Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR

Trauma-Centered Psychotherapy with EMDR

Eva Münker-Kramer

Zusammenfassung

In diesem Beitrag soll es darum gehen, EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) *als doch noch relativ junge und dennoch bewährte und breit beforschte Psychotherapiemethode darzustellen. Dabei werden die historische Entwicklung und die standardisierte Vorgangsweise skizziert und es wird auf weiterführende Literatur verwiesen.* EMDR *hat aus historischen Gründen zunächst im Bereich der Arbeit mit Traumafolgestörungen fokussiert, ist aber im letzten Jahrzehnt praktisch weit darüber hinausgewachsen als psychotherapeutischer Ansatz, der im gesamten Bereich dysfunktional gespeicherter Erinnerungen reüssieren kann.*

Abstract

In this contribution EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), *as a relatively young but successful and widely evaluated psychotherapy, will be represented. There will be a description of the historical development and the standardized procedure, furthermore hints to further literature. Due to its historical development* EMDR *primarily focused on healing trauma-related disorders, but above all in the last decade, it developed further beyond this as a psychotherapeutic approach that can be successfully used in the whole range of dysfunctionally stored memories.*

1. Einleitung

Wenn eine Methode in einem Schwerpunktheft „Bewährte Methoden aus der Praxis" beschrieben wird, impliziert dies einerseits einen praktischen Ansatz und andererseits eine gewisse „Lebensdauer", die genügt, um die Wirksamkeit bewiesen zu haben. Beides trifft für EMDR zu – eine von Dr. Francine Shapiro in den 80er-Jahren in den USA entwickelte Methode zur Behandlung von Traumafolgestörungen.

2. Die Entwicklung von EMDR und der „Beginn" in Österreich

Die ersten Kurse in EMDR in Österreich wurden in den Jahren 1999/2000 zunächst in der damaligen Fortbildungsakademie des BÖP organisiert, inhaltlich und zeitlich anschließend an die Entwicklung der Notfallpsychologie im BÖP nach den großen Katastrophen der Jahre 1998-2000 (Lassing, Galtür, Kaprun). Im Zuge der notfallpsychologischen Arbeit in unseren Teams wurde deutlich, dass bei den Betroffenen, bei denen die – auch gegebenenfalls. einmaligen – schweren Belastungen chronifizierten, spezifische Behandlungsansätze notwendig (im wahrsten Sinne des Wortes) wurden. Wir recherchierten, wurden auf EMDR aufmerksam und luden die damals ersten ausgebildeten Trainer aus Deutschland ein.

Shapiro bekam 2002 den Sigmund-Freud-Preis der Stadt Wien im Zuge des damaligen Psychotherapie-Weltkongresses und aufgrund der Tatsache, dass es zunehmend Interesse für diese „merkwürdige" Methode unter den FachkollegInnen und angrenzenden Berufen gab, wurde 2003 eine eigene in die internationale EMDR-Dachgesellschaft eingebundene Fachgesellschaft (www.emdr-fachgesellschaft.at) und 2004 ein eigenes Partnerinstitut des Shapiro Instituts USA in Österreich (www.emdr-institut.at) gegründet.

2007 wurde die konkrete Vorgehensweise beim EMDR in der Psychologie in Österreich erstmalig vorgestellt (Münker-Kramer, Hofmann & Wintersperger, 2007).

3. Wirksamkeitsforschung bei EMDR und Leitlinienanerkennungen

EMDR schien damals schon in verschiedener Hinsicht „merk-würdig" – einerseits aufgrund der etwas spektakulären Augenbewegungen in der sogenannten Phase vier des EMDR (siehe unten), andererseits aufgrund der schnellen und nachhaltigen klinisch feststellbaren und subjektiv für die PatientInnen spürbaren Wirkung – eben „Bewährung" – , dass die Betroffenen, die die Anwendung der Methode erleben, davon profitieren – im Bereich der Psychotherapie und psychologischen Behandlung, dass sie eine Reduktion ihrer Symptomatik und ihres Leidens und/oder eine Verbesserung der Lebensqualität erleben. Dies zu untersuchen, machen sich sogenannte Wirksamkeitsstudien zur Aufgabe.

EMDR hat seit seiner „Erfindung" Ende der 80er-Jahre überdimensional viel Wirksamkeitsforschung erlebt – mehr als die meisten anderen Ansätze.

Dies geschah einerseits, weil es so „exotisch" und „spooky" wirkt und zunächst von WissenschaftlerInnen eher skeptisch betrachtet wurde – vor allem, weil man EMDR häufig auf das o. g. Kernelement der bilateralen Stimulation (BLS) reduzierte.

Man sah sich also in der Pflicht, die „dennoch Ersthaftigkeit" der Methode zu beweisen.

Andererseits gab es ein historisches und in der Konkurrenz der Leitfiguren beider Ansätze begründetes ehrgeiziges Bemühen seit den frühen 90er-Jahren, die Überlegenheit der jeweils eigenen Methode zu beweisen.

Eine sehr positive Folge davon ist nun, dass es im Bereich der Erforschung der Wirkung von EMDR und somit seiner „Bewährung" zahlreiche Beiträge gibt, einerseits in Form von randomisierten kontrollierten Studien, die den zunächst pionierhaften Fallstudien und Fallberichten folgen, und dann letztlich in der Meisterdisziplin der Wirksamkeitsforschung, in den Metaanalysen, auf die dann oft Richtlinien- oder Leitlinienempfehlungen folgen (Genaueres auch Münker-Kramer, 2015, S. 21 und S. 168ff).

Inzwischen fast „klassische" Veröffentlichungen wie die von van Etten und Taylor aus dem Jahr 1998 (van Etten & Taylor, 1998) sind Vorarbeiten für weitere wichtige Metaanalysen, wie die von Bisson und KollegInnen im Jahr 2007 (Bisson et al., 2007), die in Großbritannien zu einer sehr pragmatischen und in Europa zur ersten im Gesundheitssystem relevanten Leitlinienanerkennung (NICE) führten, der Clinical Guideline Nr. 26 (März 2005), Behandlungsleitlinie des National Institute of Clinical Excellence zugunsten von EMDR und TF VT:

„[…] 3. Trauma-focused psychological interventions in adults: Adequately powered effectiveness trials of trauma-focused psychological interventions for the treatment of PTSD (TF-CBT and EMDR) should be conducted. They should provide evidence on the comparative effectiveness and cost effectiveness of these interventions and consider the format of treatment (type and duration) and the specific populations who may benefit." (NICE Guideline Nr. 26 2005, recommendations).

EMDR wurde 2013 von der WHO in den WHO-Richtlinien (Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress, (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/) als eine Methode empfohlen: „Now, WHO is extending this programme by including care for post-traumatic stress disorder (PTSD), acute stress and bereavement." Sie beziehen sich auf konkrete Zahlen zur Auswirkung traumatisierender Erlebnisse und Verlusterlebnisse in einer vorangegangenen WHO-Studie in 21 Ländern, bei denen 21,8 % der Befragten angaben, Gewalt als ZeugInnen miterlebt zu haben, 18,8 % zwischenmenschliche Gewalt erlebt hatten, 17,7 % in Unfälle, 16,2 % in kriegerische Auseinandersetzungen verwickelt gewesen waren und 12,5 % die Traumatisierung eines Angehörigen erlebt hatten. Die Studie zeigte weiter, dass 3,6 % der Weltbevölkerung im betroffenen Jahr an PTBS gelitten hatten. Die Konsequenz für die WHO war nun, nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten auch für die MitarbeiterInnen zu suchen und die konkrete Empfehlung lautet:

„In addition, referral for advanced treatments such as cognitive-behavioural therapy (CBT) or a new technique called eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) should be considered for people suffering from PTSD. These techniques help people reduce vivid, unwanted, repeated recollections of traumatic events. More training and supervision is recommended to make these techniques more widely available."

Zu erwähnen in unserem Sprachraum ist auch die deutsche Metaanalyse von Schulz et al. (Schulz et al., 2015), die 2014 in Deutschland in der Anerkennung von EMDR als Richtlinientherapie für PTBS als Kassenleistung mündete: „Bei EMDR handelt es sich um eine standardisierte psychotherapeutische Behandlungsmethode, die auf die Verarbeitung von als traumatisch erlebten Ereignissen und Erfahrungen zielt. Die Metaanalyse zeigt eine statistisch signifikante Überlegenheit gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie. Für EMDR als Behandlungsmethode bei einer PTBS (ICD-10 F 43.1) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der sektorenübergreifenden Bewertung einen deutlichen Hinweis für einen Nutzen festgestellt." (https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/557/).

Anmerkung: Der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) in Deutschland entspricht bei uns etwa dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, ein gesundheitspolitisch also höchst relevantes Gremium, das nicht leichtfertig Empfehlung für (ja letztlich kostenintensive) Behandlungsansätze gibt.

Deutsche Leitlinien wie die der AWMF (Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftlich-medizinische Forschung der Universität Düsseldorf (Flatten et.at., 2011) oder Arbeiten wie die von Elklit (Elklit et al., 2014) und von Chen (Chen et al., 2014) sind weitere Beispiele für internationale Forschung.

Aktuelle Studien wie z. B. Carletto et al. in diesem Jahr (Carletto et al., 2021) oder de Jongh et al. (de Jongh et al., 2020) fügen sich in diese Tradition ein.

Sozialrechtlich und volkswirtschaftlich interessant und preisgekrönt ist der vielbeachtete Artikel von Mavranezouli et al., der die Kostenfrage bei psychosozialen Behandlungen von PTBS untersucht und EMDR als „most cost effective intervention for adults with PTSD" beschreibt (Mavranezouli et al., 2020).

Diese offiziellen Bestätigungen und wissenschaftlichen Meilensteine für den praktischen Nutzen der Methode sind essenziell und kurbeln pragmatisch weiters wieder Forschung an. Zu erwähnen ist auch, dass diese intensive und kontinuierliche, auch neurobiologische Forschung zu den Wirkmechanismen von EMDR von z. B. Stickgold, Sack, van der Kolk, Pagani und vor Kurzem Shin et al. (Pagani, 2012; Rauch & van der Kolk, 1996; Sack, 2008, 2014; Shin et. al, 2019; Stickgold, 2008; van der Kolk, 1994,1997) neben dem Ziel zu erklären, warum EMDR wirkt, quasi als „Nebeneffekt" viele interessante neurobiologische Hypothesen über die Wirkung von Psychotherapie im Allgemeinen generieren konnte.

4. Was ist nun EMDR?

4.1. Assoziationen zu EMDR

Es besteht eine interessante Diskrepanz zwischen dem, was EMDR im Bereich der wissenschaftlichen Fundiertheit bietet und dem, was sich in der Öffentlichkeit oder auch Fachöffentlichkeit in der Praxis damit primär verbindet.

Häufige Assoziationen mit EMDR sind zunächst oft sehr plakativ und direkt – witzig – auch zu Beginn von Ausbildungskursen:

- „Ist das nicht das mit dem Winken (Wedeln, Wacheln …)?"
- „So eine Schnellheilung"
- „Da muss der/die PatientIn an das Schlimmste denken und auf die Finger schauen und dann ist er/sie bald geheilt."
- „So ein Hokuspokus, …Voodoo"
- „Keine Ahnung wie und warum, aber es wirkt …"
- „Das kann jede/r" – Technik/Übung …"
- „Eigentlich Hypnose?"

In der genaueren Beschreibung der Methode wird auf einiges davon noch eingegangen werden, die Richtigstellung in Bezug auf Aspekte wie Hokuspokus und Ähnliches erfolgte implizit bei der Darstellung der eindeutigen Wirkung im vorhergehenden Kapitel bereits. Die Überlegung, ob EMDR Hypnose sei, wurde von Nicosia schon sehr früh widerlegt, das EMDR-EEG ist ein Wach-EEG (Nicosia, 1995).

4.2. Der Begriff

Der komplizierte Begriff „Eye Movement Desensitization and Reprocessing" ist inhaltlich durchaus richtig, wenn auch sehr technikimplizierend und simplifizierend-reduktionistisch.

De facto erfolgt aber einerseits tatsächlich eine Art In- vitro-Desensibilisierung der Inhalte der Belastung, andererseits passiert deutlich mehr. Shapiro bemerkte das in den ersten Jahren der Anwendung, die unter dem Namen EMD wirklich praktisch eine Desensibilisierung war. Sie benannte, nachdem sie bemerkte, dass inhaltlich zusätzlich etwas passiert, die Methode in EMDR um: Es kommt etwas zur ursprünglich abgespeicherten Erinnerung (pathogene Erinnerung, dysfunktionale Erinnerung (Hase, 2021; Münker-Kramer, 2014, 2015) dazu: zusätzliches Material, entlastendes Material. Es findet eine Veränderung, ein Weiterverarbeiten, Wieder(re)-Prozessieren (processing) des Materials statt (Rost, 2016; Shapiro, 2013) – siehe auch genauer Kapitel 4.3. und 4.4.2.

Abgesehen von dieser inhaltlichen Richtigkeit des Begriffes erwähnte Shapiro in einem Interview bereits 2009, dass sie EMDR durchaus umbenennen würde in „Reprocessing Therapy", da das autonome Reprozessieren inzwischen klar als das wesentliche Kernelement gesehen werden kann. Da der Name EMDR allerdings etabliert ist und weltweit bekannt, wurde es dabei belassen.

4.3. Die Idee, das Modell hinter EMDR – AIP-Modell

EMDR basiert auf der Annahme einer grundsätzlich vorhandenen „systemimmanenten" spontanen Informationsverarbeitung beim Menschen, die im REM-Schlaf jede Nacht autonom stattfindet und in der Lage ist, überschaubare Belastungen, Ärgernisse, die die Person im Laufe des Tages erlebt hat, zu verarbeiten. Dies bedeutet konkreter die Einordnung der aktuellen Erfahrung in bereits vorhandene ähnliche oder vergleichbare Erfahrungen, die kognitiv-emotional-physiologische Integration im inneren System mit dem Ergebnis, dass das Ereignis im Gedächtnis – sogenanntes explizites Gedächtnis (Hofmann, 2014) – als Ereignis der Vergangenheit mit allen oben genannten Komponenten abgelegt ist.

Shapiro nennt dieses Modell „Adaptive Information Processing Model (AIP-Modell)" (Hase, 2021; Shapiro, 2013; Shapiro & Silk-Forest, 2010; Stickgold, 2008) als Hintergrundmodell für das Verständnis der Wirkung und Hilfe bei der Behandlungsplanung und Fallkonzeption im EMDR.

Diese Verarbeitung gelingt für überschaubare Belastungen und für Ereignisse, die irgendwo anknüpfen an die bisherige „Lebenswelt" und das Wertesystem der Betroffenen, es überfordert das System aber, wenn es unerwartet, überwältigend, überfordernd, katastrophal und Ähnliches ist. Diese semantischen Beschreibungen entsprechen dem, was die Diagnosesysteme über sogenannte stressinduzierte Erfahrungen sagen – dass etwas, das diese Erlebnisqualität hat, das Potenzial besitzt, das innere System zu überfordern (auch ICD-11 „Disorders specificially associated with stress" als eigene Kategorie, zu ICD-10 ausführlich in Münker-Kramer [2009]).

Shapiro nennt die Art von dann infolge solcher überlastender Erfahrungen auftretenden Erinnerungen dysfunktional gespeicherte Erfahrungen/Erinnerungen – auch pathogene Erinnerungen – und postuliert, dass diese dann Ursachen von Störungen sind und sich in sogenanntem dysfunktionalem Erleben und Verhalten im Hier und Jetzt bei den Betroffenen zeigen. Das oben genannte adaptive Selbstheilungssystem, das auf diese Weise überfordert wurde und für das der REM-Schlaf eine wesentliche Rolle zu spielen scheint (Stickgold, 2008), wird durch die EMDR-Behandlung unterstützt und die Simulation dieser bilateralen Stimulation im therapeutischen Setting scheint hierbei ein wichtiger Wirkfaktor zu sein.

Nach EMDR-Behandlung findet sich in bildgebenden Verfahren wieder eine Aktivierung kortikaler Regionen (z. B. Jatzko et al., 2007; Pagani, 2012; van der Kolk, 1998), die bei Konfrontation mit belastendem Material, bei dem die Aktivierung der limbischen Strukturen vorherrscht, nicht sichtbar ist. Klinisch sieht man in der Praxis dementsprechend groβe Effekte bei den Symptomen (Erleben, Verhalten) der Betroffenen.

Diese Veränderung, das „Reprocessing" das „R" beim EMDR passiert erlebbar „von innen", meist ohne zusätzliche Information von auβen – zumindest bei überschaubaren Belastungen, sogenannten Typ-I-Belastungen. Sie ist konkret erlebbar und spürbar, es sind –„metabolisierte" Veränderungen. Die Betroffenen beschreiben es als z. B. folgendermaβen „so, als sei es weiter weg", „die Erinnerung ist noch da, aber der Körper und die Gefühle sind anders", „ich weiβ jetzt, dass es passiert ist, aber in der Vergangenheit liegt", „ich komme nicht mehr hin", „ich bewerte es anders".

Es scheint, als würden sich im Zuge dieses Reprozessierens in der sogenannten Phase 4 des EMDR (siehe unten) neue Etiketten für alte Erinnerungen/Erfahrungen, neue Verbindungen zwischen Netzwerken, neue Überschriften, Einordnungen, Anpassungen ergeben bzw. Konsolidierung von vorher vagen Erkenntnissen passieren („der Kopf glaubt es, aber der Bauch nicht").

Dieser Effekt bzw. diese Beschreibung ist vergleichbar mit der Alltagserfahrung, dass man manchmal abends aufgebracht über bestimmte Tageserlebnisse ist und grübelt bzw. sich nicht beruhigen kann und dann nach einem Nachtschlaf aufwacht und das Ganze möglicherweise distanzierter betrachten kann bzw. es auch kognitiv-emotional anders bewerten kann und physiologisch ruhiger ist.

Der Effekt der Nachbearbeitung/Verarbeitung im REM-Schlaf ist mit dem Effekt nach einer EMDR-Sitzung vergleichbar, was sich mit dem zu Beginn dieses Kapitels Erwähnten verbindet.

Man könnte also vereinfacht sagen, dass die EMDR-Sitzung im klinischen Setting die Arbeit der REM-Schlaf-Phase nachliefert für Material, das die systemimmanente Informationsverarbeitung – das „mentale tägliche Verdauen" – nicht schafft in der Analogie zum Verdauen, wo bei zu schwer Verdaulichem auch zu Hilfsmitteln gegriffen werden muss. Sogar sprichwörtlich sagt man doch „das ist schwer zu verdauen", wenn man irritierende Dinge erlebt – hier schlieβt sich der Kreis zu Shapiros AIP-Modell.

4.4. Die Vorgangsweise konkret

4.4.1. Vorüberlegungen

Nach der Beschreibung der Entstehungsgeschichte von EMDR, der klinischen Wirkung, den wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen und dem angenommenen Modell hinter der Methode muss nun eine Darstellung der Vorgangsweise in Kurzform erfolgen.

Wie in jeder Art von traumaspezifischer Psychotherapie, die ja fast übereinstimmend dem Phasenmodell von Pierre Janet aus dem frühen 20. Jahrhundert folgt, muss eine sorgfältige Vorbereitung der Traumakonfrontation in der Phase der Anamnese und Stabilisierung (Phase 1 und 2) erfolgen in Abhängigkeit von Art und Ausmaβ der Traumatisierung (Hofmann, 2014; Münker-Kramer, 2015; Rost, 2016; Shapiro, 2013) und aufgrund dessen eine kompetente Auswahl des zu bearbeitenden Materials. Dann erfolgt eine gezielte Aktivierung und das Anstoβen der (im traumatischen Stress) steckengebliebenen Informationsverarbeitung.

In der Ausbildung und Supervision zu EMDR wird sehr genau darauf hingewiesen, dass die positive Wirkung der Traumabearbeitung (auch Traumaintegration, Traumametabolisierung genannt) essenziell von der kompetenten und angemessen vorsichtigen Vorarbeit und Diagnostik abhängig ist. Eines ohne das andere ist keine kompetente traumazentrierte Psychotherapie.

Hier ein kleiner Exkurs, was traumazentrierte Psychotherapie „möchte":

Nach ausreichender Stabilisierung (Übungen zur (Wieder-) Gewinnung von Kontrolle, Selbstwirksamkeit, innerer und äuβerer Mindestsicherheit – abhängig von Art und Ausmaβ der Traumatisierung/Belastung – soll die Traumakonfrontation und Integration erfolgen. Dies bedeutet Durcharbeitung der traumatischen Situationen im Sinne einer wiederholt herbeigeführten kontrol-

lierten Begegnung mit dem traumatischen Material auf einer (imaginativen) „inneren Bühne".

Dabei werden die mit der damaligen Belastung verbundenen und im Hier und Jetzt oft als Trigger belastenden oder über Trigger hervorgerufenen zum Ereignis gehörenden Bilder, Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen systematisch aufgerufen, um die Erfahrung zu ermöglichen, dass die Erinnerung in einem sicheren therapeutischen Setting ausgehalten werden kann und deutlicher Abstand zwischen der belastenden Erinnerung (dort und damals) und dem sicheren Hier und Jetzt hergestellt werden kann. Der Effekt soll sein, dass die Triggerbarkeit nachlässt und die Überwältigung durch Intrusionen und dissoziatives Erleben nachlässt bzw. endet. Verbreitete Methoden sind Bildschirmtechnik, Beobachtertechnik, EMDR, traumafokussierte (kognitive) Verhaltenstherapie, Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT), auch bewusste, deklarierte und klinisch sinnvolle Kombinationen.

4.4.2. Die Phasen im EMDR

In der traumaspezifischen Anamnese mit EMDR werden die Vorbelastungen und ihre aktuell noch bestehende „Ladung" erhoben – in Abhängigkeit von der grundsätzlichen Stabilität und dem Ausmaß der Belastungen. Hier wird zurückgegriffen auf sorgfältige Unterscheidungen der verschiedenen Arten von Traumatisierung und möglicher Komorbiditäten. Diese wurde an anderer Stelle ausführlich ausgeführt und ist nachzulesen (Fischer & Riedesser 2020; Hofmann, 2014; Huber 2020; Münker-Kramer, 2009, 2014b, 2015, 106 ff.). Daneben wird auch viel Wert gelegt auf die Erhebung von Ressourcen und Resilienzfaktoren, da ihre gezielte vorbereitende Bewusstmachung und Aktivierung als Gegenmittel zu Belastungen das Gelingen der Traumaverarbeitung maßgeblich mitbeeinflusst (siehe auch Münker-Kramer, 2016a; Rost, 2014; Rost & Münker-Kramer, 2016).

Die Phase zwei beim EMDR (analog bei anderen traumaspezifischen Psychotherapien) umfasst die innere (psychische, gegebenenfalls medizinische) und äußere (soziale, praktische) Stabilisierung (besonders bei kPTBS) je nach Ressourcen.

Dies bedeutet im Sinne der psychischen Stabilisierung einerseits das Erarbeiten/Aktivieren von Basisfertigkeiten und Fähigkeiten zu Selbstregulierung, Distanzierung, Dissoziationsstopp, andererseits auch innere Anreicherung durch imaginative Ressourcen und Wiedererinnerung an erlebte und hilfreiche Momente von Glück, Zufriedenheit, Stolz und Handlungsfähigkeit – je mehr dies als Gegenpart zu den Belastungen hilft, desto wirksamer ist es.

Die medizinische, soziale und praktische Stabilisierung ist von anderen Berufsgruppen vorzunehmen, aber die Initiierung, Bewusstmachung der Notwendigkeit, Vor- und Nachbereitung sind Teil der traumaspezifischen Tätigkeit in der Psychotherapie, gegebenenfalls auch die (Initiierung der) Absprache im Helferkontext.

Aufgrund der Zusammenschau der Ressourcen und Belastungen erfolgt dann gezielt in Kooperation mit dem/der PatientIn die Vorbereitung auf die Traumakonfrontation und die Behandlungsplanung als weiterer Aspekt der Phase zwei. Sie mündet letztlich in der Skizzierung und Visualisierung der für die Entstehung der aktuellen Symptomatik relevanten Ereignisse und Ereigniscluster der Vergangenheit mit ihren jeweiligen repräsentativen Erinnerungen. Abhängig von der Bedeutung der vergangenen Ereignisse für die aktuelle Symptomatik wird die Reihenfolge der mit EMDR zu behandelnden sogenannten „Targets" festgestellt und nach dem sogenannten EMDR-Standardprotokoll konzipiert. Hier werden die zugrundeliegenden Belastungen der Vergangenheit „prozessiert", um die Folgen im Hier und Jetzt zu neutralisieren, die pathogenen Erinnerungen zu entladen. Bei komplexeren Belastungsvorgeschichten im Sinne von Clustern mit Bindungspersonen wird eine schonendere und vorsichtigere Behandlungsplanungsstrategie angewendet – das umgekehrte Standardprotokoll.

In der Phase 3 des EMDR wird die definierte und relevante repräsentative Erinnerung auf allen Repräsentationsebenen einer traumatischen Erinnerung (äußere Szene – Bild, Gedanken über sich selbst, Gefühle, Körpererinnerungen) in ihrer Auswirkung auf das Erleben im Hier und Jetzt herausgearbeitet (sogenannte Bewertungsphase). Man möchte im sichereren therapeutischen Setting das aufrufen und spürbar machen (um es dann als Gesamtpaket integrieren zu können), was aufgrund von Triggern im Hier und Jetzt als Symptome auftritt.

Dazu erfolgt die Frage, welches repräsentative Bild (wie ein Standbild) der schlimmste Moment der Gesamterinnerung ist (z. B. Demütigung durch Lehrer, Szene an der Tafel), das jetzt erinnerlich ist. Die gedankliche Repräsentanz der belastenden Erinnerung wird in Form der blockierenden negativen Überzeugung über sich selbst, die im damaligen Ereignis ihren Ursprung haben könnte und jetzt spürbar ist, erfragt, z. B. „ich bin blöd", was man lieber jetzt über sich denken würde anstatt „ich bin blöd", z. B. „ich bin in Ordnung, ich bin kompetent" und wie sehr sich dies schon stimmig anfühlt (wird auf einer Skala definiert), dann die damit jetzt verbundenen und durch die Erinnerung jetzt aktivierte(n) Emotion(en), z. B. „Angst, Scham, Hilflosigkeit", den Grad der jetzt aktuell spürbaren Belastung in Kontakt mit dem Material und schließlich die aktuell spürbare Körperbelastung, die sich einstellt in Kontakt mit der Erinnerung.

In der Phase 4 des EMDR – Desensibilisierung und Reprozessieren –, in der der autonome innere Prozess angestoßen wird und durch bilaterale Stimulation und klinische und menschliche Präsenz angemessene Begleitung von außen geschieht, sind alle vier Repräsentationsebenen im Hier und Jetzt getriggert, die mit der pathogenen Erinnerung zusammenhängen und es fühlt sich für die PatientInnen so an wie in den Situationen, in denen sie „draußen" getriggert werden – etwas, das

sie kennen, als belastend erleben und behandelt haben möchten.

Der positive und wichtige Unterschied ist, dass sie jetzt und hier nicht alleine sind und wir ihnen in der therapeutischen Situation helfen, durch die Erinnerung „durchzugehen", dem Prozess zu folgen (was sonst im REM-Schlaf autonom passiert), was immer dazugehört und von außen stützen können (ganz normal aufgrund des Settings und auch mit speziellen Vorgangsweisen, wenn es überfordernd für das innere System der PatientInnen wird).

Diese Phase dauert so lange, wie sich belastendes Material auf dieser „inneren Bühne" zeigt, das verarbeitet werden muss, und sie kann sich auch über mehrere Therapiesitzungen ziehen. Wenn das der Fall ist, wird dafür Sorge getragen, dass die PatientInnen am Ende der Sitzung im Hier und Jetzt orientiert, körperlich stabil und distanziert vom inneren Material sind und zumindest mit neutralen Inhalten, am besten mit ressourcenreichen Inhalten, in Kontakt sind.

Ziel ist, dass letztlich das Ereignis zusammen mit den damit verbundenen Sinneswahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen als Erinnerung im expliziten Gedächtnis abgelegt werden kann, somit funktional gespeichert werden kann.

Nach der Bearbeitung der Belastung, sobald diese deutlich (durch eine weitere Skala überprüft, die sogenannte SUD-Skala-(Subjective Unit of Ddisturbance, Distress) reduziert ist, wird die vorher in Phase 3 avisierte und nun spürbare positive Selbstbewertung „verankert", d. h. auch mit körperlicher Repräsentanz in Verbindung gebracht – metabolisiert.

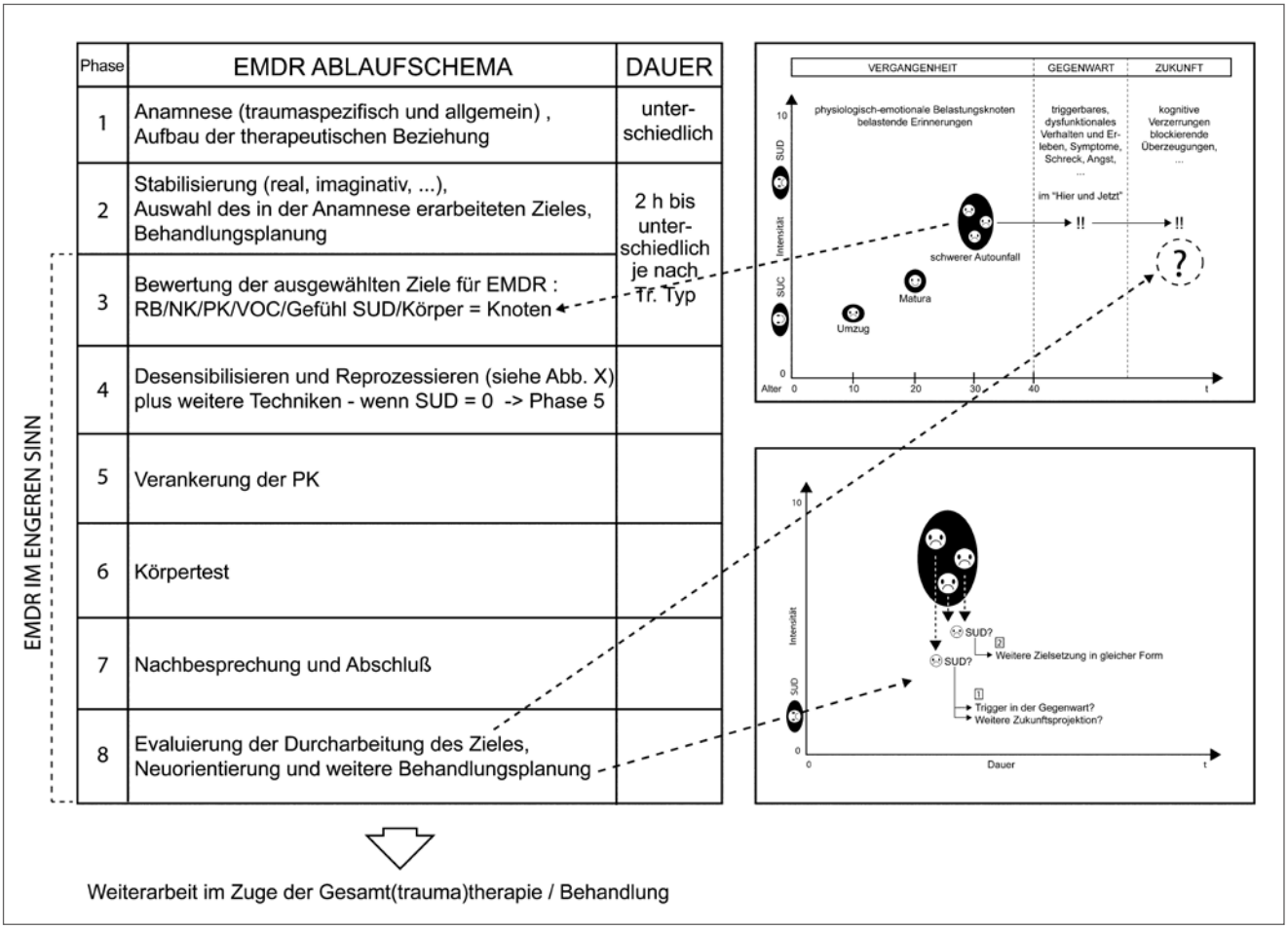
Die Phase 6, der sogenannte Körpertest, bietet eine letzte Instanz, noch einmal zu überprüfen, ob der innere Prozess und die gezielte Vorarbeit nachhaltig die metabolisierte Entlastung gebracht haben, sodass auch bei neuerlicher Triggerung der belastenden Erinnerung die Physiologie – der „ehrlichste" Speicher belastender Erinnerung (van der Kolk, 1994; Rothschild, 2002) nicht mehr reagiert.

Die Phase 7 dient zur gegebenenfalls notwendigen Stabilisierung der PatientInnen, bevor sie gehen, auf jeden Fall aber als kurze Nachbesprechung und Abschluss der Sitzung, Klärung von Fragen, Freuen über Erkenntnisse oder gute Aspekte, Geben von Information, wie die bearbeiteten Prozesse nachwirken können.

In der Phase 8, der Überprüfung in der nächsten Stunde, erfolgt eine Nachbesprechung und Weiterplanung anhand der berichteten Nachwirkungen durch die PatientInnen und anhand der visualisierten Belastungs- und Ressourcenlandkarte.

Zur Illustration der beschriebenen Abfolge soll untenstehende Abbildung dienen, die die Kombination der acht kurz beschriebenen Phasen des EMDR in Kombination mit den in der Anamnese erhobenen Belastungen und Ressourcen darstellt (auch Münker-Kramer, 2015, S. 101).

Abb. 1: 8 Phasen des EMDR und Ressourcen- und Belastungslandkarte



5. EMDR – über PTBS hinaus in Forschung und Praxis

Wie oben erwähnt, erfolgt nach einer eher praktisch bedingten Fokussierung von EMDR auf Traumafolgestörungen – Shapiro fand in den Anfängen hier die ersten Forschungsmöglichkeiten im Sinne erster RCTs (Münker-Kramer, 2015, 2017) – die Ausweitung auf pathogene Erinnerungen, dysfunktional gespeicherte Erinnerungen in der Entwicklung zahlreicher Adaptierungen schon seit ca. 15 Jahren (Luber, 2009).

In Forschung und Praxis wird seit einigen Jahren die Anwendung von EMDR ganz gezielt bei verschiedensten Diagnosen beforscht. Dabei finden nicht wissenschaftlich begleitete Anwendungsideen nicht den Weg in die von den internationalen EMDR-Fachgesellschaften anerkannten EMDR-Ausbildungen. Kasuistiken sind notwendig, um auf eine Spur zu kommen, aber sie werden dann durch kontrollierte Studien – RCTs – fundiert. Ein Beispiel ist die Indikation Depression für EMDR. Hier liegen inzwischen nach ersten kleinen Feldversuchen preisgekrönte und multizentrisch angelegte Forschungsarbeiten vor – eine aktuelle Buchpublikation von Hofmann et.al markiert diesen Weg (Dominguez et al., 2021; Hofmann et al., 2021). Weiters finden sich Beschreibungen in Übersichtsartikeln unter anderem zu EMDR bei Ängsten (Münker-Kramer, 2014a, 2014b, 2016b), bei Zwängen (Böhm, 2014), bei dissoziativen Störungen (Gonzales & Mosquera, 2012), bei primär somatischen Erkrankungen, bei Sucht, bei Psychosen. Verallgemeinert im Sinne des AIP-Modells und somit dem Konzept der pathogenen Erinnerungen entsprechend beschreibt Hase die breite(re) Anwendung von EMDR (Hase, 2021).

6. Qualitätssicherung

Abschließend sollen einige Worte zur Qualitätssicherung erfolgen, da EMDR eine invasive Methode wie eine Operation in der Medizin ist. Es benötigt entsprechend für eine erfolgreiche Anwendung im Sinne der Betroffenen – und nur das sollte der Fokus aller damit Beschäftigten sein – vor allem zwei Voraussetzungen in Kombination miteinander:

6.1. Methodentreue und nur evaluierte Modifikationen

Das Standardvorgehen bei EMDR auf Basis des AIP-Modells (Shapiro & Laliotis, 2010) – das Vorgehen nach 8 Phasen der Behandlung wurde 1995 erstmalig konzipiert und beschrieben und wird so noch heute weltweit gelehrt. Es ist bei vielen Diagnosen und Anwendungsbereichen per se angemessen und ausreichend. Es ist eine Besonderheit und ein Grundaspekt und Grundpfeiler ihrer Wirksamkeit und Programmatik (Münker-Kramer, 2017), dass EMDR abgesehen von wenigen grundsätzlichen Paradigmenwechseln kaum Abweichungen zwischen Theorie und Praxis beinhaltet. Es bedeutet Sicherheit und bestes Service für PatientInnen (Hase, 2021; Münker-Kramer, 2017; Rost, 2016).

Modifikationen im Sinne der oben für verschiedene Diagnosen erfolgten evaluierten Anwendungen sind sinnvoll, wenn das Standardvorgehen, das in sich extrem kreativ ist, aus klaren Gründen nicht reicht (Rydberg & Machado, 2020).

Die weltweit aktiven und tätigen Fachgesellschaften, die intensiv in ihrem Bemühen um theoretische Forschung und praktische Richtlinien kooperieren, halten diese Standards aufrecht und sind inzwischen als Referenzgrößen anerkannt. In Österreich wird dies über www.emdr-fachgesellschaft.at vertreten, eingebettet in EMDR Europa (www.emdr-europe.org). Bei beiden finden sich Auflistungen der ausgebildeten und zertifizierten TrainerInnen und Institute. EMDR Europe (www.emdr-europe.org) ist mit ca. 32.000 Mitgliedern und 35 Länderfachgesellschaften die weltweit größte regionale Dachgesellschaft.

Es sind immer begeisterte PionierInnen in den einzelnen Ländern, die durch ihre eigene Ausbildung und im Zuge der Selbsterfahrung (eben die Wirksamkeit und somit Bewährung der Methode) überzeugt werden und dann oft jahrelange Arbeit in den Aufbau der Strukturen stecken, um EMDR im eigenen Land einem breiteren Kreis von PatientInnen auf hohem Niveau verfügbar zu machen.

6.2. Fachkompetenz und klinischer Hintergrund der AnwenderInnen und Einbettung in Gesamtbehandlungen

Es braucht neben der fachlich fundierten, auf Basis einer zertifizierten Ausbildung und dem Standardvorgehen entsprechenden und reflektierten Anwendung von EMDR die klinische Grundkompetenz und Expertise des/der BehandlerIn. Dies ist ein weiterer wesentlicher Faktor: EMDR sollte seriös, akkordiert mit der klinischen Forschung und nur durch ausgebildete KlinikerInnen und „lege artis“ angewendet werden.

Dies bedeutet in Österreich als Basis einen Heilbehandlungsberuf wie Psychotherapie, klinische Psychologie oder Arzt/Ärztin mit psychotherapeutischer Ausbildung.

Es benötigt Vorbereitung und Einbettung in eine Behandlung – nicht „mal eben schnell und irgendwie“, es soll „EMDR drin sein, wo EMDR draufsteht“.

Standardisierung und Kontrolle durch Fachgesellschaften sind Versuche, dies sicherzustellen. EMDR ist auch im Bereich von Coaching und Selbsterfahrung anwendbar bzw. ist im Sinne der Bearbeitung pathogener Erinnerungen oft segensreich, der/die AnbieterIn soll aber auch zu einem der oben genannten Grundberufe gehören und in dieser Eigenschaft EMDR fundiert gelernt haben (Münker-Kramer, 2017).

Abschließend ist zu sagen, dass EMDR als Methode im Bereich der Traumafolgestörungen Typ I (ausführlich Münker-Kramer, 2009, 2015) und der evaluierten Komorbiditäten eine nachweislich wirksame und entlastende Methode ist. Im Bereich schwererer Traumafolgestörungen benötigt es Modifikationen in der Behandlungsplanung und gegebenenfalls aktivere Interventionen in der sogenannten Phase 4 im EMDR, der Traumakonfrontation.

Wesentlich ist Kompetenz im EMDR und ein fundiertes Verständnis des AIP-Modells in der Behandlungskonzeption, Kompetenz in der grundsätzlichen Arbeit mit der Zielgruppe, klinisches Wissen und Fähigkeiten sowie therapeutisch-menschliche Präsenz und Kompetenz und die Bereitschaft – man könnte fast sagen –, sich auf immer neue Abenteuer in diesen faszinierenden Prozessen mit berührenden Ergebnissen einzulassen.

Literatur

Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 190, 97-104.

Böhm, K. (2014a). EMDR bei Zwangsstörungen. In A. Hofmann (Hrsg.), EMDR – Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, 5. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage (S.196-198). Stuttgart: Thieme Verlag.

Carletto, S., Malandrone, F., Berchialla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., Hofmann, A. & Ostacoli, L. (2021). EMDR for depression: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology, 12, 1894736, https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894736.

Chen, Y.-R., Hung, K-W., Tsai, J.-C., Chu, H., Chung, M.-H., Chen, S.-R., Liao, M., Ou, K.-L., Chang, Y.-C. & Chou, K.-R. (2014). Efficacy of EMDR for Patients with PTSD: A meta-analysis of RCTs. PLoS ONE 9(8): e103676, dio:10.1371/journal.pone.0103676.

de Jongh, A., ten Broeke, E., Farrell, D. & Maxfield, L. (2020). Empirically supported psychological treatments: EMDR Therapy. In J. Gayle Beck and D. M. Sloan (Hrsg.), Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders, 2nd ed., doi: 10.1093.oxfordhb/9780190088224.013.33.

Dominguez, S. K., Matthijssen, S. J. M. A. & Lee, C. W. (2021). Trauma focused treatments for depression. A Systematic review and meta-analysis. PloS OnE 16 (7): e0254778. https://doi.org./20.1371/journal.pone.0254778.

Elklit, A., Hyland, P. & Shevlin, M. (2014). Evidence for symptom profiles consistent with PTSD and CPTSD in different trauma samples. European Journal of Psychotraumatology, 5: 24221 – http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24221.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2020). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 5. Auflage. Stuttgart: Reinhardt Verlag.

Flatten, G.. Gast, U., Hofmann, A., Lampe, A., Liebermann, P., Maerker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma und Gewalt, 3, 202-210.

Gonzales, A. & Mosquera, D. (2012). EMDR and Dissociation. The Progressive Approach. Selbstverlag. Erhältlich über EMDR Espana, www.emdr.es.

Hase, M. (2021). The Structure of EMDR Therapy: A guide for the therapist. open access, Frontiers of Psychology. doi: 3389/fpsyg.2021.660753.

Hofmann, A. (2014). EMDR – Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Mit Beiträgen von A. Hofmann, M. Hase, K. Böhm, S. Leutner, E. Münker-Kramer, D. Lantsch, F. Ebner, K. Barre, V. Tumani u.a., 5. ergänzte und vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Hofmann, A., Ostacoli, L., Lehnung, M. & Hase, M. (2021). Depressionen behandeln mit EMDR. Stuttgart: Klett-Cotta.

Huber, M. (2020). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Paderborn: Junfermann Verlag.

Jatzko, A., Ruf, M. & Schmitt, A. (2007). Durch EMDR normalisierte funktionelle Verarbeitungsprozesse bei PTBS. Eine fMRT-Pilotstudie. Poster DGPPN-Tagung 2007 in Berlin.

Luber, M. (2009). EMDR – Scripted Protocols. Basics and special situations. New York: Springer.

Mavranezouli, I., Megnin-Viggers, O., Grey, N., Bhutari, G., Leach, J., Daly, C. et al. (2020). Cost effectiveness of psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder in adults. PLoS ONE 15 (4): e0232245. https://doi.org10.1371/Journal.pone.0232245.

Münker-Kramer, E. (2009). Eustress – Distress – Extremstress/traumatischer Stress – und was dann? Folgestörungen und Behandlungsansätze. Psychologie in Österreich, 1, 54-62.

Münker-Kramer, E. (2014a). EMDR bei spezifischen Phobien und Panikattacken. In A. Hofmann (Hrsg.), EMDR – Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, 5. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage (S. 145-151). Stuttgart: Thieme Verlag.

Münker-Kramer E. (2014b). EMDR in der Traumatherapie. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR – ein effektiver und effizienter Ansatz zur Behandlung posttraumatischer Syndrome und darüber hinaus. Psychopraxis.neuropraxis, 17, 13-16. https://doi.org/10.1007/s00739-013-0136-3, http://link.springer.com/article/10.1007/s00739-013-0136-3.

Münker-Kramer, E. (2015). Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR. In der Reihe: Wege der Psychotherapie – richtungsweisende Einführungen in psychotherapeutische Ansätze. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Münker-Kramer, E. (2016a). Gezielte individuelle Ressourcenaktivierung im EMDR auf allen Repräsentationsebenen. In C. Rost (Hrsg.), EMDR zwischen Struktur und Kreativität (S. 148-163). Paderborn: Junfermann.

Münker-Kramer, E. (2016b). Traumaspezifische Psychotherapie mit EMDR – auch bei Ängsten. DAZ Nr. 73, 1, 12-15.

Münker-Kramer, E. (2017). EMDR – Entwicklung, Praxis und Veränderung. Psychotherapie Forum, 22(1-2), 31-37, doi: 10.1007/s00729-017-0089-8, PTHF-D-17-00005.1, http://link.springer.com/article/10.1007/s00729-017-0089-8.

Münker-Kramer, E., Hofmann, A. & Wintersperger, S. (2007). Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTSD auf dem Hintergrund der modernen Psychotraumatologie. Psychologie in Österreich 27, (1), 53-60.

NICE Report: National Clinical Practice Guideline No. 26: Post traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell & British Psychological Society, 2005, www.nice.org.uk.

Nicosia, G. (1995). EMDR is not hypnosis. Dissociation, 9,1,69.

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolas, G., Monaco, L. et al. (2012). Neurobiological correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. PloS ONE; 7: e45753.

Rost, C. (2014). Ressourcenarbeit mit EMDR. Paderborn: Junfermann Verlag.

Rost. C. (2016). EMDR zwischen Struktur und Kreativität: Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen. Mit Beiträgen von H. Hummel, R. Dörr, E. Münker-Kramer, D. Lantsch, F. Ebner u. a. Paderborn: Junfermann Verlag.

Rost, C. & Münker-Kramer, E. (2016). Bewährte Techniken im EMDR. In C. Rost (Hrsg.), EMDR zwischen Struktur und Kreativität (S. 129-141). Paderborn: Junfermann Verlag.

Rothschild, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Zur Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis-Verlag.

Rydberg, J. A. & Machado, J. (2020). Integrative psychotherapy or psychotherapy integration: The case of EMDR. European. Journal of Trauma and Dissociation, Volume 4, Issue 3, 100165. https://doi.org/10.1016.j.ejtd.2020.100165.

Rauch, S. & van der Kolk, B. (1996). A symptom provocation Study of PTSD using PET and script driven imagery. Archives of General Psychiatry, 53, 380-387.

Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F. & Hofmann, A. (2008): Alterations in autonomic tone during trauma exposure using EMDR. Results of a preliminary investigation. Journal of Anxiety Disorders, 22(7), 1264-71. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.007.

Schulz, S., Dahm, A., Herrmann-Frank, A., Martinsohn-Schittkowsky, W., Nocon, M. & Sühlfleisch-Thurau, U. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Eine Methode wird anerkannt. Ärzteblatt online. PP, 13(01), 34-6. Letzter Zugriff 24.1.2017.

Shapiro, F. & Laliotis, D. (2010). EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Integrative Treatment and Case Conceptualization. J. of Clin.Social Work, 39, 1919-200, doi 10.1007/s10615-010-0300-7.

Shapiro, F. & Silk Forrest, M. (2010). EMDR in Aktion – die neue Kurzzeittherapie in der Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag.

Shapiro, F. (2013). EMDR – Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag.

Shin, H.-S., Baek, J.,Lee, S., Cho, T., Kim S.-W., Kim, M., Yoon, Y., Kim, K., Byun, J., Kim, S. J. & Jeong, J. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. Nature, doi. org/10.1038/s41586-019-0931-y.

Stickgold, R. (2008). EMDR. A putative Neurobiological Mechanism of Action. Journal of Clinical Psychology, Vol. 58 (1), 61-75.

van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score. Memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress. Harvard Review of Psychiatry, 1, 253-265.

van der Kolk, B. A. (1997). The Psychobiology of posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, Vol 58, 6-24.

van Etten, M. & Taylor, S. (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-Traumatic-Stress-Disorder: A Meta-Analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy, 5, 126-144.

World Health Organization (WHO) (2013). WHO Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva: World Health Organization.

Internetzugriffe:

https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/557/, letzter Zugriff 20.8.2021.

ICD-11. https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/ letzter Zugriff 25.8.2021.

ICD-11. MMS Browser Version 2019 („frozen release"), letzter Zugriff 26.8.2021.

ICD-11. Coding Tool Version 2019 („frozen release"), letzter Zugriff 29.8.2021.

Internetseiten zum Thema:

www.emdr-institut.at: EMDR Institut Austria, österreichisches Partnerinstitut von Francine Shapiro, USA und Partner des EMDR-Instituts Deutschland, Anbieter spezifischer Fortbildungen im Bereich des EMDR in Österreich.

www.emdr-fachgesellschaft.at: Österreichische Fachgesellschaft für EMDR und spezielle Traumatherapie – Inhaltliche Information über EMDR, Qualitätsstandards, Ausbildungsvoraussetzungen und TherapeutInnenverzeichnis, einzige von EMDR Europa anerkannte und zertifizierungsberechtigte Fachgesellschaft für EMDR in Österreich.

www.oent.at: Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie: Information über Traumatherapie allgemein und TherapeutInnenverzeichnis.

www.emdr-institut.de: EMDR-Institut Deutschland, deutsches Partnerinstitut von Francine Shapiro, USA und Partner des EMDR Institut Austria, Anbieter spezifischer Fortbildungen im Bereich des EMDR, auch Behandlungsdemonstrationen.

www.nice.org.uk: laufend aktualisierte Behandlungsleitlinien, auch zu PTBS.

www.emdr-europe.org: EMDR Europe Association, europäische Fachgesellschaft, Dachorganisationen für alle autorisierten europäischen EMDR-Länder-Fachgesellschaften.

www.emdria.de: viel Information, auch Behandlungsvideos, deutsche EMDR-Fachgesellschaft.

www.emdr.com: EMDR-Institut von Francine Shapiro, USA.

www.emdria.com: EMDR International Association, Internationale EMDR-Fachgesellschaft.

Autorin

Mag.ª rer. nat. Eva Münker-Kramer

Klinische Psychologin; Psychotherapeutin (VT, Traumatherapie, EMDR); Notfallpsychologin; Wirtschaftspsychologin, Lehrtherapeutin VT; Supervisorin; Psychotherapeutin in eigener Praxis in Krems seit 1996; Trainings- und Vortragstätigkeit national und international in öffentlichen Institutionen und in der Privatwirtschaft, Supervision, Autorinnentätigkeit (Näheres: www.emdr-institut.at/institut/institutsleitung); Leitung EMDR Institut Austria (www.emdr-institut.at); Vorsitzende EMDR Fachgesellschaft Österreich (www.emdr-fachgesellschaft.at); Vizepräsidentin EMDR Europe Association (www.emdr-europe.org); Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Österreichischen Akademie für Psychologie; Vorstandsmitglied Verein für ambulante Psychotherapie (www.vap.or.at); EMDR Senior Trainer am EMDR Institut USA, Senior Trainer EMDR Europe.

EMDR Institut Austria
Brandströmstraße 7/7
A-3500 Krems/Donau
www.emdr-institut.at
muenker-kramer@emdr-institut.at