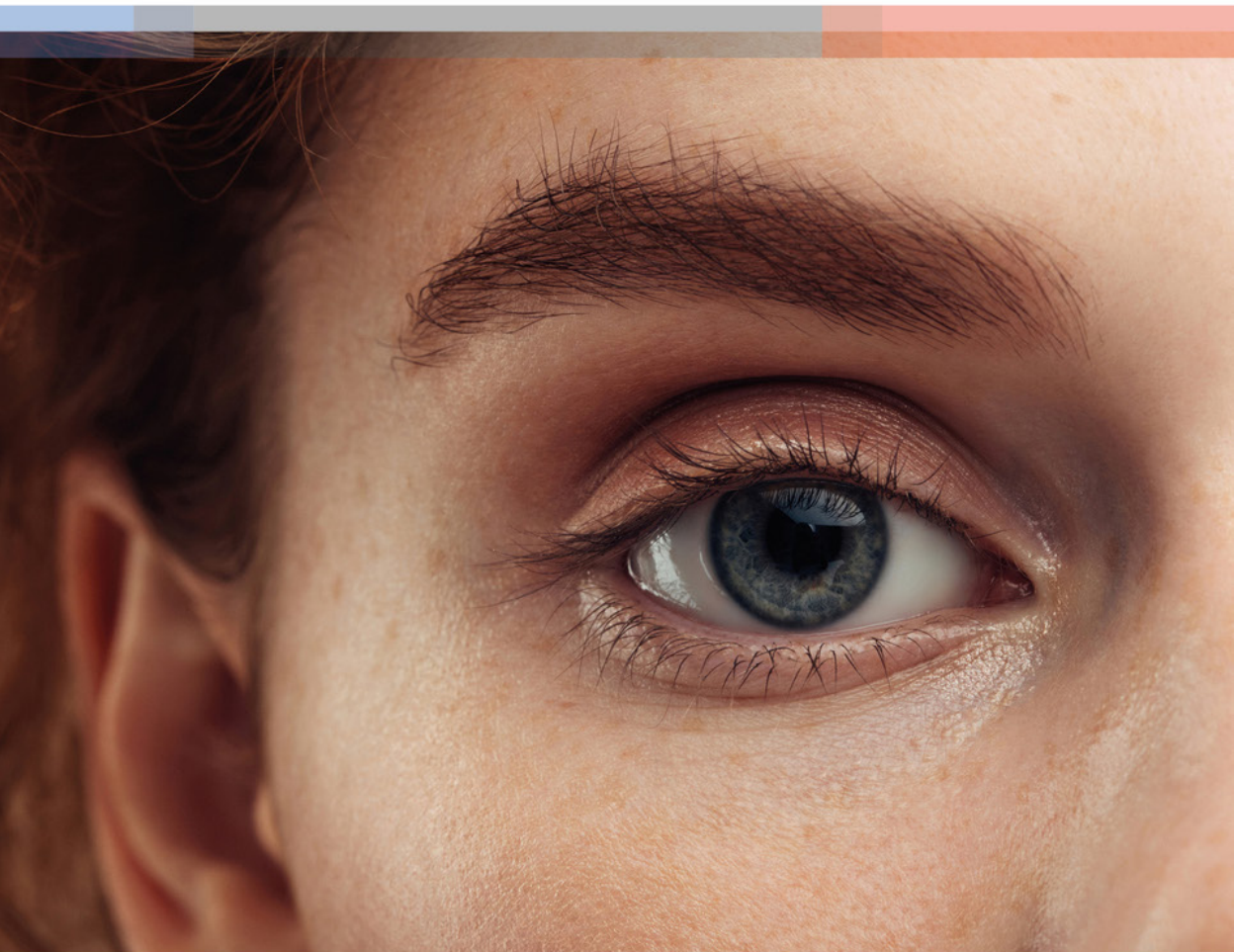


Michael Hase

EMDR lernen

Das Buch zur Ausbildung: Einführung
und Vertiefung





Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40213**

Michael Hase

EMDR lernen

Das Buch zur Ausbildung:
Einführung und Vertiefung

Dr. Michael Hase

EMDR Center
Im Kamp 9
21335 Lüneburg
info@emdr-center.com
www.emdr-center.com

Dipl-Psych. Ulrich Schmetjen

Praxis für Psychotherapie
Louisenstraße 7a
17235 Neustrelitz
UlrichSchmetjen@t-online.de

Dr. phil. Adrian Hase

Sportpsychologe
Rue du Simplon 7
1700 Fribourg
Schweiz
hasea8@gmail.com
www.adrianhase.com

Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow

KST Traumahilfe
An der Schule 26
21335 Lüneburg
www.kst-traumahilfe.de

Besonderer Hinweis:

Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autor und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen.

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe zum Zeitpunkt des Erwerbs.

Schattauer

www.schattauer.de
J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart
Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2026 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. §44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © iStock/CoffeeAndMilk

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40213-1

E-Book ISBN 978-3-608-12585-6

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20752-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Bücher dieser Welt,
Bringen Dir kein Glück,
Doch sie weisen dich geheim
In dich selbst zurück.
Dort ist alles, was du brauchst,
Sonne, Stern und Mond,
Denn das Licht, danach du frugst,
In dir selber wohnt.
Weisheit, die du lang gesucht
In den Bücherrein,
Leuchtet jetzt aus jedem Blatt –
Denn nun ist sie dein.

Hermann Hesse (1920)

Danksagung

An erster Stelle möchte ich Dr. Francine Shapiro danken. Für ihre Aufmerksamkeit, ihre wissenschaftliche Sorgfalt, ihre Ausdauer und ihre Offenheit. Sie hat über viele Jahre die EMDR-Therapie entwickelt und in die Welt getragen. Immer wieder versuchte sie, Kolleginnen und Kollegen dafür zu gewinnen, sich der EMDR-Therapie zu nähern und sie zu versuchen. Dabei hat sie viele persönliche Angriffe ertragen müssen. Mir hat die EMDR-Therapie viel gegeben. Möglichkeiten in der Behandlung der mir anvertrauten Patienten waren und sind von großem Wert; darüber hinaus war ich selbst mehrfach Patient in der EMDR-Therapie und kann sagen, dass mir die Behandlung das Leben gerettet hat. Auch dafür danke ich ihr.

Ich danke meiner Frau und meinen Kindern für die Toleranz meiner Abwesenheit, wenn ich mich dem Lernen oder der Lehre widmete. Besonders danke ich meinem Sohn Adrian, der mir, dem Praktiker, mit seiner guten wissenschaftlichen Haltung und seinem Wissen half und der auch ein hervorragendes Kapitel zu diesem Buch beitrug. Dann möchte ich an dieser Stelle auch Kerstin Stellermann-Strehlow und Ulrich Schmetjen danken, die mit ihren Kapiteln dieses Buch außerordentlich bereichern.

Meinen EMDR-Lehrern Gerry Puk, Marilyn Lubert und Arne Hofmann danke ich dafür, dass sie meinen Weg bereiteten und mich unterstützten. Ich danke auch meinem Freund und Mentor Wolf-R. Jonas, ohne dessen Begleitung ich wohl die ersten Schritte nicht gegangen wäre.

Zum Abschluss kommend möchte ich Frau Dr. Nadja Urbani, meiner Lektorin, und allen anderen am Zustandekommen dieses Buchs beteiligten Mitarbeitern des Klett-Cotta Verlags für ihre Ermutigung und vor allem Geduld danken, ebenso Frau Marion Drachsel für ihre gründliche Arbeit am Text. Ohne sie wäre dieses Buch nicht entstanden.

Einleitung

Vorsicht! EMDR kann faszinieren! EMDR hat ein Abhängigkeitspotenzial. So meinte zumindest einer meiner Ausbilder 1998 in London. Sid sagte: »I am an EMDR addict!« Und er hat nicht unrecht. Ich habe die EMDR-Therapie 1997, mit großer Skepsis, begonnen zu lernen und war von Beginn an fasziniert. Mich faszinierte das positive, ressourcenorientierte Menschenbild und die klare Zentrierung auf den Patienten¹. Und mich faszinierte das Reprozessieren der Erinnerungen, die inhaltliche Freiheit des Patienten in seinem individuellem Verarbeitungsprozess, in dem so viel zu finden ist. Diese Faszination hat mich Patient werden lassen. Und diese Faszination motivierte mich, mit meinen Patienten immer wieder Neues zu entdecken. Und sie dauert an. Auch heute noch erlebe ich Neues, lerne dazu, bin weiter fasziniert und lerne. Ich lernte, meine Vorannahmen hinter die Erfahrung des Reprozessierens zu stellen. Ich lernte, ein besserer Therapeut zu werden, und wurde dabei demütig. Und ich lerne weiter und bin immer noch, nach fast 30 Jahren, fasziniert. Also: Vorsicht, es könnte Ihnen ähnlich ergehen. Dennoch würde ich mich sehr freuen, wenn ich Sie gewinnen könnte, die EMDR-Therapie zumindest in ihren Grundzügen zu erlernen und anzuwenden, um dann zu entscheiden, ob Sie damit arbeiten möchten.

Als ich die Ausbildung begann, lagen Francine Shapiros erste Erfahrungen gerade einmal zehn Jahre zurück. Die Ausbildung bestand aus zwei Wochenenden, das Ausbildungsmanual war knapp und Supervision war in Deutschland kaum zu bekommen. EMDR war zum damaligen Zeitpunkt eine Technik zur Arbeit mit traumatischen Erinnerungen ausschließlich bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Die Entwicklung, ausgehend von einer spontanen Entdeckung, war nicht Theorie geleitet. Die Entwicklung von Prozeduren (Techniken), Protokollen (Behandlungsplänen) und Theorie war erratisch und dynamisch. Dies führt bis heute zur Verwirrung in Lehre und Anwendung und stellt die Lehrenden wie auch die Lernenden vor Herausforderungen.

In den folgenden Jahren kam es zu einer dynamischen Entwicklung in der Anwendung der EMDR-Therapie sowie der Theoriebildung. Aus der simplen Technik wurde die umfassende Psychotherapie, die heute ein eigenes Krankheits- und Veränderungsmodell, verschiedene Behandlungspläne – in der EMDR-Therapie **Protokolle** oder aktuell auch Behandlungsstrategien genannt – zur Therapie unterschiedlichster Störungsbilder sowie diverse Techniken zur Arbeit mit Erinnerungsmaterial anbietet. Diese Entwicklung hat nicht gerade zur Vereinfachung oder Klarheit in der Lehre beigetragen.

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Dies soll alle geschlechtlichen Formen implizieren, nicht nur die weibliche und männliche Form, sondern auch Menschen mit anderen geschlechtlichen Identitäten, und körperliche Vielfalt mitdenken lassen.

Neben dem Grundlagenbuch von Francine Shapiro, der Begründerin der EMDR-Therapie, gibt es weitere gute Bücher. Mir fehlte aber ein ausbildungsbegleitendes Lehrbuch, das in angemessener Weise Theorie beinhaltet, jedoch vorwiegend die Ausbildung unterstützt sowie die ersten Schritte in der Anwendung der EMDR-Therapie und ihre Entwicklung zum kompetenten EMDR-Therapeuten begleitet.

Dieses Lehrbuch nun soll Sie vom ersten Schritt, der Vorbereitung einer Ausbildung in Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR, bis zur kompletten Psychotherapie mit der EMDR-Therapie, auch mit komplexen Patienten, begleiten. Dazu habe ich die Gliederung dieses Lehrbuchs am Ablauf der EMDR-Grundausbildung ausgerichtet. So müssen Sie nur so viel lesen, wie es Ihrem Ausbildungsstand entspricht. Suchen Sie nach mehr Informationen, finden Sie diese ebenfalls. Ich führe Sie zu Beginn in eine Struktur der EMDR-Therapie ein, die Ihnen während der gesamten Ausbildung und Anwendung der EMDR-Therapie eine Orientierungshilfe sein soll. Nach der Theorie, die ich versuche, auf ein sinnvolles Maß zu beschränken, begleitet Sie dieses Buch in die praktische Arbeit mit der EMDR-Therapie, wie es auch in der zertifizierten Ausbildung gelehrt wird.

Natürlich darf hier ein Kapitel zur EMDR-Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht fehlen. Kerstin Stellermann-Strehlow führt Sie in diesen faszinierenden Bereich ein (→ Kap. 12.15). Zum Ende gehe ich auf die wichtigsten Patientengruppen oder Diagnosen ein, die mittlerweile evidenzbasiert zu behandeln sind oder sich in Entwicklung befinden.

Ein besonderes Augenmerk wird der EMDR-Therapie der Autismus-Spektrum-Störungen gewidmet. Ulrich Schmetjen hat hierzu einen hervorragenden Beitrag geschrieben (→ Kap. 12.12). Zu den Innovationen zählt auch ein Anwendungsgebiet, das über die klassische Heilbehandlung hinausreicht, die Anwendung der EMDR-Therapie im Sport und Leistungsbereich. Die Brücke bildet die Anwendung der EMDR-Therapie bei Personen, die aufgrund von Verletzungen an der Ausübung des Sports im Leistungs- oder Freizeitbereich beeinträchtigt sind. Mehr dazu finden Sie im von Adrian Hase (→ Kap. 12.14). Eine Informationen zur Gruppenanwendung in der EMDR-Therapie, eine Erläuterung der Qualitätssicherung, Hinweise zur Durchführung von Supervision und Informationen zur Entwicklungsrichtung der EMDR-Therapie runden dieses Lehrbuch ab.

Gebrauchsanweisung

Wie können Sie dieses Buch am besten für sich nutzen? Am Besten ist es, dieses Buch vom Anfang bis zum Ende zu lesen. Es kann aber auch sein, dass Sie ein einzelnes Kapitel lesen möchten, weil Sie gerade von einem bestimmten Aspekt der EMDR-Therapie gehört haben. Das sollte möglich sein, wenn Sie vorher die Kapitel zur Einführung und zur Terminologie gelesen haben. Auch empfehle ich Ihnen, sich früh mit dem Krankheits- und Veränderungsmodell der EMDR-Therapie, dem AIP-Modell, vertraut zu machen.

Zur Umsetzung in die Praxis stellen wir Ihnen viele Arbeitsblätter zur Verfügung, auf die ich in den jeweiligen Kapiteln verweise. Zudem können Sie einige Videos mit konkreten Anwendungen der EMDR-Therapie anschauen, die Ihnen bestimmte Techniken der EMDR noch lebendiger näher bringen. Sie finden das ergänzende Material unter der URL auf www.klett-cotta.de bereitgestellt.

Geben Sie im Suchfeld den folgenden Such-Code ein: **OM40213**.

Inhalt

1	Einführung in die EMDR-Therapie	15
1.1	Geschichtliche Entwicklung	18
1.2	Terminologie	22
1.3	Struktur	25
2	Grundlagen	28
2.1	Haltung und Menschenbild	30
2.2	Die therapeutische Beziehung	31
3	Das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell)	36
4	Wissenschaftlicher Hintergrund	42
4.1	Evidenz in der Behandlung der PTBS und anderer Störungsbilder	42
4.2	Erkenntnisse zum Wirkmechanismus der EMDR-Therapie	46
5	Erste Begegnung	53
6	Die acht Phasen der EMDR-Therapie	55
6.1	Phase 1 – Anamnese	56
6.1.1	Relative Kontraindikationen	58
6.1.2	Bewertung einer Erinnerung	59
6.1.3	Themenfelder (Informationsplateaus)	60
6.1.4	Diagnostik in der EMDR-Therapie	63
6.1.5	Behandlungsplanung	74
6.2	Phase 2 – Vorbereitung	79
6.2.1	Konkrete Durchführung	81
6.2.2	Die therapeutische Beziehung stärken	83
6.2.3	Psychoedukation	83
6.2.4	Das Setting der EMDR-Therapie und die Bilaterale Stimulation	87
6.2.5	Praktische Einführung in die Bilaterale Stimulation	94
6.2.6	Die Stabilität erhöhen	96
6.2.7	Entwicklung eines Ortes der gefühlten Sicherheit	97
6.2.8	Behandlungsstrategien und Techniken	102
6.2.9	Standardprotokoll nach Shapiro	106
6.2.10	Der individuelle Behandlungsplan	108
6.2.11	Ressourcentechniken	109

6.3	Phase 3 – Auswahl und Vorbereitung des Erinnerungsmaterials	121
6.3.1	Aktivierung der Zielerinnerung	123
6.3.2	Zusammenfassung	130
6.4	Phase 4 – Reprozessieren	132
6.4.1	Veränderungen beim Reprozessieren	134
6.4.2	Modi des Reprozessierens	135
6.4.3	Verlauf der Reprozessierungssitzung	137
6.5	Phase 5 – Verstärken der positiven Kognition	145
6.6	Phase 6 – Körperscan	147
6.7	Zusammenfassung der Phasen 4 bis 6	148
6.8	Phase 7 – Abschluss	153
6.9	Phase 8 – Nachbefragung	155
7	Fortführung der Behandlung	159
7.1	Das Zukunftstableau	161
7.1.1	Das Zukunftstableau im Überblick	162
7.1.2	Vorgehensweise bei der Erarbeitung des Zukunftstableaus	162
7.2	Flash-Forward-Technik	164
8	Der Morgen danach	165
8.1	Die ersten Patienten	165
8.2	Supervision in der Ausbildung	166
9	Komplexe Patienten und scheinbar unlösbare Probleme	168
9.1	AIP-basierte Behandlungsplanung und Durchführung bei komplexen Störungsbildern	169
9.1.1	Symptomentlastung versus umfassende Behandlung	177
9.1.2	Die Stabilität verbessern	179
9.1.3	Vergangenheit/Gegenwart/Zukunft	181
9.1.4	Regulierung der Belastung	182
9.2	Brückentechniken	184
9.2.1	Die CIPOS-Technik	184
9.2.2	Die Balance-Technik	188
9.3	Techniken mit reduzierter Assoziativität	195
9.3.1	EMD-Technik	196
9.3.2	Die Traumaerzählgeschichte	197
9.3.3	Die Vier-Felder-Technik	199

10	Besonderheiten in der Arbeit mit Erinnerungsmaterial bei komplexen Patienten	202
10.1	Umgang mit Stagnation	204
10.2	Kognitives Einweben	205
10.2.1	Technik des Einwebens	206
10.2.2	Klinische Themen und Kognitionen	212
10.2.3	Wann und wo kann ich Einweben?	212
10.3	Starke Emotionen im Reprozessieren	214
10.4	Weitere Probleme im Reprozessieren	215
10.5	Zum Ende der Reprozessierungssitzung	218
11	Andere EMDR-Anwendungsgebiete	220
12	Spezialisierte EMDR-Behandlungsstrategien	222
12.1	Akute Belastung	224
12.1.1	Die Akutbehandlungsstrategie nach Shapiro	224
12.1.2	Gruppenstrategien im Akutbereich	229
12.1.3	Group Traumatic Episode Protocol	231
12.2	Substanzabhängigkeit	233
12.2.1	Einführung	233
12.2.2	Komorbidität von Traumafolgestörungen und Substanzabhängigkeit	233
12.2.3	Das Suchtgedächtnis	235
12.2.4	Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung	235
12.2.5	Reprozessierung des Suchtgedächtnisses	236
12.2.6	Arbeit mit der CravEx-Behandlungsstrategie	239
12.2.7	Das konkrete Vorgehen in der EMDR-Standardtechnik	240
12.2.8	Reprozessierung am Suchtgedächtnis	241
12.2.9	Erfahrungen aus der Praxis	242
12.2.10	Aktuelle Untersuchungen	243
12.2.11	Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung Abhängiger	244
12.3	EMDR-Therapie im Alter	245
12.4	Phobien und Angststörungen	248
12.5	Bindung	251
12.6	Depression	255
12.7	Trauer	260
12.8	Dissoziative Störungen	262
12.9	Traumatisierung durch körperliche Erkrankung und/oder medizinische Behandlung	264
12.10	Chronischer Schmerz	266
12.11	EMDR-Therapie, Sex und Liebe	270

12.12	Autismus-Spektrum-Störungen	274
	ULRICH SCHMETJEN	
12.12.1	Autismus im historischen Rückblick	275
12.12.2	Prävalenz, Ätiologie und Komorbidität	276
12.12.3	Symptomatik der ASS (ICD-11: 6A02.0)	278
12.12.4	EMDR-Therapie bei Menschen mit ASS	281
12.13	EMDR-Therapie und Soldaten	285
12.14	EMDR-Therapie im Sport- und Leistungsbereich	286
	ADRIAN HASE	
12.14.1	Einführung und Hintergrund	286
12.14.2	Das Potenzial von EMDR	289
12.14.3	Modellvorschlag	291
12.14.4	Anwendungsfälle	294
12.15	EMDR-Therapie bei Kindern und Jugendlichen (EMDR-KJ) – Ein Einblick	295
	KERSTIN STELLERMANN-STREHLOW	
12.15.1	Einführung	295
12.15.2	Evidenz	296
12.15.3	Indikation: »Von der stressorbasierten Brille zum guten Grund«	297
12.15.4	Das entwicklungsadaptierte Protokoll – Vom Säugling zum jungen Erwachsenen	298
12.15.5	Therapeutische Beziehung	308
12.15.6	EMDR-Therapie und das System	309
12.15.7	Besonderheiten	310
13	Innovationen	318
14	Strukturen und Qualität	323
15	Supervision	325
16	Ausblick	328
17	Ressourcen	333
	Glossar	336
	Literatur	338
	Sachverzeichnis	363

1 Einführung in die EMDR-Therapie

Am Anfang waren die Augenbewegungen. Francine Shapiro wurde neugierig, als sie an sich selbst die Wirkung spontan aufgetretener Augenbewegungen bemerkte. Daraufhin setzte sie ihre Zufallsentdeckung in die Praxis um: Es entstand die EMDR-Therapie, wie wir sie heute kennen. Es war für Francine ein langer und mühseliger Weg, den sie mit viel Geduld und Begeisterung bis zu ihrem Tod 2019 gegangen ist.

Neugier ist also eine gute Voraussetzung, wenn Sie jetzt mit der Ausbildung beginnen. Und mit der Ausbildung beginnen Sie mit dem ersten Interesse, der ersten Lektüre oder dem Suchen nach einer Ausbildungsmöglichkeit. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichentherapeuten sollten darauf achten, dass die EMDR-Ausbildung durch *EMDR Europe*, den Dachverband der europäischen EMDR-Fachgesellschaften, zertifiziert ist. So können Sie sicher sein, eine hochwertige EMDR-Ausbildung zu erhalten. Ihre Entscheidung, mit der EMDR-Ausbildung zu beginnen, ist gut. Wenn Sie sich nach den ersten Erfahrungen dann für Ihren weiteren Weg in die EMDR-Therapie entscheiden, werden Sie es nicht bereuen. EMDR ist lebendig, innovativ und bleibt spannend. Auch nach den vielen Jahren und der wachsenden Erfahrung haben die Verarbeitungsprozesse, die ich in der Zeit mit Patienten erleben durfte und erleben darf, nicht an Faszination verloren. Die EMDR-Therapie lohnt sich und bleibt spannend!

Die Grundlage der EMDR-Therapie ist das Krankheits- und Veränderungsmodell, das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung, kurz AIP-Modell. Dazu werden Sie später mehr hören und lesen. Dennoch stelle ich hier einige Gedanken voran, da es die Arbeit mit den Patienten sehr erleichtert, wenn Sie von Beginn an das Problem des Patienten im AIP-Modell verstehen.

Die therapeutische Arbeit in der EMDR-Therapie beginnt in Ihrem Kopf mit einer AIP-basierten Sichtweise, möglicherweise lange bevor Sie zum ersten Mal die Hand erheben und die typischen Augenbewegungen einleiten. Das Denken im AIP-Modell führt dann zu spezifischen Handlungen im Verlauf der EMDR-Therapie.

AIP-MODELL

Das AIP-Modell geht davon aus, dass wir als Menschen grundsätzlich Information verarbeiten können. Verarbeitung, *Processing* im Original, bedeutet, Sinnvolles aus einer Erfahrung zu behalten, alles andere zu vergessen und die Erfahrung insgesamt zu integrieren. Dies ist mit einer adaptiven Speicherung der Erinnerung verbunden. Bei einer Störung dieses Prozesses bleibt die

Erinnerung zustandsspezifisch, nicht integriert und damit maladaptiv gespeichert. Diese Erinnerung ist dann Ursache der Symptome verschiedenster Störungsbilder und wird zum Ziel unseres Handelns in der EMDR-Therapie.

Damit rückten die Nachverarbeitung des maladaptiv gespeicherten Erinnerungsmaterials und die Technik der kompletten Erinnerungsnachverarbeitung, das **Reprozessieren**, mit den Phasen 4 bis 6 als Standardtechnik der EMDR-Therapie in den Mittelpunkt der Ausbildung und der therapeutischen Anwendung (→ Kap. 6). Im Laufe der Zeit hat Francine Shapiro ihre Sichtweise differenziert. Sie begann, die Bedeutung der adaptiv gespeicherten Information, meist als **Ressource** bezeichnet, zu betonen. Shapiro postulierte, dass das Reprozessieren eine Verbindung der maladaptiv gespeicherten Information mit der adaptiv gespeicherten Information, der Ressource, sei (Shapiro & Laliotis 2017a). Sie bringt das in der Aussage *»Ohne vorhandene und erreichbare Ressourcen kann nicht reprozessiert werden«* auf den Punkt. Diese Aussage bedeutet eine kleine Revolution in der EMDR-Therapie, denn damit wird die Ressourcenarbeit in der EMDR-Therapie quasi gleichberechtigt neben die Reprozessierung der maladaptiv gespeicherten Erinnerungen gestellt. Diese Revolution ist allerdings noch nicht so richtig wahrgenommen worden.

Francine Shapiro hat von Anfang an Daten erhoben, diese veröffentlicht und andere gedrängt, ebenfalls systematisch zu arbeiten. Damit hat sie den Grundstein zur evidenzbasierten EMDR-Therapie gelegt, die heute mit dem AIP-Modell über ein transdiagnostisches Krankheitsmodell verfügt und Behandlungsstrategien für eine Reihe von psychischen Störungen bereitstellt. Shapiro hat darüber hinaus den Grundstein für eine Struktur gelegt, die ebenfalls zur Entwicklung der EMDR-Therapie beigetragen hat. Sie initiierte die Gründung der ersten Fachgesellschaft, der *EMDR International Association*, und legte damit den Grundstein für eine Trennung von kommerziell orientierten Ausbildungsinstituten und den Fachgesellschaften, die sich der Entwicklung der EMDR-Therapie und der Qualitätssicherung besonders in der Ausbildung widmen. Nach und nach entstanden in Europa nationale Fachgesellschaften, die sich ab 1999 in der europäischen Dachgesellschaft *EMDR Europe* zusammenschlossen. *EMDR Europe* sichert die Qualität in der Ausbildung, sowohl in der Begrenzung des Zugangs als auch in der Kontrolle der Ausbilder und Ausbildungsinhalte. Bitte achten Sie auf das Siegel *»EMDR Europe zertifiziert«*. Damit können sie sich sicher sein, eine hochwertige Ausbildung zu bekommen.

Die EMDR-Therapie entwickelt sich dynamisch weiter. Zu Beginn war es die Eye Movement Desensitization(EMD)-Technik (Kap. 9.3.1), aus der dann die Standardtechnik der EMDR-Therapie wurde. Mittlerweile sind mehr als zehn verschiedene Ressourcentechniken beschrieben. Mit der CIPOS- und der Balance-Technik stehen uns zwei Brückentechniken zur Verfügung (→ Kap. 9.2). Mit der EMD-Technik, der Vier-Felder-Technik und der Traumaerzählgeschichte verfügen wir über mehrere Techniken mit reduzierter Assoziativität (→ Kap. 9.3).

Zu Beginn gab es einen Behandlungsplan, das sogenannte EMDR-Standardproto-

koll. Mittlerweile sind in acht Bänden der »*Scripted Protocols*«, herausgegeben von Marilyn Luber, eine Vielzahl von »Protokollen« veröffentlicht, wobei die klinische Bedeutung durchaus kritisch zu hinterfragen ist.

Die Evolution oder Proliferation gibt uns Möglichkeiten, die EMDR-Behandlung eines Patienten zu individualisieren. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese Proliferation hat jedoch auch zu einer Unübersichtlichkeit und Begriffsdiffusion geführt. Bisher war die Lehre und Anwendung der EMDR-Therapie klar geregelt. Das Standardkomitee von *EMDR Europe* legte fest, dass sich die Lehre und Anwendung der EMDR-Therapie an dem Lehrbuch von Francine Shapiro in der aktuelle Ausgabe orientieren müssen. Francine wird leider keine weitere Ausgabe herausbringen und damit die neuen Entwicklungen einordnen können. Diese Notwendigkeit wurde gesehen und es gab und gibt Versuche, damit umzugehen. Der erste Versuch war das *Future of EMDR therapy (FOET) Project*, 2019 initiiert und finanziert durch die amerikanische Fachgesellschaft *EMDR International Association*. Im *Council of Scholars* kamen Dutzende von EMDR-Kennern und Forscher zusammen, um über den derzeitigen Stand der EMDR-Therapie und die Weiterentwicklung zu diskutieren. In vier Arbeitsgruppen wurden Projekte bearbeitet. Die Arbeit des FOET kam aufgrund Geldmangels zu einem vorzeitigen Ende. Immerhin liegen mit einer Übersicht zur Evidenz der EMDR-Therapie außerhalb der PTBS von Matthijssen et al. (2020) und einem Positionspapier zum aktuellen Entwicklungsstand der EMDR-Therapie von Laliotis et al. 2021) zwei Veröffentlichungen aus den Arbeitsgruppen vor.

Im europäischen Raum hat sich das Standardkomitee von *EMDR Europe* dieser Aufgabe angenommen und Positionen zur EMDR-Therapie diskutiert und beschrieben (Oren 2025). So wird vorgeschlagen, den Begriff »Protokoll« nur für das EMDR-Standardprotokoll zu verwenden. Weitere »Protokolle« sollten mit dem Begriff »Behandlungsstrategie« belegt werden. Darüber hinaus wird gefordert, dass mehr als einfache Modifikationen des EMDR-Standardprotokolls durch Daten, die die Effektivität der Modifikation belegen, gestützt werden sollen. Sonst sollten diese Modifikationen als »experimentelle Innovation« bezeichnet werden.

An dieser Stelle möchte ich einige einordnende Bemerkungen zu Begrifflichkeiten der EMDR-Therapie machen. Meines Erachtens wurden in der Erstübersetzung des Lehrbuchs von Francine Shapiro (2018) einige unglückliche Entscheidungen getroffen, zu dieser Aussage komme ich nach einer Analyse der Texte aus ihren drei Ausgaben. Eine unglückliche Entscheidung war die Übersetzung des englischen Worts *protocol* in das Wort Protokoll. Shapiro meint mit dem *protocol* eine Leitlinie für die gesamte Behandlung eines Patienten (Shapiro 2018, S. 71). Dies ist m. E. am besten mit dem Wort »Behandlungsplan« übersetzt. An gleicher Stelle beschreibt Shapiro die Standardtechnik, im Englischen *standard procedure*, die in jeder Reprozessierungssitzung Anwendung findet.

Also haben wir einen Standardbehandlungsplan, der die gesamte Behandlung organisiert, und eine Standardtechnik für das Reprozessieren der Erinnerungsmaterials. Dies klärt viel der oftmals bestehenden Verwirrung.

Da ich davon ausgehe, dass sich die vom Standardkomitee vorgeschlagenen Be-

zeichnungen zumindest in Europa und damit auch im deutschsprachigen Bereich durchsetzen werden, wird in diesem Lehrbuch vom EMDR-Standardprotokoll als dem Standardbehandlungsplan in der EMDR-Therapie und darüber hinaus von Behandlungsstrategien gesprochen.

Im Rahmen der Einführung können wir einen Blick auf die allgemeinen Settings der EMDR-Therapie werfen. Die EMDR-Therapie entstand als Einzeltherapie im Präsenzsetting und wird auch heute noch überwiegend so ausgeführt. Es gibt mittlerweile Modifikationen zur Gruppentherapie, aber es mangelt hier noch an Evidenz und klarer Indikation. Eine solche Entwicklung wäre wünschenswert.

Durch die Coronakrise ist jedoch eine Entwicklung in Gang gesetzt worden, die ich für sehr unwahrscheinlich hielt: Die EMDR-Therapie ist in der Patientenbehandlung im Onlinesetting möglich und mittlerweile mit guter Evidenz versehen. Und auch die Ausbildung ist im Onlinesetting gut möglich. Moderne Zeiten!

1.1 Geschichtliche Entwicklung

In diesem Kapitel beschreibe ich kurz die Entwicklung der EMDR-Therapie vom »Spaziergang im Park« bis heute.

Da ich relativ früh mit der EMDR-Therapie in Kontakt kam, habe ich die Dynamik der ersten Jahre miterlebt und auch Francine Shapiro persönlich kennengelernt. Ich bin froh, diese Erfahrungen gemacht zu haben.

Francine Shapiro berichtete 1987 bei einem Spaziergang, die Wirkung spontaner Augenbewegungen entdeckt zu haben. Sie stellte fest, dass sich belastende Gedanken plötzlich distanzierter und entlasteter anfühlten, und bemerkte spontane horizontale Bewegungen ihrer Augen. Da Shapiro zu dieser Zeit im Mental Research Institut in Palo Alto arbeite und kriegstraumatisierte US-Veteranen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) behandelte, wurde sie auf einen möglichen therapeutischen Effekt der Augenbewegungen aufmerksam und begann, dies zu untersuchen. Eine Verbindung zwischen Augenbewegungen und inneren Verarbeitungsprozessen war schon 1964 im Rahmen der REM-Schlaf-Forschung beschrieben worden (Antrobus et al. 1964); die Forscher gingen einer möglichen therapeutischen Anwendung damals jedoch nicht nach. Es bleibt also das Verdienst von Francine Shapiro, den Einfluss der Augenbewegungen auf die mentale Verarbeitung erforscht und die therapeutische Anwendung systematisiert zu haben.

Shapiro bat zuerst Freunde, Verwandte und Studenten, an etwas Belastendes zu denken und die Augen schnell hin und her zu bewegen. Überwiegend berichteten die Versuchspersonen von einer subjektiv empfundenen Reduktion der Belastung. Allerdings gaben mehrere Teilnehmer an, dass es sehr mühselig sei, die Augen zu bewegen. Shapiro bot an, nach der Fokussierung auf die Gedanken ihrer Hand zu folgen, was von den meisten Versuchspersonen als einfacher erlebt wurde. Daraus entstand dann die

für die EMDR-Therapie typische Handhaltung und Stimulation durch Augenbewegungen.

Ermutigt durch die Ergebnisse begann Shapiro, mit ihren traumatisierten Patienten zu arbeiten. Glücklicherweise legte sie von Beginn an einen starken Fokus auf Systematik und Forschung, sodass sie bald erste Daten vorzeigen konnte. Im Denken war Shapiro zu dieser Zeit durch die Verhaltenstherapie geprägt, sodass sie die Reduktion subjektiv empfundener Belastung und das Ablassen von Bildmaterial bezogen auf traumatische Erinnerungen als eine Unterstützung der Desensibilisierung durch die vom Therapeuten indizierten Augenbewegungen verstand. Ihre erste Veröffentlichung zu den ermutigenden Ergebnissen (Shapiro 1989) des damals *Eye Movement Desensitization (EMD)* genannten Behandlungsansatzes wurde von Joseph Wolpe (1969) wahrgenommen und in den Diskurs gebracht. Dies führte zu einem Interesse an der EMD, sodass Shapiro begann, die EMD-Methode zu lehren und gleichzeitig Forscher aus anderen Feldern zu motivieren, ihre Ansätze systematischer zu beforschen und so die Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) insgesamt zu befördern.

Shapiro wandte die EMD-Methode an und lehrte. Die von ihr Ausgebildeten machten ebenfalls Erfahrungen und gaben Feedback. Shapiro begann zu verstehen, dass die Effekte der therapeutisch induzierten Augenbewegungen nicht nur zu einer Reduktion subjektiv empfundener Belastung und einem Ablassen des Bildmaterials führten, sondern über diese reine Desensibilisierung weit hinaus gingen. Man konnte spontane Veränderungen in assoziierten Erinnerungen und eine Generalisierung in Erinnerungsnetzwerken beobachten. Praktisch bedeutsam war die Entdeckung, dass zwei weitere Formen Bilateraler Stimulation – nämlich bilaterale alternierend angebotene taktile und auditive Reize – ebenfalls zu Veränderungen führten, selbst wenn der Effekt bei Augenbewegungen stärker ausgeprägt war.

Unter dem Einfluss von Ideen zur Informationsverarbeitung (Lang 1977) veränderte Shapiro ihr Konzept. Sie ging etwa seit 1990 davon aus, dass die Augenbewegungen oder Alternativen ein von ihr angenommenes Informationsverarbeitungssystem aktivieren, sodann unzureichend verarbeitete Erinnerungen nachverarbeitet werden und somit nicht mehr zu Symptomen führen. Aus der Desensibilisierungstechnik EMD wurde damit die *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*-Methode. Mit der Ausarbeitung des Krankheits- und Veränderungsmodells der EMDR-Therapie, des »Modells der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP; → Kap. 3), wurde die Grundlage für die umfassende Psychotherapie EMDR gelegt (Shapiro 1995). Aufgrund der Annahmen des AIP-Modells wurde eine Wirkung auf Erinnerungen außerhalb des Traumakonzepts vermutet. Mit einer Fallserie zum Phantomschmerz lagen erstmals Daten zum Einsatz der EMDR-Therapie außerhalb der PTBS vor (Tinker et al. 1997). Mit der Beschreibung der acht Behandlungsphasen wurde ein Konzept für die umfassende Psychotherapie eines Patienten vorgelegt und mit dem dreifach fokussierten Ansatz entstand der erste Behandlungsplan, das Standardprotokoll der EMDR-Therapie. Dabei müssen wir beachten, dass die Entwicklung der EMDR-Therapie aus einer spontanen Beobachtung entstand und immer wieder durch spontane Beobachtungen verändert

wurde. Die Entwicklung der EMDR-Therapie wirkt damit wenig geradlinig, zum Teil etwas erratisch. Dies hat auch zur Folge, dass ein früh entstandenes Konzept wie das der acht Phasen den aktuellen Entwicklungsstand der EMDR-Therapie zumindest in Teilen nicht mehr abbilden kann. Darauf werde ich in Kapitel 6 ausführlicher eingehen.

Zu Beginn der Entwicklung der EMDR-Therapie sah sich Shapiro vielen Angriffen ausgesetzt. Die von ihr vorgelegten Ergebnisse wurden angezweifelt, wobei auch ihre Ausbildung als Literaturwissenschaftlerin als Kritikpunkt herangezogen wurde. Die Bedeutung der Augenbewegungen wurde infrage und die Eigenständigkeit der EMDR-Therapie wurde insgesamt in Abrede gestellt. Shapiro versuchte, diesen Angriffen immer wieder durch Forschung zu begegnen.

Letztlich ist festzuhalten, dass die Wirksamkeit der EMDR-Therapie in der Behandlung der **Posttraumatischen Belastungsstörung** (PTBS) eindeutig belegt ist. Mehr als 30 randomisierte Studien und mehrere Metaanalysen in der Behandlung der PTBS bei Erwachsenen belegen ihre Evidenz (Chen et al. 2014; Hadar et al. 2022) sowie Überlegenheit und mindestens ihre Gleichwertigkeit (Lewis et al. 2024).

Dies führte zur Anerkennung durch relevante Institutionen, wie z.B. der WHO (2013). In Deutschland nahm der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2014 die EMDR-Therapie zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen auf (www.g-ba.de/beschluesse/2085/; letzter Zugriff: 25.01.2025). In der dazu durchgeführten Metaanalyse (Schulz et al. 2015) kommen die Autoren zu der Aussage, dass die EMDR-Therapie sowohl der indikationsunspezifischen wie auch der indikationsspezifischen Behandlung überlegen ist. Da in allen der Metaanalyse zugrunde liegenden Studien die EMDR-Therapie direkt mit einer Kontrolltherapie verglichen wurde, hätte die EMDR-Therapie aus wissenschaftlicher Sicht zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen zugelassen werden müssen. Eine solche Entscheidung hätte jedoch das System der kassen-psychotherapeutischen Versorgung gefordert. Daher wurde beschlossen, die EMDR-Therapie in das jeweilige Richtlinienverfahren einzubetten. Es ist notwendig, diese Entscheidung zu besprechen, da sich hieraus erklärt, warum es keine eigene EMDR-Abrechnungsziffer gibt. Die EMDR-Stunde wird mit der Ziffer des jeweiligen Richtlinienverfahrens abgerechnet. Dass der B-GA einen Befähigungsnachweis zur Erbringung der EMDR-Therapie forderte und Mindeststandards formulierte, geht in Richtung einer Qualitätsanforderung und ist grundsätzlich zu begrüßen. Zu erwähnen ist noch, dass eine Netzwerk-Metaanalyse (Mavranouzouli et al. 2020) zeigen konnte, dass die EMDR-Therapie in der Behandlung der PTBS Erwachsener die kostengünstigste Option ist. Dieser Befund ist in einer Zeit knapper finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen durchaus von Bedeutung.

Auch in der Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen belegen mehrere Studien und Metaanalysen die Evidenz der EMDR-Therapie (König et al. 2019; Moreno-Alcazar et al. 2017). Die WHO erkannte 2013 die EMDR-Therapie zur Behandlung gleichwertig neben der Traumafokussierten Kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT) über

alles Altersgruppen, also explizit auch für Kinder und Jugendliche, an (WHO 2013). Das der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie sich auch 2024 nicht zu einer positiven Bewertung durchringen konnte, wirft zumindest Fragen auf.

Mittlerweile zeigen viele Untersuchungen, dass belastende Kindheitserfahrungen eine Auswirkung auf die psychische und körperliche Gesundheit im Erwachsenenleben haben (Felitti et al. 1998; Klinger-König et al. 2024). Insofern wundert es nicht, dass nach Etablierung der Evidenz der EMDR-Therapie in der Behandlung der PTBS auch Versuche in der Therapie anderer Störungsbilder vorgenommen wurden. Etwa seit 2000 wurden zunehmend Daten zur Anwendung der EMDR-Therapie außerhalb der PTBS vorgelegt. Dabei ist die Breite der Anwendung groß. Von A wie Abhängigkeit bis Z wie Zwang wurden verschiedene seelische Störungen mit der EMDR-Therapie behandelt. Die Kreativität der EMDR-Therapeutinnen und -Therapeuten weltweit ist groß; das AIP-Modell bietet auch den geeigneten Rahmen, denn es handelt sich dabei um ein transdiagnostisches Modell. Eine Übersicht gaben Valiente-Gomez et al. (2017).

Aber wo kann man von zumindest guter Evidenz ausgehen? Eine Arbeit aus dem Jahr 2020 gibt den aktuellen Stand wieder (Matthijssen et al. 2020). In der Arbeitsgruppe wurde das Evidenzsystem nach Sackett zugrunde gelegt (Sackett 1989). David Sackett beschreibt fünf Evidenzgrade: von Grad 1 mit höchster Evidenz, beruhend auf großen randomisiert kontrollierten Studien (RCT) mit klaren Ergebnissen, bis zu Grad 5, dem niedrigsten Evidenzgrad, beruhend auf Fallserien und unkontrollierten Studien. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung waren sowohl die Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen als auch die Behandlung von Akutbetroffenen mit Evidenzgrad 1 versehen. Die EMDR-Therapie der unipolaren Depression, der einsatzbedingten PTBS und des chronischen Schmerzes wies immerhin einen Evidenzgrad von 2 auf.

Aussagekräftige Daten liegen auch in der Behandlung der substanzgebundenen Abhängigkeit zur Reduktion des Craving (Hase et al. 2008; Hogg et al. 2024; Martinez-Fernandez et al. 2024; Sarğın et al. 2025) und in der Therapie der komorbiden PTBS bei einer zugrunde liegenden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis vor (Burger et al. 2023; van den Bergh et al. 2017). Ich verzichte darauf, hier durchaus erfolgreiche Einzelarbeiten darzustellen. Eine aktualisierte Übersichtsarbeit ist in den nächsten Jahren zu erwarten.

Die EMDR-Therapie entwickelt sich weiter. Dabei wird zu diskutieren sein, wen wir zur Teilnahme an der zertifizierten EMDR-Ausbildung zulassen. Bisher ist der Zugang zur EMDR Europe-zertifizierten Ausbildung im Wesentlichen auf approbierte Therapeutinnen und Therapeuten beschränkt. Eine Ausnahme ist die begonnene Weiterbildung, welche zur Approbation führt. Damit bringen die Lernenden psychotherapeutisches Grundwissen mit, sodass die Ausbildung in der EMDR-Therapie kurz gehalten werden kann. In Anbetracht sich ändernder Studienabschlüsse ist auf jeden Fall eine Diskussion zu führen. Es gibt auch psychotherapeutisch sehr qualifizierte Suchttherapeuten, die zumindest derzeit von der Ausbildung ausgeschlossen sind, was ich aus meiner Erfahrung in diesem Bereich sehr bedauere. Die 2023 verstorbene Louise Maxfield, langjährige Herausgeberin des »Journal of EMDR« und intime Kennerin der Materie, sprach sich für eine Öffnung der EMDR-Therapie in Richtung niederschwelli-

ger Interventionen aus (Maxfield 2021). Die EMDR-Therapie entwickelt sich weiter und das ist gut so!

Letztlich führte die Wirksamkeitsforschung zu einer breiten Anerkennung in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung und darüber hinaus. Dies bildet sich auch in der Anerkennung der EMDR-Therapie in internationalen Leitlinien zur Behandlung der PTBS ab.

In Israel gilt die EMDR-Therapie als eine der drei anerkannten Therapien für Terroropfer (Bleich et al. 2002). Das »Department of Veterans Affairs & Department of Defense« (VA/DoD) hat 2010 die EMDR-Therapie in die Kategorie A für die Behandlung traumatisierter Menschen eingestuft (VA/DoD 2010). Laut dem *National Institute for Clinical Excellence* (NICE 2005) in Großbritannien gelten Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und die EMDR-Therapie als evidenzbasierte Therapien zu Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die WHO (2013) empfiehlt entweder die EMDR-Therapie oder die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. In Deutschland wurde die EMDR-Therapie 2014 zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen anerkannt. Die Metaanalyse des Gemeinsamen Bundesausschusses zeigte eine statistische signifikante Überlegenheit (der EMDR-Behandlung) gegenüber einer indikationsunspezifischen und -spezifischen Kontrollbehandlung nach Abschluss der Therapie (Schulz et al. 2015). Eine ganz aktuelle Entwicklung: Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat Anfang 2026 auch die Wirksamkeit der EMDR-Therapie für die Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen festgestellt.

1.2 Terminologie

An dieser Stelle möchte ich einige einordnende Bemerkungen zu Begrifflichkeiten der EMDR-Therapie machen. Wir sollten zur Kenntnis nehmen, dass es sich bei vielen in der EMDR-Therapie eingeführten Begriffen um Metaphern handelt. Es gibt eben keine »Assoziationskanäle« im Gehirn. Der Gebrauch von Metaphern ist sinnvoll, wenn sie zur Klarheit beitragen und das Verständnis erleichtern. Die Terminologie ist allerdings diesbezüglich kritisch zu überprüfen.

Mit der Entwicklung der EMDR-Therapie, einer wirklichen Innovation, wurden auch neue Begriffe notwendig, um die bis dato unbekannten Phänomene in der Anwendung dieser Therapiemethode abzubilden. Dabei orientierte sich Shapiro an ihr Bekanntem, wie der Verhaltenstherapie oder Theorien zur Informationsverarbeitung.

Shapiro selbst nahm dann im Laufe der Entwicklung Veränderungen vor. Zu Beginn verwendete sie den Begriff der »beschleunigten Informationsverarbeitung« (accelerated information processing), um ihn dann in »adaptive Informationsverarbeitung«

(adaptive information processing) zu ändern. Ich begrüße diese Veränderung sehr, da es im Kern tatsächlich um die adaptive Verarbeitung und die danach mögliche adaptive Antwort auf gegenwärtige Herausforderungen geht. Es zählt das Ergebnis und nicht die Zeit. Psychotherapie ist kein 400-Meter-Hürdenlauf. Interessanterweise findet sich der veraltete Begriff der beschleunigten Informationsverarbeitung (accelerated information processing) in der Originalausgabe ihres Lehrbuchs an verschiedenen Stellen. Es scheint so, als habe sie Teile ihres Lehrbuchs nicht überarbeitet, sondern in der vorherigen Version belassen.

An einer weiteren zentralen Stelle ersetzte Shapiro den Begriff »Bilaterale Alternierende Stimulation« (bilateral stimulation) durch »Bilaterale Stimulation in dualer Aufmerksamkeit« (dual attention bilateral stimulation). Sie will damit beschreiben, dass die Stimulation den Patienten auch in einer gegenwärtigen Aufmerksamkeit hält, er sich also bewusst ist, im Kontakt mit seinem Erinnerungsmaterial doch auch in der gegenwärtigen Sicherheit des therapeutischen Settings zu sein. Der hier anklingende Aspekt der therapeutischen Beziehung ist wichtig. Dies ließe sich aber auch anders beschreiben.

Mir ist nicht klar, warum Shapiro den klar umrissenen Begriff der Bilateralen Stimulation verlassen hat. Ich vermute, dass dies in einer Zeit geschah, als das Konzept der Bilateralen Stimulation und die EMDR-Therapie massiv angegriffen wurden. Vielleicht versuchte sie, ihren Kritikern weniger Angriffsfläche zu bieten. Denn unter dem Aspekt der Klarheit macht diese Veränderung keinen Sinn.

Meines Erachtens wurden in der Erstübersetzung des Lehrbuchs von Francine Shapiro einige unglückliche Entscheidungen getroffen, wozu ich nach der Analyse der Texte aus den drei vorliegenden Ausgaben gekommen bin:

- Eine dieser unglücklichen Entscheidungen war die Übersetzung des englischen Worts *protocol* in »Protokoll«. Shapiro meint mit dem »Protocol« eine »Leitlinie« für die gesamte Behandlung eines Patienten (Shapiro 2018, S. 71). Dies wäre meiner Meinung nach am besten mit dem Wort **Behandlungsstrategie** zu übersetzen. An gleicher Stelle beschreibt Shapiro die **Standardtechnik**, im Englischen *standard procedure*, die in jeder Reprozessierungssitzung Anwendung findet. Also haben wir eine Standardbehandlungsstrategie, welche der die gesamte Behandlung organisiert, und eine Standardtechnik für das Reprozessieren der Erinnerungsmaterials. Dies klärt viel der oftmals bestehenden Verwirrung.
- Eine weitere unglückliche Übersetzung ist das Wort **Knoten** für den von Shapiro benutzten Begriff *node*. Shapiro hatte sich an den Ideen zur Informationsverarbeitung von Lang (1977) orientiert. Shapiro meint mit dem »Node« eine Erinnerung, die man sich metaphorisch als eine Schnittstelle in Netzwerken vorstellen kann. Gleichzeitig führt Sie den Begriff der **maladaptiv gespeicherten Erinnerung** ein. Ich habe mich dafür entschieden, letzteren Begriff zu benutzen und auf »Node« (Knoten) zu verzichten.
- Shapiro hat bei der Entwicklung einer diagnostischen Technik einen Vorschlag von Browning (1999) übernommen und ausgearbeitet (Shapiro & Laliotis 2017a): Sie folgte Browning in der Namensgebung und nannte diese Technik **Floatback**. Im

deutschen Sprachraum wurde hierfür der Begriff **Affektbrücke** etabliert. Auch diese Entscheidung ist ungünstig, da der Begriff Affektbrücke in der EMDR-Therapie mehrfach besetzt ist. Insofern habe ich mich entschieden, den englischen Begriff »Floatback« zu benutzen.

- Statt eines **Set** als Begriff für eine bestimmte Anzahl Bilateraler Stimulationen benutze ich den Begriff **Serie** im Sinne einer Stimulationsserie.
- Ich nutze den Begriff **Netzwerk** anstelle des Begriffs **Cluster** für eine Anzahl durch Ähnlichkeiten verbundener Erinnerungen. Die Metapher »Netzwerk« scheint mir besser zu passen, da sich Shapiro auch Ideen der Netzwerktheorie bediente.
- Ich habe den schwierigen Begriff des *Informational Plateau* mit **klinischem Thema** übersetzt.

Weitere Begriffe werde ich an entsprechender Stelle einführen. Am Ende des Lehrbuches finden Sie auch ein kurzes Glossar der EMDR-Therapie, das die wichtigsten Begriffe erläutert (→ Kap. 18).

Sprache verändert sich und passt sich der Veränderung der Welt an. Wir können diesen Prozess auch in der EMDR-Therapie beobachten. Es bleibt die Frage, wer diesen Prozess moderiert oder normiert. In Europa hat sich das Standardkomitee der Dachgesellschaft *EMDR Europe* dieser Frage angenommen, um für die Mitgliedsländer von *EMDR Europe* einen einheitlichen Standard zu setzen. Das Standardkomitee widmet sich der Qualitätskontrolle besonders der Ausbilder und der Ausbildung und hat Standards für die Anwendung formuliert.

MERKE

Bezüglich der Terminologie hat sich das Standardkomitee entschlossen, nur von einem **Standardprotokoll nach Francine Shapiro** zu sprechen.

Das Standardprotokoll beinhaltet Fokussierung von Material in den drei Zeitdimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, wobei üblicherweise in der Vergangenheit begonnen wird. Andere »Protokolle« sollen als »Behandlungsstrategien« bezeichnet werden, vorausgesetzt, dass für die Anwendung der Behandlungsstrategie Daten vorliegen (Oren 2025). Bis eine Behandlungsstrategie durch Daten gestützt ist, sollte diese als **Innovation** bezeichnet werden.

Da ich davon ausgehe, dass sich die vom Standardkomitee vorgeschlagenen Bezeichnungen zumindest in Europa und damit auch im deutschsprachigen Bereich durchsetzen werden, will ich in diesem Lehrbuch von dem **EMDR-Standardprotokoll** in der EMDR-Therapie und darüber hinaus von **Behandlungsstrategien** sprechen. Neben dem Standardprotokoll sind eine Reihe von Behandlungsstrategien für verschiedenste Störungsbilder beschrieben worden. Wenn wir das Standardprotokoll oder eine andere Behandlungsstrategie für einen bestimmten Patienten nutzen, entsteht der **individuelle Behandlungsplan**.

1.3 Struktur

Am Anfang stand die zufällige Entdeckung der Wirkung spontaner Augenbewegungen – bezüglich der Reduktion der Lebendigkeit visueller Intrusionen und subjektiver Belastung traumatischer Erinnerung ein großer Fortschritt in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Der Grundstein wurde mit Eye Movement Desensitization (EMD), einer »Desensibilisierungs«-Technik, einer »Traumaauflösungs«-Technik, gelegt (→ Kap. 9.3). Sie entwickelte sich zu Grundlagen, Techniken und dem Standardprotokoll, zu den »Acht Phasen« der umfassenden Psychotherapie (→ Kap. 6). Es entstand das Krankheits- und Veränderungsmodell der EMDR-Therapie, das AIP-Modell, und damit eine robuste und flexible evidenzbasierte Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Seit 2000 gibt es die Anwendung und Forschung weit über die PTBS hinaus – mit 1195 zum Suchbegriff »emdr therapy« in der Datenbank PubMed gelisteten Artikeln bis April 2026. Mittlerweile ist die EMDR-Therapie die beste Option zur Behandlung der PTBS (Schulz et al. 2015), die am besten untersuchte Psychotherapie hinsichtlich des Wirkmechanismus und sie bietet eine Vielzahl von Behandlungsstrategien sowie verschiedenen Techniken. Die EMDR-Therapie wurde zur Psychotherapie für durch maladaptiv gespeicherte Erinnerungen verursachte Störungen (Shapiro 2014a; Solomon & Shapiro 2008) und ist mit dem transdiagnostischen Krankheits- und Veränderungsmodell, dem AIP-Modell, geeignet für eine Vielzahl von Patienten.

Unter dieser teils etwas erratischen Entwicklung litt die Übersichtlichkeit. Insofern macht es Sinn, sich Gedanken über eine Struktur der EMDR-Therapie zu machen (Hase 2021b). Die hier eingeführten Begriffe und Abkürzungen werden sich im Verlauf mit Leben füllen. Das Glossar im Kapitel 18 hilft weiter.

Abbildung 1-1 gibt einen Überblick über die Struktur der EMDR-Therapie.

▪ **Das AIP-Modell der EMDR-Therapie**

- Krankheit- und Veränderungsmodell; Menschenbild; therapeutische Beziehung; dreifacher Ansatz; duale Aufmerksamkeit

▪ **Die acht Phasen der EMDR-Therapie**

- Beschreibt den Ablauf der gesamten Behandlung - vom Beginn bis zum Ende
- Enthält Entwicklung der therapeutischen Beziehung, Anamnese, Vorbereitung, Arbeit am Erinnerungsmaterial, Stabilisierung

▪ **Standardprotokoll/Behandlungsstrategien**

- Organisiert die Behandlungsabfolge; führt zum Material (maladaptiv gespeicherte Erinnerung; Ressource)

▪ **Die Techniken (Prozeduren) in der EMDR-Therapie**

Die diagnostischen Techniken: direktes Fragen, Floatback, Affektscan, Somascan
Standardtechnik (4-6) (komplette Nachbearbeitung); red.

Assoziativität: EMD, VFT, TEG

Brückentechniken: Balance, CIPOS

Ressourcentechniken: IRI, xtRI, PoP; RDI, Absorption ...

▪ **Die Stimulation in einer Technik**

(Augenbewegungen, taktile Stimuli, Töne)

- Aktivieren das Informationsverarbeitungssystem und halten es aktiv

▪ **Die Interventionen im Prozess**

- Strukturell: Stimulationsdosis; Richtung der Augenbewegungen
- Inhaltlich: (kognitives) Einweben

Abb. 1-1: Die Struktur der EMDR-Therapie (Hase 2021b).

Die im Weiteren beschriebene Struktur der EMDR-Therapie beinhaltet die Idee einer Hierarchie.

EMDR-STRUKTUR UND AIP-MODELL

Die oberste Ebene, das sogenannte AIP-Modell, bestimmt die folgenden Ebenen (→ Abb. 1-1). Ich möchte dies an einigen wenigen Überlegungen verdeutlichen. Das AIP-Modell bildet die Grundlage der EMDR-Therapie und ist die Basis des Denkens, Planens und Handelns. Wenn eine Symptomatik nicht im AIP-Modell abgebildet werden kann, ist die Indikation für die Anwendung der Therapie fraglich. Wenn eine Technik Bilaterale Stimulation nutzt, aber nicht im AIP-Modell fundiert ist, wäre diese nicht der EMDR-Therapie zugehörig. Eine Behandlungsstrategie findet nur innerhalb der acht Phasen Anwendung, welche die gesamte EMDR-Psychotherapie eines Menschen beschreiben. Da die Phase 2 (Vorbereitung), die auch Elemente von Stabilisierung enthält, ein Teil der acht Phasen ist, ist Vorbereitung/Stabilisierung ein integraler Teil jeder EMDR-Therapie, selbst wenn diese in einer bestimmten Behandlungsstrategie nicht erwähnt ist. Die Bilaterale Stimulation ist immer eingebettet in eine Technik und wird nie außerhalb des strukturierten, manualisierten Ablaufs einer Technik angewandt.

Warum macht die Struktur der EMDR-Therapie Sinn? Zum einen erleichtert es uns die Kommunikation. Wenn wir uns über die Auswahl des zu bearbeitenden Materials verständigen, dann befinden wir uns auf der Ebene des Standardprotokolls bzw. der Behandlungsstrategien. Und es ist sehr wichtig, zu verstehen, dass die Wahl der Technik davon unabhängig ist. Wir können für die Arbeit am Material die jeweils passende Technik wählen. Damit gewinnen wir die notwendige Flexibilität, besonders für die Behandlung komplexer Patienten. In der Regel folgt die Wahl der Technik der Festlegung des zu bearbeitenden Materials. Daher ist die Ebene der Techniken unterhalb der Ebene des Standardprotokolls bzw. der Behandlungsstrategien angelegt.

Diese Struktur wird eine wichtige Hilfe für den Therapeuten werden. Wenn es ein Problem in der Durchführung der EMDR-Therapie gibt, ist es wichtig, zu verstehen, auf welcher Ebene das Problem liegt. Wir können dann versuchen, auf der entsprechenden Ebene eine Lösung zu finden. Zum Beispiel werden wir bei einer Stagnation in der Anwendung einer Technik nach einer geeigneten Intervention suchen. Wenn auf der Ebene keine Lösung zu finden ist, dann können wir durchaus auf die nächst höhere Ebene gehen und dort nach einer Lösung suchen, z. B. einen anderen Modus der Bilateralen Stimulation zu nutzen oder auf der darüber liegenden Ebene nach einer anderen Technik zu suchen. Dies ermöglicht erfahrenen Therapeuten gewissermaßen eine Selbstsupervision. Die Supervision im Erlernen der EMDR-Therapie wird dadurch aber nicht überflüssig (→ Kap. 15).

Im Folgenden werden wir nach einem ersten allgemeinen Überblick, dem AIP-Modell und dem wissenschaftlichen Hintergrund die acht Phasen der EMDR-Therapie, Grundlagen, das Standardprotokoll sowie andere Behandlungsstrategien und Techniken besprechen, die für den Einstieg und die weitere Entwicklung in der EMDR-Therapie wichtig sind.

2 Grundlagen

Die EMDR-Therapie ist eine Psychotherapie. Daher beinhaltet sie heute ein Menschenbild, eine Beschreibung der therapeutischen Beziehung, ein Krankheits- und Veränderungsmodell, unterschiedliche Behandlungspläne für verschiedene Störungsbilder und verschiedene Techniken zur Arbeit mit dem Erinnerungsmaterial. Ich möchte einige Begriffe kurz einführen. Wir werden uns im Verlauf mit den wichtigen Punkten in der nötigen Tiefe auseinandersetzen.

Früh in der Entwicklung der EMDR-Therapie entstand das Konzept der acht Behandlungsphasen. Grundsätzlich lässt sich damit die komplette Psychotherapie eines Menschen beschreiben. Als Shapiro das Konzept der acht Phasen entwickelte, gab es streng genommen nur eine Technik zur Bearbeitung des Erinnerungsmaterials, die Standardtechnik, die daher einen zentralen Platz in dem Konzept der acht Phasen einnimmt. Da es im Verlauf der Evolution der EMDR-Therapie zu einer Ausdifferenzierung mit der Entwicklung mehrerer Techniken kam, weist das Konzept der acht Phasen ein Manko auf. Es ist dennoch weiterhin zentral in der Lehre verankert und in Teilen nützlich.

- **Phase 1 – Anamnese:** In Phase 1 sammeln wir die notwendigen Informationen für die Behandlungsplanung und Durchführung.
- **Phase 2 – Vorbereitung:** Wir informieren den Patienten und stärken ggf. Ressourcen.
- **Phase 3 – Aktivierung:** Die für die Arbeit ausgewählte Erinnerung wird strukturiert aktiviert.
- **Phase 4 – Reprozessieren:** Durch Bilaterale Stimulation soll das Informationssystem aktiviert werden. Der größte Teil der Erinnerung wird nachverarbeitet.
- **Phase 5 – Verstärken:** Die positive Kognition wird verstärkt. Eine positive Selbstaussage soll durch Bilaterale Stimulation in der subjektiv empfundenen Gültigkeit gestärkt werden.
- **Phase 6 – Körperscan:** Möglicherweise noch vorhandene Reste des Erinnerungsmaterials sollen detektiert und durch Bilaterale Stimulation verarbeitet werden.
- **Phase 7 – Abschluss:** Die Sitzung wird strukturiert abgeschlossen, der Patient auf die Zeit bis zur nächsten Sitzung vorbereitet.
- **Phase 8 – Nachbefragung:** Das Material der Vorstunde wird überprüft, Veränderungen seit der letzten Sitzung werden aufgegriffen und die Behandlungsplanung wird überprüft. Es wird entschieden, womit und wie weitergearbeitet wird.

Mit den Phasen 4, 5, und 6 ist die Standardtechnik der EMDR-Therapie ein Teil der acht Phasen. Andere, ebenfalls wichtige Techniken sind hier nicht abgebildet. Auch ist die-

ses Konzept zu einfach, um die Behandlung komplexer Patienten abzubilden. Damit werden wir uns später auseinandersetzen (→ Kap. 6).

Für die Behandlungsplanung stehen in der EMDR-Therapie mehrere Strategien zur Verfügung. Die wichtigste Strategie ist das Standardprotokoll nach Francine Shapiro. Das Standardprotokoll leitet uns an, mit der Vergangenheit zu beginnen, was ja auch nahe liegt, da wir in der EMDR-Therapie die Ursache der Symptome in den maladaptiv gespeicherten Erinnerungen früherer Erfahrungen sehen, um dann über die Gegenwart in die Zukunft zu gehen. Mit dem Standardprotokoll lassen sich viele Behandlungen gut planen und durchführen. Es gibt jedoch noch eine Vielzahl anderer Behandlungsstrategien für Störungsbilder, die zum Teil wertvolle Hinweise für die Arbeit mit speziellen Krankheitsbildern liefern. Bei genauem Hinsehen fällt jedoch auf, dass diese Behandlungsstrategien in der Regel der Struktur des Standardprotokolls folgen.

MERKE

Ein spezifisches Vorgehen darf sich erst dann Behandlungsstrategie nennen, wenn der Wert durch strukturiert erhobene Daten bewiesen ist. Sonst sollte ein solches Vorgehen eine Innovation genannt werden (Lalot et al. 2021; Oren 2025).

Aus der Anwendung einer Behandlungsstrategie auf den einzelnen Patienten entsteht der individuelle Behandlungsplan, der dann in der konkreten psychotherapeutischen Behandlung umgesetzt wird.

Wir müssen unbedingt die Behandlungsstrategie von den Techniken der EMDR-Therapie unterscheiden. In der Umsetzung der Behandlungsstrategie werden meist verschiedene Techniken der EMDR-Therapie angewandt werden. Alle Techniken der EMDR dienen der Modifikation des Erinnerungsmaterials, meist mit dem Ziel einer adaptiven Speicherung.

Bei den Techniken der EMDR-Therapie können wir die Ressourcentechniken, die das Ziel verfolgen, eine Ressource aufzubauen oder erreichbarer zu machen, von den Brückentechniken und den Techniken der Erinnerungsnachverarbeitung unterscheiden. Die Standardtechnik der EMDR-Therapie mit den ReprozessierungsPhasen 4–6 nimmt eine zentrale Rolle ein. In der Anwendung einer Technik unter Bilateraler Stimulation erwarten wir eine adaptive Veränderung des Erinnerungsmaterials. Sollte dies nicht eintreten, haben wir mit den spezifischen Interventionen eine Möglichkeit, den Verarbeitungsprozess zu beeinflussen. Tabelle 2-1 bietet einen Überblick. Die wichtigsten Techniken und Intervention einschl. der Abkürzungen werden im weiteren Verlauf in der gebotenen Tiefe besprochen.

Ressourcentechniken	Brückentechniken	Nachverarbeitung
■ Basale Ressourcentechniken – IRI – xtRI – Position of Power ■ Fokussierte Ressourcentechniken – RDI – Absorptionstechnik – ...	■ CIPOS ■ Balance-Technik	■ Standardtechnik (Phasen 4–6) ■ Reduzierte Assoziativität – EMD – Traumaerzählgeschichte – Vier-Felder-Technik

Tab. 2-1: Ressourcen-, Brücken- und Nachverarbeitungstechniken.

CIPOS = Constant Installation of Present Orientation and Safety; EMD = Eye Movement Desensitization; IRI = Instant Ressource Installation; RDI = Ressource Development and Installation; xtRI = Extensive Ressource Installation

Aus der Anwendung der Techniken auf das Material des Behandlungsplans entsteht die individuelle EMDR-Therapie eines Patienten. Und genau darin, also in der Wahl des richtigem Materials und der richtigem Technik zu einem bestimmten Zeitpunkt, besteht die Kunst der EMDR-Therapie. Dies bietet auch die Möglichkeit, die Durchführung der Therapie zu individualisieren und an die besonderen Bedürfnisse vieler, auch fragiler Patienten anzupassen.

2.1 Haltung und Menschenbild

Nur Technik, oder was? Der oft gegebene Verweis auf das notwendige manualgetreue Vorgehen sowie die »Protokolle« und Techniken der EMDR-Therapie könnten dies nahelegen, denn immer wieder wird die EMDR-Therapie von außen als »technisch« oder auch kalt wahrgenommen. Dabei zeigte eine Untersuchung, welche die Manuale verschiedener evidenzbasierter Therapien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) verglich, etwas anderes: In der EMDR-Therapie wird mehr auf positives Material geachtet als in anderen Therapien (Contractor et al. 2022). Wer die EMDR-Therapie leibhaftig erlebt hat, der konnte auch einen anderen Eindruck gewinnen: nämlich den Eindruck einer warmen, feinfühlig abgestimmten Interaktion von Therapeut und Patient innerhalb der Struktur der EMDR-Therapie, der Behandlungsstrategien und manualisierten Techniken.

In der Tat sollte die Technik hinter die Haltung treten, bei aller notwendigen Präzision. Das AIP-Modell der EMDR-Therapie geht von einer positiven Grundannahme aus: Jeder Mensch hat die Fähigkeit, das Erlebte adaptiv zu verarbeiten, daraus zu lernen und daran zu wachsen. Nur bei einer Unterbrechung der Aktivität des Verarbei-

tungssystems kommt es zur maladaptiven Speicherung der Erinnerung und damit zur Ausbildung von Symptomen. Letztlich zielt die therapeutische Arbeit in der EMDR-Therapie auf die Restitution der Verarbeitung. Es kann sein, dass in der Behandlung des akut traumatisierten Menschen die Anwendung einer Ressourcentechnik (→ Kap. 6.2.11) oder der CIPOS-Technik (→ Kap. 9.2.1) ausreicht, um das Informationsverarbeitungssystem wieder in Aktivität zu bringen. Dann können wir als Therapeuten passiver werden und die Spontanverarbeitung nur begleiten. Es kann auch sein, dass wir die Standardtechnik der EMDR brauchen, um die maladaptiv gespeicherte Erinnerung komplett zu reprozessieren. Diese nachverarbeitete Erinnerung steht danach als Ressource zur Verfügung. Wir werden dabei immer die Ressourcen des Patienten berücksichtigen und dem sich entwickelnden Verarbeitungsprozess größtmögliche Freiheit geben. Ich nehme dabei den Patienten als Experten für den Inhalt wahr und respektiere auch für mich überraschende Veränderungen, vor allem in der Anwendung der Standardtechnik. Je eigendynamischer der in der Therapie angestoßene Verarbeitungsprozess ist, desto nachhaltiger scheint die Wirkung.

Ich als Therapeut bin Experte für die Struktur der EMDR-Therapie. Besonders in der Anwendung der manualisierten Techniken arbeite ich präzise und manualgetreu. In der Behandlungsdurchführung, der Auswahl von Material und Technik entsteht immer wieder Raum für Kreativität. Wenn ich mich aber an die manualisierten Techniken halte, bin ich als Therapeut inhaltlich zurückhaltend. Je eigendynamischer der in der Therapie angestoßene Verarbeitungsprozess ist, desto mehr erleben sich die Patienten als selbstwirksam. Ich interveniere dort, wo es der Verarbeitungsprozess erfordert. Und ich verstehe mich als Begleiter für den Prozess der Veränderung des Patienten in der EMDR-Therapie.

2.2 Die therapeutische Beziehung

Alle Beziehungen beinhalten einen gegenseitigen Austausch, den man auch als Kommunikationskreis verstehen kann. Jeder Kommunikationskreis hat einen Anfang und ein Ende. Der Austausch kann verbal, nonverbal oder eine Kombination aus beidem sein. Wenn Kommunikationskreise empathisch sind und leicht fließen (jede Person liest, versteht die Absicht und reagiert empathisch auf die Signale des anderen), wird dies oft als Synchronität oder Einstimmung bezeichnet.

Die therapeutische Beziehung ist eine ganz besondere Art von Beziehung und gilt als integraler Bestandteil jeder Psychotherapie. Angesichts sehr unterschiedlicher theoretischer Grundlagen unterscheidet sich die Definition der therapeutischen Beziehung selbstverständlich zwischen den wichtigsten psychotherapeutischen Ansätzen. Es gab einige Versuche, gemeinsame Elemente zu definieren; eine oft zitierte Sichtweise besteht aus zwei miteinander verbundenen Teilen (Weisz 1998): der positiven emotionalen Verbindung des Klienten zum Therapeuten und einer gemeinsamen Kon-

zeptualisierung der Aufgaben und Ziele der Therapie zwischen Klient und Therapeut (Bordin 1979). In der Literatur hat sich die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung in mehreren Studien als besonders wichtiges Element für positive Behandlungsergebnisse bei Erwachsenen herausgestellt (Horowitz et al. 1984; Luborsky et al. 1988). Shirk & Saiz (1992) haben argumentiert, dass diese Prozessvariable aufgrund der nonverbalen Natur vieler Formen der klientenzentrierten Therapie und Spieltherapie für Kinder hier einen noch bedeutenderen Beitrag zum Behandlungsergebnis bei Kindern leisten könnte. Dies scheint auch im Hinblick auf die nonverbalen Eigenschaften der EMDR-Therapie von Interesse zu sein. Selbst wenn die allgemeine Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie kaum infrage gestellt wird, erscheint es durchaus verständlich, dass sich der Fokus auf die psychotherapeutische Beziehung zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen aufgrund ihrer unterschiedlichen theoretischen Grundlagen unterscheidet. Bezüglich der EMDR-Therapie werden wir sicherlich starke Ähnlichkeiten zwischen der Anamnese und Vorbereitung, den Phasen 1 und 2 der EMDR-Therapie und einer gemeinsamen Konzeptualisierung der Aufgaben und Ziele der Therapie durch Patient und Therapeut erkennen. Man darf annehmen, dass auch hier eine positive emotionale Verbindung des Patienten zum Therapeuten von Vorteil ist.

Ein weiteres wichtiges Thema könnte das Menschenbild in der EMDR-Therapie sein. Das AIP-Modell nimmt an, dass im Menschen ein Informationsverarbeitungssystem angelegt ist. Bei angemessener Aktivität dieses Systems werden Informationen mit dem Ziel einer adaptiven Lösung verarbeitet, einschließlich einer angemessenen, adaptiven Speicherung der Erinnerung. Allerdings müssen die zur Verarbeitung benötigten Ressourcen vorhanden und erreichbar sein. Dies führt zu persönlichem Wachstum. Der pathologische Zustand bezieht sich auf eine Inaktivität des Informationsverarbeitungssystems. Der Therapeut handelt, um den Neustart des adaptiven Informationsverarbeitungssystems zu erleichtern und es dynamisch zu halten, damit eine angemessene Nachverarbeitung stattfinden kann. In gewisser Weise ist der Therapeut in der EMDR-Therapie ein Experte für die Struktur des therapeutischen Prozesses, aber nicht für den Inhalt der Aufarbeitung. Die EMDR-Therapie lässt dem Klienten Freiheit hinsichtlich der Inhalte und ermöglicht es ihm so, sich auf seine ganz individuelle Aufarbeitung einzulassen und dabei zu bleiben, was zu seinem eigenen, individuellen Ergebnis führt. Diese Überlegungen zum Menschenbild in der EMDR-Therapie sind wichtig, da sie die unterstützende Haltung des Therapeuten bestimmen, der davon Abstand nimmt, Informationen in die Aufarbeitung einzubringen, wenn dies nicht unbedingt notwendig ist. Es ist jedoch notwendig, die therapeutische Beziehung in der EMDR-Therapie genauer zu beschreiben.

Francine Shapiro hat die therapeutische Beziehung ausdrücklich in ihrem Lehrbuch und noch deutlicher im Manual der EMDR-Grundausbildung erwähnt (Shapiro & Laliotis 2017a, b), jedoch davon abgesehen, die therapeutische Beziehung in der EMDR-Therapie näher zu beschreiben. Dworkin (2005) veröffentlichte ein Lehrbuch über den »relationalen Imperativ«, indem er versuchte, die therapeutische Beziehung in der EMDR-Behandlung zu beschreiben. Das Lehrbuch gibt ein Beispiel dafür, wie

eine psychodynamische Orientierung an die EMDR-Therapie angepasst werden und den therapeutischen Prozess bereichern kann. Dworkins Aussage, die EMDR-Therapie mit einem relationalen Fokus zu betrachten, rückt einen wichtigen Aspekt in den Mittelpunkt, ist aber in gewisser Weise begrenzt. Natürlich ist die therapeutische Beziehung ein wichtiger Teil der EMDR-Therapie, da es sich um eine Psychotherapie handelt, aber sie unterscheidet sich in hohem Maße von der therapeutischen Beziehung in anderen psychotherapeutischen Ansätzen. Der echte AIP- bzw. EMDR-Therapieaspekt ist wichtig.

Ein wichtiger Unterschied könnte sein, dass sich der Therapeut in der EMDR-Therapie als Experte für die Struktur der Therapie, nicht aber für deren Inhalt versteht. Dies spiegelt sich in Shapiros Vorstellung wider, dass das im Patienten angelegte Informationsverarbeitungssystem in der Lage ist, Informationen zu verarbeiten (Shapiro 2018). Der Therapeut ist dafür verantwortlich, das System zu aktivieren und es in einer dynamischen Form zu halten. Shapiro (2018) rät dem Therapeuten wiederholt, sich aus dem Prozess herauszuhalten, offene Fragen zu stellen und sich generell zurückzunehmen, sondern nur Bilaterale Stimulation (BLS) hinzuzufügen, solange die Informationen verarbeitet werden.

In anderen Phasen der EMDR-Therapie, z. B. in den Phasen 1, 2 oder 7, ist der Therapeut aktiver. Die diagnostischen Verfahren in Phase 1, das Interesse des Therapeuten an den Ursprüngen der Probleme des Klienten, scheinen zur Entwicklung der therapeutischen Beziehung beizutragen. Natürlich ist die Fähigkeit, sich auf den Klienten einzustellen und die Geschichte entsprechend der Affekttoleranz des Klienten zu titrieren, für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung von grundlegender Bedeutung. In der EMDR-Therapie hat der Therapeut eine ganz besondere Möglichkeit: Er kann die sich entwickelnde therapeutische Beziehung als Ressource nutzen und die EMDR-Ressourcenstärkung auf diese Ressource anwenden. Ein Ansatz wie die Instant Ressource Installation (IRI) (→ Kap. 6.2.11) erleichtert die Entwicklung der therapeutischen Beziehung (Hase 2021a).

Die richtige Dosierung, Geschwindigkeit und der richtige Rhythmus der Bilateralen Stimulation (BLS) innerhalb der Ressourcenstärkung und der Erinnerungsverarbeitung sind von großer Bedeutung. Wenn der Therapeut in der Lage ist, den Prozess des Klienten achtsam zu begleiten und die Bilaterale Stimulation an die Bedürfnisse des Klienten anzupassen, trägt dies zu einer sicheren Umgebung und der besonderen therapeutischen Beziehung in der EMDR-Therapie bei. Dies lässt sich zwar bis zu einem gewissen Grad beschreiben, muss aber erlebt werden. Das Anbieten dieser Erfahrung ist ein zentraler Bestandteil der Ausbildung des EMDR-Therapeuten sowie der Vorbereitung des Klienten.

Da in der Psychotherapie das Bindungssystem oft aktiviert wird und die therapeutische Beziehung im Allgemeinen mit Bindung zusammenhängt, könnten einige Überlegungen zur Bindung hinzugefügt werden. Das Bedürfnis nach Bindung ist ein lebenslanges Thema und beschränkt sich nicht nur auf die Kindheit. Das Kind muss lernen, in einer Welt zu überleben, die es nicht verstehen kann. Durch wiederholte Erfahrungen in Bezug auf die Bindungsfigur lernt das Kind, was es beispielsweise von seiner Mutter

erwarten kann. Dieses Lernen etabliert implizite Regeln in Bezug auf die Frage: »Wie muss ich sein, um mit dir in Kontakt zu bleiben?« Die Vorhersehbarkeit der Bezugsperson ist eine gute Grundlage für die Entwicklung des Säuglings. Man könnte davon ausgehen, dass die Vorhersehbarkeit des Therapeutenverhaltens in den manualisierten Verfahren der EMDR-Therapie zur Entwicklung der therapeutischen Beziehung beiträgt.

Laut Brisch (2016) hängt die Entwicklung der Bindung zwischen dem Säugling und der Bezugsperson von der Feinfühligkeit der Bezugsperson ab. Die Bezugsperson mit der größten Feinfühligkeit wird zur primären Bindungsfigur des Säuglings. Feinfühligkeit fördert die Entwicklung von Bindung. Wie lässt sich Sensibilität definieren? Laut Brisch (2016) zeigt sich Feinfühligkeit in der Sprache, im Rhythmus, im Augenkontakt, in der Berührung und vor allem in der Fähigkeit, die Signale des Säuglings wahrzunehmen, ohne sie falsch zu interpretieren, und sofort und angemessen zu reagieren.

In der EMDR-Therapie bieten wir Sprache an, aber noch wichtiger ist der Rhythmus. Wir halten Augenkontakt, ohne aufdringlich zu sein. Manchmal bieten wir Berührungen an. Am wichtigsten ist jedoch, dass wir die Signale unserer Klienten wahrnehmen, darauf achten, nicht aufdringlich zu sein, und gleichzeitig schnell und angemessen reagieren. Dies zeigt sich in den oben genannten Ideen und Regeln der EMDR-Therapie. EMDR scheint eine »feinfühlige« Psychotherapie zu sein (Hase & Brisch 2022). Dies könnte teilweise die besondere Beziehung in der EMDR-Therapie erklären, die sich schnell zu entwickeln scheint und eine sichere Umgebung bietet, welche es unseren Klienten ermöglicht, zu verarbeiten, zu wachsen und die Vergangenheit hinter sich zu lassen.

Tabelle 2-2 stellt die Prinzipien des feinfühligsten therapeutischen Verhaltens in Beziehung zu Handlungen in der EMDR-Therapie dar.

Feinfühliges Verhalten	EMDR-Therapie
Sprache	Hilfe bei Erarbeitung der Kognitionen Verbale Unterstützung während der Stimulation Einwebeintervention
Rhythmen	Bilaterale Stimulation Timing der Stimuli und der Pausen
Blickkontakt	Wahrnehmen des Gesichtsausdrucks Führung der Augenbewegungen
Berührung	Taktile Stimulation
Das Gegenüber wahrnehmen	Aufmerksame Wahrnehmung unter Stimulation
Nicht missinterpretieren	Verbale Zurückhaltung »Dem Prozess nicht im Weg stehen«
Unmittelbar und angemessen	Den Patienten in der Stimulation halten und unmittelbar auf Veränderungen reagieren

Tab. 2-2: Prinzipien des feinfühligsten therapeutischen Verhaltens in Beziehung zu Handlungen in der EMDR-Therapie.

Mittlerweile liegen Daten vor, welche die oben genannte Hypothese stützen. In einer Befragung von 149 Therapeuten, die Selbsterfahrung in der EMDR-Therapie gemacht hatten, wurde mittels eines Fragebogens das Selbsterleben in der EMDR-Therapie überprüft (Hase et al. 2025). Die Faktorenanalyse der erhobenen Umfragedaten stützte ein Ein-Faktoren-Modell und bestätigte damit die Annahme, dass ein den Bedürfnissen des Patienten angemessenes und vorhersehbares, in dem Sinne auch feinfühliges Therapeutenverhalten mit der Entwicklung der therapeutischen Beziehung in der EMDR-Therapie zusammenhängt.

ZUSAMMENFASSUNG

Die EMDR-Therapie lässt sich als eine feinfühlige Therapie beschreiben. Vorliegende Daten stützen diese Annahme. Es ist von großer Bedeutung, dass sich Therapeuten an die manualisierten Techniken der EMDR-Therapie halten. Dies fördert das Erleben von Vorhersagbarkeit und Verlässlichkeit und damit die Entwicklung der therapeutischen Beziehung. Die vorliegenden Daten könnten erklären, warum sich die therapeutische Beziehung in der EMDR-Therapie oft rasch entwickelt und recht robust ist.

3 Das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell)

Das Krankheits- und Veränderungsmodell der EMDR-Therapie ist das **Adaptive Information Processing Model**, in der Regel als **AIP-Modell** bezeichnet (Shapiro 1995, 2018). Ins Deutsche übersetzt sprechen wir vom **Modell der adaptiven Informationsverarbeitung**. Hier fällt uns schon auf, dass Shapiro von dem Informationsverarbeitungssystem spricht und nicht von einem Erinnerungsverarbeitungssystem. Selbst wenn wir in der EMDR-Therapie immer wieder von der Arbeit mit Erinnerungen sprechen, sind Erinnerungen doch nur Stellvertreter der Information. Dies wird uns im Verlauf noch beschäftigen.

Das AIP-Modell geht davon aus, dass in Netzwerken organisierte Erinnerungen die Grundlage von Gesundheit und Pathologie sind. Das im Menschen angelegte und im Rahmen seiner Entwicklung dann ausgebildete Informationsverarbeitungssystem (AIP-System) ist auf gesunde Integration von Erfahrungen ausgelegt. Dabei extrahieren wir die für uns wertvolle Information, die für die Bewältigung späterer Anforderungen hilfreich ist, und vergessen das, was nicht unbedingt notwendig ist. Wenn eine Erfahrung erfolgreich verarbeitet wird, wird diese adaptiv gespeichert, assoziiert mit ähnlichen Erfahrungen. Diese Netzwerke von verarbeiteten, adaptiv gespeicherten Erinnerungen verbinden Vergangenheit und Gegenwart. Das AIP-System ist darauf ausgelegt, auch intensive oder hochbelastende Erfahrungen zu verarbeiten. Solange das AIP-System aktiv ist, wird die Erfahrung verarbeitet und adaptiv gespeichert. Nicht nur positive Erfahrungen werden adaptiv gespeichert. Auch intensive oder hochbelastende Erfahrungen werden so zu adaptiv gespeicherten Erinnerungen an schlimme Erfahrungen. Im Rahmen dieser Verarbeitung verlieren diese Erinnerungen ihren momentanen, gegenwärtigen Charakter. In der Regel ist damit ein Verlust an Bildhaftigkeit und Emotionalität verbunden. Das faktische Wissen für die relevanten Teile der Erinnerung kann ganz oder in Teilen erhalten bleiben. Damit verbunden ist auch das Empfinden, dass es sich um Erinnerungen, also Vergangenes handelt. Berry spricht hier von einem »Erinnerungsgewahrsein« (Barry et al. 2006). Diese uns für die Bewältigung kommender Herausforderungen zur Verfügung stehenden adaptiv gespeicherten Erinnerungen werden im Rahmen der EMDR-Therapie auch oft als Ressourcen bezeichnet.

FALLBEISPIEL Adaptive Speicherung

Ich werde auf der Autobahn in einen Unfall verwickelt. Über eine Kuppe kommend sehe einen Stau vor mir und beginne zu bremsen. Plötzlich höre ich einen lauten Knall und mein Fahrzeug scheint außer Kontrolle zu geraten. Es gelingt mir dennoch, mein Fahrzeug auf dem Seitenstreifen zum Stehen zu bringen, wobei ich mich nicht an alle Einzelheiten erinnern kann. Erst nachdem ich ausgestiegen bin, wird mir bewusst, dass das Heck meines Fahrzeugs durch einen heftigen Aufprall von hinten komplett zerstört ist.

Mir bleibt die Erfahrung, dass ich auch schwierige Situationen bewältigen und mich auf meine Reflexe verlassen kann.

Eine Unterbrechung der Aktivität des AIP-Systems führt zu Bildung von **unzureichend verarbeiteten** und damit **maladaptiv gespeicherten Erinnerungen** (Solomon & Shapiro 2008) (→ Tab. 3-1). Was kann zu einer Unterbrechung der Aktivität des AIP-Systems führen? Eine Bedingung kann die Intensität einer Erfahrung sein, z.B. die traumatische Qualität des Ereignisses oder die intensive Wirkung einer Droge. Meiner Erfahrung nach können auch körperliche Schwächung durch extreme körperliche Anstrengung, körperliche Erkrankung, medizinische Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. eine Chemotherapie, oder hohes Alter zu einer Unterbrechung der Aktivität des AIP-Systems führen. Auch eine entwicklungsunangemessene Erfahrung oder das Fehlen von Bindung bzw. Sinngebung in einer belastenden Erfahrung können ursächlich sein. Sicherlich ist eine Häufung von Belastungsfaktoren mit kumulativem Effekt in Erwägung zu ziehen. Dies legen die Daten aus der *Adverse Childhood Experiences Study* nahe (Felitti et al. 1998). Die Daten dieser ACE-Studie wurden mittlerweile mehrfach repliziert. Inzwischen wissen wir, dass derartige belastende Kindheitserfahrungen bis in die Epigenetik hinein Auswirkungen haben und sogar die Telomerlänge der DNA verkürzen können (Knutsen et al. 2019).

Maladaptive Erinnerungen bei ...	Gedächtnissystem	Symptom
PTBS	Traumagedächtnis	Intrusion
Abhängigkeit	Suchtgedächtnis	Craving
Phantomschmerz	Schmerzgedächtnis	Schmerz
Depression	Depressionsgedächtnis	Dysfunktionelle Überzeugungen
medizinischem Trauma	Körpergedächtnis	Phantomschock

Tab. 3-1: Beispiele für maladaptiv gespeicherte Erinnerungen und verbundene Symptome.

Die Unterbrechung der Aktivität des AIP-Systems verunmöglicht eine Integration von emotionalen und kognitiven Inhalten sowie die folgende neokortikale Speicherung der Erinnerung. Die fehlende Verarbeitung bedeutet auch, dass die Erinnerung einer