

Zeitschrift für

EMDR

Wissenschaft und Praxis

EMDR Forschung

EMDR bei Depressionen –
ein Projekt wird geboren

Aus der Praxis für die Praxis

Die Arbeit mit DeprEnd
in der verhaltens-
therapeutischen Praxis

EMDR bei Kindern

EMDR in der Behandlung
von depressiven Störungen
bei Kindern

EMDR bei Depressionen

Interview mit
**Benedikt
Amann**
S. 46

**Die gesamte Ausgabe finden Sie auch
online auf unserer Webseite www.emdria.de.**

QR Code zum PDF-Download:



(Dieser Link ist gültig bis August 2021. Danach finden
Sie die Zeitschrift wie immer im Mitgliederbereich.)

Ein neues Gesicht!



Dr. phil. DP Maria Lehnung
Psychologische Psychotherapeutin,
EMDR-Europe Trainerin

Wie schön, dass Sie da ist: die neue Ausgabe der Zeitschrift für EMDR! Wie Sie sehen, hat die Zeitschrift ein neues Gesicht. In vielerlei Hinsicht. Und dafür hat nicht nur unser Designer Raphael Hammer gesorgt.

Neu ist das Konzept der Zeitschrift für EMDR als multimediales Erlebnis. Über die kleinen Teaser-Bilder kommen Sie direkt zu interessanten Artikeln. Das Interview mit Benedikt Amann können Sie nicht nur lesen, sondern auch in voller Länge als Video auf unserem YouTube-Kanal sehen, wir haben es Ihnen verlinkt. Es wurde von der renommierten Medizinjournalistin Susanne Kluge geführt und ist viel mehr als trockene Wissenschaft. Schauen Sie selbst.

Neu ist auch: wir möchten für Sie Themenhefte gestalten. Das vorliegende Heft beschäftigt sich mit dem Einsatz von EMDR bei depressiven Erkrankungen, unipolarer wie auch bipolarer Depression. Lesen Sie dazu die Geschichte, wie alles begann, geschrieben von meinem Kollegen Arne Hofmann. Mein Kollege Michael Hase beschreibt den Stand der Forschung dazu, und in einem zweiten Teil sehr praxisnah und verständlich, was DeprEnd eigentlich ist und wie Sie es anwenden können. Wie man EMDR in der Depressionsbehandlung bei Kindern anwenden kann, zeigt meine Kollegin Conny Beer-Demisch.

Und dann finden Sie natürlich eine Rubrik „Aus der Praxis für die Praxis“, wo meine Kolleginnen Melanie Schreiber und Milena Zundel uns mitnehmen ins ambulante und stationäre Setting und uns verraten, wie sie DeprEnd erfolgreich einsetzen. Aber schauen Sie selbst und lassen Sie mich und uns gerne wissen, wie Ihnen dieses neue Gesicht der Zeitschrift für EMDR gefällt.

Ich wünsche ihnen einen schönen und lesereichen Sommer!

Herzlichst Ihre Maria Lehnung

Inhalt

► Titelthemen

EMDR Forschung

- 06 **EMDR bei Depressionen –
► Ein Projekt wird geboren**
Arne Hofmann
- 13 **DeprEnd: Das EMDR Protokoll zur
Behandlung der Depression**
Michael Hase
- 22 **Vergleich von Eye Movement
Desensitization and Reprocessing
Therapie und Kognitiver
Verhaltenstherapie als
adjuvante Behandlungen bei
rezidivierender Depression:
Die randomisierte kontrollierte
Studie des European Depression
EMDR Network (EDEN).**
Luca Ostacoli, Sara Carletto, Marco Cavallo, Paula
Baldomir-Gago, Giorgio Di Lorenzo, Isabel Fern-
andez, Michael Hase, Ania Justo-Alonso, Maria
Lehnung, Giuseppe Migliaretti, Francesco Oliva,
Marco Pagani, Susana Recarey-Eiris, Riccardo
Torta, Visal Tumani, Ana I. Gonzalez-Vazquez und
Arne Hofmann.
Übersetzung: Lennart Bartenstein
- 37 **EMDR bei der Bipolaren Störung**
Benedikt Amann
- 42 **Eignet sich EMDR zur
Suizidprophylaxe?**
Lennart Bartenstein
- 46 **Interview mit Benedikt Amann**
► Susanne Kluge

Aus der Praxis für die Praxis

- 54 **EMDR nach dem DeprEnd Protokoll
im stationären Setting**
Milena Zundel, Susanne Altmeyer, Arne Hofmann
- 58 **Die Arbeit mit DeprEnd in der
► verhaltenstherapeutischen Praxis –
2 Fallbeispiele**
Melanie Schreiber
- 60 **Patienten berichten über ihre
Behandlung mit DeprEnd**
- 64 **Trauer**
Franz Ebner
- 70 **EMD plus Leave and Recall
Technik**
Friederike Oppermann-Schmid

EMDR bei Kindern

- 74 **Integration von EMDR
► in die kognitive verhaltens-
therapeutische Behandlung
von depressiven Störungen
bei Kindern und Jugendlichen**
Cornelia Beer-Demisch &
Christian-Alexander Demisch





Neue Entwicklungen

78 Neue EMDR-Literatur, Buchbesprechung

Joachim Diestel-Hug

80 Internationale Kolumne

Marilyn Luber

Aus den Ländern

84 Deutschland

86 Österreich

87 Schweiz

Außerdem:

03 Editorial

05 Impressum

89 Kleinanzeigen



Impressum

Die Zeitschrift für EMDR
ist das offizielle Organ von

EMDRIA Deutschland

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

Mag. Eva Münker-Kramer

Jolanda Fäh Vaucher

Layout

Raphael Hammer,

raphael@hammergrafikdesign.com

<https://www.hammerdesigner.com>

Anzeigen

Alle Preise zzgl. 19% MwSt.

Ganze Seite 210 mm x 280 mm 300,00 €

Halbe Seite 105 mm x 280 mm 150,00 €

Halbe Seite 210 mm x 140 mm 150,00 €

Drittelseite 75 mm x 280 mm 100,00 €

Viertelseite 105 mm x 140 mm 75,00 €

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

Herstellung

VARIUS Werkstätten

Lebenshilfe Rhein-Kreis Neuss gGmbH

-Betriebsstätte Phoenix-

Benzstraße 6

41515 Grevenbroich

Herausgeber

EMDRIA Deutschland e.V.

Urachstr. 11

79102 Freiburg

info@emdria.de

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 2021 – 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.

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Dr. phil. Karsten Böhm

Urachstr. 11

79102 Freiburg

Inserenten:

Ego-State-Therapie Institut Rheinland,
Bonn (S. 11)

EMDR-Institut Schweiz, Schaffhausen
(S. 12)

MEDIAN Klinik Dormagen, Dormagen
(S. 17)

EMDR-Institut* Deutschland, Bergisch
Gladbach (S. 21)

EMDR-Institut Austria, Krems (Öster-
reich) (S. 25)

Zentrum für psychologische Beratung
und Training Diplom-Psychologinnen

Richter & Kemeny Partnerschaft,
Marburg (S. 31)

SE Factory / EMDR Kit, Groningen (Nie-
derlanden) (S. 43)

TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V.,
Nürnberg (S. 53)

Gezeiten Haus Schloss Eichholz GmbH,
Wesseling (S. 57)

Dr. Maria Lehnung, Eckernförde (S. 67)

KTI Kinder Traum Institut, Offenburg
(S. 69)

i-motion Wellness Solutions, Ranana
(Israel) (S. 71)

Dagmar Eckers, Berlin (S. 73)

Schatten & Licht e. V., Welden (S. 81)

TraumaAid e.V., Duisburg (S.87)

Bildquellen:

Titel: Antonio Rodriguez/Adobe Stock

S. 4 unten: Raphael Hammer

S. 5 oben und unten: Jorm S. /
Adobe Stock

S. 7 & 9 : Raphael Hammer

S. 15: esteban amaro / unsplash

S. 19: adi yusuf / unsplash

S. 20: Elias Maurer / unsplash

S. 38 & 39: melita / Adobe Stock

S. 44: long truong / unsplash

S. 55: Raphael Hammer

S. 60 & 61: Jorm S. / Adobe Stock

S. 62 & 63: Jorm S. / Adobe Stock

S. 64: Dave Akshar / unsplash

S. 72 / 73: Raphael Hammer

S. 82 & 83: R. Stone / Adobe Stock

EMDR bei Depressionen – ein Projekt wird geboren

Arne Hofmann

Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen weltweit und die Zahl der betroffenen Menschen steigt in den letzten zehn Jahren zunehmend an. Nach Voraussagen der WHO wird dies auch in den nächsten zehn Jahren weiter der Fall sein und dies unabhängig davon, dass durch die Covidpandemie auch ein weiterer Anstieg zu erwarten ist.

Auf der anderen Seite steht dem ein breites Angebot von psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsangeboten gegenüber, deren Wirksamkeit unbestritten ist, sodass sie in die medizinisch wissenschaftlichen Leitlinien eingegangen sind. Zunehmend wächst jedoch das Bewusstsein, dass die Behandlungsinformationen der bisherigen Leitlinien für depressive Störungen vielen Patienten nur begrenzt helfen können.

Zwei Probleme stehen hier im Vordergrund. Dies ist zum ersten die Beobachtung, dass ca. 15 % aller Patienten trotz leitliniengerechter Behandlungen ihre chronisch gewordene Depression nicht mehr verlieren. Zum zweiten ist dies die Beobachtung, dass etwa die Hälfte aller Menschen mit depressiven Erkrankungen im Zeitraum von etwa zwei Jahren, trotz erfolgreicher leitliniengerechter Behandlung, einen Rückfall ihrer depressiven Erkrankung erleiden. Wird der Beobachtungszeitraum verlängert, steigert sich diese **Rückfallrate auf mehr als zwei Drittel der Patienten.**

Diese Rückfälle sind auch durch extreme Maßnahmen wie Elektrokrampftherapie (EKT) kaum zu beeinflussen.

Auf der Suche nach Auswegen aus dieser Situation ist ein Meer von Veröffentlichungen und Büchern entstanden, die für den Nichtspezialisten kaum überschaubar sind. Festzuhalten ist hierbei jedoch eine deutlich zunehmende



Dr. med. Arne Hofmann,

Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin,
Facharzt für Innere Medizin, EMDR
Trainer und Supervisor,
Bergisch-Gladbach

Abkehr von der alleinigen Pharmakotherapie, die nach neueren Studien überhaupt erst bei schweren Depressionen statistisch wirksam scheint, sowie eine Beendigung der Suche nach Kandidatengenen, von denen erhofft worden war, dass durch sie ein besserer pharmakologischer Interventionsweg für depressive Erkrankungen gefunden werden kann.

Vor diesem Hintergrund treten zunehmend andere Forschungsarbeiten in den Vordergrund, die schon seit vielen Jahren gut belegen können, dass es eine enge Beziehung zwischen belastenden Lebensereignissen und dem Risiko einer depressiven Erkrankung gibt. In den meisten Fällen wurden diese Lebensereignisse jedoch lediglich als Risikofaktoren und nicht als die auslösenden Ereignisse der Depression gesehen.

Dies ist im AiP Modell der EMDR Therapie anders. In diesem Krankheitsmodell werden belastende Lebensereignisse, die zu pathogenen Erinnerungen geworden sind, sowohl als Risikofaktoren und Depressionen auslösende wie auch die Depression unterhaltende Erinnerungsstrukturen gesehen.

Unter EMDR Therapeutinnen und Therapeuten ist seit vielen Jahren bekannt, dass immer wieder auch die Verarbeitung von belastenden Lebensereignissen mit EMDR Therapie zur Auflösung von nicht nur posttraumatischen Belastungsstörungen, sondern auch von depressiven Erkrankungen geführt hat. Diese Beobachtungen waren jedoch in den meisten Fällen detailliert beschriebene Einzelfälle und in einem Fall eine Fallserie von zwei Fällen (Bae 2008). Interessant war, dass bei vielen dieser Fälle das auslösende belastende Erlebnis nicht die Kriterien des Kriteriums A der posttraumatischen Belastungsstörung (z. B. Lebensgefahr) erfüllte. In einer der Studien wurde sogar beobachtet, dass für die meisten depressiven

Patienten diese Auslöseereignisse etwa zwei Monate vor Beginn der depressiven Episode geschahen. Die Ereignisse, die in dieser Studie als Auslöser beschrieben wurden, waren: Trennungen, Verluste (auch materielle), Beschämung (wie zum Beispiel beim Mobbing) und Erniedrigungen. Nach Ereignissen, die im Zusammenhang mit Lebensgefahr standen, wurde lediglich eine Erhöhung von Angststörungen festgestellt. Ein signifikanter Zusammenhang mit der Auslösung depressiver Episoden bestand nicht (Kendler 2003).

Ausgehend von diesen Beobachtungen begannen wir am EMDR Institut Deutschland im Jahr 2007 mit einer ersten Nachbefragungsstudie, um zu prüfen, ob diese positiven Einzelfallbeobachtungen auch in einer systematischen Untersuchung feststellbar waren. In dieser Untersuchung wurden erfahrene MitarbeiterInnen des EMDR Instituts angefragt, ob sie in den letzten Jahren Patienten mit einer primären

Depression mit Rückfällen (ohne PTSD) mit EMDR Therapie behandelt und die Behandlung abgeschlossen hatten.

Wir fanden auf diese Weise zehn PatientInnen, deren Behandlung mit EMDR Therapie vor drei bis vier Jahren abgeschlossen worden war. Das durchschnittliche Alter betrug 52 Jahre, es meldeten sich neun Frauen und ein Mann. Fünf Patienten hatten eine rezidivierende Depression (F 33.2), zwei eine sogenannte doppelte Depression (majore Depression und eine Dysthymie, F 34.1) und drei litten an einer chronischen Depression, die bereits über zwei Jahre anhielt. Die Zahl der bisherigen Rückfälle war durchschnittlich 6,4 (3-13). Alle waren in ambulanter verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer Behandlung mit durchschnittlich 60 Behandlungssitzungen, inklusive sieben bis acht Sitzungen mit EMDR Erinnerungsbearbeitung, gewesen.

Da eines der Probleme der Behandlung depressiver Störungen die nur wenig zu beeinflussende Rückfallrate ist, fragten wir diese Patienten, wie es ihnen derzeit ging, ob sie zwischenzeitlich einen depressiven Rückfall erlitten hatten, und ob sie bereit wären, einen Depressions-Fragebogen auszufüllen. Das Ergebnis war erstaunlich.

Zum Zeitpunkt der Beendigung ihrer Therapie hatten sieben Patientinnen eine volle Remission ihrer Depression gehabt. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung hatten neun eine komplette Remission. **Die Zahl der Patienten, die ihre Depression verloren hatten, war also nicht zurückgegangen, sondern war angestiegen!**

Neun der Patienten berichteten trotz der vor der Behandlung bestehenden Rückfälle, in den drei bis vier Jahren seit Beendigung der Therapie keinen Rückfall erlitten zu haben. Es gab lediglich eine Patientin, die rückfällig geworden war.



Nach der Diagnose einer Krebserkrankung ihres Partners hatte sie zwei kurze depressive Episoden erlebt, die unter Medikation verschwanden.

Interessanterweise berichteten drei der Patientinnen, nach Beendigung der Therapie eine schwere Belastung erlebt zu haben. Eine hatte einen Herzinfarkt erlitten, bei einer anderen war der Partner verstorben und bei der dritten hatte es einen Wohnungsbrand gegeben. Keine der drei hatte einen depressiven Rückfall erlitten.

Insgesamt war für uns dieses Ergebnis so ermutigend, dass wir mit einer Serie weiterer systematischer Studien begannen in der Hoffnung, nicht nur die Chronifizierung von Depressionen reduzieren zu können, sondern vielleicht auch die ansonsten nur schwer zu beeinflussenden hohen Rückfallzahlen depressiver Patienten.

Eine erste kontrollierte Studie kam zustande durch eine Kooperation des EMDR Instituts mit der Rheinischen Akademie für Psychotherapie (Dr. Wolfgang Schneider). Ansatzpunkt war die Beobachtung, dass bei der Mehrzahl depressiver Patienten sich vor der Depression ein belastendes Lebensereignis, ein Episodenauslöser identifizieren ließ, der eine subjektive Belastung darstellte (SUD) und häufig von den Patienten in Zusammenhang mit dem Beginn der depressiven Erkrankung gesehen wurde. Bei einer kleineren Gruppe von Patienten ließen sich intrusive negative Kognitionen und belastende Überzeugungssysteme identifizieren, deren auslösende Erinnerungsnetzwerke mit EMDR Therapie gut bearbeitbar waren. In dieser neuen Studie wurde eine Reihe von fortgeschrittenen AusbildungskandidatInnen in EMDR Therapie ausgebildet und supervidiert, während sie eine Gruppe von depressiven Patienten im Rahmen von ca. 45 Sitzungen Verhaltenstherapie inklusive 6–7 Sitzungen

EMDR Erinnerungsbearbeitung behandelten. Die Patienten der Kontrollgruppe wurden von Ausbildungskolleginnen ohne EMDR Ausbildung mit den klassischen verhaltenstherapeutischen Ansätzen behandelt. Insgesamt wurden 42 Patienten behandelt, davon jeweils die Hälfte in der verhaltenstherapeutischen Behandlungsgruppe bzw. in der Behandlungsgruppe, die EMDR einbezog.

Im statistischen Vergleich, der mithilfe von Dr. Maria Lehnung und Angelika Hilgers durchgeführt wurde, zeigten beide Gruppen keine Unterschiede vor der Behandlung. Nach der Behandlung zeigte sich jedoch, dass die Patienten, die mit adjunktivem, zusätzlichem EMDR behandelt worden waren, signifikant weniger Depressionssymptome zu Behandlungsende angaben.

Erstaunlich war für uns bei dieser Studie der hoch signifikante Unterschied in der Zahl kompletter Remissionen:

in der Behandlungsgruppe, die mit Standard Verhaltenstherapie behandelt wurde, hatten 8 der 21 Patienten eine vollständige Remission, das Verschwinden sämtlicher depressiver Symptome, erreicht. Der Mittelwert von 38 % entsprach in etwa den Erwartungen aus anderen Studien. Im Unterschied dazu hatten 18 der 21 mit EMDR zusätzlich behandelten Patienten, also über 80 %, ihre depressive Symptomatik vollständig verloren (Hofmann 2014).

Angesichts der Tatsache, dass Patienten mit unvollständiger Remission gegenüber vollständig remittierten Patienten ein etwa 5-fach erhöhtes Risiko haben, erneute depressive Rückfälle zu erleiden, war dies ein wichtiges Ergebnis für uns. Diese Beobachtung einer erhöhten Anzahl von Patienten, die ihre depressive Symptomatik nach der Therapie vollständig verloren (komplette Remission), konnte auch in fast allen bisher durchgeführten kontrollierten Studien

wiederholt werden. Parallel zu dieser Studie war unsere Arbeitsgruppe von Dr. Michael Hase, Dr. Maria Lehnung und mir zunehmend auch mit anderen in diesem Bereich tätigen internationalen Forschern in Kontakt getreten und zusammen mit Prof. Luca Ostacoli und seinem Team an der Universität in Turin sowie Dr. Anabel Gonzales aus Spanien hatten wir 2010 auf der europäischen EMDR Konferenz die EDEN Forschungsgruppe gegründet (European Depression and EMDR Network).

In den Folgejahren veröffentlichte Dr. Hase zwei weitere kontrollierte Studien mit einem kontrollierten (matched pair) und einem RCT Design (Hase 2015, 2018). Beide im stationären Rahmen durchgeführten Studien kamen bei Behandlungsende zu einem ähnlichen Ergebnis mit einem signifikant verbesserten Ansprechen der depressiven Symptomatik in der mit EMDR zusätzlich behandelten Gruppe. Bei einer der beiden Studien zeigte sich in der Nachbefragung, die von der Rentenversicherung nach einem Jahr durchgeführt wurde, dass von den 20 Patienten, die aus der Studie erreicht werden konnten, 9 der 16 mit EMDR behandelten Patienten wieder arbeitsfähig geworden waren, während einer noch arbeitsunfähig war. In der Kontrollgruppe war lediglich ein Patient, der wieder arbeitsfähig geworden war, während 5 Patienten immer noch arbeitsunfähig waren. Ein weiterer wichtiger Hinweis darauf, dass eine EMDR Therapie vielleicht auch die Zahl der depressiven Rückfälle verringern könnte.

Zu diesem Zeitpunkt stellten wir unser erstes EMDR Behandlungsmニュアル zur Behandlung depressiver Störungen zusammen, dass bei den weiteren Studien Verwendung fand. Vor allem durch die von Dr. Hase gemachten Beobachtungen bei der Behandlung depressiver States hat unser Behandlungsansatz in dieser Zeit eine wichtige Ergänzung erhalten.

In diesem EMDR Behandlungsprotokoll wird in fünf Behandlungsschritten vorgegangen:

1. Im ersten Behandlungsschritt wird ein Überblick über den Verlauf der Depression, früherer Episoden sowie eventuell zeitlich damit zusammenhängender belastender Lebensereignisse zusammengestellt. Normalerweise werden die Ergebnisse dieser Befragung in einer Symptombelastungskarte zusammengetragen, die als Grundlage der Behandlungsplanung dient.

2. In einem zweiten Behandlungsschritt werden Komorbiditäten und ein möglicher Stabilisierungsbedarf ermittelt. Hierbei sind vor allem Traumafolgestörungen relevant, die von der einfachen PTBS über komplexe PTBS bis hin zur dissoziativen Identitätsstörung reichen. Je komplexer die Komorbidität mit Traumafolgestörungen ist, desto mehr belastende Erlebnisse finden sich meist und desto längere EMDR Behandlungen sind erforderlich. Wie auch bei vielen komplexen Traumafolgestörungen ist bei nicht wenigen der Patienten auch ein Vorgehen nach dem umgedrehten Standardprotokoll indiziert.

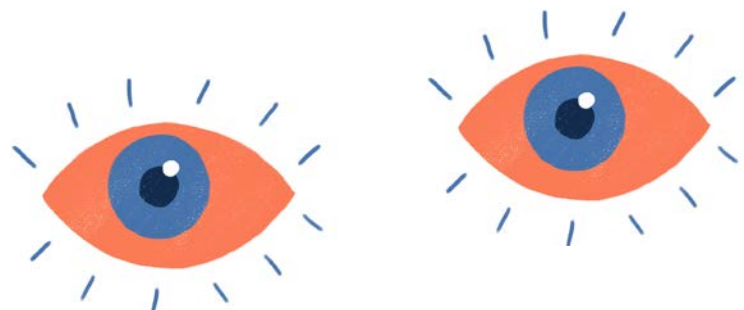
3. Im dritten Behandlungsschritt beginnt die Bearbeitung der Erinnerungen, die vor allem die derzeitige depressive Episode ausgelöst haben und unterhalten (Episodenauslöser). Je nachdem, ob es davor eine Kompensationsphase gegeben hat (eine Phase in der die Patientinnen sich von früheren Episoden vollständig erholt hatten), werden auch frühere depressive episodenauslösende Erinnerungen bearbeitet. Aus der Beobachtung im stationären Setting beschäftigen sich ca. 70 % der Erinnerung bearbeitenden Sitzungen der EMDR Therapie mit der Bearbeitung dieser Episodenauslöser.

4. Im vierten Behandlungsschritt liegt der Schwerpunkt auf der Bearbeitung von depressiven Überzeugungssystemen. Hier kann aus der intensiven negativen Kognition häufig ein Zugang zu den dahinterliegenden Erinnerungsnetzwerken über Fragetechniken bzw. Affektbrücken gefunden werden. Nicht wenige der belastenden Überzeugungssysteme haben sich bereits im dritten Behandlungsschritt aufgelöst. Falls es verbleibende Überzeugungssysteme gibt, werden sie in diesem Abschnitt bearbeitet. Die im Behandlungsschritt 3 und 4 fokussierten Erinnerungen werden natürlich mit dem vollständigen Standardprotokoll unter Einschluss verbleibender Trigger und Zukunftsprojektionen („was müsste passieren, um wieder eine depressive Episode auszulösen?“) bearbeitet.

5. In einer Gruppe von Patienten verbleibt auch nach dieser Therapiephase ein Rest vor allem körperlich wahrnehmbarer Depressionserinnerungen (States). Ähnlich wie der Zustand der Depression selbst werden auch körpernahe Erinnerungen an Suizidalität und Suizidversuche erinnert. Bei vielen Patienten lohnt es sich, – natürlich unter angemessenen Vorsichtsmaßnahmen – **in einem fünften Behandlungsschritt** die entsprechenden körpernahen Erinnerungszustände (States) auch mit EMDR zu bearbeiten. Bei den meisten der depressiven Patienten (ohne komplexe Traumafolgestörung) tritt bereits nach dem dritten bzw. vierten Behandlungsschritt eine Auflösung der derzeitigen

depressiven Symptomatik auf. Aber auch nach einem deutlichen Rückgang der Symptomatik sollten frühere belastende Erinnerungen, besonders solche, die im Zusammenhang mit früheren depressiven Episoden stehen, als Rückfallprophylaxe bearbeitet werden. Dieses EMDR DeprEnd Protokoll konnten wir 2016 veröffentlichen und haben es als Grundlage unserer weiteren EMDR Therapien in Studien und im klinischen Setting eingesetzt (Hofmann et al. 2016).

Die bisher **größte gemeinsame RCT Studie der EDEN Forschungsgruppe** wurde nach unserem gemeinsamen Konzept unter Leitung von Professor Ostacoli an der Universität Turin sowie in einem psychotherapeutischen Zentrum in Spanien durchgeführt. In dieser Studie wurden 82 Patienten mit je ca. 16 Sitzungen Verhaltenstherapie oder 16 Sitzungen EMDR Therapie nach dem **EMDR DeprEnd Protokoll**, behandelt. Interessant war, und dies war das signifikanteste Ergebnis der Studie, dass in dem Moment, wo mit der EMDR Erinnerungsarbeit begonnen wurde, ein kontinuierlicher Abfall der depressiven Symptomatik in den sieben Messzeitpunkten gegenüber der verhaltenstherapeutischen Behandlungsgruppe feststellbar war.



In dieser Studie, die als „Äquivalenzstudie“ gestartet war, zeigte sich, dass die Behandlungsergebnisse zwischen EMDR und Verhaltenstherapie vergleichbar waren, auch wenn zu Behandlungsende die Symptomatik der EMDR Gruppe deutlich geringer war. Dies wurde auch im Deutschen Ärzteblatt PP veröffentlicht unter der Überschrift: „EMDR wirkt ebenso gut wie Verhaltenstherapie bei Depressionen“ (Ärzteblatt 24.9.2018).

Uns ist klar, dass wir mit diesen Studien eine Reihe wichtiger Hinweise darauf erhalten haben, dass EMDR Therapie nicht nur eine Äquivalenz gegenüber anderen Psychotherapien erreichen kann, sondern möglicherweise auch eine deutliche Verringerung depressiver Rückfälle erreichen kann.

Mit diesem Ziel haben wir von der EDEN Forschungsgruppe aus Kontakt mit anderen internationalen Forschungsgruppen aufgenommen, um weitere entsprechende größere Studien mit einer längeren Nachbefragungszeit, in der mögliche depressive Rückfälle festgehalten werden können, durchzuführen. Wenn dies erreicht werden könnte, würde dies eine erhebliche Verminderung des Leidens depressiver Patientinnen und Patienten sowie eine wichtige Verbesserung ihrer Versorgung bedeuten.

Unsere Erfahrungen mit Patienten beim Einsatz unseres EMDR Protokolls haben wir gemeinsam in einem Buch zusammengefasst, das im Dezember 2020 bei Klett Cotta erschienen ist (Hofmann et al. 2020).

https://www.klett-cotta.de/sixcms/detail.php?template=ebook_detail&id=117367

Eine englische Übersetzung des Buches ist beim Springer-Verlag (New York) vereinbart, eine italienische Ausgabe mit einem italienischen Verlag ebenfalls.

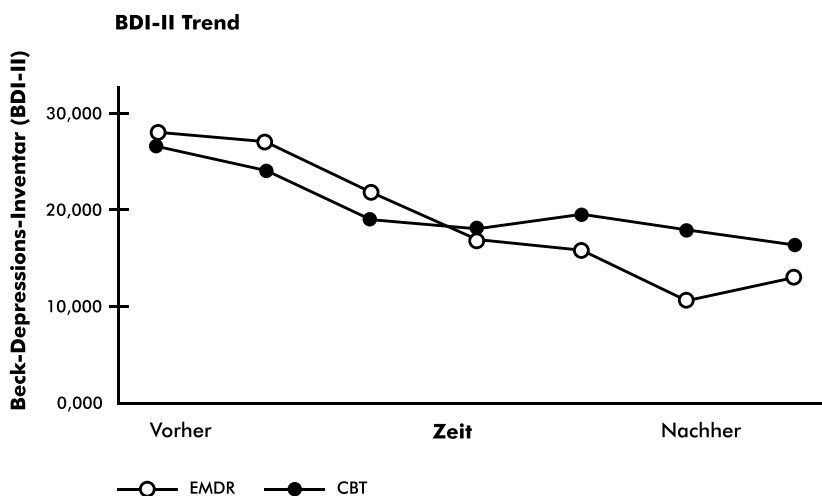


Abb. 1: Verlauf depressiver Symptomatik im Beck Depressionsinventar im Vergleich von kognitiver Verhaltenstherapie und EMDR (Ostacoli 2018). Nach dem dritten Messzeitpunkt beginnt in der EMDR Gruppe (helle Punkte) ein signifikant stärkerer Abfall der depressiven Symptomatik. Mit freundlicher Genehmigung des Klett Cotta Verlages.

1. Bae, H., Kim, D., & Park, J. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation*, 5, 60–65.

2. Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C. & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5, e00342.

3. Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A. & Huchzermeier, C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: a randomized-controlled trial. *Front Psychol*, 14(9), 1384.

4. Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W. & Hase, M. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as an adjunctiv-treatment in depression – a controlled study. *J EMDR Pract Res*, 8(3), 103 – 112. doi:https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.103

5. Hofmann, A., Hase, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Lehnung, M., Ebner, F., Rost, C., Luben, M. & Tumani, V. (2016a). DeprEnd® -EMDR Therapy Protocol for the Treatment of Depressive Disorders: Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions. In: M. Luben (Ed.), *EMDR Therapy – Scripted Protocols and Summary Sheets* (pp. 289 – 323). New York: Springer Publishing Company.

6. Hofmann, A., Ostacoli, L., Lehnung, M., & Hase, M. (2020). *Depressionen behandeln mit EMDR*. Klett Cotta, Stuttgart.

7. Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hase, M., Justo-Alonso, A., Lehnung, M., Migliaretti, G., Oliva, F., Pagani, M., Recarey-Eiris, S., Torta, R., Tumani, V., Gonzalez-Vazquez, A. I. & Hofmann, A. (2018). Comparison of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy as adjunctive treatments for recurrent depression: the European Depression EMDR Network (EDEN) randomized controlled trial. *Front Psychol*, 9, 74. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00074/full>

EGO-STATE-THERAPIE

Zertifizierte Fortbildung in Bonn
Susanne Leutner, Elfie Cronauer und Team



*Unser spezieller Qualitätsbonus:
Wir unterrichten zu viert.
Vorträge im Wechsel, lebendige
Praxisdemos auch online, inten-
sive Kleingruppenbetreuung.*

Curriculum 2021-22

Seminar 7 EMDR und EST am 28.+29.01.22

Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

Seminar 8 Körpersprache am 18.+19.02.22

Die Körpersprache der Ego-States

Seminar 9 Die Times Methode

mit Silke Großbach am 01.+02.04.22

Kreative und gestalterische Interventionen in der Ego-State-Therapie

Curriculum 2022-23

Seminar 1 am 14.+15.01.22

Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen,

Seminar 2 am 04.+05.03.22

Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten Klient:innen

Seminar 3 am 29.+30.04.22

Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen

Seminar 4 am 19.+20.08.22

Kontaktaufnahme und Arbeit mit kontrollierenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

Seminar 5 am 23.+24.09.22

Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 6 am 18.+19.11.22

Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

Diese Seminare 1-9 sind Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum: zur Ego-State Therapeut:in.

Sonderseminare 2021-2022

Seminar mit Luise Reddemann am 27.+28.08.21

Psychodynamische Teilekonzepte und Wurzeln der psychodynamischen imaginativen Traumatherapie in Theorie und Praxis

Seminar mit Jan Gysi am 15.+16.05.22

Diagnostik und strukturierte Erfassung von Traumafolgestörungen

Alle Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten. Sie finden nach Möglichkeit als Präsenzseminare statt, ggf. hybrid. D.h. für eine kleinere Zahl von Teilnehmer:innen besteht die Möglichkeit, online dabei zu sein. Wenn nötig, werden die Seminare rein online durchgeführt, dennoch interaktiv.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € inkl. Verpflegung.

Buchung per E-Mail bei:

susanne.leutner@t-online.de

www.EST-Rheinland.de





EMDR-INSTITUT SCHWEIZ

**Einziges, von Francine Shapiro, PhD,
der Entwicklerin von EMDR autorisiertes
Ausbildungs-institut in der Schweiz**

EMDR-Ausbildungen

Level 2 07. – 09.10.2021

Level 1 28. – 30.10.2021

Level 2 11. – 13.11.2021

Level 1 10. – 12.03.2022

EMDR-Fortbildungen

EMDR bei Menschen mit Psychosen 25.09.2021

mit Berber van der Vleugel und Helga Ising

EMDR-Protokolle und -Techniken im Überblick

20.11.2021 mit Michael Hase - und weitere...

EMDR-INSTITUT SCHWEIZ

Steigstr. 26, 8200 Schaffhausen

www.emdr-institut.ch

Tel. +41 52 624 97 82



EMDR Institut Schweiz

DeprEnd: Das EMDR Protokoll zur Behandlung der Depression

Michael Hase

Epilog

Die Entwicklung des Behandlungsansatzes der Depression innerhalb der EMDR Therapie begann vor mehr als zehn Jahren. Wie vieles begann es im Gespräch. Anlässlich von EMDR Kursen saßen erfahrene EMDR Therapeuten*, allesamt Ausbilder, zusammen, und tauschten sich über Erfahrungen mit Patienten aus. Hier wurde immer wieder über die Behandlung von depressiven Patienten berichtet. Im Rahmen dieser informellen Gespräche entstand die Idee, ein Forschungsprojekt zu entwickeln. Während eines Kurses in Schaffhausen wurde der Name gefunden: EDEN. Dieses Akronym steht für European Depression EMDR Network und gleichermaßen für die Hoffnung, die die beteiligten Kliniker und Forscher in dieses Projekt setzten. Anlässlich der EMDR Europe Konferenz in Hamburg 2010 fanden sich Forscher aus Italien und Deutschland erstmals zusammen, um dem EDEN Projekt Leben einzuhauchen. Später kamen noch Spanien und die Türkei hinzu, die jedoch im Verlauf aus dem Projekt ausschied. Es sollte jedoch noch viele Jahre dauern, bis die ersten Ergebnisse des Projekts veröffentlicht werden konnten. Zwischen 2014 und



Dr. med. Michael Hase,
EMDR Trainer und Supervisor,
Lüneburger Zentrum
für Stressmedizin

2018 wurden die Daten aus Pilotstudien und den folgenden randomisierten, kontrollierten Studien (EDEN) publiziert.

2015 wurden Dr. Arne Hofmann und Dr. Michael Hase für ihre Forschung zur EMDR Behandlung der Depression und die Gründung des internationalen EDEN Forschungsprojekts (EMDR Depression European Network) mit dem Preis für herausragende Forschung (Outstanding Research Award) ausgezeichnet. Mit der Vorlage des Artikels der pathogenen Erinnerungen im AIP-Modell, dem Krankheits- und Veränderungsmodell der EMDR Therapie (Hase et al., 2017), wurde auch ein Konzept für umfassendere Erinnerungsarbeit in der Behandlung der Depression im Rahmen der EMDR Therapie vorgelegt. Seit 2018 werden Reviews und Metaanalysen veröffentlicht. Mit Gründung des EDEN Netz-

werkes stieg die Qualität der Veröffentlichungen zur EMDR Therapie der Depression deutlich an (Carletto et al., 2021). Im Rahmen des Future of EMDR Therapy (FOET) Projekts wird deshalb das EDEN Projekt als Referenz für systematische EMDR Forschung empfohlen. Auf die Ergebnisse der Studien wird im Folgenden noch näher eingegangen.

Hinweis

In der EMDR Therapie werden Manual-getreue Vorgehensweise bzw. Behandlungspläne häufig als ‚Protokoll‘ bezeichnet. Im folgenden Text werden beide Begriffe synonym verwandt. Das DeprEnd Protokoll EMDR ist der derzeit vorliegende Behandlungsplan für Depressionen, der als weitgehend evidenzbasiert angesehen werden kann. Neben den Schritten der Indikationsstellung und Vorbereitung für die weitere Durcharbeitung beinhaltet das Protokoll eine Reihenfolge für

die Fokusbildung der Bearbeitung pathogener Erinnerungen (A. Hofmann, Hase, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Lehnung, M., Ebner, F., Rost, C., Luben, M., & Tumani, V., 2016). Das DeprEnd Protokoll entstand aus dem Behandlungsmanual der EDEN Studie und befindet sich in kontinuierlicher Weiterentwicklung.

*Wenn in diesem Artikel die männliche Benennung gewählt wird, z.B. „Patienten“, sind immer Personen aller Geschlechter etc. gemeint.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Nachdem wiederkehrende Erfahrungen von EMDR Therapeutinnen und Therapeuten eine Wirkung der EMDR Therapie in der Behandlung depressiver Patienten nahelegten, wurde etwa um 2006 mit der Planung systematischer Forschung begonnen. Parallel dazu wurden Erfahrungen aus der Praxis ausgewertet und diskutiert, um einen Behandlungsplan zu erstellen. Eine sehr beachtenswerte retrospektive Studie von Arne Hofmann mit 10 Patienten, die nach Abschluss der Behandlung nachbefragt wurden, zeigte positive Ergebnisse (Hofmann, A., 2011). Nach Hinzunahme der EMDR Therapie in die Behandlung dieser chronisch rezidivierenden Patienten zeigten sich eine erstaunliche Reduktion des BDI, eine Verbesserung auch nach Abschluss der Therapie und deutlich weniger Rezidive, als zu erwarten gewesen wäre. Leider wurde diese Studie nicht zur Veröffentlichung angenommen. Eine erste kontrollierte Studie mit depressiven Patienten im ambulanten verhaltenstherapeutischen Setting (Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., Hase, M., 2014) wurde geplant, durchgeführt und 2014 veröffentlicht. Etwa zeitgleich wurde eine kontrollierte matched-pairs Studie im psychodynamischen Setting der stationären psychosomatischen Rehabilitation durchgeführt (Hase, M., Balmaceda, U.M., Hase, M., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., Hofmann, A., 2015), in der bei einer der beiden Gruppen zur Standardbehandlung EMDR hinzugefügt wurde. Beide Studien zeigten eine signifikante Verbesserung der Ergebnisse hinsichtlich der Depressionsschwere am Ende der Behandlung, wenn die Durcharbeitung des depressionsbezogenen Erinnerungsmaterials mit der EMDR Therapie in die Behandlung integriert wurde. Hofmann et al. (2014) konnten unter

anderem zeigen, dass die Zahl der kompletten Remissionen der depressiven Episode bei den Patienten, die zusätzlich zur Standardbehandlung EMDR erhielten, ungefähr doppelt so hoch war, wie in der Gruppe der Standardbehandlung. Hase et al. (2015) konnten zudem zeigen, dass die Arbeitsunfähigkeit in einer Einjahreskatamnese in der EMDR-Gruppe signifikant geringer war, was auch für die Nachhaltigkeit der Behandlung sprach.

2009 wurde ein europäischer Forschungsverbund ins Leben gerufen. Das European Depression EMDR Network (EDEN) setzte sich zum Ziel, die Daten der kontrollierten Studien in einer randomisierten multizentrischen Studie zu überprüfen. Zudem wurde die Diskussion zur Frage des Behandlungsplans in dieser Gruppe aus erfahrenen Klinikern und Forschern weitergeführt. Ab 2011 wurde dann eine internet-basierte Datenbasis zur Randomisierung und Datenerfassung unter der Federführung der Universität Turin eingerichtet. Von den ursprünglich geplanten sieben Behandlungszentren in drei europäischen Ländern wurden jedoch nur drei Zentren in Spanien, Italien und Deutschland aktiv. Während in den Zentren in Spanien und Italien KVT mit EMDR verglichen wurde, wurde in dem deutschen Zentrum das vorherige Design, Standardbehandlung (hier Pharmakotherapie mit psychodynamischer Therapie) versus Standardbehandlung plus Durcharbeitung von Erinnerungsmaterial mit der EMDR Therapie, jetzt unter randomisierten, kontrollierten Bedingungen untersucht.

Die in dem deutschen Zentrum gewonnenen Daten zeigten, dass auch unter randomisierten kontrollierten Bedingungen eine statistisch signifikante Überlegenheit der EMDR Therapie gegenüber der Standardbehandlung hinsichtlich Reduktion des Depressionsscores am Ende der Behandlung (BDI) und der kompletten Remissionen

zu sehen war (M. Hase et al., 2018). Erneut betrug die Zahl der kompletten Remissionen in der Gruppe, in der EMDR hinzugefügt wurde, etwa das Doppelte. Die Ergebnisse der italienischen und spanischen Zentren bedürfen der gesonderten Darstellung. Da hier die Patienten zur Standardbehandlung entweder KVT oder EMDR erhielten, wurden die beiden Ansätze direkt verglichen. Die Größe der Studie entspricht einer Non-Inferiority-Study. Im Ergebnis erwies sich EMDR gegenüber dem etablierten Verfahren, der KVT, bezogen auf die Verringerung der Depressionsschwere (BDI), als gleich wirksam (Ostacoli et al., 2018). Allerdings ist der Zeitverlauf der Veränderung interessant und bedarf näherer Betrachtung. In der Studie wurden in beiden Gruppen 7 Messzeitpunkte mit Hauptparameter BDI definiert und ausgewertet. Der Zeitverlauf der Veränderung wurde analysiert. Es wurde zuerst eine Baselinemessung erhoben. Die nächste Messung erfolgte nach zwei Wochen und danach jeweils nach vier Sitzungen in der jeweiligen Intervention. Die Messung zum Abschluss der Intervention wurde durch ein Follow-Up nach sechs Monaten ergänzt. In der Behandlung war in den beiden Gruppen jeweils eine Phase mit Vorbereitung und Stabilisierung vorgesehen, bevor die spezifischen Interventionen erfolgten. Diese waren in der EMDR Gruppe das Durcharbeiten von entsprechendem Erinnerungsmaterial gemäß dem Studienprotokoll der EDEN Studie.

Hier wird deutlich, dass sich die Veränderung des BDI in der Vorbereitungs- und Stabilisierungsphase in beiden Gruppen ähnlich entwickelt. Mit dem Beginn der methodenspezifischen Intervention, in der EMDR Gruppe dem Durcharbeiten des Erinnerungsmaterials, fällt der BDI in der EMDR Gruppe deutlicher ab. Hier zeigt sich der Unterschied zwischen der symptomorientierten Intervention der KVT, und dem auf die Grundlage der Störung zielen-

den Durcharbeiten der pathogenen Erinnerungen in der EMDR Therapie.

In einem narrativen Review von 11 Studien zur Behandlung der Depression mit der EMDR Therapie kommt Carletto et al. (2021) zu der Erkenntnis, dass unter den 6 RCT's und 5 kontrollierten Studien leider einige Studien von geringerer Qualität sind. Die Bewertung der Studien erfolgte mit der Platinum Standard Scale. Erfreulicherweise war zu sehen, dass die Qualität der Studien durch die Aktivität des EDEN Netzwerkes anstieg. Laut Carletto et al. (2021) legen die vorliegenden Daten jedoch nahe, dass die EMDR Therapie eine wirksame Behandlung der Depression sein könnte.

Das Studienmanual der EDEN Studie enthält einen Behandlungsplan zur Behandlung depressiver Patienten mit der EMDR Therapie, der mit den vorliegenden Daten als wissenschaftlich belegt gelten kann. Das DeprEnd Behandlungsmanual wird nun im Überblick vorgestellt.

Das DeprEnd Protokoll

Vorab möchte ich einige wenige grundsätzliche Überlegungen darlegen. Ein Protokoll in der EMDR Therapie, ein Behandlungsplan, gliedert und priorisiert die Behandlungsabfolge und führt zum Material. Dieses Material gliedert sich in Einzelereignisse, sogenannte Knoten.

Es sei kurz darauf hingewiesen, dass sich am Material dem Therapeuten Optionen eröffnen, eine Auswahl der entsprechenden Technik zur Arbeit an der unverarbeiteten Erinnerung möglich ist. Selbst wenn oftmals die klassische Technik mit den Reprozessierungsphasen 4 – 6 gewählt wird, sind doch Techniken mit reduzierter Assoziativität wie EMD oder die Vier-Felder-Technik zu erwägen. Auch Brückentechniken zwischen der Ressourcenstärkung und Exposition, z.B. die CIPOS Technik, können als erster Zugriff auf den Knoten erwogen werden.

Das Protokoll steht in der Struktur der EMDR Therapie hierarchisch unterhalb der Acht Phasen, die ja die gesamte Therapie abbilden (Hase M., 2021b). Dies bedeutet, dass die Phase 1, Anamnese, und Phase 2, Stabilisierung, immer mit dabei sind. Ohne Anamnese wäre es ja auch nur schwer möglich, einen Behandlungsplan zu erstellen. Für die Phase 1 gelten die grundlegenden Regeln in der EMDR Therapie. Es sind jedoch in der Arbeit mit depressiven Patienten einige Besonderheiten zu berücksichtigen. Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema empfiehlt sich die Lektüre des oben genannten Artikels von Hase (Hase M., 2021b).

Phase 1 – Anamnese in der Arbeit mit depressiven Patienten

Es gibt einige Grundsätze in der Behandlung der Depression, die auch in der EMDR Therapie ihre Bedeutung behalten.

Daher dient die Phase 1 nicht nur der Identifizierung der später zu bearbeitenden Erinnerungen, der sogenannten Knoten, oder der Einschätzung der Ressourcenlage, sondern auch der klinischen Beurteilung der Depressionsschwere und Überprüfung der Suizidalität. Wenn auch der Zusammenhang zwischen berichteten Suizidgedanken und tatsächlichen Suizidversuchen schwächer zu sein scheint, als dies lange vermutet wurde (McHugh CM, 2019), bleibt die Frage nach Suizidgedanken doch gute Routine. Die Einschätzung der Depressionsschwere ist sicherlich eine klinische Entscheidung, die durch geeignete Instrumente, wie z.B. den BDI, unterstützt werden kann. Die Depressionsschwere ist für das weitere Vorgehen mitentscheidend. Eine schwere Depression mit Anergie und depressiv eingengtem Affekt würde das Reprozessieren erschweren bis verunmöglichen. Es bedarf dann der Stabilisierung durch antidepressive Pharmakotherapie und vorsichtige Ressourcenaktivierung. Hier eignet sich die Instant Ressourcen Installation (IRI) (Hase M, 2021a) zur gestuften Aktivierung positiven Affekts. Die Kombination der EMDR Therapie mit antidepressiver Pharmakotherapie ist meiner Erfahrung nach ohne Komplikationen möglich. Bisher haben wir keinen Hinweis darauf, dass die Durcharbeitung des Materials nicht nachhaltig wäre. Auch die Reprozessierung nach durchgeführter Elektrokrampfbehandlung ist möglich, wobei die Ausdauerbelastbarkeit vorübergehend eingeschränkt sein kann. Eine parallel durchgeführte Behandlung mit transkranieller Gleichstromstimulation scheint nach meiner Erfahrung den EMDR Prozess zu unterstützen.



Selbstverständlich wäre die Angabe von Suizidabsichten mit konkreter Planung bei fehlender Absprachefähigkeit der unmittelbare Anlass, den Schutz des Patienten durch geeignete Maßnahmen zu garantieren.

Die AIP-geleitete Phase 1 wird nach Einschätzung der Ressourcenlage mit der Erarbeitung des Behandlungsplans begonnen. Da in der Phase 1 auch die therapeutische Beziehung beginnt zu entstehen, bedarf es der Feinfühligkeit des Therapeuten, den Patienten nicht zu überfordern und die therapeutische Beziehung durch geeignete Maßnahmen, z.B. IRI (Hase M., 2021a), zu stützen. Diagnostische Techniken in der Phase 1 sind direktes Fragen und die Affektbrücke.

Besondere Beachtung widmen wir in der Erarbeitung des Behandlungsplans Symptomen mit indikativer Funktion, gemeint ist hier der Verweis auf zugrundeliegende Netzwerke, und Erinnerungen, die aus der Erfahrung heraus für die Genese depressiver Störungen besonders bedeutsam sind oder Material, das für die Behandlung wichtig ist. Dies sind:

1. Erinnerungen an Ereignisse, die eine depressive Episode auslösten (Episodenauslöser).

Diese werden oft in einem Zeitraum von sechs bis vier Wochen vor der Episode erlebt. Da der Patient in der Regel nachvollziehbar auf sein eventuell schon Monate lang bestehendes depressives Sein fixiert ist, bedarf es der aktiven Nachfrage.

2. Erinnerungen, die zu Intrusionen führen (aktive Knoten).

Diese können traumatischer oder nicht-traumatischer Natur sein. Besondere Beachtung erfahren hier Erinnerungen an belastende Erfahrungen in den sensiblen Phasen der psychosexuellen Entwicklung (Teicher, 2018).

3. Dysfunktionale Überzeugung, die sich in Form von aufdrängenden, maladaptiven Gedanken zeigt.

Diese kognitiven Intrusionen verweisen in der Regel auf ein frühes Netzwerk. Die darin liegenden Kindheitserinnerungen sind nicht immer zugänglich, sodass wir auch nach den Beweiserinnerungen fragen: gegenwärtige Erinnerungen, die eine Überzeugung ‚beweisen‘.

4. Trigger für Material der Gruppe 1, 2 oder 3.

5. Adaptive Zukunftsvorstellung für Material der Gruppe 1, 2 oder 3.

6. Depressive oder Suizidale States: Erinnerungen an das ‚Depressiv‘- oder ‚Suizidal‘-Sein.

Eine grafische Darstellung im Sinne der EMDR-Symptom-Belastungskarte nach Hofmann (A. Hofmann, Hase, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Lehnung, M., Ebner, F., Rost, C., Luber, M., & Tuman, V., 2016) erleichtert die Behandlungsplanung. In dieser ‚Symptom-Belastungskarte‘ werden die belastenden Lebensereignisse mit ihrer aktuellen subjektiv empfundenen Belastung, dem SUD, skaliert und eingetragen. Die Abbildung der Stimmung bzw. des Grades der Niedergeschlagenheit als Linie in der Abbildung erleichtert es, den Bezug zwischen belastender Lebenserfahrung und Stimmungsveränderung zu erkennen; zum Beispiel, wenn ein belastendes Ereignis in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn einer Episode steht (sogenannter Episodenauslöser).

Phase 2 – Stabilisierung

Die Phase 2 geht der darauffolgenden Arbeit am Material immer voraus. Der Stabilisierungsbedarf ist individuell und zeigt sich im Verlauf der ersten Stunden, gelegentlich auch im Verlauf der Therapie. Besondere Beachtung sollten Hinweise auf Bindungsdefizite

(postpartale Depression der Mutter, frühe Hospitalisierung des Babys etc.) bekommen, da diese auf einen vermehrten Stabilisierungsbedarf im Bindungsbereich hinweisen. Ein fehlendes Fundament im Bindungsbereich bedeutet immer eine Komplikation in der Behandlung. Die therapeutische Beziehung bedarf hier besonderer Beachtung und der Stabilisierung, da allfällige Krisen im Behandlungsverlauf hier gehalten werden müssen. Auch hier scheint die IRI Technik (Hase M., 2021a) besonders geeignet.

Aktive Arbeit am Material

Der Fokus der Planung orientiert sich an der klinischen Notwendigkeit. Es hat sich zwar bewährt, nach der Stabilisierung zuerst Erinnerungen an Episodenauslöser und andere aktive Knoten zu prozessieren. Dennoch kann es notwendig sein, mit dem einzelnen Patienten zuerst im Überzeugungssystem zu arbeiten, wenn dies die Pathodynamik treibt, also der Patient sehr unter den kognitiven Intrusionen leidet. Da das dahinterliegende Material oft zu Beginn der Therapie schwer erreichbar ist, ist meist ein anderer Zugang erfolgversprechend. Ein solcher idealtypischer EMDR Behandlungsplan, der auch durch die Daten der EDEN Studie validiert wurde, beinhaltet Folgendes in der angegebenen Reihenfolge:

A. Reprozessieren von Erinnerungen an

1) Ereignisse, die den Beginn einer Episode einleiteten (Episodenauslöser). Diese Erinnerungen finden sich typischerweise in einer Zeitspanne von sechs bis zwei Wochen vor Beginn einer depressiven Episode. Es bedarf des aktiven Nachfragens, um diese Erinnerungen zu identifizieren, wobei die Intrusivität ein wichtiges Kriterium ist. Diese Erinnerungen sind nicht immer



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



leicht zu identifizieren, besonders, wenn sich der Patient noch in der depressiven Episode befindet, da die depressive Symptomatik das Erleben des Patienten bestimmt. In diesem Fall wird man mit dem Episodenauslöser der aktuellen Episode beginnen und die Arbeit dann auf weitere Episodenauslöser ausweiten (ggfs. Clusterstrategie anwenden). Ist die depressive Episode abgeklungen, empfiehlt es sich, mit dem Episodenauslöser der schlimmsten Episode zu beginnen, um dann ggfs. weitere Episodenauslöser (Clusterstrategie) auszuweiten. Befindet sich der Patient in einer chronischen Depression (Dauer der Episode länger als zwei Jahre), ergibt es Sinn, mit Anlässen für Stimmungsverschlechterung zu arbeiten.

2) Gleichermaßen werden Erinnerungen an traumatische oder nicht-traumatische Lebensereignisse reprozessiert, wenn diese intrusiv sind und den Patienten belasten.

B. Arbeit im Überzeugungssystem

1. Depressive Patienten berichten überwiegend von dysfunktionalen Überzeugungen. Diese in das Bewusstsein eindringenden Gedanken können als Symptom getriggelter Knoten verstanden werden und ähneln durchaus den aus der Arbeit am Knoten bekannten ‚Negativen Kognitionen‘. Wenn die Arbeit an den Erinnerungen der Gruppe 1 erfolgreich war und zu einer Stabilisierung des Patienten beigetragen hat, sollte zur Arbeit im Überzeugungssystem übergegangen werden, wenn die Symptomatik des Patienten dies nahelegt. Häufig wird der Druck der Symptomatik nach der ersten Entlastung vom Überzeugungssystem getragen, weswegen die Änderung in der Fokussierung sinnvoll ist. Dabei ist nach dysfunktionalen Überzeugungen zu suchen und eine Hierarchie im Sin-

ne der Belastung zu erstellen. Unserer Erfahrung nach gehen die dysfunktionalen Überzeugungen überwiegend auf unverarbeitete Kindheitserinnerungen zurück, die später bei Triggerung der Knoten immer wieder durch die aktuelle Erfahrung ‚validiert‘ werden. Die zugrundeliegenden Erinnerungen sind besonders zu Beginn der Behandlung schwerer zugänglich. Leichter zugänglich sind die durch Triggerung erfahrbaren gegenwärtigen Realisierungen des Materials. Da diese Erinnerungen dem Patienten die dysfunktionale Überzeugung immer wieder gleichsam ‚beweisen‘, nennen wir sie in Anlehnung an DeJong (de Jongh, ten Broeke, & Meijer, 2010) ‚Beweiserinnerung‘. Beweiserinnerungen können nach den Überzeugungen (z. B. ‚Ich bin wertlos‘, ‚Ich bin ein Versager‘ o.ä.) gruppiert werden. Die Beweiserinnerung mit der höchsten Belastung kann als Ausgangspunkt zur Exploration der zugrundeliegenden Netzwerke genutzt werden. Als diagnostische Technik bietet sich z.B. die Affektbrücke an. Werden hier frühere Erinnerungen (Schlüsselerinnerungen) gefunden, können diese nach dysfunktionalen Überzeugungen zu Clustern organisiert werden. Hier bietet sich in der Bearbeitung die Clusterstrategie an. Der Ablauf der Arbeit im Überzeugungssystem ist wie folgt:

1. Identifizierung von Beweiserinnerungen

2. Aufsuchen und Reprozessieren von Schlüsselerinnerungen

3. Überprüfen und Reprozessieren von Beweiserinnerungen, falls diese nach dem Reprozessieren der damit verbundenen Schlüsselerinnerungen noch belastend sind.

4. Identifizieren und Prozessieren von Triggern für die eingangs identifizierten Überzeugungen

5. Zukunftsarbeit mit der Zukunftsprojektion oder dem Future Template an den eingangs identifizierten Überzeugungen

C. Trigger und Zukunftsarbeit für Gruppe A Erinnerungen

Nach der Arbeit im Überzeugungssystem sollte die Arbeit an den unter 1. genannten Erinnerungen fortgesetzt werden.

1. Hier werden Trigger für Erinnerungen der Gruppe 1 identifiziert und bei Bedarf prozessiert.

2. Zukunftsarbeit mit der Zukunftsprojektion oder dem Future Template für Erinnerungen der Gruppe A

D. Depressive und suizidale States

Wenn die Arbeit an dem Material unter 1. – 3. zu einer Stabilisierung führt, können Erinnerungen an das Erleben der depressiven Symptomatik, das depressive ‚Sein‘ oder an die erlebte Suizidalität identifiziert und prozessiert werden. Wir gehen davon aus, dass das Erleben der depressiven Symptomatik oder von Suizidalität aufgrund der hohen damit verbundenen Belastung ebenfalls zu unverarbeiteter Erinnerung führen kann. Besonders über längere Zeit bestehende Symptomatik oder wiederholte Suizidalität kann zu hier zu Material führen. Wir haben hierfür die Bezeichnung ‚State‘ gewählt. Dieser Begriff unterscheidet sich grundlegend vom Begriff des EGO-States. Die Reihenfolge der Bearbeitung beginnt mit dem depressivem State und geht dann, falls notwendig, zum suizidalen State über. Wenn nicht nur eine, sondern mehrere Erinnerungen identifizierbar sind, sollte eine Clusterstrategie in Erwägung gezogen werden.

1. Erinnerungen an die depressive Symptomatik per se

2. Erinnerungen an Suizidalität per se

Die Bearbeitung des suizidalen States sollte nur bei Symptomentlastung durch die vorherige Arbeit, Sistieren von aktiver Suizidalität, tragfähiger therapeutischer Beziehung und Belastung durch die vordem erlebte Suizidalität, respektive Angst vor dem Wiederauftreten, vorgenommen werden.

Differenzierung nach klinischer Situation

Wie schon oben angesprochen, kann die Symptomatik eine Veränderung der Reihenfolge in der Fokussierung nahelegen. Wenn der Patient vornehmlich unter den dysfunktionalen Überzeugungen leidet und anderes Erinnerungsmaterial (z.B. Episodenauslöser) nicht intrusiv ist, kann die frühe Arbeit im Überzeugungssystem erwogen werden. Wie oben ausgeführt (B), ist grundsätzlich der Versuch der Exploration und die Bearbeitung im auslösenden Netzwerk aufgrund grundlegender Überlegungen im AIP-Modell anzustreben. Es kann allerdings sein, dass das zugrundeliegende Material aus der Kindheit nicht oder noch nicht zugänglich ist, besonders, wenn dies früh in der Behandlung versucht wird und der Patient noch sehr im depressiven Sein verhaftet ist. In solchen Fällen ist es einen Versuch wert, die Beweiserinnerungen zu prozessieren.

Diese sind aufgrund ihrer gegenwärtigen Natur leicht zugänglich und werden vom Patienten oft spontan berichtet. Die klinische Wirkung der Durcharbeitung dieses ‚symptomatischen‘ Materials ist begrenzt, kann den Patienten gleichwohl punktuell entlasten. Nach dem Prozessieren mehrerer Beweiserinnerungen wird in einigen Fällen der Zugang zum zugrundeliegenden Netzwerk möglich.

Grundsätzlich lassen sich **vier Gruppen von depressiven Patienten** unterscheiden, die von einer etwas anderen Fokussierungsstrategie profitieren.

Die erste Gruppe sind Patienten, die weitgehend in ihrer Symptomatik remittiert sind, bei denen also die depressive Episode fast vorüber oder vorüber ist. Hier sollte zuerst mit dem Episodenauslöser der schlimmsten Episode gearbeitet werden. Danach wären weitere Episodenauslöser und andere intrusive Erinnerungen zu prozessieren. Danach wird die Bearbeitung im oben beschriebenen Ablauf fortgesetzt.

Die zweite Gruppe bilden die Patienten, die sich noch in einer depressiven Episode befinden. Hier ist die Frage der Ressourcenstärkung zur Beeinflussung des depressiven Erlebens zu erwägen.

Die Reihenfolge der Bearbeitung sollte hier mit dem Episodenauslöser der aktuellen Episode beginnen, da der Patient noch sehr im aktuellen Erleben fixiert ist.

Danach sollte die Arbeit auf andere Episodenauslöser und andere intrusive Erinnerungen ausgedehnt werden. Wenn dann die Arbeit im Überzeugungssystem möglich ist, wird die Bearbeitung im oben beschriebenen Ablauf fortgesetzt.

Patienten, die sich in einer chronischen Depression befinden (die depressive Episode dauert länger als zwei Jahre an), benötigen mehr Stabilisierung durch Ressourcenaktivierung zu Beginn der Behandlung. Ein Episodenauslöser ist aufgrund des langen Verlaufs der Episode und der starken Fixierung auf die vom Patienten erlebte Symptomatik oft nicht möglich. Die depressive Symptomatik in der Episode ist jedoch nicht konstant. Es sind Schwankungen der Depressionstiefe zu beobachten. Es lohnt sich, hier bei Stimmungsabschwüngen nach aktuellen Ereignissen zu suchen, die diesen vorausgehen. Dies sind oftmals interaktionelle Situationen, z.B. Kritik oder vom Patienten als überfordernd erlebte Anforderungen der sozialen Umgebung. Hier bietet sich die Arbeit am Material an, wobei die Eindringtiefe der gewählten Technik den Patienten nicht überfordern sollte. In der Arbeit am Überzeugungssystem ist zu Beginn oft nur die Arbeit mit Beweiserinnerungen möglich.

Erst mit einer Besserung der Depression wird bei einigen Patienten der Zugang zu frühen Netzwerken möglich. Hier zeigen sich schon Ansätze eines ‚umgedrehten‘ Vorgehens, wie es uns aus dem umgedrehten Standardprotokoll (A. Hofmann, 2009) bekannt ist.

Die Komorbidität einer chronischen Depression mit einer komplexen PTBS oder anderen schweren Traumafolgestörung ist sicherlich die größte Herausforderung. Die peritraumatische Dissoziation, die immer Teil des Knotens ist, wird bei den vielen unverarbeiteten Erinnerungen in mehreren Netzwerken oftmals aktiv sein und das Bild mitbestimmen. Dies kann zum Gefühl der Gefühllosigkeit, das als Symptom schwerer Depression betrachtet wird, beitragen. Eine Differenzierung wird sich oftmals erst im Laufe einer längeren Therapie nach Durcharbeitung des umfangreichen Materials zeigen. Auch sind bei diesen Patienten umfangreiche Netzwerke im Überzeugungssystem vorhanden. Bei den alltagsstabileren Patienten ist teils die Arbeit im Standardprotokoll mit sorgfältiger Auswahl des Materials und Graduierung der Technik möglich. Bei den instabileren Patienten ist sicherlich die Planung im umgedrehten Vorgehen sinnvoll.

Die Fokussierung ist auch den unterschiedlich aktivierten Netzwerken pathogener Erinnerung anzupassen und nicht im Sinne eines stringent geplanten und ‚abgearbeiteten‘ Behandlungsplans durchzuführen.

Abschluss und Ausblick

Eine wesentliche Erfahrung, die die Autoren in der Behandlung depressiver Patienten machten, ist: Es bedarf auf Therapeutenseite der Geduld. Dafür schenkt einem die Behandlung depressiver Patienten mit der EMDR Therapie auch schöne Erfahrungen. Eine weitere Erfahrung ist, dass die positive Kognition nach Prozessieren des Materials oftmals stehen bleibt und dem Patienten dann auch in anderen, späteren Situationen zur Verfügung steht. Der Bericht einer Patientin, die sagt: „Früher wäre ich bei der Mitteilung, dass meine Tante an Krebs erkrankt ist, erneut depressiv geworden. Jetzt war dieser Satz ‚Das schaffe ich‘ da!“ ist eine stärkende Erfahrung, auch für den Therapeuten. Die Ergebnisse der systematischen Forschung zur EMDR Therapie in der Behandlung der Depression machen Mut, dass die EMDR Therapie zu einer Verbesserung in der Behandlung depressiver Patienten, besonders einer Senkung der Rezidivrate, beiträgt. Nach Initiierung des EDEN Projekts machten sich auch andere Arbeitsgruppen an die Arbeit, deren Ergebnisse vorliegen oder zu erwarten sind. Da weitere Forschung geplant ist, ist zu hoffen, dass die EMDR Therapie rasch in die Leitlinien zur Behandlung der Depression aufgenommen werden wird.

1. Carletto, S., Malandrone, F., Berchialla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., Hofmann, F., & Ostacoli, L. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing for depression: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 12(1):1894736 DOI: [10.1080/20008198.2021.1894736](https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894736)
2. de Jongh, A., ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12-21. doi:10.1891/1933-3196.4.1.12
3. Hase, M., Balmaceda, U.M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., Hofmann, A. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in the Treatment of Depression – a matched pairs study in an in-patient setting. *Brain and Behavior*. doi:10.1002/brb3.342 (1 of 9)
4. Hase, M., Balmaceda, U.M., Ostacoli, L., Liebermann, P., Hofmann, A. (2017). The AIP model of EMDR Therapy and Pathogenic Memories. *Front Psychol*. 2017 Sep 21;8:1578. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01578. eCollection 2017.
5. Hase, M. (2021a). Instant Resource Installation and Extensive Resource Installation - Two Novel Techniques for Resource Installation in EMDR therapy - Theory, Description and Case Report. *European Journal of Trauma & Dissociation*. doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100224.
6. Hase, M. (2021b) The Structure of EMDR Therapy: A Guide for the Therapist. *Front. Psychol*. 12:660753. doi: 10.3389/fpsyg.2021.66075 . eCollection 2021.



EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA

7. Hofmann, A. (2009). The inverted standard protocol. In M. Lubert (Ed.), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) scripted protocols: basic and special populations (Vol. 1). New York: Springer.

8. Hofmann, A. (2011). Unveröffentlichtes Manuskript.

9. Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., Hase, M. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as an adjunctive treatment in depression – A controlled study. Journal of EMDR, 8(3), 103-112.

10. Hofmann, A., Hase, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Lehnung, M., Ebner, F., Rost, C., Lubert, M., & Tuman, V. (2016). DeprEnd – EMDR therapy protocol for the treatment of depressive disorders. In M. Lubert (Ed.), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets: Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions (pp. 290-323). New York: Springer.

11. McHugh, C.M., Corderoy, A., Ryan, C.J., Hickie, I.B., Large, M.M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. BJPsych Open, 5(2). doi:10.1192/bjpo.2018.88

12. Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hofmann, A. (2018). Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial. Front Psychol, 9, 74. doi:10.3389/fpsyg.2018.00074

13. Shapiro, F. (2018). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols and Procedures (3rd ed.). New York: Guilford.

Spezialseminare zur EMDR-Methode

Zur Erweiterung Ihrer Anwendungsmöglichkeiten des EMDR bieten wir Ihnen Tagesseminare zu Spezialthemen an, die von den Kammern mit Fortbildungspunkten zertifiziert sind.

Neue EMDR-Techniken für akute und komplexe Traumatisierungen

am 09.10.2021 mit Dr. Maria Lehnung - Online Seminar

EMDR-Therapie für Persönlichkeitsstörung mit komplexer Traumatisierung

am 03.12.2021 mit Dolores Mosquera in Köln

DeprEnd® EMDR in der Behandlung von depressiven Störungen

am 04.12.2021 mit Dr. Maria Lehnung in Berlin

Arbeiten mit Anteilen bei dissoziativen Störungen

am 05.12.2021 mit Dolores Mosquera in Köln

Stabilisierung im Rahmen von EMDR-Behandlungen

am 22.01.2022 mit Dr. Joany Spierings in Köln

EMDR mit komplexem Trauma und dissoziativen Störungen

am 12.03.2022 mit Hélène Dellucci in Köln

Falls wegen Corona eine Präsenzveranstaltung nicht möglich ist, bieten wir die Seminare Online an.

Ausführliche Informationen und Seminartermine erhalten Sie unter:

EMDR-Institut Deutschland

Dolmanstr. 86 b

51427 Bergisch Gladbach

Telefon: +49 - (0) 22 04 - 2 58 66

Fax: + 49 - (0) 22 04 - 96 31 82

www.emdr.de

info@emdr.de

Leiter: Dr. med. Arne Hofmann u. Dipl.-Psych. Ute Hofmann

Vergleich von Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy und Kognitiver Verhaltenstherapie als adjuvante Behandlungen bei rezidivierender Depression: Die randomisierte kontrollierte Studie des European Depression EMDR Network (EDEN).

Luca Ostacoli, Sara Carletto, Marco Cavallo, Paula Balmir-Gago, Giorgio Di Lorenzo, Isabel Fernandez, Michael Hase, Ania Justo-Alonso, Maria Lehnung, Giuseppe Migliaretti, Francesco Oliva, Marco Pagani, Susana Recarey-Eiris, Riccardo Torta, Visal Tumani, Ana I. Gonzalez-Vazquez und Arne Hofmann.



Prof. Dr. Luca Ostacoli,

Psychiater, Psychotherapeut und Associate Professor
für Klinische Psychologie an der Universität Turin

Hintergrund:

Die Behandlung von rezidivierenden depressiven Störungen ist gegenwärtig nur mit moderatem Erfolg möglich. Eine zunehmende Anzahl von Untersuchungen deutet an, dass ein Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und rezidivierenden depressiven Störungen besteht, weswegen anzunehmen ist, dass traumabasierte Interventionen für diese Patientengruppe hilfreich sein könnten.

Untersuchungsziele:

Die Wirksamkeit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) begleitend zu einer antidepressiven Medikation (ADM) bei der Behandlung rezidivierender depressiver Störungen.

Design:

Eine einfach verblindete, randomisierte kontrollierte klinische Nicht-Untergleichheits-Studie zum Vergleich von EMDR und KVT als adjuvante Behandlungen zu ADM. Die Randomisierung erfolgte über ein zentrales Computersystem. Die Zuteilung erfolgte durch einen Studienkoordinator im jeweiligen Behandlungszentrum.

Setting:

Zwei psychiatrische Einrichtungen, eine in Italien und eine in Spanien

Teilnehmende:

82 PatientInnen wurden im Verhältnis 1:1 der EMDR-Gruppe (n = 40) oder der KVT-Gruppe (n = 42) zugeteilt. 66 PatientInnen, 31 in der EMDR-Gruppe und 35 in der KVT-Gruppe, wurden in die Analyse aufgenommen.

Intervention:

15 ± 3 individuelle Sitzungen mit EMDR oder KVT, beide zusätzlich zu ADM sowie ein Follow-Up nach sechs Monaten.

Primäres Ergebniskriterium

Häufigkeit der Remission depressiver Symptome in beiden Gruppen, in Form eines BDI-II-Scores <13.

Ergebnisse:

66 PatientInnen wurden mit abgeschlossener Intervention in die Analyse aufgenommen (31 EMDR vs. 35 KVT). Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden, weder am Ende der Interventionen (71% EMDR vs. 48.7% KVT), noch zum Zeitpunkt des 6-Monats-Follow-Up (54.8% EMDR vs. 42.9% KVT). Eine ANOVA mit Messwiederholung der BDI-II-Scores zeigte im Verlauf eine ähnliche Abnahme in beiden Gruppen [$F(6,59) = 22.501$, $p < 0.001$] und einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe [$F(6,59) = 3.357$, $p = 0.006$], mit geringeren BDI-II-Scores in der EMDR-Gruppe bei T₁ [mittlere Differenz = -7.309 (95% KI[-12.811, -1.806]), $p = 0.010$]. Die ANOVA mit Messwiederholung vom sekundären Ergebnis zeigte über die Zeit eine ähnliche Verbesserung in beiden Gruppen [$F(14,51) = 8.202$, $p < 0.001$], ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen [$F(614,51) = 0.642$, $p = 0.817$].

Schlussfolgerung:

Auch wenn die Ergebnisse zunächst nur als vorläufig betrachtet werden können, deutet diese Studie an, dass EMDR eine praktikable und effektive Behandlungsmethode zur Reduktion depressiver Symptome ist und die Lebensqualität von PatientInnen mit rezidivierender Depression verbessert. Studien-Registrierung: ISRCTN09958202.

EINLEITUNG

Depressionen gehören mit über 300 Millionen Betroffenen zu den häufigsten psychischen Störungen (WHO, 2017). Die Auswirkungen der Erkrankung auf die Gesamtgesundheit sind gravierend. Die WHO hat die Depression eingestuft als „größten einzelnen Beitrag zu Behinderungen weltweit, verantwortlich für 7.5% aller mit Behinderung gelebter Jahre in 2015“ (WHO, 2017; eigene Übersetzung).

Obwohl in den vergangenen 20 Jahren die Möglichkeiten der Depressionsbehandlung signifikant angestiegen sind, ist der Optimismus, der anfangs mit der Nutzung neuer antidepressiver Medikamente (ADM) einherging, wie zum Beispiel selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), rasch wieder verschwunden (Pampallona et al., 2002). Tatsächlich wurde in mehreren Meta-Analysen festgestellt, dass ADM nur einen mäßigen Vorteil gegenüber Placebos haben (Kirsch et al., 2008; Khan und Brown, 2015), wobei ein größerer Erfolg bei schweren Depressionen vorliegt (Fournier et al., 2010).

Zur Behandlung von Depressionen gehören auch psychotherapeutische Interventionen, die ihre Wirksamkeit nicht nur für leichte und mittelschwere Depressionen, sondern auch im Fall von schweren chronischen Depressionen unter Beweis gestellt haben (Nemeroff et al., 2003).

In Behandlungsrichtlinien wird beschrieben, dass bei Menschen mit mittlerer oder schwerer Depression eine Kombination aus ADM und einer hochintensiven psychologischen Intervention als wirksamste Behandlung gilt (National Collaborating Centre for Mental Health [UK], 2010). Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist eine der am besten untersuchten und empirisch untermauerten Behandlungsmethoden für Depressionen (National Collaborating Centre for Mental Health [UK],

2010). Kognitive Verhaltenstherapie basiert auf der Annahme, dass maladaptive Kognitionen einen Beitrag zum Auftreten und zur Aufrechterhaltung von Depressionen leisten. Becks Modell folgend, können Veränderungen dieser maladaptiven Kognitionen zu Veränderungen von Emotionsregulation und dysfunktionalem Verhalten führen (Beck, 1979).

In den letzten Jahren haben sich Hinweise darauf gehäuft, dass Stress und damit einhergehende neurobiologische Korrelate eine herausragende Rolle sowohl für das Auftreten, als auch den Verlauf schwerer psychiatrischer Störungen spielt, einschließlich der Depression (Nemeroff, 2016). Belastende Kindheitserfahrungen (adverse childhood experiences = ACEs), was sowohl physischen und sexuellen Missbrauch, als auch emotionale Vernachlässigung einschließt (Felitti et al., 1998; Norman et al., 2012; Infurna et al., 2016), ist mit einem deutlich gesteigerten Risiko verbunden, im Erwachsenenalter eine Depression zu entwickeln (Kendler et al., 1995; Anda et al., 2006; American Psychiatric Association, 2013; Lindert et al., 2014; Khan et al., 2015; Infurna et al., 2016; Kendler und Gardner, 2016; Nemeroff, 2016; Hughes et al., 2017).

Vergleicht man Personen ohne belastende Erfahrungen in der Kindheit mit solchen, die entsprechende Erfahrungen gemacht haben, besteht bei letzteren ein größeres Risiko, im Laufe des Lebens eine depressive Episode zu entwickeln (Kessler, 1997). Zudem konnte eine relative Beziehung zwischen der Anzahl von ACEs und der Auftretenswahrscheinlichkeit von depressiven Störungen (anamnestisch und prognostisch) aufgezeigt werden (Chapman et al., 2004; Anda et al., 2006).

Des Weiteren haben mehrere Studien gezeigt, dass ACEs mit einem schlechteren klinischen Verlauf assoziiert sind, einschließlich einem früheren Onset-Alter, schwereren Symptomen, Komorbiditäten sowie der Dauer und dem

Wiederauftreten von Episoden (Heim und Nemeroff, 2001; Wiersma et al., 2009; Scott et al., 2012; Tunnard et al., 2014; Paterniti et al., 2017).

Mehrere Studien haben den Effekt von ACEs auf den Verlauf einer majoren Depression (MDD) untersucht und herausgefunden, dass eine deutliche Verknüpfung zwischen einer Anamnese mit belastenden Kindheitserfahrungen und dem Verlauf der Depression im Erwachsenenalter besteht (Widom et al., 2007; Infurna et al., 2016; Li et al., 2016). Überdies deutet eine Meta-Analyse (Nanni et al., 2012) an, dass Kindesmissbrauch mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, dass depressive Symptome rezidivierend auftreten und persistieren. Ergänzend haben Chen J. et al. (2014) eine signifikante Verknüpfung zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und rezidivierender depressiver Störung aufgezeigt, wobei ein früheres Onset-Alter und längere depressive Episoden bestanden bei Frauen mit Depression, die einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt haben.

Die deutlichen Hinweise darauf, dass PatientInnen mit majorer Depression, die ACEs erlebt haben, einen ungünstigen Krankheitsverlauf aufweisen und schlecht auf Standardbehandlungen ansprechen, inklusive eines größeren Risikos von wiederauftretenden und anhaltenden Episoden, zeigen, dass die Entwicklung neuer therapeutischer Ansätze notwendig ist, die speziell auf die Behandlung traumatischer Erfahrungen zugeschnitten sind (Nanni et al., 2012; van Nierop et al., 2015; Nemeroff, 2016; Williams et al., 2016).

Das Therapieverfahren Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wurde ursprünglich von Francine Shapiro in den späten 1980ern zur Behandlung traumatischer Erinnerungen entwickelt (Shapiro, 1989). Es ist inzwischen allgemein als empirisch untermauerte Behandlungsmethode für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anerkannt



EMDR-INSTITUT AUSTRIA



zertifiziertes

Ausbildungsinstitut

Das **EMDR-Institut Austria** (www.emdr-institut.at - **Leitung Mag^a. Eva Münker-Kramer**) ist der einzige autorisierte Österreich-Partner des **EMDR-Institute von Francine Shapiro, PhD., USA** (www.emdr.com) und **Kooperationspartner des EMDR-Instituts Deutschland** (www.emdr-institut.de). Es bietet die durch die **Europäische Fachgesellschaft** (www.emdr-europe.org) anerkannte und zertifizierte EMDR-Ausbildung sowie Spezialseminare an.

EMDR Basisseminar I - Einführung (Alternativtermine)

12. - 14.07.2021 in Lochau/Vbg. inkl. **Praxistag am 20.09.2021** mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

21. - 23.10.2021 in Wien inkl. **Praxistag am 25.11.2021** mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

20. - 22.01.2022 in Salzburg inkl. **Praxistag am 22.02.2022** mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

31.03. - 02.04.2022 in Wien inkl. **Praxistag am 16.06.2022** mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

13. - 15.10.2022 in Wien inkl. **Praxistag am 08.12.2022** mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

EMDR Basisseminar II - Fortgeschrittene (Alternativtermine)

09. - 11.12.2021 in Wien mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

17. - 19.02.2022 in Lochau/Vbg. mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

23. - 25.06.2022 in Wien mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

01. - 03.12.2022 in Salzburg mit Mag^a. Eva Münker-Kramer

EMDR Spezialseminare

Kurzworkshop 2, 2. Termin: "Damit hab ich immer Schwierigkeiten!" – Erarbeitung der „passenden Kognitionen“

09.07.2021 mit Mag^a. Eva Münker-Kramer **online** per ZOOM

Kurzworkshop 3: ICD 11 „Allgemeines und Änderungen im Bereich der Traumafolgestörungen“ 10.09.2021

mit Mag^a. Eva Münker-Kramer **online** per ZOOM

Kurzworkshop 4: "Möglichkeiten der aktive(re)n Unterstützung in Phase 4 bei komplexe(re)n PatientInnen"

16.09.2021 mit Mag^a. Eva Münker-Kramer **online** per ZOOM

EMDR Behandlungsplanung und Fallkonzeption konkret 30.09.2021 mit Mag^a. Eva Münker-Kramer in **Graz**

Kurzworkshop 1, 3. Termin: "Ach so, jetzt verstehe ich! - Typische Stolpersteine bei der Arbeit mit EMDR"

05.11.2021 mit Mag^a. Eva Münker-Kramer **online** per ZOOM

EMDR bei Depressionen

26.11.2021 mit Dr. Michael Hase in **Wien**

EMDR und Traumatherapie im Alter

18.02.2022 mit Mag^a. Martina Hopfner in **Wien**

EMDR bei dissoziativen Störungen (The Progressive Approach) 18. – 19.03.2022 mit Dolores Mosquera PhD in **Wien**

EMDR mit Kindern und Heranwachsenden: Geschichten erzählen – Narrativarbeit 29.04.2022 mit Rose Marie

Wellek-Mestian MSc BA in **Wien**

Genauere Details, Supervisionstermine und die Möglichkeit zur Seminaranmeldung finden Sie auf

www.emdr-institut.at

(National Collaborating Centre for Mental Health [UK], 2005; Bisson and Andrew, 2007; Chen Y.-R. et al., 2014).

Die EMDR-Therapie orientiert sich am Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (Adaptive Information Processing = AIP) (Shapiro, 2001). Eine der Kernannahmen des AIP-Modells besagt, dass belastende Ereignisse, welche nicht vollständig verarbeitet und in bereits existierende Erinnerungsnetzwerke integriert werden, auf eine dysfunktionale Weise gespeichert werden. Diese belastenden Ereignisse erfüllen nicht zwangsläufig das Kriterium A der PTBS, sie stellen aber die Grundlage einer Reihe psychischer Störungen dar, darunter PTBS, affektive Störungen, chronischer Schmerz und Sucht (Shapiro, 2014; Hase et al., 2017). Eine neuere Studie (Hase et al., 2017) schlägt eine Beziehung zwischen dysfunktional gespeicherten Erinnerungen und der von Centonze et al. (2005) beschriebenen Theorie der pathogenen Erinnerungen vor.

Die Reaktivierung einer pathogenen Erinnerung durch verschiedene interne und externe Stimuli, einhergehend mit einer Erhöhung des vegetativen Arousal, könnte zu anschließenden maladaptiven Reaktionen führen, die langfristig zum Auftreten verschiedener psychiatrischer Störungen beitragen (Hase et al., 2017). Von diesem Blickpunkt aus betrachtet, liegt die Hypothese nahe, dass pathogene Erinnerungen einen Beitrag zum Auftreten und zur Aufrechterhaltung rezidivierender depressiver Episoden leisten. EMDR könnte hier einen vielversprechenden Ansatz darstellen, indem es das Reprozessieren pathogener Erinnerungen anstößt und damit das Repertoire effektiver Interventionen bei rezidivierender Depression erweitert.

In den vergangenen Jahren hat sich die Anwendung von EMDR auch über PTBS hinaus rasch verbreitet. Inzwischen wird es zur Behandlung einer weiten Bandbreite von Störungen angewen-

det, die durch belastende Lebensereignisse ausgelöst wurden (Shapiro und Maxfield, 2002). Mehrere Bücher, Konferenzbeiträge und Fallstudien deuten die Anwendbarkeit auch für Depressionen an (Wood und Ricketts, 2013; Luber, 2016). Zwei Studien, in denen die Literatur zur Anwendung von EMDR bei Depression als Hauptdiagnose ausgewertet wurde, kamen zum Schluss, dass EMDR vorläufig als vielversprechende Therapie zur Behandlung dieser Störung angesehen werden kann, wenn gleich weitere Forschung erforderlich ist (Wood und Ricketts, 2013; Valiente-Gómez et al., 2017). In den vergangenen Jahren haben weitere Studien die Wirksamkeit von EMDR bei DepressionspatientInnen nachgewiesen (Hoffmann et al., 2014; Behnammoghadam et al., 2015; Hase et al., 2015; Mauna Gauhar, 2016), während auch ein spezielles EMDR-Therapieprotokoll zur Behandlung depressiver Störungen veröffentlicht wurde (Hofmann et al., 2016). Des Weiteren hat eine 2017 veröffentlichte Studie die Anwendbarkeit von EMDR-Behandlung bei PatientInnen mit rezidivierender und/oder lang anhaltender Depression gezeigt (Wood et al., 2017).

2010 hat eine Gruppe europäischer WissenschaftlerInnen das European Depression EMDR Network (EDEN) mit dem Ziel gegründet, die Wirksamkeit von EMDR bei dieser Erkrankung in verschiedenen Kontexten und mit unterschiedlicher Methodik zu untersuchen. Die zugrundeliegende Hypothese hierbei ist, dass EMDR-Therapie sich unmittelbar auf Erinnerungen an negative und traumatische Erfahrungen auswirken könnte, die signifikant zum Auftreten und zur Aufrechterhaltung depressiver Episoden beitragen.

Die vorliegende Studie stellt eines der Forschungsprojekte des Netzwerks EDEN dar, wobei das Ziel darin bestand, zu beurteilen, ob PatientInnen mit rezidivierender depressiver Störung von einer Trauma-adaptierten psychotherapeutischen Intervention (EMDR)

profitieren, im Vergleich mit einer eher klassischen Intervention (KVT), zusätzlich zur klinischen Behandlungsroutine und üblicher Medikation.

Das Hauptziel dieser Studie bestand darin, die Wirksamkeit von EMDR im Vergleich zu KVT zu bewerten hinsichtlich der Ansprechraten und des zeitlichen Umfangs der depressiven Symptomremission. Ein nachgeordnetes, sekundäres Ziel bestand darin, die Wirksamkeit beider Behandlungsansätze auf Begleitsymptome und Lebensqualität zu vergleichen.

METHODIK

Design

Diese Studie war eine Nicht-Unterlegenheitsstudie, in Form einer randomisierten kontrollierten klinischen Untersuchung (RCT), mit dem Ziel, die Wirksamkeit einer EMDR-Behandlung im Vergleich zu einer KVT-Intervention bei PatientInnen mit rezidivierender depressiver Störung zu untersuchen, die bereits eine übliche Behandlung bekamen (d.h. „treatment as usual“ = TAU).

Die Studie wurde im ISRNCTN-Register als ISRNCTN09958202 registriert.

Setting

Die Studie wurde multizentrisch durchgeführt und die teilnehmenden PatientInnen wurden konsekutiv zwischen 2014 und 2016 in zwei Settings rekrutiert: In Italien wurden die Teilnehmenden von den psychiatrischen Einrichtungen rekrutiert, welche an das Universitätsklinikum San Luigi Gonzaga von Orbassano, Turin, angeschlossen sind. In Spanien wurden die teilnehmenden PatientInnen über die Assistens Clinic, A Coruña, erfasst.

Diese Studie wurde vom wissenschaftlichen Ethikkomitee des Universitätsklinikums San Luigi Gonzaga und

vom Ethikkomitee der Klinischen Forschung von Galizien genehmigt. Von allen PatientInnen wurde die aufgeklärte Einwilligung schriftlich eingeholt.

Teilnehmende

Die Teilnehmenden der Studie bestanden aus 82 PatientInnen mit rezidivierenden depressiven Episoden, die jeweils einer der oben genannten spezialisierten klinischen Einrichtungen zugewiesen worden waren und bereits ein TAU erhielten (ADM und psychiatrische Visiten, mit stabiler antidepressiver Medikation seit mindestens vier Wochen).

Die Teilnehmenden wurden vorab im Rahmen einer klinischen Routinevisite mit dem Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II; Beck und Steer, 1993) gescreent. Diejenigen mit einem BDI-II-Score über 13 (Cut-Off für das Screening von klinisch relevanten Depressionssymptomen) wurden mithilfe des klinischen Interviews Mini-International-Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI-Plus; Sheehan et al., 1998) untersucht, um die Diagnose zu bestätigen.

Die Einschlusskriterien lauteten wie folgt: (1) die Diagnose Rezidivierende depressive Störung (F33.x oder F33.x + F34.1 „double depression“) – dies konnte eine chronische Depression sein (von mindestens zweijähriger Dauer), (2) ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren, (3) ein Score von mindestens 13 im Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II), (4) Anwendung einer ADM-Behandlung seit mindestens vier Wochen, (5) die Rechtsfähigkeit, um der Behandlung zuzustimmen.

Die Ausschlusskriterien waren die folgenden: (1) eine Vorgeschichte mit psychotischen Symptomen oder Schizophrenie, (2) eine bipolare oder demenzielle Erkrankung, (3) schwere Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern A oder B, (4) dissoziative Störungen (DES-Score >25%), (5) irgendein substanzbezogener Abusus oder eine Sucht-

erkrankung (ausgenommen Nikotin) in den sechs Monaten vor Studiendurchführung, (6) ein labiler medizinischer Zustand, (7) aktuelle Schwangerschaft, (8) ein parallel laufender Gerichtsprozess oder Anwärterschaften auf Rente bzw. andere Sozialleistungen.

Akquise und Messmethoden

Die Akquise von Teilnehmenden wurde von PsychiaterInnen durchgeführt, die den PatientInnen eine Teilnahme an der Studie während einer klinischen Routinevisite vorschlugen. Die Studie und ihre Ziele wurden denjenigen PatientInnen vermittelt, welche die entsprechenden Einschluss- und Ausschlusskriterien erfüllten. Ihnen wurde außerdem mitgeteilt, dass sie bei Studienteilnahme zufällig einer von zwei Behandlungsbedingungen zugeteilt werden würden, die für den Untersuchungszeitraum dieselben zeitlichen Abläufe und dieselben Messinstrumente nutzen würden. Wenn sie zustimmten, unterschrieben sie die informierte Einwilligung, wurden randomisiert zugeteilt und dann gebeten, mit der psychologischen Beurteilung zu beginnen. Die folgenden psychologischen Selbstausfrage-Fragebögen kamen zum Einsatz:

Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) (Beck und Steer, 1993)

Es handelt sich hierbei um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 21 Items, welches das Vorhandensein und die Schwere von depressiven Symptomen, basierend auf DSM-IV-Kriterien, erfasst. Der Summenscore reicht von 0 bis 63, wobei ein höherer Score auf eine höhere Ausprägung der Depression hinweist. Ein Score über 13 wird als Cut-Off für das Vorliegen von depressiven Symptomen angenommen (14 – 19: leichte Depression, 20 – 28: mittelschwere Depression; ≥ 29: schwere Depression).

Beck-Angst-Inventar (BAI) (Beck und Steer, 2013)

Es handelt sich hierbei um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 21 Items, das die kognitiven, somatischen und affektiven Symptome von Angst in ihrer Schwere bewertet. Der Summenscore reicht von 0 bis 63, wobei ein höherer Score auf ein höheres Angstniveau hinweist. Ein Score über 9 weist auf das Vorliegen einer klinisch relevanten Angst hin (10 – 16: leichte Angst; 17 – 29: mittelschwere Angst; ≥ 30: schwere Angst).

Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Weiss und Marmar, 1997)

Das IES-R ist ein Selbstausfragebogen mit 22 Items, bestehend aus drei Subskalen (acht Items für Intrusionen, acht Items für Vermeidung und sechs Items für Hyperarousal). Die Gesamtskala schätzt die subjektive Belastung ein, welche durch traumatische Erfahrungen ausgelöst wurde.

WHO-Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref) (Murphy et al., 2000)

Die WHOQOL-Bref besteht aus 26 Items, welche die folgenden allgemeinen Bereiche erfassen: physische Gesundheit (WHO-Phys), psychologische Gesundheit (WHO-Psychol), soziale Beziehungen (WHO-Social) und Umwelt (WHO-Env).

Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (American Psychiatric Association, 2000)

Diese Skala ist Bestandteil der Achse V des DSM-IV und wird genutzt, um das soziale, berufliche und psychische Funktionsniveau zu beurteilen. Die Scores reichen von 100 (extrem hohes Funktionsniveau) bis 1 (schwere Beeinträchtigung).

Die Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein und Putnam, 1986; Frischholz et al., 1990)

Dies ist ein kurzes Selbstaussage-Inventar aus 28 Items zur Häufigkeit von dissoziativem Erleben. Es handelt sich um ein reliables und valides Messinstrument, um den Beitrag von Dissoziationen zu verschiedenen psychiatrischen Störungen zu erfassen sowie ein Screening-Instrument für dissoziative Störungen. In der vorliegenden Studie wurde ein Score von über 25 als Ausschlusskriterium festgelegt.

Das Trauma Antecedent Questionnaire (TAQ) (Luxemberg et al., 2001)

Dies ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das Informationen über ACEs und andere Lebenserfahrungen zusammenträgt, wobei eine Einschätzung für vier verschiedene Lebensphasen stattfindet: frühe Kindheit (Geburt bis 6 Jahre), Latenzphase (7 bis 12 Jahre), Adoleszenz (13 bis 18 Jahre) und Erwachsenenalter.

Für jedes Item des TAQ sollten die Befragten einschätzen, in welchem Ausmaß sie eine bestimmte Erfahrung während der jeweiligen Entwicklungsphase auf einer Skala von 0 bis 3 gemacht hatten.

Das Vorhandensein einer ACE ergab sich, wenn mindestens eine belastende Erfahrung mit der Intensität von mindestens 2 berichtet wurde.

Randomisierung und Messzeitpunkte

Die PatientInnen wurden zufällig einer der beiden Bedingungen zugeteilt: TAU+EMDR oder TAU+KVT. Die PatientInnen wurden in einem Verhältnis von 1:1 mittels blockweiser Randomisierungssequenzen zugeteilt (bei einer Blockgröße von vier). Die Sequenz

wurde durch unabhängige statistische Beratung festgelegt, wobei die Anfangsmessung unbekannt war, damit die Zuordnung verdeckt blieb. Es kam ein zentralisierter randomisierter Algorithmus zum Einsatz. Am Durchführungsort wurde die Behandlungszuordnung den PatientInnen durch die Studienleitung mitgeteilt, um zu gewährleisten, dass die EvaluatorInnen für ihre Zuordnung blind blieben. Die psychologische Beurteilung wurde unabhängig vom Untersuchungsplan von PsychologInnen mit denselben Messinstrumenten und denselben Zeitabständen für beide Gruppen durchgeführt: Bei der Baseline (T₀), am Behandlungsende (T₁) und sechs Monate nach Behandlungsende (T₂).

Um den Verlauf der depressiven Symptome zu beurteilen, wurden vier Visiten im Rahmen der Behandlungsroutine für jede(n) PatientIn während der Behandlungsphase angesetzt. Die erste Beurteilung (Asses-1) wurde nach den ersten beiden Therapieeinheiten angesetzt, anschließend wurden alle vier Sitzungen sukzessive die nächsten Beurteilungen vorgenommen (Assess-2, Assess-3, Assess-4). Begleitend zu diesen Beurteilungen innerhalb der Behandlung führten PsychiaterInnen unabhängig von der Studie das Beck-Depressions-Inventar-II durch.

Interventionen

Die klinischen PsychologInnen, welche klinische Beurteilungen durchführten, waren sowohl unabhängig von als auch verblindet für die Interventionen.

Alle PatientInnen der Studie bekamen weiterhin die übliche Behandlung (TAU), was ADM und die Behandlungsroutine der jeweiligen klinischen Einrichtung beinhaltet.

Die Anzahl der hinzukommenden individuellen Termine mit EMDR oder KVT durfte zwischen 12 und 18 variieren (15 ± 3). Dieser relativ flexible Umfang an Sitzungen wurde aufgrund einer doppelten Zielsetzung gewählt: (1) es sollte

jegliche Ungleichheit der Behandlung zwischen PatientInnen und Einrichtungen vermieden werden, indem kein(e) TherapeutIn eine Sitzungsanzahl von <12 oder >18 ansetzen durfte, (2) es sollte den TherapeutInnen ermöglicht werden, eine an den Bedarf angepasste Anzahl an Sitzungen für jede(n) PatientIn anzusetzen, wobei dies im festgelegten Umfang bleiben musste.

Die Sitzungen wurden wöchentlich geplant. Die Dauer der Intervention hing hauptsächlich von der Anzahl durchgeführter Sitzungen ab, die ein(e) PatientIn wahrnahm. Zusammengefasst variierte dies zwischen drei und sechs Monaten (z.B. wenn die Behandlung durch Urlaubszeiten unterbrochen wurde oder logistische Probleme es einzelnen PatientInnen erschwerten, wöchentlich teilzunehmen).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Die EMDR-Behandlung erfolgte anhand des DeprEnd-Protokolls, hierbei handelt es sich um das Manual zur Behandlung von depressiven PatientInnen mit EMDR (siehe Hofmann et al., 2016 für eine detaillierte Ausführung). Die Intervention der Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Therapie begann mit einer Stabilisierungsphase, die aus zwei Abschnitten bestand: In den ersten beiden Sitzungen wurden die Sicherer Ort-Übung (Shapiro, 2001) und die Absorptionstechnik (Hofmann, 2009) eingesetzt. Die zweite Phase, die sich über die folgenden drei Sitzungen erstreckte, basierte auf Übungen zur Selbstfürsorge (Gonzalez-Vázquez und Mosquera-Barral, 2012). Die übrigen Sitzungen konzentrierten sich auf Trauma-Reprozessierung. Die EMDR-Ziele wurden anhand von vier Faktoren ausgewählt, welche eine besondere Rolle in der Entstehung, der Aufrechterhaltung und dem Wiederauftreten von depressiven Episoden spielen. Abhängig von der individuellen Lebensgeschichte der

oder des PatientIn wurden eine oder alle der folgenden Arten pathogener Erinnerungsnetzwerke zum Fokus der EMDR-Behandlung:

(1) Episoden-Auslöser der aktuellen depressiven Episode (und früherer Episoden): Falls depressive Episoden hauptsächlich durch entweder traumatische (PTBS-Kriterium A) oder nicht-traumatische (kein A-Kriterium erfüllt) Ereignisse ausgelöst zu sein schienen;

(2) Überzeugungssysteme: Wenn ein(e) PatientIn eine Reihe von wiederholten Erfahrungen durchlebt hat (meistens keine Kriterium-A-Ereignisse, wie beispielsweise Demütigung), die sich in Überzeugungssystemen manifestieren, was die Vulnerabilität und die Aufrechterhaltung von depressiven Episoden erhöht;

(3) Depressive States: Wenn PatientInnen frühere, längere, intensivere oder wiederholte depressive Episoden erleben, kann dies auf eine State-spezifische Art erinnert werden;

(4) Depressive und suizidale States: Wenn die Erinnerung an Depression und/oder Suizidalität (oder Suizidversuche) selbst eine eigene Erinnerungsstruktur errichtet hat. Die EMDR-Ziele wurden hinsichtlich des klinischen Zustands der oder des PatientIn priorisiert. In jeder Einrichtung wurde EMDR von drei PsychotherapeutInnen angeboten, die in Level II - EMDR spezialisiert waren und mindestens drei Jahre Erfahrung in der Depressionsbehandlung mitbrachten. Diese erhielten umfangreiches Training und Supervision durch erfahrene EMDR-AnleiterInnen in dem für die Studie entwickelten manualisierten Protokoll.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die KVT-Behandlung orientierte sich an dem Manual zur Kognitiven Therapie der Depression (Beck, 1979). Die Therapie arbeitet systematisch mit dysfunktionalen Überzeugungen und vermittelt Selbstaufmerksamkeit bzgl. negativer Emotionen und deren Einfluss auf das Verhalten. Zusätzlich enthielt sie ein Training zur Entscheidungsfindung und gezielte Übungen dazu, wie man die Häufigkeit und Qualität angenehmer Erfahrungen steigern kann. Hausaufgaben helfen PatientInnen dabei, ihre Sozialkompetenz im Alltag zu verbessern. In jeder Einrichtung wurde die KVT-Behandlung durch drei PsychotherapeutInnen durchgeführt, die eine zertifizierte Ausbildung in KVT-Techniken und mindestens drei Jahre Erfahrung in der Behandlung von DepressionspatientInnen hatten. Sie erhielten die übliche KVT-Supervision, um die Qualität ihrer KVT-Behandlung zu gewährleisten.

Stichprobengröße

Angeichts des Nichtunterlegenheits-Designs der Studie [Nullhypothese $H_0: \pi_2 - \pi_1 \leq 0,2$ (Nichtunterlegenheit)] wurde die Stichprobengröße anhand der Formel von Farrington und Manning geschätzt, der Maximum Likelihood – Methode (Farrington und Manning, 1990) und von der Software ADDPLAN 4.0.3 umgesetzt [Adaptive Design and Analyses, ADDPLAN 4.0.3. ADDPLAN GmbH, 2002 Köln]. In der Analyse wurde ein einstufiges Design (feste Stichprobengröße) und ein Zuteilungsverhältnis von $(n_2/n_1)=1$ angenommen. Für ein $\alpha = 0,05$ und Verhältnisse von $\pi_1 = 0,3$, $\pi_2 = 0,4$. (Odds-Ratio von 1,556) wurden 62 PatientInnen (31 pro Gruppe) benötigt, um eine Power (1- α) entsprechend 80,0% zu erreichen. Um 25% Dropout und zu erwartenden Verlust vorwegzunehmen, planten wir, eine

Gesamtanzahl von 82 PatientInnen aufzunehmen.

Statistische Analysen

Die Daten wurden mithilfe des Statistical Package for Social Sciences (SPSS Version 22.0; Chicago, IL, USA) verarbeitet und analysiert.

Es wurden sowohl parametrische als auch non-parametrische Tests verwendet, je nach Übereinstimmung mit der Normalverteilungsannahme, überprüft durch den Shapiro-Wilk-Test. Die Unterschiede in den Baseline-Gruppen wurden mithilfe von Student's t-Test oder dem Mann-Whitney U-Test bei kontinuierlichen Skalen überprüft, mithilfe des Exakten Tests nach Fisher wurden kategoriale Skalen überprüft.

Das Hauptergebnis der Studie sollte das Ausmaß depressiver Symptomremission in beiden Gruppen werden, was anhand eines BDI <13 erfasst wurde. Anhand des BDI-II-Scores wurden die PatientInnen entweder als asymptomatisch oder symptomatisch eingeordnet (BDI-II-Score <13 bzw. ≥ 13) und mit oder ohne Symptomremission (BDI-II-Score <9 bzw. ≥ 9), wobei die Differenz zwischen der EMDR- und der KVT-Gruppe bei T1 und T2 mit dem Exakten Test nach Fisher analysiert wurde.

Ein weiteres Hauptziel war der Vergleich des Zeitrahmens, innerhalb dessen sich Symptome in beiden Gruppen reduzierten. Es wurde eine ANOVA mit GLM-Messwiederholung (RM-ANOVA) genutzt, um zeitliche Effekte und die Interaktion zwischen Zeit und Gruppen (EMDR vs. KVT) für die BDI-II-Stufen über die mehreren Messzeitpunkte hinweg zu analysieren.

Ein sekundäres Ergebnis der Studie sollte der Wirksamkeitsvergleich beider Behandlungen hinsichtlich der Begleitsymptome und der Lebensqualität sein. Eine multivariate ANOVA mit GLM-Messwiederholung (RM-MANOVA) wurde genutzt, um die wichtigsten Effekte und Interaktionen sowohl zwischen,

als auch innerhalb EMDR und KVT für die weiteren klinischen Variablen (BAI, IES-Total, WHO, GAF) vor und nach der Intervention zu analysieren. Die Ergebnisse sind als $F(\alpha, \varrho)$ dargestellt, wobei α die Zähler-Freiheitsgrade darstellen und ϱ die Nenner-Freiheitsgrade. Der paarweise Vergleich zwischen beiden Gruppen und Zeiten wurde mittels einfacher Kontraste überprüft und als Mittelwertsdifferenz mit einem Sidak-korrigierten 95%-Konfidenzintervall (95%) für multiple Vergleiche dargestellt. Abschließend wurde eine explorative Intention-to-treat-Analyse (ITT) mit dem Hauptergebnis (z. B. BDI-II-Scores)

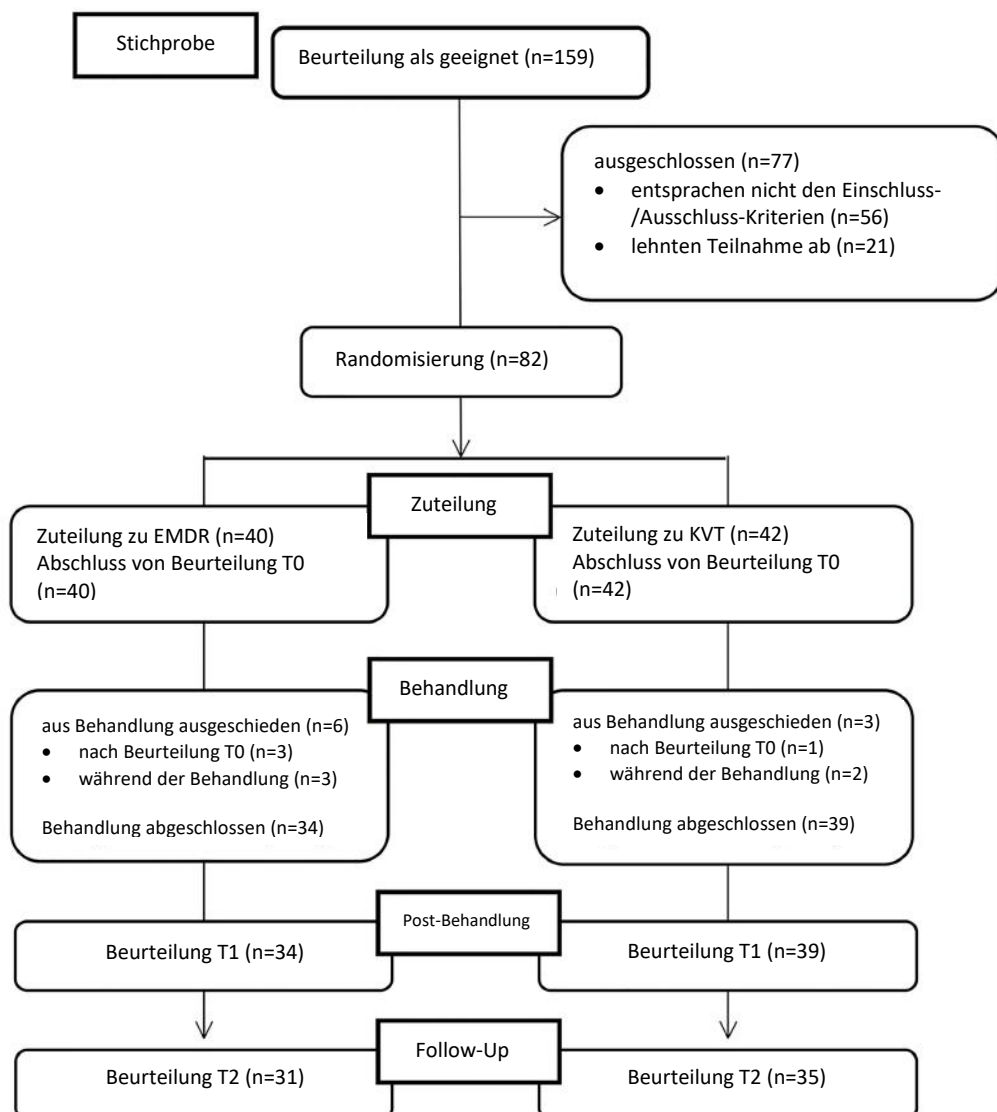
durchgeführt, wobei fehlende Daten in multiplen Imputationsmodellen berücksichtigt wurden (Howell, 2008). Ein $p < 0.05$ wurde als Schwellwert für die statistische Signifikanz angenommen.

ERGEBNISSE

Abbildung 1 zeigt ein Flussdiagramm mit der Anzahl von Teilnehmenden zu jedem Beurteilungszeitpunkt. Insgesamt wurden 159 PatientInnen mit dem BDI-II gescreeent, 56 PatientInnen wurden anhand der Einschluss-/Ausschluss-Kriterien ausgeschlossen

(35.2%) und 21 verweigerten die Teilnahme (Verweigerungsanteil: 20.4%). Als Ablehnungsgrund wurde hauptsächlich der Abstand zwischen Wohnort und Behandlungsort genannt sowie die Verhinderung, die psychiatrischen und psychotherapeutischen Sitzungen wahrzunehmen. 82 PatientInnen wurden randomisiert: 40 wurden der EMDR-Intervention zugeordnet und 42 der KVT-Intervention. Vier PatientInnen begannen die Behandlung nicht (drei in der EMDR-Gruppe und einer in der KVT-Gruppe) und fünf PatientInnen (drei in der EMDR-Gruppe und zwei in der KVT-Gruppe) nahmen weniger als

Abbildung 1 | Flussdiagramm der Teilnehmenden.





Spezielle EMDR-Fortbildungen

EMDR bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

24.09.2021 Webinar, mit Anna-Konstantina Richter

EMDR bei Sozialer Angststörung

29.10.2021 Webinar, mit Anna-Konstantina Richter

EMDR bei Krankheitsangststörung/Hypochondrie

26.11.2021 Webinar, mit Anna-Konstantina Richter

EMDR für Anfänger*innen (Deutsch)

04.02.2022 in Marburg, mit Catherine Kemeny und Anna-Konstantina Richter

Präsenzseminar mit Hygienekonzept – bei erneuter Pandemiewelle ersatzweise als Webinar

EMDR for Beginners (English)

05.03.2022 special EMDR Webinar,
by Anna-Konstantina Richter

EMDR at different F-Diagnoses (English)

01.04.2022 special EMDR seminar in English in
Cairo, Egypt, by Anna-Konstantina Richter

EMDR at Borderline Personality Disorder (English)

14.05.2022 special EMDR Webinar,
by Anna-Konstantina Richter

EMDR bei verschiedenen F-Diagnosen (Deutsch)

03.06.2022 in Marburg, mit Catherine Kemeny und Anna-Konstantina Richter

Präsenzseminar mit Hygienekonzept – bei erneuter Pandemiewelle ersatzweise als Webinar

EMDR in the treatment of Social Anxiety Disorder (SAD)

30.07.2022 special EMDR Webinar in English,
by Anna-Konstantina Richter

EMDR in the treatment of Hypochondriasis

27.08.2022 special EMDR Webinar in English,
by Anna-Konstantina Richter

EMDR bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

23.09.2022 in Marburg, mit Anna-Konstantina Richter
Präsenzseminar mit Hygienekonzept – bei erneuter Pandemiewelle ersatzweise als Webinar

EMDR bei Sozialer Angststörung

21.10.2022 in Marburg, mit Anna-Konstantina Richter
Präsenzseminar mit Hygienekonzept – bei erneuter Pandemiewelle ersatzweise als Webinar

EMDR bei Krankheitsangststörung/Hypochondrie

25.11.2022 in Marburg, mit Anna-Konstantina Richter
Präsenzseminar mit Hygienekonzept – bei erneuter Pandemiewelle ersatzweise als Webinar

Bei der Psychotherapeutenkammer Hessen werden 9 Fortbildungspunkte beantragt.

220,- € (bei Anmeldung bis 30 Tage vor Termin)
250,- € (bei Anmeldung ab 30 Tage vor Termin)

EMDR-Gruppensupervisionen

Akkreditierte EMDR-Supervision

- freitag- und samstagnachmittags, nach Absprache
- Einzel- und Gruppensupervision
- in Präsenz in Marburg, online mit Redmedical

5 UE à 100 min plus 30 min Pause,
Gebühr 600,- € pro Termin geteilt durch
Anzahl der Teilnehmer/-innen (max. 6 TN),
es werden 6 Fortbildungspunkte ausgestellt.

Mehr Informationen und Anmeldung unter:
www.zpbt-marburg.de



Tabelle 1 | Demografische und klinische Daten der Teilnehmenden an der Baseline.

	EMDR (N = 31) Mittelwert (SD)/ Median (IQR)	CBT (N = 35) Mittelwert (SD)/ Median (IQR)	p
Alter (Jahre)	48.23 (9.66)	47.54 (12.90)	0.810 ^a
Ausbildung (Jahre)	13.00 (6.3)	12.00 (7)	0.446 ^b
Alter bei Erstdiagnose Depression	24.50 (21.3)	28.00 (24.5)	0.382 ^b
DES	11.00 (12)	9.00 (13.5)	0.113 ^b
	n(%)	n(%)	
Geschlecht			0.290 ^c
weiblich	25 (80.65)	31 (88.57)	
männlich	6 (19.35)	4 (11.43)	
Beruf			0.505 ^c
erwerbslos	5 (16.13)	4 (11.43)	
berufstätig	22 (70.97)	24 (68.57)	
berentet	4 (12.90)	6 (17.14)	
Studium	0 (0)	1 (2.86)	
Familienstand			0.893 ^c
alleinstehend	9 (29.03)	8 (22.86)	
verheiratet/Partnerschaft	20 (64.52)	25 (71.42)	
getrennt(geschieden)	1 (3.225)	1 (2.86)	
verwitwet	1 (3.225)	1 (2.86)	
Depressionsdiagnose			0.706 ^c
Chronische Depression	3 (9.675)	6 (17.15)	
Double depression	3 (9.675)	4 (11.43)	
Rezidivierende Depression	25 (80.65)	25 (71.42)	
TAQ			
0-6	21 (67.74)	25 (71.43)	0.793 ^c
7-12	28 (90.32)	30 (85.71)	0.713 ^c
13-18	30 (96.77)	33 (94.28)	1.000 ^c
Adult	31 (100)	35 (100)	–

EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Gruppe; KVT, Kognitive Verhaltenstherapie-Gruppe; DES, Dissociative Experience Scale; TAQ, Trauma Antecedent Questionnaire. aPearsons t-Test für unabhängige Stichproben. bMann-Whitney-U-Test. cFishers exakter Test.

die Hälfte der Behandlungstermine wahr. Diese PatientInnen lehnten es ab, bei den Beurteilungen zum Post-Behandlungs-Zeitpunkt und beim Follow-Up weiter teilzunehmen, weswegen es nicht möglich war, sie in die statistische Analyse aufzunehmen. Überdies nahmen sieben PatientInnen an der Follow-Up-Untersuchung nicht mehr teil. Somit wurden insgesamt 66 PatientInnen (31 in der EMDR-Gruppe und 35

in der KVT-Gruppe) in die statistische Per-Protokoll-Analyse aufgenommen.

Tabelle 1 zeigt die sozio-demographischen und klinischen Eigenschaften dieser PatientInnen zum Baseline-Zeitpunkt. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich demographischer oder klinischer Eigenschaften zwischen den beiden Gruppen zum Baseline-Zeitpunkt (To). Im Einzelnen berichteten beide Gruppen ein ho-

hes Maß an ACEs im Altersabschnitt 0-18 Jahre (96.7% in der EMDR-Gruppe und 94.3% in der KVT-Gruppe; $p = 1.000$). Gleichzeitig berichtete kein(e) PatientIn von einer komorbid auftretenden PTBS, was mit dem klinischen Interview MINI-Plus zum Baseline-Zeitpunkt erhoben wurde. Die Anzahl individueller Behandlungstermine war in beiden Gruppen ähnlich (EMDR: $M = 15.1$, $SD = 1.11$, KVT: $M = 14.6$,

SD = 1.77; $p = 0.209$). Für die Auswertung des Hauptergebnisses begutachteten wir zuerst den Anteil an PatientInnen, die nicht länger einen BDI-II-Score über dem Cut-Off hatten (z.B. BDI-II-Score > 13) bei Behandlungsabschluss (T1) und bei der Follow Up-Beurteilung (T2). Bei T1 stellten wir fest, dass 22 von 33 PatientInnen (71.0%) in der EMDR-Gruppe und 17 von 35 PatientInnen (48.7%) in der KVT-Gruppe keinen Score mehr oberhalb des klinischen Cut-Offs für Depressionen hatten. Bei T2 stellten wir fest, dass 17 von 31 (54.8%) in der EMDR-Gruppe und 15 von 35 PatientInnen (42.9%) in der KVT-Gruppe keinen BDI-II-Score mehr über dem klinischen Cut-Off aufwiesen. Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden, weder bei T1, noch bei T2.

Wir haben außerdem den Anteil an PatientInnen geprüft, der einen BDI-II-Score unter 9 aufwies, was als klinischer Schwellenwert für eine vollständige Symptomremission gilt. Bei T1 hatten 18 von 31 PatientInnen (58.1%) in der EMDR-Gruppe und 11 von 35 PatientInnen (31.4%) in der KVT-Gruppe einen BDI-II-Score <9, zugunsten der EMDR-Gruppe ($\chi^2 = 4.735$, $p = 0.046$). Bei T2 haben wir festgestellt, dass 13 von 31 PatientInnen (41.9%) in der EMDR-Gruppe und 13 von 35 PatientInnen (37.1%) in der KVT-Gruppe einen BDI-II-Score unter 9 hatten, ohne signifikanten Unterschied zwischen den zwei Gruppen.

Wir haben dann untersucht, ob die unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden (EMDR oder KVT) einen unterschiedlichen Einfluss auf den BDI-II-Verlauf hatten. Eine ANOVA mit Messwiederholung wurde durchgeführt, um Gruppen- und Zeit-Effekte ebenso wie Interaktionen zwischen Gruppe und Zeit hinsichtlich der BDI-II-Scores über die sieben Beurteilungszeitpunkte hinweg (z.B. Baseline, vier Beurteilungen während der Behandlungen, Post-Messung und

6-Monats-Follow-Up) zu vergleichen. Deskriptive Ergebnisse sind in **Abbildung 2** dargestellt. Die Beurteilungszeitpunkte 1 bis 4 sind hier mit Asses-1 bis Asses-4 beschriftet. Die RM-ANOVA ergab einen signifikanten Haupteffekt der Zeit [$F(6.59) = 22.501$, $p < 0.001$], was sich in signifikant verringerten BDI-II-Scores beider Gruppen im zeitlichen Verlauf widerspiegelt. Die RM-ANOVA zeigte auch einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe [$F(6.59) = 3.357$, $p = 0.006$]. Vorgesehene Post hoc-Analysen einfacher Effekte mit Sidak-Korrektur zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen zum Zeitpunkt Post-Behandlung (T1), wobei geringere BDI-II-Scores in der EMDR-Gruppe ($M = 10.55$, $SE = 2.006$) im Vergleich mit denen in der KVT-Gruppe ($M = 17.86$, $SE = 1.888$) vorlagen, mit einer Mittelwert-Differenz von -7.309 (95% KI[-12.811, -1.806]), $p = 0.010$ (**Abbildung 2**).

In Post hoc – Tests auf einfache Effekte konnte ein ähnlicher Trend zur Symptomabnahme in beiden Gruppen bis zum Beurteilungszeitpunkt 2 nachgewiesen werden, wobei in beiden ein signifikanter Unterschied zwischen Baseline und Beurteilungszeitpunkt 2 bestand (EMDR: Mittelwert-Differenz = 6.161 (95%-KI[1.186, 11.136]), $p = 0.005$; KVT: Mittelwert-Differenz = 7.543 (95% KI[2.861, 12.225]), $p < 0.001$). Danach unterschieden sich die Verläufe beider Gruppen: Die KVT-Gruppe wies keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Beurteilung-2 und Post-Behandlung (T1) auf, Mittelwert-Differenz = 1.806 (95% KI[-4.159, 6.331]), $p = 1.000$, während in der EMDR-Gruppe eine signifikante Abnahme der BDI-II-Scores zwischen Beurteilung-2 und Post-Behandlung (T1) zu beobachten war, mit einer Mittelwert-Differenz von 11.194 (95% KI[5.620, 16.767]), $p < 0.001$ (**Abbildung 2**).

Es wurde zudem eine ITT-Analyse über die gesamte randomisierte Stichprobe

durchgeführt, ausgehend von multiplen Imputationsmodellen des BDI-II-Verlaufs, die noch einmal das Ergebnis eines signifikanten Unterschieds zwischen EMDR und KVT zum Zeitpunkt T1 ($p = 0.011$) bestätigte, wie es bereits in der Analyse mit kompletten Abschlüssen gefunden worden war.

Für unser sekundäres Ergebnis untersuchten wir überdies, ob die unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden (EMDR oder KVT), die bei den PatientInnen zur Anwendung gekommen waren, einen unterschiedlichen Einfluss auf psychologische Variablen gehabt hatten, die mit Depressionen in Verbindung stehen. Eine MANOVA mit Messwiederholung wurde mit den Skalen des Sekundär-Ergebnisses durchgeführt (z.B. BAI, IES-R, WHO-Phys, WHO-Psychol, WHO-Social, WHO-Env, GAF) zu den Zeitpunkten Baseline, Post-Behandlung und Follow-Up, wobei sowohl Gruppen- und Zeiteffekte, als auch Interaktionseffekte zwischen Gruppe und Zeit verglichen wurden. Diese Analyse ergab einen signifikanten Haupteffekt der Zeit [$F(14,51) = 8.202$, $p < 0.001$], während keine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Gruppe gefunden wurde [$F(614,51) = 0.642$, $p = 0.817$]. Die Mittelwerte der Scores aller Teilnehmenden auf den Variablen des Sekundär-Ergebnisses verbesserten sich von der Baseline (To), zu Post-Behandlung (T1) und zur Follow-Up-Evaluation (T2) ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (**Tabelle 2**). Geplante post hoc – Analysen mit Sidak-Korrektur zeigten, dass in der EMDR-Gruppe alle klinischen Skalen eine Verbesserung aufwiesen, sowohl zwischen To und T1, als auch zwischen To und T2, während in der KVT-Gruppe eine ähnliche Verbesserung für alle Variablen zu beobachten war, bis auf WHO-Social und WHO-Env, die zwar eine signifikante Verbesserung zwischen To und T2 aufwiesen, aber nicht zwischen To und T1 (**Tabelle 2**).

DISKUSSION

Depressionen werden als wichtigster Faktor für gesundheitliche Einschränkungen weltweit angenommen aufgrund ihrer Prävalenz und ihrer Eigenschaft, wiederholt aufzutreten (WHO, 2017). Deswegen besteht eine besondere Wichtigkeit für die globale Gesundheit darin, ihre Ätiologie zu verstehen und effektive sowie nachhaltig wirkende Behandlungen zu identifizieren.

Antidepressive Medikation gilt als gegenwärtiger Behandlungsstandard in der klinischen Praxis, obwohl sie eher symptomunterdrückend als kurativ zu wirken scheint (Hollon et al., 2002) und obwohl nach Beendigung der Behandlung nicht von einem stabilen Effekt ausgegangen werden kann, wenn man das Wiederauftrittsrisiko betrachtet (DeRubeis et al., 2008).

Deshalb ist der Nachweis zusätzlicher Interventionen, die effektiv zur Behandlung von Depressionen und zur dauerhaften Senkung des Wiederauftrittsrisikos beitragen, von äußerster Wichtigkeit.

Abbildung 2 | Verlauf der BDI-II-Scores der beiden Gruppen [Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Gruppe (EMDR) und Kognitive Verhaltenstherapie-Gruppe (CBT = KVT)].

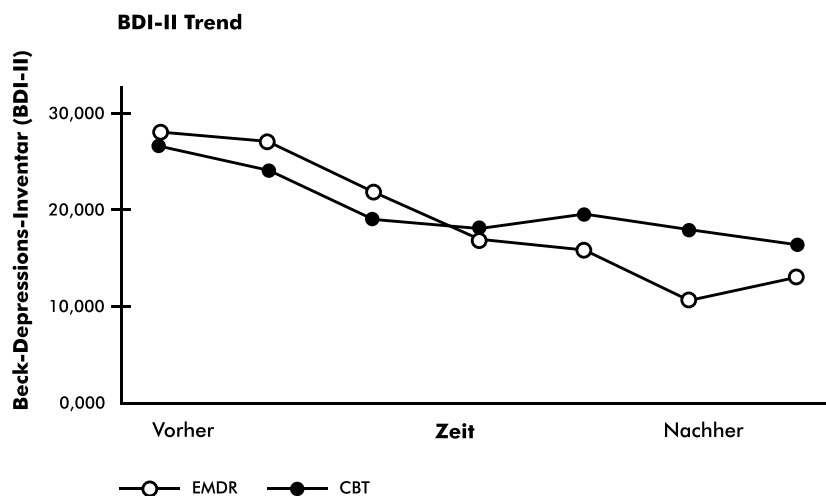


Tabelle 2 | Vergleich der klinischen Variablen zwischen To, T1 und T2 für die beiden Gruppen (EMDR und CBT).

	Pre-treatment (T0)		Post-treatment (T1)		6 month follow-up (T2)		Time effect
	EMDR (N = 31)	CBT (N = 35)	EMDR (N = 31)	CBT (N = 35)	EMDR (N = 31)	CBT (N = 35)	
BAI	23.23 (10.77)	27.94 (13.69)	13.55 (10.47)	19.03 (12.80)	12.61 (9.82)	17.80 (13.55)	$F(2,128) = 33.549, p < 0.001; \eta_p^2 = 0.344$
IES-R	39.29 (20.74)	37.49 (23.39)	23.00 (2.81)	26.97 (22.77)	20.23 (17.92)	24.49 (21.88)	$F(2,128) = 27.421, p < 0.001; \eta_p^2 = 0.300$
WHO-Phys	11.34 (2.31)	11.92 (2.32)	13.05 (2.28)	13.08 (2.53)	13.27 (2.10)	13.31 (2.79)	$F(2,128) = 13.457, p < 0.001; \eta_p^2 = 0.174$
WHO-Psychol	9.53 (1.83)	9.24 (1.46)	12.02 (2.25)	10.69 (2.54)	11.99 (2.47)	11.05 (2.50)	$F(2,128) = 28.945, p < 0.001; \eta_p^2 = 0.311$
WHO-Social	10.92 (2.52)	11.16 (2.46)	12.60 (2.38)	11.70 (2.19)	12.73 (2.62)	12.53 (3.09)	$F(2,128) = 9.395, p < 0.001; \eta_p^2 = 0.128$
WHO-Env	12.37 (2.11)	12.26 (2.20)	13.42 (1.74)	12.74 (2.12)	13.29 (1.77)	13.09 (2.29)	$F(2,128) = 8.405, p < 0.001; \eta_p^2 = 0.116$
GAF	68.10 (11.90)	63.66 (16.93)	77.90 (10.97)	74.60 (17.84)	77.87 (13.09)	74.94 (10.72)	$F(2,128) = 23.557, p < 0.001; \eta_p^2 = 0.269$

Daten sind Mittelwerte (SD). EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Gruppe; KVT, Kognitive Verhaltenstherapie-Gruppe; BAI, Beck Anxiety Inventory; IES-R, Impact of Event Scale-Revised; WHO-Phys, WHO-Quality of Life Bref-Physische Gesundheit; WHO-Psychol, WHO-Quality of Life Bref-Psychologische Gesundheit; WHO-Social, WHO-Quality of Life Bref-Soziale Beziehungen; WHO-Env, WHO-Quality of Life Bref-Umwelt; GAF, Global Assessment of Functioning Scale. *signifikanter Zeit-Effekt, unabhängig von der Behandlungsmethode (EMDR oder KVT).

Soweit wir wissen, handelt es sich hier um die erste randomisierte kontrollierte Studie zum Wirksamkeitsnachweis von EMDR im Vergleich zu KVT bei PatientInnen, die von rezidivierender Depression betroffen sind und mit ADM behandelt werden.

Das allerwichtigste Ergebnis, das im Rahmen dieser Studie abgebildet wurde, bestand darin, dass der Großteil der PatientInnen die Ausprägung der depressiven Symptombelastung nach nur 15 Sitzungen signifikant reduzieren konnte und dass diese klinische Verbesserung auch sechs Monate nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung anhielt.

Es konnte gezeigt werden, dass Eye Movement Desensitization and Recrocessing – Therapie genauso wirksam wie KVT war, wenn man betrachtet, wie der Anteil von PatientInnen abgenommen hat, welche eine depressive Symptombelastung über dem klinisch relevanten Schwellwert hatten, sowohl am Ende der Behandlung, als auch sechs Monate später, wobei die Erfolgsquote ähnlich zu der in vorigen Studien war (DeRubeis et al., 2005; Hollon et al., 2005).

Gleichzeitig wurde KVT von EMDR übertroffen, wenn man denjenigen Anteil von PatientInnen betrachtet, von denen man nach Ende der Interventionen sagen konnte, dass sie sich in Remission befanden. Außerdem zeigten die Ergebnisse des depressiven Symptomverlaufs, dass beide Interventionen wirksam waren bei der Reduktion der klinischen Ausprägung der Depression, wobei ein signifikanter Unterschied zugunsten der EMDR-Behandlung bei Behandlungsende vorlag. Dieser Unterschied war beim Sechs-Monats-Follow-Up nicht mehr gegeben, wobei aber in der EMDR-Gruppe die Tendenz bestand, über dem klinischen Schwellwert zu bleiben, was in der KVT-Gruppe nicht zu beobachten war.

Interessanterweise zeigten EMDR und KVT einen ähnlichen Verlauf, was die klinische Verbesserung depressiver Symptome in der Anfangsphase der Interventionen betraf (z.B. bis zum Zeitpunkt Beurteilung-2), dann aber wiesen sie unterschiedliche Verläufe zwischen Beurteilung-2 und Post-Behandlung (T₁) auf. In dieser zweiten Phase sank die Ausprägung der Depression durch EMDR signifikant weiter, während bei KVT nur eine Aufrechterhaltung der in Phase 1 erzielten Ergebnisse zu beobachten war. Man kann dieses Ergebnis interpretieren, indem man sich eingehender mit dem Inhalt der Behandlungssitzungen beschäftigt. In den ersten vier bis fünf Sitzungen wurde in der EMDR-Behandlung ein Schwerpunkt auf Bestandsaufnahme und Stabilisierung gelegt, wodurch ein ähnlicher Effekt wie bei KVT erzielt wurde. Nachdem die EMDR-spezifische Trauma-Reprozessierung begonnen hatte (etwa zu Beurteilung-3), wies EMDR einen Anstieg der Wirksamkeit auf, während die KVT-Effekte praktisch unverändert blieben. Der Wiederanstieg der depressiven Symptomausprägung beim Follow-Up könnte auf den geringen Umfang zurückzuführen sein, in dem EMDR zur Anwendung gekommen war. Es wäre denkbar, dass eine höhere Anzahl an EMDR-Sitzungen zu mehr Reprozessierung von pathogenen Erinnerungen geführt hätte, welche den depressiven Symptomen zugrunde liegen, wodurch dann auch die erneute Zunahme hätte verhindert werden können.

In Bezug auf das Sekundärergebnis der Studie kann festgehalten werden, dass beide Behandlungsverfahren schon nach einer geringen Anzahl von Sitzungen wirksam in der Reduktion von Angst- und posttraumatischen Symptomen waren, wobei die Besserung auch sechs Monate nach Ende der psychologischen Behandlung noch zu beobachten war. Es konnte sowohl für EMDR, als auch für KVT die Wirksamkeit in der

Behandlung von Angst- und posttraumatischen Symptomen nachgewiesen werden. Darin stimmen die Ergebnisse mit der bisherigen Literatur überein (Kar, 2011; Hofmann et al., 2012; Chen Y.-R. et al., 2014).

Des Weiteren konnten beide Behandlungsmethoden die Lebensqualität (Quality of Life = QoL) und das globale Funktionsniveau signifikant steigern, wobei auch hier die Verbesserungen über das Ende der Intervention hinaus anhielten. Die Verbesserungen im Zusammenhang mit sozialem und Umwelt-QoL schienen in der EMDR-Gruppe schneller zum Tragen zu kommen, was auch in der erheblichen Verbesserung dieser Variablen beim Therapieende sichtbar wurde, während die KVT-Gruppe diese Verbesserungen in einer späteren Phase zu erreichen schien. Dieser Unterschied könnte vom verschiedenen Fokus der beiden psychotherapeutischen Interventionen herrühren. Während KVT sich hauptsächlich mit den der Depression zugrundeliegenden maladaptiven Überzeugungen beschäftigt, kann das Reprozessieren von dysfunktional gespeicherten Erinnerungen in der EMDR-Therapie zur Veränderung unterschiedlicher Symptome oder Funktionseinschränkungen führen, die jeweils mit der reprozessierten Erinnerung verknüpft waren, wie auch im AIP-Modell der EMDR-Therapie angenommen wird. Darüber hinaus berichtete die Mehrheit der PatientInnen in unserer Studie vorangegangene belastende Kindheitserfahrungen und weitere belastende Lebensereignisse (z.B. sexueller und physischer Missbrauch, traumatische Trauer, Trennungserfahrungen und schwere Vernachlässigung).

Dieser Befund stimmt mit der Hypothese überein, dass belastende Lebensereignisse eine signifikante Rolle sowohl beim Auftreten, als auch beim Rückfallrisiko von depressiven Episoden spielen (Chapman et al., 2004; Nanni et al., 2012; Pietrek et al., 2013; Nemeroff, 2016). Die vorliegende Studie hat mehrere Stärken. Es handelt sich um die erste Studie, in der die Wirksamkeit von EMDR mit der von KVT bei DepressionspatientInnen mit ADM-Behandlung verglichen wurde, wofür ein randomisiertes kontrolliertes Design verwendet wurde. Es wurden zudem die Effekte auf Begleitsymptome und QoL evaluiert.

Limitationen

Die Anzahl der mit EMDR und KVT behandelten PatientInnen, welche in der Studie untersucht wurden, ist nicht besonders groß. Da es sich hier um die erste Studie handelt, die den Versuch unternimmt, die Nicht-Unterlegenheit von EMDR gegenüber KVT zu untersuchen, ist es möglich, dass tatsächliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen aufgrund des Designs und der Stichprobengröße der Studie nicht entdeckt wurden. Zukünftige klinische Studien zur Überlegenheit sind notwendig, um die Untersuchung dahingehend zu vertiefen. Außerdem wurde in dieser Studie ein Selbstausage-Instrument (BDI-II) für die Messung des Hauptergebnisses verwendet. Zukünftige Studien sollten auch eine Methode zur klinischen Einschätzung, durchgeführt von unabhängigen Ratern, hinzuziehen, um diese Limitation zu überwinden.

Eine weitere Limitation bestand darin, dass der Abstand der Evaluation beim Follow-Up nach sechs Monaten nicht lang genug war, um die Wiederauftretshäufigkeit von nachfolgenden depressiven Episoden zu beziffern. Deshalb werden Follow-Ups in länge-

rem Abstand (z.B. ein Jahr oder länger) benötigt, um mögliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen festzustellen, was das Rückfallrisiko in depressive Episoden betrifft.

Abschließend besteht eine Limitation dieser Studie darin, dass eine ITT-Analyse nur für das Hauptergebnis durchgeführt wurde.

Auch wenn unsere Ergebnisse nur als vorläufig zu betrachten sind, deutet diese Studie an, dass EMDR genauso effektiv wie KVT sein könnte bei der Verminderung depressiver Symptome, in der Anwendung bei PatientInnen, die unter rezidivierender depressiver Störung leiden und mit ADM behandelt werden. Sowohl EMDR als auch KVT sind als adjuvante Interventionen zu ADM wirksam in der Reduktion von Angst- und posttraumatischen Symptomen sowie in der Verbesserung der QoL, auch bei nur geringer Sitzungsanzahl.

Beiträge der Autorinnen

AH, LO, MC, IF, MH und AG-V waren für Planung und Design der Studie zuständig. MC, PB-G, AJ-A, ML, FO, SR-E und VT waren für die Datenerhebung zuständig. SC, GM und FO waren für die Datenanalyse zuständig. MP, RT und GDL waren an der Interpretation der Daten beteiligt. LO und SC haben den Artikel geschrieben, welcher von allen anderen beteiligten AutorInnen geprüft wurde. Alle AutorInnen haben der finalen Version des Manuskripts zugestimmt.

Finanzierung

Diese Arbeit wurde durch finanzielle Mittel unterstützt, welche LO und AH von der EMDR Research Foundation entgegengenommen haben. Die finanzierende Organisation hatte keinen Einfluss auf Studiendesign, Datenerhebung, Analyse oder Freigabe des Manuskripts.

Danksagungen

Die AutorInnen möchten den Teilnehmenden der Studie für ihre Zeit und den investierten Aufwand danken. Sie möchten auch Francine Shapiro danken für ihre wertvollen Anmerkungen zum ersten Entwurf des Manuskripts. Sie sind außerdem besonders dankbar für die Beiträge von Luca Calorio, Irene Bossù, Elisabetta Cairo, Stefano Cerrato, Elena Gualtieri, Evelin Ramonda und Frederica Trivelli. Ebenfalls dankbar sind sie dem gesamten Personal der SCU Psychiatria des Universitätsklinikums San Luigi Gonzaga von Orbassano (Turin, Italien) und der Assistens Clinic (A Coruña, Spanien) für die Zusammenarbeit und die großzügige Unterstützung während der gesamten Studiendurchführung.

Literatur

Für eine Darstellung der zitierten Literatur sei auf den Original-Artikel verwiesen:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00074/full>

Dort finden sich ebenfalls weitere Informationen zu den AutorInnen.

Dieser Artikel erschien erstmals am 13.02.2018 bei Frontiers in Psychology (<https://www.frontiersin.org/>).

Übersetzung aus dem Englischen:
Lennart Bartenstein.

EMDR bei der Bipolaren Störung

Benedikt L. Amann

1. Charakterisierung der bipolaren Störung

Der Übergang von normalen Stimmungsschwankungen zu krankhaften Affektstörungen ist fließend. An letztere muss gedacht werden, wenn Stimmungsschwankungen überdauernd und stärker ausgeprägt sind und zugleich die Lebensqualität negativ beeinflussen. Typische hypomanische, manische, depressive und gemischte Symptome können im DSM-5 detailliert nachgelesen werden (APA, 2013). Wichtig ist, dass darüber hinaus zwischen 40-60% der bipolaren Patienten auch an kognitiven Defiziten und funktionellen Einbußen leiden mit deutlich reduzierter Lebensqualität, welches klinisch ebenfalls sehr relevant ist (Bonin et al, 2019).

Um die Stimmungsschwankungen besser definieren zu können, hat sich der Begriff des affektiven Spektrums etabliert, der von unipolarer Depression, über die Zykllothymie bis hin zur Bipolar-II und Bipolar-I Störung reicht (Philips und Kupfer, 2013). Die bekannteste Variante ist dabei die Bipolar-I Störung, die durch stark ausgeprägte euphorische Manien (mit stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik) und Depressionen im Wechsel gekennzeichnet ist. Die Lebenszeitprävalenz der Bipolar-I Störung ist ca. 1%. Etwa mit der gleichen Häufigkeit tritt jedoch auch die Bipolar-II-Störung auf, gekennzeichnet durch Depressionen und Hypomanien im Wechsel. Die Bipolar-II Störung ist oftmals schwierig zu diagnostizieren, da hypomane Episoden bei Patienten mit unipolarer Depression nicht rich-

tig identifiziert werden. Sie wird häufig mit der Borderline Persönlichkeitsstörung verwechselt (Massó et al, 2021). Die Zykllothymie ist durch regelmäßige leichtere Hypomanien und leichtere depressiven Phasen während zumindest 2 Jahre gekennzeichnet und unterliegt oft der individuellen Entscheidung des behandelnden Psychiaters, inwieweit z. B. eine medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Betrachtet man das wie



Dr. Benedikt L. Amann,
Barcelona

oben dargestellte Gesamtspektrum bipolarer Störungen, so kann man davon ausgehen, dass ca. 4 Millionen Menschen in Deutschland mindestens einmal in ihrem Leben von einer bipolaren Störung betroffen sind, von denen allerdings schätzungsweise nur ein Viertel der Erkrankten diagnostiziert sind und adäquat behandelt werden (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, 2003). Dies ist wichtig, wenn man im Auge behält, dass bipolare Patienten eine erhöhte Mortalität wegen einer

etwa 30-fach erhöhten Suizidmortalität und kardiologischer Komorbiditäten im Vergleich zur gesunden Bevölkerung haben (Angst et al, 2002).

Wegen der Dimensionalität und Komplexität der bipolaren Störungen ist insgesamt das Risiko, wiederholte affektive Episode zu erleiden immer noch hoch; 70% der bipolar-I und fast 80% der bipolar-II Patienten erleiden zumindest eine erneute affektive Episode innerhalb der nächsten 5 Jahre nach einer akuten depressiven oder (hypo)manischen Phase (Radua et al, 2017). Zudem wird eher selten eine klinische Remission von affektiven Symptomen erreicht, sondern Patienten zeigen häufig subsyndromale Symptome (leichte depressive oder hypomanische Symptome), die wiederum einen klaren Risikofaktor darstellen für weitere affektive Episoden (Radua et al, 2017). Weiterhin spielen hierbei auch fehlende Krankheitseinsicht oder unzureichende Medikamentencompliance eine große Rolle. Häufigste psychiatrische Komorbiditäten sind Angststörungen (42%), Substanzmissbrauch (33%) und Borderline Persönlichkeitsstörung (22%), welche ebenfalls potentiell den Verlauf der bipolaren Störung verschlechtern können (Vieta et al, 2018). Im Kontext dieses Artikels erscheint es zentral zu erwähnen, dass auch die Post-Traumatische Belastungsstörung (PTBS) eine häufige, aber bis dato völlig ignorierte komorbide Erkrankung mit ca. 20% Lebenszeitprävalenz bei bipolaren Patienten darstellt (Hernandez et al, 2013).

2. Ätiologie der bipolaren Störung

Die Entstehung bipolarer Störungen ist im Sinne eines multifaktoriellen Prozesses zu verstehen. Eine kürzlich 2021 in Nature Genetics veröffentlichte internationale Studie hat 64 Genloci für die bipolare Störung identifiziert (Mullins et al, 2021). Dies bedeutet, dass die bipolare Störung eine unspezifische polygenetische Erkrankung ist, die sich genetisch mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie, der schizoauffektiven Störung oder Depression überlappt. Diese genetische Prädisposition bewirkt Veränderungen bei Neurotransmittern, wie Serotonin, Dopamin oder Noradrenalin, zelluläre Signale, molekulare Transporter oder neurotrophische Faktoren wie der „Brain Derived Neurotrophic Factor“ (BDNF). Letztere, die neurotrophischen Faktoren, die für das Zellwachstum verantwortlich ist, wurden in der bipolaren Störung und im Trauma Kontext untersucht (Kauer-Sant'Anna et al, 2007). Die Autoren haben hierbei festgestellt, dass BDNF bei bipolarer Störung niedriger ist als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch noch mehr reduziert ist im Falle eines vorherigen psychologischen Traumas (Kauer-Sant'Anna et al, 2007). Dies hat in einer 2012 publizierten Studie in Molecular Psychiatry zu einer spannenden Hypothese geführt (Rakofsky et al, 2012). Basierend auf der Idee, dass viele bipolare Patienten oftmals an einem PTBS-Bipolar Symptomkomplex leiden, beschreiben die Autoren hierbei, dass bei Patienten mit Kindheitstrauma der BDNF frühzeitig reduziert wird und deswegen mehr Prädisposition für eine erste depressive Episode im Jugendalter besteht. Nach erneuter Traumatisierung wird das Niveau von BDNF erneut gesenkt, Patienten oftmals mit Antidepressivum behandelt, was dann in dieser Kombination zu einer ersten manischen Phase führen kann und es dann zu einem klinisch gemischten Bild aus affektiven und Trauma-typischen Symptomen kommt. Bereits 1995 wurde in einer der berühmten US epidemiologischen Studien beschrieben, dass PTBS Patienten interessantweise ein bis zu 10 mal höheres Risiko als die Normalbevölkerung (mehr Männern als Frauen) haben, im Verlauf eine manische Episode, sprich eine Bipolar-I Störung zu entwickeln (Kessler et al, 1995). Ein Ergebnis, welches darauf hindeutet, dass die Kindheitstraumatisierung ätiologisch eine Rolle spielt bei bipolaren Störungen im späteren Erwachsenenalter. Nach einer ersten 2016 veröffentlichten Meta-analyse über die Rolle des Kindheitstraumas in der späteren Entwicklung einer bipolaren Störung (Palmier-Claus et al, 2016), wurde ein Jahr später eine „umbrella review and meta-analysis“ (Regenschirm Übersichtsarbeit und Meta-analyse) über ätiologische Risikofaktoren der bipolaren Störung mit erstaunlichen Ergebnissen publiziert (Bortolato et al, 2017). Die Autoren analysierten die statistische Robustheit von in vorherigen Meta-Analysen identifizierten Risikofaktoren einer bipolaren Störung: Asthma, Kindheitstrauma,

Geburtskomplikationen, Schädel-Hirn Trauma, Reizdarmsyndrom, Adipositas oder Toxoplasmodii Infektion. Die beiden statistisch am robustesten Risikofaktoren in dieser Arbeit waren Reizdarmsyndrom und Kindheitstrauma. Interessanterweise gibt es eine Korrelation zwischen konversiven Syndromen, wie Reizdarmsyndrom oder z.B. Fibromyalgia, und psychologischem Trauma (Afari et al, 2014), weswegen beide Risikofaktoren letztendlich daraufhin hinweisen, dass eine frühe Traumatisierung einen robusten Risikofaktor darstellt, später an einer bipolaren Störung zu leiden. In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass die wissenschaftliche Evidenz wächst, dass Kindheitstraumata insgesamt einen Risikofaktor darstellen, jedwede psychiatrische Erkrankung im Jugend- oder Erwachsenenalter zu entwickeln und dringend therapeutische Optionen etabliert werden sollten, um Trauma-typische Symptome im Psychatriekontext behandeln zu können (Rafiq et al, 2018, Hogg et al, 2021). Auch existiert ausreichend wissenschaftliche Evidenz, die zeigt, dass Kindheitstraumen neuroanatomische Spuren hinterlassen, die dann die Basis späterer psychiatrischer Symptome darstellen. Teicher und Kollegen (2016) haben hierbei in einer Übersichtsarbeit in Nature Review Neuroscience dargestellt, welche Volumenreduktion, verminderte Konnektivität und Funktionsveränderung im Gehirn bei welchem psychologischen Kindheitstrauma verursacht wird.

3. Behandlung der bipolaren Störung

Stimmungstabilisierer stellen die Basis der Behandlung von bipolaren Patienten dar. Klinisches Ziel im Sinne des Patienten hierbei ist, Stimmungsschwankungen zu verbessern, ohne grössere Nebenwirkungen zu verursachen. Bipolaren Patienten werden hierbei verschiedene Medikamentenklassen verschrieben wie z.B. Lithiumsalze, Antikonvulsiva wie Valproat, Lamotrigin, Carbamazepin, atypische Neuroleptika wie Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol oder Asemapin. Je nach individuellem Profil eines jeden Patienten mit entsprechender Polarität,



Nebenwirkungsrisiko, vorheriger Erfahrung etc werden hierbei Stimmungsstabilisierer, oft auch in Kombination, empfohlen. Wichtig erscheint mir in diesem Kontext den Wunsch des Patienten immer miteinzubeziehen, da dies die Compliance automatisch verbessert. Wie oben beschrieben existiert eine Reihe von psychosozialen/psychotherapeutischen Interventionen in der bipolaren Störung, die seit den 90er Jahren untersucht und sich auch seitdem mehr oder weniger etabliert haben. Wegen kognitiver und funktioneller Einschränkungen wurde z.B. eine „functional remediation therapy“ entwickelt, um das Funktionsniveau bei bipolaren Patienten zu verbessern (Torrent et al, 2013). Weitere etablierte psychosoziale Interventionen sind Psychoedukation, familiäre Interventionen, interpersonelle und soziale Rhythmus Therapie, Schema-fokusierte Therapie oder Mindfulness (Übersichtsarbeit, Salcedo et al, 2016). Psychoedukation sticht hierbei heraus und scheint am meisten innerhalb der psychosozialen Interventionen zur Rückfallprophylaxe beizutragen. Problematisch ist, dass psychosoziale Therapien noch unzureichend im klinischen Alltag in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen eingesetzt werden. Dies mag mit unzureichender Personaldichte und Ausbildungsangebot im Zusammenhang stehen. Wie oben erwähnt, existiert ein grosser Kontrast zwischen wissenschaftlicher Evidenz der negativen Rolle des psychologischen Traumas und negativen Lebensereignissen in der bipolaren Störung und kaum untersuchten Therapieoptionen (Übersichtsarbeit siehe Aldinger et al, 2017). Bis dato gibt es keine etablierte psychotherapeutische Intervention, welche Trauma-relevante Aspekte im

therapeutischen Gesamtkonzept bei bipolaren Patienten miteinbezieht (Landin-Romero et al, 2019). Salcedo et al, 2016).

Psychoedukation sticht hierbei heraus und scheint am meisten innerhalb der psychosozialen Interventionen zur Rückfallprophylaxe beizutragen. Problematisch ist, dass psychosoziale Therapien noch unzureichend im klinischen Alltag in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen eingesetzt werden. Dies mag mit unzureichender Personaldichte und

Ausbildungsangebot im Zusammenhang stehen. Wie oben erwähnt, existiert ein grosser Kontrast zwischen wissenschaftlicher Evidenz der negativen Rolle des psychologischen Traumas und negativen Lebensereignissen in der bipolaren Störung und kaum untersuchten Therapieoptionen (Übersichtsarbeit siehe Aldinger et al, 2017). Bis dato gibt es keine etablierte psychotherapeutische Intervention, welche trauma-relevante Aspekte im therapeutischen Gesamtkonzept bei bipolaren Patienten miteinbezieht (Landin-Romero et al, 2019).

4. Wissenschaftliche Evidenz und praktische Erfahrung von EMDR in der Behandlung der bipolaren Störung

Die wissenschaftliche Evidenz von EMDR in der bipolaren Störung ist, wie auch andere trauma-orientierte Verfahren wie kognitive Restrukturierung (z.B. Mueser et al, 2015), noch in den Kinderschuhen. Bis dato wurde eine südkoreanische Fallstudie (Oh und Kim, 2014) und eine randomisierte, kontrollierte Pilotsudie (Novo et al, 2014) von EMDR in der bipolaren Störung veröffentlicht. In der Fallstudie beschreiben die Autoren zwei Fälle von bipolaren Patienten mit komorbider PTBS. Diese wurden mit 9 bzw. 10 wöchentlichen EMDR Sitzungen behandelt. Nach Behandlungsende haben beide Patienten sowohl eine Remission von Trauma-typischen Symptomen als auch eine Stimmungsstabilisierung erlebt, welches nach einem Jahr Follow-up beibehalten wurde.

In der randomisierten, kontrollierten Studie meiner Arbeitsgruppe wurden 20 bipolar-I und bipolar-II Patienten mit subsyndromalen affektiven Symptomen mit einer positiven Traumaanamnese eingeschlossen und entweder zur individuellen EMDR Therapie (12-16 Sitzungen) oder „Treatment as usual (TAU)“ randomisiert (Novo et al, 2014). Alle Patienten wurden zu Beginn, nach Therapieende (12 Wochen) und 24 Wochen (follow-up) evaluiert. Die Ergebnisse zeigten statistisch signifikante Reduzierung in affektiven Symptomen (vor allem in hypomanen Symptomen) in der EMDR Gruppe nach Behandlungsende. Affektive Symptome wurden hierbei mittels der „Hamilton Depression Rating Scale“ und der „Young Mania Rating Scale“ von unabhängigen Ratern gemessen. Die Ergebnisse beim 24. Wochen Follow-up verloren jedoch ihre statistische Signifikanz. Bezüglich Trauma Symptomen wurden die „Clinician Administered PTSD Scale“ und die „Impact Event Scale“ angewandt und die Ergebnisse zeigten hier auch statistisch signifikante Reduzierung in der EMDR Gruppe nach Behandlungsende. Im Follow-up konnte eine statistisch signifikante Reduzierung in der „Impact Event Scale“ beibehalten werden. Abgesehen von einem positiven Effekt von EMDR in subsyndromalen bipolaren Patienten mit Traumata in der Vorgeschichte, wurden in dieser Studie keine Neben-



wirkungen oder affektive Destabilisierung beobachtet. Der Verlust der statistischen Signifikanz, vor allem im Follow-up, in einigen Skalen muss wahrscheinlich im Rahmen der kleinen Stichprobe einer Pilotstudie eingeordnet werden.

Nach unserer kontrollierten Studie haben wir ein EMDR Bipolar Manual entwickelt, welches eine Essenz der Erfahrung unserer ersten Studie darstellt (Amann et al, 2015). Dieses Manual wurde 2015 in einem der Luber EMDR-Protokoll Bücher veröffentlicht und besteht aus einer detaillierten Evaluation von möglichen traumatischen Ereignissen, 5 Subprotokollen in Phase 2 (Stimmungsstabilisierung, Verbesserung Einsicht und Compliance, Verinnerlichung prodromaler Symptome und De-Idealisation von manischen Symptomen) und dem Shapiro Standardprotokoll (2001), um identifizierte Traumata zu verarbeiten. Dieses Protokoll wurde in einer großen randomisierten Studie versus unterstützende Psychotherapie in 82 bipolaren Patienten mit Traumata in der Vorgeschichte untersucht (Moreno-Alcazar et al, 2017). Patienten in beiden Gruppen erhielten 20 individuelle Einzelsitzungen je 60 Minuten während 6 Monaten mit dem Ziel, dass EMDR mehr als unterstützende Psychotherapie affektive Rückfälle nach 12 und 24 Monaten verhindert. Auch sollten psychiatrische Symptome und eine Verbesserung von Kognition generell, auch soziale Kognition und Funktionsniveau in der EMDR Gruppe erreicht werden. Da die Verlaufsbeobachtung bis 2 Jahre beträgt, haben wir bis dato noch keine Ergebnisse.

Momentan führt gerade eine holländische Gruppe eine weitere randomisierte, kontrollierte Studie von 36 bipolaren Patienten mit subsyndromalen Symptomen und Traumata in der Vorgeschichte durch, um zu testen, ob das EMDR Standardprotokoll Trauma-assoziierte und affektive Symptome verbessert (persönliche Kommunikation Ad de Jongh, 2019). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass erste wissenschaftliche Evidenz existiert, dass EMDR Therapie hilfreich sein kann bei bipolaren Patienten mit Traumata in der Vorgeschichte. Zudem gibt es erste Hinweise, dass die Stimmung eher besser wird bei bipolaren Patienten ohne dass affektive Rückfälle während der Traumarbeit ausgelöst wurden. Wichtig hierbei erscheint, dass mehr wissenschaftliche Evidenz bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit von EMDR bei bipolaren Störungen nötig ist, um abschließend dessen Nutzen beurteilen zu können.

Praktische Erfahrung und Stabilisierungstechniken

Aus mehr klinischer, praktischer Sicht erscheint es notwendig in der Arbeit mit bipolaren Patienten deren Traumaanamnese detailliert zu explorieren. Diese beinhaltet - neben möglichen

Kindheitstraumen, Bullying oder negativen oder positiven Lebensereignissen vor affektiven Episoden - auch psychiatrische Aufenthalte, mechanische Fixierung, oder Medikation gegen den Willen der Patienten. Die Idee hierbei ist, wenn iatrogene Traumata mittels EMDR verarbeitet werden, dass Patienten dann eher der Medikamenteneinnahme und der regelmässigen psychiatrischen Betreuung zustimmen. Viele bipolare Patienten sind diesen Ereignissen oder auch anderen negativen, aber auch positiven Lebensereignissen ausgesetzt, die diese Patienten affektiv destabilisieren können. Deswegen empfehlen wir auch das umgekehrte EMDR Protokoll von Hoffmann (2009), welches es ermöglicht, traumatische Ereignisse in der Gegenwart zu verarbeiten und dann dies in den Kontext vergangener Erlebnisse zu stellen.

Aus unserer Erfahrung heraus sind bipolare Patienten oftmals komplex traumatisiert und brauchen viel Stabilisierungsarbeit. Um in das Toleranzfenster zu gelangen, haben sich hierbei neben dem sicheren Platz Protokoll vor allem das Stimmungsstabilisiererprotokoll unseres EMDR Bipolar Manuals (Amann et al, 2015) und die 4 Elemente von E. Shapiro (2012) bewährt. Das EMDR Stimmungstabilisiererprotokoll ist hierbei ein kurzes pragmatisches Protokoll, dessen Ziel es ist eine Situation einer stabilen Stimmung mit dem Gefühl sein/ihr Leben zu kontrollieren mit langsamer bilateraler Stimulation (BLS) zu installieren. Dies wird dann mit einer positiven Kognition und somatischen Körpersensationen ebenfalls via BLS verstärkt. Auch ist oft die Arbeit verschiedener Anteile der Person nötig wegen dissoziativer Symptome, die die Verarbeitung der erlebten Traumata behindern können. Wenn man den Patienten einen therapeutisch schützenden Rahmen bietet, kann EMDR sicher bei bipolaren Patienten benutzt werden, um psychologische Traumata zu verarbeiten. Hierbei eignen sich das EMDR Standardprotokoll (Shapiro, 2001) und das "EMDR Recent Traumatic Episode Protocol" (R-TEP) von Elain Shapiro (2014) im Falle einer kürzlich zurückliegenden traumatischen Episode.

Danksagung:

Diese Arbeit wurde vom "Instituto de Salud Carlos III Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación" mit einem Forschungsprojekt (PI/15/02242) unterstützt. Der Autor hat auch eine "NARSARD Independent Investigator Award" (nº24397) von der Brain and Behavior & Behavior Research Foundation erhalten.

1. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, Cuneo JG. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2014;76(1):2-11.
2. Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(1):6-17.
3. Amann BL, Batalla R, Blanch V, Capellades D, Carvajal MJ, Fernández I, García F, Lupo W, Ponte M, Sánchez J, Sanfíz J, Santed A and Lubert M: The EMDR Therapy Protocol for Bipolar Disorder. In M. Lubert (Ed.), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating trauma, anxiety and mood-related conditions*. New York: Springer, 2015 (p 223-287).
4. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 2002; 68: 167-181.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Bonnin CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, Montejo L, Vieta E. Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019;1:22(8):467-477.
7. Bortolato B, Köhler CA, Evangelou E, León-Caballero J, Solmi M, Stubbs B, Belbasis L, Pacchiarotti I, Kessing LV, Berk M, Vieta E, Carvalho AF. Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disord*. 2017;19(2):84-96.
8. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. Weißbuch bipolare Störungen in Deutschland. Norderstedt: Books on Demand GmbH; 2003.
9. Hofmann A. The inverted EMDR standard protocol for unstable complex post-traumatic stress disorder. In M. Lubert (Ed.), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR Scripted Protocols. Special Populations*, (313-328). New York: Springer Publishers. 2009.
10. Hernandez JM, Cordova MJ, Ruzek J, Reiser R, Gwizdowski IS, Suppes T, Ostacher MJ. Presentation and prevalence of PTSD in a bipolar disorder population: a STEP-BD examination. *J Affect Disord*. 2013; 5:150(2):450-5.
11. Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Ribeiro Rosa A, Fortea L, Radua J, Amann BL, Moreno-Alcázar A: Childhood trauma: an umbrella meta-analysis and review of the impact of childhood trauma on the development of mental disorders, 2021; under review.
12. Kauer-Sant'Anna M, Tramontina J, Andreazza AC, Cereser K, da Costa S, Santin A, Yatham LN, Kapczinski F. Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disord*. 2007;9 Suppl 1:128-35.
13. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.
14. Landin-Romero R, Moreno-Alcázar A, Ferguson G, Pérez V, Amann BL. That which does not kill you-May afflict you? Psychological trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2019;21(3):192-193.
15. Massó Rodríguez A, Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Trabsa A, Mosquera D, García-Estela A, Colom-Victoriano F, Pérez-Sola V, Padbeg F, Moreno-Alcázar A, Amann BL. Similarities and differences in clinical features, neuropsychology and neuroimaging between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry*. 2021; 12:681876. doi: 10.3389/fpsy.2021.681876.
16. Moreno-Alcázar A, Radua J, Landin-Romero R, Blanco L, Madre M, Reinares M, Comes M, Jiménez E, Crespo JM, Vieta E, Pérez V, Novo P, Doñate M, Cortizo R, Valiente-Gómez A, Lupo W, McKenna PJ, Pomarol-Clotet E, Amann BL. Eye movement desensitization and reprocessing therapy versus supportive therapy in affective relapse prevention in bipolar patients with a history of trauma: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;4:18(1):160.
17. Mueser KT, Gottlieb JD, Xie H, Lu W, Yanos PT, Rosenberg SD, Silverstein SM, Duva SM, Minsky S, Wolfe RS, McHugo GJ. Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2015;206(6):501-8.
18. Mullins N, et al. Genome-wide association study of more than 40,000 bipolar disorder cases provides new insights into the underlying biology. *Nat Genet*. 2021 May 17. doi: 10.1038/s41588-021-00857-4.
19. Novo P, Landin R, Radua J, Vicens V, McKenna P, Pomarol-Clotet E, Fernandez I, Garcia F, Shapiro F, Amann BL: EMDR as add-on to pharmacological treatment in subsyndromal, bipolar patients with a history of traumatic events: a randomized, single-blind, controlled pilot-study. *Psychiatry Res*, 2014;219:122-128.
20. Oh D, Kim D. Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder in bipolar disorder. *Psychiatry Investig*. 2014;11(3):340-1.
21. Palmier-Claus JE, Berry K, Bucci S, Mansell W, Varese F. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):454-459.
22. Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*. 2013;11:381(9878):1663-71.
23. Radua J, Grunze H, Amann BL: Meta-analysis of the risk of relapse in bipolar disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2017;86:90-98.
24. Rafiq S, Campodonico C, Varese F. The relationship between childhood adversities and dissociation in severe mental illness: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scand*. 2018;138(6):509-525.
25. Rakofsky JJ, Ressler KJ, Dunlop BW. BDNF function as a potential mediator of bipolar disorder and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Mol Psychiatry*. 2012 Jan;17(1):22-35.
26. Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, Marcus PH, Nierenberg AA, Deckersbach T, Sylvia LG. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *J Affect Disord*. 2016;1:201:203-14.
27. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). [Internet]. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). 2001.
28. Shapiro, E. (2012). 4 elements exercises for stress reduction (earth-air-water-fire). <http://emdrresearchfoundation.org/toolkit/four-elements.pdf>
29. Shapiro E. and Laub, B. The recent-traumatic episode protocol (R-TEP): An integrative protocol for early EMDR intervention (EEI). In M. Lubert (Ed.), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations* (pp. 251-269). New York, NY: Springer Publishing Co. 2009.
30. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016; 19:17(10):652-66.
31. Torrent C, Del Mar Bonnin C, Martínez-Arán A, Valle J, Amann BL, González-Pinto A, et al: Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicentre, randomized-controlled study. *Am J Psychiatry*, 2013;170:852-859.
32. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, Gao K, Misikowak KW, Grande I. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 8;4:18008. doi: 10.1038/nrdp.2018.8.

Eignet sich EMDR zur Suizidprophylaxe?

Lennart Bartenstein

EMDR als Methode zur Bearbeitung von Suizidgedanken ist für viele PsychotherapeutInnen noch ein unbekanntes Anwendungsgebiet. In diesem Artikel werden zwei Studien aus den letzten Jahren vorgestellt, die vielversprechende Hinweise darauf liefern, dass gerade hier eine Stärke von EMDR liegen könnte.

Wenn PatientInnen in der Psychotherapie Suizidgedanken äußern, ist das für viele TherapeutInnen noch immer eine besonders herausfordernde Situation. Dies mag einerseits der Unsicherheit geschuldet sein, welche psychotherapeutische Intervention bei Suizidalität „die richtige“ ist (Dorrmann, 2016), andererseits hält sich auch unter medizinischen Fachkräften scheinbar noch immer die Annahme, dass PatientInnen ihre Suizidgedanken eher in die Tat umsetzen, wenn sie darauf angesprochen werden (Gießelmann, 2016). Und im speziellen Fall von PTBS erwarten viele PsychotherapeutInnen sogar, dass eine imaginative Exposition das Risiko von Suizidalität steigert, wie Becker et al. (2004) in einer Umfrage feststellten.

Gerade ein emotional aktivierendes und konfrontatives Verfahren wie EMDR erscheint vor diesem Hintergrund problematisch bei der Bearbeitung von Suizidimpulsen. Im Journal of EMDR Practice and Research von 2009 beantworten zwei erfahrene EMDR-TherapeutInnen die Frage dementsprechend, ob man Suizidgedanken mit EMDR behandeln könne, damit, dass dies nur unter bestimmten Bedingungen möglich sei (Spector & Kremer, 2009). Spector verweist dabei auf Francine Shapiro, die Suizidalität als übliche Kontraindikation für EMDR benannt habe. Shapiro selbst zieht jedoch keine ganz so engen Grenzen. So schreibt sie lediglich, dass ein stationäres Setting bei suizidalen Tendenzen erforderlich sein kann, um EMDR anzuwenden (Shapiro, 1999). Ob eine stationäre Behandlung aufgrund von Suizidimpulsen notwendig ist, müssen wir als PsychotherapeutInnen aber ohnehin abwägen, egal mit welchen Methoden wir arbeiten. Die Frage bleibt also offen: Ist EMDR dazu geeignet, mit suizidalen PatientInnen zu arbeiten? Oder womöglich sogar die Suizidgedanken selbst zu reprozessieren?

Aktuelle Studienergebnisse

Zwei neuere Studien haben nun gezeigt, dass die EMDR-Behandlung von PatientInnen, die Suizidgedanken im Rahmen von depressiven und anderen Störungen haben, tatsächlich eine deutliche Reduktion der Symptombelastung erzielen kann. Eine iranische Forschergruppe um Zhila Fereidouni untersuchte in einer randomisierten klinischen Studie die Wirksamkeit von EMDR bei Suizidgedanken im Rahmen von Depressionen (Fereidouni et al, 2019). Im Jahr darauf veröffentlichten Proudlock und Peris (2020) eine Prä-Post-Studie, in der sie ebenfalls die Wirkung von EMDR auf Suizidalität anhand einer gemischten Patientengruppe untersuchten.



Lennart Bartenstein
Dipl.-Psych.

Fereidouni et al. (2019) führten von 2017 bis 2018 eine randomisierte kontrollierte Studie an der Klinik für Neurologie Shahid Rajaei in der iranischen Stadt Yasudsch mit 70 stationären PatientInnen durch, bei denen eine majore Depression nach DSM-5 diagnostiziert worden war. Zur Messung von Suizidgedanken wurde die Beck Scale for Suicide Ideation (BSS, Beck et al., 1979) herangezogen, ein Selbstaussage-Instrument bestehend aus 19 Items, auf denen die ProbandInnen suizidalen Gedanken mit einem Punktwert von jeweils 0 bis 2 zustimmen können, sodass ein Summenscore von maximal 38 erreicht werden kann. In ihrer Studie arbeiteten die Forschenden für drei Wochen mit jeweils drei Sitzungen EMDR pro Woche mit den DepressionspatientInnen. Eine Kontrollgruppe erhielt lediglich routinemäßig antidepressive Medikation. Zu Beginn der Intervention unterschieden sich die beiden Gruppen nicht, was den durchschnittlichen BSS-Score betraf (EMDR-Gruppe: $M = 26.5$, $SD = 5.7$, Kontrollgruppe: $M = 26.7$, $SD = 5.1$). Nach der Intervention gab jedoch die Experimentalgruppe, die EMDR

EMDRKIT

Mehr Komfort, Aufmerksamkeit und Möglichkeiten bei EMDR

Ausgezeichneter Kundenservice - Umfassendste Ausstattung

EMDR Kit Wireless



Kabellos ✓

App-gesteuert ✓

Feste Basis ✓

Zusätzliche Funktionen ✓

Das EMDR Kit Wireless ist eine spitzentechnologische EMDR-Ausrüstung, sowohl, was das Aussehen als auch was die Funktionen anbelangt. Die Bestandteile lassen sich einfach und vollständig drahtlos mit der EMDR Kit-App auf Ihrem Tablet oder Telefon steuern. Lichtrohr, Pulsatoren und Kopfhörer können individuell eingestellt werden, sodass sich die Ausstattung an die Bedürfnisse Ihrer Klienten anpassen lässt.

EMDR Kit Classic



Drahtgebunden ✓

Controller-Steuerung ✓

Höhenverstellbar ✓

Einfach zu transportieren ✓

Das EMDR Kit Classic ist anhand des im Lieferumfang enthaltenen Stativs höhenverstellbar und lässt sich mit einem drahtgebundenen Controller steuern. Sie schließen einfach nur die Module an, die Sie verwenden möchten. Die verschiedenen Stimuli lassen sich separat oder zusammen verwenden. Das EMDR Kit Classic lässt sich einfach transportieren, da es zusammengeklappt werden kann. Das EMDR Kit Classic bietet alle Funktionen, die Sie als EMDR Therapeut/Therapeutin benötigen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

www.EMDRkit.com

info@emdrkit.com

erhalten hatte, eine signifikante Reduktion suizidaler Gedanken an ($M = 11.1$, $SD = 4.2$), wohingegen in der Kontrollgruppe keine signifikante Reduktion stattgefunden hatte ($M = 24.9$, $SD = 4.4$). Auch zwischen den Ergebnissen von Experimental- und Kontrollgruppe bestand eine signifikante Differenz. Es wurden jeweils t-Tests durchgeführt, der p-Wert bei den signifikanten Mittelwertsdifferenzen betrug $p < 0.001$.

Es handelte sich bei der Studie von Fereidouni et al. nicht um die erste Untersuchung der Wirksamkeit von EMDR auf suizidale Gedanken, allerdings lagen bis dato lediglich Einzelfallstudien vor, sodass es sich um die erste RCT mit dieser Fragestellung handelt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass EMDR eine wirksame therapeutische Methode bei der Reduktion von Suizidgedanken ist.

In einem anderen Setting untersuchten Proudlock und Peris (2020) die Wirksamkeit von EMDR auf Suizidalität.

Die AutorInnen erhoben Daten von 72 PatientInnen in England, die aufgrund einer psychischen Krise entweder auf einer Akutstation oder vom ambulanten Crisis Resolution and Home Treatment Team (CRHTT) versorgt wurden. Die Studie hat nach Aussage der AutorInnen bewusst einen explorativen Feldforschungscharakter, weswegen auf Randomisierung und Kontrollgruppe verzichtet und ein einarmiges Prä-Post-Design gewählt wurde. Es wurden nur PatientInnen in die Studie aufgenommen, die Suizidgedanken äußerten und mindestens ein noch heute belastendes Trauma benennen konnten. Wie in der Studie von Fereidouni et al. gingen die AutorInnen davon aus, dass eine traumatische Erfahrung einen Risikofaktor für Suizidalität darstelle, weswegen der gezielte Einsatz von EMDR zu einer Reduktion von Suizidalität führen müsse. Um dies zu prüfen, beantworteten die PatientInnen neben anderen Selbstaussagefragebögen auch das Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) (van Orden et al., 2012). Dessen Subskalen erfragen suizidales Verhalten in den Dimensionen Thwarted Belongingness (unbefriedigtes Bedürfnis nach Zugehörigkeit) und Perceived Burdensomeness (das Gefühl, für andere eine Last zu sein) (Forkmann & Glaesmer, 2013). Die PatientInnen nahmen an EMDR-Sitzungen teil, bis der SUD entsprechend Manual auf ein Minimum gesunken war. Hierfür wurden individuell zwischen zwei und 32 Termine mit EMDR benötigt. In der Subskala Thwarted Belongingness fand eine durchschnittliche Reduktion des Summenscores von $M = 40.8$ auf $M = 21.9$ statt (bei möglichen Werten zwischen 9 und 63), was einer Effektstärke von $d = 1.47$ entspricht. In der Subskala Perceived Burdensomeness fand eine Reduktion von $M = 43.9$ auf $M = 22.0$ statt (mögliche Werte von 6 bis 42), dies entspricht $d = 1.59$. Beide Mittelwertdifferenzen wurden mit t-Tests erfolgreich auf Signifikanz geprüft (jeweils mit $p < 0.0001$). Für die hier besonders interessante Variable Suizidalität konnte also eine signifikante Symptomreduktion durch EMDR mit hohen statistischen Effektstärken gezeigt werden. Auch in den begleitend erhobenen Fragebögen Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) und Impact of Event Scale (IES-R) (Weiss, 2007) waren vergleichbare Ergebnisse zu beobachten. Zudem zeigten die ForscherInnen, dass die PatientInnen in den 12 Monaten nach einer EMDR-Intervention deutlich weniger professionelle Hilfe aufsuchten als in den 12 Monaten zuvor.

Die beiden dargestellten Studien liefern also Hinweise darauf, dass eine EMDR-Intervention bei PatientInnen mit akuten suizidalen Impulsen eine messbare Symptomreduktion bewirken kann. Insbesondere in der Untersuchung von Proudlock und Peris konnte gezeigt werden, dass die teilnehmenden PatientInnen eine rasche und intensive Abnahme ihrer



Suizidalität erlebten. Dies galt sowohl für PatientInnen mit traumatischen Erinnerungen aus der Kindheit, als auch für diejenigen, die zusätzlich oder ausschließlich im Erwachsenenalter Traumatisches erlebt hatten. Einschränkend muss festgehalten werden, dass beide Studien keine Kontrollgruppen nutzten, um die unterschiedliche Effektivität gegenüber anderen Psychotherapieverfahren zu demonstrieren. In der Arbeit von Fereidouni et al. wurde lediglich die Wirksamkeit gegenüber antidepressiver Medikation erhoben. Somit bleibt offen, inwiefern in den beiden dargestellten Studien nicht auch ein unspezifischer Faktor wie die therapeutische Beziehung zur Symptomreduktion beigetragen hat.

Implikationen für die Praxis

Für den therapeutischen Alltag sind die Studienergebnisse dennoch sehr relevant und ermutigend, denn es konnte gezeigt werden: Die Anwendung von EMDR erhöht Suizidalität nach derzeitigem Kenntnisstand nicht! Letztlich bleibt es natürlich in unserer Verantwortung als PsychotherapeutInnen, ob wir suizidale PatientInnen ausschließlich mit (ambulanter) Psychotherapie behandeln können oder ob ein anderes Setting notwendig ist, um eine Selbstgefährdung abzuwenden. Es spricht jedoch in der Empirie nichts für die therapeutische Befürchtung, die Dorrman (2016, S. 77) so treffend formuliert: „Hoffentlich fällt mein Klient jetzt nicht in ein tiefes Loch. Wie soll ich ihn da jemals wieder rauskriegen?“ Im Gegenteil: PatientInnen, bei denen belastende Erinnerungen vorhanden sind, erleben durch EMDR scheinbar eine deutliche Entlastung hinsichtlich suizidaler Impulse.

In den Studien von Fereidouni et al. und Proudlock und Peris wurden inhaltlich ganz unterschiedliche Traumata reprozessiert. Es ist jedoch auch möglich, gezielt das Thema Suizidalität mit EMDR zu adressieren. Ostacoli et al. (2018, S. 22 in diesem Heft) schlagen dies als einen thematischen Fokus für die Arbeit mit DepressionspatientInnen vor. Eine pathogene Erinnerung an frühere Suizidalität kann – im Verständnis des AIP-Modells – selbst wieder als triggerbarer Knoten fungieren, der erneute Phasen von Suizidalität auslöst. Die Bearbeitung solcher Knoten mit EMDR beschreiben Hofmann et al. (2020) unter Punkt D ihres DeprEnd-Manuals. Dies ist ein weiteres Beispiel, wie Suizidgedanken und –impulse zum Fokus einer EMDR-Intervention werden können, ohne dass eine Destabilisierung durch diese Methode zu erwarten ist. Die AutorInnen weisen in ihrem Manual zur Depressionsbehandlung jedoch darauf hin, dass bereits eine Symptomentlastung durch vorangegangene Phasen der therapeutischen Arbeit bestehen sollte, das heißt ein Reprozessieren von Erinnerungen an Suizidalität nicht „isoliert“ stattfindet. Langfristig kann dann das Risiko für erneute Suizidimpulse gesenkt werden.

EMDR scheint in der Zusammenschau bisheriger wissenschaftlicher Arbeiten eine vielversprechende Methode zur Bearbeitung von akuter, aber auch chronisch-rezidivierender Suizidalität zu sein. Die empirische Untersuchung steht jedoch noch am Anfang und weitere Studien werden in den kommenden Jahren hoffentlich eine umfassende Datengrundlage hierzu schaffen.

1. Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.

2. Becker, C. B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour research and therapy*, 42(3), 277-292.

3. Dorrman, W. (2016). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

4. Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., Jahanfar, A. & Dehghan, A. (2019). The Effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on the severity of suicidal thoughts in patients with major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 2459-2466.

5. Forkmann, T. & Glaesmer, H. (2013). INQ - Die deutsche Version des Interpersonal Needs Questionnaire. Aachen: Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, UK Aachen. Open Access auf: <https://psychometrikon.de/files/uploads/74da3edacafb5b609a987af-587988fe>

6. Gießelman, K. (2016). Suizidprävention: Bei Verdacht ansprechen. *Deutsches Ärzteblatt*, 37, 1584.

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

8. Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., ... Hofmann, A. (2018). Comparison of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy as adjunctive treatments for recurrent depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 9(74), 1-12.

9. Proudlock, S. & Peris, J. (2020). Using EMDR therapy with patients in an acute mental health crisis. *BMC psychiatry*, 20(14), 1-9.

10. Shapiro, F. (1999). EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann.

11. Spector, J. & Kremer, S. (2009). Can I Use EMDR With Clients Who Report Suicidal Ideation?. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 107-108.

12. Van Orden, K.A., Cukrowicz, K.C., Witte, T.K. & Joiner, T.E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197-215.

13. Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. In J. P. Wilson & C. C. So-Kum Tang (Hrsg.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (S. 219-238). New York: Springer.

14. Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Interview mit **Dr. Benedikt L. Amann**

Das Interview führte Susanne Kluge am 17.6.2021.

Herr Dr. Amann, hat EMDR Sie gefunden oder haben Sie EMDR gesucht?

Eine gute Frage. Ich bin in Ruhpolding in den bayerischen Alpen aufgewachsen, hab' an der LMU in München Medizin studiert und dort auch in der Nussbaumstraße meine Facharztausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie gemacht. Die Psychotherapie war verhaltenstherapeutisch orientiert, aber ich habe von Anfang an begonnen, in der bipolaren Störung zu forschen. Und erst vor ein paar Jahren habe ich dann erfahren, dass dort damals schon, sozusagen inkognito, EMDR-Therapie gemacht wurde. Davon hatte ich aber keine Ahnung.

Und wie sind Sie von München nach Barcelona gekommen?

Aus rein romantischen Gründen, 2005, weil meine jetzige Frau von dort ist. Sie stammt eigentlich aus Andorra, lebte aber schon einige Zeit in Barcelona. Mittlerweile haben wir drei Kinder und ich habe dann in München eine Beamtenstelle aufgegeben. Das ist eine Erfahrung, die ich nicht bereue. Auch deswegen, weil ich erstmal in eine Bildungs-Forschungseinheit gegangen bin. Und da haben die interessante Studien gemacht. Um das Jahr 2008 war da eine Patientin, die mit EMDR behandelt wurde, und dann ging das ganze Thema EMDR letztendlich los.

Wie haben Sie sich, außer in Ihre Frau, auch in EMDR verliebt?

Das war der Moment, als diese Patientin mit einer therapierefraktären Psychose vorgestellt wurde. Erstmals hab' ich mir gedacht: „Was ist das denn? Augenbewegungen? Hmmm... Versteh' ich

**„Mensch,
das könnte
ein Stimmungs-
stabilisierer
sein!“**

nicht... Klingt esoterisch.“ Nun kam ich ja wirklich aus einer ganz biologischen Schiene, wie man die psychiatrischen Erkrankungen einzuschätzen hat. Aber da ich ein bayerisches, offenes Naturell habe, bin ich über meinen Schatten gesprungen und hab' mich infizieren lassen. Ich hab' mir das angeschaut und aus der Forschung und klinischen Erfahrung mit der bipolaren Störung hatte ich die Idee: „Mensch, das könnte doch ein Stimmungsstabilisierer sein! Also die Augenbewegung, der Zugang zum Gehirn, könnte eventuell den bipolaren Patienten mit ihren starken Stimmungsschwankungen helfen, die Stimmung zu stabilisieren.“

Sie kamen ja aus der pharmakologischen Ecke und haben sich dann auch in diese neurobiologische Richtung orientiert. Waren Sie waren überrascht über die Möglichkeiten mit EMDR

Ja, es stimmt, in München haben wir erstmal mehr pharmakologische Studien gemacht über Stimmungsstabilisierer bei der bipolaren Störung. Ich bin dann mehr in die Basis rein gegangen: „Was passiert denn im Gehirn von bipolaren Patienten, schizo-affektiven Patienten, schizophrenen Patienten?“ Und dann hab' ich den Sprung gemacht zur Psychotherapie, sowohl klinisch mit EMDR eben, aber auch forschungsmäßig. Das war dann die neue Linie und ich denke, das repräsentiert einfach eine gewisse Offenheit, dass die Psychiatrie ein ganzes Spektrum ist: biologisch,

Sie finden das Interview als
Video auf dem EMDRIA
YouTube-Kanal unter:

<https://youtu.be/qv9pyhc5NW4>



„Da dachten wir, dann machen wir nochmal ein funktionelles MRT danach, nach EMDR!“

neurobiologisch, pharmakologisch, aber eben auch sehr biografisch. Und das ist das, wo es oft noch hakt in der Psychiatrie, dass viele Psychiater nicht wirklich in die Biografie reingehen. Ich denke, deswegen ist es wichtig, dass wir dort Forschung betreiben.

Als sie Feuer gefangen hatten und angefangen haben, selber mit EMDR zu arbeiten, welche Ergebnisse kamen dann hervor?

Also erst einmal waren es natürlich eigene Erfahrungen mit dem Patienten, weil man musste EMDR ja lernen. Das ist ganz wichtig. Man muss sich ausbilden und Super-Vision machen. Das ist 'ne ganz ernste Psychotherapie. Zuerst hab' ich gemerkt: Mensch, das schafft ja Veränderungen bei dem Patienten, die ich so vorher auf psychotherapeutischem Niveau nicht kannte. Und dann hab' ich direkt mit unserer ersten randomisierten kleinen Pilotstudie bei 20 bipolaren Patienten begonnen.

Sie haben festgestellt: „Bei meinen Patienten kann ich EMDR offensichtlich auch einsetzen.“ Mit welcher Motivation oder was war da Ihr Antrieb?

Ja, der Antrieb war: Was wird denn passieren mit diesen bipolaren Patienten, die auch einen hohen Anteil an post-traumatischer Belastungsstörung haben, die viele negative Lebensereignisse in der Kindheit hatten, viele psychologische Traumata eben, wenn man erst überhaupt einmal fragt. Wenn wir nicht fragen, wissen wir es natürlich nicht. Was passiert mit denen stimmungsmäßig, wenn wir die Traumata bearbeiten? Das war meine zentrale Frage. Und wir

haben in dieser randomisiert kontrollierten Studie herausgefunden, dass die Trauma-Symptome weniger werden bei der Gruppe, die EMDR erhält. Die Patienten haben zwischen 12 und 15 Sitzungen EMDR erhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe.



Dr. Benedikt L. Amann,
Studium Psychiatrie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilian-Universität München
Assoziierter Professor Autonome Universität
Barcelona
Leitender Oberarzt Hospital del Mar,
Barcelona
Forschungen i. d. FIDMAG Research Foundation in Barcelona, Fokus: Bildgebung in schizoaffektiven Störungen sowie klinische Studien bzgl. Rückfallquoten/Risikofaktoren nach Trauma, bei bipolarer Störung & EMDR.
Mehr als 80 Publikationen zur Prävalenz von psychischem Trauma bei psychiatrischen Erkrankungen und Therapien mit EMDR, insbesondere bei bipolarer Störung

Und wir haben auch gesehen, dass die Patienten von der Stimmung her besser werden, vor allem interessanterweise in den eher hypomanen, leicht euphorischen Symptomen. In der Depression waren auch Veränderungen da und in der Kontrollgruppe auch. Darum war das statistisch nicht signifikant. Aber das ist oft das, was passiert, wenn man den Patienten auch in der Kontrollgruppe sozusagen mehr Zuwendung gibt, wenn auf einmal mehr Sitzungen stattfinden, weil die ja genauso evaluiert

werden. Dann gehen manchmal eben leichte depressive Symptome auch runter.

Sie haben vorhin erwähnt, dass Sie auch mit Bildgebungsverfahren gearbeitet haben. Interessanterweise haben Sie zum Beispiel das MRT benutzt, um Ergebnisse zu kontrollieren, zu validieren. Können Sie ein, zwei Beispiele nennen von Patientinnen oder Patienten, was sich da entwickelt hat und was Sie beobachten konnten?

Da haben wir auch eine kleine EMDR-Studie veröffentlicht. Mit dabei war eine Patientin, die wir zufällig vorher wegen einer anderen Studie im MRT hatten. Und diese 37-jährige Patientin – bipolare Störung, verschiedene Traumata im Leben, Zeugin beim Suizidversuch des Bruders, Vater früh verstorben, sehr konfliktreiche Beziehung zur Mutter – diese Patientin hat dann 12 EMDR-Sitzungen innerhalb der Studie bekommen. Da dachten wir: „Mensch, dann machen wir nochmal eine funktionelle Bildgebung bei der Patientin danach.“ Und dort haben wir entdeckt, dass das, was auf Englisch das „Default Mode Network“ genannt wird, also der Ruhezustand des Gehirns, der sehr wichtig ist, dass diese Aktivierung eben moduliert wird. Dann, wenn Patienten ein Aufmerksamkeits-Programm oder Training im MRT machen, wird das Network moduliert. Und wir haben gemerkt, dass das besser wird nach den EMDR-Sitzungen. Und das ist natürlich hochinteressant, denn dieses Netzwerk hat mit Introspektion zu tun, mit selbstgerichteten Gedanken, mit persönlichen Ereignissen, die passiert sind, mit emotionaler und sozialer Beurteilung von sich selber und von anderen. Also dieses „Default Mode Network“, dieses Ruhezustand-Netzwerk, von dem wir wissen, dass es pathologisch ist in vielen psychiatrischen

Erkrankungen, auch in der bipolaren Störung und der posttraumatischen Belastungsstörung, das hat sich bei dieser Patientin normalisiert im Vergleich zu 33 Kontroll-PatientInnen und das war ein spannendes Ergebnis.

Waren Sie sehr überrascht über diese faszinierenden Ergebnisse und die Erfolge?

Ja, ich war natürlich überrascht. Ich hab's aber irgendwie geahnt, sagen wir mal. Doch man muss Forschung machen, damit wir wirklich wissen, was los ist. Wir Forscher haben natürlich immer Wünsche, wie die Studien ausgehen müssen. Aber wir machen kontrollierte Studien, denn die Forschung muss ernst sein. Und darum arbeiten wir ja jetzt auch an einer großen randomisierten Studie. Wir haben unser Manual entwickelt, es basiert auf den Ergebnissen unserer Pilotstudie. Wir stecken gerade im Abschluss der Studie mit über 82 Patienten, die entweder das bekommen oder so eine stützende Psychotherapie.

Was ist denn für Sie nach den bisherigen Forschungen, die Sie gemacht haben, das wichtigste Ergebnis, die wichtigste Erkenntnis und Bewertung für die Therapie bei bipolarer Störung?

Ich denke, das Wichtige ist zum einen, dass wir keine Angst haben müssen, Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung wie der bipolaren Störung mit EMDR zu behandeln. Man kann gut damit behandeln und muss dabei auf die Stabilisierung der Patienten achten. Es gibt ja viele Stabilisierungstechniken innerhalb von EMDR, die gerade bei der komorbiden psychiatrischen Erkrankung plus dem Trauma sehr wichtig sind. Wir müssen die Patienten also gut stabilisieren und bei bipolarer Störung ist auch die Medikation entscheidend. Als Psychiater und

Psychotherapeuten denken wir dual. Wir müssen die Patienten mit dem Stimmungsstabilisierer behandeln und dann können wir sehr gut auch EMDR anwenden. Es scheint bis dato, dass die Stimmung besser wird durch EMDR. Und jetzt steht eben meine große Frage, meine Theorie aus, die wahrscheinlich gewagt und revolutionär ist: „Ist EMDR auch ein psychotherapeutischer Stimmungsstabilisierer? Ist das wahr oder nicht?“ Und da gibt's unsere Studie. Die Holländer haben auch schon eine Studie begonnen und dann werden wir sehen, was rauskommt.

„Das Wichtige ist, keine Angst zu haben. Wir können psychiatrische Erkrankungen mit EMDR behandeln.“

Wann rechnen Sie mit einem Ergebnis?

Wir machen ein langes Follow-up mit dem Patienten, d. h. sie werden bis zu zwei Jahren insgesamt beobachtet, wie es ihnen geht, und wir haben jetzt noch fünf, sechs Patienten, die bis Anfang nächsten Jahres in dem Follow-up sind, und dann werden die Daten angeschaut.

Sie haben gerade das Manual angesprochen, das Sie für Kolleginnen und Kollegen entwickelt haben, um Ihre wertvollen Erfahrungen weiterzugeben. Damit EMDR mehr Einzug hält in den Klinikalltag und in die Praxen. Welche innovativen Ideen, Ratschläge oder Tipps können Sie

weitergeben, worauf zu achten ist, um es richtig anzuwenden?

Also erstmal ist wichtig, dass die Therapeuten wissen, was eine bipolare Störung ist. Es gibt auch Psychiater, die das nicht genau wissen, die die Subtypen nicht genau kennen. Was ist das bipolare Spektrum? Was ist Rapid Cycling, wenn die Patienten sehr viele Stimmungsveränderungen haben? Was ist die Bedeutung der Medikation? Das ist für Psychotherapeuten oft leider noch ein bisschen fern. Aber es ist auch wichtig zu wissen: Was gibt's da für Medikamente? Also unser erster Teil ist, mehr zu beschreiben, zu informieren drüber, sehr kompakt natürlich. Auch beschreiben wir ganz klar, dass die Rückfallrate immer bei bipolaren Patienten noch sehr hoch ist, aus vielerlei Gründen. Aber unsere Hypothese ist eben auch, dass es daher kommt, weil Trauma nicht behandelt wird. Auch deswegen haben die Patienten mehr Rückfälle. Dafür gibt's auch Daten. Und wir erklären natürlich, wie hoch die Bedeutung des psychologischen Traumas in der bipolaren Störung ist. Bis zu 20 Prozent erfüllen diagnostische Kriterien von einer posttraumatischen Belastungsstörung, werden aber nie behandelt. Und das ist wichtig. Warum sollte ich eine Angststörung bei einer bipolaren Störung behandeln, aber eine posttraumatische Belastungsstörung darf ich nicht behandeln?

Das ist ein bisschen ein Paradigmenwechsel. Wir müssen da mehr wagen. Was wir natürlich auch noch aufführen müssen, ist – und das ist ganz wichtig – eine genaue Anamnese zu erheben, bezüglich der Traumata, der psychiatrischen Aufenthalte, der mechanischen Fixierung. Die Diagnose per se ist oft ein dramatisches Erlebnis für bipolare Patienten, weil der Psychiater sagt: „Du hast jetzt 'ne chronische Erkrankung.“ Das muss man erst einmal verdauen. Da sind wir manchmal selber ein bisschen unsensibel. Ja, wir müssen auch

ein bisschen Eigenkritik üben, denke ich. Man muss sich öffnen diesbezüglich und die Patienten da abholen, wo sie sind. Ich denke aber, abgesehen von der Wichtigkeit der Stabilisierungsphase, das wirklich Wichtige in dem Manual sind die fünf spezifischen Bipolar-Protokolle. In einem geht's um die Prodrome. Welche ersten Symptome haben die Patienten? Ein anderes Protokoll ist z.B. die Des-Idealisierung der manischen Symptome, denn vielen bipolaren Patienten gefällt es, manisch zu sein. Das muss man auch ganz klar sagen: Ganz toll, viele Ideen, hoch oben, viel Geld ausgeben, flirten und so weiter und so fort. Da gibt's natürlich viele positive Aspekte, die sich aber dann leider direkt wieder in die Depression umkehren und es sind sehr viele Schuldgefühle da. Darum ist es wichtig, auch diese Aspekte klar zu machen. Und da haben wir ein kleines Protokoll entwickelt, um das mit dem Patienten zu bearbeiten. Der Star dieser fünf Manual-Protokolle ist für mich ein Stimmungsstabilisierer-Protokoll. Es ist ganz klein und kompakt. Der Patient oder die Patientin soll sich auf eine Zeit rückbesinnen, in der er oder sie ganz stabil in der Stimmung war. Und das installieren wir mit positiver Kognition. Man kann das ganz elegant in jeder Sitzung hernehmen.

Das heißt, dieses Stabilisierungs-Sub-Protokoll ist Ihr Favorit?

Ja, mit der Zeit, mit den Jahren hat sich herausgebildet. Es gibt ja in EMDR viele Protokolle, bücherweise. Von Marylin Luber gibt's ja viele Bücher über verschiedenste Sub-Protokolle für verschiedene Pathologien. Aber die meisten haben keine wissenschaftliche Evidenz. Das beste Protokoll ist immer noch das Standard-Protokoll von Francine Shapiro. Ohne Zweifel. Aber es gibt noch andere Protokolle, die sehr gut sind und die wissenschaftliche Evidenz wächst.

Wie hat sich denn Ihre Arbeit durch diese Erkenntnis und auch durch die Entwicklung und Übertragung Ihrer Erkenntnisse z.B. in das Manual verändert?

„Das ist ein bisschen ein Paradigmenwechsel. Wir müssen da mehr wagen.“

Die Arbeit mit Patienten ist ganz anders geworden. Ich würde sagen: es gibt den Psychiater und Psychotherapeuten Amann bis 2008 und den Psychiater und Psychotherapeuten Amann nach 2008. Da sind klare Unterschiede. EMDR ist ja sehr elegant. Das ist extrem wichtig, weil wir bei dem Patienten positive Ressourcen ganz elegant verstärken können. Wir Therapeuten tendieren ja dazu, dem Patienten immer alles zu sagen, was nicht funktioniert und vergessen aber die positiven Aspekte, die mit bilateraler Stimulation, Augenbewegungen oder Tapping gut verstärkt werden können. Denn die erhöhen auch wieder direkt das Selbstbewusstsein der Patienten. Und um das geht's ja letztendlich. Und auch für die eigene Kapazität hat mich EMDR gelehrt, therapeutisch eine wirklich offene, ehrliche, auch emotionale Bindung mit dem Patienten einzugehen. EMDR hat mich gelehrt, eine offene, ehrliche und emotionale Bindung mit Patienten einzugehen.

Ist das stärker geworden bei Ihnen in der Bindung zum Patienten?

Ja, viel stärker, kein Vergleich, kein Vergleich! Und die Patienten sind sehr dankbar, wenn die das spüren, weil

dann ein ehrlicher Kontakt da ist:

„Ich kann dich abholen in deinem Trauma. Ich begleite dich, du bist nicht alleine mit dem.“ Das ist ein ganz potenter Faktor von EMDR.

Sie haben ja im Vorgespräch auch erzählt, dass Sie in Barcelona mit sehr schwer traumatisierten Menschen zu tun haben. Aus ihrer Erfahrung: Von welcher Dauer sprechen wir, bis sich wirklich Erfolge zeigen?

Das ist ganz unterschiedlich und es wäre ein interessanter Forschungsbereich, da mehr Variablen rauszukriegen, woran das wirklich liegt. Warum es bei manchen auf einmal ganz schnell geht. Zum Beispiel eine Patientin, die ich innerhalb der Studie behandelt habe, hatte einen schweren sexuellen, psychologischen und körperlichen Missbrauch ab dem sechsten Lebensjahr. Also eine wirklich komplexe posttraumatische Belastungsstörung, mit Drogenmissbrauch, Anorexie, die dann in Bulimie umgeschlagen ist. Sie hat sich nur die schlimmsten Partner rausgesucht, Drogenabhängige, natürlich auch schwer traumatisierte Patienten und sie hatte keine Selbstfürsorge. Diese Frau wurde mir zugewiesen mit der Frage, ob das eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist oder eine bipolare Störung. Und es war ne bipolare Störung, Bipolar II Störung, Depression, Hypomanie plus eben komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Wir haben sechs EMDR-Sitzungen gemacht, was das Leben dieser Frau völlig verändert hat. Aber es stimmt auch, dass viele Patienten doch eine jahrelange Begleitung benötigen, weil die Bindung so gestört ist, dass es einfach auch mit EMDR länger dauert.

Solche Erfolge nach sechs Sitzungen und so einer Biografie sind natürlich großartig. Gibt es auch Kontraindikationen? Wo sind da die Grenzen?

Ich mache mit meinem Team ja laufend Studien, aktuell sind es acht. Wir sind eine recht große Forschungsgruppe aus rund fünf Mitarbeitern und 15 externen EMDR-Therapeutinnen und -Therapeuten. Und unsere Erfahrung bis dato ist: Eine gewisse Stabilisierung muss sein. Und wenn floride psychotische Symptome da sind, wenn die manisch sind oder schwerstdepressiv, kann man nicht arbeiten. Das ist unmöglich. Wir müssen erst eine pharmakologische Stabilisierung schaffen und dann ansetzen. Für mich ist das ein klares Ergebnis unserer Studien. Oder wenn ein aktiver Substanz-Missbrauch da ist, ist es auch sehr

schwierig, weil es einfach die psychotherapeutische Beziehung sehr stört und beeinflusst. Das ist schwierig, da wirklich konstant psychotherapeutisch zu arbeiten, wenn die aktiv Kokain, Cannabis und so weiter konsumieren und dann ja auch oft gar nicht erscheinen zu den Sitzungen. Meine persönliche Erfahrung – da wurde ich oft schon ausgeschimpft, auch im EMDR-Bereich, aber ich beharre da ein bisschen drauf – ist: Je klüger jemand ist, desto leichter ist die Therapie. Also das heißt konkret z.B., wenn eine starke Intelligenzminderung da ist bei den Patienten, ist es oft auch schwierig mit EMDR zu arbeiten. Das ist meine Erfahrung.

Was ist der Hauptpunkt, worauf man achten sollte als Therapeutin/Therapeut? Was können Sie den Kolleginnen und Kollegen mitgeben?

Erstens: Keine Angst haben, die Patienten durchaus zu behandeln, aber sich auch zu informieren: Was ist eine bipolare Störung? Welche Typen gibt's? Nicht gegen die Medikamente reden! Wir müssen zusammenarbeiten: Psychiatrie und Psychotherapie muss eins

sein. Das ist in Deutschland ja schon viel besser als hier in Spanien. Die Psychiater müssen hier ja noch nicht mal eine psychotherapeutische Ausbildung machen. Das ist auch eine andere Mission, die ich hier so ein bisschen verfolge. Also keine Angst haben: Das Trauma kann man behandeln, auch bei Psychose. Da gibt's ja von Holland aus bis dato gute Daten. Wir machen auch eine Studie bei primären psychotischen Episoden und man muss schauen, was da rauskommt. Aber man darf keine Angst

»Wir müssen zusammenarbeiten. Psychiatrie und Psychotherapie muss eins sein.«

haben! Man kann die Patienten mit einem komorbiden psychologischen Trauma mit dem Manual behandeln. Ich würde sagen: Die Protokolle einfach auch ausprobieren und je nachdem, je nach Patient, passt eins mehr oder weniger. Und die Stimmungsstabilisierungs-Protokolle immer benutzen, vor jeder Sitzung.

Sie hatten vorhin das Wort Paradigmenwechsel benutzt. Die EMDR-Behandlung von bipolaren Störungen und von Depressionen – wie genau ist dieser Paradigmenwechsel hier zu sehen und zu bewerten, insgesamt und auch in der Praxis?

Denn das ist eine Herzensangelegenheit meinerseits. Es gibt so viel Literatur, so viele Metaanalysen über den Impact vom Trauma in der Kindheit, dessen Konsequenzen im Erwachsenenalter. Das sind die Analysen, die statistisch wirklich am solidesten sind. Und wir wissen einfach, dass wenn ein Kindheitstrauma da war, dass das Risiko dann drei- bis viermal höher ist für eine Depression, Persönlichkeitsstörung, Psychose, bipolare Störung, Zwangs-

störung oder auch Angststörung. Das ist die Nummer eins! Angststörungen sind hoch prävalent aufgrund von Kindheitstraumen, das ist wissenschaftlich einfach sehr evident. Wir machen aktuell eine Umbrella-Metaanalyse, eine Regenschirm Meta-Analyse, also von allen Meta-Analysen, die bis dato veröffentlicht wurden. Und wir versuchen das gerade zu veröffentlichen, was nicht einfach ist, weil das ja in gewisser Weise einen Paradigmenwechsel bedeutet. Die großen Journals sagen: „Das ist ein super Artikel.“

Aber die wanken noch so: „Soll man das wirklich veröffentlichen? Ja oder nein?“ – Und warum? Weil

eben die große Sehnsucht in der Psychiatrie ist, dass wir neurobiologische „marcadores“, also neurobiologische Kennzeichen oder Variablen finden, die die psychiatrische Erkrankung ätiologisch erklären. Das Problem ist nur: Wir versuchen das seit zwanzig, dreißig Jahren, aber wir haben es bis dato nicht gefunden. Ich habe ja selber im Bildgebungsbereich gearbeitet. Und vor dreißig oder zwanzig Jahren wurde schon gesagt: „Wir werden die Patienten diagnostizieren können mit Bildgebung.“ Das ist bis dato aber nicht so! Die Genetik ist in Ordnung. Wir haben eine genetische Belastung, in der bipolaren Störung sind es 64 Gene, die eine Rolle spielen. Nur: Was bedeutet das wirklich, also klinisch? Wir müssen die Patienten klinisch mehr abholen! Und das Trauma ist ein transdiagnostischer Risikofaktor. Nicht nur in der bipolaren Störung, sondern in vielen psychiatrischen Erkrankungen. Und da können wir helfen! Zum Beispiel mit EMDR.

Ich frag nochmal provokant: Bedeutet das jetzt auch einfach: Traut euch mehr, es einfach auszuprobieren, es einfach anzuwenden, anstatt zu viel

Zeit ins Land gehen zu lassen und zu erforschen, wo es herkommt?

Ja, unbedingt. Also, was ich vorher erwähnt hab: Keine Angst haben, die Patienten innerhalb des therapeutischen stabilen Settings natürlich abholen und mit denen die Biografie gut durchgehen und die Traumata bearbeiten.

Wie sieht Ihre Vision von der Therapie der Zukunft aus?

Ich denke, auf jeden Fall eine gute Kombination aus Pharmakologie, die möglichst keine Nebenwirkungen provoziert bei dem Patienten. Pharmakologisch behandle ich die meisten Patienten, weil sie es brauchen und weil es uns hilft für die Psychotherapie. Aber es stimmt auch: Teilweise gibt's ja immer noch Nebenwirkungen von den Medikamenten. Ich hoffe, dass die Pharmakologie sich da weiterentwickelt und in der Zukunft gute Medikamente herstellt, die möglichst wenig Nebenwirkungen haben, aber eben gut wirken bezüglich der bipolaren Störung, Psychose, Zwangsstörung, was auch immer.

Und auf EMDR bezogen?

Auf EMDR bezogen denke ich: EMDR ist eine Therapie, die bleiben wird. Das Standard-Protokoll von Francine Shapiro ist ja bereits ein Klassiker. Die Zahl der Therapeuten in Europa steigt stets. Das passiert nur, wenn eine Therapie etwas bringt, sonst würden die Zahlen ja fallen. Wenn Therapeuten merken würden: „Mensch, ich komm nicht weiter mit Patienten“, dann würden sie es ja nicht hernehmen. Auch in der Wissenschaft gibt's zunehmend Daten und wissenschaftliche Studien zu EMDR. Also ich denke, EMDR wird bleiben. Was dann in der dritten Generation an Psychotherapie noch kommt? Es gibt ja schon verschiedene Subtypen von

EMDR. Das kann ich persönlich aber nicht beurteilen, weil ich keine Zeit habe, mich damit zu beschäftigen. Ob da was Besseres dabei ist? Ich weiß es nicht, ehrlich gesagt. Das schafft auch viel Polemik. Ich denke, EMDR ist eine wirklich gute Psychotherapie. Und die wird auch bleiben. Auch in der Zukunft.

Das heißt, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen einerseits Pharmakologie, da wo es nötig ist, mit möglichst wenig Nebenwirkungen

„EMDR ist eine gute Psychotherapie, die auch in Zukunft bleiben wird.“

bei den Medikamenten und auf der anderen Seite verstärkter Einsatz von EMDR, sehr wirkungsvoll, wie Sie es beschrieben haben, mit teilweise kurzer Dauer und grandiosen Ergebnissen, wo man Menschen sehr schnell helfen kann, ohne die ganze Genetik auch noch analysieren oder ein MRT bemühen zu müssen?

Ja genau.

Sie ermutigen ja sehr, da voranzugehen in dieser Entwicklung. Was kann jeder Therapeut oder Therapeutin heute schon tun, damit das wirklich gut und erfolgreich läuft im Sinne der Menschen?

Die Therapeuten, die bereits mit EMDR arbeiten, sollten sich auch weiter ausbilden. Es gibt in jedem Land Fortbildungen für jede spezifische Krankheit und zunehmend auch im psychiatrischen Bereich. Das ist mit EMDR Europa ja super organisiert. Ich mache

selber dort auch Fortbildungen für EMDR-Therapeuten. Es ist halt doch ein Unterschied, ob ich jetzt jemanden mit ängstlich depressiver Symptomatik behandle oder mit einer floriden psychotischen Symptomatik oder wirklich Patienten mit einer Gefahr von manischen oder schwer depressiven Episoden. Das ist nochmal ein anderes Kapitel. Darum muss man sich fortbilden. Und Leute, die im Trauma bis dato nicht arbeiten, kann ich nur empfehlen und so mache ich es übrigens in unserem Krankenhaus auch ständig: Ich informiere die Leute, wie wichtig das ist.

Und wir kriegen auch innerhalb unseres Krankenhauses immer mehr Patienten zugewiesen, dass wir das Trauma bearbeiten sollen. Aber das ist ein langsamer Prozess. Was ich sagen will: Ich würde die Leute – sowohl Psychiater wie auch Psychologen – natürlich sehr dazu animieren, sich auszubilden diesbezüglich, z.B. mit EMDR. Um eben Trauma spezifisch arbeiten zu können, weil es einfach zu frequent ist. Es ist zu häufig, es ist klinische Praxis, es ist Alltag bei uns, sowohl komplexe Traumata, wie auch ganz punktuelle, gezielte Traumata. Also macht es sehr, sehr viel Sinn.

Und aus Ihrer Erfahrung werden die psychiatrischen Erkrankungen ja ausgelöst durch Traumata und nicht umgekehrt, richtig?

Genau. Also ich denke, es besteht eine gewisse wahrscheinlich genetische Bereitschaft. Aber was die Flasche halt dann öffnet, ist eben das psychologische Trauma.

Noch ganz kurz zum Schluss das Thema Corona bzw. Covid 19. Wie erleben Sie das Ausmaß dieses kollektiven Traumas, was man ja durchaus sagen kann, glaube ich?

Wie Sie sagen, Frau Kluge, es ist ein kollektives Trauma, ein Massen-Trauma. Wahrscheinlich hat es sowas seit dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr gegeben. Wir haben es sehr intensiv hier in Barcelona erlebt. Meine Kinder waren 72 Tage eingesperrt. Die konnten nicht raus. Während der ersten Welle hat mein Sohn mit Ticks begonnen. Diese ganzen sozialen Veränderungen, was die wirklich bedeuten, das hat auf jeden Fall, vor allem auf die Kinder und Jugendlichen einen großen Impact gehabt. Dazu gibt's mittlerweile auch Daten. Ein weiteres sehr vulnerables Kollektiv sind natürlich die Leute, die im Krankenhaus gearbeitet haben: Krankenschwestern, Krankenpfleger, Ärzte, die in erster Linie dort waren. Dort ist für mich sehr interessant, dass die Nummern klar sind: Hoher Anteil PTBS, Depression, Angst, Schlafstö-

Da versuchen wir, was wir können, aber die Interaktion zwischen schwerer somatischer Erkrankung, Depressionen, posttraumatischer Belastungsstörung ist sehr, sehr schwierig.

Was ist Ihr wichtigster Rat, um mit diesen Menschen adäquat zu arbeiten und sie gut zu behandeln?

Ich denke, die Systeme sind ja sehr unterschiedlich in Deutschland und in Spanien. Von Deutschland weiß ich natürlich, dass es dort ein Problem gibt mit den Psychotherapie-Plätzen. Das ist schwierig und jetzt natürlich ein Riesenproblem, weil die Leute mehr denn je Psychotherapie bräuchten. Wie man das lösen kann? Keine Ahnung. Ich weiß es nicht. Die Patienten, die dran leiden, können auch selber etwas machen, so wie die Basis der Trauma-Psychothera-

Da können Sie bestimmt sehr wertvolle Arbeit leisten. Herr Dr. Amann, ich bedanke mich ganz herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Ihre Erfahrungen hier heute zu teilen und Ihr wertvolles Wissen weiterzugeben. Ich bin ganz sicher, dass das vielen Kolleginnen und Kollegen großartig helfen wird. Danke für das Gespräch und herzliche Grüße nach Barcelona.

Vielen Dank, Frau Kluge, auch für das tolle Interview und dass ich die Gelegenheit hatte, hier aus Barcelona, Katalonien, zu berichten, was wir hier so betreiben. Vielen Dank an Sie.

Dankeschön.

» Das, was bei uns in Deutschland phantastisch ist, psychosomatische Kliniken z.B., gibt's hier nicht. «

rungen. Aber es fällt den Ärzten sehr schwer, Hilfe anzunehmen. Ich habe mich dort oft angeboten, bin hingegangen und dann hieß es: „Ja, mal schauen, vielleicht“ und so. Oder: „Ja, wenn es unbedingt sein muss.“ Ein paar sind schon gekommen und haben auch gut gearbeitet. Aber ganz, ganz viele, die es wirklich nötig gehabt hätten, die sind nicht gekommen.

Weil einfach viel Stigma bezüglich der Psyche da ist, der Psychiatrie, des Traumas. Das ist ein deutliches Zeichen hier. Und als drittes sind da die Patienten selbst natürlich, die, die Covid-19 bekommen haben, die die Intensivstation überlebt haben. Sie sind oft schwerst-traumatisiert. Ich arbeite mit einigen Patienten jetzt in unserer Tagesklinik. Das ist ganz, ganz harte Arbeit.

pie ja auch ist: wieder sozial zurückzu-kehren, also wieder menschliche Kontakte aufzunehmen und zu hoffen, dass dann bald eine Psychotherapie möglich ist. Hier in Spanien ist das System anders. Die Psychotherapie ist insgesamt relativ beschränkt. Psychosomatische Kliniken zum Beispiel, also das, was bei uns in Deutschland phantastisch ist, gibt's hier gar nicht. Wenn ich viel Geld hätte, würde ich wahrscheinlich eine psychosomatische Klinik in Spanien aufbauen und es wäre sicher ein Erfolg. So etwas gibt es nur im privaten Sektor und da müssen die Leute die Psychotherapie selber zahlen. Und da sind wir wieder beim Thema, dass natürlich gerade die sozial Schwachen hier durch ein Sieb fallen.

Interview von:

Susanne Kluge

Freie Medizin- & Wissenschafts-Journalistin,
Autorin,
TV- & Event-Moderatorin,
NDR Fernsehen, Gesundheitsmagazin
„Visite“, seit 2004 NDR, Tagesschau24,
DW-TV, SAT.1, Pro7, RSH, div.
2006 das erste Mal über EMDR berichtet
Coach & Präsenz-Trainerin
<https://www.klug-gecoacht.de>
http://www.hs-hh.de/susanne_kluge/

2021

17. - 18. September	Supervision und Level 1 „Body2Brain®“	Dr. Croos-Müller
24. - 25. September	Screen-Technik KReST™ Teil 1	Lutz Besser
01. - 03. Oktober	PITT©-Curriculum Teil 2	Prof. Luise Reddemann
29. - 31. Oktober	Trauma Sensitives Yoga (TSY) Block 2	Dagmar Härle
04. - 06. November	Screen Technik KReST™ Teil 2	Lutz Besser
19. - 20. November	TRIMB® Grundlagen	Ellen Spangenberg
03. - 04. Dezember	Supervision und Level 2 „Body2Brain®“	Dr. Croos-Müller

2022

Curriculum „Grundlagen der Traumatherapie“ für Psychotherapeuten (3-teilig) nur gesamt buchbar

1. 28. - 29. Januar	Definitionen - Diagnostik - Haltung	Tilman Rentel
2. 25. - 26. Februar	Bewältigung traumatischer Erschütterungen	Dr. Helmut Rießbeck
3. 13. - 14. Mai	Spektrum dissoziativer Symptome	Gertrud Skoupy
03. - 04. Februar	Somatic Expierencing - Intro	Itta Wiedenmann
25. - 26. März	Stressor basierte Psychotherapie	Thomas Hensel
08. - 10. April	Trauma Sensitives Yoga (TSY) – Block 1	Dagmar Härle
06. - 07. Mai	Ausstieg aus ritualisierter Gewalt	Sabine Weber
10. - 11. Juni	Transgenerationelle Trauma Weitergabe	Prof. Luise Reddemann
16. - 17. Juli	Traumatherapie mit Kleinstkindern	Dorothea Weinberg
07. - 08. September	Familiengeheimnisse	Michaela Huber
29. - 30. September	PITT Kids	Andreas Krüger
11. - 12. November	TRIMB® Grundlagen	Ellen Spangenberg
25. - 26. November	Basic und Supervision „Body2Brain®“	Dr. Croos-Müller

Das Angebot für 2022 ist erst ab August auf unserer Homepage zu finden und buchbar!

Trauma sensible Beratung und Stabilisierung von Männern in Nordbayern, die aufgrund von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt unter Traumafolgen leiden



Bitte geben Sie Folgendes an Ihre Klienten weiter:
Betroffene erhalten unbürokratisch und kostenfrei

15 Stunden Einzelberatung
psychoedukativ ☯ körper- ☯ kunsttherapeutisch

therapeutisch geführte Walkinggruppe
Stabilisierungsgruppe

0911 990090-11 - maenner@thzn.org



EMDR nach dem DeprEnd Protokoll im stationären Setting

Milena Zundel, Arne Hofmann, Susanne Altmeyer

Ob eine Intervention tatsächlich bei der Mehrheit der Patient*innen wirksam ist, zeigt sich häufig erst beim Einsatz bei schweren Verlaufsformen der entsprechenden Störung. Der klassische Fall hierfür sind Patienten mit rezidivierenden depressiven Episoden, die stationär behandelt werden.

Im Folgenden möchten wir über einige Erfahrungen berichten, die wir in einer EMDR Traumaklinik mit derartigen Patient*innen beim Einsatz des EMDR DeprEnd Protokolls, einem EMDR Protokoll für depressive Personen, gesammelt haben.

Die Patient*innen kommen hierbei oft mit mehreren Diagnosen in die stationäre Therapie, viele zeigen Symptome einer einfachen oder komplexen PTSD und rezidivierende depressive Episoden sowie in einigen Fällen dissoziative Störungen. Gerade für diese sehr komplexen Krankheitsbilder eignet sich das EMDR DeprEnd Protokoll mit seinen unterschiedlichen Ansatzmöglichkeiten (traumatische Erfahrungen, negative Überzeugungssysteme, Episodenauslösender, mit negativen Bindungserfahrungen in Beziehung stehende Ereignisse, depressive States) in ganz besonderer Art und Weise, da es verschiedene Zugangswege für die Behandlung eröffnet.

Wichtig ist bei allen diesen Patient*innen ein sorgfältiger und geduldiger Beziehungsaufbau, der bei komplexeren Bildern mehr Zeit braucht als bei einfacheren Störungen. Eine freundliche und liebevolle Atmosphäre, in der Vertrauen wachsen kann, ein sehr transparentes Vorgehen in den Therapien, ausgiebige Psychoedukation und ein behutsames Konfliktmanagement bereiten oft erst den notwendigen Boden für die EMDR-Therapie. Nicht wenige Patient*innen haben beschämende Lebensereignisse in ihrem „Gepäck“, auch beschämend erlebte therapeutische Vorerfahrungen, und können nur sehr zögerlich Vertrauen aufbauen. Dem versuchen wir gerecht zu werden mit einer sehr bewussten Gestaltung der beschriebenen Atmosphäre in den Bereichen Orte, Zeiten und Kommunikation.

Der große Vorteil einer stationären Behandlung liegt in der Möglichkeit, sehr tiefgreifend und fokussiert auch emotional hoch belastende Lebensereignisse mit EMDR zu bearbeiten, da die Patient*innen von ihren normalen Alltagsanforderungen entlastet sind. Gleichzeitig erleben sie sich (teilweise erstmalig) in den Kontakten mit dem therapeutischen Team und ihren Mitpatient*innen aufgehoben in einer Atmosphäre, die ein Einlassen auf emotional „schwierige“ Themenbereiche möglich

macht. Neben der Einzeltherapie können in den verschiedenen Gruppensettings, cotherapeutischen Einheiten und auch selbstorganisierten Bereichen korrigierende Erfahrungen in Bezug auf bestehende negative Grundannahmen bezogen auf das Selbst und die Anderen gemacht werden. Einen wichtigen Behandlungsbereich stellt für uns der Einsatz sanfter körpertherapeutischer Verfahren dar, die die Patient*innen bei der Integration der bearbeiteten Erfahrungen unterstützen und sehr häufig bestehende oder in der Therapie wieder auftretende somatische Symptome wie Schmerzzustände und Verdauungsbeschwerden lindern.

Das EMDR-basierte Vorgehen in der Einzeltherapie beginnt mit der Erhebung einer gründlichen Symptom- und Belastungskarte, anhand derer depressive Episoden und Auslöser, emotional „aktive“ oder traumatische Lebensereignisse und ggf. bestehende States identifiziert werden können. Auf dieser Grundlage werden episodenauslösende Erlebnisse und depressiogene Überzeugungssysteme herausgearbeitet, die Einfluss auf ihre Lebens- und Beziehungsgestaltung haben. Gemeinsam mit den Patient*innen kann dann die Zielsetzung und Behandlungsplanung erfolgen. Häufig zeigt sich hierbei, dass Patient*innen neben der EMDR-gestützten Verarbeitung weiteres Hand-

werkszeug benötigen, wie z.B. Methoden der Affektregulation, soziale und selbstwertstärkende Kompetenzen, oder Fertigkeiten im Umgang mit dissoziativen Symptomen. Diese werden im stationären Rahmen gezielt zusätzlich angeboten, wodurch die Einzeltherapie sich intensiv auf die EMDR-Behandlung konzentrieren kann.

Das DeprEnd Protokoll bietet hierbei die Möglichkeit, individuell und flexibel eine auf die Patient*innen zugeschnittene Vorgehensweise zu planen, die im Verlauf auch jederzeit an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden kann. Oft ergibt sich in der Behandlung eine Art Pendelbewegung zwischen der Bearbeitung aktueller Themen und früher biographischer Ereignisse. In der Abschlussphase der stationären Behandlung steht dann vermehrt die Vorbereitung auf anstehende Herausforderungen im Vordergrund, die durch eine Fokussierung auf aktuelle Trigger und Zukunftsprojektionen erfolgt.

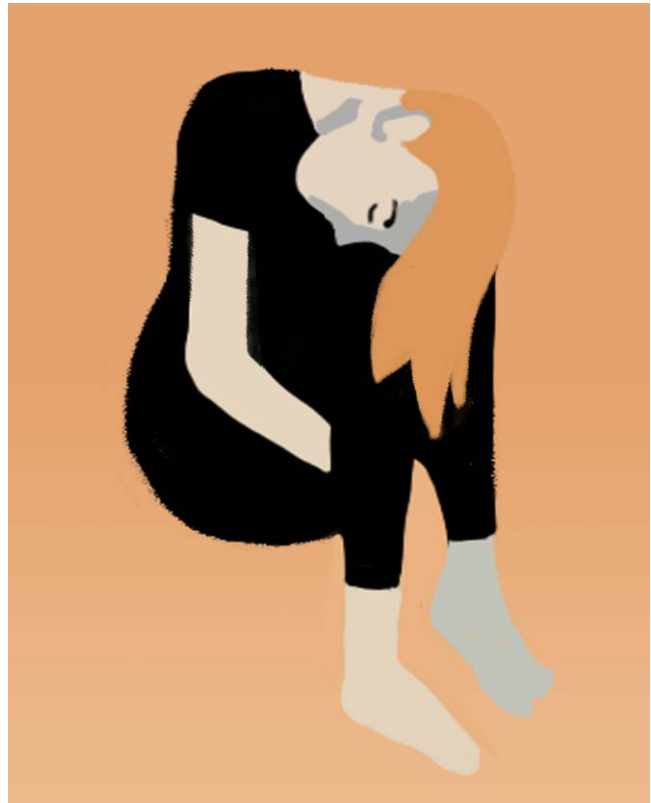
Um dies für die Praxis etwas mehr zu verdeutlichen folgen zwei Fallbeispiele aus unserer Klinik, jeweils mit Ergänzungen durch die/den Patient*in.

Die 35jährige Frau X. wurde 2017 in schwer depressivem Zustand aus einer Tagesklinik zu uns verlegt, nachdem eine klassische antidepressive Behandlung sich nicht erfolgreich gezeigt hatte. Seit der 2015 von ihr veranlassten Trennung vom Ehemann und Vater der zwei kleinen Kinder war es zu mehreren depressiven Episoden und Klinikaufenthalten gekommen, da sie auf die Herausforderungen des Allein-Lebens mit massiven Ängsten, Überforderungs- und Insuffizienzgefühlen und einem Verlust des Selbstwertgefühls reagiert hatte. Eine Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit als Lehrerin war bereits einmal gescheitert, da sie sich ihrem Beruf überhaupt nicht mehr gewachsen fühlte. In der Vorgeschichte ließ sich ein emotional kaltes Elternhaus eruieren, in dem die Patientin als Kind Abwertung und Demütigungen erfahren hatte, sowie insgesamt in ihrer Autonomie stark eingeschränkt wurde.

Es erfolgte eine stationäre Behandlung über 6 Wochen, im Anschluss konnte Frau X. ambulant noch für 18 weitere Therapiestunden über einen Zeitraum von 6 Monaten begleitet werden. Insgesamt erhielt sie 15 erinnerungsverarbeitende EMDR Sitzungen. Die Trennung erschien nicht als Episodenauslöser, der Ehemann war auch weiterhin unterstützend für sie da, der Einbruch entsprang eher dem Erleben, sich selbst so inkompetent zu fühlen. Daher stand vor Allem die Bearbeitung belastender Überzeugungssysteme an aktuellen und frühen biographischen Beweiserinnerungen in Bezug auf Scham- und Insuffizienzerleben im Fokus. Zudem erfolgte ebenfalls EMDR-gestützt eine fortlaufende Ressourcenak-

tivierung, sowie der Aufbau neuer Verhaltensstrategien im Umgang mit den Eltern, Kollegen und dem Ehemann. Medikamentös wurde niedrig dosiert Sertralin und Pregabalin unterstützend eingesetzt. Neben der Einzeltherapie profitierte Frau X. sehr von den Gruppentherapeutischen Angeboten, in denen sie zunehmend selbstwertstützende Erfahrungen machen und neue Strategien im sozialen Umgang erproben konnte. Nach relativ kurzer stationärer Therapie wurde die Patientin ambulant weiter beim Wiedereinstieg in ihre Berufstätigkeit sowie dem Aufbau ihres neuen Lebens unterstützt. Die Medikation konnte schrittweise wieder reduziert werden. Die depressive Symptomatik remittierte im Behandlungsverlauf vollständig, ein depressiver Rückfall ist nicht mehr aufgetreten. Bei der Nachbefragung fast 4 Jahre nach der stationären Behandlung berichtete Frau X:

„Damals sind viele Dinge hochgekommen, die mir nicht mehr präsent waren, und durch die Verarbeitung haben diese Erinnerungen ihre Dramatik verloren. Heute gelingt es mir viel eher, in Stress auslösenden Situationen innerlich Abstand zu halten und auf meine Belastungsgrenzen zu achten. Ich muss nicht mehr alles perfekt und sofort erledigen, manchmal kann ich mir sogar das Recht zugestehen, auch mal eine Auszeit zu nehmen und Sachen liegen zu lassen. Sogar durch die Corona-Zeit bin ich verhältnismäßig gut durchgekommen. Manchmal geht es mir auch schlecht, aber ich



kann dann besser für mich sorgen. Insgesamt kann ich sehr viel besser „erwachsen bleiben“, sogar im Kontakt mit meinen Eltern habe ich das geschafft, das ist ein enormer Fortschritt.“

Herr Y. kam 2018 erstmalig mit 42 Jahren in einer akuten Krisensituation nach Trennung von seiner Lebensgefährtin in unsere stationäre Behandlung. Seit 2005 hatten mehrfache kurze stationäre psychiatrische Aufenthalte, langjährige ambulante Psychotherapien und tagesklinische Behandlungen bei rezidivierenden Depressionen und affektiver Instabilität stattgefunden. Auch hatte es schon einen Suizidversuch nach früherer Trennung aus einer langjährigen Beziehung gegeben. In diesem Fall führten wir eine Intervallbehandlung mit bisher drei stationären Aufenthalten für jeweils 8 Wochen einmal im Jahr durch, kombiniert mit der ambulant fortgesetzten Therapie. Im Laufe der stationären Therapie wurden 18 Sitzungen mit EMDR Erinnerungsverarbeitung im Sinne des DeprEnd Protokolls durchgeführt.

Fokus war zunächst eine Stabilisierung und der Aufbau einer tragfähigen Alltagsstruktur, was für den erstmalig allein lebenden Herrn Y. eine große Herausforderung darstellte. Im Verlauf konnten dann schrittweise belastende Erlebnisse und damit zusammenhängende Überzeugungssysteme identifiziert und EMDR gestützt verarbeitet werden. Da Herr Y. sehr große Angst vor seinen Emotionen hatte, und auf innere Regungen häufig mit Panikattacken und überflutenden Ängsten reagierte, wurden zunächst Methoden der Spannungs- und Emotionsregulation vermittelt und intensiv ressourcenorientiert an einer Selbstwertstärkung gearbeitet. Das EMDR-Protokoll wurde in einer Form eingesetzt, die Herrn Y. maximale Kontrolle in der Dosierung der

Belastung ermöglichte. So wurden in die Verarbeitung Ressourcen integriert, und Herr Y. konnte während der Prozessierung mittels Bildschirmtechnik und Fernbedienung die bearbeiteten Situationen für sich adäquat einstellen. Auf diese Weise konnten Ängste abgebaut und ein immer höherer Grad emotionaler Belastung toleriert werden.

Fokussierte Themen waren bisher die episodenauslösenden Trennungssituationen und hiermit zusammenhängende Überzeugungssysteme wie „Ich bin völlig allein und hilflos“, „alleine bin ich

„Ich bin völlig allein und hilflos“, „alleine bin ich nichts / wertlos“, „ich bin schuld“

nichts / wertlos“, „ich bin schuld“, die zunehmend in einen biographischen Rahmen eingeordnet werden konnten und hierdurch für Herrn Y. deutlich entlastet und besser in ihren Zusammenhängen verstehbar wurden. Im letzten Aufenthalt konnte dann auch der Suizidversuch und ein sich hierin abbildender depressiver State EMDR-gestützt verarbeitet werden.

Sehr wertvoll für Herrn Y. waren auch die Erfahrungen innerhalb der Patient*innengruppe, in der er sich erstmalig in einem Gruppenkontext geschätzt und sicher fühlen und auch mit seinen empfindsameren Seiten zeigen konnte. Innerhalb des mittlerweile dreijährigen Beobachtungszeitraumes zeigte sich eine kontinuierliche Abnahme der depressiven Symptomatik, eine schwere depressive Episode ist nicht mehr aufgetreten. Affektiv instabile und impulsive Verhaltensweisen konnten

schrittweise reduziert und eine deutlich verbesserte Selbstwirksamkeit und Steuerungsfähigkeit aufgebaut werden. Herr Y. verfügt nun über erheblich verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf Körperempfindungen und Emotionen, was ihn zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen auch für sich selbst befähigt. Als zusätzliches „Bonbon“ fand er Zugang zu seiner Musikalität und führte das auf Station erstmals erlebte Singen auch ambulant mit großer Freude fort. Nachdem mittlerweile genug Erfahrung mit dem EMDR Prozess besteht, ist im weiteren Verlauf die Verarbeitung auch früherer hochgradig emotional belastender Erinnerungen geplant, was Herr Y. sich bisher noch nicht zugetraut hatte, um weiterhin bestehende Ängste und Stimmungseinbrüche immer mehr abzubauen und auch langfristige Stabilität zu erreichen. Herr Y. berichtete:

„Nach anfänglicher Skepsis gegenüber EMDR stellte ich bereits nach wenigen Sitzungen fest, dass diese für den Außenstehenden vielleicht befremdlich anmutende bilaterale Stimulation tiefgreifende Prozesse auslösen kann. Diese Prozesse erschienen mir zunächst merkwürdig und lösten auch teilweise Ängste aus. Im Laufe des Prozesses entwickelte sich das Gefühl und die Erkenntnis, dass EMDR zu einer nachhaltigen Verarbeitung der Themen führt, und so reduzierten sich auch meine Ängste. Durch den Einsatz verschiedener Techniken war es mir möglich, die Intensität und emotionale Belastung der bearbeiteten Themen selbst zu steuern und innerhalb einer EMDR Sitzung nach Bedarf anzupassen. Dadurch erschließt sich mir nun auch die Möglichkeit im ambulanten Setting mit EMDR zu arbeiten, was durch die hohe emotionale Belastung zunächst für mich persönlich

*ausgeschlossen war. Die sukzessive Bearbeitung belastender Themen führte für mich zu einer deutlich besseren Stabilität im Alltag. Situationen, die in der Vergangenheit Depressionen gefördert haben, indem sie Assoziationen zu belastenden Erlebnissen hervorgerufen haben, konnten reduziert werden. Die Therapie mit EMDR hat sich für mich als eine sehr effiziente und nachhaltige Art erwiesen, belastende Themen zu bearbeiten, allerdings nur in einem Kontext, in dem absolutes Vertrauen in die Therapeut*innen und eine entsprechende Ausbildung selbiger besteht.“*

Die beiden angeführten Beispiele stellen typische Verläufe aus unserer klinischen Arbeit dar. In diesem Zusammenhang sind die Daten der Forschungsgruppe unserer Klinik interessant, in der wir regelhaft eine Katamnese unserer depressiven Patienten durchführen: In einer Nachbefragungs-Studie, die wir an 36 Patient*innen mit einer rezidivierenden Depression (F 33) durchführten, die wir seit 2017 in stationärer Behandlung gehabt hatten, zeigten sich nach durchschnittlich 16 Monaten folgende Ergebnisse:

**Von den 36 Patient*innen hatten am Ende ihres stationären Aufenthaltes und ihrer Behandlung mit EMDR DeprEnd20 ihre depressive Symptomatik komplett verloren (55 % komplette Remission).
In der Nachbefragung wiesen 18 noch eine vollständige Remission auf (50 %).**

Interessant war, dass von den sechs Patient*innen, die keine PTBS Komorbidität hatten, 4 am Ende der stationären Behandlung eine komplette Remission aufwiesen (66 %). In der Nachbefragung, die bei dieser Gruppe nach durchschnittlich 20 Monaten stattfand, war kein Einziger rückfällig geworden. Dies sind natürlich nur erste Ergebnisse. Die Nachbefragungs-Studie wird voraussichtlich noch bis Dezember 2021 weitergeführt werden.

Wir hoffen, dass wir einen guten Einblick in unsere Erfahrungen geben konnten und unser Bericht auch andere stationäre Einrichtungen anregt, EMDR nach dem DeprEnd Protokoll in die Behandlungspläne für die Therapie ihrer depressiven Patient*innen aufzunehmen.



Systemische Traumaklinik

Kooperationsklinik EMDR-Institut Deutschland

Im Rahmen unserer multimodalen, systemisch ausgerichteten Traumatherapie bieten wir

- Hochfrequente EMDR-Intensivtherapie
- 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

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 – Wendgräben bei Magdeburg**

Die Arbeit mit DeprEnd in der verhaltenstherapeutischen Praxis – Zwei Fallbeispiele



Ich bin Verhaltenstherapeutin und seit elf Jahren niedergelassen in eigener Praxis. Seit 2016 arbeite ich mit EMDR, der Schwerpunkt in meiner praktischen Arbeit liegt auf Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Angst-erkrankungen. Im Folgenden berichte ich anhand von zwei Fallbeispielen exemplarisch über meine Erfahrungen mit dem DeprEnd-Protokoll.

Melanie Schreiber
Psychologische Psychotherapeutin
EMDRIA-Supervisorin (EMDRIA)

Herr B.

Rezidivierende depressive Episode

Der 31-jährige Patient leidet zum Zeitpunkt des Therapiebeginns unter einer mittelgradigen depressiven Episode. Schnell wird deutlich, dass es sich um eine rezidivierende depressive Störung handelt, da der Patient mehrere depressive Episoden erinnern kann. Herr B. berichtete, sich eigentlich in einer guten Lebenssituation zu befinden. Er habe seine erste feste Anstellung nach dem Studium und fühle sich an seinem Arbeitsplatz wohl, er plane die Hochzeit mit seiner Partnerin und zudem habe das Paar einen Kinderwunsch für die nähere Zukunft. Leider könne er all das nicht genießen, da er von Leeregefühlen, Hoffnungslosigkeit, Zukunftsängsten und Selbstzweifeln gequält werde. Die Tatsache, dass es objektiv betrachtet für seinen Zustand keinen Auslöser gebe, mache es sogar noch schlimmer und verstärke die Überzeugung, ein Versager zu sein.

Bei der Suche nach pathogenen Erinnerungen wird deutlich, dass die letzten drei depressiven Episoden jeweils durch Konfliktsituationen ausgelöst wurden, in denen Herr B. sich hilflos und unterlegen gefühlt hatte. Insbesondere die Suche nach dem Auslöser der aktuellen depressiven Episode gestaltete sich schwierig, da er die Situation als eigentlich eher belanglos und mit einem SUD von 4 einordnete (es handelte sich um einen Streit mit einem Vermieter, der aber sehr schnell beigelegt werden konnte). **Zudem zeigte sich, dass Herr B. vermutlich schon ab der Grundschulzeit unter nicht diagnostizierten und unbehandelten depressiven Episoden litt.** Seine Kindheit beschreibt er als trostlos. Als jüngster von drei Söhnen mit einem schwer depressiven Vater und einer ängstlichen und hypochondrischen Mutter hätten ihm jegliche Wärme und Halt gefehlt. Zusätzlich sei er seine ganze Grundschulzeit hindurch von seinen Mitschülern gemobbt worden.

Als Startpunkt für die Arbeit mit DeprEnd wurde der aktuelle Episodenauslöser, der Streit mit dem Vermieter (SUD: 5, NK: „Ich bin wehrlos“, PK: „Ich bin stark“) ausgewählt.

Nachdem dieser in einer Sitzung erfolgreich bearbeitet werden konnte, zeigte sich in der darauffolgenden Sitzung ein sehr positiv überraschter Patient. Er habe sich nicht vorstellen können, dass es so viel bringen könnte, diese eher belanglose Situation zu bearbeiten, aber er habe zum ersten Mal seit langem wieder Freude und Lebensenergie empfunden. In den nächsten Therapiestunden wurden dann zwei weitere Episodenauslöser erfolgreich bearbeitet. Da hier Affektbrücken zu den Mobbing-Erlebnissen auftraten, beschlossen wir, dieses Cluster und Trigger im Alltag des Patienten, wie beispielsweise Kritik durch Kollegen, als nächstes zu bearbeiten. Schon nach zwei Sitzungen (erste und schlimmste Erinnerung an das Mobbing) berichtete Herr B., sich selbstbewusster zu fühlen und entspannter zu seiner Arbeit zu gehen.

Nach wie vor stellen Konfliktsituationen, vor allem auch antizipierte, eine große Belastung für Herrn B. dar. Durch eine Affektbrücke wird dem Patienten deutlich, dass er in der Kindheit in familiären Konfliktsituationen immer wieder mit Liebesentzug in Form von tagelangem Schweigen bestraft wurde. Auch diese Situation wird durchgearbeitet. Herr B. wählt als schlimmstes Bild einen Moment, in dem er als 14-jähriger einsam und verzweifelt in seinem Zimmer sitzt. Der negative Gedanke ist „Ich bin wertlos“, der positive „Ich bin wertvoll“.

Zur Rezidivprophylaxe werden mit dem Patienten herausfordernde zukünftige Situationen bearbeitet, wie zum Beispiel Konflikte mit seinen Eltern oder seinem Arbeitgeber. **Inzwischen ist die depressive Symptomatik vollständig rezidiert.** Der Patient kann seine Hochzeit genießen und bleibt trotz beruflicher Herausforderungen und privater Schicksalsschläge (Erkrankung der Mutter) stabil.

Herr K.

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung und schwere depressive Episode

Der 27-jährige Patient befindet sich seit seinem 18. Lebensjahr immer wieder in vollstationärer Behandlung. Er ist seit fünf Jahren schwer depressiv, und wird, nachdem alle medikamentösen Behandlungsversuche scheiterten, inzwischen mit einem MAO-Hemmer behandelt. Er ist aber nach wie vor schwer depressiv. Er bezieht seit vier Jahren Erwerbsunfähigkeitsrente und hat keine Berufsausbildung. Er hat zudem kaum soziale Kontakte, lebt isoliert und zurückgezogen und verlässt seine Wohnung so gut wie gar nicht. Selbst die alltäglichen Dinge fallen ihm wegen der Antriebslosigkeit schwer, er hat nachts oft Alpträume und schläft dann tagsüber, vergisst oft zu essen, schafft es selten, einzukaufen oder sich um seinen Haushalt zu kümmern. Herr K. ist im Internet auf

EMDR gestoßen und meldete sich deshalb in meiner Praxis. Vielleicht sei diese Methode ein kleiner Hoffnungsschimmer. In der Anamnese des Patienten findet sich ein emotional vernachlässigendes und gewaltvolles Elternhaus und ein mehrjähriger sexueller Missbrauch durch einen Mitschüler in der Teenagerzeit. Der sexuelle Missbrauch ist ebenso wie die Gewalterlebnisse durch den Vater in der Kindheit sehr intrusiv und taucht immer wieder in Alpträumen oder Flashbacks auf.

In den ersten Sitzungen wird deutlich, dass an eine Bearbeitung der Missbrauchserlebnisse im Moment nicht zu denken ist. Herr K. zeigt sich durch die depressiven Symptome sehr belastet und durchlebt auch immer wieder suizidale Krisen. Vor allem das chronische und tief ausgeprägte Gefühl der inneren Leere und Freudlosigkeit ist unglaublich schwer auszuhalten.

Da der Patient sich durchgängig als „von seinem Körper abgetrennt“ empfindet, wird schon in der Probatorik in jeder Sitzung mit der Instant Ressource Installation (IRI; Hase) begonnen. **Bereits nach drei Sitzungen berichtet der Patient über erstaunliche Entwicklungen.** Das in der Sitzung aktivierte gute Körpergefühl habe angehalten. Nach der letzten Sitzung habe er zum ersten Mal wieder Lebenslust empfunden und sei in ein Shoppingcenter gegangen, um sich etwas Neues zum Anziehen zu kaufen. Dieser positive Trend setzt sich auch in den nächsten Sitzungen fort: Herr K. beginnt seine Wohnung aufzuräumen, einen Schlaf-Wach-Rhythmus einzuhalten, kontaktiert ehemalige Freunde und Bekannte und berichtet über einen deutlichen Rückgang der depressiven Symptomatik. Um diese positive Entwicklung weiter zu unterstützen, wird dann der Episodenauslöser bearbeitet: der Tod des Vaters vor fünf Jahren. Der Vater verstarb an Demenz in einer Pflegeeinrichtung.

Da Herr K. nach einer körperlichen Auseinandersetzung mehrere Jahre zuvor den Kontakt zum Vater abgebrochen hat, sieht er ihn zwei Monate vor dessen Tod zum ersten Mal wieder. Der Vater ist beim Wiedersehen in einem sehr desolaten und verwahrlosten Zustand. Dass wirft sich Herr K. bis heute vor. Er empfindet Reue und Schuld darüber, sich nicht um den kranken Vater gekümmert zu haben. Der Patient erinnert als schlimmstes Bild den verwahrlosten Vater, der leblos im Krankenhausbett liegt. Die negative Kognition ist „Ich bin herzlos“, die positive Kognition „Ich bin ein guter Sohn“. Die Erinnerung lässt sich in einer Sitzung durcharbeiten, **der SUD sinkt von 7 auf 0.** In den folgenden Sitzungen berichtet Herr K. über einen Trauerprozess, der nun in Gang gekommen ist, sich aber richtig anfühlt und sehr gut aushaltbar ist. Im Anschluss hieran zeigt sich ein weiterer Rückgang der depressiven Symptomatik. **Jetzt kann mit der Arbeit an den traumatischen Erlebnissen aus Kindheit und Jugendzeit des Patienten begonnen werden.**

EMDR

Erfahrungsbericht eines Patienten

Hintergrund:

Ich bin Kinderarzt, Ende 50 und leide seit der Jugend an einer chronisch rezidivierenden Depression. Im Kindesalter herrschten bei mir wegen emotionaler Vernachlässigung Angst und Einsamkeit vor, in der Pubertät habe ich wenig Identität und Selbstvertrauen entwickelt. Der Verstand funktioniert überdurchschnittlich gut, die emotionale Entwicklung blieb zurück. Lange Jahre suchte ich Hilfe in seelsorgerischen Angeboten, später in ambulanter und stationärer Psychotherapie, doch die Erfolge waren begrenzt und kurzfristig. Langfristig führen die Gespräche zu einer für Außenstehende befremdlichen, emotionslosen Reflexion meiner Not über den Verstand. Erst im Verlauf wurde mir dieser Abwehrmechanismus und die zunehmende Dissoziation bewusst. Zuletzt bot die Gesprächstherapie für mich keine Perspektive mehr.

Dann wurde mir durch einen Freund die EMDR Therapie empfohlen. Als Arzt hatte ich zuvor von erstaunlichen Erfolgen dieser Therapie in der Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen gehört.

Im vergangenen Jahr unterzog ich mich einer zehn Wochen dauernden stationären EMDR Therapie.

Erfahrungen:

Ausgehend von einer Traumalandkarte, in der wiederkehrende, belastende Ereignisse aus dem früheren Leben chronologisch aufgelistet wurden, formulierten der Therapeut und ich die dahinterliegenden Ich-Botschaften (innere Glaubenssätze). Danach begann die eigentliche EMDR-Therapie.

Während ich einem Gerät, das Lichtpunkte in einem vorgegebenen Rhythmus auf einer Leiste von rechts nach links laufen ließ, mit den Augen folgen sollte, konzentrierte ich mich gleichzeitig auf ein bestimmtes, mich belastendes Trauma von früher. Diese Spaltung der Aufmerksamkeit erfordert zu Beginn Übung, gelingt aber mit der Zeit. Ziel dieser gestalten der Aufmerksamkeit ist es meines Erachtens, sich trotz der belastenden Situation, die ich mir gedanklich/emotional vorstelle, so weit wie möglich zu entspannen. Wichtig bei diesem Schritt war mir das Vertrauen zum Therapeuten und das bewusste Sich-Einlassen auf den vorgegebenen Rhythmus des

Lichtes. Der Therapeut unterbrach das Setting in regelmäßigen Abständen und fragte nach aufkommenden Körperempfindungen, Bildern, Emotionen oder kurzen Gedanken. Jederzeit war es möglich, diese Therapie auch von meiner Seite aus zu stoppen, wenn Bilder oder Körperwahrnehmungen als zu belastend empfunden wurden.

Für mich war es in dieser Anfangsphase extrem wichtig, Vertrauen zu meinem Therapeuten aufgebaut zu haben, um so jede Regung aus meinem Inneren ungefiltert weitergeben zu können. Weiter war für mich die Überlegung hilfreich, dass nur Dinge, die etwas mir zu tun haben, hochkommen würden und nicht etwas Außerirdisches, völlig Absurdes. Manchmal herrschten Körperempfindungen vor, manchmal traten Gedankenketten zu Tage, manchmal veränderte sich ein schemenhaftes Bild oder es traten völlig neue Bilder auf.

Das Sich-Versenken in die traumatische Situation bewirkte eher selten in mir die Loslösung aus der Gegenwart, ich konnte mich meist schnell in der Realität zurechtfinden, lediglich nach intensiven Emotionen (Weinen) während der frühen Bearbeitung des ersten Traumas brauchte ich etwa 5 –10 Minuten, um mich wieder zu reorientieren.

Folgendes ist mir außerdem wichtig:

Es war gut, die EMDR Therapie fernab von der täglichen Hektik durchführen zu können, mit einer Haltung der inneren Aufmerksamkeit. Es ist durchaus auch nicht so, dass sich Veränderungen nur in den Sitzungen ergeben, sondern auch während eines Spazierganges, während einer Gruppentherapie zu Körperwahrnehmung oder auch beim Ausruhen nach der Therapie.

Die vorhandene emotionale Belastung habe ich oft erst nach der Therapie gespürt, vor allem durch Körpergefühle wie Leere oder Erschöpfung. Ferner gibt es keine Wertigkeiten oder eine bestimmte Reihenfolge, nach der unser Inneres die Botschaften nach außen transportiert. So hatte ich reine Körperwahrnehmungen (sehr unangenehmen Schwindel und Übelkeit), die dann mit Bildern der fehlenden Identität (Schwereelosigkeit, Schleudern in der Waschmaschine) zwei Wochen später korrespondierten.

Persönliches: Bei dem stärksten Trauma, einer Konfrontation mit dem Vater im Kindesalter, das ich nicht aktiv erinnern kann und nur von schriftlichen Aufzeichnungen der Mutter kenne, fühlte ich nur eine Drehbewegung mit der Schulter im Sinne einer Abkehr von der Konfrontation hin zu einer Aufmerksamkeit auf mein damaliges Ich (nacktes Wesen, medizinischer Notfall). Im anschließenden Gespräch wurde mir klar, dass ich mich von der Botschaft des Vaters, „Du bist böse, wenn du nicht handelst wie wir das wollen“, lösen und für mich selbst sorgen möchte.

Ein Beispiel für ein Bild, das für mich neu und völlig unerwartet war: Eine Botschaft, die ich verinnerlicht hatte, war der Gedanke: „Ich bin emotional gestört“. Bei einer Sitzung tauchte dann wie aus dem Nichts ein Bild auf, in dem sich ein Kleinkind energisch in die Mitte einer Menschenmenge stellt, die die Arme vor der Brust verschränkt, mit dem Fuß auf den Boden stampft und voll Überzeugung ausspricht: „Und ich bin normal!“

Parallelen:

Meines Erachtens kann die EMDR Therapie gut mit dem inneren Zustand verglichen werden, wenn wir gerade aus einem Traum erwacht sind. Es ist ein Moment, in dem unser Inneres Emotionen, Körperwahrnehmungen oder auch Gedankenfragmente in unser Bewusstsein gelangen lässt, zu denen wir sonst keinerlei Zugang haben. Es sind sozusagen zusätzliche, anders gespeicherte Erinnerungen, die als Angebot zur Weiterverarbeitung präsentiert werden. Dass es sich um Erinnerungen handelt, die an ganz anderen Orten unseres Gehirns gespeichert sind und auf die im Alltag und in Gesprächen bewusst nicht zugegriffen werden kann, kann man meines Erachtens daran erkennen, dass die Emotionen während des Traumes (Schlaf!) und in der Phase des Aufwachens völlig präsent sind, uns jedoch nur eine Minute später mit dem Zurechtfinden in der realen Welt die Erinnerungen an die Emotion als Ganzes und an Einzelheiten des Traumes extrem schwerfallen. Wir erinnern uns häufig nur noch, dass wir „etwas“ geträumt haben.

Persönliches Resümee:

Eine für mich grundlegende Tatsache habe ich in der EMDR Therapie gelernt. **Wir Menschen können nicht nur erhebliche Mengen an Wissen aktiv in uns speichern, sondern wir haben auch einen großen Speicher an Gefühlen und Körperwahrnehmungen.** Dieser Speicher (positive und negative Gefühle) wird in unserer Säuglings- und Kinderzeit angelegt, lange bevor wir bewusst denken können und aktive Erinnerungen haben. Diese Seite in uns ist nur schwer zugänglich und selten bewusst, trotzdem haben gerade diese Emotionen und die dahinterstehenden Botschaften wesentliche Auswirkungen auf unser Leben, viel mehr als rationale Gedanken.

Mit dem Wissen um den emotionalen Speicher in mir kann ich überschwemmende negative Emotionen inzwischen leichter als nicht gegenwartsbezogen, sondern als aus der Vergangenheit übriggebliebene Gefühle beschreiben und damit auch leichter Abstand von ihnen gewinnen, **psychologisch gesehen die Beobachterrolle einnehmen.** Es gibt jedoch auch weitere Bereiche in mir, in denen mir der Abstand zu den Emotionen aus der Vergangenheit nicht gelingt, ich weiter eher eine vernarbte, aber immer wieder blutende Wunde als eine abgeheilte Narbe fühle. Dann kann ich nur bewusst die Emotionen abblocken, sozusagen die EMDR Sitzung aussetzen.

Auch wenn mich das Bild des energisch aufstampfenden Kleinkindes sehr gefreut hat und ich verstanden habe, dass die EMDR Therapie auch positive Glaubenssätze zu verankern hilft, fehlt mir noch die Vorstellung, dass fehlende Identität oder Selbstvertrauen geschaffen werden kann. Ich kann meine inneren Anteile anders gewichten, jedoch frühere kreative Entwicklungsschritte nur bedingt nachholen. Im Alltag höre ich zum Beispiel oft gute und liebevolle Aussagen über mich von Freunden, aber sie kommen nur bedingt in meinem Herzen oder emotional bei mir an.

Allgemeines:

Ich denke, die EMDR Therapie hilft mehr als eine reine Gesprächstherapie, in Kontakt mit unseren unbewusst gespeicherten negativen Glaubenssätzen zu kommen, die unser Leben so oft belasten.

Allerdings muss die EMDR Therapie professionell begleitet werden, eine zehn Wochen dauernde Therapie bei chronischer Depression reicht bei weitem nicht aus. Das stationäre und ambulante Angebot muss dringend erweitert werden und die Finanzierung der Therapie muss geklärt werden (ich war Selbstzahler).



EMDR

Erfahrungsbericht eines Patienten

Vor 34 Jahren, ich war 32 Jahre alt, bekam ich meine erste Depression.

In regelmäßigen Abständen erwischten sie mich immer wieder aufs Neue. In all den Jahren hatte ich diverse Aufenthalte in Kliniken, Reha-Einrichtungen, war durchgehend in fachärztlicher Behandlung und hatte viele, viele Stunden bei Psychotherapeuten. Außerdem wurde viel mit den verschiedensten Antidepressiva probiert, bis zu dem Zeitpunkt, als ich sie absetzte, weil ich das Gefühl hatte, sie machen mich eher krank, als dass sie mir helfen. Was absolut nicht heißen soll, dass Antidepressiva schlecht sind. Bei denen, bei denen sie helfen, sind sie für mich völlig okay, ich möchte und kann mir kein Urteil darüber erlauben, aber bei mir bewirkten sie leider das Gegenteil. Das schreibe ich, obwohl ich weiß, dass viele Ärzte es nicht gern hören und genug Ärzte es auch nicht glauben. Ich denke jedoch, dass ich nach 32 Jahren als Betroffene meine Erfahrungen gemacht habe. Ohne Antidepressiva geht es mir deutlich besser.

Natürlich war ich froh, dass mir all die Therapien angeboten wurden. Ich nahm jeden Strohhalm dankend an, um aus diesem Elend wieder raus zu kommen. Auch auf die verschiedenen Medikamente ließ ich mich immer wieder ein. Die eine oder andere Therapie hat mich auch ein Stück weitergebracht. In den Jahren habe ich viel gelernt. Den Durchbruch habe ich dann aber vor zwei Jahren erlebt. Mir wurde bei meinem letzten Klinikaufenthalt vor zweieinhalb Jahren von einem leitenden Psychotherapeuten eine seiner Meinung nach für mich geeignete Therapeutin in meiner Nähe empfohlen. Ich nahm den Kontakt zu ihr auf und einige Zeit später hatte ich meinen ersten Termin.

Bis dato hatte ich noch nie von EMDR gehört.

Nach dem Kennenlerngespräch folgten Sitzungen mit EMDR. Vom ersten Mal an, als wir mit EMDR arbeiteten, bemerkte ich eine Veränderung. Heftige Erlebnisse, Erinnerungen und

tiefe Verletzungen, einiges davon, was schon über Jahre, sogar Jahrzehnte in mir war, und die damit verbundenen Emotionen veränderten sich enorm.

Am Anfang wirkte EMDR auf mich etwas ungewöhnlich. Es war so ganz anders als all das, was ich bis dahin in den Therapien kennen gelernt hatte. Ich war aber auf jeden Fall bereit, mich darauf einzulassen. Es klappte sehr gut. Ich konnte mich gut in die jeweilige Situation hineinbegeben, die wir bearbeiten wollten. Ich bekam eine Vorgabe, in was ich mich hinein fühlen sollte, und dann begann das Licht sich hin und her zu bewegen. Nach einem Augenblick gab es eine kleine Pause. Ich atmete einmal tief durch und auf Nachfrage reflektierte ich, was in dem Moment in mir war. Dann ging es weiter. Unterschiedlich oft, aber immer so lange, bis ich sagte: jetzt fühlt es sich gut an, bzw. jetzt ist es weg.

Nachdem ich nach Hause gefahren bin, habe ich mich auf Anraten der Therapeutin jedes Mal hingelegt und ausgeruht, meist sogar geschlafen. Es tat sehr gut und ich hatte das Gefühl, es setzt sich alles viel mehr und wirkt effektiver.

Es war und ist für mich faszinierend. Gedanklich kann ich heute noch jederzeit auf die eine oder andere Situation oder auf das Erlebte zurückkommen, jedoch greift es mich nicht mehr so emotional. Es ist von der emotionalen auf die sachliche Ebene gegangen, was für mich bedeutet, dass ich ganz anders damit umgehen kann.

Fazit für mich ist: EMDR ist für mich genau die richtige Therapieform. Zusammen mit Entspannungsübungen, bei mir ist es Qi Gong, stärkt es mich enorm, es gibt mir Kraft, Mut und lässt mich positiv in die Zukunft schauen.

Ich bin so froh, dass ich das erleben darf, auch wenn es sehr, sehr viele Jahre gedauert hat, bis ein Therapeut darauf kam, dass es eine gute Möglichkeit für mich ist. Ich bin meiner Therapeutin so unglaublich dankbar. Sie ist die für mich absolut fachkompetente Therapeutin in EMDR.

**»EMDR ist für
mich genau
die richtige
Therapieform.«**



TRAUER

Franz Ebner



Ein Patient kommt nach Tod seiner elfjährigen Tochter in Behandlung zum Autor. Sie starb durch einen Unfall, den er als Fahrer des Fahrzeugs zumindest mitverursacht hat. Er leidet unter diesem Tod, obwohl er als Musiker und Musikproduzent weiter arbeiten kann. Er hat offensichtlich keine Depression, kein PTBS. Er spricht viel über seine Trauer und versucht, sie auch kreativ zu verarbeiten. Er schreibt nach der Therapie ein Buch über seine Trauer, seine Entwicklung und seine Psychotherapie. Angeregt durch dieses Buch meldet sich ein Ehepaar nach dem Tod der ungeborenen Tochter durch eine seltene Nabelschnurumschlingung einige Tage vor der Geburt. Andere Frauen, Männer, Paare und Jugendliche kommen nach Suiziden der Kinder, Geschwister und Eltern.

Was ist eigentlich Trauer – ein Gefühl, ein Prozess, eine Krankheit?

Würden Sie diese Patienten in Therapie nehmen?

Wenn ja, welche Diagnosen würden Sie stellen?

Würden Sie EMDR anwenden? Wenn ja, wann und wie?

Wie gehen Sie mit Ihren Gefühlen und der Betroffenheit in solchen Fällen um?

Auf diese und ähnliche Fragen möchte dieser Artikel einige Anregungen geben, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, sozusagen aus der EMDR Therapiewerkstatt. Übrigens, wenn Sie neugierig geworden sind auf den oben geschilderten ersten Fall, er ist tatsächlich als autobiographisches Buch erhältlich mit Beschreibung des Erlebens und auch der Therapie aus Patientensicht (siehe Literatur: 1).

Trauer als biologischer Prozess in Mensch und Tier

Der Neurobiologe Jaak Panksepp (2) hat sich sein Leben lang mit Affekten und Affektsystemen bei Tieren beschäftigt und in Experimenten emotionalen Reaktionen beobachtet und deren Verankerung vor allem in subkortikalen, tiefliegenden Strukturen des Gehirns von Säugetieren erforscht. Ein wesentliches Ergebnis war die Ähnlichkeit dieser Reaktionen in den Hirnstrukturen und im Verhalten über alle Spezies hinweg. In seinem System der Grundaffekte gibt es sieben sogenannte emotionale Aktionssysteme, die von primär angeborenen Prozessen (z. B. Bindung, Schreck) über erlernte und durch Erfahrungen geprägte Sekundärprozesse bis hin zu kognitiven Tertiärprozessen der Großhirnrinde unser Verhalten, unser Fühlen und unser ganzes Sein beeinflussen (ausführliche Übersicht zu den Affektsystemen in Deutsch in 3). Zusammenfassend finden sich bei Panksepp ein System für Lebensbedrohung, das sogenannte Defensivsystem (siehe 4) mit den Aktionen Freeze (Einfrieren), Flucht und Kampf (Systeme Suchen, Furcht und Wut), und ein Bindungssystem mit den Aktionen Körperkontakt/Nähe/Sexualität, Panik/Trauer, Fürsorge und Spiel. Das Defensivsystem ist tiefer im Gehirn zu finden und phylogenetisch älter, und es hat die Macht, das Bindungssystem zu blockieren, da es mit Freeze und anderen, teils längeren Blockaden einschließlich Dissoziationen auch an der Entstehung der typischen psychischen Erkrankungen (Psychose, Depression und Suchterkrankung) direkt oder indirekt beteiligt ist. Der „Haupttreibstoff“ des Suchen-Systems ist Dopamin. Es ist von der Anatomie her im Wesentlichen mit dem Belohnungs- und Suchtsystem identisch und spielt bei Übererregung und Untererregung (Freeze) durch seine Blockade eine wesentliche Rolle.

Die beiden Systeme sind mit Grundängsten von Mensch und Säugetier verbunden: im Defensivsystem mit Furcht, also der

Angst vor Tod, Sterben und körperlicher existenzieller Vernichtung mit der Modellerkrankung Posttraumatische Belastungsstörung. Im Bindungssystem ist es die Panik, also die Angst, Bindung, Nähe, Fürsorge und Beachtung zu verlieren und mutterseelenallein zu sein. Bei Aktivierung des Bindungssystems wird der typische Bindungsschrei bei tierischen und menschlichen Babys ausgelöst, der uns als Eltern von kleinen Kindern durch Mark und Bein geht und das System Fürsorge bei der erwachsenen Bindungsperson aktiviert zur beidseitigen Beruhigung. Trauer ist dabei die langfristige Aktivierung von Panik durch längere Trennungen und vor allem die endgültige Trennung durch Tod. Dies löst eine längerfristige Umstellung des Bindungssystems aus, die je nach Entwicklungszustand des Lebewesens bei Tierbabys eine sog. anaklitische Depression auslösen und bei Erwachsenen eine Adoption und An-sich-Nehmen mit Fürsorge von fremden Babys begünstigen kann. Damit wird ein Weiterleben ohne die vorherige Bindungsperson möglich, diese Reaktion ist also arterhaltend.

Neben dem Lösen der bisherigen Bindungen, auch der Verbindungen in neuronalen Netzwerken, ist der Umbau der Bindung zur verstorbenen Person ein zentrales Element dieses Prozesses zumindest bei Menschen. Panik und Trauer sind also neuronale Strukturen, die sich nur durch kurzfristige und langfristige Reaktion unterscheiden und ansonsten anatomisch identisch sind. Das Bindungssystem ist also wesentlich an allen menschlichen Lebensereignissen zentral beteiligt: Geburt, kindliche Entwicklung, Ablösung und neue Bindung, Krankheit und Sterben und Tod. Es ist schier unmöglich, in einer Psychotherapie nicht mit den Reaktionen des Bindungssystems zu arbeiten.

Trauer und verschiedene Diagnosen:

Anhaltende Trauerstörung:

Die anhaltende Trauerstörung (prolonged grief disorder) ist zum ersten Mal als eigenständiges psychisches Krankheitsbild in ICD 11 beschrieben. Sie ist nach der PTBS eine Diagnose, die auf ein äußeres Ereignis zurückzuführen ist. Sie darf diagnostiziert werden, wenn sie sich nach dem Tod einer nahestehenden Person entwickelt hat. Die Trauerreaktion soll außerhalb des kulturellen Kontextes der Person liegen (Zeitkriterium 6 Monate), durch starke Sehnsucht, Suchen nach dem Verstorbenen und körperliches als auch emotionales Leid geprägt sein und deutliche psychosoziale Auswirkungen zeigen. Es sollen mindestens 5 von 9 folgenden Symptomen zusätzlich aktuell vorhanden sein (zitiert nach 5):

- Unsicherheit bezüglich der eigenen Gefühle oder der Rolle im Leben
- Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren
- Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust
- Unfähigkeit, anderen Menschen seit dem Verlust zu vertrauen
- Gefühl von Verbitterung und Wut in Bezug auf den Verlust
- Schwierigkeit, mit dem Leben vorzugehen
- Emotionale Taubheit
- Einsamkeitsgefühle und Sinnlosigkeit seit dem Tod
- Gefühl von Schock und Erstarrung seit dem Verlust

An dieser Symptomliste wird deutlich, welche Probleme in der Differenzialdiagnostik bestehen. Die Diagnose beschreibt ähnlich wie die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) Symptome, die zu einer bestimmten Zeit nach dem Ereignis normal sind (bei PTBS vier Wochen). Bei der anhaltenden Trauerstörung ist dieses Zeitkriterium auf sechs Monate festgelegt. Aus vielen Erfahrungen mit Patienten und eigener Betroffenheit ist dieses Kriterium nach bestimmten Arten von Todesfällen z. B. dem Tod von Kindern unrealistisch. D. h. es besteht die Gefahr einer Pathologisierung von Trauernden, andererseits wird die Wichtigkeit einer psychotherapeutischen Intervention betont. Außerdem ist es nun möglich, konkrete Studien zu dieser Diagnose und verschiedenen Arten von Verlusten in Gang zu bringen, die bisher nur sporadisch durchgeführt wurden.

Depression:

Wer die Symptomliste oben liest, fühlt sich sicher an die Symptomatik einer Depression erinnert. Wie auch schon der oben erwähnte Begriff anaklitische Depression von Menschen- und Tierbabys nahelegt, ist die Unterscheidung rein nach Symptomen schwierig. Es verwundert deshalb nicht, dass die amerikanische DSM 5, die sehr viel mehr deskriptiv ausgerichtet ist, die vorgeschlagene Diagnose anhaltende Trauerstörung nicht aufgenommen hat (5). Vielmehr wurde in DSM 5 das Ausschlusskriterium Trauer für die Diagnose einer Depression (seit DSM 3 vorhanden) gänzlich fallen gelassen. Das heißt, wenn jemand nach einem Todesfall genügend depressive Symptome mehr als 2 Wochen hat, kann die Diagnose einer Depression gestellt werden. Fehldiagnosen sind dadurch vorprogrammiert. Es gibt aber normalerweise deutliche Unterschiede zwischen Depression und Trauer (siehe 6).

Dazu gehört z. B., dass Trauernde emotional schwingungsfähig sind (zwar meist einseitig mit Trauer und Tränen) und Patienten in der Depression emotional erstarrt sind, nicht fühlen können und sich wünschen, endlich mal wieder weinen zu können. Das Selbstwertgefühl ist bei Trauer normalerweise erhalten, bei Depression dominieren typischerweise Selbstzweifel und Selbstabwertung. In der Trauer ist das Beziehungserleben oft sehr intensiv, depressive Personen empfinden sich typischerweise von Beziehungen abgeschnitten. Rein klinisch bestehen für den Erfahrenen also sehr deutliche Unterschiede, auch wenn die bisherige Forschung noch auf die Nachweise wartet. Zur Komorbidität sind durch die neue Diagnose der Trauerstörung nun verlässlichere Daten zu erwarten.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS):

Der tatsächliche gewaltsame Tod (z. B. durch einen Unfall, Suizid) einer nahestehenden Person ist nach DSM 5 ein eindeutiges Traumakriterium für eine PTBS. Dieses Ereignis ist also sowohl hinreichend für die Entwicklung einer PTBS als auch einer anhaltenden Trauerstörung. Ein traumatischer Tod einer Person wurde schon länger als spezieller Fall von Trauer („traumatische Trauer“) als Konzept vorgeschlagen. Zuletzt hat nun Roland Kachler in seinem 2021 erschienen Buch „Traumatische Verluste“ ein Diagnosekonzept einer komplizierten Trauma-Trauer-Folge-Störung vorgestellt, das er als Folge von Traumatisierung der Hinterbliebenen durch den gewaltsamen Tod eines Angehörigen beschreibt. Er stellt dazu ein interessantes Therapiekonzept in dem Buch vor, das ich in dem Kapitel über Therapie beschreiben werde. Dabei spielt für die Traumatisierung und auch für die Trauer der seelische Mechanismus der Identifikation mit dem Verstorbenen eine Rolle. Dieser Mechanismus spielt auch bei der Entwicklung einer PTBS

nach Zeugenschaft eines lebensbedrohlichen Vorfalls oder bei Ermittlern, die mit Leichen nach Gewaltereignissen zu tun haben, eine zentrale Rolle. Die Kombination aus traumatischem Ereignis und Verlust eines lieben Menschen stellt auf jeden Fall eine Behandlungsindikation für eine traumafokussierte Therapie dar. Beide psychischen Erkrankungen haben als Symptomkriterium Intrusionen, die sich klinisch aber eindeutig vom Inhalt her unterscheiden lassen. Die Intrusionen bei PTBS sind schreckliche Bilder von Erinnerungen



Franz Ebner

EMDR Trainer und Supervisor,
Oberursel

oder Phantasien über das Ereignis, die eine Aktivierung des Defensivsystems auslösen mit Angst, Vermeidung, Aversion und Flucht. Die Intrusionen bei einer typischen anhaltenden Trauerstörung sind hingegen positive Erinnerungen mit Auslösung von Sehnsucht und Verlangen nach dem Verstorbenen, die als nicht aushaltbarer Schmerz überwältigend erlebt werden. Dieser Schmerz ist eindeutig der Verlust- und Trennungsschmerz des Bindungssystems.

Angststörungen:

Angststörungen sind diagnostisch und auch von der Behandlung her oft heterogen. Dies liegt meines Erachtens an der mangelnden Unterscheidbarkeit von Angstsymptomen. Es gibt klinisch eine relativ kleine Gruppe von Patienten, die nach dem Tod eines nahestehenden Menschen nicht mit normaler Trauer, sondern mit typischen Panikattacken mit Angst, selbst zu sterben, auffällig werden. Es kann sich daraus auch eine klinisch relevante Panikstörung entwickeln. Es ist deshalb wichtig, bei Patienten mit typischer Panikstörung nach dem Tod naher Angehöriger zu fragen, die normalerweise in einer Zeit von bis zu 6 Monaten vor der ersten Panikattacke entstehen. Die Betroffenen berichten dann meist, dass der Tod keine besonderen Trauergefühle oder Sehnsucht ausgelöst habe, also keine Anzeichen einer anhaltenden Trauerstörung vorliegen. Es bleibt im Rahmen einer Panikstörung jedoch nicht bei der Aktivierung des Systems Panik anstatt des Systems Trauer, sondern durch die Heftigkeit der Gefühlsreaktionen, die oft körperlich als bedrohlich erlebt werden, bildet sich ein Erleben, das subjektiv lebensbedrohlich ist, also subjektiv ein Trauma für die Person darstellt. Es kommt zu einer Vermeidung, Intrusionen vor diesem körperlichen Zustand (Angst vor der Angst), also zu einer Aktivierung des Defensivsystems, welches die Panik und auch die Trauer blockiert. Bei dieser Art von Angststörungen ist die Phobie vor dem Gefühlszustand ein entscheidender Faktor und muss behandelt werden.

Therapie von trauernden Menschen und Einsatz von EMDR:

Der Einsatz von EMDR bei Patienten mit Trauer ist schon von Beginn an in Fallberichten dokumentiert worden, ähnlich wie die Anwendung von EMDR bei Depression. Die schon von Francine

Shapiro gegebene Strategie dabei war: Es wird die Blockade der Trauerverarbeitung durch PTBS-Reaktionen bearbeitet, und dann lässt man die Trauer weiter ihren Weg gehen. Durch klinische Fallbeispiele und die Studie von Jeany Sprang (2001) wurde deutlich, dass aber auch die Trauer selbst im Prozess behandelbar ist. Typischerweise ist der Verlauf einer EMDR Bearbeitung von Trauer durch eine anfängliche Verstärkung der Symptome der Trauerreaktion gekennzeichnet. Erst nach ein bis zwei Sitzungen nimmt die Symptomatik ab, und positive Erinnerungen an den Verstorbenen treten auf und nehmen zu.

In den Studien wurde zunächst nur EMDR in der Behandlung von PTBS untersucht, es gab jedoch schon früh in den Studien den Befund, dass durch die Behandlung der PTBS die depressive Symptomatik rückläufig ist. Die nachfolgenden Studien zu Depressionsbehandlung mit EMDR haben eine Wirksamkeit von EMDR nach dem Deprend Protokoll gezeigt. Für die Behandlung der anhaltenden Trauerstörung gibt es bisher nur die Studie von Jeany Sprang (8), in der das EMDR Standardvorgehen eine vergleichbare Wirkung wie eine spezifische Trauerintervention aus der Verhaltenstherapie (Guided Mourning nach Mawson) gezeigt hat. Dabei war als Unterschied von Trauerpatienten bei der Behandlung mit EMDR das deutlich frühere und auch in der Nachbeobachtung bleibende verstärkte Auftreten von positiven Erinnerungen an den Verstorbenen nachzuweisen.

In der neueren Literatur zur Psychotherapie von Trauerstörungen wird die Entwicklung einer neuen Beziehung zum Verstorbenen betont, damit die Person weiter hilfreich im Leben des Hinterbliebenen sein kann. Der Hypnotherapeut Roland Kachler hat für eine breitere Öffentlichkeit von Betroffenen mit seinem Buch „Meine Trauer wird dich finden“ (12) dieses Konzept zugänglich und bekannt gemacht. 2006 hat ein EMDR Therapeut aus USA, Allan Botkin, ein Phänomen in einem Buch (9) beschrieben, das eine bestimmte Form einer positiven Erinnerung an den Verstorbenen darstellt. Es handelt sich um die sogenannte Nachtodkommunikation mit dem Verstorbenen, ein Phänomen welches von Bill und Judy Guggenheim schon in den 1990er Jahren beschrieben wurde. Botkin fand seit 1995 in seinen Therapien, dass unter EMDR zu Trauergefühlen nach der Durcharbeitung des Abschiedsschmerzes diese Phänomene sehr oft auftraten. Er definierte deshalb, EMDR induziere diese Begegnungen. Die Art und Weise dieser Begegnungen ist oft für Unerfahrene ungewohnt, da das Erleben für den Trauernden sehr real und plastisch sein kann und fast psychotisch anmuten kann (z. B. Gefühl, der Verstorbene sei im Raum anwesend). Dadurch lassen sich wie im realen Kontakt Fragen stellen und klären, Gefühle ausdrücken und Handlungsimpulse, z. B. Abschied

zu nehmen, umsetzen und so den Trauerprozess mehr zum Abschluss bringen und eine neue Verbindung zum Verstorbenen herstellen. Meine persönliche Erfahrung mit EMDR in der Trauerbearbeitung ist tatsächlich, es so früh wie möglich einzusetzen, wenn der Patient die oft heftigen Gefühle durch das nochmalige Durchspielen der Situation in der EMDR Sitzung adäquat tolerieren kann. Die Sitzungen sind auch für den Therapeuten oft anstrengend, aber im Nachhinein auch lohnend und wertvoll (dazu später noch mehr).

EMDR für Trauma und Trauer – was – wann – wie?

Ein wichtiger Therapieaspekt ist die Vermischung von traumatischem Ereignis und Verlust einer geliebten Person, also ein Ereignis, das sowohl für PTBS als auch für eine anhaltende Trauerstörung hinreichende Kriterien mit sich bringt (Musterbeispiel mit relativ großer Häufigkeit ist Suizid oder Unfalltod). Aus der oben dargestellten Neurobiologie der beiden beteiligten Systeme Defensivsystem und Bindungssystem wird klar, dass Patienten mit einem solchen Erlebnis schwieriger zu behandeln sind. Es ist, auch wenn es keine Studienbelege gibt, aus den bisherigen Erfahrungen klar, dass das ältere neurobiologisch mächtigere Defensivsystem als erster Fokus der Therapie dienen muss, da es ansonsten,

kompetent - kreativ - innovativ

**Sie suchen
eine zertifizierte
EMDR Supervision
online?**



- Zertifizierte EMDR-Supervision online
 - Einzel- und Gruppensupervision
 - bundesweiter Zugang
- auch zu Fragen der online-EMDR Therapie
- mit dem Spezialgebiet EMDR bei Depressionen

Dr. phil. Maria Lehnung
EMDR Europe Trainerin
EMDR Supervisorin (EMDRIA)

**www.maria-lehnung.de
info@maria-lehnung.de**

wie von Shapiro über Botkin bis hin zu dem neusten Buch von Kachler 2021 zu dem Thema „Traumatische Verluste“ (7) betont, das Bindungssystem und damit den Trauerprozess blockiert. Also wie die alte EMDR- und Traumatherapie-Regel sagt: Trauma first! Das bedeutet für die EMDR Behandlung, zunächst mit einem Standardprotokoll zur PTBS Behandlung zu beginnen und vermutliche oder offensichtliche traumatische Situationen zu bearbeiten. Dazu gehören alle Umstände des Todes, das Geschehen am Todestag, der Tote im Sarg, die Beerdigung und vieles andere. Das Bindungssystem ist der Hauptfaktor in der Verarbeitung und Selbstberuhigung des Menschen und bei Trauer werden alle frühen und späteren Erfahrungen als Körperzustand reaktiviert, vom Krankenhausaufenthalt mit eineinhalb Jahren mit Isolation wegen Infekt, frühen Operationen als Baby bis hin zum sexuellen Missbrauch im Kindesalter. Meist sind Trennungserfahrungen (z. B. Verlassenwerden durch Freund oder Freundin) schon immer schwierig gewesen und bieten anamnestic Hinweise. Es entstehen also durch die heftigen Gefühle und die dadurch initiierte Dissoziation peritraumatisch als Schutzreflex des Gehirns mehr oder weniger eigene Affektzustände, die nicht direkt zugänglich sind und in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Bei den neueren Ansätze der Egostate-Therapie, der auch Kachler zugehört, spricht man dann von eigenen Egostates. Durch dieses theoretische Konzept können, wie im aktuellen Buch von Kachler (7) gut dargestellt, mannigfache Identifikationsprozesse der Hinterbliebenen mit dem Verstorbenen verstanden werden, die sowohl bei Trauma als auch bei Trauerprozessen in der Therapie und vornehmlich im EMDR auftreten. Dazu gehören z. B. körperliche Schmerzen der Hinterbliebenen durch die Verletzungen, die bei einem Kind im Unfall oder im Suizid verinnerlicht wurden. Kachler spricht in seinem Buch von einem „bipersonalem Trauma“ – dem Trauma des Verstorbenen und dem Trauma des Hinterbliebenen. Er empfiehlt aus seiner klinischen Erfahrung, unbedingt das Trauma des Verstorbe-

nen als erstes zu behandeln, da es als eigenständiger Egostate in dem Hinterbliebenen psychosomatisch im wahren Sinne, also körperlich und seelisch-kognitiv gespeichert ist. Auch macht er Vorschläge, wie man anhand von etwas veränderten Fragen in Phase 3 mit diesem Egostate in der EMDR Sitzung arbeiten könnte. All diese interessanten Entwicklungen und Vorschläge lassen gespannt sein, wie EMDR in Studien zur Behandlung von andauernder Trauerstörung hilfreich sein kann.

Therapie von Trauerreaktionen und die eigene Betroffenheit auf Therapeutenseite:

Trauer, Trennung und Verluste sind Lebensthemen, mit denen jeder Mensch, also auch Therapeut, über kurz oder lang eigene Erfahrungen macht. Sowohl Roland Kachler, dessen Sohn 2002 durch einen Unfall ums Leben kam, als auch Jaak Panksepp, dessen Tochter von einem betrunkenen Autofahrer überfahren wurde und starb, hatten tiefe Erfahrungen mit diesem Thema. Auch der Autor selbst hat seinen Sohn vor 21 Jahren durch einen sog. stillen Tod unter Wasser mit 15 Jahren verloren. Das eigene Erleben hat das Verständnis der Vorgänge, Gefühle und Probleme bei Trauer sehr geprägt und bereichert. So ist auch in diesen weiterhin schmerzlichen und tragischen Ereignissen, die weiterhin eine Betroffenheit und Gefühle auslösen, ein Ressourcenaspekt spürbar. Aus jedem Mist kann auf einem Komposthaufen Dünger für das neue Leben werden, und wo viel Mist ist, gibt es viel Dünger. Mit diesem persönlichen Statement möchte ich schließen und meine Leser und Leserinnen ermutigen, EMDR bei Menschen mit diesen Erfahrungen einzusetzen. Die Erfahrung, wie schnell aus einem Therapeuten ein Patient und dann auch wieder ein Therapeut mit wertvoller eigener Erfahrung werden kann, gehört zu dem, was einem EMDR Therapeuten Hoffnung und Kraft geben kann.

1. Kopfermann A: Mitten aus dem Leben. Gerth Medien GmbH 2017

2. Panksepp J, Biven L: The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotion. W. W. Norton & Company, New York 2012

3. Ebner F: Affekte in Gehirn und Körper und in der EMDR-Praxis. In Rost C Hrsg: EMDR zwischen Struktur und Kreativität. Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen. Paderborn: Junfermann 2016

4. Hamm AO, Weike AI, Melzig CA: Wenn Furcht und Angst entgleisen – zur Pathologie des menschlichen Defensivsystems. Psychologische Rundschau 57(3) 2006; 154 – 164.

5. Birgit Wagner: Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung. Psychotherapeutenjournal 3/2016; 250 – 255.

6. Website von Aeternitas e. V. in Unterabschnitt „Trauer oder Depression“ 2021, unter www.gute-trauer.de

7. Kachler R: Traumatische Verluste. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag 2021

8. Sprang G. The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. Research on Social Work Practice 2001; 11: 300-320

9. Botkin A, Hogan C. Zwischen Trauer und Versöhnung IADC: Therapeutische Kommunikation mit Verstorbenen – Heilung von Schuld und Trauma. Kirchzarten: Vak; 2009

10. Guggenheim B, Guggenheim J: Trost aus dem Jenseits. Unerwartete Begegnungen mit Verstorbenen. Scherz Verlag, Bern 2002.

11. Bartl H: Katamnese einer Psychotherapiestudie zur Behandlung komplizierter Trauer mit integrativer kognitiver Verhaltenstherapie. Inaugural-Dissertation LMU München, 2015.

12. Kachler R. . Meine Trauer wird dich finden! Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit. Freiburg: Kreuz; 2006.

EMDR mit Kindern und Jugendlichen

Das Kinder Trauma Institut bietet 2022 wieder in drei Städten das EMDRIA zertifizierte KJ-Curriculum in EMDR an. Die TrainerInnen sind Thomas Hensel (Köln, München), Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow (Hamburg) und Peter Liebermann (Erwachsenenkurse). Die Seminargebühren betragen 180€ je Supervisionstag, 360€ je KJ-Block und 540€ je Erwachsenenkurs. Der Einführungskurs für Erwachsene ist die Voraussetzung für die Teilnahme an den KJ-Kursen.

Block 1 (Modul M4a)

06. | 07. Mai 2022 Hamburg
02. | 03. September 2022 München
16. | 17. September 2022 Köln

Block 2 (Modul M5.a1)

18. | 19. März 2022 Hamburg
17. | 18. Juni 2022 Köln
24. | 25. Juni 2022 München

Block 3 (Modul M5.a2)

02. | 03. September 2022 Hamburg
14. | 15. Oktober 2022 München
04. | 05. November 2022 Köln

EMDR Einführungsseminar für Erwachsene (Level1)

22.-24. Oktober 2021 Leverkusen
25.-27. März 2022 Köln
18.-20. November 2022 Köln

Außerdem werden KJ-Supervisionstage angeboten (Präsenz und online)

Präsenz (Tage auch einzeln zu buchen)

27. | 28. November 2021 Köln (T. Hensel)
04. | 05. Dezember 2021 Hamburg (K. Stellermann-Strehlow)
11. | 12. Dezember 2021 München (T. Hensel)



Online (ZOOM) 2022

5. Februar, 19. Juni, 18. September, 6. November (T. Hensel)



Anmeldungen erfolgen über die Homepage des KTI
www.kindertraumainstitut.de

oder per E-Mail info@kindertraumainstitut.de

oder per Telefon 0781/94 85 988 zu den Sprechzeiten Mo, Di, Do, Fr 9-12:30 Uhr

EMD plus Leave and Recall Technik

Friederike Oppermann-Schmid

Die Bearbeitung der Vergangenheit ist ein wichtiger Teil der Arbeit mit der EMDR-Methode. Schließlich geht das AIP Modell davon aus, dass die unverarbeiteten Erinnerungen der Vergangenheit diejenigen sind, die in der Gegenwart Symptome auslösen.

Allerdings kann die Bearbeitung der belastenden frühen Erinnerungen zunächst mit einem hohen Arousal einher gehen. Francine Shapiro empfiehlt für diesen Fall eine Vorbereitung des eigentlichen EMDR Prozesses mit der EMD Technik (2). In dieser Arbeit wird eine Kombination der EMD Technik mit der Leave and Recall Technik für die Bearbeitung früher belastender Erinnerungen bei komplex traumatisierten KlientInnen vorgestellt (EMD plus Leave and Recall Technik). Diese Vorgehensweise dient der Reduktion des Hyperarousal zu Beginn des Prozesses.

EMD wurde 1987 von Francine Shapiro entwickelt (2).

Indikation ist die Vorbereitung der Phase 4–8 Arbeit mit EMDR für KlientInnen mit Hyperarousal, sowie die Verbesserung der Stabilität von KlientInnen zum Beispiel zu Beginn der Arbeit mit bilateraler Stimulation oder in Notfallsituationen.

Durch eine Begrenzung des assoziativen Prozesses ist es mit der EMD Technik möglich, auf erheblich belastendes

Material oder intensive Aspekte einer belastenden Erinnerung zu fokussieren, die zu affektiver Dysregulation und Instabilität beitragen, ohne dass zusätzliches belastendes Erinnerungsmaterial assoziiert wird. Das könnte nämlich zu einer Verstärkung des Arousal und



Dr. med. Friederike Oppermann-Schmid

Hausärztin und EMDR-Europa
Trainerin

zum Verlassen des affektiven Toleranzfensters führen.

Die einleitende Bearbeitung dieser belastenden Erinnerungen mit EMD fördert die gegenwärtige Stabilität und Steuerungsfähigkeit der KlientInnen. Während EMDR einen assoziativen Prozess fördert, konzentriert sich die Arbeit mit EMD auf die eine fokussierte Erinnerung. Durch Refokussieren auf die Ausgangserinnerung (Bild, evtl. NK und SUD) nach jedem Set bilateraler Stimulation wird das Aktivieren von assoziiertem Material minimiert. Insofern kann EMD für die Vergangen-

heitsarbeit komplex traumatisierter KlientInnen zur Vermeidung von Überflutung und für Symptomreduktion genutzt werden. Anschließend, nach erfolgter Symptomreduktion, kann die weitere Bearbeitung der Erinnerung nach EMDR Phase 4 bis 8 erfolgen. Die „Leave and Recall Technik“ wurde 2020 von Luca Ostacoli beschrieben als eine Technik zur Reduktion und Regulation des Hyperarousal in der Phase 4 der EMDR-Therapie und damit zur Verbesserung von Autonomie und Selbstwirksamkeit der KlientInnen (1).

Dabei empfiehlt Ostacoli praktisch die folgende Vorgehensweise:

Nach Bewertung der Erinnerung mit Phase 3 folgt die Phase 4 EMDR-Therapie wie üblich mit Fokus auf das Bild, die NK und das Körpergefühl. Verlässt KlientIn hierbei das affektive „Toleranzfenster“, fordert die TherapeutIn sie/ihn auf, das Bild der fokussierten Erinnerung auszublenden (leave) und ausschließlich auf die Körperwahrnehmung und die Atmung zu fokussieren und dann mit den Augen den Fingern zu folgen.

Nach einem Set ABW wird wie üblich abgefragt, was jetzt „da ist“. Ist eine Reduktion des Arousal eingetreten, kann das Bild erneut aufgerufen werden (recall). Ist es zu keiner ausreichenden Reduktion des Arousal gekommen, erfolgt erneut das „leave“, das Ausblenden

A New Approach to EMDR Equipment



Visual, Auditory & Tactile Stimulation in One Portable Device

iMotion VTA packs the power of visual, auditory and tactile stimulation into a light, portable and compact device that gives therapists unprecedented ease of use in EMDR therapy.

Positioned on the patient's knees, the device features a light bar that is long enough to facilitate the patient's eye movements, pulser handles to deliver tactile stimulation, and a set of earphones for audio stimulation. Therapists can choose the best combination of sensory stimulation for each particular patient.

For more information and online purchase:
www.imotion-tech.com

i-motion
wellness solutions

des Bildes und das ausschließliche Fokussieren auf Körperempfindung und Atmung, gefolgt von bilateraler Stimulation. Dieses Procedere wird unter Umständen solange wiederholt, bis die KlientIn beim erneuten Aufrufen des Bildes im affektiven Toleranzfenster verbleiben kann. Verstärkt sich das Arousal unter dieser Arbeit weiter, wird das Bild nicht wieder angerufen, sondern stattdessen der Fokus durch zusätzliches Ausblenden der Körperwahrnehmung weiter verkleinert und allein auf die Augenbewegungen und die Atmung fokussiert, gefolgt von bilateraler Stimulation. Verringert sich dann das Arousal, kann das Bild erneut aufgerufen (recall) werden. Verstärkt sich das Arousal bei Wiederaufrufen des Bildes erneut, wird wieder mit „leave“ der Fokus reduziert. Diese „leave und recall Technik“ wird im Wechsel solange durchgeführt, bis KlientIn bei Aufrufen des Bildes im Toleranzfenster bleibt.

Wenn sich das Arousal auch unter Ausblenden des Bildes und der Körperwahrnehmung nicht reduziert oder weiter verstärkt, wird der Fokus alleine auf die Augenbewegungen gelegt, bis eine Reduktion des Arousal erreicht ist. Bleibt KlientIn bei Recall im affektiven Toleranzfenster, kann die Arbeit mit EMDR Phase 4 fortgesetzt werden. Das zusätzliche Einüben einer „Fernbedienung“, die der KlientIn die Kontrolle darüber gibt, wie lange der Kontakt mit dem Fokus andauern soll, hat sich gleichermaßen bewährt. KlientInnen erleben das Gefühl von Kontrolle durch aktives Mitregulieren der affektiven Toleranz als sehr hilfreich und nutzen nach unserer Erfahrung diese „Fernbedienung“ zusätzlich eigenständig im Alltag.

Shapiro empfiehlt die Durchführung von EMD solange, bis ein angemessener SUD erreicht ist. Bei Blockaden in diesem Prozess, SUD/Arousal verringert sich nach zwei Sets BLS nicht, sollte ausschließlich auf die Körperwahrnehmung fokussiert werden. Hier haben wir eine therapeutische Schnittstelle zur Leave and Recall Technik installiert und damit eine optimale Strategie im Umgang mit persistierendem hohen Arousal und Blockaden bei der Arbeit mit EMD erarbeitet.

Bei Blockade während der Arbeit mit der EMD Technik gehen wir direkt zur Leave and Recall Technik über, bis es zu einer Reduktion von Arousal und SUD kommt.

In der Zeit von Dezember 2020 bis März 2021 wurde diese Vorgehensweise bei insgesamt 15 KlientInnen mit komplexer PTBS durchgeführt. Dabei wurde in allen Fällen die Kombination aus EMD und Leave and Recall Technik für die Reduktion des Arousal genutzt sowie die „Fernbedienung“ eingeführt. In der Folgesitzung konnte zum Teil die fokussierte Erinnerung mit EMDR Ablaufschema weiter bearbeitet werden. Je nach Belastung/Arousal wurde eine weitere Sitzung mit EMD plus Leave and Recall durchgeführt.

Fallbeispiel 1:

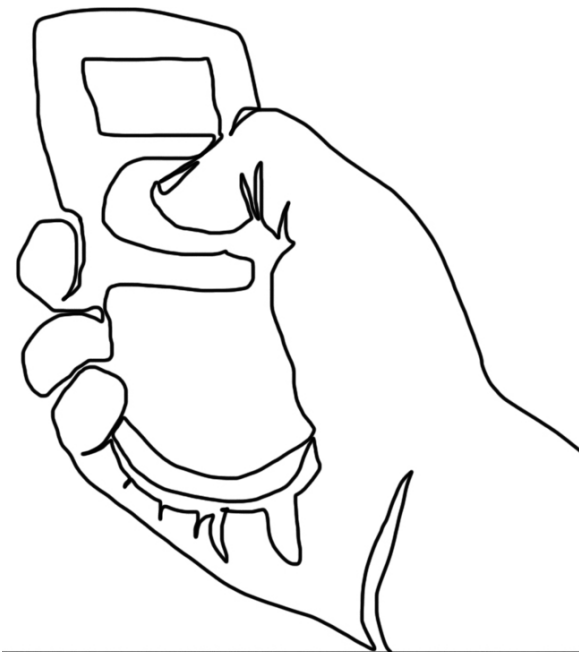
Ein 51-jähriger Kaufmann ist vor 13 Monaten symptomatisch geworden. Damals hatte er eine neue Vorgesetzte bekommen, die er als ungerecht und streng empfunden hatte. Er habe zunächst Alpträume gehabt und habe dann eines Morgens einfach nicht mehr zur Arbeit gehen können, weil er nicht aufstehen konnte. Der Hausarzt hatte eine Depression diagnostiziert und den Patienten zu einer Neurologin verwiesen. Von dort hatte er Antidepressiva verordnet bekommen, die zu einer erheblichen Gewichtszunahme geführt hatten. Seine Symptome hatten sich durch die Medikation nicht wesentlich gebessert.

In der Phase 1 EMDR Therapie werden 7 von 10 Fragen im ACE Fragebogen positiv beantwortet.

Belastendste Kindheitserfahrung ist das Miterleben massiver Gewaltausbrüche des betrunkenen Vaters gegenüber der Mutter.

Die Bearbeitung einer repräsentativen Erinnerung dazu erfolgt zunächst mit EMD plus Leave and Recall mit deutlicher Reduktion des Arousal. Klient nutzt die „Fernbedienung“ insbesondere für die auditiven Intrusionen (Schreie von betrunkenem Vater und der schwer verletzten Mutter).

In der Phase 4 Bearbeitung des Ereignisses in der Folgesitzung entwickelt der Klient einen „positiven Erinnerungsfilm“, in dem er die Mutter an die Hand nimmt und mit ihr die Wohnung verlässt.



Fallbeispiel 2:

Eine 29-jährige Friseurin berichtet, sie leide unter starken Rückenschmerzen im Nacken und in der Lende. Außerdem fühle sie sich oft durch andere Menschen abgelehnt. Das laufe immer nach dem gleichen Schema: wenn sie sich auf den anderen einlasse, dann bemerke sie zunehmend Ablehnung, sei enttäuscht und verletzt durch das Verhalten des anderen. Sie sei von ihrer Orthopädin krankgeschrieben und daraufhin von ihrer Chefin, für die sie so hart gearbeitet habe, sofort gekündigt worden. Ihr momentaner Partner nörgle viel an ihr herum. Sie habe auch das Gefühl, dass er sich nach anderen Frauen umsehe. In ihrer Familie interessiere sich keiner für ihre Probleme. Das sei schon seit der Kindheit so. In der Phase 1 EMDR Therapie werden 6 von 10 Fragen im ACE Fragebogen positiv beantwortet.

Wir bearbeiten zunächst eine Erfahrung sexualisierter Gewalt in der Adoleszenz, diese mit EMDR Ablaufschema Phase 3 – 8. Die Klientin macht eine gute Erfahrung, denn der Prozess läuft sehr gut und entlastend. Sie möchte nach dieser positiven Erfahrung mit der EMDR Therapie nun die Vernachlässigungserlebnisse durch die Mutter bearbeiten. Ein Erlebnis dazu drängt sich im Alltag immer wieder auf. Die Klientin lernt in der Phase 1 Arbeit bereits die Zusammenhänge zwischen den frühen Vernachlässigungen und Entwertungen

und ihrem Misstrauen anderen Menschen gegenüber in der Gegenwart zu verstehen. Trotzdem löst der Kontakt mit dem frühesten Ereignis ein erhebliches emotionales Arousal aus. Wir bearbeiten die Erinnerung zunächst mit EMD plus Leave and Recall Technik.

Durch die Bearbeitung der starken Körperempfindung mit der „Leave and Recall Technik“, kann diese reguliert werden, parallel dazu reguliert sich das emotionale Arousal. Die erneute Kontaktaufnahme mit dem Bild erlebt die Klientin aus der Erwachsenenperspektive und sieht sich in der Gegenwart handlungsfähig. Wir konnten danach direkt zur Arbeit Phase 4 – 8 EMDR Ablaufschema übergehen und die restlichen Erfahrungen zu diesem Cluster mit EMDR bearbeiten.

Nach den bisherigen Erfahrungen scheint der Einsatz einer Kombination von EMD und der Leave and Recall Technik eine wirksame und sinnvolle Ergänzung bei der Bearbeitung belastender früher Erinnerungen mit hohem Arousal zu sein.

1. Hofmann A, Ostacoli L, Dehnung M, Hase M (2020): Depressionen behandeln mit EMDR. Stuttgart: Klett-Cotta, 99-101

2. Shapiro F (2018): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. (3rd ed). New York: Guilford, 220-222

EMDR-Erzählgeschichten in der Therapie von Kindern und Erwachsenen

EMDR – Narrative können bei Kindern wie Erwachsenen sehr flexibel eingesetzt werden. Sie ermöglichen dem Patienten sich von belastenden Inhalten zu distanzieren; Therapeuten können diese Distanzierung auch bewusst stärken. Sie bieten gleichzeitig durch inneres Mitgehen und Identifizierung die Möglichkeit, sich emotional einzulassen und Inhalte mit EMDR zu bearbeiten, die sonst eher vermieden worden wären. Bei Erwachsenen schaffen sie oft einen Zugang zu Erlebnissen aus der Kindheit, die kognitiv bekannt sind, deren emotionale Integration jedoch bisher nicht gelungen ist.

Die Einsatzbereiche umfassen den Akutbereich bei Kindern ebenso wie die Einordnung und Verarbeitung von lebensgeschichtlich traumatisierenden Erlebnissen, benennen und verstärken beim Entwurf der Geschichten Ressourcen in den Patienten, können Selbstfürsorge und Fürsorge für das traumatisierte innere Kind aktivieren und insgesamt durch die Struktur (Anfang – Mitte – Ende der Geschichte) helfen ein Gefühl zu entwickeln, dass die belastenden Erlebnisse tatsächlich in der Vergangenheit liegen.

Nach einem Überblick über die Struktur von EMDR-Erzählgeschichten soll der Entwurf von EMDR-Narrativen sowie die praktische Anwendung der entworfenen Geschichte in Kleingruppen geübt werden (wahlweise zur therapeutischen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen). Videobeispiele werden die Arbeit mit EMDR-Geschichten illustrieren. Supervisorische Fragen können aufgegriffen werden, soweit der Zeitrahmen das zulässt.

Veranstaltungsort

CVJM Berlin

Karl-Heinrich-Ulrichs-Str. 10, 10787 Berlin

12. 09. 2021, 09.30 – 17.00 Uhr

Präsenzveranstaltung, Kosten: 180. - €

Anmeldeformular auf

www.traumaforum-berlin.de

unter „Seminartermine“

Literatur

„EMDR zwischen Struktur und Kreativität“

(Hrsg. Christine Rost)

Junfermann 2016

Kapitel 23/24



Integration von EMDR in die kognitive verhaltenstherapeutische Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Cornelia Beer-Demisch & Christian-Alexander Demisch

Der Depression im Kindes- und Jugendalter mit all ihren entwicklungsspezifischen, psychischen und somatischen Facetten, liegt ein multikausales Ätiologiemodell zugrunde. Auf der Grundlage des Vulnerabilitäts- und Stressmodells, gewinnt die Fokussierung früher und belastender Kindheitserfahrungen in der Ätiologie- und Interventionsforschung verstärkt an Bedeutung. Davon ausgehend lassen sich AIP-Modell und konsektiv EMDR hervorragend in eine verhaltenstherapeutische Interventionsstrategie integrieren.

In unserer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft zählen depressive Symptome zu den häufigsten Vorstellungsanlässen. Gerade unter den derzeitigen Pandemiebedingungen beobachten wir eine Zunahme von Antriebsstörungen und depressiven Verstimmungen sowie vermehrt Schlafstörungen oftmals einhergehend mit einem Verlust des Tag-Nacht-Rhythmus.

Während die Diagnose einer depressiven Störung im Kindesalter seltener auftritt (1-2 Prozent), steigert sich die Häufigkeit im Jugendalter auf bis zu 8 Prozent (Costello 2006). Bei der Geschlechterverteilung fällt auf, dass ab dem 15. Lebensjahr der Anteil der betroffenen Mädchen mindestens doppelt so hoch ist wie die Rate der an Depression erkrankten Jungen (Groen/Petermann 2015, Harrington 2013).

Einzelne Symptome einer Depression treten hingegen weitaus häufiger auf, erfüllen jedoch nicht ausreichend die geforderten Diagnosekriterien einer depressiven Störung gemäß ICD-10 (WHO 1992). Epidemiologische Daten finden sich hierzu in der Isle-of-Wight-Studie (Rutter 1976): 10 Prozent der Eltern schätzten ihre 10-jährigen Kinder als unglücklich ein. Im Selbsturteil taten dies ebenfalls 40 Prozent der 14-jährigen (Harrington 2013).

Suizidalität tritt oftmals komorbid im Rahmen einer depressiven Episode auf. Wenn gleich bis zu 39 Prozent der Jugendlichen suizidale Gedanken kennen, lag 2017 die Anzahl der vollendeten Suizide glücklicherweise deutlich geringer. Dennoch nahmen sich 184 Jugendliche/Heranwachsende zwischen 15 und 20 Jahren und 28 Kinder/Jugendliche zwischen 10 und 15 Jahren das Leben (Becker/Cornell 2020).

Die Symptomatik depressiver Kinder und Jugendlicher hat viele Gesichter und unterliegt im Entwicklungsverlauf einem deutlichen Wandel. So dominieren im Vorschulalter häufig herabgesetzte Vitalgefühle, Rückzug, vermindertes Spielinteresse, gereiztes und aggressives Verhalten, reduzierte Psychomotorik mit freudlosem Gesichtsausdruck und körperliche Beschwerden (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen). Kinder in dieser Altersspanne sind häufig aufgrund ihrer noch nicht hinreichend entwickelten Introspektionsfähigkeit, wenig in der Lage, ihren eigenen affektiven Zustand differenziert wahrzunehmen und zu beschreiben (Anosognosie). Ab dem Schulalter werden zunehmend verbale Berichte über die negative Gemütsverfassung möglich, suizidale Gedanken sowie Insuffizienzgefühle treten auf. Darüber hinaus zeigen sich oftmals konzentrationelle Probleme, welche sekundär in schulische Leistungsstörungen münden können.



Cornelia Beer-Demisch
EMDR Supervisorin für Kinder und Jugendliche



Christian-Alexander Demisch
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Im Jugendalter gleicht sich das depressive Erscheinungsbild zunehmend der Symptomatik des Erwachsenenalters an: Neben den drei Hauptsymptomen (gedrückte Stimmung, Interessens- und Freudverlust, Antriebsstörung mit erhöhter Ermüdbarkeit), treten Zusatzsymptome wie Konzentrationsstörungen, Insuffizienz- und Inkompetenzgefühle, Wertlosigkeitserleben, negatives und pessimistisches Selbst- und Zukunftskonzept, Suizidalität, Schlaf- und Appetitstörungen auf. Alterstypische Angstinhalte (Zukunftsperspektive, Ablösung Elternhaus, Identitätsfindung) charakterisieren weiterhin die Symptomatik in dieser Altersstufe. Ferner sind das Vorliegen eines somatischen Syndroms sowie einer möglichen psychotischen Symptomatik (Wahn, Halluzinationen, Stupor) bei schwerer depressiver Episode abzuklären (DGKJP 2007, Harrington 2013, WHO 1992). Die Graduierung der depressiven Symptomatik entsprechend ihrer Schweregrade (leicht-mittel-schwer) erfolgt nach den Kriterien des Erwachsenenalters. Differentialdiagnostisch spielt im Kindes- und Jugendalter v. a. die Gruppe der Anpassungsstörungen (F 43.2X) eine große Rolle. Kinder und Jugendliche sind im Verlauf ihrer

Entwicklung vielfältigen Stressoren ausgesetzt. Übersteigen die Belastungen (z. B. Herabsetzungen, sozialer Ausschluss, Verlusterlebnisse, schulische Überforderung) die individuellen Copingstrategien des Kindes/Jugendlichen nachhaltig, kommt es oftmals zur Symptombildung.

Entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell spielen bei der Entstehung von Depressionen zahlreiche Faktoren eine Rolle: Während bei bipolaren depressiven Erkrankungen von einer ausgeprägten genetischen Prädisposition auszugehen ist (Schulte-Körne/Allgaier 2008), muss die biologische Determinante bei der monopolen Depression deutlich differenzierter gedacht werden. Hier werden „als möglicher Entstehungskorridor passive oder aktive Gen-Umweltinteraktionen bei den Betroffenen vermutet, welche eine erhöhte Verletzlichkeit gegenüber kritischen Lebensereignissen (Trennung, Tod in der Familie) bewirkt“ (Groen/Petermann 2015, S. 9).

Das Einwirken früher traumatischer Erfahrungen (z. B. Vernachlässigung, sexuelle Gewalt, Misshandlung, Gewalt zwischen den Eltern, iatrogene Traumatisierung) spielt bei der Entstehung einer späteren Depression eine relevante Rolle. Darüber hinaus modulieren derartige Eindrücke das Risiko von Rezidiven und Chronifizität sowie die Episodendauer deutlich negativ.

Der Erwerb von emotionalen Regulationsfertigkeiten wird erschwert, inadäquate soziale Wahrnehmungen und im Fortgang verzerrte soziale Kognitionen entstehen, metakognitive Prozesse entwickeln sich unter diesen Bedingungen ungünstig (Schweiger et al. 2018). Neben den etablierten psychologischen Erklärungsmodellen für Depression in der Verhaltenstherapie (Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn 1974, Kognitives Modell nach Beck 1970, Erlernte Hilflosigkeit nach Seligman 1975 – s. Seligmann 2000), stellt vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu frühen, belastenden Kindheitserfahrungen, das AIP-Modell eine wesentliche Bereicherung der geläufigen Ätiologiekonzepte dar.

Das Störungsmodell der EMDR-Therapie besteht darin, dass belastende oder traumatische Erlebnisse und deren „neurobiologische Folgen“ in Form von pathogenen Erinnerungen, als ursächlich für die Entwicklung vieler psychischer Störungen angesehen werden können (Hase et al. 2017). Die Basis hierbei stellt das von Francine Shapiro entworfene Modell der adaptiven Informationsverarbeitung dar (AIP-Modell). In diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass im EMDR-Prozess, unter bilateraler Stimulation, die pathogenen Erinnerungsnetzwerke die Möglichkeit erhalten, Anschluss an adaptive Informationen und Ressourcen zu gewinnen (Shapiro 2001).

Plassmann geht davon aus, dass sich das Gehirn im EMDR, in einem selbstorganisatorischen Prozess, „ungenutzte Selbstheilungskompetenz“ erschließt (Plassmann 2009).

Hinsichtlich der Therapie von Depressionen im Erwachsenenalter wurden von der EDEN-Gruppe (Europäisches Depressions EMDR Netzwerk) drei kontrollierte Studien veröffentlicht, welche ein sehr gutes Ansprechen der Depressionssymptome auf EMDR zeigen (Gießelmann 2018).

Gemäß den AWMF-Leitlinien zur Behandlung von depressiven

Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist im Regelfall eine ambulante Behandlung möglich, sofern ein dafür ausreichendes psychosoziales Funktionsniveau vorhanden ist.

Als Therapieempfehlung der ersten Wahl für Kinder ab acht Jahren (darunter aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Empfehlung) werden die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie, die pharmakologische Behandlung mit Fluoxetin sowie eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Fluoxetin aufgeführt. Bei leichter und mittelgradiger Depression soll der nichtmedikamentösen Strategie Vorrang eingeräumt werden. Bei einer schweren Depression ist an eine Kombinationsbehandlung zu denken (AWMF 2013, S. 61 f.).

Im Folgenden soll eine mögliche Integration von EMDR in den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz (Aktivitätsaufbau, Verbesserung der Emotionswahrnehmung und -regulation, kognitive Umstrukturierung, Training sozialer Kompetenzen) dargestellt werden:

Neben der Identifikation und Fokussierung von störungsrelevanten Erlebnissen und Stressoren in der Vergangenheit (z. B. Verluste, Misshandlung, Herabsetzungen), können auch sehr gut subjektiv belastende, depressionsimmanente erschwerte Alltagsanforderungen bearbeitet werden. Dies kann beispielsweise mit Absorptionstechnik oder „umgekehrten Standardprotokoll“ erfolgen. Mögliche Targets wären hier: Morgendliches Aufstehen, Erledigen von Aufgaben (z. B. Aufräumen, Schularbeiten), Schaffung von Motivation für regelmäßigen Schulbesuch (anfangs teilweise mit reduziertem Stundenumfang). Zudem erwies sich die Herangehensweise, verzerrte Grundüberzeugungen mittels EMDR zu modifizieren, ebenfalls als eine häufig zielführende Handlungsmöglichkeit. Nach dem Erstellen eines Lebensspanoramas können Ereignisse, welche dysfunktionale Glaubenssätze (z. B. „Ich bin wertlos“, „Meine Wünsche und Bedürfnisse sind nicht wichtig“, „Konflikte sind entsetzlich und führen zur Katastrophe“) konstituieren, identifiziert („Wo hast Du das gelernt?“), biografisch eingeordnet und anschließend prozessiert werden. Alternativ ist es auch möglich, die verzerrte Kognition selbst in den Blickpunkt zu nehmen: über die dadurch ausgelöste Emotion, lassen sich oftmals Affektbrücken zu relevanten Ereignissen in der Biografie herstellen. Auch in der Ressourcenarbeit erweist sich EMDR als ein wirksames Mittel: Zielfokussierung (Verstärkung des avisierten Zustands mit langsamen ABW), Verankerung positiver Imagination mit EMDR (z. B. sicherer innerer Ort, innere Helfer/ Ressourcenteam, Position of Power), Ableiten und Verankern hilfreicher Kognitionen aus positiven Life Events im Lebensspanorama (z. B. „Ich kann was“, „Ich bin stark“, „Ich darf mich achten“). Integration der Absorptionstechnik in das Training sozialer Kompetenzen: Prozessieren der befürchteten Ängste, Aktivierung eigener

Fähigkeiten mittels Absorptionstechnik, Erfolgreiches Probehandeln unter EMDR.

Kasuistiken:

17-jährige Gymnasiastin mit ausgeprägter depressiver Symptomatik und Panikerleben.

Die Vorstellung erfolgte aufgrund dringender Empfehlung durch die Schulsozialarbeiterin. Im biographischen Kontext fanden sich zahlreiche Situationen von Herabsetzungen durch Mitschüler (insbesondere im Sportunterricht) und Ausgrenzungserlebnisse. Handlungsleitende Kognitionen wie: „Ich bin wertlos“, „Ich bin falsch“, „Ich gehöre nicht dazu“ finde ihren intrapsychischen Niederschlag. Die kognitiven Leistungsvoraussetzungen der Patientin liegen im überdurchschnittlichen Bereich. Eine Vorbehandlung mit einem SSRI führte lediglich zu einer geringen Verbesserung der Symptomatik.

Im Rahmen der Psychotherapie fand neben der Ressourcenstärkung (Absorptionstechnik) zur Aktivitätsaufnahme vor allem die Auseinandersetzung mit den o.g. Grundannahmen im EMDR-Prozess statt. Hierbei wurden die konstituierenden Ereignisse, welche den entsprechenden Glaubenssätzen zugrunde lagen, im EMDR-Standardprotokoll fokussiert und prozessiert. Konsekutiv kam es neben einer deutlichen Entlastung der Jugendlichen zu einem signifikanten Rückgang der depressiven Symptomatik verbunden mit einer Zunahme von Aktivität, Lebensfreude, Selbstwert und Zuversicht. Ferner lässt sich eine spürbare Veränderung des Selbstkonzeptes mit Glaubenssätzen wie: „Ich bin in Ordnung“, „Ich darf mich achten“ konstatieren.

Sechsjähriger, entwicklungsverzögerter Junge, in dessen Beisein sein ausgebildeter Begleithund von einem freilaufenden Hund angefallen und totgebissen wurde.

Seither erhebliche depressive Symptomatik mit Furcht vor Hunden, jedoch kein Auftreten einer „typischen“ posttraumatischen Symptomatik. Bei dem Jungen imponierten Niedergeschlagenheit, häufiges Weinen und Klagen, eine deutliche Spielunlust, Rückzug und Appetitlosigkeit.

Nach Implementierung je eines sicheren Ortes für den Jungen und das verstorbene Tier erfolgte die Bearbeitung des Erlebten durch eine Traumaerzählgeschichte mit EMDR. Bereits nach wenigen Stunden zeigten sich ein messbarer Rückgang der depressiven Symptomatik bei gleichzeitiger Zunahme von positiven Erinnerungen an das verstorbene Tier. Die sich daran anschließende Expositionsbehandlung in vivo zum Furchtabbau wurde mittels EMDR in sensu vorbereitet, wodurch die folgenden Konfrontationsbehandlungen für den Jungen gut tolerierbar waren und schnell zu dem gewünschten Erfolg führten.

Insgesamt können wir konstatieren, dass wir die Integration von EMDR in die Behandlung der Depression des Kindes- und Jugendalters als eine erfreuliche Bereicherung unserer verhaltenstherapeutischen Arbeit erleben. Besonders bei Patienten mit Antriebsstörung und zögerlichem verbalen Rapport, erweist sich eine klar strukturierte und fokussierte Vorgehensweise als äußerst hilfreich. In manchen Fällen waren die Patienten selbst von den positiven Veränderungen und dem effektiven Aufbau ihrer neuen Kompetenzen erfreulich überrascht.

1. AWMF Leitlinie (2013). Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und kondensbasierte Leitlinie (S3). S. 61f. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-043.html>.

2. Beck, A. T. (1970). Depression. Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

3. Becker, M & Cornell, Christoph U. (2020). Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Dtsch Arztebl Int 117: 261-267

4. Costello, E. J. et al. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry 47, 1263-1271.

5. Gießelmann, K. (2018). EMDR kann auch bei Depressionen wirken. Deutsches Ärzteblatt PP, 12/2018, S. 566.

6. Groen, G., Petermann, F., (2015). Therapie Tools Depression im Kindes- und Jugendalter. Weinheim, Beltz.

7. Hase et al. The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories, in: Frontiers Psychology, 2017.

8. Harrington, R. C. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen, Göttingen, Hogrefe.

9. Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In: R. Friedman & M. M. Katz (Eds.), The psychology of depression: contemporary theory and research (pp. 157-178). New York: Wiley.

10. Plassmann, R. (Hrsg.) u. a. (2009). Im eigenen Rhythmus. Gießen: Psycho-sozial-Verlag.

11. Rutter, M. (1976). Isle of Wight studies, 1964-1974. Psychological Medicine, 6, 313-332.

12. Schulte-Körne, G., Allgaier, A.-K. (2008). Genetik depressiver Störungen: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36, 27-43.

13. Schweiger, U. et al., (2018) Traumatisierung und Depression. Fortschr Neurol Psychiatr 2018; 86: 654-666.

14. Seligman, M.E. P. (2000). Erlernte Hilflosigkeit (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

15. Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Basic Principles, Protocols and Procedures, New York: Guilford Press.

16. Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-Diagnostische Leitlinien. (Hrsg. der dt. Ausgabe: H. Delling, W. Mombour & M. H. Schmidt), Bern, Huber.

Neue EMDR-Literatur, Buchbesprechungen und Fachartikel

Arne Hofmann, Luca Ostacoli,
Maria Lehnung, Michael Hase:

Depressionen behandeln mit EMDR

Techniken und Methoden für die
psychotherapeutische Praxis

Klett-Cotta, Stuttgart; 2020, 256 Seiten. 38 €



Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und sind eine der verbreitetsten Volkskrankheiten weltweit. Geschätzt sind mehr als 300 Millionen Menschen betroffen, mit steigender Tendenz in den nächsten Jahren. Da ist jede Möglichkeit der Behandlung ein großer gesellschaftlicher Gewinn.

Hinter diesem Buch steckt eine Menge Arbeit! Zehn Jahre lang hat sich eine internationale Gruppe von Klinikern* und Forschern mit der Behandlung von depressiven Patienten beschäftigt und dabei einen eigenen Ansatz der Behandlung mit EMDR entwickelt. Nach ersten erfolversprechenden Erfahrungen mit EMDR bei der Behandlung von Depressionen wurde 2009 ein europäischer Forschungsverbund mit dem Namen EDEN (European Depression EMDR Network) gegründet. Über 500 depressive Patienten wurden behandelt, und neun randomisierte kontrollierte Studien über den Erfolg von EMDR-Therapie bei der Behandlung von Depressionen wurden bis zur Drucklegung des Buches erstellt. Was schon die ersten Versuche zeigten, bestätigten die späteren Behandlungen und Studien: Es kam nicht nur zu einer deutlich höheren Zahl von kompletten Remissionen der Depressionen, sondern auch Rückfälle reduzierten sich deutlicher als bei TAU (treatment as usual). Das Buch teilt sich in vier Teile, wenn man den reichhaltigen Anhang mit dazurechnet.

*Auf Grund der besseren Lesbarkeit verwende ich durchgängig die männliche Schreibweise, meine jedoch selbstverständlich alle Geschlechter.

Teil 1 enthält die Einleitung mit einem Überblick über den Erkenntnisstand zu Depressionen, die dabei bisher üblichen Behandlungen und Studien dazu, sowie eine Beschreibung von EMDR mit seinen acht Behandlungsphasen. Hierbei wird deutlich, dass mittlerweile nicht mehr hauptsächlich die Stimulierung allein als EMDR angesehen wird, sondern insbesondere die dahinterstehende Theorie: das AIP-Modell, also die Erkenntnis, dass das Gehirn mit seinem angeborenen Selbstheilungssystem pathogene Erinnerungen verarbeiten kann. Bei einigen Erinnerungen ist dieser Selbstheilungsprozess blockiert und es bleiben Symptome. Über die Stimulation der EMDR Behandlung löst sich die Blockierung und es kommt wieder zu einer adaptiven Verarbeitung der pathogenen Erinnerung und zum Verschwinden der Symptome. Dieses Modell war bisher schon gut anwendbar bei PTBS, Sucht-Erinnerungen und Schmerz-Erinnerungen.

In diesem Teil ist auch der Abschnitt über die verschiedenen Wirkmechanismen von EMDR interessant. Es gibt psychologische, psychophysiologische sowie neurobiologische Erklärungsmodelle.

Teil 2 ist der Hauptteil des Buches. Dort wird gut nachvollziehbar die Arbeit mit depressiven Patienten dargestellt.

Es werden Schritt für Schritt die Teile des EMDR-DeprEnd-Behandlungsmanuals erklärt und mit Fallbeispielen verdeutlicht.

Im „idealtypischen EMDR-Behandlungsplan“ von pathologischen Erinnerungen bei Depressionen werden bearbeitet:

a) Episodenauslöser,

d.h. belastende Ereignisse, die 1 – 2 Monate vor Beginn der jeweiligen, depressiven Episode lagen

b) Negative Überzeugungssysteme,

z. T. in intrusiver Form, also „dysfunktional verarbeitete, frühe Erinnerungen meist nichttraumatischen Charakters, die eine starke negative Selbstüberzeugung in der Gegenwart aufrechterhalten und entsprechend in die Zukunft projizieren und damit massiv zur Aufrechterhaltung der Depressionen beitragen“. (S: 126) Hier wird das negative Überzeugungssystem der Patienten genutzt, um pathologische Erinnerungen aufzufinden und sie bearbeiten zu können.

c) Trigger des Überzeugungssystems und Zukunftsarbeit an Episodenauslösern

Dies kennen wir vom kompletten Behandlungsprotokoll bei PTBS: Dysfunktionales Material in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft wird bearbeitet.

d) Depressive und suizidale States

Der Hinweis auf einen idealtypischen Behandlungsplan hat im Blick, dass wir in der Praxis häufig unsere Behandlungsstrategien an die „Patientengegebenheiten“ anpassen müssen, was auch die Verfasser behandeln, wenn sie unterschiedliche Strategien bei Patientengruppen differenzieren: seien es Patienten, bei denen die depressive Episode fast oder ganz vorüber ist; seien es Patienten, die sich noch in einer Episode befinden; sei es eine chronische Depression oder, sicherlich der schwierigste Fall, Komorbidität einer chronischen Depression mit einer komplexen PTBS.

Ging es bisher um unipolare Depressionen, berichtet in Teil 3 Prof. Benedikt Amann vom **jetzigen Stand der Forschung zu Bipolaren Störungen** sowie den momentanen Erfahrungen des Einsatzes von EMDR in deren Behandlung. Abgeschlossen wird der dritte Teil mit einem Kapitel über chronische, wiederkehrende und therapieresistente Formen der majoren Depression. Hier wird auf den Zusammenhang von Kindheitstraumata mit möglichen biologischen Fehlregulationen geschaut.

Der Anhang enthält insbesondere für Kollegen, die mit externalisierenden Techniken wie der Vier-Felder-Technik gerne arbeiten, ein Schmankerl: das „EMDR-Drawing-Integration-Protokoll“, kurz EMDR-DI. Hier schildern Kollegen, wie sie Zeichnen in die EMDR-Arbeit einbinden.

Das Buch schließt mit einem Abschnitt, wie man einen guten EMDR-Therapeuten findet. Hier weisen die Autoren nochmal darauf hin, dass ein klarer Zusammenhang besteht zwischen dem „Outcome“, dem Ergebnis einer EMDR-Behandlung, und einer guten Ausbildung. Vor der reichhaltigen Literaturliste ganz am Ende gibt es zum Schluss eine Übersicht über die bis zur Drucklegung durchgeführten Studien zu EMDR-Behandlungen bei Depressionen.

Daneben gibt es in dem Buch noch Vieles mehr zu entdecken und für die klinische Praxis zu nutzen: „**Techniken des Selbst-Kontaktes**“, „**Stufen des Schutzes**“ etc.

All dies wird in diesem gut lesbaren Buch dargestellt, wobei das Hauptgewicht auf der gut verständlichen und praktischen Vermittlung des entwickelten Manuals, „EMDR-DeprEnd-Behandlungsmanual“ genannt, liegt.

Ich kann das Buch wärmstens empfehlen: Wenn es überhaupt etwas negativ anzumerken gibt, so wäre ein Stichwortverzeichnis zum besseren Auffinden der vielfältigen Themen und Praxistipps schön gewesen, aber dies ist Nörgeln auf höchstem Niveau. Angesichts der Bedeutung von Depression durch die Verbreitung und stete Zunahme dieser Erkrankung ist das **eines der wichtigsten psychotherapeutischen Fachbücher der letzten Zeit.**

EMDR WELTWEIT

Marilyn Luber

Übersetzung: Dr. med. Arne Hofmann



Bosnien und Herzegowina

Mevludin Hasanovic berichtet: „Wir bereiten den dritten Teil des EMDR-Trainings der 6. Kohorte in Vosni und Herzegowina mit Sian Morgan von Trauma Aid UK und das Beratertraining mit Sandi Richman und Robin Logie vor. Derzeit gibt es ein Psychiatria Danubina Supplement 1 2021 mit Beiträgen von der zweiten EMDR-Konferenz in Bosnien und Herzegowina.“



Finnland

Markus Heinimaa bemerkte: „Wir haben hier berauschende Tage in EMDR: Michel Silvestre hatte ein zweitägiges Training zu ‚EMDR und Familientherapie‘, gefolgt von einem Seminar mit Anne Suokas zu ‚EMDR & Komplexes Trauma‘. Für die virtuelle EMDR-Europa-Konferenz im Juni haben sich bereits 40 Finnen angemeldet.“



Griechenland

Domana Ventouratou berichtet: „Wir kontaktierten COVID-Kliniken und boten Gruppensitzungen zur Stressreduktion und Ressourcenstärkung an und führen derzeit ein Projekt zur Unterstützung von Universitätsstudenten, die von COVID betroffen sind, mit einer Modifikation des EMDR-Gruppenprotokolls. Für September geplant ist außerdem ein Workshop von Isabel Fernandez zum Thema ‚EMDR und Behandlungsplanung‘.“



Island

Gyða Eyjólfssdóttir merkt an: „Im Zusammenhang mit der COVID-Krise wechselte der Vorstand von EMDR Island zu Sitzungen über Zoom. Wir verschickten Informationen an die Mitglieder von EMDR Europa, Ressourcen, und ich entwickelte Richtlinien, wie Mitglieder EMDR online durchführen können, indem sie eine kostenlose Online-Website nutzen, die bilaterale Stimulation anbietet (bilateralstimula-

tion.io). Wir ermutigten die Mitglieder auch, sich den Workshop von EMDR Italien zum Thema ‚EMDR und Covid‘ anzusehen. Der Vorstand unterstützte die Mitglieder auch, indem er ihre Fragen beantwortete usw. Die Gesundheitsbehörden, die die Mitarbeiter des Gesundheitswesens bei Covid unterstützten, gingen leider nicht auf unser Angebot ein, EMDR-Therapie für ihre Mitarbeiter des Gesundheitswesens einzusetzen.“



Niederlande

Annemieke Driessen berichtet: „Unsere Gemeinschaft wächst in diesen Tagen sehr schnell; es herrscht eine ‚gute Stimmung‘ im niederländischen Verband und wir sind froh, so viele begeisterte Mitglieder zu haben, die bereit sind, in Ausschüssen aktiv zu sein. Im Folgenden erwähnen wir einige der Aktivitäten, die wir in den ersten Monaten der Pandemie unternommen haben. Nach ihnen fühlten sich die meisten unserer EMDR-Therapeuten sicher und gut genug ausgerüstet, um EMDR online durchzuführen. Dies sind einige unserer Initiativen: ein Bereich auf unserer Website mit Neuigkeiten zu COVID-19-Maßnahmen und -Richtlinien; Richtlinien, wie man Online-EMDR durchführt und welche Faktoren berücksichtigt werden sollten; EMDR-Europe-Informationen, die unseren Mitgliedern zur Verfügung gestellt wurden, sowie ein Webinar, das sie auf den neuesten Stand brachte; Forschung, um die Erfahrungen von Therapeuten in Bezug auf Online-EMDR zu bewerten und Finanzierung für eine bestimmte Zeit für eine Gruppe von Therapeuten, die an der Forschung teilnehmen; Berater (in Ausbildung), die kontaktiert wurden, um zu erfahren, wie man mit Online-Supervision vorgeht; kostenlose wöchentliche Supervision (die von mehreren EMDR-Beratern angeboten wird) für Mitglieder. Wir organisierten auch zwei sehr erfolgreiche Online-EMDR-Konferenzen in den Niederlanden im September 2020 und April 2021, mit jeweils über 1000 und über 1300 Teilnehmern!“



Türkei

Zeynep Zat berichtet: „Ich habe als EMDR-Europe-akkreditierte EMDR-Supervisorin und EMDR-Trainer-Kandidatin in der Türkei gearbeitet und lebe jetzt in London, wo ich seit drei Jahren psychologische Beratungsdienste als registriertes Mitglied der British Association for Counselling and Psychotherapy anbiete. In der Türkei habe ich als EMDR-Supervisor und -Praktiker am Covid-19 Online Psychological Support Program teilgenommen, das von der EMDR-Türkei-Trauma-Hilfe (Leiterin ist Senel Karaman) in der Türkei durchgeführt wurde. Im Rahmen dieser Studie wurden mehr als 5550 Stunden EMDR-Sitzungen für die vom Coronavirus Betroffenen, einschließlich der Patienten, ihrer Angehörigen und des medizinischen Personals, durchgeführt. 563 psychosoziale Fachkräfte arbeiteten mit EMDR und 17 Supervisoren. Diese wurden in 30 verschiedene Teams aufgeteilt. Wir begannen mit der Arbeit gleich am nächsten Tag, nachdem der erste Coronavirus-Fall bekannt wurde. Von März bis August 2020 gab ich jede Woche Supervision für zwei Gruppen, die mit den Teilnehmern dieser Studie arbeiten. Ein Teil einer so großen Organisation zu sein, war eine großartige Gelegenheit.“



Ukraine

Oksana Nakonechna bemerkt: „Die EMDR-Ukraine Association wächst. Viele Menschen haben Interesse an der EMDR-Methode bekommen. Wir haben derzeit zwei laufende Ausbildungsprojekte und eines, das von der Trainerin Eva Munker-Kramer abgeschlossen wurde, die 90 Teilnehmer ausgebildet hat. Außerdem haben wir mit Hilfe von EMDR Italien eine Beraterausbildung abgeschlossen. Wir sind unseren Kollegen aus Ungarn und Italien dankbar für die Seminare zu speziellen Themen.“



Großbritannien

Michael O'Connor merkt an: "Zu den wichtigsten Ereignissen für unseren Verband in diesem Jahr gehörten: die Umstellung von der persönlichen EMDR-Therapie auf die Online-EMDR-Therapie; die Wiederaufnahme der EMDR-Ausbildung; unsere zweite virtuelle Jahrestagung, an der 560 Delegierte teilnahmen und Reduzierung unseres CO2-Fußabdrucks. Die überwältigende Resonanz unserer Mitglieder zeigt, dass die Online-Bereitstellung von EMDR-Therapien effektiv ist und den Zugang zu Therapien für ‚schwer erreichbare‘ Gruppen

Depression und Angststörung rund um die Geburt



**Schatten
& Licht e.V.**



Initiative peripartale
psychische Erkrankungen

Wir helfen: www.schatten-und-licht.de

verbessert. Erste von Mitgliedern durchgeführte Untersuchungen zeigen, dass sich Therapeuten und Klienten gut an die Online-Umgebung angepasst haben.“

Zeynep Zat fährt fort: „In Großbritannien bin ich Mitglied in mehreren Forschungsteams unter der Leitung von Derek Farrell. Eines der Forschungsprojekte ist eine ‚Virtual Blind 2 Therapist Study using RemotEMDR‘, in der die Wirksamkeit des Virtual Blind 2 Therapist Protocol mit einer Online-Plattform untersucht wird. Die andere Studie ist die ‚Early Intervention EMDR Therapy for frontline health, emergency & social care workers experiencing psychological distress & trauma in response to Covid-19‘. Dieses Forschungsprojekt steht unter der Schirmherrschaft des Trauma Response Network Ireland in Zusammenarbeit mit EMDR All Ireland in Verbindung mit fünf britischen Hochschuleinrichtungen: University of Worcester, Queens University - Belfast, Ulster University, Bath Spa University und Northumbria University. Ich führe bei dieser Studie einen Fidelity Check durch.“



USA

Marilyn Lubber (Pennsylvania) berichtet: „Zu Beginn der Pandemie habe ich ‚EMDR-Ressourcen in der Ära von COVID-19‘ herausgegeben, um alle EMDR-Praktiker beim Übergang von der persönlichen Arbeit zu Online-Plattformen zu unterstützen. Die Kapitel enthielten Informationen über EMDR-Reaktionen auf COVID-19 auf der ganzen Welt, wie z. B. die Behandlung von Pflegestufen für die Behandlung von COVID-19, Richtlinien für die Arbeit mit COVID-19 aus Italien, Ressourcen der Global Child EMDR Alliance und wie Kollegen in der Türkei auf die Pandemie reagiert haben. EMDR-bezogene Stabilisierungstechniken beinhalteten Ressourcen zur Selbstfürsorge für Kinder, Eltern und Therapeuten. Die Abschnitte über frühe EMDR-Interventionen enthielten das EMDR-Kurzprotokoll für rezente traumatische Episoden; während die Abschnitte über frühe Selbstfürsorge-Vorschläge und -Interventionen Wege zur Selbstfürsorge für Praktiker, zur Stärkung der Resilienz und das Protokoll für Selbstfürsorge bei traumatischen Episoden aufzeigten. Dieses E-Book ist online zu finden.“ α

<https://marilynuberr.files.wordpress.com/2020/06/emdr-resources-for-covid.pdf>

Wendy Byrd (Texas) schreibt: „Die jüngste Medienberichterstattung über EMDR in den Vereinigten Staaten war äußerst spannend. USA Today kontaktierte EMDRIA wegen eines bevorstehenden Oprah-Specials über psychische Gesundheit mit dem Titel ‚The Me You Can't See‘ auf Apple TV+. USA Today wollte eine ausführliche Reportage über EMDR machen, um ihren Lesern zu helfen, mehr über die EMDR-Therapie zu ver-

stehen, und sie wollten die Story bringen, wenn die Serie auf Apple TV+ erscheint. In der dritten Folge interviewt Oprah Prinz Harry über seine Erfahrungen mit der EMDR-Therapie. Während der gesamten Serie spricht Prinz Harry über die Herausforderungen, die sich aus seiner Rolle in der britischen Königsfamilie nach dem Tod seiner Mutter ergeben. Er lud die Kameras in seine EMDR-Sitzung ein, die virtuell stattfand, und es wurde gezeigt, wie Harry die Schmetterlingsumarmung anwendet und den Auslöser bei der Rückkehr nach London verarbeitet, die Ängste und Schmerzen im Zusammenhang mit dem Tod seiner Mutter hochbringt.

Michael Bowers, unser Leitender Direktor, kontaktierte mich als Präsident von EMDRIA, um das Interview zu machen. Ich führte das Telefoninterview mit USA Today an diesem Nachmittag. Der Reporter war neugierig auf die EMDR-Therapie und wir verbrachten etwa 45 Minuten damit, ihre Ursprünge zu besprechen, wie die EMDR-Therapie durchgeführt wird, wer davon profitieren kann und welche typischen Ziele und Ergebnisse sie hat. EMDRIA stellte dem Reporter Hintergrundmaterial zur Verfügung, das in den Artikel aufgenommen wurde, damit die Leser davon profitieren konnten. Wir waren alle begeistert, dass die Apple TV+ Dokuserie veröffentlicht wurde und dass der Artikel in USA Today erschien. Am selben Morgen kontaktierte uns Good Morning America, um ein Video-Interview für einen Beitrag über die Serie und EMDR zu machen. Auch hier waren sie daran interessiert, mehr über EMDR zu erfahren und wie es Harry geholfen hat und wie Therapeuten es nutzen können, um anderen Zuschauern zu helfen. Seitdem wurde die Serie noch mehrere Male in verschiedenen ABC-Sendungen ausgestrahlt.

Wir freuen uns über den Schwung und das Gute, das von einer so hochkarätigen Bestätigung der EMDR-Therapie ausgehen kann, und hoffen, dass wir die gesamte Berichterstattung nutzen können, um weiterhin Heilung, Gesundheit und Hoffnung für diejenigen zu verbreiten, die von der EMDR-Therapie profitieren können.



Deutschland

Frank Hofmann schreibt: „2017 begann Trauma Aid seine Arbeit im Irak, als wir unser erstes Seminar für Fachkräfte anboten, die in Flüchtlingslagern in Kurdistan / Nordirak arbeiten: Es wurde von Adidas gesponsert und in Zusammenarbeit



mit Terre des Hommes durchgeführt. In der Zwischenzeit waren wir damit beschäftigt, eine vollständige Seminarreihe (genannt TPSS+®) zu entwickeln, um eine erste Gruppe von traumainformierten Sozialarbeitern auszubilden. Dank ihrer hilfreichen Datenerhebung haben wir einen Artikel im Torture Journal Vol. 31 No. 1 (2021) International Rehabilitation Council for Torture Victims veröffentlicht. Ein großes DANKESCHÖN an Dr. Adrian Hase und Dr. Michael Hase für ihre Unterstützung aus der Wissenschaft und ihren besonderen Erfahrungshintergrund!!!! Alle unsere Konzepte stammen aus der Ressourcenorientierten Traumatherapie mit Elementen von EMDR (ROTATE) in Südostasien bis hin zu TPSS+® im Nahen Osten. Wir hoffen, sie zum Nutzen der von Trauma betroffenen Menschen zu verbreiten. Wir betonen immer wieder die Notwendigkeit, Kindern und Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, denn sie sind die zukünftige Generation und leiden so sehr unter all den Kriegs- und Krisenereignissen. Insbesondere akkreditierte EMDR-Supervisoren sind die Gruppe der potentiellen Ausbilder, die daran interessiert sein könnten, Seminare auf der Grundlage der oben genannten Konzepte anzubieten. Wir planen, einen Workshop zu entwickeln, in dem wir die Erfahrungen, die wir in verschiedenen Ländern und Krisenregionen gemacht haben, weitergeben.“

Ute Sodemann merkte an: „Wir tun unser Bestes in diesen schwierigen Zeiten. Wir haben das Mekong-3-Projekt Ende letzten Jahres mit mehreren digitalen klinischen Supervisionen in Myanmar und Kambodscha abgeschlossen. Trauma Aid hat es auch geschafft, für das EMDR-Behandlungszentrum in Kambodscha und die dortige Arbeit zum Aufbau von Kapazitäten mit einer anderen Förderorganisation eine gewisse Finanzierung zu erhalten, so dass sie ihre Arbeit für weitere drei Jahre verstärken können. Leider haben die gleichen Bemühungen für Myanmar nicht so positiv geendet. Doch trotz der verzweifelten und schrecklichen Situation

in Myanmar haben wir immer noch Kontakt zu einigen ‚unserer‘ Therapeuten! Einige von ihnen müssen sich verstecken, weil sie auf der Liste des Militärregimes stehen. Sie haben ihre Arbeit verloren, weil sie Teil der Bewegung für zivilen Ungehorsam (CDM) waren; andere arbeiten im Verborgenen. Wir hoffen

immer noch auf das Beste und bleiben in Kontakt, so gut wir können. Wir versuchen auch, uns allen Arten von internationaler Solidarität anzuschließen.

Die EMDR- und psychosozialen Trainings (TPSS+) im Irak und in Kurdistan wurden seit letztem Jahr durch mehrere klinische Supervisionen und die Anwesenheit eines Traumahilfe-Vorstandsmitglieds in Erbil am Laufen gehalten. Wir sind nun bereit, unsere Arbeit im Mai/Juni mit EMDR mit Derek Farrell und TPSS+ (Frank Hofmann und Miryam Gohl) fortzusetzen. Das bewährte Libanon-Projekt wird auch in diesem Jahr fortgesetzt, mit EMDR und TPSS+. Projektträger ist EMDR Lebanon und die Finanzierung erfolgt durch das deutsche Ministerium und TDH. Das Training wird von Trauma Aid / Derek Farrell und Frank Hofmann durchgeführt. Ein Trainingsprojekt in der Ukraine ist im Entstehen, wir warten auf die Genehmigung. Wolfgang Wöller wird die Trainings in Ruanda so bald wie möglich fortsetzen. Weitere Informationen über TPSS+ finden Sie auf unserer Homepage/Publikationen. Wir hatten letztes Jahr unsere jährliche Mitgliederversammlung und haben einen neuen Vorsitzenden gewählt: Frank Hofmann, mich als stellvertretende Vorsitzende.“

<https://www.traumaaid.org/en/news/trauma-psycho-social-support-plus-tpss-r-in-crisis-struck-regions>



Großbritannien

Sian Morgan schreibt: „Es war für alle ein so herausforderndes Jahr, aber es gab auch einige Vorteile für Trauma Aid UK, da wir unser EMDR-Ausbildungsprogramm im Nahen Osten fortsetzen und erweitern konnten. In diesem Jahr haben wir ein weiteres Training in Ägypten abgeschlossen und ein Training über EMDR Jordanien begonnen, an dem Teilnehmer aus Syrien, Jordanien, Katar, Libyen und Palästina teilgenommen haben. Im Juni werden wir in Zusammenarbeit mit der Universität Bagdad ein Programm im Irak starten. Das ist sehr aufregend, da es natürlich sowohl für die Trainings-teams als auch für die Teilnehmer sehr schwierig war, in die Region zu reisen. Das Training über Zoom hat unser Programm auf eine Art und Weise geöffnet, die wir uns vor einem Jahr noch nicht hätten vorstellen können! Wir führen auch ein Forschungsprojekt durch, in dem wir 100 syrischen weiblichen Flüchtlingen E-Therapie anbieten, an dem drei unserer syrischen Psychologen beteiligt sind und das erstaunliche Rückmeldungen liefert. Die Dinge in der Region weiten sich aus und expandieren in rasantem Tempo. Wir haben einen starken EMDR-Verband in Ägypten und auch in Jordanien. Zurzeit gibt es so viele Möglichkeiten, sich via Zoom weiterzubilden, und die Vortragenden bieten dies großzügig für Trauma Aid UK an. Wir beziehen alle Menschen ein, die wir ausgebildet haben.“



Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

seit der letzten Ausgabe der Zeitschrift für EMDR im September 2020 ist viel Zeit vergangen. In den langen Monaten, in denen die Pandemie unser Leben stärker als jetzt bestimmt und eingeschränkt hat, war speziell in der EMDR-Gemeinschaft ein großer Zusammenhalt spürbar. Lassen Sie uns diese Erfahrungen nicht vergessen. Das Jahr 2021 hat schon viele positive Entwicklungen gebracht und wir hoffen, dass sie sich fortsetzen!

Aktuell freuen wir uns darüber, wie EMDR in der Öffentlichkeit an Bekanntheit gewinnt.

In der Doku-Serie „The Me You Can't See“ spricht Prinz Harry offen darüber, wie ihm EMDR geholfen hat, und es wurden Einblicke in eine (virtuelle) Therapiesitzung gewährt. Auch die Sängerin und Schauspielerin Paris Jackson thematisierte EMDR.

Einige neurobiologische Veröffentlichungen der letzten Zeit haben der Methode zu weiterer Anerkennung in der Fachwelt verholfen.

Und natürlich freuen wir uns über die vorliegende Ausgabe der Zeitschrift, die sowohl optisch als auch konzeptionell neu gestaltet ist. Wie Sie wissen, hat Maria Lehnung die Redaktion übernommen – für diese phantastische Arbeit bedanken wir uns herzlich!

Begrüßen Sie sie mit uns auf der Mitgliederversammlung (ab 16:15 Uhr) im Rahmen des **virtuellen EMDRIA Tags am 25. September 2021** (9:00 – 15:45 Uhr).

Die Teilnahme am EMDRIA Tag 2021 ist Mitgliedern vorbehalten und kostenfrei. Vielleicht ist dies ein schöner Anlass für die ein oder andere Kolleg*in, Mitglied zu werden? Wir freuen uns auch über assoziierte Mitglieder, die bisher keine EMDR Ausbildung absolviert haben!

Eine Anmeldung zur Tagung ist erforderlich, und wir werden alle Mitglieder informieren, wann und wie Sie sich anmelden können.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und einen schönen Sommer!

Mit herzlichen kollegialen Grüßen aus Freiburg und Köln



Dr. phil. Karsten Böhm

1. Vorsitzender



Dr. med. Katharina Drexler

2. Vorsitzende

Aus den Ländern

Deutschland

Wir begrüßen 90 neue Mitglieder bei EMDRIA Deutschland von Juli 2020 bis Juni 2021.

(Aus Datenschutzgründen wurde in Einzelfällen von der Nennung abgesehen.)

In diesem Zeitraum wurden **58 neue Zertifizierungen** erworben, davon **44 als EMDR Therapeut:in** und **acht als EMDR Therapeut:in für Kinder und Jugendliche** sowie **sechs als EMDR Supervisor:in** und **zwei als EMDR Supervisor:in für Kinder und Jugendliche**.

Name	Ort	Name	Ort
Bähr , Felicia	Binningen (Schweiz)	Dr. med. Neufang-Sahr , Anja	Wesseling
Barbulescu , Irina-Sabine	Waldmohr	Nitschke-Janssen , Meike	Hamburg
Barlovic , Katrin	Dresden	Njoo , Mark	Hamburg
Dr. med. Benz , Martin	Bad Schönborn	Prawitz , Iris	Darmstadt
Böhm , Jutta	Eltville	Preuße , Susanne	Koblenz
Bredt , Florian	Hamm	Dr. med. Preyer , Sarah	Oberaudorf
Determann , Anja	Öttingen	Quadflieg , Esther	Münster
Dr. Dörrenbächer , Sandra	Neunkirchen-Münchwies	Rodrigues-Köpnick , Luiza	Hamm
Eichler , Petra	Bonn	Rumpf , Katharina	Prien
Enigk , Diana	Herrenberg	Scharun , Stephanie	Braunlage
Erbmann-Pallauf , Eva	München	Schieren , Svenja	Köln
Esser , Brigitte	Oldenburg	Schlott , Andrea	Bad Schwartau
Fischer , Sascha	Bersklund	Schönfeld , Maria	Leipzig
Friedrichs , Carola	Kiel	Schröter , Romy	Hamburg
Griebel-Panke , Andrea	Osby/Schweden	Dr. Schüller , Canan	Köln
Gutsmann , Christine	Hameln	Schwark , Barbara	Weimar
Heger , oliver	Dresden	Schwemme , Sabine	Keltern & München
Dr. med. Holzappel , Carmen	Biberach	Sievert , Teresa	Olpe
Imann , Corinna	Oldenburg	Sperling , Anja	Berlin
Dr. med. Jackisch , Anne	Bremen	Sperling , Anja	Berlin
Kehr , Jochen	Köln	Strauß , Stephanie	Gunzenhausen
Kengne-Meuschel , Christina	Frankfurt am Main	Stumpenhorst , Katrin	Bitburg & Trier
Klein , Anja	Lörrach	Sultan Yildirim , Melek	Duisburg
Dr. Koch-Göppert , Gudrun	Aurich	Szemendera , Helen	Rheinbreitbach
König , Cornelia	Ulm	Teigeler , Anke	Wiesbaden
Kreuter , Sandra	Neuss	Trischmann , Claudia	Dortmund
Dr. Kunstmann , Shay	Berlin	Turowski-Freund , Jacqueline	Bonn
Langguth-Hodapp , Angelika	Köln	Ulardt, von , Julian	Hamburg
Dr. med. Langner , Peter	Berlin	Dr. Urhausen , Pascale	Aachen
Dr. med. Langner , Franziska	Berlin	Wagner-Hepton , Yvonne	Schauren
Lindner , Manja	Pirna	Walsemann , Chrysanthis	Hohberg
Dr. med. Maier-Simon , Corinna	Leipzig	Dr. med. Witt , Karin Ingrid	Hechingen
Mohwinkel , Linda	Kiel	Zakariaás , Zsuzsanna	Köln
Moog , Doris	Jever		

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist erfreulich, dass diese Sommerausgabe 2021 der Zeitschrift für EMDR bereits das vierte Jahr dieses Gemeinschaftsprojekts markiert und ich möchte mich mit einigen Informationen aus der **EMDR Fachgesellschaft Österreich** melden.

Dieser „neue“ Name ist bereits die erste wichtige Information. Nach 18 Jahren „EMDR Netzwerk Österreich“ haben wir mit der Generalversammlung im September 2020 unseren Namen geändert. Dafür gab es vor allem zwei Gründe: Nachdem bei der Gründung 2003 noch der Aufbaugedanke nicht nur für EMDR, auch für Traumatherapie allgemein in Österreich im Vordergrund stand und wir daher die Vernetzung und Bewusstseinsbildung im Vordergrund unserer Aktivitäten und unserer Motivation sahen, können wir erfreulicherweise heute sowohl für EMDR als auch für Traumatherapie sagen, dass sich die Fachgesellschaften voll etabliert haben und sozusagen das „Erwachsenenalter“ erreicht haben und auf 18 Jahre Identitätsbildung zurückschauen können und auch in der Gemeinschaft der 36 EMDR Fachgesellschaften in Europa (www.emdr-europe.org) angekommen sind. Somit schien es uns angemessen, die „lose“ Vernetzung durch einen Namen zu ersetzen, der diese strukturelle Änderung signalisiert und die Rolle und Aufgabe und den Reifezustand besser signalisiert. Der zweite Grund war ebendieses Angekommensein inmitten der und Verbundensein mit den anderen Fachgesellschaften in Europa und darüber hinaus, die relativ einheitlich „EMDR Fachgesellschaft ...“ heißen.

Weiters hatten wir unsere jährliche Fachtagung, nach zwei Jahren mit Workshopcharakter wieder eine Tagung, die von Mitgliedern der Fachgesellschaft mit spezifischen Vorträgen gestaltet wurde. Sie umfasste neben den inhaltlichen Vorträgen auch eine Reflexion über die Auswirkungen von und den Umgang mit der Corona-Situation. Weiters wurden interne Schwerpunktgruppen initiiert, und die Tagung fand unter Corona-Bedingungen mit limitierter TeilnehmerInnenzahl statt. Wir sind froh, dass wir dieses Jahr – zum zweiten Mal in den Bundesländern – in Graz am 1.10.2021 mit wesentlich besseren Bedingungen starten können und freuen uns auf zahlreiche Teilnahme – was sich schon abzeichnet.

Eine erfreuliche Bilanz können wir im europäischen Vergleich im Verhältnis unserer zertifizierten Mitglieder zur Zahl der Gesamtmitglieder vorweisen, hier liegen wir weit vorne. In diesem Kontext auch an dieser Stelle wieder herzlichen Dank an Sie als Mitglieder, dass Sie diesen Standard mittragen und sich der Zertifizierung unterziehen. Die Mitgliederzahl steigt kontinuierlich. Zu all unseren Nachbarländern gibt es immer

schon und weiterhin guten Kontakt. Tschechien ist 2020 Mitglied geworden, wir konnten dabei helfen und freuen uns sehr.

Eine weitere Änderung steht an: ich werde mich nach 18 Jahren Vorsitzendentätigkeit wie angekündigt mit 1.10.2021 aus dieser Funktion zurückziehen. „Das Kind“ – die Fachgesellschaft – ist erwachsen. Daher ist nun ein guter Zeitpunkt für Änderungen wie auch bei der Namensänderung, die Ähnliches signalisiert. Wir haben uns seit meinem Entschluss im letzten Juni nach meiner Wahl zur EMDR Europe Vizepräsidentin im Vorstand intensiv mit einem guten Übergang und Neuverteilung von Aufgaben und Funktionen beschäftigt – dies ging mit einem flexiblen und von den Präferenzen breit aufgestellten Team sehr gut – und sind im Zeitplan. Ich bin sehr froh, dass wir dies motiviert und in wertschätzendem Miteinander geschafft haben und somit ein klarer neuer Abschnitt vorbereitet ist. Im Redaktionsteam der Zeitschrift für EMDR werde ich weiterhin mitarbeiten und auch für die Weiterentwicklung und qualitätsvolle Ausbildung in EMDR im Europäischen Dachverband aktiv bleiben.

Abschließend danke ich allen derzeitigen und ehemaligen Vorstandsmitgliedern für die gemeinsame Arbeit und den Mitgliedern für das langjährige Vertrauen. Bei den ehemaligen und derzeitigen VorstandscollegInnen der Schweizer und deutschen Fachgesellschaften möchte ich mich ebenfalls herzlich bedanken, nicht nur wegen der Kooperation in dieser Zeitschrift, sondern für alle Bereiche – gegenseitige Unterstützung mit Unterlagen und Übersetzungen, gegenseitige Beiträge bei Tagungen, gute Kooperation bei den deutschsprachigen Belangen bei EMDR Europa und in der respektvollen Einhaltung von Richtlinien und – last not least – jede Menge Humor und Spaß!



Mag. Eva Munker-Kramer

Vorsitzende EMDR Fachgesellschaft Österreich

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

schon sind wir wieder über der Hälfte dieses Jahres, und es lässt weiterhin hoffen auf Besserung unserer immer noch durch das Coronavirus geprägten Situation. In diesem Sinne wünsche ich im Namen des ganzen Vorstandes von EMDR Schweiz allen Lesern ein gutes 2021, ein Jahr mit Perspektiven, positiven Entwicklungen, viel Freude und vor allem einer guten Gesundheit! Wir freuen uns sehr über eine weitere Ausgabe der «Zeitschrift für EMDR» und danken allen Kolleginnen und Kollegen für Ihre wertvollen Beiträge.

Es freut uns ganz besonders, dass wir trotz der Pandemie unsere Mitgliederversammlung im 2020, wenn auch nicht live, dann doch online, erfolgreich durchführen konnten. Unser Fachverband scheint also krisenresistent zu sein! Es wurden zwei neue Vorstandsmitglieder gewählt.

Nicht nur der Fachverband zeigte Flexibilität, sondern auch viele Schweizerische EMDR-Fort- und Weiterbildungsangebote waren und sind hybrid oder online zugänglich, sodass sich die Mitglieder auch in 2020 bis dato, was EMDR betrifft, gut weiterbilden konnten und können. Dieser Trend setzt sich fort, angesichts der jetzigen Lage. In diesem Sinne freuen wir uns auch jetzt schon auf die EMDR Europe Konferenz. Auch sie wird virtuell veranstaltet, dank der grossen Flexibilität von EMDR Europe.

Eventuell ist es Ihnen schon aufgefallen: EMDR Schweiz hat jetzt eine neue Homepage in frischerem Look. Inhaltlich ist vieles noch in Revision, wir bemühen uns, Schritt für Schritt alles zu aktualisieren.

Es ist uns gelungen, Ana Gomez (USA) für unsere diesjährige Mitgliederversammlung zu gewinnen, welche online stattfinden wird. Wir freuen uns jetzt schon auf den mit Sicherheit hervorragenden Beitrag, mit dem wir wieder die Kinder & Jugend Therapeuten und Therapeutinnen stärken wollen. Selbstverständlich ist der Beitrag auch für Therapeuten und Therapeutinnen von Erwachsenen spannend und relevant.

Der Schweizer EMDR Fachverband zählt aktuell insgesamt 505 Mitglieder. Davon sind 35 consultants, 47 C&A practitioners, 6 C&A consultants und 104 Mitglieder in Ausbildung.

Wie es scheint, wurde die Zeit während des Lockdowns fleissig genutzt, um die Papiere für die diversen Zertifizierungsanmeldungen zusammenzustellen.

Weiter wurde die Schweizer Delegation für EMDR Europe um eine Person verstärkt. Insgesamt delegiert EMDR Schweiz aktuell zwei Vorstandsmitglieder in den Vorstand von EMDR Europe.

Aufgrund der Neuorientierung unserer bisherigen Sekretärin sind wir auf die Suche gegangen nach einer Person, die die vielen Herausforderungen des doch stark gewachsenen Fachverbandsekretariats zu bewältigen weiss. Wir sind überglücklich, diesen Posten mit einer neuen Top-Sekretärin besetzt zu haben und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit!

Im Namen des Vorstandes grüsse ich Sie freundlich



Michèle Rondez

Eidg. anerkannte Psychotherapeutin
Spezielle Psychotraumathepie DeGPT
Trainerin EMDR Europe
Leitung EMDR-Institut Schweiz
Supervisorin, Facilitatorin EMDR-Institut Schweiz
Präsidentin EMDR Schweiz 2021
Vorstandsmitglied EMDR Europe

Aus den Ländern

Schweiz

Im Zeitraum zwischen September 2020 und Juni 2021 konnten wir **35 neue Mitglieder** willkommen heissen.

Wir gratulieren den **23 Personen**, welche im gleichen Zeitraum das Zertifikat als EMDR Therapeut*in erhalten haben.

Name	Ort	Name	Ort
Al-Abaechy , Omar	Genève	Jiménez , Joana	Genève
Bonvin , Corinne	Martigny	Dumitrescu , Margareta Mioara	Neuchâtel
Boolakee , Mumtazi Bibi	Clarens	Eulitz , Hind	Romanshorn
Dayer , Samia	Genève	Meier-Bortone , Bélice	Bellinzona
Viennet , Inga	Martigny	Webinger , Claudia	Biel
Huegi Schaeren , Marielle	St. Imier	Gay , Christelle	Lausanne
Weinguni , Pascal	La Sarraz	Trégouët , Olivier	Neuchâtel
Weisz , Marie	Genève	De Tribolet-Hardy , Pervenche	Lausanne
Merino , Christine	Bernex	Riesen , Romana	Lausanne
Dubey-Ribordy , Cécile	Monthey	Galante Vadilonga , Maria Adele	Novazzano
Castagnoli , Deborah	Genève	Hartmann , Romana	Zürich
May-Vial , Alexandrine	Fribourg	Jost , Emmanuelle	Montreux
Quast , Stéfanie	Genève	Pasquier , Brigitte	Bulle
Bote Ormos , Solange	Sion	Bovet , Marie-José	Villars-sur-Glâne
Kazadi Stutzmann , Kayole	Lausanne	Reith , Joëlle	Genève
Blank Gebre , Michèle	Fribourg	Perrier Nardi , Fariba	Vevey
Luyet , Véronique	Aigle	Cornish , Alison	Genève
Almeida Heymans , Ana	Genève		

INTERVISIONSGRUPPEN

Suche Intervisionsgruppe Traumatherapie in **Nürnberg** und Umgebung. **Tel. 0911/96 44 854**

Guten Tag, liebe KollegInnen,
als Psych. Psychotherapeutin und bei EMDRIA zertifizierte Traumatherapeutin bin ich interessiert an kollegialem Austausch, Aufnahme in eine Intervision- oder Supervisionsgruppe bzw. Neugründung einer solchen im **KV Bereich Hessen** ab Jan. 2022. Kontakt: anni2004@freenet.de

Nette EMDR-begeisterte Kolleg*innen/QZ/Intervisionsgruppe **online oder Präsenz** für Fallbesprechungen/ Traumabehandlung komplextraumatisierter Erwachsenen in **Köln** gesucht. Ich bin Vt'lerin, Mitglied bei Emdria und DeGPT. Ich freue mich über eine Kontaktaufnahme an medi34@online.de

Psychotherapeutin (PP, TP, systemische Ther., Ego-State-Ther., seit 2016 EMDR-zertifiziert) möchte EMDR-Intervisionsgruppe gründen oder in eine bestehende einsteigen. **Raum Düsseldorf.** yvonne.boehlefeld@icloud.com
0211 – 36 20 84

Verhaltenstherapeutin in eigener Praxis sucht Intervisionsgruppe im Raum **Schleswig-Flensburg oder online** zwecks kollegialen Austausches zum Schwerpunkt PTBS, KPTBS und Dissoziation. Arbeite bevorzugt mit EMDR und Ego-States, gerne auch verfahrensübergreifend. Über Rückmeldungen an disselbrede.psychotherapie@t-online.de freue ich mich.

Suche EMDR-Intervisionsgruppe Nähe **Karlsruhe, Baden-Baden, Offenburg.**
Bitte E-Mail an: ec.goldstein@t-online.de

Winterthur/Schweiz: Intervisionsgruppe EMDR.
Wer hat Lust mitzumachen?
Dr. med. Eva Albermann, Mail: albermann@gmx.ch

EMDR-Intervisionsgruppe, bzw. Interessent*innen zur Gründung einer solchen in **Niedersachsen (Ostfriesland / Emsland / Ammerland)** gesucht.
Kontakt: info@praxis-tielmann.de

PRAXISRÄUME, KASSENSITZE, STELLEN – ANGEBOTE UND GESUCHE

Psychotherapeut/-in für die Übernahme der **Hälfte meines vollen Praxissitzes in Castrop-Rauxel** gesucht, vorzugsweise TP u. EMDR, da hier fast nur VT-Therapeuten ohne EMDR-Ausbildung arbeiten. Abgabe sofort mögl., Arbeit zumind. übergangsweise in unseren wie in eigenen Räumen möglich. Kreis Recklinghausen, verkehrsgünstige Lage zw. Dortmund u. Bochum. Ruhige Lage in Wohngebiet im Grünen, nettes Team aus drei Kolleginnen (plus Therapiehund). Interessenten/-innen bitte melden unter therapiecastrop@web.de.

Praxisraum Kreis Rastatt gesucht? Biete an 2-3 Tagen pro Woche Mitbenutzung von schönem, hellem Therapieaum mit Wartebereich in Privatpraxis in **Gaggenau**. Gute öffentl. Verkehrsanbindung, Parkplätze.
Dipl.-Psych. Elke Goldstein **07225/986843**
bzw. ec.goldstein@t-online.de

Psychotherapeutische Einzel-Praxis, **KV-Zulassung vorhanden, Rhein-Erftkreis**, voller Versorgungsauftrag, inkl. Praxiseinrichtung, an Nachfolger/in in Einzelpraxis zum 02.01.2023 von Psycholog. Psychotherapeutin: VT- und tfp-Zulassung f. Erw., Schwerpunkt: Traumatherapie, zu verkaufen. Gemietete Räumlichkeiten 45 qm können übernommen werden. Interessenten melden sich bitte unter Angabe Ihrer Qualifikation und eines Verhandlungsangebots unter: psychotherapie-frechen@gmx.de
Ich freue mich über Ihr Interesse.

Hamburg, Praxisraum (29 m²) in langjährig eingeführter EMDR- und TCM-Praxis zu vermieten.
770,- Euro/mtl. warm.
Kontakt: Friedemann Pflug, Tel. **040-2207567**,
www.friedemann-pflug.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich suche für meine gut gehende kinder- und jugendpsychologische Praxis in 38640 Goslar ab sofort eine(n) approbier-te(n) **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin(en)** mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie als Entlastungs-assistenz. Euch erwartet ein sehr nettes, motiviertes Team in einem hellen und freundlichen Ambiente.
Ich freue mich über aussagekräftige Bewerbungen per E-Mail an kontakt@praxis-daehling.de oder telefonisch unter **05339 / 2213275**.

PRAXISRÄUME, KASSENSITZE, STELLEN – ANGEBOTE UND GESUCHE

Suche **Praxisraum** oder kleine Praxis im **Süden/Südwesten von BERLIN** für meine zeitreduzierte Privatpraxis.
Ich bin PP VT/spezialisierte Traumatherapeutin.
Telefon: **0163 4019631**

Häffiger Kassensitz in Seligenstadt (Nähe Frankfurt/M.) abzugeben.

Wir (TPlerin, EMDR, Einzel- und Gruppe, ganzer Versorgungsauftrag, sowie VTlerin, ST, Einzel, halber Versorgungsauftrag) würden uns über InteressentInnen freuen, die evtl. auch in unsere Praxisgemeinschaft einsteigen wollen.

Wir haben noch einen sehr schönen Raum frei, extra Raum f. Gruppentherapie, sehr schöner Wartebereich, gute Parkmöglichkeiten u. Verkehrsanbindung, Blick auf die Pferdekoppel. Kontaktaufnahme bitte per Mail an msehr@t-online.de

In und um Erkrath herum

(Kreis Mettmann, Wuppertal-West, Düsseldorf-Ost)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich suche für 1-2 Nachmittage in der Woche einen **Therapieraum in PP oder KJP Praxis**. (KJP-TP, Arztregistereintrag, Coaching, langjährige EMDR-Therapeutin.) Zeiten gerne auch erst ab 17.00 Uhr, auch freitags. Ich freue mich über eine Rückmeldung.
Tel.: **0171-6475306**, praxis.mg@t-online.de

Plane aus Altersgründen meinen ganzen

Kassensitz in München ab 1.1.2022 abzugeben.

Bin FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ausschließlich psychotherapeutische Praxis, Erwachsene, Psychoanalyse, Einzel und Gruppe, zertifizierte Trauma- und EMDR-Therapie.

Kontakt: gilda.bickert@web.de oder Tel. **0176- 47 34 03 02**

Suche einen **häffigen Praxissitz** für Psychotherapie im **Landkreis Würzburg** ab Januar 2022 oder gerne auch später!
Angebote bitte an psychprax.schirmacher@t-online.de

Psychotherapeutische Praxis am **Niederrhein/Issum** bietet:

1.) **10-h-Anstellungsstelle**

2.) **Praxisraum** zu vermieten

in kleiner Praxisgemeinschaft, Schwerpunkt Traumatherapie
kontakt@silke-kaba.de

PRAXISRÄUME, KASSENSITZE, STELLEN – ANGEBOTE UND GESUCHE

Suche für traumatherapeutische Praxis **nahe Heilbronn**
Kollege/in zur **Mitarbeit** oder zur **Praxisübernahme**.
Tel. **0172 7731808**

Praxis-Raum zu vermieten, 2 Toiletten, kleine Kochküche, Wartezimmer. Sehr gute Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz und Parkmöglichkeiten.

Dipl.-Psychologin Madeleine Hemmerde, **Mönchengladbach, 02166-123 90 74**

Praxis f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie **sucht Facharzt/-ärztin (bzw. in Weiterbildung) für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Anstellung in TZ** in gut etablierter Praxis mit hoher Patientenauslastung u. Sozialpsychiatrievereinbarung.

Schwerpunkt ist u. a. psychotherapeutische Behandlung junger Menschen mit komplexen Entwicklungsstörungen. Mögl. Mitgestaltung Mehrgenerationenprojekt / mögl. spätere Praxisübernahme. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Kontakt: Dr. Dieter Appel, Trier, Tel.: **0651-69968064**,
Mail: Dieter.Appel@uminfo.de

Suche **Unterstützung für TP Praxis Bonn-Beuel**, festangestellt o. freiberuflich. o8abbyo3@gmail.com

SONSTIGES

Zu verkaufen: Neues und noch nicht benutztes **EMDR Kit Classic** incl. Tasche. Noch in Originalverpackung und nicht geöffnet. Neupreis rd. 500 €; VHB 400 €.

Bei Interesse melden Sie sich bitte unter
Tel.nr. **0171-262 21 95**

SERGE - Swarm EMDR Research Group Engagement

Um die EMDR-Forschung weiter zu fördern, möchten wir Sie einladen, an einer digitalen Forschungsplattform mitzuwirken. Ziel dabei ist es, BehandlerInnen aus der Praxis mit ForscherInnen zusammen zu bringen, um gemeinsame Projekte zu entwickeln und durchzuführen. Bei Interesse als **StudientherapeutIn in der aktuellen Forschung mitzuwirken**, senden Sie gerne eine Mail mit Stichwort „Serge“ an: Markus.Stingl@psychiat.med.uni-giessen.de

TraumaAid Germany • Grossenbaumer Allee 35 a • 47269 Duisburg

Trauma-Hilfe weltweit

Liebe Kolleg*innen,

alle persönlichen Gespräche, die immer an unserem Stand auf den EMDR-Tagen stattfinden, sind während der Pandemie ausgefallen. Ebenso sind die Informationstische, die jeden unserer Kurse begleiten, durch Online-Spendenaufrufe nicht zu ersetzen.

Damit ist auch unser Spendenaufkommen, das die Organisation und die Projekte in vielen Ländern aufrechterhält, stark gesunken. Gleichzeitig steigt der Bedarf an Fortbildung für Fachleute in Krisenländern in ähnlichem Maße wie in unserem Land der Bedarf an Psychotherapie.

Mit Blick auf die Not gerade im Bereich traumatischer Belastungen bitten wir um Ihre Spende.

Egal wie klein oder groß, ob regelmäßig oder einmalig, ob per Fördermitgliedschaft – wir sind dankbar für jeden Beitrag!

Unser Spendenkonto:

Sparkasse Duisburg

IBAN: DE 35 3505 0000 0214 0031 21 • BIC: DUISDE33XXX

