



Thomas Hensel

Praxishandbuch EMDR mit Kindern und Jugendlichen



 hogrefe

Praxishandbuch EMDR mit Kindern und Jugendlichen

Thomas Hensel

Praxishandbuch EMDR mit Kindern und Jugendlichen

unter Mitarbeit von

Evelyn Achatz, Katrin Boger, Andrea Gallasch, Ralph Kortewille,
Peter Niederhuber und Angelika Reich

Dipl.-Psych. Thomas Hensel, geb. 1954. 1976–1982 Studium der Psychologie in Freiburg im Breisgau. 1986–2023 Tätigkeit in eigener Praxis in Offenburg als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. 2006–2023 Leiter des Kinder Trauma Instituts in Offenburg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com/Powerofflowers
Satz: Franziska Stolz, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2025

© 2025 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2715-7; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2715-8)

ISBN 978-3-8017-2715-4

<https://doi.org/10.1026/02715-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Vorwort

Alle Dinge sind vollständig in mir angelegt. Es gibt keine größere Freude, als mich meiner Person zuzuwenden und wahrhaftig zu werden.

Menzius (371–289 v. Chr.; in Jäger, 2010, S. 113)

Das Schwere leicht und das Komplexe einfach machen.

Spangenberg (2016, S. 72)

EMDR steht – wie andere sogenannte traumatherapeutische Ansätze auch – für einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie. Anstelle der an einer kategorialen Denkweise orientierten Frage „Was stimmt mit dir nicht?“ fragt EMDR mitfühlend und parteilich teilnehmend „Was ist dir widerfahren?“ Psychische Fehlentwicklungen entstehen durch eine maladaptive Verarbeitung von Belastungserfahrungen (Felitti et al., 1998; Hensel, 2020). EMDR behandelt also nicht nur Störungen, sondern löst Entwicklungsblockaden auf und fördert dadurch die Autonomie und Persönlichkeitsentwicklung des Klienten. Diese Auflösung führt zu einer spontanen, selbstorganisierten Transformation (Plassmann, 2008, 2016) zuvor bestehender dysfunktionaler Regulationsprozesse im Klienten. In einem humanistischen Menschenbild wurzelnd wird davon ausgegangen, dass nicht nur die notwendigen Ressourcen für diesen Prozess im Klienten schon bereit liegen – und nur aktualisiert werden müssen –, sondern dass es eine *Conditio humana* darstellt, mit einem inhärenten Entwicklungspotenzial und -impuls ausgestattet zu sein, wie ihn EMDR mit dem Modell der *Adaptiven Informationsverarbeitung* (Shapiro, 2018) oder Rogers (1959/2016) als *Aktualisierungstendenz* konzeptualisiert hat.

Mit der Entdeckung des neurobiologischen Selbstheilungsmechanismus der Gedächtnisrekonsolidierung (Nader, Schafe & LeDoux, 2000; Ecker, 2015) hat diese Betrachtungsweise – und damit auch die Wirkfaktorentheorie von Grawe (2004) – eine neurobiologische Fundierung erfahren. Diese Einbettung und die offensichtliche hohe Wirksamkeit von EMDR (Yunitri et al., 2023) und anderen traumaorientierten Ansätzen – gerade auch bei Kindern – lassen die Hoffnung berechtigt

erscheinen, dass sich dieses ätiologisch orientierte Paradigma in der Psychotherapie neben den anderen vier existierenden Ansätzen (Sack, 2019) behaupten und entwickeln wird.

Mit dieser transdiagnostischen Sichtweise erhebt EMDR den Anspruch, zu einem *Verfahren* – nicht nur Methode – zu werden, wie es der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie definiert (WBP, 2019). Es war von Beginn an ein zentrales Anliegen von Francine Shapiro, EMDR in der Regelversorgung zu verankern.

Seit dem Erscheinen des letzten deutschsprachigen Buches zu EMDR mit Kindern und Jugendlichen (Hensel, 2007: *EMDR mit Kindern und Jugendlichen*) hat es eine enorme Entwicklung in der Anwendung von EMDR bei dieser Altersgruppe gegeben. Um diesem Umstand gerecht zu werden, wurde statt einer überarbeiteten Neuauflage von *EMDR mit Kindern und Jugendlichen* das Buch komplett neu konzipiert und liegt nun in der vorliegenden Form und mit dem neuen Titel *Praxishandbuch EMDR mit Kindern und Jugendlichen* vor. Die enorme Entwicklung in diesem Bereich spiegelt sich auch in der deutlich höheren Seitenanzahl der vorliegenden Publikation gegenüber dem Vorläufer von 2007 wider. Einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zur Wirkung von EMDR bei unterschiedlichen Störungsbildern geben Matthijssen et al. (2020).

Dieses Buch verfolgt durchgängig eine dreifache Perspektive. Zum einen wird der handwerkliche Aspekt der EMDR-Therapie, d. h. das sogenannte *Standardprotokoll* (Shapiro, 2022), in aller Ausführlichkeit und aus dem eigenen Selbstverständnis heraus dargestellt. Dies bedarf der Ergänzung durch Einordnung der Methode in einen größeren Kontext psychologischer und psychotherapeutischer Modelle, etwa der Wirkfaktorentheorie von Grawe (1998). Dadurch ergibt sich auch eine zum Teil veränderte Nomenklatur. So werden beispielsweise aktive Interventionen der Therapeutin in der Prozessierungsphase als *kognitives Einweben* (Shapiro, 2022) bezeichnet, während der hier verwendete Begriff der *prozessleitenden Hilfen* (Schmidtchen, 2001) umfassender ist, die Funktion dieser Interventionen benennt und damit ein tieferes Verständnis ermöglicht. Der dritte Aspekt – und eigentlich der wichtigste – besteht darin, die Therapeutinnen darin zu unterstützen, furchtlos und persönlich stimmig ein eigenes Verständnis und einen eigenen Stil in der Anwendung der Methode zu entwickeln. Dies beinhaltet die Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten – die oft auf den Klienten projiziert werden –, das Infragestellen und Überprüfen von alten Dogmen und Vorstellungen an den eigenen Erfahrungen und das Sich-Einlassen auf einen eigenen Weg der persönlichen Entwicklung. Angesichts existenzieller Themen der Klienten (Lebensbedrohung, interpersonelle Gewalterfahrungen, Verluste, narzisstische Kränkungen) reicht eine rein technische Beherrschung der EMDR-Methodik nicht aus.

Dieses Praxishandbuch stellt zudem die Grundlage für die Weiterbildung in EMDR mit Kindern und Jugendlichen nach den Richtlinien von EMDRIA Deutschland am Kinder Trauma Institut dar.

Das Buch ist wie folgt aufgebaut:

Kapitel 1 beschreibt den theoretischen Hintergrund des Verfahrens, Kapitel 2 widmet sich der wissenschaftlichen Evidenz und Kapitel 3 stellt ausführlich die verschiedenen Aspekte eines angemessenen Beziehungsangebotes dar. Das *Altersadaptierte Standardprotokoll* wird Schritt für Schritt im 4. Kapitel entfaltet, während anschließend (Kapitel 5) störungsspezifische Vorgehensweisen bei verschiedenen Störungsbildern vorgestellt werden. In Kapitel 6 werden die sogenannten *adjunktiven EMDR-Verfahren* (Lalotitis et al., 2021; Self Care, Flashtechnik u. a.) aufgeführt, Kapitel 7 stellt Alternativen zum Standardprotokoll dar. Der Ressourcenarbeit ist Kapitel 8 gewidmet. Die Arbeit mit Bezugspersonen wird in Kapitel 9 beschrieben, während sich das 10. Kapitel mit der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen beschäftigt. Die EMDR-Arbeit mit spezifischen Klientengruppen (Kapitel 11), Behandlungsmanualen (Kapitel 12) und in unterschiedlichen Settings (Kapitel 13) schließen sich an. Ein Literaturverzeichnis, ein Sachregister und Arbeitsmaterialien (zum Download) runden dieses Handbuch ab.

Angeichts der Tatsache, dass der überwiegende Teil der Behandlerinnen weiblichen Geschlechts sind, wird durchgehend von *Therapeutin* bzw. *Therapeutinnen* gesprochen, während für Klienten – mit Ausnahme von Fallbeispielen – die männliche Form verwendet wird. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird an anderen Stellen überwiegend das generische Maskulinum verwendet.

Es ist außerdem zu vermerken, dass unterschiedliche Begriffe synonym verwendet werden, etwa Trauma und Stressor oder Klient und Kind bzw. Jugendlicher.

Zum Abschluss ist allen Personen zu danken, die direkt und indirekt zum Erscheinen dieses Buches beigetragen haben. An erster Stelle sind die Kolleginnen und Kollegen genannt, die aktiv durch ihre Beiträge diese Publikation bereichert haben und die auf der Titelseite im Inneren des Buches als „unter Mitarbeit von“ genannt sind. Zudem möchte ich Martin Sack danken, mit dem mich eine jahrelange intensive und fruchtbare konzeptuelle Auseinandersetzung verbindet, die zur Präzisierung des hier Präsentierten beigetragen hat.

Siegfried Joel, der immer wieder mit großer Hingabe Beiträge und Bücher von mir akribisch korrigiert hat und der Meinung ist, dass gute Inhalte auch eine gute Form brauchen, danke ich von Herzen.

Dank gebührt weiterhin Frau Velivassis vom Hogrefe Verlag, deren kompetentes und freundliches Lektorat mir viele Umwege erspart hat, sowie dem Hogrefe Verlag, dass er sich auf das ökonomische Wagnis einer so umfangreichen Publikation eingelassen hat.

Zuletzt seien die Familienmitglieder genannt, die unterstützt und gelitten haben, wenn der Autor seine familiären Pflichten – angesichts dieses Mammutprojektes – vernachlässigen musste.

Hürth, im Frühjahr 2025

Thomas Hensel

Inhaltsverzeichnis

I Theorie

1	Grundlagen und theoretischer Hintergrund	23
1.1	Entstehung der Methode	23
1.2	Belastungserfahrungen – die doppelte Geburt der Psychotraumatologie	25
1.3	Was ist EMDR-Therapie?	31
1.3.1	Innensicht	32
1.3.2	Integrierende Perspektive	35
1.3.2.1	Das humanistische Menschenbild in der EMDR-Therapie	36
1.3.2.2	Störungslehre – das AIP-Modell	38
1.3.2.3	Therapietheorie	38
1.3.2.4	Therapieprinzipien	46
1.3.2.5	Therapiepraxis	49
2	Wissenschaftliche Evidenz	53
2.1	Therapiestudien	54
2.2	Neurobiologische und neurophysiologische Studien	57
2.3	Erklärungsmodelle zur Wirksamkeit von EMDR	58
3	Beziehungsdimensionen	60
3.1	Personale Therapeutinnenqualitäten	60
3.1.1	Präsenz	60
3.1.2	Echtheit, Authentizität	61
3.1.3	Allegianz	61
3.1.4	Tiefe und Unerschrockenheit	62
3.2	Grundhaltungen in der therapeutischen Beziehung	62
3.2.1	Bedingungsfreie positive Wertschätzung und Empathie	62
3.2.2	Beziehungsverständnis nach Grawe	63
3.2.3	Therapeutische Allianz	64
3.3	Spezifische Aspekte der Beziehungsgestaltung	64
3.3.1	Zügig guten Rapport herstellen	64
3.3.2	Die Therapeutin als Coachin und Expertin	66
3.3.3	Parteiliche Anteilnahme	67

3.4	Handlungsdimensionen und -empfehlungen im Beziehungsaufbau in der EMDR-Therapie	68
3.4.1	Sachliche, stichwortartige Informationserhebung	69
3.4.2	Expertinnenrolle einnehmen	69
3.4.3	Für die entwicklungsorientierte Seite der Ambivalenz argumentieren	70
3.4.4	Therapiefokus vordefinieren, Therapieziele vorschlagen	70
3.4.5	Etikettierung: Ja oder Nein?	71

II Praxis

4	Das Altersadaptierte Standardprotokoll (ASP)	75
4.1	Voraussetzungen	76
4.1.1	Prozess vor Protokoll	76
4.1.2	Das Standardprotokoll – wo stehen wir heute?	76
4.1.3	Das Alter berücksichtigen: Was ist bei Kindern anders?	79
4.2	Vorbereitungsphase (Phase EINS und ZWEI)	80
4.2.1	Information: Subjektiv bedeutsame Stressoren ermitteln	81
4.2.1.1	Informationen erheben – das „Was“	81
4.2.1.2	Informationen erheben – das „Wie“	87
4.2.2	Behandlungsplanung: Das Stressor-First-Prinzip	91
4.2.2.1	Funktionale Arbeitshypothese	92
4.2.2.2	Womit beginnen? – Sequenzieren der Themen und Stressoren	95
4.2.2.3	Wenn nicht sofort mit EMDR gearbeitet werden kann	101
4.2.3	Psychoedukation: Ein gemeinsames Verstehensmodell entwickeln	103
4.2.3.1	Wie kann man verstehen, dass es dir so schlecht geht?	104
4.2.3.2	Psychoedukation kann sehr komplex sein	106
4.2.4	Motivation: Entwickeln einer Bereitschaft zur Prozessierung	109
4.2.4.1	Widerstand	109
4.2.4.2	Motivieren muss gelernt sein	110
4.2.4.3	Was genau werden wir tun, damit es dir besser geht?	120
4.2.4.4	Elterliche Befürchtungen	121
4.2.5	Informiertes Einverständnis: Sich entschließen zu arbeiten	123
4.2.6	Vorbereitung auf die Prozessierung	124
4.2.6.1	Voraussetzungen	124
4.2.6.2	Stolpersteine	126
4.2.6.3	Kriterien für den Übergang in die Nachverarbeitungsphase	126
4.2.6.4	Einüben des technischen Vorgehens und Settinggestaltung	128
4.2.6.5	Haltungsdimensionen klären	132
4.3	Aktualisierung (Phase DREI)	133
4.3.1	Voraussetzungen für die Prozessierungssitzung schaffen	134
4.3.2	Aktualisiere schonend, zügig und strukturiert	136
4.3.3	Aktueller subjektiv bedeutsamer Stressor – Wahrnehmung	138
4.3.4	Aktuelle stressorbezogene dysfunktionale Selbstüberzeugung (nK)	141

4.3.4.1	Warum das Denken in der EMDR-Therapie (mit Kindern) überschätzt wird	141
4.3.4.2	Merkmale dysfunktionaler Selbstüberzeugungen	142
4.3.4.3	Arbeit mit Kognitionen bei jüngeren Kindern	145
4.3.5	Aktuelle stressorbezogene positive Kognition (pK)	146
4.3.6	Stimmigkeit der positiven Kognition (VoC)	148
4.3.7	Aktuelle stressorbezogene Gefühle	149
4.3.8	Aktueller stressorbezogener Belastungsgrad (SUD-Wert)	149
4.3.9	Aktuelle stressorbezogene Körperempfindung (Ort und Qualität)	150
4.4	Prozessierungsphase (Phase VIER)	150
4.4.1	Grundlagen der Prozessierungsphase	152
4.4.1.1	Prozess der therapeutischen Rekonsolidierung	152
4.4.1.2	EMDR-spezifisches Prozessverständnis	153
4.4.1.3	Haltung der Therapeutin in der Prozessierungsphase	155
4.4.1.4	Phänomenologie der EMDR-Prozesse	156
4.4.2	Standardvorgehen	159
4.4.2.1	Einstieg in die Prozessierung	160
4.4.2.2	Prozessierung	161
4.4.2.3	Unabgeschlossene Prozesse	166
4.4.3	Aktive Prozessmoderation – prozessleitende Hilfen einbringen	166
4.4.3.1	Anlässe für prozessleitende Hilfen	167
4.4.3.2	Prozessleitende Hilfen einbringen	169
4.4.3.3	Regulieren der dualen Aufmerksamkeit	171
4.4.3.4	Modifizieren des Belastungsmaterials	173
4.4.3.5	Kontakt zu (Diskrepanz-)Ressourcen herstellen – therapeutisches Einweben	177
4.4.3.6	Techniken zur Förderung der Generalisierung	188
4.4.3.7	Kontrolle und Selbstbestimmung fördern	189
4.4.4	Schwierige Situationen meistern	190
4.4.4.1	Abreaktionen meistern	190
4.4.4.2	Reorientierung nach Dissoziation	191
4.4.4.3	Verunsicherndes Verhalten des Kindes	193
4.4.4.4	Irritierende Prozessverläufe	196
4.5	Verankerung (Installation) (Phase FÜNF)	198
4.5.1	Verankerung bei erfolgreicher Prozessierung (SUD = 0)	199
4.5.2	Keine Verankerung bei unvollständiger Prozessierung (SUD > 0)	201
4.5.3	Modifizierte Verankerung	201
4.6	Körpertest (Body Scan) (Phase SECHS)	202
4.7	Abschluss (Closure) (Phase SIEBEN)	203
4.7.1	Die Arbeit des Kindes würdigen und seine Erleichterung oder Freude mit ihm teilen	203
4.7.2	Kind und Eltern informieren	203
4.8	Überprüfung (Reevaluation) (Phase ACHT)	204
4.8.1	Aspekte der Überprüfung	205
4.8.2	Weitere Behandlungsplanung	206

4.8.2.1	Ausgangsbild wurde vollständig verarbeitet	206
4.8.2.2	Arbeit mit aktuellen Triggern	207
4.8.2.3	Keine Verbesserung der Symptomatik	207
4.9	Zukunftsbezogenes EMDR	208
4.9.1	Flashforward-Technik	209
4.9.2	Mentaler Videocheck	210
4.9.3	Zukunftsprojektion (Future template)	210
4.9.4	Ressourcenprotokoll	211
4.9.5	Positive Zukunftsvision	211
5	Störungsspezifisches Vorgehen	212
5.1	Depression	213
5.2	Suizidalität	214
5.2.1	Prozessierung der Belastungsfaktoren	215
5.2.2	Arbeit am zugrunde liegenden Selbsthass	216
5.2.3	Disidentifikation fördern	216
5.3	Verlängerte Trauerreaktion	217
5.4	Angststörungen	218
5.4.1	Spezifische Phobien	219
5.4.2	Panikattacken	220
5.4.3	Akute Ängste	220
5.4.4	Soziale Ängste	221
5.5	Mutismus	221
5.6	Zwangsstörungen	223
5.7	Einnässen und Einkoten	224
5.8	Störungen der Impulskontrolle	225
5.8.1	Störung des Sozialverhaltens	226
5.8.2	Disruptive Affektregulationsstörung (DMDD)	226
5.8.3	ADHS	229
5.9	Somatoforme Störungen (einschließlich Schmerz)	230
5.10	(Verhaltens-)Süchte	231
5.11	Akute Traumatisierung	232
5.11.1	Grundlagen	232
5.11.2	Standardprotokoll und Behandlung bei akuter Traumatisierung im Vergleich	235
5.11.3	Varianten der Behandlung bei akuter Traumatisierung	235
6	Adjunktive Verfahren	238
6.1	Arbeit mit dem Widerstand	238
6.1.1	Angst vor der Aktualisierung	239
6.1.1.1	Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS)	239
6.1.1.2	Aktivierung prozessspezifischer Ressourcen	241
6.1.2	Selbsthass	242
6.1.2.1	Self Care	242

6.1.2.2	Loving Eyes	251
6.1.3	Ich-syntone Identifikation mit der Symptomatik.....	253
6.1.3.1	Arbeit mit positiven dysfunktionalen Gefühlen – Idealisierung	254
6.1.3.2	Imaginative Eliminierung des stressorkompensatorischen Schemas.....	258
6.1.4	Keine Stressoren auffindbar	259
6.1.4.1	Arbeit mit Beweiserinnerungen	260
6.1.4.2	Arbeit mit blockierenden Selbstüberzeugungen	261
6.1.4.3	Konstruiertes Target	262
6.2	Schonende Methoden der Prozessierung	262
6.2.1	Flash-Technik (<i>Peter Niederhuber</i>)	263
6.2.1.1	Indikation	263
6.2.1.2	Theorie	264
6.2.1.3	Durchführung	265
6.2.1.4	Stolpersteine	268
6.2.1.5	Fallbeispiel: Lena – sexualisierte Gewalt als Kind	269
6.2.1.6	Ausblick	271
6.2.2	Blind-to-Therapist-Protokoll (B2T-Protokoll).....	272
6.2.2.1	Phase DREI (Aktualisierung).....	272
6.2.2.2	Phase VIER (Prozessierung)	273
6.2.2.3	Phase FÜNF (Verankerung)	274
6.2.2.4	Phasen SECHS (Körperscan) und SIEBEN (Abschluss)	274
6.2.3	Vier-Felder-Technik	274
6.2.4	Bipolares EMDR	275
6.2.4.1	Theorie	275
6.2.4.2	Durchführung	277
6.2.4.3	Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen	281
7	Alternativen zum Standardprotokoll	283
7.1	Arbeit mit Narrativen in der EMDR-Therapie	283
7.1.1	Grundlagen	284
7.1.1.1	Grundsätzliche Überlegungen.....	284
7.1.1.2	Indikationsfragen.....	289
7.1.1.3	Stolpersteine	290
7.1.2	Aufbau der Narrative	291
7.1.2.1	Allgemeine Aspekte von Traumanarrativen	291
7.1.2.2	Spezifische Aspekte von Traumanarrativen	294
7.1.2.3	Zusammenfassung	298
7.1.3	Behandlungsplanung	299
7.1.4	Settingaspekte	301
7.1.5	Fallbeispiele	301
7.1.5.1	Sinan – PTBS nach medizinischer Traumatisierung	301
7.1.5.2	Philipp – Ängste nach Treppensturz	304
7.1.6	Beispielhafte Narrative	306
7.1.7	Varianten in der EMDR-Arbeit mit Narrativen	309

7.1.7.1	Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie (ResonaT)	309
7.1.7.2	Family Attachment Narrative Therapy (FANT)	311
7.2	Externalisierung	315
7.2.1	Arbeit mit dem Symptom und malignen Über-Ich-Attacken (innerer Richter)	316
7.2.1.1	Theoretischer Hintergrund	317
7.2.1.2	Praktisches Vorgehen	320
7.2.1.3	Fallbeispiele	323
7.2.2	Täterintrojektarbeit	330
7.2.2.1	Theorie	330
7.2.2.2	Behandlung	330
7.2.3	Externalisieren anderer Protokollelemente	333
7.2.3.1	Münzenmethode	333
7.2.3.2	Zwei-Seiten-Technik	335
7.3	Imaginative Methoden und Techniken	338
7.3.1	Arbeit mit Albträumen	338
7.3.1.1	EMDR-Arbeit angelehnt an das Standardprotokoll	338
7.3.1.2	Regisseurtechnik – eine strukturierte EMDR-Arbeit mit Albträumen	343
7.3.2	Kapsel-Abenteuer	344
7.4	Arbeit mit Anteilen – Ego-State-Therapie (<i>Peter Niederhuber</i>)	345
7.4.1	Theorie	345
7.4.1.1	Was sind Ego States?	345
7.4.1.2	Wie entstehen Ego States?	346
7.4.1.3	Prinzip der Funktionalität der Ego States	348
7.4.1.4	Was ist Ego-State-Therapie?	348
7.4.1.5	Ziele der Ego-State-Therapie	349
7.4.1.6	SARI-Modell als Behandlungsgrundlage	350
7.4.1.7	Umgang mit verletzenden/destruktiven Ego States	351
7.4.2	Ego States und dissoziierte Ego States aus Sicht des AIP-Modells	352
7.4.3	Arbeit mit somatischen Symptomen	354
7.4.4	Fallbeispiel: Sophia – medizinische Eingriffe	356
7.4.4.1	Aktualisierung (Phase DREI)	357
7.4.4.2	Prozessierung (Phase VIER)	358
7.4.4.3	Nachbesprechung und weiteres Vorgehen (Phase ACHT)	360
8	Ressourcenarbeit	361
8.1	Grundlagen	362
8.1.1	Menschenbildannahmen	362
8.1.2	Merkmale, Inhalte und Anwendungsmöglichkeiten von Ressourcen	362
8.1.2.1	Funktion von Ressourcen im emotionalen Transformationsprozess	363
8.1.2.2	Phänomenologie von Ressourcen	366
8.1.2.3	Ressourcenorientierte Grundhaltung	367
8.1.2.4	Implizite und explizite Ressourcenarbeit	367
8.1.2.5	Allgemeine und stressorspezifische Ressourcenaktivierung	370

8.1.2.6	Struktur- und sicherheitsorientierte Ressourcenarbeit und prozessorientierte Ressourcenaktivierung	371
8.1.2.7	Ressourcenarbeit im Standardprotokoll	372
8.1.2.8	Stolpersteine in der Ressourcenarbeit	375
8.2	Methoden	375
8.2.1	Techniken zur Etablierung allgemeiner Ressourcen	375
8.2.1.1	Position of Power (Kraftort)	375
8.2.1.2	Sicherer-Ort-Übung	376
8.2.1.3	„Bau-dir ...!“-Instruktion	378
8.2.1.4	Tresorübung	380
8.2.1.5	Krafttier	383
8.2.1.6	Innere Farben	384
8.2.2	Techniken zur Aktualisierung stressorspezifischer Ressourcen	385
8.2.2.1	Ressourcenprotokoll	385
8.2.2.2	Ressourcenverankerungsprotokoll	388
8.2.2.3	Die positive Kognition zu einer wirkungsvollen Ressource entwickeln	389
8.2.2.4	Ressourcenintegrierendes EMDR-Protokoll (RIT)	390
8.2.2.5	Wundervoller Tauschladen	392
8.2.2.6	Humor	394
8.3	Selbsthilfemöglichkeiten	394
8.3.1	Schmetterlingstippen/Butterfly Hug	395
8.3.2	Kurz-EMDR	395
8.3.3	Tetris	395
8.3.4	Flash-Technik (online)	396
9	Bezugspersonen	397
9.1	Eltern als Stressoren für ihre Kinder – Kinder als Stressoren für ihre Eltern	398
9.2	Elterliche Selbstregulation stärken	401
9.2.1	Traumapädagogisch denken	401
9.2.2	Eigene Stressoren auflösen	403
9.2.3	Angemessenes Handeln	407
9.3	Eltern als Ressource in der EMDR-Arbeit mit Kindern	407
9.3.1	Eltern als sicherer Ort	407
9.3.2	Eltern in der Narrativarbeit	408
9.3.3	Eltern als Ressource in der Prozessierung	408
9.3.4	Eltern als Co-Therapeuten (Filialtherapie)	408
10	Komplexe Traumafolgestörungen	410
10.1	Einführung	410
10.2	Konstrukt Komplexe Traumafolgestörungen	413
10.2.1	Ätiologie	413
10.2.2	Phänomenologie	414
10.2.3	Funktionalität der Symptomatik	415

10.2.4	Diagnostik.....	416
10.2.5	Klinische Implikationen.....	417
10.3	Die Person der Therapeutin als wichtigste Variable.....	418
10.4	Unterschiedliche Herangehensweisen.....	420
10.4.1	Struktur- und Stabilisierungsorientierung.....	420
10.4.2	Prozess- und prozessierungsorientierte Ausrichtung.....	424
10.5	Klinische Praxis.....	429
10.5.1	Einsteigen.....	429
10.5.2	Navigieren.....	433
10.5.2.1	Mängel.....	436
10.5.2.2	Widerstände.....	437
10.5.2.3	Unmittelbare Konfrontation mit dem Stressor ist nicht erträglich.....	438
10.5.2.4	Alters- und intelligenzbedingte Einschränkungen.....	438
10.5.3	Auf das Wie kommt es an.....	439
10.5.3.1	Strukturiert arbeiten.....	440
10.5.3.2	Kompakt und intensiv arbeiten.....	440
10.5.3.3	Von außen nach innen arbeiten.....	441
10.5.3.4	Kohärenz des Selbst fördern.....	441
10.5.3.5	Mit den Bezugspersonen arbeiten.....	442
10.5.3.6	Jonglieren mit drei Bällen.....	442
10.6	Bezugspersonenarbeit.....	445
10.6.1	Bezugspersonen unterstützen.....	446
10.6.1.1	Traumapädagogisch denken.....	446
10.6.1.2	Modell für Emotionsregulation werden.....	451
10.6.1.3	Verhaltensoptionen vermitteln.....	453
10.6.2	Eltern als Prozessressourcen.....	457

III Spezifische Anwendungen

11	Spezifische Klientengruppen.....	463
11.1	Säuglinge, Kleinkinder und präverbale Stressoren (<i>Katrin Boger</i>).....	463
11.1.1	Wie sieht eine Behandlung in diesem jungen Alter aus?.....	465
11.1.2	Fallbeispiel: Jaden – Arbeit mit der Bezugsperson.....	467
11.1.2.1	Vorstellungsanlass.....	467
11.1.2.2	Anamnese.....	467
11.1.2.3	Behandlung der Bezugsperson.....	467
11.1.2.4	Ergebnis der Behandlung.....	468
11.1.3	Arbeit mit dem Kind.....	468
11.1.4	Fallbeispiel: Damian – Arbeit mit Bezugsperson und Kind.....	470
11.1.4.1	Vorstellungsanlass.....	470
11.1.4.2	Anamnese.....	471
11.1.4.3	Phase 1 der Behandlung: Arbeit mit der Bezugsperson.....	472
11.1.4.4	Phase 2 der Behandlung: Arbeit mit Bezugsperson und Kind.....	472

11.1.4.5	Ergebnis der Behandlung	474
11.1.5	Arbeit mit präverbalen Erinnerungen älterer Kinder oder Jugendlicher...	475
11.1.6	Fallbeispiel: Sabrina – präverbale Erinnerungen	477
11.1.6.1	Vorstellungsanlass	477
11.1.6.2	Anamnese	477
11.1.6.3	Behandlung	478
11.1.6.4	Ergebnis der Behandlung	480
11.2	Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung	480
11.2.1	Bisherige Erfahrungen mit EMDR	481
11.2.2	Empfohlene Adaptionen	482
11.2.2.1	Beziehungsgestaltung	482
11.2.2.2	Vorbereitung (Phase EINS und ZWEI)	483
11.2.2.3	Aktualisierung (Phase DREI)	483
11.2.2.4	Prozessierung (Phase VIER)	484
11.2.2.5	Stolpersteine	485
11.2.3	Fallbeispiele	486
11.2.3.1	Sam – Monotrauma	486
11.2.3.2	N. – häusliche Gewalterfahrungen (<i>Jutta Unger</i>)	487
11.2.3.3	Karl – Narrativarbeit (<i>Lisa Lindinger</i>)	489
11.2.3.4	Severin – mehrfaches sexuell übergriffiges Verhalten gegenüber jüngeren Jungen	491
11.2.3.5	Karin – Zeugin häuslicher Gewalt	491
11.2.4	Zusammenfassung	494
11.3	Autismus-Spektrum-Störungen (<i>Eveline Achatz und Thomas Hensel</i>) ...	495
11.3.1	Beschreibung des Störungsbildes	496
11.3.2	Bisherige Erfahrungen mit EMDR	498
11.3.3	Empfohlene Adaptionen	498
11.3.3.1	Vorbereitungsphase (Phase EINS und ZWEI)	500
11.3.3.2	Aktualisierungsphase (Phase DREI)	500
11.3.3.3	Prozessierungsphase (Phase VIER)	501
11.3.3.4	Verankerung, Körpertest, Nachbesprechung und Überprüfung (Phase FÜNF bis ACHT)	501
11.3.4	Fallbeispiele	502
11.3.4.1	Michael – interpersonelle Gewalt, Mobbing	502
11.3.4.2	Manuel – mehrere Monotraumata	504
11.3.4.3	Katharina – emotionale Gewalt durch die Mutter, mehrere Monotraumata, Reaktionen auf Veränderungen	505
11.3.4.4	Achmed – Monotrauma nach Blitzeinschlag in unmittelbarer Nähe	508
12	Spezifische Behandlungsmanuale	512
12.1	MASTR-Manual – Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens	512
12.1.1	Theoretischer Hintergrund	512
12.1.2	Empirische Ergebnisse zu EMDR bei externalisierendem Verhalten	515
12.1.3	Struktur des MASTR-Manuals	516
12.1.4	Phase 1: Motivation entwickeln	517

12.1.4.1	Sitzung 1: Rapport herstellen	518
12.1.4.2	Sitzung 2: Ressourcen- und Stressoranamnese	519
12.1.4.3	Sitzung 3: Persönliche Ziele herausarbeiten	520
12.1.5	Phase 2: Entwickeln von Selbstkontrolle	530
12.1.5.1	Erarbeiten eines stressorbasierten Verstehensmodells für das problematische Verhalten	531
12.1.5.2	Verbesserung der Selbstwahrnehmung	533
12.1.5.3	Entscheidungen haben Folgen	534
12.1.5.4	Imaginative Techniken zur Meisterung von Triggern	536
12.1.5.5	Stressreduktion im Alltag und Rückfallprophylaxe	537
12.1.6	Phase 3: Traumabearbeitung mit EMDR (mindestens 8 bis 12 Sitzungen)	538
12.2	Feeling-State Addiction Protocol bei Substanz- und Verhaltenssüchten (<i>Andrea Gallasch und Peter Niederhuber</i>)	541
12.2.1	Theorie	542
12.2.2	Behandlungsprotokoll	544
12.2.2.1	Phase 1: Anamnese	545
12.2.2.2	Phase 2: Vorbereitung	545
12.2.2.3	Phase 3: Aktualisieren des positiven Feeling State	546
12.2.2.4	Phase 4a: Prozessieren des Feeling State	547
12.2.2.5	Phase 4b: Prozessieren des Traumas, das dem Feeling State zugrunde liegt	547
12.2.2.6	Phase 4c: Prozessieren der negativen Kognition, die durch den Feeling State verursacht wird	548
12.2.2.7	Phase 4d: Zukunft und Rückfallprophylaxe	548
12.2.2.8	Phase 8: Überprüfung des Ergebnisses in der nächsten Sitzung	548
12.2.3	Fallbeispiel: Julian – Alkoholkonsum und Online-Dating	548
12.2.4	Stolpersteine	552
13	Spezifische Behandlungssettings	553
13.1	Intensivtherapie	553
13.1.1	EMDR-Ansätze	553
13.1.1.1	Erwachsene	553
13.1.1.2	Kinder und Jugendliche	555
13.1.2	Fallbeispiele	556
13.1.2.1	Adoptivjunge – multiple Symptomatik und dissoziative Störung	557
13.1.2.2	Sophie – schwerste Zwangssymptome	559
13.1.3	Abschließende Bemerkungen	564
13.2	Gruppentherapie (<i>Ralph Kortewille</i>)	565
13.2.1	Standard-EMDR-Gruppenprotokoll für Kinder	566
13.2.1.1	Vorbereitung	566
13.2.1.2	Durchführung	566
13.2.1.3	Abschluss	567
13.2.2	EMDR-Gruppenprotokolle für kurz zurückliegende Ereignisse (EEI – EMDR Early Intervention)	567

13.2.2.1	EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP)	568
13.2.2.2	EMDR Group Protocol/Children (GP/C)	570
13.2.3	Gruppenprotokolle für länger zurückliegende Ereignisse	572
13.2.3.1	Group Traumatic Episode Protocol (G-TEP)	572
13.2.3.2	Group Container EMDR Protocol (IMMA EMDR Group Protocol)	576
13.2.3.3	Integrative Group Treatment Protocol – Adapted for Ongoing Traumatic Stress (EMDR-IGTP-OTS)	577
13.2.4	Abgeleitetes Verfahren – Teaching Recovery Techniques (TRT)	579
13.2.4.1	Voraussetzungen	579
13.2.4.2	Ablauf	580
13.2.4.3	Hinweise zur praktischen Durchführung	583
13.3	Online-Therapie (<i>Peter Niederhuber</i>)	584
13.3.1	Bisherige Erfahrungen	584
13.3.2	Voraussetzungen und praktische Tipps	586
13.3.3	Besonderheiten bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung	588
13.4	Spieltherapie	589
13.4.1	Hintergrund	589
13.4.2	Integration von EMDR und (traumabezogener) Spieltherapie	590
13.4.2.1	Spieltherapie und EMDR – die additive Variante	592
13.4.2.2	Spieltherapie und EMDR – der integrative Ansatz	594

Literatur	599
------------------------	------------

Anhang	639
Anamnesebogen für die EMDR-Arbeit mit Kindern und Jugendlichen	641
Altersadaptiertes Standardprotokoll (ASP) (Phase DREI bis ACHT) – Vereinfachte Form für Kinder von 4 bis 9 Jahren	643
Altersadaptiertes Standardprotokoll (ASP) (Phase DREI bis ACHT) – Kurzform	645
Altersadaptiertes Standardprotokoll (ASP) (Phase DREI bis ACHT) – Langform	648
Dysfunktionale und zugehörige positive Selbstüberzeugungen (nK/pK)	653
SUD-Gesichter-Skalen (Angst, Wut, Trauer)	655
VoC-Personen-Skalen (Mädchen, Jungen)	656
Richtlinien für Bezugspersonen für das Schreiben eines Traumanarrativs	657
Stressbarometer	659
Hinweise zu den Online-Materialien	660
Sachregister	661

I Theorie

1 Grundlagen und theoretischer Hintergrund

1.1 Entstehung der Methode

Eine zufällige Entdeckung der US-amerikanischen Psychologin Francine Shapiro im Frühjahr 1987 war der Ausgangspunkt für die Entwicklung des heute unter dem Namen *EMDR* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) bekannt gewordenen psychotherapeutischen Ansatzes. Als geschulter Klinikerin war ihr während eines Spaziergangs aufgefallen, dass spontane schnelle Links-Rechts-Augenbewegungen zu einem dauerhaften Verschwinden zuvor belastender Gedanken geführt hatten, ohne dass sie bewusst etwas unternommen hätte, um dies zu erreichen. Ein später absichtsvoll vorgenommenes schnelles Hin- und Herbewegen der Augen führte zum gleichen Ergebnis. Dadurch ermutigt fing Shapiro an, mit Freunden und Kollegen zu experimentieren, und entwickelte eine standardisierte Form der Behandlung, die sie *Eye Movement Desensitization (EMD; Augenbewegungs-Desensibilisierung)* nannte und die der Linderung von Angstzuständen dienen sollte.

In einem nächsten Schritt wollte Shapiro klären, ob sich auch traumatische Erinnerungen auf diese Weise positiv beeinflussen ließen. In einer Einzelfallstudie mit einem Vietnamveteranen mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kam es zu einer Distanzierung von den Flashbacks und zu einem stabilen Abklingen der intrusiven Kriegsbilder. Anschließend wurde eine kontrollierte Studie (Shapiro, 1989a) mit einer klinischen Population (Missbrauchsoffer und Vietnamveteranen mit traumatischen Erinnerungen) durchgeführt. Nach einer Sitzung waren bei den meisten Teilnehmenden der Studie sowohl eine deutliche Abnahme der Angstzustände als auch eine starke spontane kognitive Restrukturierung im Sinne einer positiveren Sichtweise der Ereignisse zu beobachten, die über drei Monate anhielten.

Diese Ergebnisse führten zu einer Veränderung des zunächst verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Paradigmas der EMD-Methode. Anstelle des Desensibilisierungsansatzes wurde ein umfassendes Modell der Informationsverarbeitung angenommen, das sich auf die Theorie der assoziativen neuronalen Netzwerke

(Lang, 1979; Bower, 1981) stützte. Die Veränderung des Namens in EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) spiegelt diesen Prozess wider. Damit grenzte sich Shapiro auch vom Habituationsverständnis ab, wie es damals von Foa (Foa et al., 1999) für die verlängerte Expositionstherapie (prolonged exposure) propagiert wurde, und nahm Elemente aus achtsamkeitsbasierten Therapieformen auf (Teasdale, 1999). Das zugrunde liegende theoretische Verständnis wurde ab Mitte der 90er Jahre zunächst als *Modell Akzelerierter Informationsverarbeitung*, später als *Modell Adaptiver Informationsverarbeitung* (Adaptive Information Processing Model – AIP) bezeichnet. Durch die Auswertung von zahlreichen EMDR-Behandlungssitzungen konnten Muster und Abläufe identifiziert werden, die darauf hinwiesen, dass „in uns allen ein physiologisches System aktiv ist, das versucht, die eintreffenden Informationen so zu verarbeiten, dass ein Zustand geistiger Gesundheit aufrechterhalten oder wieder erreicht wird“ (F. Shapiro, 2012, S. 44). Zu Recht weist Shapiro (2012) darauf hin, dass diese Vorstellungen genau den Grundannahmen des klientenzentrierten Ansatzes von Rogers (1959/2016) und dem transpersonalen Modell von Maslow (1973) entsprechen. Nach Roger Solomon (persönl. Mitteilung, 2005) wurde in der Ausbildung zunächst bis in die 90er Jahre hinein mit dem Konstrukt der *Aktualisierungstendenz* (Rogers, 1959/2016) als zentraler Wirkkomponente gearbeitet, bevor auf eine physiologisch orientierte, dem damaligen (und heutigen) Wissenschaftsverständnis eher entsprechende Ausdrucksweise gewechselt wurde. Beiden Konstrukten (Aktualisierungstendenz bzw. AIP-Modell) ist die Grundannahme zu eigen, dass die meisten Psychopathologien auf frühen belastenden Lebenserfahrungen beruhen, die nicht korrekt verarbeitet werden konnten.

Während das akademische Establishment anfangs zurückhaltend bis ablehnend auf das neue Verfahren reagierte, waren viele Psychotherapeuten von Beginn an begeistert und ließen sich in der Methode ausbilden. Die zunehmende Praxiserfahrung der Kliniker führte einerseits zu immer neuen Anwendungsfeldern der EMDR-Technik, andererseits wurde die Forschung stimuliert, was dazu führte, dass EMDR heute die am besten erforschte einzelne psychotherapeutische Methode ist. EMDR (für den Erwachsenenbereich) ist inzwischen in allen wichtigen internationalen Leitlinien als First Line Treatment für PTBS anerkannt. Darüber hinaus hat sich EMDR inzwischen bei allen untersuchten Störungsbildern und Klientengruppen als wirksam erwiesen (de Jongh et al., 2019).

Wäre EMDR nicht inzwischen schon ein Markenname wie Coca-Cola®, würde Shapiro das Verfahren heute *Reprocessing-Therapy* nennen (Shapiro, 2012), da die Wirkung nicht an die schnellen Augenbewegungen gebunden ist, sondern sich auch durch andere Formen bilateraler Stimulation erzielen lässt. Zudem stellt die bilaterale Stimulierung lediglich eine Komponente der Behandlung dar, in der sich außerdem erprobte Elemente aus allen großen psychologischen Denkrichtungen wiederfinden. Alternativ könnte EMDR mit *Emotional and Mental Development and Reorganisation* (Shapiro, 2001, S. 25) übersetzt werden.

Der erste Fallbericht über die Anwendung von EMDR bei Kindern erschien 1991 (Shapiro, 1991), die ersten Handbücher der Pioniere Robert (Bob) Tinker und Sandra Wilson, Joan Lovett und Ricky Greenwald kamen 2000 heraus. Das erste deutsche Handbuch publizierte Hensel (2007).

1.2 Belastungserfahrungen – die doppelte Geburt der Psychotraumatologie

Die moderne Psychotherapie begann 1896 mit der Erkenntnis Breuers und Freuds, dass interpersonelle Gewalterfahrungen in der Kindheit die Quelle der damals so prominenten hysterischen Symptome junger Frauen waren:

Will man ... die Symptome einer Hysterie als Zeugen für die Entstehungsgeschichte der Krankheit laut werden lassen, so muß man an die bedeutsame Entdeckung J. Breuers anknüpfen, daß die Symptome der Hysterie ... ihre Determinierung von gewissen traumatisch wirksamen Erlebnissen des Kranken herleiten, als deren Erinnerungssymbole sie im psychischen Leben desselben reproduziert werden. ... Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich ... ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören. Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung, für die Auffindung eines *caput nili* [Quelle des Nils = Ursprung, Ergänzung durch den Autor] der Neuropathologie. (Freud, 1952, S. 439)

Nachdem Freud 1896 diese These in der Mittwochsfortbildung der Wiener Psychiatrie vorgetragen hatte, begann ein Prozess gesellschaftlicher Ächtung durch Kollegen, sodass Freud sich gezwungen sah, die Theorie der realtraumatischen Erfahrungen als Grundlagen für die Symptombildung zugunsten der Verführungstheorie zurückzunehmen. Auch wenn es in den 30er Jahren durch Sandro Ferenczi (1932/2019, S. 518) noch einmal eine Bezugnahme auf Realerfahrungen gab, hielt der psychoanalytische Mainstream noch sehr lange an der Verleugnung der Bedeutung realer Traumatisierung fest.

Als erste Phase der Psychoanalyse kann man den Zeitraum ansetzen, der bei der Zusammenarbeit mit Breuer beginnt und dessen Ende 1897 durch die Entdeckung Freuds markiert wird, daß viele angebliche Erinnerungen an traumatische Erlebnisse, insbesondere Verführungen, von denen hysterische Patienten berichten, in Wirklichkeit keine Erinnerungen an Realereignisse waren, sondern Schilderungen von Phantasien. (Sandler et al., 1973, S. 12)

Nach Bohleder (2012) hat sich aber heutzutage folgende Sichtweise in der Psychoanalyse durchgesetzt:

- Traumatische Erinnerungen sind verlässlich (siehe auch Danese & Widom, 2020).

- Die Aufdeckung der Realität des Traumas (Anerkennung der sozialen Realität des Traumas) und der dazugehörigen Affekte ist die Voraussetzung für eine rekonstruktive Nachverarbeitung.
- Eine Rekonstruktion muss mit der Wirklichkeit der realen traumatisierenden Erfahrungen des Patienten übereinstimmen.
- Es besteht eine kausale Verbindung zwischen der traumatischen Erfahrung und fortdauernden psychischen Wirkungen.
- Hermeneutisch-narrative und konstruktivistische Theorien scheitern, weil sie die realen Erfahrungen ignorieren bzw. kaum wertschätzen. Alleinige „Sinnzuschreibung“ (etwa in der Übertragungsbeziehung) perpetuiert die Ohnmachtserfahrung.

Die zweite Geburt der Psychotraumatologie ereignete sich fast genau 100 Jahre nach Freuds ursprünglicher Erkenntnis. Mit der ersten Publikation der Ergebnisse der *Adverse-Childhood-Experiences-Studie* (ACE-Studie; Felitti et al., 1998) wurde die Tragweite interpersoneller Gewalterfahrungen in der Kindheit deutlich. Zwar gab es schon vorher die Diagnose PTBS im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-III; Koehler & Saß, 1984); diese bezog sich aber primär auf Kampfeinsätze von Soldaten im Krieg, d.h. auf Erfahrungen im Erwachsenenalter. Die ACE-Studie hingegen konnte zeigen, dass belastende Lebenserfahrungen im Kindesalter ursächlich für eine lebenslange Beeinträchtigung der betroffenen Personen sind. Die Ergebnisse sind inzwischen durch unzählige Folgestudien bestätigt und konkretisiert worden (Hughes et al., 2017; Witt et al., 2019). Hogg et al. (2023) konnten in einer Umbrella-Metaanalyse zeigen, dass ein psychisches Trauma als transdiagnostischer Risikofaktor anzusehen ist und summarisch zu einer um 300 % erhöhten Wahrscheinlichkeit (OR: 2.92) führt, irgendeine psychische Störung zu entwickeln. Das größte Risiko besteht darin, eine PTBS (OR: 12.31) oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (OR: 15.66) zu entwickeln.

Aus dieser ätiologischen Orientierung auf Belastungserfahrungen ist ein neues quasikausal orientiertes Verständnis psychischer Störungen entstanden (siehe Tabelle 1).

Felitti (2002, S. 363) fasst zusammen, dass

- „belastende Kindheitserfahrungen überraschend häufig und in den besten Familien auftreten, obwohl sie meist verborgen und unerkannt bleiben,
- sie auch nach 50 Jahren noch tiefgreifende Auswirkungen haben, obwohl sie sich jetzt von psychosozialen Erfahrungen in Erkrankungen (Essstörungen, Süchte, Depression, Suizidversuche, Diabetes, Herzerkrankungen) und soziale Beeinträchtigungen (eingeschränkte Arbeitsfähigkeit) gewandelt haben,
- belastende Kindheitserfahrungen Hauptdeterminanten für Gesundheit und soziales Wohlergehen sind“.

Tabelle 1: Synopse ätiologischer Perspektiven zur Genese psychischer Störungen (modifiziert nach Sack, 2019)

Psychotherapieschule	Störungslehre	Heilungsverständnis
Psychodynamische Therapie	ungünstige Beziehungserfahrungen in der Kindheit, Triebkonflikte	Bewusstmachung des innerpsychischen Konfliktgeschehens
Verhaltenstherapie	dysfunktionale Lernvorgänge (im Verhalten und Denken)	maladaptive Verhaltens- und Denkmuster verändern
Humanistische Psychotherapie	Blockierung von Entwicklung durch Entfremdung von der eigenen Erfahrung	Aufhebung von Inkongruenz und Entfremdung
Systemische Therapie	Störungen der Interaktion und Kommunikation im sozialen Umfeld	Entwicklung von adaptivem Miteinander im sozialen System
Trauma-/stressorbezogene Psychotherapie	Belastungserfahrungen (nicht nur) in der Kindheit	Gedächtnisrekonsolidierung maladaptiv verarbeiteter Erfahrungen (Stressoren)

Diese inzwischen durch Hunderte von Folgestudien immer wieder bestätigten Zusammenhänge (zuletzt Witt et al., 2019; Winter et al., 2022; Schlenz-Schuster et al., 2024) führten zu einem neuen Paradigma in der Psychotherapie (siehe Tabelle 1). Reale Belastungserfahrungen, vor allem in der Kindheit, wurden jetzt zum Ausgangspunkt psychotherapeutischen Handelns. Grawe (2004, S. 448) schreibt dazu: „Neuropsychotherapie, wie ich sie verstehe, versucht, das Gehirn zu verändern, aber sie befasst sich nicht in erster Linie mit dem Gehirn, sondern mit den Lebenserfahrungen, die ein Mensch macht“.

Im Unterschied zu Freuds intuitiven Einsichten liegen damit heute umfassende und valide wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie, insbesondere aus Stressforschung, Epidemiologie, Neurobiologie und Entwicklungspsychologie, vor, die in ihrer Zusammenschau darauf hinweisen, dass der Faktor belastende Kindheitserfahrung als einfache, quasi monokausale Erklärung am besten geeignet ist, die ganze Bandbreite psychischer und körperlicher Symptome, die sich aus der maladaptiven Verarbeitung dieser Lebenserfahrungen ergeben, zu erklären (Anda et al., 2006; Shonkoff & Garner, 2012).

Aus diesen Erkenntnissen entstand eine ganze Reihe neuer Psychotherapieverfahren, die zunächst unter dem Begriff *Traumatherapie* subsumiert wurden und sich als Behandlung einer PTBS verstanden. Neben EMDR (F. Shapiro, 2012) als dem prominentesten Verfahren sind u.a. NET (Narrative Expositionstherapie; Schauer et al., 2005), IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy; Schmuckler & Köster, 2014), PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie; Reddemann, 2016), PC (Progressive Counting; Greenwald, 2013), TRIMB (Trauma Recapitulation with Imagination, Motion, and Breath; Spangenberg, 2016), traumabezogene Spieltherapie (Weinberg, 2005, 2010) und die Strukturierte Trauma-Intervention (Weinberg, 2005) zu nennen.

Inzwischen hat sich erwiesen, dass der Begriff *Traumatherapie* aus zwei wesentlichen Gründen ungünstig ist. Zum einen ist deutlich geworden, dass eine Unterscheidung zwischen einer sogenannten traumatischen Erfahrung nach den Kriterien der Diagnosesysteme ICD (International Classification of Diseases der World Health Organization [WHO], 2019) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association [APA], 2022) und nicht-traumatischen Belastungserfahrungen (Stressoren) klinisch nicht relevant ist. Es ist daher sinnvoller, von einem *Stressorkontinuum* (Sack et al., 2022) zu sprechen. Die klinische Erfahrung der letzten 25 Jahre hat gezeigt, dass alle Arten von Stressoren (Kränkungen, Verluste, Gewalterfahrungen, Unfälle, Naturkatastrophen) nach dem gleichen Algorithmus erfolgreich behandelt werden können. Zudem konnten beispielsweise Copeland et al. (2010) zeigen, dass bei Kindern mit einer PTBS-Diagnose diese zu 66 % aus Verlusten und nicht aus Bedrohungserfahrungen resultierte. Das sogenannte Ereigniskriterium in den diagnostischen Manualen ICD und DSM ist somit nur sehr bedingt geeignet, uns einen Hinweis auf die traumatogene Wirkung einer Erfahrung zu geben.

Entscheidend ist also nicht die Qualität des von außen beschreibbaren Ereignisses (Dritte-Person-Perspektive), sondern allein die vom Individuum wahrgenommene Bedeutung der Erfahrung (Erste-Person-Perspektive). In Übereinstimmung mit dieser Perspektive konnten Danese und Widom (2020) in einer groß angelegten Studie zeigen, dass das subjektive Erleben von Misshandlung in der Kindheit im Gegensatz zu objektiven Daten (Gerichtsakten etc.) eindeutig mit psychischen Problemen im Zusammenhang steht. Sie fassen zusammen: „Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass psychische Gesundheitsprobleme eher mit der subjektiv erlebten als mit der objektivierten Erfahrung von Misshandlung in der Kindheit zusammenhängen. Daher sollte das Verständnis der individuellen Erzählungen und Überzeugungen Vorrang vor der Prüfung ihres Wahrheitsgehaltes haben“ (Danese & Widom, 2020, S. 816; siehe auch Petitmengin & Bitbol, 2009, über die Validität subjektiver Aussagen).

Zum Zweiten wird inzwischen davon ausgegangen, dass im Prinzip jede psychische Störung als ein kompensatorisches Geschehen auf Belastungserfahrungen

verstanden werden kann und damit unter diesem ätiologischen Paradigma behandelt werden kann und sollte.

Grawe (1998, 2004) schrieb, „dass eine schwere und dauerhafte Verletzung von Grundbedürfnissen letztlich die wichtigste Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen ist und auch für deren Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielt“ (Grawe, 2004, S. 184). Es ist davon auszugehen, dass bei (interpersonellen) Gewalterfahrungen grundsätzlich eine Verletzung notwendiger Bedingungen für eine gesunde psychische, körperliche und soziale Entwicklung von Kindern vorliegt (Cicchetti & Valentino, 2006). Wenn gleichzeitig protektive Faktoren (gute Beziehungen, Erfüllen von Grundbedürfnissen etc.) fehlen, entstehen kaskadenartige negative Effekte (Entwicklung von Symptomen, Zurückweisung in der Peer-group, Schulprobleme etc.), die die weitere Entwicklung der Kinder negativ beeinflussen (Kerig et al., 2012, S. VII). Internale Zustände von extremem oder dauerhaftem Stress werden vom Kind als Kontrollverlust erlebt. Dieses Kontrollverlusterleben tritt nicht nur bei sogenannten stressorreaktiven Störungen wie der Anpassungsstörung oder der PTBS auf, sondern stellt den grundlegenden Mechanismus bei (fast) allen psychischen Störungen dar.

Nach Grawe, der unverdächtig ist, mit einer einseitigen „Traumabrille“ ausgestattet gewesen zu sein, „ist ein erhöhtes Inkongruenzniveau ... daher als ein höchst komplexer Stresszustand anzusehen“ (Grawe, 2004, S. 190). Dauerhafte psychische Anspannung ist also gleichbedeutend mit chronischem Stress. Und weiter: „Unkontrollierbaren Stress verursachende Lebenserfahrungen spielen für die Entwicklung psychischer Störungen, und zwar auch anderer Störungen als der PTSD selbst, eine ganz zentrale Rolle.“ Grawe ergänzt: „Bei anderen Störungen ist die Quelle des unkontrollierbaren Stresses oft viel weniger offensichtlich als bei der PTSD“ (Grawe, 2004, S. 164). Nach LeDoux (2001, S. 266) hängt „der Stress mit der auftretenden Störung nicht zusammen, sondern senkt die Schwelle für eine Angststörung, macht den Betroffenen anfälliger für Angst, ohne jedoch die Art der Störung zu diktieren.“ Die Gesellschaft der US-amerikanischen Pädiater beschreibt toxischen Stress als „belastenden Lebenserfahrungen ausgesetzt zu sein, ohne durch stabile unterstützende Beziehungen ein Gefühl der Sicherheit entwickeln zu können“ (Shonkoff & Garner, 2012, S. 1).

Auf dieser Grundlage schlägt Hensel (2020) das Modell einer *Stressorbasierten Psychotherapie* für einen methodenübergreifenden und transdiagnostisch orientierten Ansatz vor. Ausgangspunkt dieser Behandlungskonzeption ist der *subjektiv bedeutsame Stressor*. Dieser resultiert aus der innerpsychischen Unmöglichkeit, eine bestimmte Lebenserfahrung adaptiv zu verarbeiten. In der Regel ist dies der Fall, wenn das Ereignis zu überwältigend oder langandauernd war oder psychosoziale Unterstützung fehlte. Abbildung 1 (Hensel, 2020) verdeutlicht diesen Prozess und zeigt die psychischen Folgen auf, die entstehen, wenn es zu einer maladaptiven Verarbeitung einer belastenden Lebenserfahrung kommt.

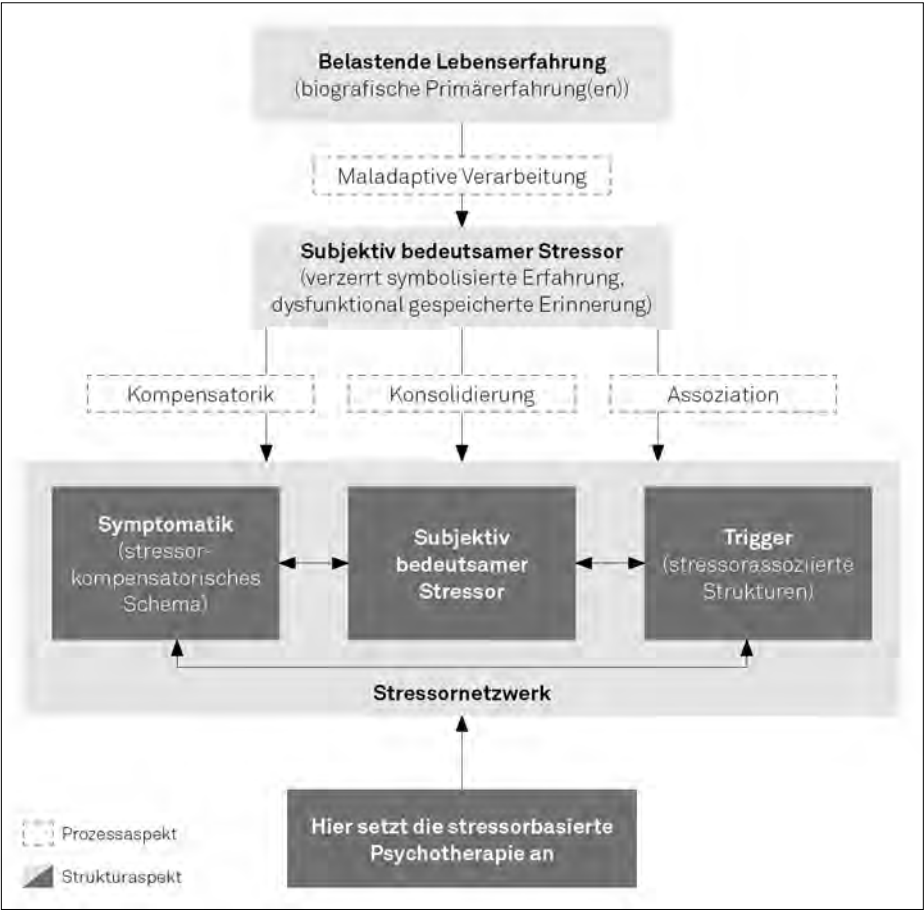


Abbildung 1: Störungsmodell des stressorbasierten Ansatzes (Hensel, 2020)

Wie aus dem Prozessmodell ersichtlich, entwickelt sich nach der Herausbildung eines subjektiv bedeutsamen Stressors als innerer Repräsentant einer maladaptiven Verarbeitung oder verzerrten Symbolisierung (Rogers, 1959/2016) eine Reihe innerpsychischer Dynamiken, die insbesondere bei frühen und/oder langanhaltenden interpersonellen Gewalterfahrungen zu komplexen Traumafolgestörungen führen (Hensel, 2022; Sack et al., 2022). Dieses Modell verdeutlicht, dass trauma-/stressorbezogene Psychotherapie sich keineswegs ausschließlich auf die belastende biografische Primärerfahrung bezieht, sondern die mannigfachen Folgeerscheinungen als Teil des Trauma-/Stressornetzwerkes aktiv in die Behandlung einbezieht. Beispielsweise gilt es zu bedenken, dass das Symptom mit der Zeit selbst zum Stressor wird, indem es vom Klienten immer wieder als *Kontrollverlust des Ich* erlebt wird. Das macht den Blick frei, die ganze phänomenologische

Vielfalt der kompensatorischen Symptomatik unter einem ätiologischen Blickwinkel zu betrachten und aktiv mit strukturierten stressorfokussierenden Methoden zu behandeln.

Die wichtigsten Punkte seien hier abschließend nochmals zusammengefasst:

- Die Bedeutung belastender Kindheitserfahrungen für die lebenslange psychische, physische und soziale Beeinträchtigung von Menschen erkannt zu haben, ist das Kernelement des neuen psychotherapeutischen Paradigmas der trauma- bzw. stressorbasierten Sichtweise.
- Die Unterscheidung zwischen sogenannten traumatischen Erfahrungen, die das Ereigniskriterium für die Diagnose einer PTBS erfüllen, und nichttraumatischen Erfahrungen ist klinisch irrelevant. Es ist sinnvoller, von einem Stressorkontinuum (Sack, 2019) zu sprechen.
- Die schädigende Wirkung einer Erfahrung lässt sich ausschließlich aus der subjektiven Perspektive der Betroffenen ermitteln (subjektiv bedeutsamer Stressor).
- Aus ätiologischer Sicht lassen sich (fast) alle psychischen Symptome und Störungsbilder als kompensatorisches Geschehen auf Belastungserfahrungen verstehen und sind daher mit stressorfokussierten Methoden zu behandeln.

1.3 Was ist EMDR-Therapie?

Die Reaktionen auf das Erscheinen von EMDR waren und sind zwiespältig. Oft wurde versucht, die neue Therapiephänomenologie durch die Brille des eigenen Verständnisses zu charakterisieren. Hier einige Beispiele:

- „EMDR ist ein rein kognitives Verfahren“ (Resch & Schulte-Markwort, 2005).
- „The cognitive character of the EMDR makes it suitable for child applications. Because of this description, EMDR is included under CBT interventions“ (Cohen et al., 2009).
- „Die lange Zeit geäußerte Kritik an EMDR hat sich inzwischen zu einem akademischen Konsens dahingehend entwickelt, dass Augenbewegungen unnötig sind und dass die erzielte Wirkung ausschließlich das Ergebnis der Exposition ist, einer Technik, die der CBT entlehnt ist ... EMDR funktioniert besser, als nichts zu tun, und ist wahrscheinlich besser als nur unterstützendes Zuhören ... EMDR ist eigentlich eine Form der CBT unter einem anderen Namen, wenn auch in etwas weniger effektiver Form“ (Wotton & Johnston, 2022, S. 28, Übers. T.H.).
- „Insofern bietet EMDR einen dem Spiel ähnlichen und äquivalenten Raum zur Bearbeitung der [traumatischen, Erg. T.H.] Problematik“ (Streeck-Fischer, 2007).
- „Durch die Konfrontation mit der zum Teil verdrängten Realität, mit den traumatisch-schmerzlichen Erfahrungen, die nach jedem Augenbewegungsrien-

Durchgang infolge zunehmender Distanz klarer, übersichtlicher und fassbarer werden, kommt es zum Wahrnehmen und Erkennen der Wirklichkeit, des Faktischen. Diese wahrgenommene Wirklichkeit dessen, was ist, zur Kenntnis nehmen, sich ihr stellen, ermöglicht das *Aushalten und Annehmen* des Gegebenen“ (Leuenberger [Vertreter der Existenzanalyse], 2008, S. 52).

- „EMDR ist ein klientenzentrierter Ansatz, in dem die Therapeutin als (aktiver) Begleiter des Selbstheilungsprozesses des Klienten agiert.“ (Shapiro, 2018, S. 135, Übers. T.H.).

In den folgenden Abschnitten wird zunächst dargestellt, wie EMDR aus einer „Innensicht“ heraus, d.h. aus Sicht führender Mitglieder der entsprechenden Fachgesellschaften, definiert wird, um dann in einem zweiten Schritt EMDR-Therapie in einem größeren theoretischen Kontext zu verorten. Drei sich ergänzende Definitionen von EMDR sollen das Selbstverständnis offenlegen und eine integrative Sicht sowie einen klinisch pragmatischen Blick auf dieses Psychotherapieverfahren ermöglichen.

1.3.1 Innensicht

In einem zweijährigen Diskussionsprozess innerhalb der EMDR-Fachgesellschaften zwischen Forscherinnen, Trainerinnen und erfahrenen Therapeutinnen wurde folgende Definition von EMDR entwickelt (Lalotis et al., 2021).

Definition von EMDR nach Lalotis et al. (2021, S. 187, Übers. T.H.)¹

Die EMDR-Therapie ist ein integrativer, klientenzentrierter Ansatz, der Probleme des täglichen Lebens behandelt, die auf verstörenden (disturbing) Lebenserfahrungen beruhen, die sich über die gesamte Lebensspanne hinweg negativ auf eine Person auswirken. Die Theorie der adaptiven Informationsverarbeitung geht davon aus, dass aktuelle Schwierigkeiten durch unzureichend verarbeitete störende Erinnerungen verursacht werden und dass die Symptome reduziert oder ganz beseitigt werden, wenn diese Erinnerungen durch bilaterale Stimulation mit doppelter Aufmerksamkeit prozessiert werden. Es wird angenommen, dass die Auflösung dieser dysfunktionalen Erinnerung zu einer Rekonsolidierung der Erinnerung führen. Die Standardanwendung der EMDR-Therapie besteht aus acht Phasen und einem dreigliedrigen Ansatz zur Identifizierung und Verarbeitung: (a) Erinnerungen an vergangene negative Lebenserfahrungen, die

1 Übersetzung und Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus Lalotis et al.: What Is EMDR Therapy? Past, Present, and Future Directions, *Journal of EMDR practice and research*, 15 © 2021, Springer Publishing Company, Inc.