären oder pubertären Phase oder in der frühen Kindheit. Die aktuelle Belastung aufgrund jener Ereignisse wird durch die Externalisierung in Form der Kärtchen besser aushaltbar, als wenn primär darüber ausführlich geredet würde. Durch die vielen sichtbaren Ressourcen in der Gegenwart verändert sich der Blick auf das eigene Leben mit dem resultierenden Selbstbild oft bereits in dieser frühen Phase. Auf die Frage: „Wie geht es ihnen jetzt mit unserer Sortierarbeit?“, sagte eine Patientin: „Es tut irgendwie gut. Mir war gar nicht richtig bewusst, wie viel Belastendes ich in dieser bestimmten Zeit aushalten musste. – Aber es ist schön zu sehen, dass doch eine Menge Positives übrig geblieben ist und ich doch nicht so ein schlechter Mensch bin, wie ich immer dachte.“ Durch zwei, drei Sitzungen RFTA stabilisieren sich nicht selten bereits das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit, einen mitfühlenderen, empathischeren Blick auf das jüngere Selbst zu werfen. An dieser Stelle werden auch die Entstehung somatischer oder psychiatrischer Erkrankungen (z. B.

Essstörungen, Drogenmissbrauch, Medien- oder Computerspielsucht, Selbstverletzungen, Depression, Somatisierungsstörungen, Ängste, Zwänge, suizidale Krisen) als Reaktion auf Hochstress oder sogar als Überlebensstrategien verstehbar. Dies hat oft eine deutliche Abnahme von Selbstzweifeln und Schamgefühlen zur Folge.

Als nächstes wird der Unterschied erklärt zwischen der Belastung, die bei einem früheren Erlebnis damals bestand, und der Belastung, die heute noch da ist, wenn man daran denkt (aktueller SUD-Wert). Anschließend lassen sich, ohne tief in die Erinnerungen einzusteigen, die vorhandenen SUD-Werte der verschiedenen negativen Erlebnisse spontan und zügig einschätzen und auf den Kärtchen notieren. Ggf. kann die heutige Belastung auch schon mit der im Vordergrund stehenden Emotion identifiziert werden. Für Patient*innen und Therapeut*innen wird durch dieses Vorgehen zunehmend der jeweilige Impact unterschiedlicher unverarbeiteter negativer Erlebnisse auf Entstehung, Aufrechterhaltung und Funktion der aktuellen Symptome deutlich. Dabei kommt es gar nicht selten für uns Therapeut*innen zu Überraschungen, wenn z. B. ein uns selbst erschütterndes Ereignis im Leben unserer Patient*innen einen deutlich niedrigeren SUD-Wert bekommt, als die Erinnerung daran, wie wichtige Bezugspersonen nicht geholfen, bagatellisiert oder die traumatische Erfahrung unserer Patient*innen geleugnet haben.

- Anzeige -



Dr. med. Ulla Baurhenn
Dipl. Psych. Rahel Schüepf

Friedrich Karl Str. 21
D-28205 Bremen

Bremer Institut für
Psychotraumatologie



Das Bremer Institut für Psychotraumatologie setzt sich seit über 20 Jahren für die EMDR- und traumaspezifische Qualifizierung von Psychotherapeut:innen und Mediziner:innen ein.

Dr. med. Ulla Baurhenn

Dipl.-Psych. Rahel Schüepf

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ines Merker-Melcher

arbeiten als langjährig zertifizierte EMDR Supervisorinnen und Facilitatorinnen bundesweit in der Aus- und Fortbildung von EMDR Therapeut:innen mit.

Wir bieten EMDR Einzel- und Gruppensupervision sowohl vor Ort in Bremen als auch online sowie weitere Fortbildungsangebote an:

... einfach mal vorbeischaun: <https://www.bremen-psychotraumatologie.de/>

Schritt 8: Weitere Therapieplanung

Durch die Arbeit an der Lebenslinie ist sichtbar geworden, welche traumatischen Erfahrungen aktuell noch die größte Belastung auslösen. Zusätzlich wird in manchen Fällen aber auch deutlich, dass nicht nur einzelne hochbelastende Erinnerungen in Zusammenhang mit den Symptomen in der Gegenwart stehen, sondern teilweise auch starke Häufungen von vielen einzelnen Ereignissen mit mittlerer Belastung.

Stark beeinflusst durch die Arbeit von Yvonne Dolan, erscheint es mir für die Definition von Behandlungszielen gerade bei komplextraumatisierten Patient*innen nützlich und wichtig, nach ihren subjektiven Zeichen der Heilung (Dolan, 1991) zu fragen. „Angenommen, Sie würden sich für eine Traumatherapie mit mir oder jemand anderem entscheiden, z. B. mit EMDR, und die Therapie würde richtig gut laufen, so gut, wie Sie es kaum zu hoffen wagen, was wären dann wohl die ersten Zeichen ihrer Heilung? Woran würden Sie merken, dass die Therapie hilfreich war? Woran noch?“

Im lösungsfokussierten Ansatz gilt es als besonders wichtig, positiv formulierte Zeichen der Heilung zu beschreiben. Auf Antworten, dass dieses oder jenes dann nicht mehr wäre, wird beharrlich gefragt, was man dann stattdessen tun würde, in den Situationen, in denen das Unerwünschte nicht mehr auftritt. Im Ich-schaffs-Programm von Ben Furmann (Furman, 2024), der ebenfalls Schüler von De Shazer war, liegt die Betonung auf der Suche nach positiv und verhaltensbezogenen formulierten Fähigkeiten, welche der Patient/die Patientin braucht, damit sich die Probleme der Gegenwart auflösen. Dieses Fähigkeitendenken und die Suche nach Zeichen der Heilung führen zu einer konkreteren positiven Zukunftsvision.

Im Anschluss an die RFTA erfolgt die Aufklärung über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten.

Für Kolleg*innen, die sich noch keine traumakonfrontierende Arbeit zutrauen, besteht an dieser Stelle eine Möglichkeit, Patient*innen gut vorbereitet an traumatherapeutisch noch erfahrenere Kolleg*innen zu überweisen. Bei Weiterbehandlung ist der nächste Schritt, sich über sinnvolle erste Ausgangssituationen zu verständigen und diese in den folgenden Sitzungen mit EMDR zu prozessieren.

Da Patient*innen mit komplexer Traumafolgestörung meist längere Behandlungszeiten benötigen, kann die Lebenslinie immer wieder genutzt werden, um an den Heilungszeichen oder der Auswahl weiterer Fokusse zu arbeiten.

Ausblick

Die RFTA stellt für mich einen Weg dar, schnell eine tragfähige therapeutische Beziehung zu komplextraumatisierten Menschen zu ermöglichen, denen es häufig schwer fällt, den Mut und die Kraft zu finden, sich in einen Heilungsweg mit Hilfe von Therapie zu begeben. Menschen mit komplexer Traumatisierung zu erreichen und zu begleiten, ist mir wichtig und wertvoll. Die gemeinsame Arbeit dient nicht ausschließlich der Linderung des individuellen Leides dieser Patient*innen. Menschen mit nicht integrierten Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ohnmacht verhalten sich auf der Basis ihrer Überlebensmechanismen nicht selten ungünstig im familiären, gesellschaftlichen und politischen Leben. So kann die Arbeit mit komplextraumatisierten Menschen auch zum Frieden auf dieser Welt beitragen. Die erfolgreiche Behandlung komplextraumatisierter Menschen beinhaltet zudem die Chance, dass die transgenerationale Weitergabe von Traumata unterbrochen wird.

Literatur

*Wesentliche Ideen und Prinzipien der RFTA verdankt der Autor einem Vortrag von Frau Dipl. Psych. Petra Bensch über ihr leider nie veröffentlichtes BifoSense-Konzept, den sie 2006 im Rahmen eines EMDR-Supervisor*innenretreats in Italien gehalten hatte.*

de Jong, P., & Kim Berg, I. (2023). *Lösungen (er-)finden: Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. 8. erweiterte Auflage. Modernes Lernen.*

de Shazer, S., & Dolan, Y. (2020). *Mehr als ein Wunder - Lösungsfokussierte Kurztherapie heute, siebte Auflage. Heidelberg: Carl Auer.*

Dolan, Y. (1991). *Resolving Sexual Abuse: Solution-Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors. Norton Professional Books.*

Furman, B. (2024). *Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden - Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. Heidelberg: Carl Auer.*

Hantke, L., & Görges, H.-J. (2023). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Überarbeitete Neuauflage. Paderborn: Junfermann Verlag.*

Hofmann, A., Ostacoli, L., Lehnung, M., & Hase, M. (2020). *Depressionen behandeln mit EMDR: Techniken und Methoden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.*

Shapiro, F. (2022). *EMDR - Grundlagen und Praxis - Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, 3. überarbeitete Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.*



Die Stabilisierungstechnik „Der Ressourcenspaziergang“

(entwickelt für Menschen mit Long / Post Covid bzw. mit schweren körperlichen Erkrankungen, veröffentlicht in dem Buch von Dr. Claudia Ellert (2022) „Long Covid – Wege zu neuer Stärke“, München: ZS Verlag)



In meiner seit 2010 bestehenden psychotherapeutischen Privatpraxis handle ich seit 2020 auch Menschen, die an Long Covid bzw. Post Covid erkrankt sind.

In meiner seit 2010 bestehenden psychotherapeutischen Privatpraxis handle ich seit 2020 auch Menschen, die an Long Covid bzw. Post Covid erkrankt sind.

Meine erste Patientin mit Long Covid war Frau Dr. Ellert, die Autorin des o. g. Buches, die als selbst betroffene Ärztin eindrücklich schildern und reflektieren konnte, wie ihre starke postvirale Erschöpfung (Fatigue), die für sie zuvor völlig „unvorstellbare“ physische und geistige Belastungsintoleranz (Postexertionelle Malaise) sowie zusätzlich vorhandene neurokognitive Störungen (Brain Fog im Sinne von Konzentrations-, Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen) von ihr erhebliche Anpassungsleistungen forderten und sie zu deutlichen Umstellungen ihrer beruflichen und privaten Lebensführung zwangen. In ihrem Buch beschreibt Frau Dr. Ellert eindrücklich, wie die Anwendung von EMDR mit dem Ziel der Krankheitsakzeptanz bewirkte, diese von ihr nicht geplanten deutlichen Veränderungen ihres Lebens positiv zu bewerten und trotz weiterhin vorhandener Post-Covid-Symptomatik wieder Lebensqualität zu empfinden. So entstand die Idee, Beiträge von mir über „Psychische Symptome“ und über „Hilfe für die Psyche“ in ihr Buch aufzunehmen.

Erkranken junge Menschen an Long Covid, ist hierdurch häufig die berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Zusätzlich zur körperlichen Symptomatik stellt dies nachvollziehbar eine erhebliche psychische Belastung dar, da zusätzlich zu den Sorgen um die Wiederherstellung der

körperlichen Gesundheit existenzielle Befürchtungen und Zukunftsängste auftreten. Bei Menschen mit Post Covid sind häufig die Diagnosekriterien einer Anpassungsstörung nach ICD-10: F43.2 erfüllt.

Wie Frau Dr. Ellert mir bestätigte, erleben Menschen, die nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 an Long Covid (bzw. Post Covid) erkranken, einen „körperbezogenen Kontrollverlust“. Der Körper „funktioniert“ in vielerlei Hinsicht nicht mehr so wie gewohnt, es werden viele sehr unterschiedliche körperliche Beschwerden berichtet. Als Folge des „körperlichen Kontrollverlustes“ erleben die Betroffenen etwas psychisch sehr Belastendes: Sie verlieren das Vertrauen in die Funktionsfähigkeit ihres Körpers – wobei die psychische Symptomatik durchaus die Diagnosekriterien einer Traumafolgestörung erfüllen kann. In der unter Mitarbeit von Frau Dr. Ellert am 01.12.2023 aktualisierten AWMF-S2k-Leitlinie Co-

vid-19 und (Früh-) Rehabilitation (Registernummer 080-008, Version 4.0) wird beim Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einem schweren Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion auf EMDR als geeignete effektive Behandlungsmethode zum Durcharbeiten der psychischen Traumatisierung hingewiesen.

Die psychische Stabilisierungstechnik „Der Ressourcenspaziergang“ wurde von mir 2022 auf Basis des EMDR-Standardprotokolls als Selbsthilfestrategie entwickelt, um schwer erkrankte Menschen, die sich häufig nicht gut bewegen können oder aufgrund von Erschöpfung viele Stunden des Tages im Liegen verbringen müssen, in die Lage zu versetzen, selbstständig eigene innere Kraftquellen (Ressourcen) zu finden und diese zu aktivieren. Wenn die selbstgesteuerte Ressourcenaktivierung gelingt und die mentale Vorstellung von zuverlässig ausführbarer körperlicher Bewegung hinzukommt,



dient dies unmittelbar dem Wiederaufbau von Vertrauen in den eigenen Körper und fördert dadurch die eigene Handlungsfähigkeit, die wiederum notwendig ist, um mit einer schweren körperlichen Erkrankung psychisch ausgeglichen weiterleben zu können.

Meiner Erfahrung nach rät ärztliches und physiotherapeutisches Fachpersonal auch körperlich schwer erkrankten Menschen stets dazu, sich aktiv zu bewegen, um die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit zu fördern. Auch bei der konfrontativen Anwendung von EMDR zur Belastungsverarbeitung wird der Körper regelhaft einbezogen, indem in Phase 3 des EMDR-Standardprotokolls danach gefragt wird, an welcher Stelle ihres Körpers die Patient*innen die herausgearbeiteten psychischen Belastungen momentan spüren. In der EMDR-Ausbildung habe ich zudem gelernt, dass eine psychische Ressource nur dann positiv wirksam ist, wenn man sie körperlich spürt.

Eine weitere Grundannahme für die Entwicklung des „Ressourcenspaziergangs“ war, dass jeder Mensch positive Erinnerungen an einen Spaziergang mental aktivieren kann, was gerade in einer körperlich eingeschränkten gesundheitlichen Situation günstig ist, weil diese Imagination dem Ziel dient, sich „eines Tages“ wieder „belastungsfrei“ bewegen zu können.

Der „Ressourcenspaziergang“ zum Aufbau einer gerade benötigten psychischen Fähigkeit (Ressource) basiert auf EMDR als wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieform für die Behandlung von Traumafolgestörungen. In Anlehnung an das EMDR-Standardprotokoll wird auf kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene zeitgleich mit der positiven mentalen Vorstellung von körperlicher Bewegung (eines vorgestellten Spaziergangs in „schöner“ Umgebung) eine individuelle Ressource aktiviert. Das langsame Gehen (entweder in der Vorstellung oder tatsächlich ausgeübt) bewirkt eine beidseitige Stimulation der beiden Hirnhälften, wobei wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass eine langsame bilaterale Stimulierung der Hirnhälften einen beruhigenden Effekt auf den Körper hat und zu einer Entspannungsreaktion führt (Shapiro, F., 2013, Hofmann, Arne & Lehnung, Maria (Hrsg.) (2024), Kreyer, A. K., geb. Kirnich (2008)).

Ebenfalls Grundlage der Übung ist die sogenannte „Absorptionstechnik“, die vom EMDR-Institut Deutschland (www.emdr.de) unter der damaligen Leitung von Dr. Arne Hofmann entwickelt wurde. Grundlegend sind zudem die Arbeiten von Korn, D. L. & Leeds, A. M. (2002).



EMDR Center Exzellente EMDR Ausbildung

Kammer zertifiziert und EMDR Europe anerkannt



Dr.med. Michael Hase EMDR Senior Trainer

Mehr als 26 Jahre Erfahrung in der Anwendung der EMDR Therapie - seit mehr 20 Jahren als Ausbilder in Europa!

EMDR Grundausbildung in Präsenz und Online - von effizienten kleinen Lerngruppen profitieren!

EMDR Grundausbildung 1600€ (Ein Kursteil solo 830€). Die EMDR Grundausbildung des EMDR Center orientiert sich stark an der Originalausbildung von Francine Shapiro und ist mit Angeboten anderer EMDR Europe zertifizierter Anbieter kompatibel!

EMDR Grundausbildung Einführungsseminar (Kursteil 1):
Online 22.-24.11.2024 und 14.-16.2.2025
Marburg 20.-22.6.2025

EMDR Grundausbildung Vertiefungsseminar (Kursteil 2):
Online 11.-13.10.2024 und 09.-11.05.2025
Marburg 14.-16.11.2025

Weitere Termine sind in Planung: info@emdr-center.com !

Spezialseminare Online für Alle, die mit einer zertifizierten EMDR Ausbildung begonnen haben:

21.08.24 19:00 - 21:15 Impulsseminar ‚EMDR Therapie und Substanzabhängigkeit‘

18.09.24 19:00 - 21:15 Impulsseminar ‚EMDR Therapie und bipolare affektive Störung‘ mit Prof. Benedikt Amann

23.10.24 19:00 - 21:15 Impulsseminar ‚EMDR Therapie bei körperlichen Erkrankungen und medizinischem Trauma‘

20.11.24 19:00 - 21:15 Impulsseminar ‚EMDR Therapie bei Akuttrauma‘

07.12.24 09:00 - 17:00 Tagesseminar ‚Essentielle Behandlungspläne und Techniken in der EMDR Therapie‘
18.12.24 19:00 - 21:15 Impulsseminar ‚EMDR Therapie in der Behandlung der Depression‘

Alle Impuls- und Praxisseminare nur 75€, Tagesseminare 185€, bei Buchung und Zahlung bis 4 Wochen vor Beginn.

Für weitere Angebote www.emdr-center.com - Fragen Sie nach unter: info@emdr-center.com

Für Kliniken: Inhouse Training mit flexiblen Kurszeiten. Bitte sprechen Sie uns an: info@emdr-center.com

Aktuelle Informationen über den EMDR Newsletter!
Melden Sie sich gerne an: info@emdr-center.com

Patient*innen können die Übung „Der Ressourcenspaziergang“ selbstständig durchführen. Die Übung besteht aus zwei Teilen:

1.a) Übung zum Finden / Herausarbeiten einer passenden Ressource

1.b) Aktivierung der passenden Ressource („Ressourcenspaziergang“)

Es folgt die Anleitung des „Ressourcenspaziergangs“ für Patient*innen zur Selbstdurchführung.

Eine Ressource zu aktivieren heißt, dass Sie eine gute Erinnerung (oder eine gute Vorstellung) mit einem posi-

tiven, hilfreichen Gedanken über sich, mit einem oder mehreren guten Gefühlen und mit einer positiven eigenen Körperempfindung in eine „innere gute Verbindung“ bringen. Wenn Sie dies in Ihrem Körper spüren können, entfaltet die Ressource eine „innere Schutzfunktion“ und wirkt sich stabilisierend aus.

1.a) Übung zum Finden / Herausarbeiten einer passenden Ressource:

Suchen Sie zunächst aus der untenstehenden Symptomliste ein Symptom heraus, welches dazu passt, wie Sie sich gerade fühlen.

Dieses Symptom nennen wir „Mein Symptom“.

Symptomliste:

- **Angst, Panik**
- **Anspannung**
- **Ärger, Wut**
- **Einsamkeit**
- **Erschöpfung**
- **Frust**
- **Gefühl, nichts ändern zu können**
- **Gefühl, ungerecht behandelt zu werden**
- **Hadern mit dem eigenen Zustand, mit dem Schicksal**
- **Nicht ernst genommen werden**
- **Handlungsunfähigkeit**
- **Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein**
- **Hoffnungslosigkeit**
- **Innere Unruhe**
- **Körperliche Rastlosigkeit**
- **Kontrollverlust**
- **Kraftlosigkeit**
- **Krank sein, „nicht heil“ sein**
- **Langeweile**
- **Mir selbst nicht helfen können**
- **Misstrauen haben**
- **Müdigkeit**
- **Nicht ernst genommen werden**
- **Pessimismus**
- **Schuldgefühle**
- **Schwäche**
- **Schwankende Befindlichkeit**
- **Stress**
- **Todesangst**
- **Trauer (nach Todesfall)**
- **Traurigkeit**
- **Unausgeglichenheit**
- **Ungeduld**
- **Unsicherheit**
- **Unzufriedenheit**
- **Versagen**

In der folgenden kombinierten Symptom- und Ressourcenliste sind den oben genannten Symptomen mögliche Gefühle bzw. Fähigkeiten gegenübergestellt, die sich als Ressourcen eignen. Manche Ressourcen passen auch zu mehreren Symptomen.

Suchen Sie sich nun bitte eine einzelne Ressource heraus, die Sie gerne anstelle Ihres Symptoms „hätten“. Stel-

len Sie sich dabei (passend zu Ihrem Symptom) bitte die folgende Frage: Mit welcher Fähigkeit oder mit welchem Gefühl ginge es mir besser? Was bräuchte ich, damit es mir besser geht? Wichtig ist hierbei, dass Sie die gewünschte Fähigkeit bzw. das gewünschte Gefühl irgendwann in Ihrem Leben schon einmal hatten.

Diesen Begriff nennen wir „Meine Ressource“.

Kombinierte Symptom- und Ressourcenliste:

- Angst, Panik – Mut (Zuversicht), auch: Innere Gelassenheit / „Gottvertrauen“
- Anspannung – Entspannungsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstberuhigung
- Ärger, Wut – Gelassenheit
- Einsamkeit – Gewissheit, Freund*innen zu haben bzw. geliebt zu werden
- Erschöpfung – Tatendrang, Stärke, Kraft, Flow-Erleben
- Frust – Gelassenheit, Zuversicht, Geduld, Ausgeglichenheit
- Gefühl, nichts ändern zu können - Handlungsfähigkeit behalten, Optimismus
- Gefühl, ungerecht behandelt zu werden – Gelassenheit, Zuversicht
- Hadern mit dem eigenen Zustand, mit dem Schicksal – Akzeptanz, Zuversicht
- Nicht ernst genommen zu werden – Sich Gehör verschaffen zu können, Selbstwirksamkeit
- Handlungsunfähigkeit - Handlungsfähigkeit
- Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein – Zuversicht
- Hoffnungslosigkeit – Hoffnung, Zuversicht, Handlungsfähigkeit
- Innere Unruhe – Innere Ruhe
- Körperliche Rastlosigkeit – Körperliche Ruhe
- Kontrollverlust – Kontrolle über etwas haben
- Kraftlosigkeit – Schwung
- Krank sein, „nicht heil“ sein – Akzeptanz von Beeinträchtigung, „gesund“ sein
- Langeweile – Kreativität, Aktivität, Ideenreichtum
- Mir selbst nicht helfen können – Selbstvertrauen, Anderen vertrauen
- Misstrauen haben – Vertrauen können
- Müdigkeit – Wachsein, Elan, Power, Frische, Schwung
- Nicht ernst genommen zu werden – Sich Gehör verschaffen zu können, Selbstwirksamkeit
- Pessimismus – Optimismus
- Schuldgefühle – sich selbst verzeihen zu können
- Schwäche – Stärke, Kraft
- Schwankende Befindlichkeit – Ausgeglichenheit, Zuversicht, innere Ruhe
- Stress – Ausgeglichenheit, Ausgewogenheit zwischen Belastung und Entspannung
- Todesangst – Sicherheit, überlebt zu haben / Dankbarkeit fürs Überleben
- Trauer (nach Todesfall) – sich getröstet / geborgen fühlen, Akzeptanz, Verbindung
- Traurigkeit – Fröhlichkeit
- Unausgeglichenheit - Ausgeglichenheit
- Ungeduld – Geduld, Durchhaltevermögen
- Unsicherheit - Sicherheit
- Unzufriedenheit – Zielerreichung, Zufriedenheit
- Versagen – etwas wieder gut machen können, sich selbst verzeihen, Selbstvertrauen

Aus der Liste haben Sie sicherlich ein oder mehrere Symptome gefunden, durch die Sie sich belastet fühlen. Ebenso haben Sie auch die passenden Ressourcen für sich selbst herausgearbeitet.

Das ist schon einmal prima, denn durch die Erarbeitung von passenden Ressourcen haben Sie bereits eine Vorstellung entwickelt, dass es Ihnen besser gehen könnte, wenn

Sie in der Lage wären, statt des Symptoms die Ressource spüren zu können.

Im zweiten Teil der Übung werden Sie nun angeleitet, eine Ihrer gefundenen Ressourcen zu spüren und damit „zu aktivieren“.

1.b) Aktivierung der passenden Ressource („Ressourcenspaziergang“)

Nehmen Sie sich bitte zur besseren Übersicht ein Arbeitsblatt.

1. **Störendes Symptom:** Was belastet Sie derzeit am meisten? Mit welchem störenden Symptom (z. B. aus der Symptomliste) leben Sie derzeit? Wählen Sie bitte ein Symptom aus bzw. benennen Sie eines.
2. **Einstufung von 0-10:** Stufen Sie die aktuelle Belastung durch das Symptom bitte auf einer Skala von 0-10 ein (0 = keine Belastung, 10 = sehr hohe Belastung).
3. **Belastende Selbstüberzeugung:** Wenn Sie an dieses Symptom denken, löst das sicher einige verschiedene Gedanken aus. Hier ist wichtig: Was denken Sie dann Negatives / Belastendes über sich selbst? (= nK = negative Kognition). Dieser Satz sollte beginnen mit: „Ich bin... ich fühle mich... ich müsste / könnte / hätte / sollte... bekomme es nicht hin... schaffe es nicht...“
4. **Hilfreiche Selbstüberzeugung:** Wie würden Sie stattdessen lieber über sich denken, können es aber derzeit nicht? (etwas Gegenteiliges von 3. = pK = positive, hilfreiche Kognition). Dieser Satz sollte beginnen mit: Ich bin... ich kann... ich darf... ich habe... ich werde...
5. **Fähigkeit / Ressource:** Wie heißt die Fähigkeit, die Sie bräuchten, um so hilfreich wie in 4. über sich denken zu können? Nehmen Sie die Ressource, die Sie im ersten Teil der Übung herausgearbeitet haben, oder schauen Sie nochmals in die Symptom- und Ressourcenliste, um die für Sie passende Fähigkeit benennen zu können.
6. **Gefühle:** Wie würde es sich anfühlen, wenn Sie die Fähigkeit / Ressource aus 5. hätten?
7. **Ressourcen-Erinnerung:** In welcher Situation in Ihrem bisherigen Leben oder in welcher Phase konnten Sie - bevor Sie erkrankt sind - schon einmal genau so positiv / hilfreich über sich denken (wie in 4.)? Suchen Sie dazu eine Erinnerung aus Ihrem Leben, in der Sie den hilfreichen Satz über sich selbst sagen konnten (vgl. 4.) und in der Sie gleichzeitig die Fähigkeit (vgl. 5.) und die dazu gehörigen Gefühle (vgl. 6.) hatten. Diese Erinnerung nennen wir Ihre „Individuelle Ressourcen-Erinnerung“ für das unter 1. genannte störende Symptom!
8. **„Innerer Filmausschnitt“:** Stellen Sie sich bitte vor, Sie schauen sich einen Film über diese Zeit Ihres Lebens an (die Zeit der Ressourcen-Erinnerung). Stoppen Sie den Film an einer Stelle, in der Sie die Fähigkeit (vgl. 5.) in Ihrer Erinnerung an sich genau wahrnehmen. Genau da, wo Sie Ihren „inneren Film“ anhalten, ist Ihr „innerer Filmausschnitt“
9. **Körperreaktion:** Wenn Sie sich an Ihre individuelle Ressourcensituation und speziell an Ihren „inneren Filmausschnitt“ zurückerinnern: Wie fühlt sich das jetzt gerade körperlich an? An welcher Stelle Ihres Körpers merken Sie eine – positive – Reaktion?
10. **Ressourcenspaziergang:** Nehmen Sie Ihre individuelle Ressourcen-Erinnerung (vgl. 7.) und genau den „inneren Filmausschnitt“ (vgl. 8.), den hilfreichen Gedanken über sich selbst (vgl. 4.), die guten Gefühle aus der erinnerten Situation (vgl. 6.) und die Körperstellen, die sich dabei gut anfühlen (vgl. 9.), zusammen. Stellen Sie sich bitte vor, Sie würden langsam einen Weg entlang gehen, den Sie gut kennen - draußen im Freien. Nichts und niemand stört Sie, es ist ein angenehmes, leichtes Laufen, in einem passenden Tempo, in keiner Weise anstrengend - und es ist weder zu warm noch zu kalt. Bewegen Sie langsam die Füße, so, als würden Sie gehen. Denken Sie dabei an Ihre Ressourcensituation, an den hilfreichen Gedanken über sich, an die guten Gefühle, die damit verbunden sind, und spüren Sie, wo genau sich das in Ihrem Körper angenehm und gut anfühlt. Bleiben Sie ungefähr 3-5 Minuten in der vorgestellten Laufbewegung.
Nun ist Ihre individuelle Ressource „in der Erinnerung auf vier Ebenen aktiviert“ (Gedanken, Gefühle, Körperempfindung und visuell als Bild im „Filmausschnitt“).

- 11. Belastung NACH dem Ressourcenspaziergang:**
Stellen Sie sich dann vor, Sie sind an einer Stelle angekommen, von der aus Sie einen Ausblick in ein schönes Tal haben. Sie stehen entspannt dort oben und schauen hinunter, oder Sie sitzen auf einer Bank und genießen den Ausblick.
Nun denken Sie an das belastende Symptom, mit dem Sie derzeit leben (**vgl. 1.**). Dann denken Sie wieder an Ihre Fähigkeit aus der Ressourcenerinnerung. Wie belastend fühlt sich nun das Ausgangssymptom auf der Skala von 0-10 an
- 12.** Meistens stellen Sie einen deutlichen Unterschied fest, wenn Sie nach der Aktivierung Ihrer Ressource, also nach dem „inneren Spaziergang in Ihrer Ressourcensituation“ zurück an Ihr ursprüngliches Symptom denken.
Die Belastung wird weniger, es fühlt sich leichter an.
- 13.** Suchen Sie für jede Art von aktuellem Symptom in Ihrem Leben eine entsprechende individuelle Ressource und machen Sie die beschriebene „innere Laufübung“.
So reduzieren Sie nach und nach Ihren Leidensdruck und fühlen sich besser.
- 14.** Am besten füllen Sie mehrere verschiedene Arbeitsblätter aus, um mehrere Fähigkeiten zu aktivieren. Meistens liegen ja (leider) auch mehrere störende Symptome vor.
- 15.** Denken Sie um: Wenn Sie das belastende Symptom spüren, erinnern Sie sich an die entsprechende Ressourcensituation, in der Sie sich viel besser gefühlt haben, und denken Sie: Ich habe die Wahl und kann mich entscheiden: Ich werde einen Weg finden, um mich jetzt so wie in meiner Ressourcensituation zu fühlen.
Damit machen Sie Ihrem Gehirn ein Angebot, wie es trotz der spürbaren aktuellen Belastung durch Ihre körperliche Erkrankung „positiver“ denken kann. Wenn Sie sich innerlich intensiv auf die 4 Ebenen der erinnerten Fähigkeit einlassen (hilfreicher Gedanke über sich, angenehme Gefühle, positives Körperempfinden in der Ressourcensituation und bildliche Vorstellung („Filmausschnitt“), werden Sie sich nach wenigen Minuten besser fühlen.
Das belastende Symptom hat sie „weniger im Griff“. Sie selbst haben dadurch mehr Kontrolle über Ihr körperliches (und ihr seelisches) Wohlbefinden.
- 16.** Führen Sie die Übung zur Aktivierung Ihrer individuellen Ressourcen mit Ihren verschiedenen Symptomen einzeln durch.
- 17.** Vielleicht fertigen Sie sich nach und nach eine eigene Übersicht über Ihre Symptome und Ihre dazugehörigen individuellen Ressourcen an

Literatur

- Ellert, C. (2022). *Long Covid – Wege zu neuer Stärke*. München: ZS Verlag. Darin enthalten: „Der Ressourcenspaziergang“ von Dipl.-Psych. Susanne Wirtz.
- Hofmann, A. & Lehnung, M. (Hrsg.). (6. Aufl. 2024). *EMDR. Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Korn, D. L. & Leeds, A. M. (2002). „Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilisation phase of treatment of complex posttraumatic disorder.“ *Journal of Clinical Psychology* 58(12): 1465-1487.
- Kreyer, A.-K., geb. Kirnich (2008). *Experimentelle Überprüfung psychophysiologischer Prozesse im EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Grundlagenforschung. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln*.
- Rost, Ch. (Hrsg.). *Ressourcenarbeit mit EMDR*. (2008). Paderborn: Junfermann.
- Rost, Ch. (Hrsg.). (2016). *EMDR zwischen Struktur und Kreativität*. Paderborn: Junfermann.
- Shapiro, F. (2013). *EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Tesarz, J., Seidler, G. H. & Eich, W. (2015). *Schmerzen behandeln mit EMDR. Das Praxishandbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Interview

mit Dr. med. Katharina Drexler

»Kinder bekommen oft automatisch mit, was die Eltern Schlimmes erlebt haben«

Original erschienen am 29.03.2024,

*Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
der Süddeutschen Zeitung.*

SZ-Magazin: Frau Drexler, transgenerationale Traumata sind mittlerweile gut erforscht, und dennoch klingt es zunächst erstaunlich: Ist es wirklich möglich, eigene traumatische Erfahrungen an die nächste Generation weiterzugeben, die das Trauma selbst gar nicht erlebt hat?

Katharina Drexler: Es ist nicht so simpel, wie man das vielleicht aus Spielfilmen kennt: Jemand spürt bestimmte Symptome oder psychische Belastungen, die er sich nicht erklären kann, deswegen gräbt er in seiner Familiengeschichte und findet heraus, dass die Ur-Großmutter genau das hatte, was ihn oder sie heute selbst belastet. So etwas ist aus wissenschaftlicher Sicht höchst unwahrscheinlich.

SZ-Magazin: Wie werden Traumata dann vererbt?

Katharina Drexler: Wenn unsere Eltern etwas Traumatisches erlebt haben, erhöht das zunächst unser eigenes Risiko, eine Traumafolgestörung zu entwickeln, also sehr stark an einem traumatischen Erlebnis zu leiden. Dazu gibt es viele wissenschaftliche Untersuchungen. Es konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass Vietnam-Kriegsveteranen ein höheres Risiko hatten, posttraumatische Belastungsstörungen zu entwickeln, wenn ihre Väter selbst im Krieg waren, zum Beispiel im Zweiten Weltkrieg oder im Korea-Krieg. Es wird hier also eher die Veranlagung vererbt. So kann man es sagen ja.

SZ-Magazin: Ist es auch denkbar, dass man direkt unter einer Erfahrung der eigenen Eltern leidet, obwohl man selbst nie traumatische Erfahrungen gemacht hat?



Katharina Drexler: Absolut. Ich hatte mal eine Patientin, die in ihrem Leben sehr oft über ihre Grenzen gegangen ist, wenn es darum ging, sich um andere zu kümmern, um Geflüchtete zum Beispiel. Wenn sie auf der Straße Obdachlose sah, hat sie manchmal sogar Menschen einfach mit nach Hause genommen, auch ohne es mit ihrem Mann vorher abzusprechen. Sie war also sehr hilfsbereit, aber ohne dabei auf sich selbst zu achten, und dementsprechend auch sehr erschöpft, als ich sie kennenlernte. Für dieses Gefühl, im Umgang mit anderen keine Grenzen setzen zu dürfen, spielte eine Kriegserfahrung ihres Vaters eine große Rolle. Der war als Kind in einer Nacht plötzlich von einem Bombenangriff überrascht worden, für den es keinen Alarm gegeben hatte, und ist dann barfuß durch die bereits brennende Stadt zum Bunker gelaufen. Weil er mit sechs oder sieben Jahren in dieser Situation nicht daran gedacht hatte, ob seine Eltern auch in den Bunker laufen, hatte er von da an die Selbstüberzeugung, er sei eigentlich ein Egoist.

Häufig wissen wir aber wenig bis gar nichts über die Traumata unserer Eltern. Das stimmt. In der Regel versuchen Eltern, ihre Kinder vor den eigenen Wunden und Belastungen zu schützen, indem sie darüber schweigen. Kinder bekommen aber trotzdem oft automatisch mit, was Vater oder Mutter Schlimmes erlebt haben.

SZ-Magazin: Auch wenn nie davon erzählt wird?

Katharina Drexler: Kinder können innerhalb von Bruchteilen von Sekunden mitbekommen, was die Eltern gerade bewegt, auch wenn es nicht ausgesprochen wird. Nehmen wir als Beispiel eine Frau, die sexuell traumatisiert worden ist – vielleicht sogar in ihrer Kindheit, durch eine nahestehende Bezugsperson. Sie hat vielleicht für sich entschieden: Das ist mein Geheimnis, das erzähle ich nie jemandem. Aber trotzdem prägt diese Erfahrung alles – unter anderem auch ihre Einstellung zu Sexualität. Wenn sie selbst Töchter hat, wird sie ihnen vielleicht vermitteln, Männer seien gefährlich. Das kann auch ohne Worte passieren, durch Gestik, Mimik, Körperhaltung, durch gewährte oder versagte Berührungen. Wenn das Thema Sexualität aufkommt, kann es sein, dass sie »dissoziiert«, dass sie also plötzlich schweigsam wird, Löcher in die Wände starrt, den Fernseher ausschaltet oder das Programm wechselt.

SZ-Magazin: Woran liegt es denn, dass ein Trauma sich in manchen Momenten plötzlich so bemerkbar macht?

Katharina Drexler: Traumatische Ereignisse überfordern die Bewältigungsstrategien unseres Gehirns. In der Regel werden solche Ereignisse deshalb nicht in Hirnarealen gespeichert, die eine Zeitachse haben. Die Erinnerung ist keine erzählbare, kongruente Geschichte, sondern sehr fragmentiert – wie ein Spiegel, der zersplittert. Man hat also an einer Stelle vielleicht ein Geräusch gespeichert und an einer anderen einen Geruch oder eine Körperwahrnehmung. Und ein solcher Reiz kann das Trauma triggern. Deshalb stimmt auch der Satz »Die Zeit heilt alle Wunden« bei Traumata nicht. Ein Trauma, das wieder ins Bewusstsein kommt, ist für die betroffene Person so, als wäre es gerade erst passiert. Diese Wunde wird die Zeit nicht heilen.

SZ-Magazin: Wie reagieren Kinder in der Regel auf Traumata der Eltern?

Katharina Drexler: Es gibt bei Kindern eine Zeit der »Größenfantasien«, etwa zwischen 4 und etwa 8 Jahren, das ist eine Phase, in der Kinder zum Beispiel in ihrer Fantasie

fliegen können. Gerade in dieser Zeit sind sie besonders anfällig dafür, Traumata, die sie bei ihren Eltern spüren, anzunehmen. Unbewusst machen sie das Angebot: »Ich nehme dir diese Last ab.« In dieser Zeit denken Kinder oft, sie könnten alles tragen. Tatsächlich hilft dieses Angebot den Eltern nicht, aber das weiß man in dem Alter natürlich nicht.

SZ-Magazin: Wodurch machen sich weitergegebene Traumata bei der nachfolgenden Generation bemerkbar?

Katharina Drexler: Da muss man unterscheiden: zwischen den Symptomen, die zum eigenen Leben passen, und Symptomen, die zum Trauma meines Elternteils gehören.

Wenn ich zum Beispiel mit einer Mutter aufgewachsen bin, die aufgrund ihrer eigenen traumatisierenden Erfahrungen nicht in der Lage war, eine ausreichend starke, sichere Bindung zu mir aufzubauen, kann es sein, dass ich eine eigene Bindungsstörung entwickle. Die entwickle ich dann aber aufgrund meiner eigenen Erfahrung mit dieser Mutter – hier wird also kein Trauma weitergegeben, aber der Effekt zeigt sich in der nächsten Generation.

Bei einem ererbten Trauma hingegen können einen zum Beispiel **innere Bilder oder Albträume** beschäftigen, die zur Lebensgeschichte der Eltern, nicht aber zur eigenen passen. Selbst wenn ich nicht genau weiß, was meine wichtigen Bezugspersonen erlebt haben, habe ich doch – wie bereits gesagt – innere Bilder hiervon.

SZ-Magazin: Wie kann man als betroffene Person dagegen arbeiten?

Katharina Drexler: Ich persönlich arbeite am liebsten mit der EMDR-Therapie, das steht für Eye Movement Desensitisation and Reprocessing. Auf Deutsch: Augenbewegung, Desensibilisierung und Verarbeitung. Diese Therapie wurde in den Achtzigerjahren in den USA entwickelt.

SZ-Magazin: Wie sieht die aus?

Katharina Drexler: Dabei setzt man sich mit dem traumatischen Ereignis auseinander, dem belastendsten Moment und den mit dem Ereignis verknüpften negativen Selbstüberzeugungen. Etwas wie »ich bin schuld« oder »ich habe es nicht anders verdient«. Man findet heraus, was man stattdessen gerne erreichen möchte. Etwa: »Ich habe getan, was ich tun konnte.«, oder »Ich bin wertvoll«. Angeleitet von dem Therapeuten oder der Therapeutin spürt man die hiermit verbundenen Gefühle auf und

schaut nach dem Belastungsgrad. Und dann setzt man sich mit diesem Ereignis auseinander, also lässt kommen, was kommen mag, während man die Augen von links nach rechts bewegt. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Methode die Selbstheilungskräfte unseres Traumschlafes nutzt. Da sind es die REM-Phasen. Es ist kein Zufall, dass man auch da die Augen schnell bewegt. Diesen Prozess geht man so lange durch, bis das Ereignis verarbeitet ist. EMDR setze ich auch zur Behandlung von ererbten Wunden ein.

SZ-Magazin: Gibt es für die Wirksamkeit eine wissenschaftliche Evidenz?

Katharina Drexler: Zur Behandlung von Traumata und posttraumatischen Belastungsstörungen wird EMDR weltweit eingesetzt, und die Wirksamkeit ist bestens belegt. Im Bereich der transgenerationalen Traumafolgestörung gibt es derzeit keine Studien. Die Modifizierung der Therapie stammt von mir, ich habe darüber mehrere Bücher publiziert und lehre und praktiziere sie seit mehr als 20 Jahren mit Erfolg.

SZ-Magazin: Dann bearbeiten Sie mit den Patienten die Traumata der Eltern?

Katharina Drexler: Ja. Wenn wir nochmal an die Patientin denken, von der ich vorhin erzählt habe, deren Vater als Kind in den Bunker laufen musste. Sie wusste von dieser Erfahrung ihres Vaters, und konnte darüber sprechen. Als wir das mit EMDR bearbeitet haben, wurde für sie sehr deutlich, dass ihr Vater nicht schuld an seiner Situation war und auch kein Egoist ist. Das hat für die Patientin viel verändert. Daraus konnte ein Blickwinkel entstehen, von dem aus sie für sich selbst sieht: Sie kann anderen Menschen helfen und darf dennoch ihre Grenzen schützen. Das war nicht nur für sie eine große Veränderung, auch die Beziehung zwischen ihrem Vater und ihr hat sehr davon profitiert, dass sie das verarbeitet hat: Sie hat ihn besser verstanden und sie war ihm verbundener.

Ich finde, das kann ganz viel Mut machen: Unser Hirn ist unser Leben lang in der Lage, sich physiologisch zu verändern. Das bedeutet, wir können unser Leben lang wachsen.

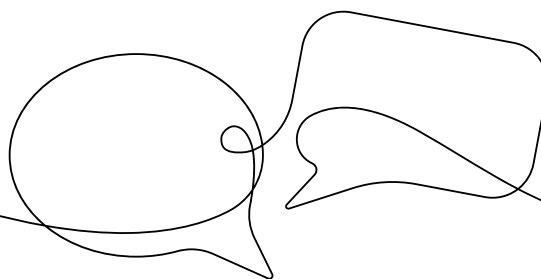
SZ-Magazin: Und wenn man das Trauma, das die Eltern erlebt haben, selbst nicht oder nicht genau kennt?

Katharina Drexler: In jedem Fall werden Traumata sehr vereinfacht erzählt. Entweder weiß man: Das hat mein Vater, das hat meine Mutter erlebt. Da fehlen zwar unendlich viele Details, aber ich weiß in etwa, was da passiert ist. Oder aber das Trauma erzählt sich nur über die Tabugrenzen, über Aussparungen, das können auch nur Andeutungen sein. Wenn ich zum Beispiel Albträume habe von Gewalt, die ich selbst nie erfahren habe, ich aber weiß, dass meine Mutter als Kind auf der Flucht war, auch wenn sie nie darüber gesprochen hat, kann ich mir vielleicht denken, dass sie dort schlimme Dinge erlebt hat. Die Therapie ist dann aber natürlich einfacher, wenn Eltern auch erzählen, was sie erlebt haben.

Wichtig ist aber: In erster Linie dient Therapie nicht der Wahrheitsfindung, sondern der Heilung. Gerade in der Generation meiner Eltern ist Therapie teilweise stigmatisiert, man spricht nicht viel über psychische Gesundheit.

SZ-Magazin: Ist es unsensibel, ein Gespräch darüber mit ihnen zu beginnen?

Katharina Drexler: Das kommt darauf an. Wenn Sie den Eindruck haben, Sie leiden an etwas, was Ihre Mutter oder Ihr Vater erlebt hat, können Sie um ein Gespräch bitten und sagen: »Ich kann mir vorstellen, dass du etwas Schlimmes erlebt hast. Ich weiß nicht, ob es für dich möglich ist, aber ich als die erwachsene Frau von heute wäre dir sehr dankbar, wenn du mir erzählen könntest, was du erlebt hast.« Man kann auch erst einmal fragen: »Kannst du darüber sprechen? Oder ist das etwas, was du nicht erzählen kannst?« Ich würde aber davor warnen, anderen Menschen geradeheraus eine Therapie zu empfehlen, weil man vielleicht das Gefühl hat, sie haben an der einen oder anderen Stelle Therapiebedarf. Das würde viele Menschen vor den Kopf stoßen, auch die eigenen Eltern.



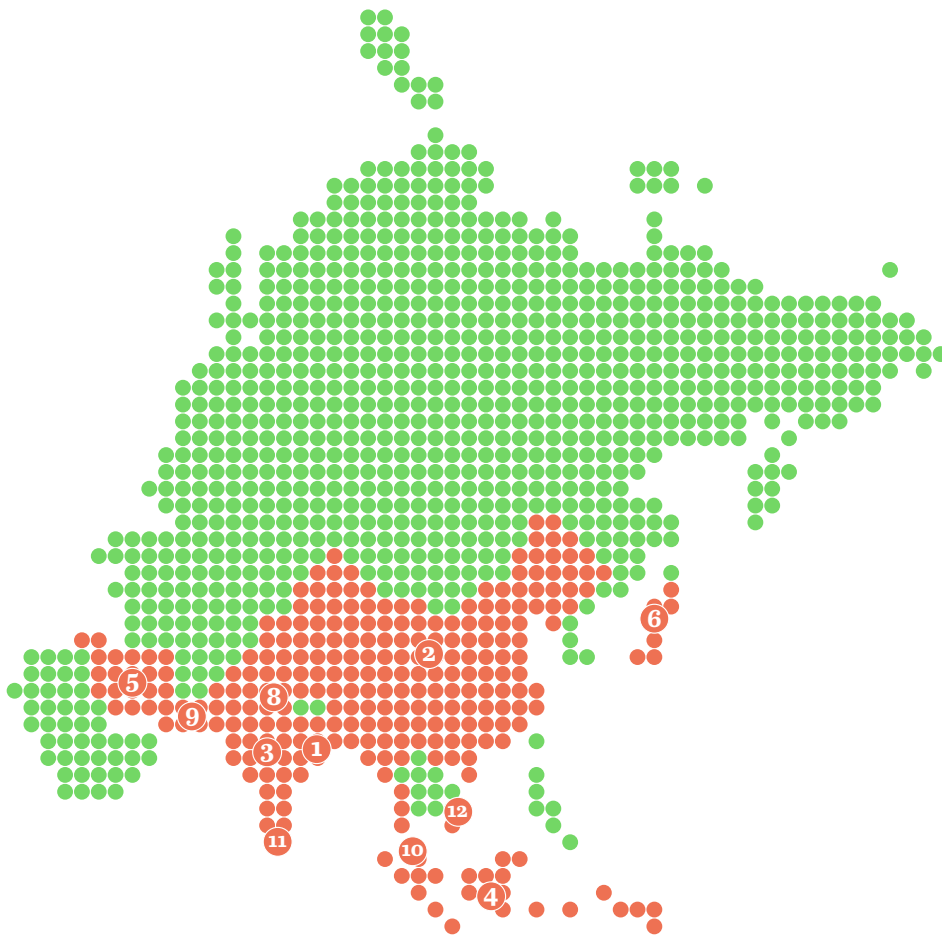
RUND UM DIE WELT 4/2024

Marilyn Luber

ASIEN

EMDR Asien Parul Tank berichtet über die Fortschritte von EMDR Asia und anderen asiatischen Ländern, die ihm folgten. Sie sagt:

„Seit der Gründung von EMDR Asia im Jahr 2010 haben wir uns darauf konzentriert, EMDR-Grundausbildungen in ganz Asien anzubieten. Im Jahr 2014 wurden die Internationalen Richtlinien für Mindestkriterien für EMDR-Standards und -Ausbildung der EMDR Global Alliance vom EMDR Asia Board angenommen. Weil wir dies für äußerst wichtig hielten, arbeiten wir seit 2017 auf die Standardisierung der Ausbildung und des Lehrplans für Asien hin. Es ist uns gelungen, asiatische EMDR-Gemeinschaften zusammenzubringen, um dieselben Ausbildungsstandards zu haben. Wir sind stolz darauf, sagen zu können, dass EMDR Asia nun seine eigenen Ausbildungsstandards etabliert hat, die mit den von EMDR Europe, dem EMDR Institut, Trauma Recovery/HAP und EMDRIA etablierten Standards übereinstimmen und diesen angepasst sind.“



EMDR Asia hat 2017 ein Komitee für Training, Standards und Akkreditierung (TSA) mit Sushma Mehrotra (Indien) als Vorsitzende sowie Masaya Ichii (Japan), Tri Iswardani Sadatun (Indonesien), Ann Parichawan (Thailand) und Parul Tank (Indien) als Co-Vorsitzende gegründet, um einen Think Tank für die Einheitlichkeit der Grundausbildung in EMDR-Therapie zu gründen. 2023 wurde Dushyant Bhadlikar (Indien) als Co-Vorsitzender des TSA hinzugefügt.

Die TSA-Mitglieder und andere Trainer aus Asien waren aktiv an der Trainerausbildung beteiligt und fungierten als Mentoren beim Erfüllen der Anforderungen der Nachorientierungsausbildung der Trainer in Ausbildung. Wir wandten uns an das EMDR-Institut und erhielten die Erlaubnis, das Handbuch des EMDR-Instituts zu verwenden, und wurden an Trauma Recovery/HAP verwiesen, um weitere Unterstützung zu erhalten. Bei der Entwicklung der Schulungsrichtlinien wurde unser TSA-Team

von den Trainern des EMDR-Instituts (Gary Quinn), Trauma Recovery/HAP (Rosalie Thomas) und Trauma Aid (Derek Farrell) angeleitet. Wir waren mit den asiatischen Richtlinien bereit und erstellten 2016–2017 unsere Orientierungsausbildung für Trainer und Berater. Eine Orientierungsausbildung für Trainer:innen (ToT) für EMDR-Ausbildung Teil 1 wurde geplant, nachdem wir mehrere Beratungen und Treffen mit Trainer:innen von Trauma Aid, Trauma Recovery HAP und dem EMDR-Institut durchgeführt hatten.

Die erste EMDR Asia-Trainer:innen- und Supervisor:innen-Ausbildung fand am 24. und 25. April 2017 in Shanghai unter der Leitung von erfahrenen Trainer:innen des EMDR Institut, Trauma Aid, Trauma Recovery/HAP (Gary Quinn, Derek Farrell, Rosalie Thomas) statt. 2016 schlug Francine Shapiro vor, dass Masaya Ichii und Sushma Mehrotra die Trainerausbildungen für Asien anbieten, und inzwischen haben sie diese verantwortlich übernommen. Marilyn Lubert organisierte zusammen mit Parul Tank und Dushyant Bhadlikar die Supervisor:innen-Ausbildungen. Im Januar 2020 wurden in Bangkok, Thailand, Orientierungsausbildungen für Trainer:innen und Supervisor:innen unter der Leitung von Rosalie Thomas und mit Unterstützung von Trauma Recovery HAP organisiert, zusammen mit den Trainer:innen

von EMDR Asia, die TSA-Mitglieder von EMDR Asia sind.

Im Jahr 2023 organisierten Trainer:innen, die Mitglieder der TSA von EMDR Asia waren, ein virtuelles Orientierungstraining für die EMDR-Grundausbildung sowie für Facilitators und Supervisor:innen. Diese Ausbildungen fanden mit Unterstützung von Rosalie Thomas statt sowie mit Erlaubnis von Robbie Dunton, das aktualisierte Handbuch des EMDR-Instituts zu verwenden, sowie mit Unterstützung von Carol Martin, Geschäftsführerin von Trauma Recovery/HAP, für finanzielle und technische Unterstützung und Outreach-Aktivitäten. Nach diesen Orientierungstrainings erfüllen die Auszubildenden ihre Anforderungen, während sie für die verbleibenden Schritte fortlaufend betreut werden.

EMDR-Asienkonferenz

Parul Tank fügt hinzu:

„Die 5. EMDR-Asia-Konferenz, die in Siem Reap, Kambodscha, abgehalten wurde, war ein Treffen von Fachleuten, die sich der Förderung der transformativen Kraft der EMDR-Therapie verschrieben haben. Das Konferenzthema „EMDR-Therapie, Wiederaufbau der Hoffnung“ zog sich durch die gesamte Veranstaltung und betonte die Rolle von EMDR bei der Förderung von Heilung und Resilienz. Die Konferenz begann mit einer Grundstimmung von Optimismus und Engagement dafür, die Wirkung der EMDR-Therapie auf die Heilung von Traumata und als Beitrag zum Wiederaufbau der Hoffnung in Asien und darüber hinaus zu fördern. Unsere Hauptredner:innen waren Robbie Dunton (über Zoom) und Carol Martin. Dolores Mosquera, Gary Quinn und Derek Farrell hielten Vorträge und Workshops, die sehr geschätzt wurden. Wir hatten auch Workshops vor der Konferenz von Mark Nickerson, Deborah Silveria und Michelle Gottlieb. Die Teilnehmer:innen wurden ermutigt, aktiv teilzunehmen, Ideen auszutauschen und die Leidenschaft für Heilung in ihre Gemeinden weiterzutragen. Wir freuen uns, mitteilen zu können, dass die nächste EMDR-Asia-Konferenz vom **20. Januar bis 1. Februar 2026** bei EMDR India in Mumbai stattfinden wird. Bitte merken Sie sich das Datum vor.“

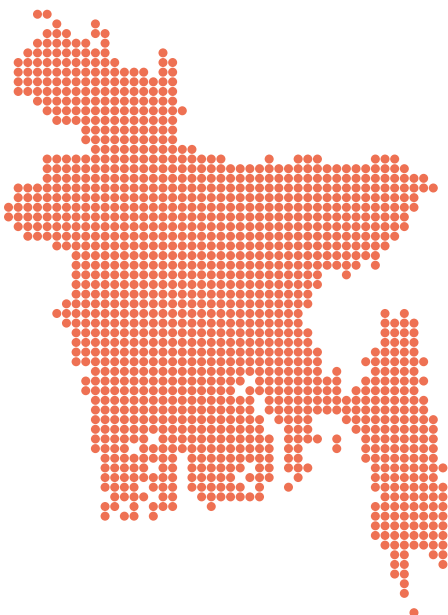
Link: <https://emdrasia.org/save-the-date-6th-emdr-asia-conference-india-2026/>

1 Bangladesch

Shaheen Islam berichtet:

„Seit 2015 läuft die Mission zur Verbreitung von EMDR in Bangladesch ununterbrochen. Wir haben starke Unterstützung von der Abteilung für Bildung und Beratungspsychologie der Universität von Dhaka erhalten und Hilfe von HAP/Trauma Aid Switzerland. Trauma Aid Switzerland unterstützte das Projekt Psychotraumatologie und EMDR in Bangladesch, um Fachkräfte für psychische Gesundheit in der EMDR-Grundausbildung auszubilden. Dies führte zur Gründung der EMDR Bangladesh Fachgesellschaft mit Shamim F. Karim als Vorsitzender.

Bisher hat die Vereinigung 31 praktizierende Mitglieder. Wir von der EMDR Bangladesh Association bieten Ausbildungen zur grundlegenden Psychotraumatologie als Voraussetzung für die EMDR-Grundausbildung an. Der Lehrplan unserer Psychotraumatologie ist wie folgt aufgebaut: Trauma-informierte Pflege, Bindung verstehen, Stabilisierung. Seit Juli 2024 haben 82 Teilnehmer:innen daran teilgenommen; sie werden als Hybridschulungen persönlich und virtuell angeboten.



Die EMDR-Grundausbildung wurde von EMDR-Asia-Trainer:innen online durchgeführt. Wir erweitern unser Angebot, indem wir zwei unserer Mitglieder bei ihrer Trainer:innenausbildung durch EMDR Asia unterstützen.

Wir erhalten auch regelmäßige Fallsupervision von unserer Mentorin Hanna Egli aus der Schweiz; und im August wird sie einen Workshop zum Thema „Dialogprotokoll“ abhalten; dies wird EMDR-Therapeut:innen in Bangladesch einen sicheren Raum bieten, um sich beruflich weiterzuentwickeln und mehr über die Schaffung eines positiven Arbeitsumfelds zu lernen.

Unter der Führung von Shaheen Islam wurde HAP Bangladesh gegründet. Unsere Mitglieder haben auf viele humanitäre Hilferufe bei Katastrophen reagiert, wie etwa bei einem massiven Brandvorfall in Dhaka, Verkehrsunfällen und Selbstmorden von Schulkindern, dem Zustrom von Rohingya-Flüchtlingen und schließlich der COVID-19-Pandemie. Die Mitglieder von EMDR-BD reagierten, indem sie Gary Quinns Selbsthilfeprotokoll mehr als 200 Menschen beibrachten.

Darüber hinaus hat TR/HAP Bangladesh das ganze Jahr über kostenlose Sitzungen für die Teilnehmer:innen unseres Psychotraumatologiekurses angeboten, die dringend Unterstützung bei der Bewältigung ihres eigenen Traumas benötigten.

Der Verband wandte sich auch an die Kabir Group of Industries (KSRM), um den Überlebenden des entführten bangladeschischen Schiffs My Abdullah Hilfe anzubieten. Während der EMDR-Europa-Konferenzen 2019 und 2021 und der EMDR-Asien-Konferenzen 2017, 2020 und 2023 trat EMDR Bangladesh in die internationale Gemeinschaft ein, indem es an jedem Kongress teilnahm und Vorträge hielt. EMDR Bangladesh, eine kleine Gemeinschaft mit großem Herzen, wurde zum Träger von Francine Shapiros Traum, indem es den Francine Shapiro Memorial Fund gründete und einen symbolischen Beitrag dazu leistete. Der Verein garantiert die zukünftige Entwicklung der EMDR-Therapie in Bangladesch, indem er sich auf die lokalen EMDR-Gruppen und -Ressourcen konzentriert.“

2 China

Jinsong Zhang schreibt:

„Im März haben wir ein eintägiges virtuelles Online-Forum zum Thema Traumabewältigung organisiert. Dies war das zweite Forum seit 2023. Diesmal hatten wir über zwanzigtausend Zuschauer:innen. Wir haben bereits drei Levels 1 der EMDR-Grundausbildung in drei verschiedenen Städten in China organisiert und es gab über 120 Teilnehmer:innen. Das nächste Level 1 fand im Juli statt. Alle Teilnehmer an Teil 2 der Grundausbildung werden bis Ende dieses Jahres fertig sein. Wir haben eine spezielle Ausbildung konzipiert, um Menschen, die die Kriterien für die Teilnahme an einer EMDR-Grundausbildung nicht erfüllen, über Trauma und Stabilisierung mit einer Einführung in die EMDR-Therapie zu unterrichten, um die Teilnehmer:innen besser auf die Teilnahme an EMDR-Grundausbildungen vorzubereiten. Es handelt sich um eine dreitägige Schulung, die Informationen zur Traumapsychologie, eine kurze Einführung in die EMDR-Theorie und Stabilisierungsmethoden umfasst. Dies ermöglicht es uns, diese Schulung flexibler zu planen; dies ist auch eine Voraussetzung für die Teilnahme an der EMDR-Grundaus-



bildung. Bisher hatten wir in diesem Jahr über 300 Teilnehmer:innen. Im Juni nahmen hochrangige chinesische EMDR-Mitglieder und ich an der nationalen Konferenz für chinesische psychische Gesundheit teil und hielten Vorträge über EMDR in der klinischen Praxis. Im Jahr 2023 veröffentlichten Zhao et al. den Forschungsartikel „EMDR vs. Warteliste bei Personen mit klinisch hohem Psychoserisiko und posttraumatischen Belastungssymptomen: Eine randomisierte Kontrollstudie“ in Schizophrenia Research.

3 Indien

Parul Tank sagt:

„Asien war im Trainingsprozess sehr aktiv und einheitlich. Asiatische Trainer:innen gehen in andere Länder Asiens, um dort auszubilden und die Ressourcen der lokalen Trainer:innen und Supervisor:innen in der Ausbildung in dem jeweiligen Land aufzubauen. Indien hat in dieser Hinsicht die Führung übernommen und unser Trainer:innenteam (Sushma Mehrotra, Dushyant Bhadilakar, Mrinalini Puarandare, Chintan Naik und mich) nach Bangladesch, Sri Lanka, Vietnam, Singapur, Malaysia, Pakistan und in den Iran geschickt, um Online-Ausbildungen, Präsenz-Ausbildung und Auffrischkurse zu geben.“

Die Grundausbildungen der India EMDR Association, die 2023–2024 stattfinden, wurden in Zusammenarbeit mit dem EMDR Institute, EMDR Asia und dem Trauma Recovery/Humanitarian Assistance Program, USA, durchgeführt. Sie haben auch die

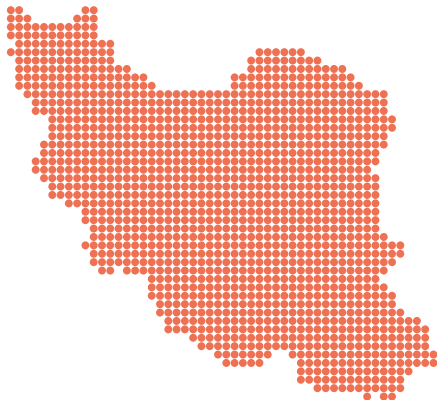
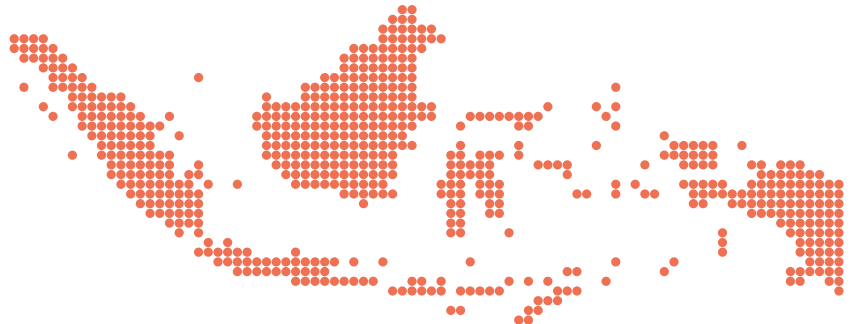
EMDR-Grundausbildung in ganz Indien durchgeführt. Internationale Unterstützung wurde aus Sri Lanka, Bangladesch, Malaysia und Indonesien zur Erleichterung erhalten. Dies gibt diesen Ländern die Möglichkeit, ihre Stunden zu absolvieren und mehr Erfahrung zu sammeln, wobei Indien die Führung übernommen hat. Einige Mitglieder aus Indien und anderen Ländern nahmen auch als Beobachter teil.“



4 Indonesien

Parul Tank:

„In den Jahren 2023–2024 gab es eine Reihe von Schulungen zur Psychotraumatologie, die EMDR-Grundausbildung und EMDR-Fallseminare.“



5 Iran

Parul Tank:

„Der Iran ist dabei, eine EMDR-Vereinigung zu gründen. Treffen, Korrespondenz und Schulungen sind im Gange.“

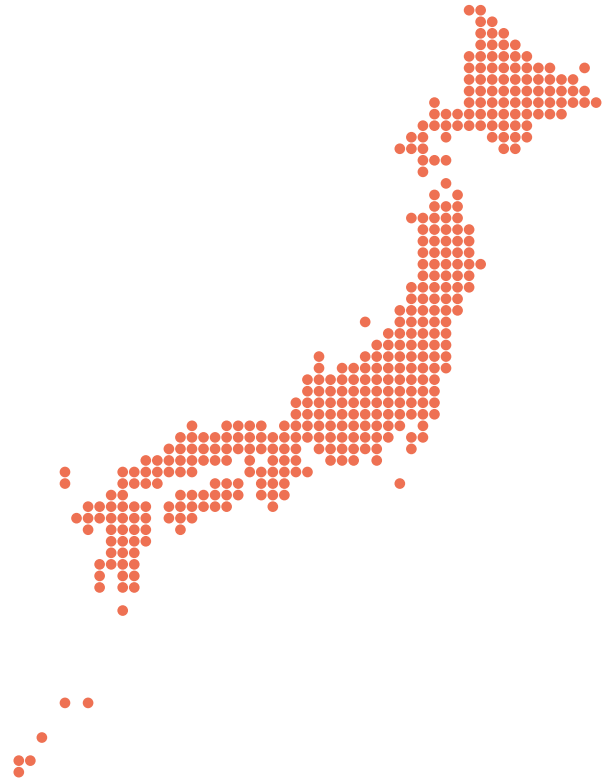
6 Japan

Parul Tank berichtet:

„Die Zeitschrift für EMDR Asia-JEA wird mit der Vision gegründet, qualitativ hochwertige Forschung in asiatischen Ländern auf dem Gebiet des Psychotraumas, Interventionen zur Traumabehandlung im Allgemeinen und EMDR im Besonderen anzuregen.

JEA wird sich an die höchsten Standards wissenschaftlicher Veröffentlichungen halten, die international in der Praxis angewendet werden, und eine unabhängige, überparteiliche, unpolitische Redaktionspolitik verfolgen. Die Redaktion wird sich darauf konzentrieren, die Wissenschaft und Kunst der Hilfe für Überlebende von Psychotraumata zu fördern und wissenschaftliche Beweise für die Wirksamkeit von EMDR als wissenschaftliche Intervention zu veröffentlichen. JEA wird darauf abzielen, Forschungen zu präsentieren, die in den Mitgliedsländern von EMDR Asia und international auf dem Gebiet der Psychotraumatologie durchgeführt werden, in erster Linie, um die Forschungskultur in den asiatischen Mitgliedsstaaten der Organisation zu fördern.

Die Zeitschrift unterstützt Leitartikel, Originalforschungsartikel, Übersichtsartikel, Metanalysen, Fallberichte, Kommentare, Sondermitteilungen, poetische und künstlerische Ausdrucksformen, Leserbriefe sowie Debatten und Diskussionen von Gesundheitsfachleuten sowie Personen, die in der Katastrophenhilfe und Traumahilfe arbeiten, aus der ganzen Welt. Die Priorität wird jedoch EMDR-Fachleuten aus asiatischen Ländern eingeräumt.“



7 Malaysia

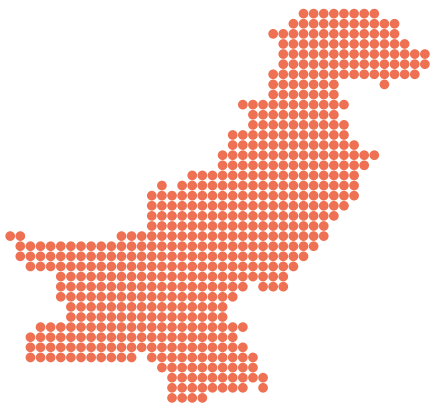
Parul Tank berichtet:

„Neuere EMDR-Verbandsländer wie Malaysia haben viel Initiative ergriffen und Sudha Kudva hat begonnen, einen Kurs über Traumatologie zu unterrichten. Ein malaysischer EMDR-Verband wird unter dem Namen Trauma Therapy Initiative gegründet, da ein anderer Verband von Laien als EMDR Malaysia registriert wurde. Der Verband hat 20 Mitglieder und hat mehrere Orientierungs- und Einführungs-ausbildungen durchgeführt. Ein Level 1 der Ausbildung wird bald durchgeführt.“

8 Nepal

Prathama Raghavan schreibt:

„Grüße aus Kathmandu! Ich arbeite derzeit für eine internationale Organisation, die im humanitären und entwicklungspolitischen Kontext tätig ist und Mitarbeiter und Familien unterstützt. Obwohl ich traumainformierte Ansätze verwende, habe ich nicht die Möglichkeit, regelmäßig mit EMDR zu arbeiten. Ich verwende es in meiner sehr kleinen Privatpraxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.“



9 Pakistan

Parul Tank berichtet:

„EMDR Pakistan ist auch sehr aktiv bei der Durchführung weiterer Basis-Ausbildungen, lädt internationale Lehrkräfte ein und veranstaltet Online-Workshops. Unter der Leitung von Khadija Tahir haben sie zwischen 2023 und 2024 in Karachi, Lahore und Lahore-Pill Level-1-Ausbildungen durchgeführt. Kürzlich, im Juni 2024, lud EMDR Pakistan – in Zusammenarbeit mit EMDR Asia – Dr. Mark Nickerson ein, eine Spezialausbildung durchzuführen, die sowohl offline als auch online stattfand und über 100 Teilnehmer:innen hatte.“

10 Singapur

Linda Wan-koh, Vera Handojo, Chrystella Lo und ihr Exco-Team berichten:

„EMDR Singapur feiert eine Phase signifikanten Wachstums und professioneller Entwicklung, während es die Fähigkeiten seiner Therapeut:innen in den Jahren 2023 und 2024 weiter verbessert. Mit einem starken Engagement für die Weiterentwicklung therapeutischer Standards hat EMDR Singapur mehrere Schlüsselinitiativen gestartet, die das Engagement für herausragende Leistungen in der Traumatherapie unterstreichen. Ein bedeutender Höhepunkt dieser Zeit war die Teilnahme von 13 Mitgliedern an der 5. EMDR-Asia-Konferenz in Kambodscha. Dieses angesehene Treffen bot eine unschätzbare Plattform, um mit internationalen Expert:innen in Kontakt zu treten, Erkenntnisse auszutauschen und zum globalen Diskurs über Traumabehandlungsmethoden beizutragen.“

Neben internationalen Engagements engagiert sich EMDR Singapur weiterhin für die Bereitstellung erst-



klassiger Ausbildungsmöglichkeiten vor Ort. Im Mai 2023 führte Sigmund Burzynski, Trainer beim EMDR Institute, die EMDR-Grundausbildung sowie eine separate eintägige Schulung für unsere Supervisor:innen/Facilitators in Ausbildung hier in Singapur durch. Sein unermüdlicher Einsatz, EMDR Singapur im Wachstum zu unterstützen, wird zutiefst geschätzt. Im Oktober 2023 lud der Verband Roger Solomon, Senior Faculty des EMDR Institute, zu einer Meisterklasse ein, bei der die Teilnehmer:innen

fortgeschrittene Fähigkeiten erwerben, die für Klient:innen mit komplexeren Problemen unerlässlich sind. Die Klasse lieferte am Ende seiner Ausbildung begeistertes Feedback! Um sein Engagement für kontinuierliches Lernen weiter zu bekräftigen, führte EMDR Singapur im April 2024 eine eintägige Orientierungsschulung durch, um seine Mitglieder über die neuen Protokolle mit Parul Tank zu informieren. Aufgrund der Beliebtheit dieser Schulung musste ein zweiter Schultag angesetzt werden, um alle Teilnehmer:innen unterzubringen! Sie führte auch die Grundausbildung am ersten Wochenende durch, die vollständig ausgebucht war. Alle diese intensiven Ausbildungen, die für die Gemeinschaft organisiert wurden, spiegeln die Priorität von EMDR Singapur wider, lokale Therapeut:innen mit grundlegenden und fortgeschrittenen Techniken sowie Einblicken in die neuesten Entwicklungen der EMDR-Therapie auszurüsten und sie zu befähigen, ihren Klient:innen eine hervorragende Betreuung zu bieten.

EMDR Singapur wächst schnell, wie die steigende Zahl der Unterausschüsse zeigt, die hinter den Kulissen unermüdlich arbeiten. Es wurden Unterausschüsse eingerichtet, die sich mit folgenden Themen befassen: Mitgliedschaft, Community-Entwicklung, Zertifizierung, Ausbildungsbedarf und der Weg zum/zur Trainer:in.

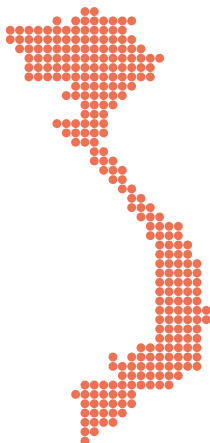
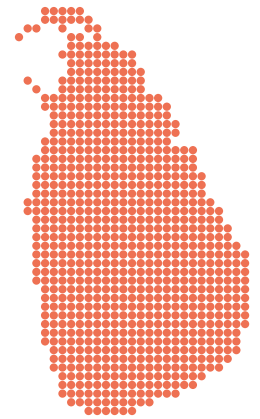
EMDR Singapur hat derzeit drei Supervisor:innen/Facilitators in Ausbildung, die den strengen Lern- und Bewertungsprozess durchlaufen. Schließlich wurde im November 2023 das äußerst beliebte Peer Learning wieder aufgenommen, das darauf abzielt, eine kollaborative Umgebung zu schaffen, in der Therapeut:innen Wissen austauschen, ihre Fähigkeiten verfeinern und ihre therapeutische Wirksamkeit durch gegenseitige Unterstützung und gemeinsame Erfahrungen verbessern können. Seitdem sind regelmäßige Peer Learnings für März 2024, Juni 2024, August 2024 und November 2024 geplant. Weitere Informationen zu EMDR Singapur und seinen Initiativen finden Sie unter <https://emdr.sg>.

11 Sri Lanka

Navneth Mendis berichtet:

„Die Sri Lanka EMDR Association (SEA) hat die EMDR-Grundausbildung jährlich durchgeführt. Unsere Zahlen sind allmählich gestiegen und liegen im Schnitt bei etwa 20 Teilnehmer:innen pro Ausbildung. Seit Covid haben wir drei Präsenz-Ausbildungen durchgeführt und derzeit Wochenende 1 der Grundausbildung für das Jahr 2024 abgeschlossen. Außerdem hat einer unserer lokalen practitioners auf der 5. EMDR-Asien-Konferenz zum ersten Mal einen Vortrag über kulturelle Faktoren gehalten, die die Wirksamkeit der EMDR-Therapie in Sri Lanka beeinflussen.“

Angesichts der enormen politischen Unruhen und wirtschaftlichen Schwierigkeiten, mit denen Sri Lanka in letzter Zeit konfrontiert war, ist es für viele Menschen schwierig, täglich über die Runden zu kommen. Die HAP der SEA konnte in Zusammenarbeit mit den lokalen Abteilungssekretariaten die Grundbedürfnisse einiger Gemeinden decken. Dies wurde erreicht, indem der Lebensunterhalt von sieben Familien unterstützt wurde, die Landwirtschaft oder Viehzucht als Einnahmequelle betrieben.“



12 Vietnam

Parul Tank:

„Dushyant Bhadlikar und Chintan Naik aus Indien haben die EMDR-Grundausbildung und Gruppensupervision durchgeführt. Carol Martin hat Vietnam persönlich besucht und die Gründung der offiziellen EMDR-Gesellschaft gefördert.“

AFRIKA

EMDR AFRIKA

Hellen Hornsveld und Alex Hooijschuur berichten:

„Im Jahr 2024 hat eine Koalition von Organisationen, darunter Stepping Stones International Botswana, die University of Ghana, EMDR Uganda, Trauma Aid NL und ein Team niederländischer EMDR-Trainer:innen und -Supervisor:innen, von EMDR Africa akkreditierte EMDR-Ausbildungen in Gaborone, Botswana, Gulu-Kampala und Mbarara (Uganda) sowie Accra (Ghana) organisiert.“

Reyhana Reedat schreibt:

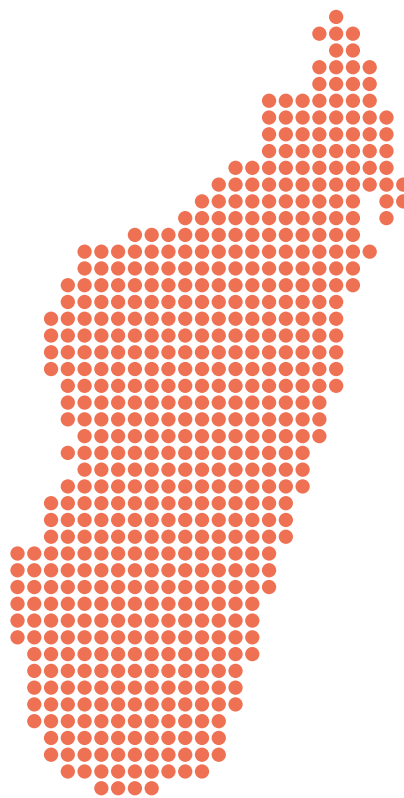
„Im März 2024 organisierte Trauma Aid France (aus Sicherheitsgründen) eine Ausbildung in Kigali für 26 kongolesische und drei ruandische Teilnehmer:innen. Trainerin war Eva Zimmermann mit zwei EMDR-Europe-Moderator:innen. Wir bieten jetzt Online-Supervisionen an, einschließlich der in Afrika empfohlenen Anpassungen. Im Osten der Demokratischen Republik Kongo gibt es viele Psycholog:innen, die an einer Ausbildung interessiert sind. Trauma Aid France erwägt, in naher Zukunft ein weiteres Level 1 zu organisieren. Es gibt zwei Kohorten ugandischer Kliniker:innen, die dieses Jahr von Sjeff Berendsen und Hellen Hornsveld ausgebildet wurden. Level 1 hatte 18 und Level 2 hatte 17 Teilnehmer:innen. Im Mai waren zwei EMDR Europe-Supervisor:innen in Uganda, um den Auszubildenden in Gulu und Kampala zwei Tage lang Supervision und Fallberatung zu geben. Im Oktober wird es eine weitere zweitägige persönliche Supervision geben, bei der nach erfolgreicher Teilnahme Abschlusszertifikate ausgestellt werden. Wir bereiten derzeit ein Level 1 im Oktober in Mbarara im Westen Ugandas für 24 Psycholog:innen in Flüchtlingslagern vor.“

Madagaskar

Hasina Bakohariliva erzählt:

„2023 vertrat ich die EMDR Madagascar Fachgesellschaft auf der EMDR Europe Conference in Bologna mit einem Poster über erste Erfahrungen mit EMDR-Therapie bei Minderjährigen, die Opfer sexueller Übergriffe in Mahajanga, Madagaskar sind. Das Fazit war, dass die EMDR-Therapie von der madagassischen Bevölkerung gut angenommen wird und daher sowohl die Prävention als auch die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen fördert. Im Juni 2024 wurde unsere jüngste Stu-

die über Resilienz und die Behandlung von Patient:innen in Madagaskar, „Aspekte der Praxis der EMDR-Therapie in Madagaskar“, abgeschlossen, aber wir haben die vorläufigen Ergebnisse bereits während des 9. Kongresses der Madagassischen Psychiatriegesellschaft in Madagaskar vorgestellt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Praxis der EMDR-Therapie in einem Entwicklungsland bei der frühen Traumaintervention hilfreich sein kann und die Resilienz fördert.“



EUROPA

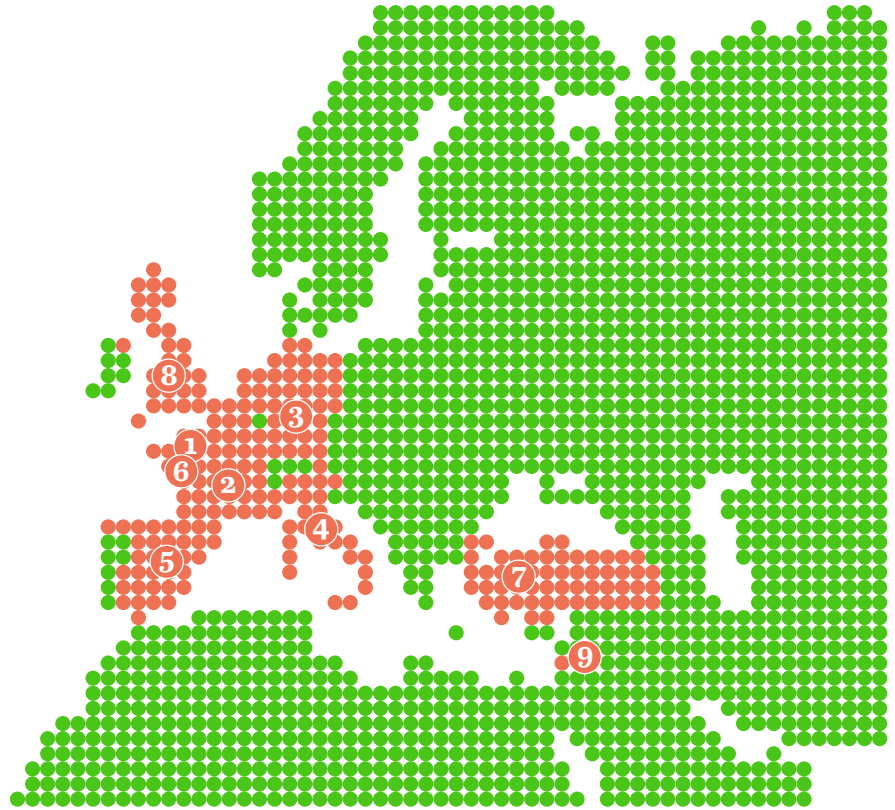
EMDR EUROPA

1 Belgien

Ludwig Cornil schreibt:

„Im September 2024 wird mein Ausbildungszentrum INTEGRATIVA die erste vierjährige Ausbildung in EMDR-Therapie in Belgien organisieren! Ich glaube, wir könnten die ersten in Europa sein, die Menschen insgesamt 76 volle Tage (ca. 500 Kontaktstunden) in EMDR-Therapie ausbilden, mit obligatorischer EMDR-Erfahrung als Klient:in. Wir werden mit dem flämischsprachigen Teil Belgiens beginnen. Die Gruppe wurde gebildet, sodass wir nach dem Sommer beginnen können. Insgesamt nehmen etwa 25 Lehrer:innen aus verschiedenen Ländern an der Ausbildung teil. Der Kern der Ausbildung ist das AIP-Modell und alle Lehrer:innen sind entweder EMDR-Trainer:in, EMDR-Supervisor:in oder EMDR-Therapeut:in mit einer Spezialisierung auf einen bestimmten Bereich. Im Moment wird die Ausbildung stark vom belgischen Verband unterstützt, der unsere Ansicht teilt, dass man nicht von EMDR-Therapie sprechen kann bei Unterricht in nur etwa sieben Tagen und

20 Stunden Supervision (30 in Belgien). Wir dachten, wir müssen Francines Wunsch ernst nehmen, EMDR zu einer therapeutischen Methode mit transdiagnostischer Sicht auf psychische Erkrankungen zu machen. Unsere Website auf Flämisch: www.emdr-opleiding.be.“



2 Frankreich

Juliane Tortes Saint Jammes erzählt:

„Ich arbeite derzeit an einer Methode, um mich auf die Stabilisierungsphase gemäß den ISTSS-Richtlinien für Patient:innen zu konzentrieren, die wiederholt Traumata erlebt haben, und daran, wie man die Patienten mithilfe von EMDR stabilisieren kann, bevor man sie mit ihren Kindheitstraumata konfrontiert. Ich arbeite mit Olivier Sorel zusammen, einem promovierten Psychologen und EMDR Europe-Supervisor. Seine Arbeit zielt darauf ab, klinisches Material zu erstellen, um EMDR-Therapeut:in-

nen Werkzeuge an die Hand zu geben, die Kliniker:innen helfen können, die Aufarbeitung vorzubereiten oder zu erleichtern, sie zu festigen oder ihre Wirkung zu unterstützen. Das Hauptziel bleibt die Verarbeitung, und die bereitgestellten Werkzeuge sind nur eine von vielen Möglichkeiten, darauf zuzugreifen oder sie zu verbessern. Die beiden wichtigsten entwickelten Werkzeuge wurden während der EMDR Europe-Kongresse in Valencia und anschließend in Bologna vorgestellt. Das erste Werkzeug ist die Verwendung von Superheldenkarten, um auf

Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen zuzugreifen. Dies geschieht während der Vorbereitungsphase und befasst sich meistens mit Problemen des Selbstwertgefühls. Wir identifizieren die Ziele, an denen gearbeitet werden soll, wie Schwächen oder dysfunktionale Verhaltensmuster, und mobilisieren dann ihre Ressourcen. Die Superheldenkarte des Kindes ist sowohl ein Werkzeug für die therapeutische Allianz und die Strukturierung der therapeutischen oder psychoedukativen Arbeit als auch für die Aktivierung der inneren Ressourcen des/der Patient:in. Es ist möglich, an dysfunktionalen Verhaltensmustern (positive Zukunftsvorlage) zu arbeiten, aber auch – und vor allem – an den erworbenen und zu entwickelnden Ressourcen. Das zweite Werkzeug dient der Unterstützung von Patient:innen mit komplexer posttraumatischer

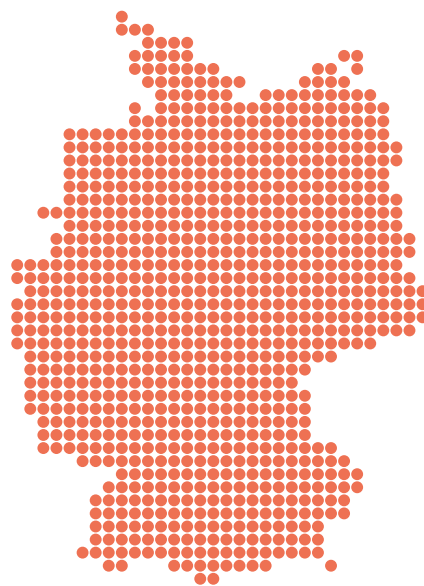
Belastungsstörung durch die Visualisierung einer Villa (tatsächlich heißt sie VILLA), um bei der Anamnese und der Erstellung eines exakten, einfacheren Behandlungsplans zu helfen. Ich arbeite auch mit Alix Lavandier zusammen, die komplexe PTBS behandelt. Für ihre Doktorarbeit sammelte sie Daten über die Verwendung von EMDR bei komplexer PTBS in Bezug auf therapeutische Allianz, psychologische Flexibilität und Zeitperspektiven und hofft, die Studie veröffentlichen zu können. Jede/r Patient:in erhielt 24 wöchentliche Sitzungen und die Ergebnisse waren ab der 6. Sitzung signifikant. Im Rahmen ihrer Arbeit als Forschungskordinatorin im Hospital Center of Cadillac unterstützt sie weiterhin die klinische Forschung, insbesondere zu integrativen Therapien wie EMDR.“

3 Deutschland

Arne Hofmann berichtet:

„Der Antrag von EMDRIA Deutschland e.V. an den Wissenschaftlichen Beirat (WBP) unserer Kassen zur Anerkennung von EMDR in der Kinder- und Jugendpsychotherapie ist eingereicht (im deutschen Recht gibt es einen eigenen Kinder- und Jugendlichentherapeut:innenberuf). Im Oktober 2024 wird der Wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie (WBP) mit unseren Vertreter:innen darüber beraten. Wir hoffen, dass dies auch dazu führt, dass EMDR in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen verankert wird.

Die EMDR-Ausbildung läuft gut, derzeit gibt es 23 von EMDR Europe anerkannte EMDR-Trainer:innen (darunter auch Kinder- und Jugendtrainer:innen). Ein besonderer Schwerpunkt der EMDR-Fachseminare und einiger qualifizierter klinischer Zentren liegt auf der Behandlung von Patient:innen mit schwerer Depression. Derzeit werden zwei Doktorarbeiten in Kooperation mit zwei deutschen Universitätszentren geschrieben. Ein weiteres Forschungszentrum, das ebenfalls zur EMDR-Therapie forscht, ist das Zentrum für Schmerztherapie der Universität Heidelberg. Dabei handelt es sich um ein Zentrum, das von Prof. Günter Seidler und Prof. Wolfgang Eich gegründet wurde und derzeit von Prof. Jonas Tesarz geleitet wird. In Kooperation mit EMDRIA Deutschland e.V. und dem EMDR Institut Deutschland wird derzeit eine weitere Doktorarbeit mit dem Schwerpunkt EMDR in der Schmerztherapie (mit besonderem Schwerpunkt auf der Suche nach Faktoren, die zwischen Respondern und Non-Respondern unterscheiden) erstellt.



Nachdem in den letzten Monaten in den Medien intensiv über die Validität der Diagnose Dissoziative Identitätsstörung (DIS) und die Validität von Erinnerungen an sexuellen Missbrauch in der Kindheit diskutiert wurde, haben 15 deutsche wissenschaftliche Fachgesellschaften aus dem Bereich der Psychotherapie mit über 70.000 Mitgliedern und unter aktiver Beteiligung von EMDRIA Deutschland e.V. eine Stellungnahme veröffentlicht, in der sie die Validität der Diagnose Dissoziative Identitätsstörung bestätigen und einen genaueren Blick und eine gründlichere Diskussion über Erinnerungen an sexuellen Missbrauch in der Kindheit einfordern.“

Maria Lehnung bemerkt:

„Ich leite das EMDR-Institut hier in Deutschland. Was ich sehe, ist, dass es viele Kolleg:innen gibt – auch viele junge –, die gerade ihre Karriere beginnen und sehr daran interessiert sind, EMDR zu lernen. Und das ist meiner Meinung nach ein sehr gutes Zeichen.“

Jonas Tesarz sagt:

„Dr. Sebastian Wieland, Grundlagenforscher und EMDR-Therapeut, führt derzeit mehrere grundlagenwissenschaftliche Projekte zu EMDR durch.“

- **Projekt 1:** Hirnkartierung der durch bilaterale Stimulation (BLS) induzierten Angstreduktion bei Mäusen: Eine Ganzhirnkartierungsstudie in einem EMDR-Mausmodell, die unmittelbare und verzögerte EMDR-Effekte im gesamten Mäusehirn untersucht. Diese Studie wird den ersten umfassenden Überblick darüber liefern, welche

Gehirnregionen an der EMDR-Technik beteiligt sind (= bei Tieren im Sinne der Angstdekonditionierung durch Augenbewegungen, die im dualen Fokus der Aufmerksamkeit angewendet werden).

- **Projekt 2:** Multimodales EMDR bei Mäusen: Ein neuartiges EMDR-ähnliches Mausmodell ermöglicht multimodale BLS-Stimulation in einer kopffixierten Konfiguration. Ziel des Projekts ist es, sowohl die Schaltkreisplastizität bei BLS-Stimulation zu untersuchen als auch unser Verständnis der Multimodalität von BLS-Reizen zu verbessern. Ziel dieses Projekts ist es, die neuronalen Schaltkreise zu identifizieren, die ursächlich an EMDR beteiligt sind, und zu untersuchen, wie die Wirkung von BLS verbessert werden kann (z. B. durch die Kombination von visuellem BLS mit auditivem oder taktilen BLS oder durch die Veränderung der BLS-Geschwindigkeit.“

4 Italien



Michela Monfredo berichtet über die Arbeit von EMDR Italien:

„Wir haben in Italien 94 Notfalleinsätze durchgeführt und mehr als 10.000 Menschen geholfen. Dazu gehören Reaktionen auf Folgendes: 24 Selbstmorde, darunter 15 von Minderjährigen; sowie eine Reihe von Todesfällen aus verschiedenen Gründen, die sich hauptsächlich im schulischen Umfeld ereigneten, wie etwa drei Mobbing-/Missbrauchsfälle, fünf Fälle von häuslicher Gewalt, 20 Unfälle und/oder Brände usw. Wir leisteten auch Unterstützung in Pisa, wo eine Psychiaterin im Krankenhaus von einem ehemaligen Patienten ermordet wurde und zwölf Personen unterstützt werden mussten, darunter ihre Kinder, Mitarbeiter:innen der Psychiatrieabteilung und des Teams. Die meisten Interventionen waren auf Situationen ausgerichtet, in denen Kinder durch Selbstmord, Unfall und/oder Krankheit gestorben waren. In diesen Fällen konzentrierten sich die Interventionen auf die Arbeit mit Klassenkamerad:innen, Lehrer:innen und Eltern; sie erhielten Richtlinien für den Umgang mit den Stressreaktionen ihrer Kinder, die diese Trauerfälle in einem sehr verletzlichen Alter erlebt hatten. Wie wir in den vergangenen Jahren gesehen haben, gab es Anfragen nach Interventionen, wenn Kinder der Trauer von Lehrer:innen oder Eltern ausgesetzt waren, nachdem diese den trau-

matischen Verlust von Kolleg:innen am Arbeitsplatz erlebt hatten. Es gab 10 Interventionen aufgrund von Wetter und Naturereignissen. Wir haben auch mit ukrainischen Flüchtlingen gearbeitet und Ausbildungen zu EMDR-Notfallprotokollen durchgeführt und bei der Supervision der klinischen Arbeit für Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen von EMDR in der Ukraine und in Palästina geholfen.

Die EMDR-Therapie wird in Krankenhäusern immer häufiger eingesetzt. Wir erforschen den Einsatz von EMDR zur Behandlung verschiedener Pathologien, die Patient:innen traumatisch beeinflussen. In meinem Arbeitsumfeld, im öffentlichen Gesundheitsdienst (Piacenza AUSL), wird EMDR in den meisten Bereichen eingesetzt: psychische Gesundheit und Suchterkrankungen, Hämatologie und Onkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinderschutz, Neuropsychiatrie, Neurorehabilitation, psychiatrische Dienste, Essstörungen, Präventions- und Schutzdienst (SPP) zur Ermittlung von Risikofaktoren, und bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherheit der Arbeitnehmer:innen im Gesundheitswesen, einschließlich der psychologischen Sicherheit. Waren es im Jahr 2017 nur vier bis fünf EMDR-geschulte Psycholog:innen im öffentlichen Gesundheitsdienst, so sind es heute, im Jahr 2024, bereits 27 EMDR-Therapeut:innen.

Alle EMDR-ausgebildeten Fachkräfte im Verband treffen sich für Updates und tauschen klinische Fälle aus, wie z. B. bei monatlichen Treffen mit Trainer:innen und leitenden Supervisor:innen, im Austausch von Methoden und Werkzeugen, auch darüber, wie man EMDR in komplexen Fällen einsetzt, was die Arbeit mit Dissoziation und Anteilen einschließen kann, und wie man in verschiedenen Kontexten arbeitet. Wir organisieren auch Kurse zur Durchführung von EMDR-Implementierungsprojekten in verschiedenen Bereichen, einschließlich der Forschung. EMDR Italien unterstützt die Forschung und hat Mittel für zehn innovative Projekte vergeben, z.B. zur Neurobiologie der Wirkung der EMDR-Therapie auf Entscheidungsprozesse bei Patient:innen mit PTBS; zur Wirkung von traumatischem Stress auf Betreuer:innen von Kindern mit neurologischen Entwicklungsstörungen; zur Verwendung von Jareros EMDR Integrative Group Therapy Protocol (IGTP) für anhaltenden traumatischen Stress bei Betreuer:innen von Kindern mit neurologischen Entwicklungsstörungen und eine Pilotstudie zur Wirksamkeit der EMDR-Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung in einer einfach verblindeten randomisiert-kontrollierten Studie in realen Behandlungssituationen.“

Marco Pagani schrieb:

„Meine Gruppe und ich haben kürzlich diese vier Artikel veröffentlicht:

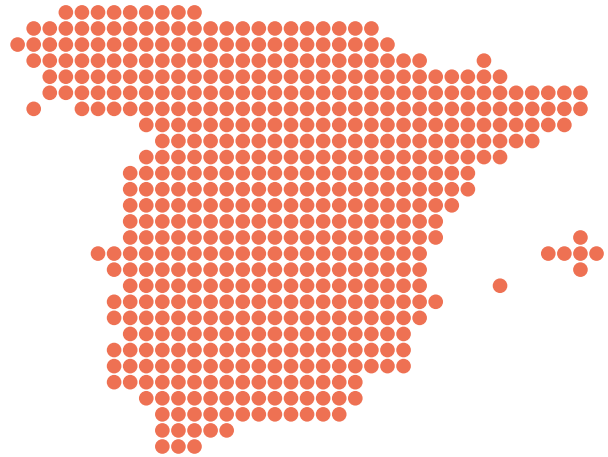
1. Malandrone F, Catrambone V, Carletto S, Rossini PG, Coletti Moja M, Oliva F, Pagani M, Valenza G, Ostacoli L. (2024, April). Wiederherstellung der Bottom-up-Kommunikation im Gehirn-Herz-Zusammenspiel nach traumafokussierter Psychotherapie bei Brustkrebspatientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung. *J Affect Disord.* 15; 351:143-150. doi: 10.1016/j.jad.2024.01.172. Epub 2024 Jan 27. PMID: 38281599.
2. Belvedere C, Fabbrini P, Alberghini E, Ghedini SA, Fernandez I, Maslovaric G, Pagani M, Gallina E. (2023, Mai). Intervention mit EMDR an einer Stichprobe von Mitarbeitern des Gesundheitswesens in der Nephrologie und Dialyse während des COVID-19-Notfalls: vom sofortigen Behandlungseffekt bis zur langfristigen Aufrechterhaltung. *Front Psychol.* 9;14:1120203. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1120203. PMID: 37228335; PMCID: PMC10203158.
3. Grifoni, J.; Pagani, M., Persichilli, G., Bertoli, M., Bevacqua, MG, L'Abbate, T., Flamini, I., Brancucci, A., Cerniglia, L., Paulon, L., et al. (2023) Auditive Personalisierung der EMDR-Behandlung zur Linderung von Traumaefekten: Eine Machbarkeitsstudie [EMDR+]. *Brain Sci.*, 13, 1050. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071050>
4. Mattera A, Cavallo A, Granato G, Baldassarre G und Pagani M (2022) Ein biologisch inspiriertes neuronales Netzwerkmodell, um Einblicke in die Mechanismen der posttraumatischen Belastungsstörung und der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy zu gewinnen. *Front. Psychol.* 13:944838. doi: 10.3389/fpsyg.2022.944838

5 Spanien

Maria Cervera berichtet:

„Kürzlich hielt ich einen Vortrag bei einem Verein namens Fundación ACOMPAÑA, der Mitglieder in ganz Mexiko hat. Diese Gruppe unterstützt die Betreuer:innen von Trauernden nach kritischen Vorfällen. Mein Vortrag drehte sich um Defusing und EMDR und ich sprach darüber, wie diese Interventionen mir und meinem Netzwerk aus ausgebildetem Notfallpersonal und Freiwilligen geholfen haben, in schwierigen Zeiten für sich selbst zu sorgen. Hier finden Sie Informationen zu ACOMPAÑA.Org“

Natalia Seijo schreibt: „Ich habe eine Reihe meiner Workshops auf der ganzen Welt abgehalten. Ich sprach zum Thema „Essstörungen mit EMDR-Therapie behandeln“ an den folgenden Orten: im Vicenza-Krankenhaus in Italien, bei der belgischen EMDR-Gesellschaft, bei der polnischen EMDR-Gesellschaft, im spanischen EMDR-Institut, im IFEMDR Paris und bei der EMDR-Gesellschaft Portugal. Außerdem habe ich auf einem Mastersymposium (Neue Entwicklungen in der Behandlung dissoziativer Störungen: Erkenntnisse führender Experten) zum Thema „Dissoziation als Schlüssel zur Behandlung schwerer Essstörungen“ für EMDR-Fortbildungen und Fernunter-



richt einen Vortrag gehalten. In Costa Rica und EMDR Kanada habe ich zu „Konzeptualisierung komplexer dissoziativer Fälle“ und auf der IFEMDR-Konferenz in Paris zu „Histrionische Persönlichkeitsstörung und Dissoziation“ sowie „Somatoforme und somatische Dissoziation“ gesprochen. Auf der diesjährigen EMDR-Asienkonferenz in Kambodscha habe ich „Der somatische Fußabdruck von Trauma“ vorgestellt. Außerdem schreibe ich ein Buch über psychosomatische und Autoimmunerkrankungen.

6 Niederlande



Ad de Jongh schreibt:

„In den Niederlanden laufen derzeit eine Reihe großer und potenziell wirkungsstarker randomisierter kontrollierter Studien (RCTs), die die Anerkennung und Verbreitung der EMDR-Therapie erheblich fördern könnten. Ich freue mich, unseren Leser:innen zwei dieser Studien vorzustellen: Die erste ist die REPROCESS-Studie, eine große RCT im Anschluss an die T-TIP-Studie, in der die Wirksamkeit der EMDR-Therapie bei Personen mit Schizophrenie oder Psychose untersucht wurde, die zusätzlich an einer komorbiden PTBS litten. Die T-TIP-Studie stellte bereits in nur acht Therapiesitzungen erhebliche Wirkungen im Vergleich zur üblichen Behandlung fest. Ein 2015 in der renommierten JAMA Psychiatry veröffentlichter Artikel führte zu Überarbeitungen der internationalen Leitlinien zur Behandlung von Psychosen. Mittlerweile wird weltweit empfohlen, bei Personen mit Psychose und PTBS zuerst die PTBS zu behandeln. Interessanterweise wurde die Behandlung als sicher erachtet, obwohl die Teilnehmer:innen keinerlei Training zur Emotionsregulation oder andere Formen der Stabilisierung erhielten (und obwohl bei EMDR kein „sicherer Ort“ eingerichtet wurde).

In der EMDR-Gruppe kam es zu einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis (Selbstmordversuch), in der Gruppe mit üblicher Behandlung waren es jedoch vier. Dies deutet darauf hin, dass für diese Patient:innengruppe eine traumafokussierte Behandlung vorzuziehen ist. Ein weiteres wichtiges Ergebnis war, dass sich der Schweregrad der Psychose halbierte und alle Ergebnisse nach einem Jahr stabil blieben. Diese positiven Ergebnisse waren Anlass für die Einleitung der REPROCESS-Studie, die die Wirksamkeit von 16 Sitzungen EMDR-Therapie mit den führenden anderen Therapien auf diesem Gebiet vergleicht: verlängerte Exposition und kognitive Umstrukturierung. Diese vierarmige Studie umfasst auch eine Vergleichsbedingung mit üblicher Behandlung. Alle Patient:innen wurden nun eingeschlossen, und die Ergebnisse werden derzeit analysiert.

- Burger, SR, van der Linden, T., Hardy, A., de Bont, PAJ, van der Vleugel, B., Staring, ABP, de Roos, C., van Zelst, C., Gottlieb, JD, Mueser, K., van Minnen, A., De Jongh, A., Marcelis, M., van der Gaag, M., van den Berg, D. (2022). Traumafokussierte Therapien für posttraumatischen Stress bei Psychosen: Studienprotokoll für die randomisierte kontrollierte Studie RE.PROCESS.Prozesse, 23:851.
<https://doi.org/10.1186/s13063-022-06808-6>

Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie, die ebenfalls im Juni dieses Jahres ihre Patient:inneneinbeziehung abschloss, ist die TEMPO-Studie. Diese Studie untersucht die Wirksamkeit der EMDR-Therapie bei Persönlichkeitsstörungen. In dieser Studie erhielten 150 Personen über fünf Wochen hinweg zehn Sitzungen EMDR-Therapie. Vor einigen Jahren wurde eine erfolgreiche Studie an Personen mit verschiedenen Arten von Persönlichkeitsstörungen ohne PTBS durchgeführt. Teilnehmer:innen unter EMDR-Therapie unterzogen sich fünf wöchentlichen Sitzungen und die positiven Ergebnisse wurden mit der üblichen Behandlung verglichen. In der aktuellen TEMPO-Studie, die nun im vierten Jahr ist, erhielten die Teilnehmer:innen die doppelte Anzahl an Sitzungen. Interessanterweise untersucht diese Studie, ob eine Persönlichkeitsstörung ein Jahr nach Abschluss der Behandlung noch diagnostiziert werden kann. Dieser Aspekt ist in der Forschung zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen einzigartig. Da die Datenerfassung für diese Studie nun abgeschlossen ist, warten wir gespannt auf die Ergebnisse, von denen wir erwarten, dass sie spektakulär sein werden.

- Hofman, S., Hafkemeijer, L. De Jongh, A., Starrenburg, A. & Slotema, K. (2022). Traumafokussiertes EMDR bei Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten Patienten (TEMPO): Studienprotokoll für eine randomisierte kontrollierte Studie.23:196.
<https://doi.org/10.1186/s13063-022-06082-6>

Suzy Matthijssen merkt an:

„Dies sind die vier kürzlich veröffentlichten Artikel (einer über eine Intensivbehandlung, einer über eine vollständig ferngesteuerte Intensivbehandlung und ein RCT), die ich mit Ausnahme des letzten Artikels als Hauptautorin veröffentlicht habe:

- Die Auswirkungen einer intensiven ambulanten Behandlung von PTBS (tandfonline.com)
- Frontiers | Fallbericht: Intensive Online-Traumabehandlung mit einer Kombination aus Langzeitexposition und EMDR 2.0 bei einem Patienten mit schwerer und chronischer PTBS (frontiersin.org)
- Frontiers | Visuelle Schemaverlagerungstherapie versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Therapie versus Warteliste bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen: Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie (frontiersin.org)
- Frontiers | Die Wirksamkeit, Effizienz und Akzeptanz von EMDR vs. EMDR 2.0 vs. der Flash-Technik bei der Behandlung von Patienten mit PTBS: Studienprotokoll für die randomisierte kontrollierte ENHANCE-Studie (frontiersin.org). Dies ist das Protokollpapier zum EMDR 2.0 vs. EMDR vs. FLASH-Versuch.

Ich führe derzeit eine große RCT durch, in der EMDR (Shapiro-Protokoll) mit EMDR 2.0 und FLASH verglichen wird.

Ytje van Pelt berichtet:

„Wir freuen uns, Ihnen ein Update zu unserem neuesten Forschungsprojekt zu geben, an dem fünf Institutionen und drei Universitäten beteiligt sind, darunter Amsterdam UMC, die Universität Groningen und die Erasmus-Universität. Diese Studie mit dem Namen FLIP-IT-Studie (First-line intervention for Posttraumatic Stress Disorder: Intensive Treatment) ist eine bahnbrechende Initiative zur Erforschung neuer Behandlungsmethoden für PTBS. Die Kernidee unserer Forschung besteht darin, herauszufinden, ob eine intensive Form der traumafokussierten Therapie (I-TFT) genauso wirksam, aber effizienter und

kostengünstiger sein kann als die herkömmlichen wöchentlichen Sitzungen der traumafokussierten Therapie (S-TFT), die derzeit als Drittlinienbehandlung empfohlen werden. Unser Team ist davon überzeugt, dass das Angebot von I-TFT als Erstlinienbehandlung die Genesungszeiten erheblich verbessern und die Kosten senken könnte. Um dies zu testen, führen wir eine randomisierte kontrollierte Studie durch, bei der die Teilnehmer:innen in zwei Gruppen aufgeteilt werden. Eine Gruppe erhält die Intensivtherapie, die eine Reihe von Behandlungssitzungen umfasst, die sich über einen kurzen Zeitraum konzentrieren. Die andere Gruppe folgt dem standardmäßigen wöchentlichen Behandlungsplan. Beide Ansätze zielen darauf ab, Personen zu helfen, die aufgrund mehrerer

traumatischer Ereignisse an PTBS leiden. Wir konzentrieren uns insbesondere auf Erwachsene, bei denen PTBS diagnostiziert wurde, die keine umfassende Vorbehandlung erhalten haben und entweder arbeiten oder krankgeschrieben sind. Durch den Vergleich der Ergebnisse dieser beiden Gruppen hoffen wir, nachweisen zu können, dass die intensive Therapie nicht nur wirksam, sondern auf lange Sicht auch wirtschaftlicher ist. Wir messen den Erfolg anhand mehrerer Parameter, darunter der Schwere der PTBS-Symptome und der allgemeinen Verbesserung der Lebensqualität. Wir betrachten auch die umfassenderen gesellschaftlichen Kosten und Vorteile. Bleiben Sie dran für weitere Updates, während wir diese wichtige Forschung fortsetzen!“

7 Türkei



Emre Konuk sagt:

„EMDR Türkei hat 3000 Mitglieder. Wir haben türkische Therapeut:innen in verschiedenen Teilen der Welt ausgebildet. Im ersten Teil eines neuen Projekts haben wir auch mit Therapeut:innen in anderen Ländern zusammengearbeitet. Wir werden mit Therapeut:innen zusammenarbeiten und ihnen Kurzzeittherapien wie EMDR, kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie und lösungsorientierte Therapie beibringen, welche leicht zu lehren und zu lernen sind und kurzfristig Ergebnisse erzielen. Außerdem werden sie von den Krankenkassen finanziert. Dies ist der therapeutische Teil. Wir bieten Ausbildungen in unserem Institut an und haben 5-6 Trainer:innen, die überall arbeiten können.

In der Türkei gibt es 1.000 Kommunen; Istanbul selbst hat 39 Kommunen oder Städte. Es ist so, dass die Kommunen politischen Parteien gehören, also in engem Kontakt mit den Menschen stehen und die Dienstleister der politischen Parteien sind. Sie führen die Ausbildung

durch, damit die Kommunen finanziert werden können. Jede Kommune hat Privatschulen. Schulen können also ein Schwerpunkt sein. Unsere Ziele sind Hilfe beim Umgang mit ihren Problemen und bei Beziehungen sowie Zusammenarbeit mit der Verwaltung; wir arbeiten auch mit Familien. Wir können in Schulen psychologische Unterstützung anbieten. Wir beginnen bei den Lehrer:innen und bringen ihnen bei, anderen die Inhalte weiterzuvermitteln, und ermutigen sie dann, mit den Kommunen, Schulen, Familien und anderen Lehrer:innen zusammenzuarbeiten. Dieser Mental-Health-Dienst unterliegt nicht der Zuständigkeit von Versicherungsgesellschaften, aber wir arbeiten mit ihnen zusammen.

Wir haben uns auch der Geschäftswelt zugewandt. Wenn es ein Unternehmen mit 100.000 Mitarbeiter:innen gibt, bedeutet das, dass es mindestens 25.000 Familien und vielleicht 20.000 Kinder gibt, mit denen wir bei der Förderung ihrer psychischen Gesundheit zusammenarbeiten

können. Statistisch gesehen verfügen zehn Prozent über hervorragende Fähigkeiten und Intelligenz, und wenn wir sie ausfindig machen, können wir uns auf diese Menschen konzentrieren, um sie zu Führungskräften zu machen. Schauen Sie sich die Geschichte der letzten tausend Jahre an; die Menschen, die am meisten beitragen, sind Künstler:innen und Menschen mit hohen Fähigkeiten. Die USA und Europa wissen, wie man sie auswählt. Andere Länder tun dies nicht und ziehen sich zurück, wodurch wertvolles Potenzial verschwendet wird. Wir ändern das.“

Asena Yurtsever erklärt:

„Meine Auszubildende, Zeynep Ozmeydan, und ich arbeiten seit fünf Jahren an einem Protokoll für Zwangsstörungen. Zeynep ist eine Expertin für Zwangsstörungen und ich habe ihr geholfen, dieses Wissen zu nutzen, um ein EMDR-Protokoll für Zwangsstörungen zu erstellen. Zunächst haben wir den Zusammenhang zwischen Traumata und Zwangsstörungen Symptom für Symptom aufgezeigt und so dazu beigetragen, die veraltete Vorstellung zu zerstreuen, dass Zwangsstörungen nichts mit Traumata zu tun haben. Zweitens haben wir eine Studie mit N=80 durchgeführt, um die Wirksamkeit unseres Protokolls zu untersuchen. Wir hatten hervorragende Ergebnisse und sind dabei, das niederzuschreiben.“

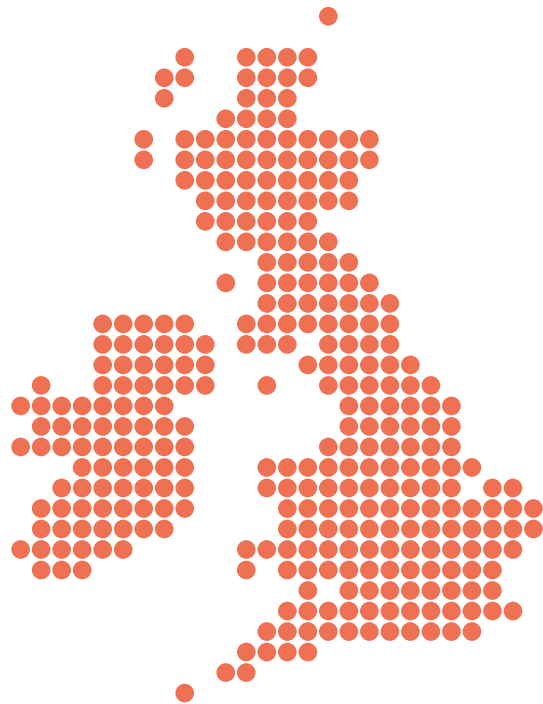
8 Vereinigtes Königreich

Susan Darker Smith berichtet:

„Ich habe bei der Hybrid-Ausbildung für EMDR All Ireland assistiert und den Kinder und Jugendlichen-Teil dieser Ausbildung für Irland durchgeführt, die im Juli 2024 mit einem dreitägigen Kinder-spezifischen EMDR-Training endet. Im Juli hatte ich die Ehre, zwei Tage lang für die EMDR National Association of Japan einen Vortrag über die Integration von EMDR mit Neurodiversität (einschließlich ADHS und Autismus) zu halten. Ich freue mich sehr, meine Erfahrungen und mein Fachwissen mit Japan teilen zu können. Ich werde dies im November für EMDR Brazil und die entzückende Ana Lúcia Castello wiederholen. Im August freute ich mich, dass ich auf der Trauma Recovery/HAP-Konferenz in Philadelphia einen Vortrag über die Bereitstellung von EMDR für Überlebende von Grooming und sexueller Ausbeutung halten durfte. Es ist ein so wichtiges Thema, da die Statistiken einen Anstieg der sexuellen Ausbeutung und des Menschenhandels auf der ganzen Welt anzeigen. Ich wiederhole diesen Vortrag für die IVAT-Konferenz ein paar Tage später in San Diego.

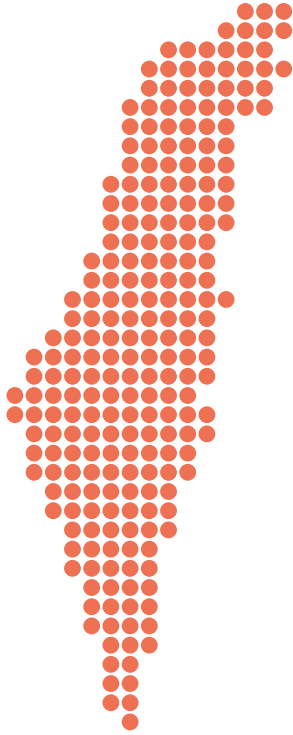
Zurück in Großbritannien halte ich im September und November zwei kostenlose Ausbildungen für das Trauma Response Network UK zu EMDR & Ringfencing und EMDR-Formulierung für komplexe Fälle. Diese Ausbildungen sind für TRN UK-Mitglieder völlig kostenlos – die ihrerseits ihre Zeit zur Verfügung stellen, um EMDR an alle in Großbritannien lebenden Personen weiterzugeben, die ein Massentrauma erlebt haben. Es ist mir eine Ehre, Teil ihres Teams zu sein. Ich bin im Gespräch mit EMDR Advanced Trainings, um für sie einen ganzen Tag online anzubieten zu Narrativen/Geschichtenerzählen

über alle Altersgruppen hinweg – ein Bereich von EMDR, den ich unglaublich spannend finde! Dies ist vorläufig für November oder Dezember 2024 vorgesehen. Ich glaube wirklich, dass alles, was wir in dieser Welt tun, einen Unterschied macht. Und deshalb bin ich sehr stolz darauf, eine europaweit akkreditierte EMDR-Trainerin für Kinder und Jugendliche zu sein. Denn wenn wir als eine EMDR-Community zusammenstehen, machen wir nicht nur einen Unterschied: Wir helfen, Wunder zu bewirken. Und es ist mir eine Ehre, ein Teil davon zu sein.“



8 Israel

Regina Morrow Robinson und Elan Shapiro berichten für das Traumatic Episode Protocol International Network (TEP-IN):



„Wir veranstalten dieses Forum, um unserem Netzwerk einen Ort zu bieten, an dem es Fortschritte und Forschung im Zusammenhang mit den EMDR TEP-Protokollen diskutieren kann. Therapeut:innen, Forscher:innen, Trainer:innen und andere Interessierte kommen zusammen, um die neuesten Forschungsergebnisse und Erkenntnisse aus diesem Bereich auszutauschen. Es ist eine Art unterstützender und ermutigender Thinktank. Wir denken über die Herausforderungen unserer Arbeit nach und überlegen, wie wir sie überwinden können. Kurz nachdem COVID uns Zoom-Meetings schenkte,

begannen unsere Trainer:innen, Forscher:innen aus aller Welt und wir, uns monatlich zu treffen. Während wir uns jetzt vierteljährlich treffen, wurden diese Treffen erweitert, um EMDR-Therapeut:innen einzubeziehen, die in TEP-Protokollen geschult sind, sowie Forscher:innen und Interessierte aus aller Welt. Die Themen variieren je nach den Ereignissen in der Welt und der aktiven Forschung, auf die wir reagieren; Krieg, Krankheit, Kinder, Erdbeben, Brände, Reaktion mit geringer Intensität, Flüchtlinge, Ersthelfer:innen, schnelle Reaktion, Mitgefühlsermüdung, Wartelistenanwendung von G-TEP, sexuelle Übergriffe, Psychose, Standards für die Ausbildung usw.

Im Jahr 2008 veröffentlichten Elan Shapiro und Brurit Laub erstmals das Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). Gemeinsam arbeiteten sie unermüdlich daran, R-TEP zu einem einfachen, aber flexiblen Protokoll mit hohen Standards in Bezug auf Ausbildung und Supervision weiterzuentwickeln. Im Laufe der Zeit wurde dieses Protokoll zur Inspiration für weitere Protokolle, darunter das von Elan Shapiro entwickelte Group Traumatic Episode Protocol (G-TEP). Heute gibt es eine vollständige TEP-Protokollsuite:

- Group Resource Enhancement Protocol (G-REP) von Elan Shapiro und Maria Masciandaro;
- Protokoll für traumatische Episoden in Kindergruppen (C-GTEP) von Ana Gomez;
- Group Parent Empowerment Protocol (G-PEP) von Ana Gomez;
- Flash-TEP von Elan Shapiro und Dr. Phil Manfield;
- Das Self-Care Traumatic Episode Protocol (STEP) von Dr. Judy Moench;
- Allen geht es gut von Dr. Elke van Hoof;
- Erweitertes Protokoll für traumatische Episoden (E-TEP) von Brurit Laub;

und mehr werden in Erwägung gezogen. Die TEP-Protokolle wurden für die Anwendung bei frühen Interventionen entwickelt. Heute wissen wir, dass diese Protokolle eine viel breitere Anwendung bei Ereignissen haben, die älter als 90 Tage sind. Es werden Programme entwickelt, die TEP-Protokolle und andere therapeutische Komponenten kombinieren.

Anlässlich der Feierlichkeiten zum 25-jährigen Jubiläum von EMDR Europe in Dublin, Irland, wurde Elan Shapiro mit dem Humanitarian Award von EMDR Trauma Aid geehrt. Er wurde für seine Bemühungen zur Förderung frühzeitiger Interventionen, seine großzügige Bereitstellung seiner kreativen Talente, seinen unermüdlichen Wunsch, EMDR zu fördern, sowie für seine Zeit und Ermutigung an Therapeut:innen und Forscher:innen aus aller Welt geehrt. Er hat weltweit einen bedeutenden Einfluss ausgeübt.

Wir freuen uns, wenn Therapeut:innen, Forscher:innen, Trainer:innen, Facilitators, Ausbildungsabsolvent:innen und andere uns bei unseren Bemühungen unterstützen, die innovative Anwendung von EMDR und abgeleiteten Techniken zu fördern, die mit TEP (Traumatic Episode Protocol) verwandt sind. Wenn Sie sich uns anschließen und/oder Kolleg:innen mit uns vernetzen möchten, die ebenfalls an den TEP-Protokollen interessiert sind, senden Sie bitte eine E-Mail an Reg (rdmorrow17@gmail.com), um direkt zur Mailingliste hinzugefügt zu werden.“

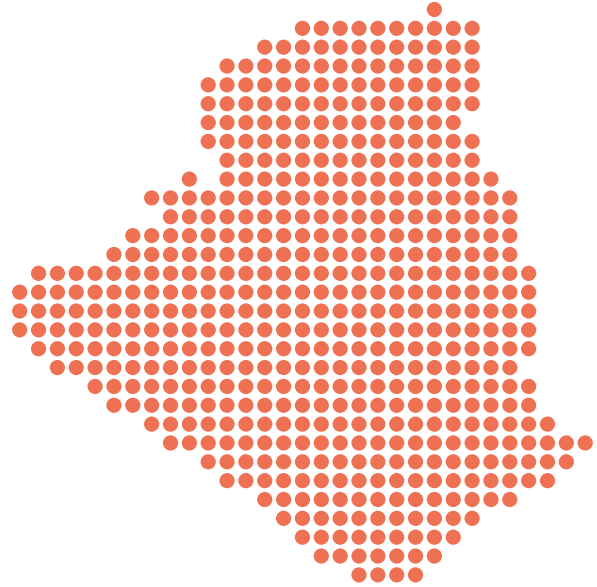
EMDR NAHER OSTEN, NORDAFRIKA/ ARABISCHE LÄNDER

Algerien

EMDR AFRIKA

Mohamed Chakali berichtet:

„In Algerien ist EMDR seit 2003 präsent und mehrere Dutzend Therapeut:innen wurden in der Arbeitssprache Französisch ausgebildet. Der Verein EMDR Algeria wurde 2018 gegründet.“

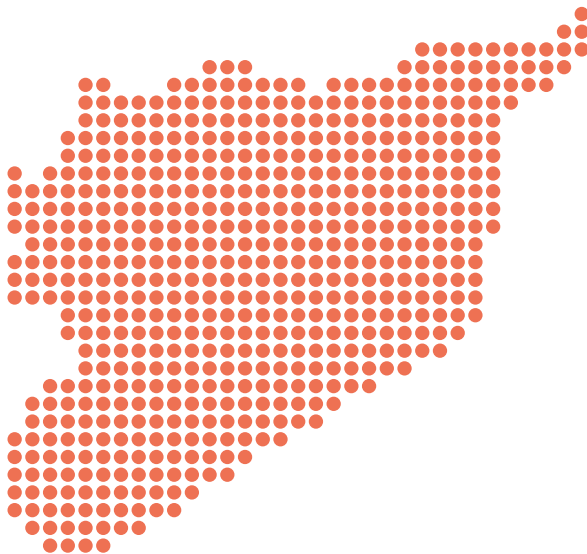


Syrien

Walid Abdul-Hamid weist darauf hin, dass das von ihm während seiner Tätigkeit als Treuhänder von Trauma AID UK (TAUK) und mit Finanzierung durch TAUK konzipierte und zur Beurteilung der Wirksamkeit der Online-EMDR-Therapie bei weiblichen syrischen Flüchtlingen konzipierte Projekt nun veröffentlicht wurde:

Hamid, A., de C. Williams, AC, Albakri, M., Scior, K., Morgan, S., Kayal, H., Wilcockson, M., Alkaja, RD, Alsayed, S., Logie, R., Farrand, S., & Abdul-Hamid, W. (2024). Psychische Gesundheit und Konflikte: Ein Pilotprojekt für eine Online-Intervention zur Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegungen (EMDR) für zwangsvertriebene syrische Frauen. *Frontiers in Public Health*, 12:1295033. Offener Zugang:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1295033>

Derzeit ist er Leiter der Forschungsabteilung bei MENA/AC und wird weiterhin an diesem Projekt arbeiten.



NEUSEELAND

EMDR NEUSEELAND

Patrice Bourke bemerkt:

„Weitere aufregende Neuigkeiten sind, dass EMDR NZ auch Allistair Bush als unseren ersten neuseeländischen Kindertrainer akkreditiert hat, und wir danken Carlijn de Roos und Renee Beer für ihre Unterstützung von Allister.“

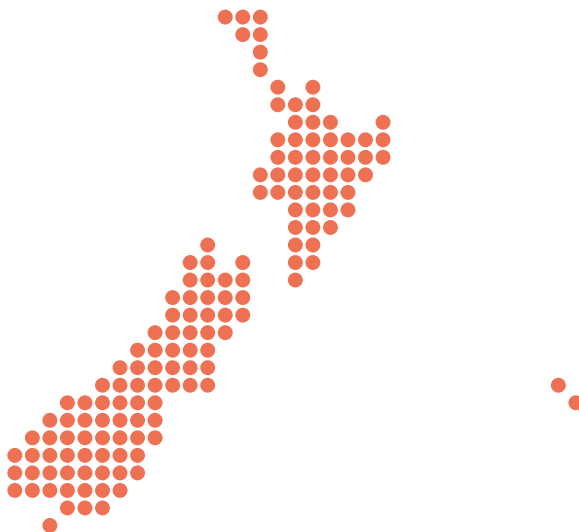
Tal Moore schreibt:

„Tom Flewett und ich wurden eingeladen, gemeinsam als Gastredakteure die erste Ausgabe 2024 des NZ College of Clinical Psychologists Journal zu bearbeiten – eine Sonderausgabe, die der EMDR-Therapie gewidmet ist. Wir hatten so viele tolle Beiträge.

- Band 34, Ausgabe 1, 2024 | Veröffentlicht im Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists (scholasticahq.com)

Zweitens lud die internationale TEP-Gruppe Neuseeland ein, unsere lokale Arbeit beim Treffen im Mai 2024 vorzustellen. Dies war die E-Mail mit der Zusammenfassung des Treffens von Reg Morrow: 'Neuseeland bot ein beeindruckendes und inspirierendes Programm. Wir möchten Astrid Katzur für die Organisation dieses Programms mit viel Talent und Enthusiasmus danken. Dr. Tom Flewett von der Otago University stellte sein Postgraduierten-Zertifikatsprogramm vor, das EMDR, R-TEP und G-TEP für Erwachsene und Kinder umfasst. Ceit Robinson und Emma Sanderson präsentierten ihr Programm Sexual Violence Survivors (SVS) Group Protocol. Ananda Slee-

men und Nishta Saini präsentierten eine andere Gruppe für Überlebende sexueller Übergriffe. Dr. Chris Neuenfeldt berichtete über die Fortschritte von Trauma Aid NZ und die jüngste Spitzenarbeit in einer unterfinanzierten Schule unter Einsatz von Ana Gomez' Butterfly Hug auf Grundlage von G-TEP. Annabel Ramsey und Octavia Wilson präsentierten Restore EMDR Group Therapy unter Verwendung von G-TEP. Eleanor Baggot präsentierte einen innovativen R-TEP-Ansatz für die Arbeit mit jungen Erwachsenen, die gerade ihren ersten psychotischen Anfall hatten. Die zwei Stunden vergingen wie im Flug. Die Moderatoren waren bei der Vorbereitung der Programme sehr sorgfältig.“



EMDR SÜD- UND MITTELAMERIKA

EMDR Lateinamerika- und Karibik-Allianz (ALAC)

Nicolás Rodríguez del Real berichtet:

„Im ersten Semester 2024 hat ALAC eine Reihe von Aus- und Fortbildungen entwickelt. Wir haben ein kostenloses Online-Seminar zum Thema „Frühes Trauma und EMDR“ organisiert. In diesem Seminar wurden zwei Themen vorgestellt: „Behandlung von frühem Trauma mit EMDR“ und „EMDR-Therapie und prä-/perinatales Trauma“. Mehr als 75 Personen haben an dieser Aktivität teilgenommen. Die nationalen Organisationen haben sehr interessante Workshops angeboten. Um nur einige zu nennen: EMDR Ibero-America Argentina bot Workshops mit internatio-

nalen Redner:innen wie Anabel Gonzalez (Spanien) und Frances Water (USA) und nationalen Redner:innen wie Susana Balsamo und Adrian Cillo an. EMDR Chile bot Workshops mit internationalen Redner:innen wie Arun Mansukani (Spanien) und nationalen Redner:innen wie Paz Gómez, Claudia Romero und Constanza Fernández an. EMDR Mexiko hatte internationale Redner:innen wie Paula Moreno (Argentinien) und nationale Redner:innen wie Amalia Osorio, Susana Uribe, Lucina Artigas und Ignacio Jarero. Schließlich hat EMDR Uruguay zwei Fortbildungsworkshops mit den nationalen Rednerinnen

Magdalena García Trovero und Melisa Carballo Senando organisiert. Unter Berücksichtigung aller nationalen Organisationen wurden mehr als zehn EMDR-Grundausbildungen durchgeführt.

ALAC war auf verschiedenen nationalen und internationalen Konferenzen und Kongressen in unserer Region vertreten. Unter anderem hielt EMDR Uruguay eine Posterpräsentation auf dem 26. Weltkongress der IACAPAP 2024, der in Rio de Janeiro, Brasilien, stattfand, und einen Vortrag auf dem XI. Uruguay Psychiatriekongress. Außerdem hielt EMDR Ibero-America Argentinien zwei Vorträge auf dem argentinischen Psychiatriekongress und nahm

auch an einem Universitätsseminar teil. ALAC setzt sich weiterhin für die Verbreitung des EMDR-Therapiemodells ein. Im Oktober 2024 wird EMDR Chile drei Vorträge auf der VIII. Internationalen Konferenz über psychische Traumata der chilenischen Vereinigung für traumatischen Stress halten. Schließlich wird ALAC zwischen dem 14. und 16. November 2024 seinen ersten Kongress für Psychodrama und EMDR-Therapie abhalten, der in Mexiko-Stadt stattfinden und sowohl in Präsenz als auch online zugänglich sein wird. Weitere Informationen unter <https://www.congresoemdr.org/>.

1 Brasilien

Andre Monteiro:

„Am 21. September 2024 plant EMDR Brasilien einen Workshop zur Fallkonzeptualisierung mit der EMDR-Trainerin Susana Bálsamo und dem EMDR-Trainer Adrian Cillo, dem derzeitigen Vorsitzenden von EMDR Argentinien. Dies ist Teil eines größeren Projekts zur Stärkung des Austauschs zwischen den nationalen ALAC-Verbänden.“

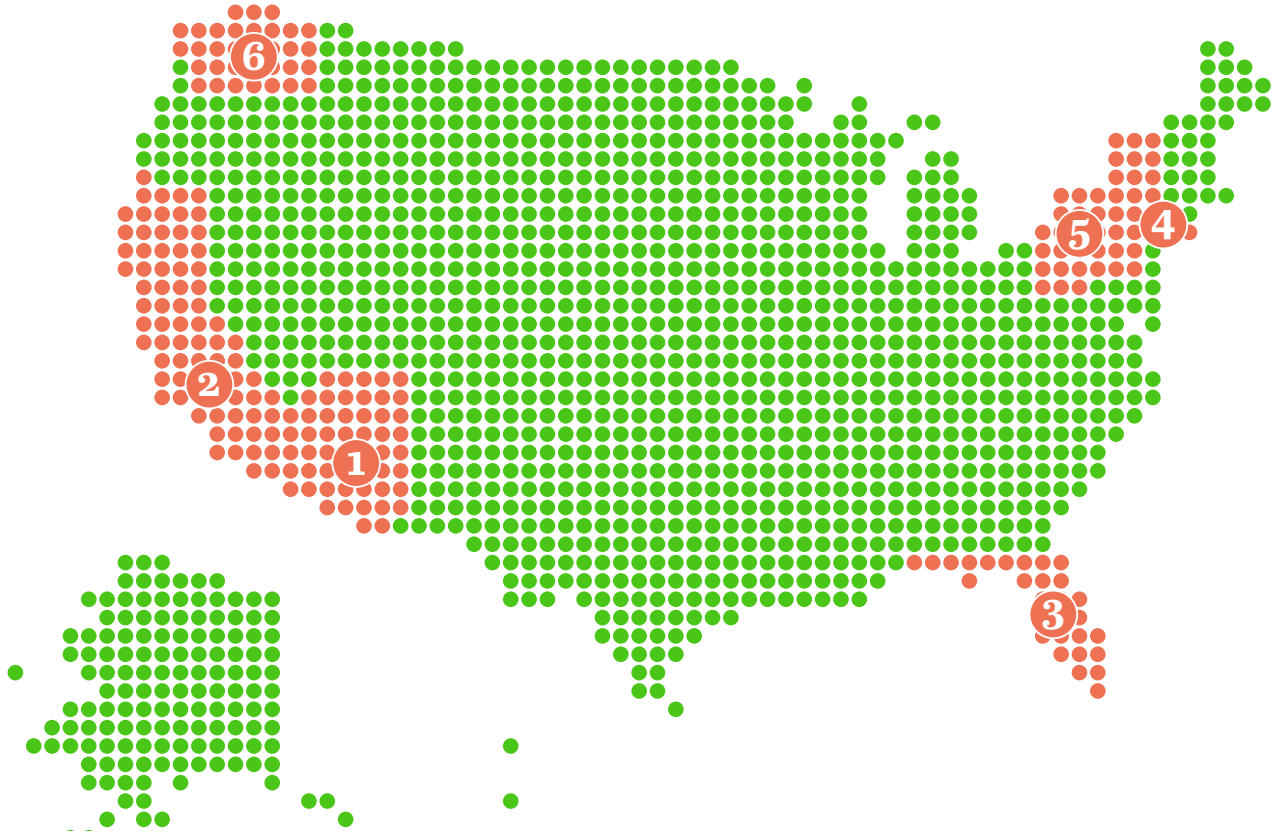
2 Mexiko

Maria Cervera:

„Vor kurzem habe ich vor einer Gruppe in ganz Mexiko, die sich mit Trauer und kritischen Situationen beschäftigt, einen Vortrag über die Bedeutung von Entschärfung und EMDR-Therapie gehalten. Die meisten Teilnehmer:innen waren daran interessiert, mehr über EMDR zu erfahren.“



NORDAMERIKA VEREINIGTE STAATEN



1 Arizona

Carol Settle erzählt:

„Robbie Adler-Tapia und ich haben unsere 3. Auflage von 'EMDR und die Kunst der Psychotherapie mit Kindern: Leitfaden und Behandlungshandbuch' bei Springer Publishing, 2024, veröffentlicht. Unser ursprüngliches Buch und Behandlungshandbuch wurden zu einem Text zusammengefasst, der drei neue Kapitel zu den Themen Sucht, Vielfalt und Telemedizin enthält. Robbie und ich haben außerdem gemeinsam ein Kapitel für das Oxford Handbook of EMDR Therapy mit dem Titel 'EMDR Therapy with Children' verfasst, das 2024 veröffentlicht werden soll. Darüber hinaus bin ich Mitautorin eines Kapitels in 'Evidence-Based Treatments for Trauma Related-Disorders in Children and Adolescents', 2. Auflage, zum

Thema 'Eye Movement Desensitization Therapie (EMDR) mit Kindern und Jugendlichen'. Und ich freue mich sehr über meinen bevorstehenden, von EMDRIA zugelassenen sechswöchigen On-Demand-Kurs zu 'EMDR mit Kindern', produziert vom EMDR Institute in Zusammenarbeit mit Psychwire Co. Es gibt über 20 Videos mit Kindern und Jugendlichen und dieser Kurs zeigt innovative Anwendungen der EMDR-Therapie und grundlegende Ressourcentechniken. Was diesen Kurs besonders spannend macht, ist die Einbeziehung von Originalvideos von Francine Shapiro, in denen EMDR-Therapie und das AIP-Modell gelehrt werden, sowie Erkenntnissen führender Experten auf dem Gebiet der EMDR-Therapie für junge Menschen.“

2 Kalifornien

Sara Gilman schreibt:

„Kürzlich habe ich am MIT einen Kurs mit dem Titel ‘MIT Advanced Business Resiliency’ gegeben. Dies ist das dritte Jahr, in dem ich wieder eingeladen werde, um diese Informationen mit MIT-Studenten weltweit zu teilen.“

Marilyn Luber berichtet:

„Mit großer Trauer muss ich Ihnen allen mitteilen, dass meine liebe Freundin und Kollegin Jennifer Lendl von uns gegangen ist. Sie hinterlässt uns das Erbe ihrer wunderbaren Kreativität, Intelligenz und Liebe für uns alle und für die EMDR-Therapie. Alle, die sie kannten, werden sich an sie erinnern: und diejenigen von Ihnen, die das nicht tun, entdecken, so hoffe ich, ihre Arbeit, insbesondere über Leistungssteigerung und EMDR. Um mehr über ihre Lebensbeiträge zu lesen, besuchen Sie bitte: <https://franceshapirolibrary.omeka.net/items/show/7670>.“

3 Florida

Regina Morrow Robinson bemerkt:

„Die EMDR-Gruppentherapie erweitert die Reichweite von EMDR und stärkt gleichzeitig die Verbindung zu anderen. EMDR-Gruppenprotokolle und Programme mit eingebetteten EMDR-Gruppenprotokollen wollen den psychischen Gesundheitsbedürfnissen auf der ganzen Welt gerecht werden. Sie werden in vielen Arten von Situationen und Umgebungen angewendet. Aktuelle Forschungsergebnisse unterstützen die Wirksamkeit bei der Bewältigung der Anforderungen langer Wartelisten. Gruppenmitglieder arbeiten möglicherweise nicht einmal an derselben Ereignis oder demselben Problem. Safa Kemal Kaptan und ich haben ‘EMDR Group Therapy: Emerging Principles and Protocols to Treat Trauma and Beyond’ herausgegeben. Springer Publishing hat es im November 2023 veröffentlicht. Sowohl beim EMDRIA Summit als auch bei der EMDR Europe Dublin Conference waren die Exemplare ausverkauft! Die Arbeit an den Übersetzungen beginnt. Wir sind an Ihren Gedanken interessiert. Bitte hinterlassen Sie uns eine Bewertung. Außerdem biete ich eine Schulung an, ‘Alles über Gruppen-EMDR’. Dieser Kurs soll die etablierten Gruppenprotokolle vergleichen und bei der Entwicklung eines Gruppenprogramms helfen, das den Anforderungen einer Vielzahl von Umgebungen und vorliegenden Problemen gerecht wird. Ich biete weiterhin EMDR-Ausbildungen sowohl virtuell als auch persönlich sowie R-Tep- und G-Tep-Seminare an. Um die Entwicklung neuer Therapeut:innen zu unterstützen,

biete ich einmal im Monat eine kostenlose EMDR-Frühinterventions-Studiengruppe an, jeden zweiten Dienstag im Monat von 12 bis 13:30 Uhr ET US. Diese werden über ‘Connect EMDR Training and Consulting’ angeboten. Schließlich sind Elan Shapiro und ich gemeinsam Gastgeber des Traumatic Episode Protocol International Network (TEP-IN).“

4 New York

Carol Forgash:

„Nach über vierzig Jahren als Therapeutin, Supervisorin, Autorin und Pädagogin arbeite ich immer noch mit Patient:innen und Supervisand:innen, habe mich jedoch vorerst von Vorträgen auf Konferenzen und der Durchführung von Workshops zurückgezogen. Seit der Pandemie reise ich nicht mehr mit dem Flugzeug und habe nicht die Energie, lange Präsentationen über Zoom zu halten. Wir altern, ob wir wollen oder nicht, und wenn man als Therapeut:in nicht realistisch ist, ist das ein Problem. Außerdem lässt meine Stimme schnell nach... Ich kann also nicht länger mein schillerndes, dynamisches Selbst (HA) sein. Die Stimme ist ein Instrument, das die Stärke deiner Persönlichkeit verstärkt und deinen Worten Bedeutung verleiht. Wenn sie nachlässt, wird der Präsentation etwas fehlen. Ich habe diesen Teil meines Berufslebens aus vielen Gründen geliebt. Er war außerordentlich erfüllend. Es hat mir so viel Spaß gemacht, Therapeut:innen zu unterrichten, die lernen möchten, und ich möchte meine Leidenschaft gerne mit ihnen teilen.

Nachdem ich meine EMDR-Ausbildung abgeschlossen hatte, stellte ich fest, dass mich zwei Themen besonders faszinierten. Die EMDR-Behandlung von komplexen Traumata und Dissoziationen und wie man mit EMDR-Therapie die Gesundheit verbessern kann, wurde nicht gelehrt. Also entwickelte ich Curricula und begann, auf EMDRIA-Konferenzen und anderen Workshops Vorträge zu halten. Außerdem entdeckte ich, dass es viele Vorteile hat, lehrend tätig zu sein: Ich kann um die Welt reisen, von meinen Kolleg:innen an fantastischen Orten empfangen werden, wunderbare Freunde finden, viele Kulturen kennenlernen und die EMDR-Praxis auf der ganzen Welt kennenlernen. Es war erstaunlich und bereichernd. Ich bedaure es immer noch, Einladungen, Videos zu machen oder auf internationalen Konferenzen zu sprechen, abzulehnen. Es ist bittersüß, aber ich beschwere mich nicht. Teil einer Lerngemeinschaft zu sein und mit Menschen von überall her in Kontakt zu treten, erweitert die eigene Lebenskraft.

Ich hatte eine wunderbare Karriere und hatte eine bemerkenswerte Gelegenheit, etwas zurückzugeben. Ich konnte über EMDR HAP Workshops in Ländern für Therapeut:innen anbieten, die sich diese Ausbildung sonst vielleicht nicht leisten könnten. Natürlich muss man aktuelle Informationen haben, um sie präsentieren zu können, und so habe ich meinem eigenen Ausbildungsstand immer neue Ebenen hinzugefügt. Ich habe nie zweimal „denselben“ Workshop abgehalten. Ich habe immer meinen Wissensschatz erweitert und ausgebaut. Es war harte Arbeit, aber ich konnte dadurch Mitautorin eines Buches werden und wurde eingeladen, Kapitel zu anderen EMDR-Büchern beizutragen. Ich erwähne das, weil ich Sie darauf aufmerksam machen möchte, dass diese Möglichkeiten, Workshops zu entwickeln und Schulungen anzubieten, Ihnen allen offen stehen. Es wurde zu einer Möglichkeit, mir ein Vermächtnis aufzubauen und Abenteuer zu erleben, die ich sonst nie erlebt hätte. In Indien zum Beispiel hielt ich einen Workshop für EMDR Asia ab, und eine Psychologieprofessorin an einer Frauenuniversität in Mumbai fragte meinen Mann und mich, ob ich mit ihren Studentinnen über klinische Sozialarbeit und Traumatherapie mit EMDR sprechen würde. Wir gingen in ihren Unterricht und sprachen mit diesen enthusiastischen jungen Frauen darüber, welchen Unterschied sie im Leben der Menschen machen könnten. Sie waren so begeistert und ich habe mich sehr über die Nachrichten von ihnen gefreut, in denen sie sagten, dass sie durch die Informationen zu unseren Karrieremöglichkeiten motiviert wurden, mehr über EMDR zu erfahren.“

5 Pennsylvania

Marilyn Luber sagt:

„Es ist mir eine Ehre, berichten zu können, dass ich die stolze Empfängerin des Sonderpreises zum 25. Jahrestag von EMDR Europe für herausragende Beiträge zur EMDR-Therapie in Europa bin. Ich war überrascht und zutiefst berührt, als ich diesen Preis von der EMDR Europe Association auf ihrer Konferenz in Dublin diesen Sommer erhielt. Ich bin seit ihrer Gründung in dieser großartigen regionalen Vereinigung engagiert. Diesen Sommer war ich erneut überrascht und geehrt, einen zweiten Preis von Traumatic Recovery: EMDR Humanitarian Assistance Programs bei ihrer Konferenz in Philadelphia zu erhalten, 'International World Changer: Marilyn Luber, zu Ehren einer Freiwilligen, die einen bedeutenden globalen Einfluss ausgeübt hat'. Dies ist eine weitere Vereinigung, bei der ich seit ihrer Gründung involviert bin.“

6 Washington

Sandra Paulsen schreibt:

„Ich habe gerade 'The Beauty and Burden of Autism: An Illustrated Guide and Workbook' in zwei Versionen veröffentlicht, in Farbe für Therapiepraxen und dasselbe Buch in Schwarzweiß, das für die breite Masse erschwinglicher ist. Ich bin dabei, ein Buch für Therapeut:innen der dominanten Kultur zu veröffentlichen, das mit indigenen Klient:innen arbeitet, mit dem Titel 'Indigenous Trauma and Dissociation: Healers, Psychotherapies, and the Drum', zusammen mit Shelley Spear Chief, einer Plains-Traditionalistin. Moses Spear Chief, Ältester der Blackfoot, hat mir offiziell einen Blackfoot-Namen geschenkt, Ikiinapakii, was 'freundliche, großzügige Frau' bedeutet. Vor ein paar Monaten habe ich 'We're Listening Body, Integrating EMDR, Somatic and Ego State Therapies' mit Derrick Doige veröffentlicht. Es ist eine wörtliche Abschrift einer dreitägigen Intensivbehandlung.

In den letzten Jahren habe ich Live-Publikum in Japan, Australien, Großbritannien und Griechenland unterrichtet und viele Online-Workshops für www.sfrankelgroup.com, PESI und Feelink.com gegeben, wobei es sich bei Letzterem um ein mexikanisches Unternehmen handelt. Meine Arbeit derzeit ist zweigleisig, sie legt sowohl Wert auf Autismus als auch auf das, was ich Neuroaffective Embodied Self Therapy (NEST) nenne, eine systematische Herangehensweise an die Integration von Strategien zur Affektregulation (Neuroaffektiv), somatischer Therapie (Verkörperung), Ego-State-Therapie (Selbstsystem) und zeitlicher Integration (Arbeit mit implizitem Gedächtnis in den acht Phasen von EMDR), die alle mit der AIP-Theorie übereinstimmen. Im November werde ich NEST live in Kanada unterrichten und bei der Society for Clinical and Experimental Hypnosis einen Vortrag über den EMDR-Ansatz für frühe Traumata halten. Dabei werden Ego-State-Manöver und Vorstellungskraft im Zusammenhang mit Hypnose betont. Ich arbeite mit dem pensionierten Lieutenant Kenneth Gardner, MS (Lt Ken Gardner war 19 Jahre lang Leiter der Mordkommission in Detroit und Mordermittler) an der Reduzierung der Rückfallquote mit EMDR. Er ist jetzt Psychologe mit Masterabschluss in Michigan und EMDR-Therapeut, und wir halten Vorträge bei EMDRIA. Nächsten März werde ich bei einem Therapeutenretreat auf Bali eine Keynote zum Thema Therapieintegration halten. Ich habe sehr viele Podcasts gemacht, um das Thema bekannt zu machen. Ich mache seit fast 15 Jahren nur Intensivkurse, normalerweise im Dreitagesformat, in meinem Büro im Wald auf Bainbridge Island.“

AUSTRALIEN

EMDR Australien



Logan Harvey berichtet:

„Im Mai hielt die australische Fachgesellschaft ihre Jahreskonferenz ab – unsere bisher größte. Wir hatten drei aktionsreiche Tage, an denen wir gemeinsam Wissen austauschten und uns mit unseren Kolleg:innen vernetzten. Direkt danach reiste eine große Gruppe Australier:innen

nach Dublin zur EMDR Europe Konferenz. Obwohl Australien weit weg vom Rest der Welt ist, fühlen wir uns unserer internationalen Gemeinschaft stärker verbunden als je zuvor. Die EMDR Association of Australia wird in Kürze auch einen Fortbildungstag veranstalten, der sich auf die Reaktion auf häusliche Gewalt konzentriert – ein kritisches Problem in unseren Gemeinschaften und ein Bereich, in dem EMDR unserer Erfahrung nach die Heilung fördern kann.

Australien hat auch eine wachsende EMDR-Forschungsgemeinschaft. Das Team der Hunter New England Drug & Alcohol Clinical Services und ich haben gerade mit der Rekrutierung für eine Machbarkeits- und Akzeptanzstudie von EMDR bei der Behandlung von komorbider PTBS und Substanzmissbrauchs-Störung begonnen. PTBS stellt eine erhebliche Behandlungsherausforderung für substanzbezogene Behandlungsdienste dar und EMDR wurde in diesem Bereich bisher zu wenig genutzt. Das Team hofft, dass diese Arbeit der erste Schritt ist, um EMDR in klinischen Leitlinien als evidenzbasierte Behandlung für komorbide PTBS und Substanzmissbrauchs-Störungen anzuerkennen. Dies ist eines von vielen kommenden EMDR-Forschungsprojekten, die in Australien koordiniert werden, und wir freuen uns darauf, diese mit der Welt zu teilen.“

VERWANDTE EMDR TRAUMA AID-/HUMANITÄRE HILFSPROGRAMME

EMDR ASIEN

Parul Tank berichtet: „EMDR Asia wurde 2008 gegründet. Die Geschichte der EMDR-Therapie in Asien begann mit Naturkatastrophen, angefangen mit den verheerenden Überschwemmungen in Bangladesch 1998 und den Erdbeben in Indien 2001. Darauf folgten der Tsunami 2004–2005, der Indien, Thailand, Sri Lanka und Indonesien heimsuchte, das Erdbeben in Pakistan 2006 und das Erdbeben in Sichuan 2011. Die Liste geht weiter mit dem Tsunami in Japan 2011 und den Überschwemmungen in Kaschmir 2014, dem Erdbeben in Nepal 2015, den verheerenden Überschwemmungen 2017 in Kerala und den Terroranschlägen 2019 in Sri Lanka. Dies sind einige der anderen humanitären Krisen, bei denen die Freiwilligen der

EMDR-Community in Asien den Überlebenden EMDR-Behandlungen zukommen ließen. Auf einzigartige Weise. Die Entwicklung von EMDR erfolgte auch im Rahmen einer EMDR-Grundausbildung für die lokalen Psychiater:innen und Psycholog:innen, die mit diesen Katastrophen zu tun hatten. Es gab keine formelle Gründung einer Organisation namens Trauma Recovery Network. Stattdessen wurde ein informelles Netzwerk aus EMDR-ausgebildeten Freiwilligen gebildet. Inspiriert von Trauma Aid Germany und Trauma Recovery/HAP –USA begann die Gründung von TR/HAP in Asien. Die Rolle dieser Organisation besteht darin, mit verschiedenen Ländern insbesondere bei der Katastrophenhilfe zusammenzu-

arbeiten. 2019 kam Carol Martin nach Mumbai, um mit unseren Vorstandsmitgliedern an der EMDR-Asien-Sitzung teilzunehmen, wo sie uns in Zusammenarbeit mit TR/HAP USA für Asien beibrachte, wie man ein Trauma Recovery Network (TRN) gründet. Wir haben die Blaupause von Trauma Recovery/HAP für Asien entwickelt und sind noch dabei, die formelle Struktur auszurollen. Jedes unserer EMDR-Asien-Mitglieder initiiert die einheitliche Katastrophenhilfe mit seinem Team und seinen Freiwilligen. Während COVID-19 im April 2020 kamen wir alle zusammen, um Gary Quinns Selbstpflegeprotokoll für das Coronavirus (CRP-C) zu lernen. Die Freiwilligen wurden geschult und die Intervention wurde in großem Umfang der betroffenen Bevölkerung angeboten, die an einer COVID-Infektion litt. Derzeit ist Mrinalini Purandare für TR/HAP Asia verantwortlich.

EMDR Lateinamerika- und Karibik-Allianz (ALAC)

Ignacio Jarero berichtet: „Im Rahmen des humanitären Projekts EMDR Mexico ASSYST HEART wurden bis Juni 2024 über 10.000 spezialisierte Anbieter psychischer Gesundheit aus 27 Ländern kostenlos ausgebildet. Die Länder sind die Ukraine, die Tschechische Republik, die Slowakei, Rumänien, Ungarn, die Türkei, Syrien, Bulgarien, der Iran, der Südsudan, Peru, die USA, Polen, Armenien, Äthiopien, Mexiko, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Kanada/Labrador, Chile, Spanien, Kolumbien, Island und Brasilien. Wenn Sie mehr über dieses Projekt erfahren möchten, besuchen Sie bitte die Website: <https://www.emdrmexico.org/assyst-heart>

Das EMDR Mexiko-Forschungsteam führt einen Feldversuch mit der ASSYST-Gruppenbehandlungsintervention für erwachsene Flüchtlinge und Asylsuchende aus Mittel- und Südamerika durch, die im größten Flüchtlingsheim in Mexiko-Stadt ankommen. Die Studie wird wichtige Informationen über die Frühinterventionsbehandlung für diese Bevölkerungsgruppe liefern. Weitere Informationen zu den ASSYST-Behandlungsinterventionen finden Sie unter <https://tinyurl.com/28l3lyoa>.

TraumaAid Germany

Frank Hofmann und **Mirjam Goihl** berichten, dass im Juni 2024 die Freiwilligen von TraumaAid Germany nach Erbil, Kurdistan, zurückkehrten. Auch Michael Hase und Adrian Hase waren dabei. Mit dem letzten Trauma Psycho Social Support Plus® (TPSS+)-Kurs haben wir unsere 2017 begonnene Arbeit zum Thema Trauma abgeschlossen. Wir haben nun eine/n Supervisor:in und zwei verantwortliche Dozent:innen für diese Region. Die gesamte Gruppe gut ausgebildeter und motivierter Supervisor:innen hat ständig mit uns gearbeitet und gelernt, das Konzept an den irakischen Kontext anzupassen – trotz ihrer schwierigen Lebensumstände!! Wir sind überzeugt, dass sie hilfreich sein werden, um in Zukunft zu besseren psychischen Gesundheitsbedingungen beizutragen. Außerdem gab es eine Auffrischungsschulung in EMDR-Therapie unter der Leitung von Derek Farrell in Erbil / Kurdistan: TraumaAid Germany ist äußerst glücklich, diese Gelegenheit zu haben, das vor Jahren begonnene Ausbildungsprogramm fortzusetzen. Es sind nun siebzehn EMDR-Therapeut:innen für eine fünftägige Supervisor:innenausbildung bereit. Die Teilnehmer:innen verdienen großes Lob, da sie täglich mit traumatisierten Klient:innen aller Altersgruppen konfrontiert sind, die anhaltende und schwere Traumata haben. Kurdistan im Nordirak ist kein krisenfreies Land, aber es steht – verständlicherweise – derzeit nicht im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit und der Aufmerksamkeit der Spender:innen. Wir verdanken diese Ausbildungen dem Engagement unserer Spender.“

Trauma AID Turkey

Selina Bal schreibt: „Präsident von EMDR HAP in der Türkei ist seit 2021 Hayal Demirci. In den letzten fünf Jahren hat sich der Name unseres Vereins HAP in TIG geändert. TIG ist die türkische Abkürzung für Trauma Recovery Group. Als EMDR-TIG war unser größtes Projekt die Unterstützungsarbeit nach dem Erdbeben in Kahramanmaraş. Wir haben in etwa sechs Monaten mehr als 8.200 Menschen unterstützt.“



Aus den Ländern

Deutschland

**Wir begrüßen 148 neue Mitglieder bei EMDRIA Deutschland e.V. von Mitte Juni 2023 bis Juli 2024.
(Aus Datenschutzgründen wurde in Einzelfällen von der Nennung abgesehen.)**

In diesem Zeitraum haben 122 Mitglieder eine neue Zertifizierung erworben, davon 84 als EMDR Therapeut:in und 15 als EMDR Therapeut:in für Kinder und Jugendliche sowie 20 als EMDR Supervisor:in und 6 als EMDR Supervisor:in für Kinder und Jugendliche, außerdem 1 als EMDR Trainerin für Kinder und Jugendliche.

Titel	Name	Ort
Dr. med.	Johannes Abel	Rodalben
Dipl.-Psych.	Djamila Abo-Hatab	Köln
Dr. med.	Ulrich Adam-Keßler	Berlin
M. Sc.	Anna Stefanie Altstädt	Rosengarten
	Mirac Muhammet Atmaca	Ludwigsburg
M. Sc.	Claudia Bach	Schriesheim
	Türkan Bali	Berlin
	Priyantha Jeevani Bandusena	Mönchengladbach
	Sarah Barduhn	Bielefeld
Dr. med.	Katrin Becher	Bochum
	Kerstin Bender	Schwelm
	Irene Berndt	Berlin
Dipl.-Psych.	Silke Beulen	Düsseldorf
Dipl.-Psych.	Silvia Biere	Dreieich
Dipl.-Psych.	Sheary Bleiberg	Möckern
Dipl.-Psych.	Carla Boehm-Djozgie	Mainz
Dr. med.	Barbara Bojack	Giessen
Dipl.-Psych.	Susanne Boos	Immendingen
	Michaela Buck	Alpen
	Ewa Katarzyna Budna	Meinerzhagen
Dr. med.	Carolin Burkl	Riedering
Dr. Dipl.-Psych.	Barber Antje Bußmann-Mork	Edeweicht
	Barbara Maria Calazans Toben	Frankfurt am Main
Dr. med.	Annegret Chao	Hamburg
Dipl.-Psych.	Gudrun Cramer	Schwülper
Dipl.-Päd.	Melek Dag-Furche	Mülheim an der Ruhr
	Corina Dankelmann	Gescher
Dr. med.	Gerlinde Dufhues	Esslingen
Dipl.-Psych.	Christian Falkenstein	Dernau
	Elena Faller	Berlin
Dipl.-Psych.	Inga Feldberg	Oberhausen
M. Sc.	Julie Forlorou	Köln
Dipl.-Psych.	Christiane Fricke-Ernst	Iserlohn
Dr. med.	Birgit Frieling	Hannover
Prof. Dr.	Thomas Frodl	Aachen
Dr.	Andrea Gäbel	Heidelberg
Dr. med.	Nina Gartmann-Scharf	Hamburg
Dipl.-Psych.	Kristin Grebner	Geiselbach
Dipl.-Soz.päd.	Nadine Halfmann	Nordhorn
Dipl.-Psych.	Ina Harder	Trier
Dipl.-Psych.	Jasmin Hartlaub-Müller	Köln
Dr.	Elisabeth Hauer	Heidelberg
Dr. med.	Dimitri Hefter	Mannheim

Aus den Ländern

Deutschland



Titel	Name	Ort
Dipl.-Psych.	Jesco Heinke	Berlin
Dr. med.	Tamara Herbst	Nordrach
	Vera Jordan	Hannover
Dipl.-Psych.	Astrid Jossifidis	Berlin
Dr. M. Sc.	Olga Klöpper	Braunschweig
M. Sc.	Josephin König	Mannheim
	Daniela Konkol	Rösrath
Dipl.-Psych.	Asimina Koutsoukou-Argyaki	Heidelberg
Dipl.-Soz.päd.	Paula Läkamp	Damme
Dipl.-Päd.	Thomas Landes	Heitersheim
Dipl. Psych.	Verena Lissy	Bonn
Dr. med.	Leonie Maischein	Bielefeld
M. Sc.	Alexandra-Henriette Marjanovic	München
Dipl.-Psych.	Julia Marx	Ratingen
	Anke Matthes	Jena
	Julia Meister	Nürnberg
Dipl.-Psych.	Bernhard Morsch	Dillingen
Dipl.-Psych.	Barbara Müller	Arlesheim
M. Sc.	Nadja Nadolny	Berlin
Dipl.-Psych.	Aida Navalon Fraide	München
Dipl.-Psych.	Manuela Oebser	Wilkau-Haßlau
	Manuel Ortega Castillo	Garmisch-Partenkirchen
Dipl.-Psych.	Helge Poesthorst	Mainz
M. Sc.	Alexandra Pözl	Wien
Dr. med.	Birgit Rabe	Bonn
Dr. (H)	Marion Raitzig	Minden
Dipl.-Psych.	Julia Rang	Salem
Dr.	Katja Rehbaum	Ulm
Dipl.-Psych.	Ilona Reinhart	Bremen
Dipl.-Psych.	Franziska Richter	Bad Meinberg
	Anja Riekehr	Rostock
Dipl.-Psych.	Matthias Roller	Ludwigshafen
Dr. phil.	Florian Rosing	Koblenz am Rhein
	Sylvia Roth	Künzelsau
Dipl.-Psych.	Manuela Santner	Anger
	Philipp Schindler	Miltenberg
Dipl.-Psych.	Jan Schmidt	Wiehl
Dipl.-Psych.	Johanna Schmitz	Euerdorf
Dr. med.	Stefani Schmitz-Moormann	Offenbach
	Angela Schneider	Hamburg
	Susanne Schröder	Düsseldorf
	Christina Schulenburg	Perleberg
Dipl.-Päd.	Anne Schüller	Berlin
Dipl.-Psych.	Verena Schulte-Kreutz	Aachen
	Anika Schwenker	Köln
Dipl.-Psych.	Susanne Sennhenn	Dortmund
Dipl.-Psych.	Christina Sieber	Wenzenbach
Dipl.-Psych.	Silke Steiner	Uffenheim
Dipl.-Psych.	Dmitri Strauss	Hamburg
M. Sc.	Sören Studer	Berlin
Dipl.-Psych.	Susanne Szutka	Bruchsal
Dipl.-Päd.	Lorna Tegtmeier	Paderborn



Aus den Ländern
Deutschland/Österreich



Titel	Name	Ort
Dr. rer. medic	Meike Tenbergen	Voerde
	Philipp Alexander Traut	Lübbecke
Dipl.-Psych.	Timea Trein	Freudenstadt
Dipl.-Psych.	Saskia Vetter	Kronshagen
Dipl.-Psych.	Daniela Wagner	Magdeburg
M. Sc.	Sebastian Weber	Köln
Dr. med.	Barbara Werner	Neuenahr-Ahrweiler
Dipl.-Psych.	Norbert Winkler	Bad Dürkheim
M.A.	Laura Winterstetter	Bremen
M. Sc.	Anna Zur Nieden	Hamburg

Österreich

Mitgliederzahlen EMDR Österreich 2024

26 neue Mitglieder im Zeitraum Juni 2023 bis Juli 2024

Titel	Name	Ort
Mag.a	Aflenzer Daniela	St. Stefan ob Stainz
	Bergmayr Karin	Zeiselmauer
Mag.a	Bischoff Barbara	Graz
Mag.a	Bischoff Diana Daphne	Wien
Mag.a, BA	Bruns Valentina	Wien
Mag.a, BA	Falbesoner Veronika	Innsbruck
Mag.a	Fuchs Barbara	Wien
Mag.a	Gstrein-Grüner Tanja	Götzens
Mag.a, MSc	Hubmann-Gucher Judith	Hermagor
Mag.a, MSc	Jurda-Nosko Michaela	Linz
Mag.a, Dr.in, MSc	Klausegger Isabella	Neumarkt am Wallersee
MSc	Langer Irmtraud	Eisenstadt
Mag.a	Lehr-Schörg Michaela	Hollabrunn
MSc	Lioznov Philipp	Wien
Mag.a	Neumann Judith	Fuschl am See
Mag.a, MSc	Pölzl Alexandra	Wien
Mag.a	Prager Tamara	Wien
	Schindlecker Eva	St. Andrä-Wördern
Mag.a, MBA	Schützenberger Regina	Langenstein
Mag.a	Schwarzinger Sylvia	Schweiggingers
Mag. (FH)	Steinlechner Walter	Linz
Univ. Prof. Dr.	Stompe Thomas	Wien
Mag.a, MSc	Walch-Fink Claudia	Wien
Mag.a	Wedenig Barbara	Graz
Mag.a	Zecha Bernadette	Wien
Mag.a	Zinner Brigitte	Wolkersdorf



Aus den Ländern Österreich/Schweiz



15 neue Zertifizierungen als EMDR Therapeut*in Erwachsene im Zeitraum Juni 2023 bis Ende Juli 2024

Titel	Name	Ort
	Bergmayr Karin	Zeiselmauer
Mag.a	Fuchs Barbara	Wien
Mag.a	Gstrein-Grüner Tanja	Götzens
Mag.a, MSc	Hubmann-Gucher Judith	Hermagor
Mag.a, MSc	Jurda-Nosko Michaela	Linz
Mag.a, Dr.in, MSc	Klausegger Isabella	Neumarkt am Wallersee
Mag.a Dr.in	Kucera Andrea	Baden
	Lampe Jörg	Wien
MSc	Lioznov Philipp	Wien
Mag.a	Neumann Judith	Fuschl am See
Mag.a	Schwarzinger Sylvia	Schweiggers
Mag.a	Wedenig Barbara	Graz
Mag.a	Winkler Christine	Wien
Mag.a	Zecha Bernadette	Wien
Mag.a	Zinner Brigitte	Wolkersdorf

Schweiz

Mitgliederzahlen EMDR Schweiz 2024

Mitgliederstand per Ende Juli 2024 **657**

Neue Mitglieder zwischen Mai 2023 und Ende Juli 2024 **86**

86 Neue Mitglieder zwischen Mai 2023 und Ende Juli 2024 (davon 85 namentlich erwähnt)

Name	Ort
Wassim Abou-Khalil	Martigny
Deborah Badoud	Genève
Caroline Banse	Zürich
Isabelle Bättig-Zehr	Zürich
Mehdi Benichou	Genève
Elisa Bignasca	Lugano
Reina Blondel-Chavez	Nyon
Frédéric Boillat	Montagny-près-Yverdon
Mélanie Bon-Schürmann	Vevey
Marie-France Bonny	Genève
Laurence Borras	Genève
Hannah Breitschmid	Biel/Bienne
Christine Bridy Guntern	Sion
Ulrike Buchkremer	Bern
Beatrice Budmiger	Wolhusen



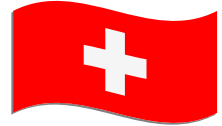
Aus den Ländern

Schweiz

Name	Ort
Stéphanie Buri	Bulle
Regina Burri	Winterthur
Sabrina Cescutti	Rennaz
Vincy Chennamparampil	Baden
Nunzia Cifuni	Zürich
Claudia Clerc	Rolles
Susanne Cordovi Rodriguez	Solothurn
Constance Dubuis	Genève
Brigitta Engeli	Kreuzlingen
Anja Englhardt	Zürich
Heidi Fabbris	Lugano
Sabina Fluri	Interlaken
Anna Ganzoni	Basel
Julie Gaspoz	Nyon
Fatima Gendolla Morillo	Genève
Daniela Gerber	Bern
Janine Germann	Baar
Patricia Gex	Monthey
Fabienne Grange	Sion
Cléa Gurtner	Fribourg
Catherine Haenni Chevalley	Carouge
Maia Hein	St. Gallen
Franziska Held	Zürich
Theresa Hirschberg	Romanshorn
Monica Hubschmid Dumauthioz	Epalinges
Gebhard Hüsler	Fribourg
Jana Hütter	Gais
Camille Imesch	Nyon
Daniela Iseli	Bern
Claude Jacot	Genève
Tatiana Jenkins	Genève
Ekaterina Kanevskaia	Genève
Anna Kinal Garcia	Estavayer-le-Lac
Ruth König	Hohenems
Katharina Kremsreiter	Rheinfelden
Anna Latino	Genève
Nathalie Lauber-Chollet	Lausanne
Carine Layat Burn	Neuchâtel
Alexandra Lebrun	La Tour-de-Peilz
Mariangela Luzzi	Melide
Rachel Marchitelli	Bulle
Ceralesa Stefania Moaca	Genève
Natacha Moreau	Carouge
Annalisa Nespeca Salini	Mendrisio
Antonia Nikolaidou	Genève
Ifeoma Odenigbo	Bern
Sava Perilli	Lugano
Lynn Pirktl	Zürich
Séverine Portier Hertig	Chêne-Bourg
Adina Ioana Rad Taut	La Chaux-de-Fonds
Barbara Raimundo	Genève
Roya Ravash	Martigny

Aus den Ländern

Schweiz



Name	Ort
Manuela Rosner Schimpf	Genève
Anna Ross	Basel
Tamara Schoeni	Lausanne
Cristina Schürch-Pini	Massagno
Avissa Séchaud	Morges
Sandra Sefidan	Baden
Valentina Serio	Neuchâtel
Natalina Sestito	Lausanne
Regula Specht-Gloor	Basel
Myriam Surchat Perez	Fribourg
Kim Tagini Da Silva	Lausanne
Anne Troyon	Payerne
Sonia Vazquez Camiña	Montreux
Deborah von Rotz-Romanens	Fribourg
Robin Walch	Lausanne
Kathrin Würfel	Tägerwilen
Grégory Yersin	Châtel-St-Denis
Angela Zanoletti Cavadini	Mendrisio

67 Neue Zertifizierungen als EMDR TherapeutIn Erwachsene zwischen Mai 2023 und Ende Juli 2024

(davon 66 namentlich erwähnt)

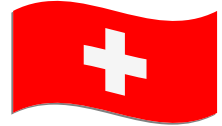
Name	Ort
Fadila Amrani Zwahlen	Lausanne
Nora Atmani	Bex
Caroline Banse	Zürich
Stefanie Benz	Chur
Cécile Beuret-Stender	Courgenay
Fabienne Bielser	Nyon
Laurence Borrás	Genève
Aleksandra Cappellano	Lausanne
Vincy Chennamparampil	Baden
Marina Cina-Schwarz	Sion
Susanne Cordovi Rodriguez	Solothurn
Ruben Corrales Arévalo	Sion
Arielle De Goumoëns	Vallorbe
Estelle Devaud	Vevey
Birgit Ernst-Lege	Marthalen
Guillaume Favre	Genève
Dragana Favre	Genève
Maria Adele Galante Vadilonga	Novazzano
Myriam Gamba	Lausanne
Sandra Gamboa Rivas	Fribourg
Fatima Gendolla Morillo	Genève
Daniela Gerber	Bern
Catherine Haenni Chevalley	Carouge
Maia Hein	St. Gallen
Stéphanie Heiz-Ledesma	Genève
Franziska Held	Zürich



Aus den Ländern

Schweiz

Name	Ort
Irma Heller	Luzern
Alexandra Hoffmann-Burri	Birsfelden
Monica Hubschmid Dumauthioz	Epalinges
Brigit Hufenus	St. Gallen
Cécile Huguelet Engel	Bienne
Jana Hütter	Gais
Sandy Huttin	Morges
Fabio Iafigliola	Bellinzona
Camille Imesch	Nyon
Claude Jacot	Genève
Anja Kniffka	La Tour-de-Peilz
Didier N. Kramer	Winterthur
Katharina Kremsreiter	Rheinfelden
Anna Latino	Genève
Nathalie Lauber-Chollet	Lausanne
Olivia Laurent	Genève
Carine Layat Burn	Neuchâtel
Coralie Lazignac	Genève
Alexandra Lebrun	La Tour-de-Peilz
Ana Carolina Marmy	Marly
Antonia Nikolaidou	Genève
Chrystelle Nolde	Fribourg
Dominique Page	Nyon
Veronica Pellanda-Barchi	Lugano
Sophie Pernier-Golay	Lausanne
Manuela Rosner Schimpf	Genève
Markus Rusch	Bern
Simone Schild	Bern
Avissa Séchaud	Morges
Natacha Seitz	St Ursen
Jennifer Szymanski	La Chaux-de-Fonds
Ruxandra-Daniela Topa	Genève
Irène Tschan	Morges
Sonia Vazquez Camiña	Montreux
Deborah von Rotz-Romanens	Fribourg
Nathalie Vuille	Nyon
Pascal Weinguni	La Sarraz
Rosanna Zarba Bordoni	Zürich
Mehdi Ziadi Trives	Genève
Adèle Zufferey	Lausanne



9 Neue Zertifizierungen als EMDR TherapeutIn Kinder & Jugendliche zwischen Mai 2023 und Ende Juli 2024

Name	Ort
Fatima Gendolla Morillo	Genève
Sybille Gerber	Marly
Sandy Huttin	Morges
Didier N. Kramer	Winterthur
Alexandra Lebrun	La Tour-de-Peilz
Ariane Roch-Fleury	Martigny
Izabela Stan Zahno	Corminboeuf
Irène Tschan	Morges
Pascal Weinguni	La Sarraz

6 Neue Zertifizierungen als EMDR SupervisorIn Erwachsene zwischen Mai 2023 und Ende Juli 2024

Name	Ort
Jean-Christophe Berger	Neuchâtel
Emmanuelle Carruzzo Evéquoz	Martigny
Jolanda Fäh Vaucher	Fribourg
Faïza Kaddour	Bern
Dajana Mahinic Ferreira	Prilly
Sava Perilli	Lugano

1 Neue Zertifizierung als EMDR SupervisorIn Kinder & Jugendliche zwischen Mai 2023 und Ende Juli 2024

Name	Ort
Pascale Sarrasin Bruchez	Martigny

Impressum

Die Zeitschrift für EMDR
ist das offizielle Organ von
EMDRIA Deutschland e.V.
www.emdria.de
EMDR Fachgesellschaft Österreich
<https://www.emdr-fachgesellschaft.at>
und
EMDR Schweiz
<https://emdr-ch.org>

**Bankverbindung EMDRIA
Deutschland**
Postbank Frankfurt
IBAN: DE73 5001 0060 0474 1176 01
BIC: PBNKDEFF

Redaktion
Dr. Maria Lehnung
redaktion@emdria.de

Eva Munker-Kramer,
Martina Hopfner
Jolanda Fäh Vaucher

Layout
Raphael Hammer,
raphael@hammergrafikdesign.com
<https://www.hammerdesigner.com>

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion oder des Vorstandes wieder. Für Texte / Quellen zeichnen die Autorinnen und Autoren verantwortlich.

© Copyright 2024 – Urheberrechtshinweis
Alle Inhalte dieser Zeitschrift, insbesondere Texte, Fotografien und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei EMDRIA Deutschland e.V.

Inserenten:

- S. 8:** EMDR Institut Austria, Krems/Donau
- S. 12:** EMDR Institut Deutschland, Eckernförde
- S. 17:** TraumaAid e.V., Duisburg
- S. 21:** Zentrum für psychologische Beratung und Training Richter & Mohamed GbR, Marburg
- S. 28:** EMDR Kit, Groningen, Niederlande
- S. 33:** Median Klinik, Dormagen
- S. 37:** KTI Kinder Trauma Institut, Offenburg
- S. 43, 52:** Gezeiten Haus Schloss Eichholz, Wesseling
- S. 57:** Katja Paternoga, Berlin
- S. 62:** Daniela Lempertz, Unkel
- S. 63:** bilateralstimulation.io BLS GmbH, Berlin
- S. 69:** Privatklinik Friedenweiler GmbH, Friedenweiler
- S. 73:** Bremer Institut für Psychotraumatologie, Bremen
- S. 77:** EMDR Center® Dr. med. Michael Hase, Lüneburg

**Verantwortlich im Sinne
des Presserechts**
Dr. phil. Karsten Böhm
Urachstr. 11
79102 Freiburg

Anzeigen

Alle Preise zzgl. 19% MwSt.
Ganze Seite 210 mm x 280 mm 300 €
Halbe Seite 102,5 mm x 280 mm 150 €
Halbe Seite 210 mm x 140 mm 150 €
Drittelseite 75 mm x 280 mm 100 €
Viertelseite 102,5 mm x 140 mm 75 €

Anfragen zur Anzeigenbuchung
richten Sie bitte an die Geschäftsstelle.
E-Mail: info@emdria.de

Tel.: 0761 – 42 96 50 74

Koordination und Anzeigen
Lisa Kübler-Hokamp

Herausgeber
EMDRIA Deutschland e.V.
Urachstr. 11
79102 Freiburg
info@emdria.de

Kleinanzeigen:

QZ /Intervisionsgruppe Traumafolgestörungen (Behandlung mit EMDR und/oder anderen traumaspezifischen Verfahren)in Köln oder nahem Umkreis gesucht. Ich bin VT'lerin, Mitglied bei EMDRIA und der DeGPT,
Kontakt: b.luettmann@online.de

Hamburg, Jugendstilraum (27 m²) in Praxengemeinschaft Schwerpunkt EMDR, ggf. mit EMDR-Intervision, zu vermieten.
Tel. 01782094972

Praxisabgabe - Stadt Oldenburg Dreiviertel gut ausgelastete Praxis zum 01.10.24 oder später zu verkaufen; KV-Zulassung TP und EMDR vorhanden.
Kontakt: praxis@thiede-moralejo.de
oder 0441- 36149941

Lichtbalken mit Stativ für die EMDR-Therapie abzugeben gegen Spende für TraumaAid Deutschland.
Der Lichtbalken ist ein älteres Modell von Neutrotek, hat Fernbedienung und funktioniert einwandfrei. Auf Wunsch mit passenden Pulsatoren. Versand möglich. Abholung in Bonn. Anfragen bitte per E-Mail mit Angabe der Spendenhöhe.
Kontakt: Susanne.Leutner@t-online.de

EMDR Kit Model 4 von 2020 möchte ich günstig abgeben, da ich meine Berufstätigkeit beenden werde.
Kontakt: goeke.g@web.de

Rote Couch abzugeben (nicht die von Yalom, sondern eine echte!). Altes Wiener Modell, vor Jahren neu gepolstert in weinrotem Samt, 190x80x50 bzw 66 cm mit Kopfteil.
Fotos unter: MarkNovy@web.de, steht in Bonn.

