

EMDR in der Essstörungenbehandlung

Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann

Seminar auf der Eröffnungstagung 06. – 07.09.2013 Bad Mergentheim

Psychotherapeutisches Zentrum

Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Tel.: 07931 – 5316 – 1302

E-Mail: r.plassmann@ptz.de



1. Behandlungsstrukturen in der stationären Psychotherapie der Essstörungen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

EMDR ist ein traumatherapeutisches Verfahren, welches darauf abzielt, emotionales Belastungsmaterial aufzulösen. Weniger häufig, aber genauso erfolgreich, kann EMDR verwendet werden, um emotional positives Material aufzubauen, also zur Ressourcenorganisation.

Bevor wir uns also einige konkrete methodische Varianten von EMDR anschauen, die in eine Essstörungenbehandlung integriert werden können, halte ich es für sinnvoll, sich zu verdeutlichen, wie unterschiedlich die therapeutischen Aufgaben in den verschiedenen Abschnitten einer stationären Psychotherapie sind.

Es sind hauptsächlich vier Vorgänge, die aufeinander aufbauen: **Die Stabilisierungsphase, die Ressourcenorganisation, die Expositionsphase und die Neuorientierungsphase.**

In jedem dieser Prozesse kann EMDR in der Essstörungentherapie eingesetzt werden mit jeweils spezifischen Modifikationen, die den Aufgaben und Zielen dieser Therapiephase entsprechen.

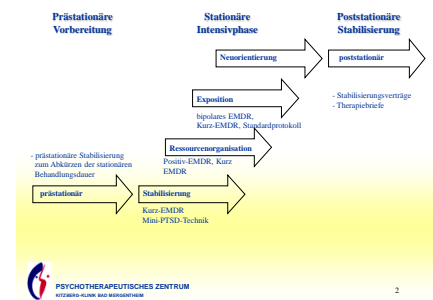


Abb 1: Das Vier-Phasen-Modell

Die **Stabilisierungsphase** dient dem Ziel, die Selbsttraumatisierung durch die Essstörung aufzulösen. Der therapeutische Rahmen enthält also eine Fokussierung auf den Stabilisierungsprozess: kognitives Erkennen und emotionales Erleben der traumatischen Folgen der Essstörung auf die eigene Person und deren Beziehungen, das Entwickeln verlässlicher Entscheidungen zum Selbstschutz vor diesem Trauma und Herstellen von verbindlichen und erreichbaren Arbeitszielen.

Das Prozessieren negativer Emotionen kann ebenso wie die Organisation positiver Emotionen bereits in der Stabilisierungsphase beginnen, jedoch stets an aktuellem, von der Essstörung selbst erzeugtem Material. Technisch sind insbesondere das Kurz-EMDR z. B. bei diffuser Erregung oder dissoziativer Kontaktlosigkeit zu sich selbst anwendbar und auch das Standardprotokoll für kleine, alltägliche Belastungssituationen im Zusammenhang mit Essen, also die sogenannte Mini-PTSD-Technik (siehe 2.5).

Je schwächer die eingeschliffenen Essstörungsmuster mit fortschreitender Stabilisierung werden, desto mehr Raum entsteht für positives emotionales Material, die **Ressourcen**. Die Patientinnen fühlen deutlicher, wieviel Leben in ihnen ist. In dieser Therapiephase können die spontan auftauchenden Ressourcen mit entsprechenden EMDR-Modifikationen organisiert, integriert und damit gestärkt werden. Dies kann mit monopolarer Positiv-EMDR erfolgen, mit bipolarem EMDR können präsente Ressourcen in Kontakt mit Belastungsknoten von geeigneter Stärke gebracht werden, um einen Absorptionsprozess zu induzieren.

Von einer **Expositionsphase** sprechen wir dann, wenn nicht nur die traumatischen Auswirkungen der Essstörung selbst, sondern Aspekte der ursprünglichen traumatischen Situation fokussiert und transformiert werden. Weil nur solches Traumamaterial ausgewählt werden darf, welches die Patientin schon prozessieren kann, ohne in eine Blockade zu

geraten, ist die richtige Auswahl von entscheidender Bedeutung. Dies gilt allerdings für jede Traumatherapie, nicht nur für die Arbeit mit EMDR.

Methodisch kann in der Expositionsphase mit dem Standardprotokoll oder mit modifizierter Technik gearbeitet werden, insbesondere mit der bipolaren Technik.

Für die Arbeit in der **Neuorientierungsphase** können je nach therapeutischem Ziel alle erwähnten EMDR-Techniken zum Prozessieren von antizipiertem Belastungsmaterial oder zum Organisieren von Ressourcen eingesetzt werden.

2. Die EMDR-Modifikationen

2.1 Kurz-EMDR

Das Kurz-EMDR besteht aus einem Set von einer bis drei sehr langsamen Augenbewegungen. Die tatsächliche Geschwindigkeit der Augenbewegungen wird durch den Patienten mitbestimmt: Wichtig ist die Geschwindigkeit des Fingers an die Geschwindigkeit der Augen des Patienten anzupassen. Die Augenbewegung ist immer im deutlich verlangsamten Bereich. Der Patient folgt dabei dem Finger des Behandlers von rechts nach links und wieder zurück oder umgekehrt oder von oben nach unten und wieder zurück. Wird dieses Verfahren z. B. bei Kriseninterventionen eingesetzt, so können die Patienten die Augenbewegung auch mit der eigenen Hand führen. Man sieht dann zunächst emotionale Beruhigung, dann häufig Auftreten von Gefühlen von Wut und Trauer und dann gegenwartsbezogenen Humor und Freude und positive in die Zukunft gerichtete Gedanken. Es kommt also zum Wechsel aus dem emotional negativen in den positiven Pol. Mit diesem Verfahren ist es möglich, innerhalb kurzer Zeit eine emotionale Übererregung zu normalisieren. Durch die kurzen und langsamen Augenbewegungen tritt eine Veränderung des Patienten zum emotional Positiven ein, die Übererregung nimmt ab.

Die Patienten können das Kurz-EMDR auch selbst durchführen, indem sie ihren eigenen Fingern folgen, nachdem zuverlässig sicher gestellt ist, dass die Augenbewegung langsam und nur 1 bis 3 Mal geführt werden, damit kein verstärkter Kontakt zum Belastungsmaterial entsteht.

2.2 Positiv – EMDR

In der Ressourcenverankerungsarbeit, die bereits während der Stabilisierungsphase beginnt, kann mit Standardressourcen wie z. B. Sicherem Ort, Inneren Helfern, Heilungsfarbe oder auch spontan auftauchenden Ressourcen gearbeitet werden. Positiv-EMDR fokussiert nicht auf die Bekämpfung von Pathologie, sondern auf die nach Selbstentwicklung drängenden Kräfte. Es ist im Vergleich zur Traumatherapie geradezu erholsam. Die Patientinnen lieben diese Übungen, sie gestalten sie mit großer Sorgfalt aus. Die Inneren Helfer sind Symbole für sichere Bindung, die Patientinnen holen sie sich jederzeit herbei, wenn sie Unterstützung brauchen.

Wichtig ist frühzeitige Klarstellung, dass das Belastungsmaterial zwar identifiziert, klarifiziert und vermessen wird, dass jedoch nicht direkt daran gearbeitet wird, also zunächst keine Exposition stattfindet. Dies hat sehr entlastende Wirkung auf die Patienten, da sie sich mit gutem Grund vor der Exposition fürchten. Zugleich entsteht aber ein gemeinsames Wissen über das traumatische Material. Die Patienten können sich mitteilen und gewiss sein, dass dieses Material nicht ignoriert und zugedeckt werden soll.

Die 15jährige Violetta kam schwer magersüchtig mit 41,4 kg, entsprechend einem BMI von 14,5. Sie kämpfte sich entschlossen durch die anfängliche Magersuchtstabilisierungsphase und wog nunmehr 50,1 kg, entsprechend einem BMI von 17,2. Sie blieb dabei aber immer unglücklich, chronisch traurig, sie vermied Kontakt zu ihren Mitpatienten und bemerkte immer deutlicher einen tiefen, sehnsüchtigen Hunger in sich, den sie nicht verstand, unter dem sie litt und dem sie keinen Raum in sich geben mochte.

Bei der Fokussierung der Belastungslandkarte legte sie sich darauf fest, das Schlimmste sei ihre Verlogenheit, ihre Falschheit. Von ihren Freundinnen eingeladen abends auszugehen, z. B. in die Disco, spiele sie nur interessiert, eigentlich sei ihr das alles zuwider. Sie wolle gar nicht groß werden, sie wolle Kind bleiben, alles solle so sein wie früher, als der Vater die Familie noch nicht verlassen hatte. Sie weinte hier bitter, erstmals seit langem. Ihre negative Kognition war: Ich hasse mich. Der SUD lag bei 8.

Das Positiv-EMDR lässt diese Belastungsknoten ruhen und nimmt Kontakt mit den Inneren Helfern auf.

Wir bevorzugen folgenden Ablauf: Die Patienten wählen sich Innere Helfer, die mit Sicherheit, Schutz, Stärke, Trost verbunden sind. Gut geeignet sind z. B. die gute Phantasiegestalt, die hilfreiche Realgestalt, das gute Tier, die Farbe, das positive Körpergefühl, der gute Satz und das weise innere Wesen. Alle diese Inneren Helfer werden in die gute Lebenssituation, die aus der Erinnerung oder aus der Phantasie stammen kann, integriert. Alle diese Inneren Helfer sind Repräsentanten von sicherer Bindung.

Nachdem die inneren Helfer gefunden sind, geht die Patientin in die gute Situation und sammelt nach und nach alle Helfer. Wir unterstützen den Vorgang mit kontinuierlichen sehr langsamen Augenbewegungen oder Pads. Eine Fraktionierung in einzelne Sets, wie beim Standardprotokoll, ist nicht erforderlich, es kann natürlich jederzeit eine Pause gemacht werden. Nach Abschluss und Beendigung der Inneren Helfer-Übung wird der VoC der positiven Kognition, also des guten Satzes oder des intensivsten Ressourcenkontaktes bestimmt, auf der Skala von 1 bis 7. Die Patienten fühlen sich in der Regel subjektiv deutlich besser.

Violetta liebt Tiere. Sie nahm sich ihren Lieblingshund, einen Vogel, ihre beste Freundin und im Hintergrund weitere Freundinnen, als Symbol die Sonne. Sie fühle die Wärme. Ihr weises inneres Wesen, ein Löwe, war neben ihr. Sie fühlte sich nach der Übung entspannt und sicher.

Der VoC ihres Satzes: „Ich bin mit mir zufrieden.“ lag bei 3, also noch deutlich steigerungsfähig.

Eine weitere Variante des Positiv-EMDR ist die Arbeit mit der Zukunftsvision.

Zu Beginn versammeln die Patientinnen, unterstützt durch sehr langsame Augenbewegungen oder Pads ihre Inneren Helfer, wie geschildert. Dies ist meist eine Sache von wenigen Minuten. Mit ihnen zusammen entwickeln sie dann ihre **Zukunftsvision**. Die Helfer schicken hierfür geeignete Repräsentanzen, gut geeignet sind die Zukunftsfarbe, das Körpergefühl, ein Bild, der gute Satz. An dieser Stelle treten manchmal leichtere Heilungswiderstände auf. Die Patienten haben sich in Jahren der magersüchtigen oder bulimischen Lebensform völlig daran gewöhnt, Leben als Stillstand oder Rückwärtsbewe-

gung zu definieren. Sie sind manchmal erschüttert von der Intensität der Begegnung mit ihrer Zukunftsvision, sie fürchten die Begegnung mit ihrem wahren Selbst.

Violetta erzählt: „Meine Zukunftsfarbe ist ein Goldgelb, die Farbe der Sonne. Ich kann die Wärme auf der Haut spüren. Ich bin auf einem Bauernhof mit Tieren, wie meine Tante. Ich bin 27 Jahre alt, da ist ein Mann, ein Kinderwagen. Ich weiß, dass ich genauso leben möchte. Mein Satz? Ich bin stolz auf mich und mein Leben.“

Mit dieser Patientin haben Belastungslandkarte, Innere Helfer und Zukunftsvision in einer 90minütigen Sitzung stattgefunden. Sie hat sich immer wieder dafür entschieden, in der gleichen Sitzung noch den nächsten Schritt zu tun. Nach Ende der Sitzung konstatierte sie, es gehe ihr gut und sie ging gelöst, nicht merklich angestrengt hinaus. Die Leistungsfähigkeit dieser jungen Persönlichkeiten ist immer wieder erstaunlich.

Die Zukunftsvision kann ergänzt werden durch die Konsultation des weisen inneren Wesens, welches gebeten wird Wissen zu schicken, über den richtigen ersten Schritt zur Zukunftsvision. Diese Übung wird wiederum unterstützt durch sehr langsame Augenbewegungen oder Pads.

Violetta bat ihr weises inneres Wesen, einen Löwen, um Beratung über ihren ersten Schritt in die Zukunft. Es folgte ein klarer Gedanke im Bewusstsein: Vertraue dir selbst. Sie war sehr berührt und fühlte sofort ihre Widerstände: sie müsse sich ändern, ihre Gefühle von Schmerz, Trauer, Einsamkeit seien nicht o. k., sie müsse endlich erwachsen werden. Aber dann nachdenklich: es stimmt schon: vertraue dir selbst!

Die Arbeit mit der Zukunftsvision kann sehr erschüttern. Dass Zukunft auch Veränderung, Bewegung bedeutet, wird fühlbar. Die Patientinnen spüren, was Leben ist. Auch dieser Prozess wird unterstützt von langsamen Augenbewegungen oder Pads. Eine Unterbrechung, z. B. aus Zeitgründen ist jederzeit möglich.

Die imaginativen Elemente des Positiv-EMDR-Protokolls sind sehr deutlich, der Grundcharakter des EMDR-Prozesses bleibt davon unberührt. Im Mittelpunkt steht der Affekt, im Gegensatz zum Trauma-EMDR nicht der negative sondern die lebendige Entwicklungsenergie der Kernpersönlichkeit.

2.3 Bipolares EMDR

Während der Stabilisierungsphase tauchen in vielfältiger Weise emotionale Belastungen auf, teilweise nicht traumatische Alltagsbelastungen, beispielsweise in der Essenssituation, im Mitpatientenkontakt oder im Familienkontakt. Es kann aber auch emotionales Belastungsmaterial von traumatischer Stärke auftauchen, beispielsweise reaktivierte sexuelle Übergriffserlebnisse. Wir brauchen deshalb schon in der Stabilisierungsphase die Möglichkeit, den Patientinnen zu zeigen, wie emotionale Belastung entweder reguliert und durch Regulierung stabilisiert wird oder auch reprozessiert und aufgelöst werden kann.

Wir haben deshalb aus dem EMDR-Standard-Protokoll (Shapiro 1998) das sogenannte bipolare EMDR (Plassmann 2003) entwickelt, mit welchem das jeweilige Optimum zwischen Stabilisierung und Exposition gut gesteuert werden kann.

Das bipolare EMDR erlaubt dies durch eine oszillierende Arbeitsweise zwischen Traumamaterial und Ressourcen. Im Ressourcenbereich finden wir die emotional positiven Elemente des psychischen Selbstheilungssystems, z. B. diejenigen, die auch im Positiv-EMDR verwendet werden oder alle Spontanressourcen, was ich persönlich bevorzuge.

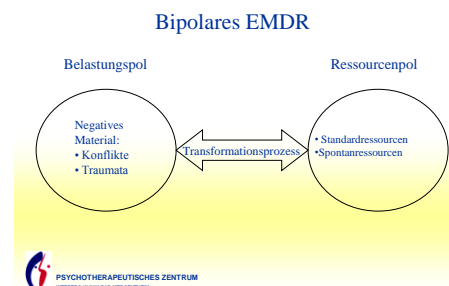


Abb. 2: **Bipolares EMDR**

In jedem Prozess der Ressourcenorganisation, auch im bipolaren EMDR, müssen wir uns zunächst von der Vorstellung verabschieden, wir selbst seien die Ressource, wir seien das heilsame Prinzip. Wir sind es nicht. Wir stellen aber günstige Bedingungen her für das Wirksam-Werden der vorhandenen Ressourcen. Hierzu ist in der klinischen Psychotherapie zunächst ein großes Repertoire von Standard-Ressourcen entstanden. Bewährt sind imaginative Verfahren wie z. B. die Arbeit mit dem **sicheren Ort, den inneren Helfern**,

die Arbeit mit den bekannten Distanzierungsmethoden **wie Bildschirmtechnik** und Ähnliches. Shapiro hat die Lichtstromtechnik beschrieben.

In der Arbeit mit **Standard-Ressourcen** werden die Patienten, die Therapeuten ebenso, zunehmend kreativer, die Ressourcen werden individueller, problemspezifischer und dabei erheblich wirksamer. Dies ist methodisch der Übergang von den universellen zu den **Spontanressourcen**.

Arbeit mit Spontanressourcen bedeutet, jene Kraftquellen aufzugreifen und zu unterstützen, die spontan im Transformationsprozess entstehen. Man kann dies bei der Arbeit mit bipolarem EMDR sehr gut beobachten und nutzen, aber auch in jeder anderen Therapieform, da es sich um natürliche Phänomene handelt. Die „positive Kognition“ im EMDR-Standardprotokoll ist ebenfalls eine spontane Ressource (Shapiro 1998).

Die mittlerweile in die EMDR-Ausbildung integrierte sogenannte **Absorptionstechnik** (Hofmann, 2005) ist eine sehr praktikable Nutzung der Spontanressourcen.

Bei der Arbeit mit all diesen Übungen könnte es geschehen, dass Patienten das Prinzip der aktiven Selbstregulierung verlassen wollen, indem sie die Verantwortung an die Übung oder an den Therapeuten abgeben. Die EMDR soll dann den Charakter einer Art Beruhigungstablette bekommen, wie etwas von außen Zugeführtes. Dies bliebe aber wirkungslos, weil das wichtigste fehlt: Der Kontakt zu den eigenen Ressourcen.

Bei der Arbeit mit Stabilisierungsübungen wie dem sicheren Ort oder der Tresorübung wirken nicht die jeweils vorgestellten visuellen Elemente dieser Ressourcenübungen, sondern die dabei aktivierten **eigenen** positiven emotionalen Muster. In der Sicherer-Ort-Übung ist es also das im Moment der Übung gespürte Sicherheits**gefühl**. Gerade der Verweis auf dieses Wirkprinzip der Kontaktaufnahme mit eigenem positivem emotionalem Material verdeutlicht den Patientinnen auch das Prinzip der Selbstregulation. Es sind die Elemente der *eigenen* inneren Gesundheit, mit denen Kontakt aufgenommen wird, nichts Äußeres.

Auch die Therapeutin muss sich immer wieder von der Hybris verabschieden, sie (oder er) sei es, die heilt. Manchen Therapeuten fällt dieser Schritt, Vertrauen in die Selbstregulation der Patienten aufzubauen, sehr schwer.

Gerade die Erfahrung des EMDR-Prozesses macht dem Therapeuten wahrnehmbar, wie ein selbstorganisatorischer Prozess abläuft. Wahrscheinlich sind auch deshalb gerade solche Therapeuten besonders erfolgreich, die ihre bevorzugte Behandlungsmethode regelmäßig auch für die Lösung eigener emotionaler Belastungen einsetzen.

Beide Grundformen der Ressourcenorganisation (Standardressourcen und Spontanressourcen) können im bipolaren EMDR verwendet werden, ich persönlich arbeite fast nur noch mit spontanen Ressourcen, weil ich mittlerweile völlig auf sie zu vertrauen gelernt habe.

Die folgenden 6 Schritte zeigen ein typisches Therapieprotokoll mit der bipolaren Technik. Der Ablauf ist darauf ausgerichtet, das Absorptionsphänomen optimal zu nutzen.

Bipolare EMDR-Technik
1. Schritt: bipolare Technik erklären
2. Schritt: Aufbau des therapeutischen Bipols und Auswahl des Materials
3. Schritt: Optimale Fokussierung
4. Schritt: Ressourcen fokussieren
5. Schritt: Ressourcen prozessieren („Positiv-EMDR“)
6. Schritt: Auswertung



Bipolare EMDR-Technik

1. Schritt: bipolare Technik erklären
2. Schritt: Auswahl des Belastungsmaterials
3. Schritt: Optimale Fokussierung des Belastungsmaterials
4. Schritt: Ressourcen fokussieren
5. Schritt: Ressourcen prozessieren („Positiv-EMDR“)
6. Schritt: Auswertung

Abb. 3: Schritte des bipolaren EMDR

Der erste Schritt des Standardprotokolls (Anamneseerhebung) wird vorausgesetzt und ist deshalb hier nicht aufgeführt.

1. Schritt:

Den Prozess erklären

„Nach meiner Erfahrung vollziehen sich seelische Heilungsvorgänge als eine Art Schwingung zwischen dem negativen und dem positiven Material. Damit diese Schwingung in Gang kommt, ist wichtig, dass der positive Bereich, also alles, was Sie stärker macht, in der Therapie mindestens genauso viel Berücksichtigung findet, wie der Belastungsbereich. Die Kraftquellen müssen den Problemen gewachsen sein. Für die Beschäftigung mit dem Belastungsmaterial gilt deshalb der Grundsatz: Der seelische Heilungsprozess braucht das Gleichgewicht zwischen Positivem und Negativem.“



1. Schritt:

Den Prozess erklären

„Nach meiner Erfahrung vollziehen sich seelische Heilungsvorgänge als eine Art Schwingung zwischen dem negativen und dem positiven Material. Damit diese Schwingung in Gang kommt, ist wichtig, dass der positive Bereich, also alles, was Sie stärker macht, in der Therapie mindestens genauso viel Berücksichtigung findet, wie der Belastungsbereich. Die Kraftquellen müssen den Problemen gewachsen sein. Für die Beschäftigung mit dem Belastungsmaterial gilt deshalb der Grundsatz: Der seelische Heilungsprozess braucht das Gleichgewicht zwischen Positivem und Negativem.“

Abb. 4: 1. Schritt

2. Schritt Auswahl des Belastungsmaterials

„Welches Belastungsmaterial und welche positiven Dinge sind heute präsent?
Welches Belastungsmaterial ist für die Arbeit heute geeignet?“



Der zweite Schritt dient der Auswahl des Belastungsmaterials.

2. Schritt

Auswahl des Belastungsmaterials

„Welches Belastungsmaterial und welche positiven Dinge sind heute präsent?
Welches Belastungsmaterial ist für die Arbeit heute geeignet?“

Abb. 5: 2. Schritt

Es kann sich um Material aus der Vergangenheit, also bereits Geschehenes, aus der Gegenwart und aus der Zukunft handeln, also Ereignisse, deren *Erwartung* eine deutliche Belastung auslöst. Auch intratherapeutisches Material kann ausgewählt werden, also Belastungen, die durch die Therapie selbst ausgelöst worden sind, z. B. Übertragungsmaterial oder Triggerungen durch den Therapeuten.

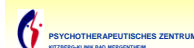
Bei der Auswahl des Fokus gilt das Prinzip der **emotionalen Präsenz**. Wir erleben es sehr häufig, dass Patientinnen glauben, sie müssten mit ganz bestimmtem Traumamaterial arbeiten, weil sie es selbst für das Krankmachende halten oder weil es ihnen als das Wichtigste erklärt wurde. Dann erweist sich, dass dieses Traumamaterial in der konkreten Therapiestunde oder im gesamten aktuellen Therapieabschnitt emotional nicht präsent ist. Es handelt sich bei diesem Material deshalb um einen **Pseudofokus**. Bei der Fokussierungsarbeit ist ausschließlich die **aktuelle emotionale Präsenz** maßgeblich, nicht die Vorannahmen von Patientin oder Therapeutin.

Nach der Auswahl des Belastungsmaterials folgt als nächster Schritt die optimale Fokussierung.

3.Schritt

Optimale Fokussierung des Belastungsmaterials:

- emotional präsente belastende Situation
- Schlimmster Moment
- Körpergefühl
- Negative Kognition
- SUD bestimmen
- Ziel: Belastung im mittleren Bereich halten



3.Schritt

Optimale Fokussierung des Belastungsmaterials:

- emotional präsente belastende Situation
- Schlimmster Moment
- Körpergefühl
- Negative Kognition
- SUD bestimmen
- Ziel: Belastung im mittleren Bereich halten

• **Abb. 6:** 3. Schritt

Die Vorgehensweise bei der Fokussierung entspricht der Technik des Standardprotokolls, allerdings nach dem Prinzip der **optimalen Fokussierung**, d. h. die subjektiv gefühlte emotionale Belastung bleibt in jenem Intensitätsbereich, der den aktuell zur Verfügung stehenden Verarbeitungsressourcen angemessen ist. Anderenfalls würde eine Retraumatisierung durch unverarbeitbar starkes Belastungsmaterial entstehen. Der Fokussierungsprozess kann deshalb jederzeit angehalten werden, wenn die subjektiv wahrgenommene Belastung zu hoch wird. Zu niedrige SUD-Werte regen den Verarbeitungsprozess nicht an, zu hohe SUD-Werte blockieren ihn.

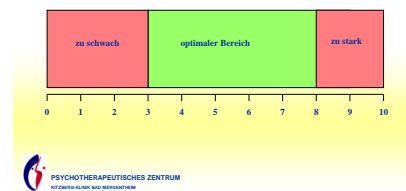
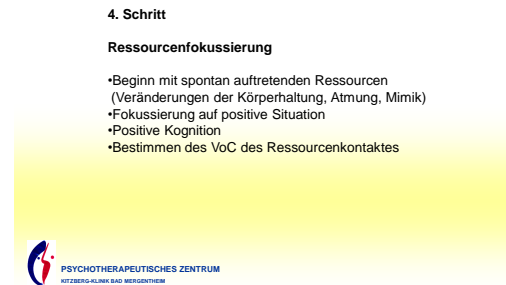


Abb. 7: Optimale Fokussierung im Toleranzfenster

Das Überschreiten der persönlichen Toleranzschwelle für diese emotionalen Belastungen hat ausschließlich negative Folgen. Die Patientin erfährt erneut ihre Hilflosigkeit diesem Material gegenüber, sie aktiviert Bedürfnisse nach dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, wie Essstörung, selbstverletzendes Verhalten, Dissoziation. Notwendig ist, hier das Prinzip des **Window of Tolerance** zu beachten, wie dies beispielsweise von Ogden u. Minton (2000) beschrieben wird. Zur Ressourcenaktivierung und zur mentalen Reorganisation kommt es innerhalb eines bestimmten Bereiches, in dem die gefühlte emotionale Belastung weder zu schwach noch zu stark ist. Anders ausgedrückt: jenen Belastungsbereich, indem es zur Transformation kommt, nennen wir **Toleranzfenster**. Auf der oben abgebildeten Grafik ist dies unter Zuhilfenahme der SUD-Skala (subjective units of disturbance) dargestellt.

Ein SUD von 3 entspricht etwa einem deutlich fühlbaren Unbehagen, mit beginnenden vegetativen Reaktionen (z. B. Herzklopfen). Ein SUD von 8 heißt stark fühlbare Belastung, starke vegetative Reaktionen (Schwitzen, Brustdruck, Zittern) starke negative Emotionen (Angst, Haß, Ekel etc.), kognitive Einengung auf negative Kognitionen. Spätestens jetzt ist Gegenregulation notwendig.

In der Entwicklungsphase der bipolaren Technik zeigte sich nun, dass die optimale Fokussierung auf Belastungsmaterial offenbar spontan spezifische Ressourcen aktiviert. Es scheint sich hier um einen selbstorganisatorischen Prozess zu handeln, einen natürlichen Heilungsprozess. Mit diesen spontanen Ressourcen wird im nächsten Schritt gearbeitet.



4. Schritt
Ressourcenfokussierung

- Beginn mit spontan auftretenden Ressourcen
(Veränderungen der Körperhaltung, Atmung, Mimik)
- Fokussierung auf positive Situation
- Positive Kognition
- Bestimmen des VoC des Ressourcenkontaktes

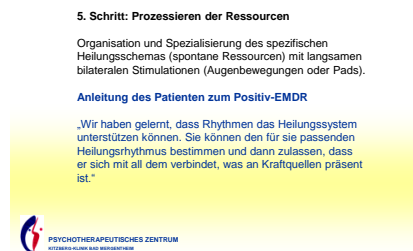
•Abb. 8: 4. Schritt

Wir können annehmen, dass dem Traumaschema ein spezifisches Heilungsschema gegenüber steht, welches aber noch desorganisiert ist. Dieses Heilungsschema zeigt sich ganz regelmäßig zuerst in subtilen Körperrepräsentanzen, wie Körperhaltung, Atmung, Mimik, dann in zugehörigen kohärenten Emotionen. Zu diesen Spontanressourcen wird die zugehörige positive Situation und die positive Kognition gesucht. Weitere Elemente des Heilungsschemas können in allen Wahrnehmungssystemen auftauchen: Heilungsfarbe, Töne, Rhythmus, symbolische Gestalten.

Interessanterweise beginnt der Wechsel vom Belastungspol zum positiven Pol stets in der Therapeutin, im Therapeuten. Wenn der Therapeut spürt, dass der Kontakt zum emotionalen Belastungsmaterial in der Stunde grenzwertig hoch ist, dann setzt im Therapeuten spontan das Bedürfnis nach Wechsel zum positiven Pol, also zum Ressourcenkontakt ein.

Alleine dadurch, dass der Therapeut in diesem Moment der Stunde anfängt darüber nachzudenken, welche positiven Elemente ein Gegengewicht zum kritisch starken Belastungsmaterial bilden könnten, hat der Therapeut sich bereits innerlich umgefokussiert auf den Ressourcenbereich. Die Patienten nehmen das offenbar intuitiv wahr, wahrscheinlich an subtilen körpersprachlichen Zeichen, die vom Therapeuten ausgehen: Eine Verlangsamung in der Stimme, Veränderungen im Gesichtsausdruck, in der Körperhaltung, in der Atmung. Diese kleinen Veränderungen zeigen einen Suchprozess nach spontanen Ressourcen an, der im Therapeuten begonnen hat, es braucht dann meistens nur noch die Frage des Therapeuten an den Patienten: Ist das genug an Kontakt mit dem Belastungsmaterial? Fällt Ihnen irgendetwas aus dem positiven Bereich ein, was innerlich das Gegengewicht bildet?

Auch hier gilt das **Prinzip der emotionalen Präsenz**. Es ist nur das wirksam, was **jetzt** gefühlt wird.



Im 5. Schritt wird das Heilungsschema prozessiert:

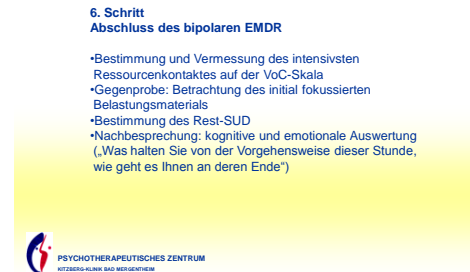
5. Schritt: Prozessieren der Ressourcen

Organisation und Spezialisierung des spezifischen Heilungsschemas (spontane Ressourcen) mit langsamen bilateralen Stimulationen (Augenbewegungen oder Pads).

Abb. 9: 5. Schritt

Es bewährt sich, die Patientinnen ihren eigenen, als passend empfundenen Rhythmus finden zu lassen, der häufig auch während des Prozessierens noch nachkorrigiert wird. Dasselbe gilt für die Aufteilung in einzelne Sets. Einige Patientinnen lernen nach wenigen Sitzungen, den richtigen Zeitpunkt für Unterbrechungen selbst zu bestimmen. Andere bevorzugen eine durch den Therapeuten vorgegebene Unterteilung in einzelne Sets. Wenn

keine weitere Veränderung in der Reorganisation des Heilungsschemas eintritt, kann der Prozess beendet werden.



Es folgt der 6. Schritt:

6. Schritt
Abschluss des bipolaren EMDR

- Bestimmung und Vermessung des intensivsten Ressourcenkontaktes auf der VoC-Skala
- Gegenprobe: Betrachtung des initial fokussierten Belastungsmaterials
- Bestimmung des Rest-SUD
- Nachbesprechung: kognitive und emotionale Auswertung („Was halten Sie von der Vorgehensweise dieser Stunde, wie geht es Ihnen an deren Ende“)

•**Abb. 10:** 6. Schritt

Die Nachbesprechung dient vor allem der inneren Distanzierung von dem intensiven Geschehen der Therapiestunde, aber auch der Information des Therapeuten.

In der Entwicklungsphase des bipolaren EMDR hatten wir angenommen, das Prozessieren des dynamischen Heilungsschemas sei die Vorbereitung auf später folgende Exposition mit dem Standardprotokoll. Zu unserer Überraschung beobachten wir jedoch erstaunlich intensive **Absorptionsphänomene**. Die Überprüfung des Belastungsmaterials in der Neubewertung zu Beginn der folgenden Stunde ergab regelmäßig so stark abgesunkene SUD-Werte, dass eine weitere Arbeit daran, sei es bipolar oder mit dem Standardprotokoll nicht mehr erforderlich war, auch nach Einschätzung der Patientinnen, die unter diesem Material nicht mehr litten.

2.4 Bipolares EMDR in der Gruppe

Die bipolare Technik des EMDR kann auch in der Gruppe als Einzeltherapie vor der Gruppe praktiziert werden. Die Gruppensitzung beginnt mit der Rückschau auf die letzte Gruppensitzung. Pro Gruppensitzung von 100 min Dauer können ca. zwei bis drei Patientinnen mit bipolarem EMDR arbeiten. Während der kontrollierten Fokussierung auf das emotionale Belastungsmaterial erleben die übrigen Teilnehmerinnen der Gruppe durch die Präsenz der Emotionen und der Themen eine gewisse Aktivierung ihrer eigenen Traumaschemata. Die Teilnehmerinnen reflektieren ihre eigene emotionale Belastung und können die weitere Fokussierungsarbeit stoppen, wenn eine übermäßige eigene Triggerung geschieht.

Es folgt die dynamische Ressourcenorganisation mit der Protagonistin. Auch hieran nimmt die Gesamtgruppe beobachtend teil, es kommt dabei zur **Ressourcentriggerung**. Die aufgetauchten dynamischen Ressourcen (visuelle Vorstellung, Körperrepräsentanz, positive Kognition, Zukunftsvision und anderes) werden gemeinsam besprochen.

Die Gruppe wird abgeschlossen mit einer gemeinschaftlich durchgeführten Stabilisierungsübung. Alle Teilnehmerinnen fokussieren auf die von ihnen selbst am stärksten wahrgenommene Ressource, die jede Teilnehmerin mit taktilen bilateralen Stimulationen unterstützt (Butterfly-Technik oder Klopfen der Knie). Abgeschlossen wird die Gruppensitzung mit einer gemeinsamen Reflexion des bipolaren Verarbeitungsprozesses.

2.5 Die Mini-PTSD-Technik

Im gegenwärtigen therapeutischen Alltag begegnen unsere Patienten unausweichlich einigen emotionalen Belastungssituationen. Beispielsweise fühlt die Bulimiepatientin ein schwer erträgliches Leeregefühl, wenn sie alleine ist, ein Anorexie-Patient schaut sich gleichsam selbst beim Essen zu und fühlt eine intensive Scham über das Primitive, Unsaubere, Triebhafte. Die Patienten leiden unter diesen Zuständen, und dieses Leiden bildet den klinischen Alltag ihres Elends. Die emotionale Belastungsstärke solcher Situationen ist mittelgroß, nicht im traumatischen Bereich.

Wichtigstes Grundprinzip bei der Arbeit mit diesem Material ist die strikte Fokussierung auf **eine nach Ort und Zeit genau bestimmbare Situation**, die zur Reorganisation ansteht. Jedes Ausweichen auf anderes, irgendwie damit verwandtes Material stört und verhindert das vollständige Reprozessieren (Pesso 2006).

Da wir uns im Bereich *nicht-traumatischen Materials* bewegen, ist die Fähigkeit zur **kontrollierten Fokussierung** bei den Patientinnen vorhanden. Es genügt also, wenn die Therapeutin die Notwendigkeit erklärt, ausschließlich beim ausgewählten Material zu bleiben und wenn die Therapeutin sich natürlich auch selbst daran hält.

EMDR-Protokoll

1. Einführung

a. Erklärung der EMDR-Methode und der Durchführung

b. Imagination des Prozessverlaufes

2. Belastungsmaterial auswählen

3. Negative Kognition (NK)

4. a. Positive Kognition (PK)

b. „Gefühlte“ Stimmigkeit der positiven Kognition (VoC 1-7)

Wenn Sie an das Bild (oder das Ereignis) denken, wie zutreffend **fühlt** sich diese positive Selbsteinschätzung ... (positive Kognition wiederholen)... **jetzt** auf einer Skala von 1 bis 7 an, wenn 1 völlig falsch und 7 völlig richtig oder stimmig ist?

5. a. Belastende Emotionen

Wenn Sie sich das Bild (oder Ereignis) zusammen mit der negativen Kognition vorstellen, welche Gefühle kommen dann **jetzt** in Ihnen auf?

b. Grad der Belastung (SUD 0 -10)

Auf einer Skala von 0 bis 10, wo 0 keine Belastung oder neutral und 10 die für Sie maximal vorstellbare Belastung darstellt, wie belastend fühlt es sich **jetzt** an?

c. Körperempfindungen – Lokalisierung

Wo spüren Sie das in Ihrem Körper?

6. a. Reprozessieren mit mehreren Sets von Augenbewegungen

b. Erneut an das Belastungsmaterial denken

7. Verankern der positiven Kognition

a. Neue positive Kognition?

b. Test VoC (mit PK und Bild)

c. Neue Augenbewegungs - Sets

8. Körpertest

9. Abschluss und Nachbesprechung

Die weiteren Schritte folgen dem EMDR-Standard-Protokoll (Abb. 11). Ziel ist die **vollständige Transformation des Materials**, erkennbar an einem SUD von 0 und an einem VoC von 7. Da es sich hier um nicht-traumatisches Material handelt, ist dieses Ziel in einer Therapiestunde von normaler Länge meist zu erreichen. Die einzelnen „Kanäle“ sind eher kurz, d.h. es genügen oft wenige Sets von Augenbewegungen oder taktilen bilateralen Stimulationen und die Anzahl der Kanäle ist eher klein. Häufig ist die Reorganisation des Materials nach 3-4 eher kurzen Kanälen vollständig abgeschlossen. Das komplette EMDR-Standard-Protokoll an einer Mini-PTBS wird dann vielleicht 30-50 Minuten gedauert haben.

Die Mini-PTSD-Technik ist eine Methode der **emotionalen Alltagssanierung**. Sie kann auf all das angewandt werden, was sich in der Gegenwart an emotionalen Belastungsknoten aufbaut, durch die Essstörung selbst, im Zusammenhang mit problematischen Familieninteraktionen, als Reaktion auf antizipierte zukünftige Problemsituationen.

Das Reprozessieren dieses kleinen oder mittelgroßen Belastungsmaterials generalisiert erfahrungsgemäß erheblich, d. h. auch anderes, gar nicht direkt durchgearbeitetes Material wird von einem spontanen Auflösungsprozess erfasst und absorbiert (Hofmann 2005). Dadurch wird dann die Arbeit an Makrotraumen, sofern sie existieren und bekannt sind, erheblich erleichtert und manchmal überflüssig.

3. Schluss

Die Wirksamkeit der dargestellten Behandlungsstrategie beruht darauf, dass ein traumatherapeutischer Behandlungsrahmen verwendet wird, der EMDR integriert. Das EMDR wird nicht als Einzelmethode isoliert eingesetzt, vielmehr ist der Behandlungsrahmen daraufhin konzipiert, die gleichen Prozesse zu induzieren wie das EMDR selbst. Also:

- Anfängliche Fokussierung auf die Essstörung als traumatisierendes dysfunktionales Muster

- Sorgfältige Balance zwischen negativem Material und positivem emotionalem Material gemäß dem bipolarem Prinzip

- Transformationsprozesse selbstorganisatorisch ablaufen lassen.



- **Anfängliche Fokussierung auf die Essstörung als traumatisierendes dysfunktionales Muster**
- **Sorgfältige Balance zwischen negativem Material und positivem emotionalem Material gemäß dem bipolarem Prinzip**
- **Transformationsprozesse sorgfältig erzeugen und selbstorganisatorisch ablaufen lassen.**

Abb 12: Zusammenfassung

Die entwickelten EMDR Modifikationen haben sich als sehr nützlich erwiesen und werden mittlerweile auch in die Behandlungsstrategien zahlreicher weiterer Krankheitsbilder integriert (Plassmann 2009). Ausgangspunkt war aber die Arbeit mit den essgestörten Patientinnen, denen ich an dieser Stelle dafür danke, dass sie uns Therapeuten lehren, Fortschritte zu machen.

Literatur:

Hofmann, A. (2005): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 3. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Ogden, P., Minton, K. (2000): Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, VI (3), article 3

Pesso, A. (2006): The Roots of Justice are in the Body. Vortrag und Struktur-Demonstration an der Universität Osnabrück am 06.11.2006.

Plassmann, R.; Seidel, M. (2003): EMDR as grouptherapie with eating disorders:the resource-activating-protocol. *Vortrag auf der EMDRIA-Tagung, Rom 17.05.2003*

Plassmann, R. (2009): Im eigenen Rhythmus. *Psychosozial-Verlag*

Shapiro, F. (1998): EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. *Junfermann, Paderborn.*