



Thomas Hensel (Hrsg.)

EMDR mit Kindern und Jugendlichen

Ein Handbuch



HOGREFE



EMDR mit Kindern und Jugendlichen

EMDR mit Kindern und Jugendlichen

Ein Handbuch

herausgegeben von
Thomas Hensel

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

Dipl.-Psych. Thomas Hensel, geb. 1954. 1975-1982 Studium der Psychologie in Freiburg im Breisgau, 1983-1987 Bildungsreferent in der Jugendarbeit der Caritas Freiburg. Seit 1986 psychotherapeutische Praxis mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Offenburg. Akkreditierter Trainer in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und EMDR, langjährige Lehrtätigkeit an verschiedenen Instituten, Leiter des Kinder Trauma Institut (zusammen mit Dr. Meusers).

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.

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Toronto · Seattle · Oxford · Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: © Jochen Dauster, Rheinbach
Druck: Druckerei Kaestner GmbH & Co. KG, Göttingen/Rosdorf
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN-10: 3-8017-1941-3
ISBN-13: 978-3-8017-1941-8

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Thomas Hensel	7
---------------------	---

1 EMDR mit Kindern und Jugendlichen – Die Grundlagen

Thomas Hensel	10
1.1 Einführung	10
1.2 Fundamente der EMDR-Arbeit mit Kindern	23
1.3 Das Altersmodifizierte Standardprotokoll (ASP) für Kinder (bis 12 Jahre)	37
1.4 Altersspezifische Durchführung der EMDR-Behandlung	133
1.5 EMDR kreativ	155
1.6 Störungsspezifisches Vorgehen	195
1.7 Literaturverzeichnis	223

2 EMDR bei Komplextraumatisierung durch sexualisierte Gewalt

Oliver Schubbe	237
2.1 Anamnese und Behandlungsplanung (Client History & Treatment Planning)	241
2.2 Stabilisierung und Vorbereitung (Preparation)	247
2.3 Aktualisierung und Einschätzung (Assessment)	253
2.4 Prozessierung (Desensitization)	258
2.5 Verankerung (Installation)	262
2.6 Körpertest (Body Scan)	262
2.7 Abschluss (Closure)	263
2.8 Überprüfung (Reevaluation)	263
2.9 Literaturverzeichnis	264

3 Traumazentrierte Psychotherapie (EMDR) bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – das MASTR-Manual

Thomas Hensel	268
3.1 Störungen des Sozialverhaltens	269

3.2 Störungen des Sozialverhaltens als Ausdruck von (komplexer) Traumatisierung	271
3.3 Das MASTR-Manual – ein traumabasierter Ansatz für Störungen des Sozialverhaltens	274
3.4 Literaturverzeichnis	296

4 EMDR in der Akutversorgung psychisch traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Rainer Dieffenbach	299
4.1 Einleitung	299
4.2 Begriffsklärung	300
4.3 Akutversorgung	300
4.4 Die akute Belastungsstörung und die Anpassungsstörungen.	305
4.5 Frühintervention als Teil der Akutversorgung – Das Dattelner „Task Force“-Modell	312
4.6 Zusammenfassung und Ausblick	315
4.7 Literaturverzeichnis	315

5 EMDR im Gutachterverfahren

Oliver Schubbe	317
5.1 EMDR im Rahmen der Verhaltenstherapie.	317
5.2 EMDR im Rahmen von tiefenpsychologisch begründeter Psychotherapie und Psychoanalyse	319
5.3 EMDR im Kostenerstattungsverfahren	321
5.4 Literaturverzeichnis	325

6 Anhang

6.1 Glossar	327
6.2 Weiterbildungsmöglichkeiten	333
6.3 Internetadressen	335
6.4 Screening- und Diagnoseinstrumente	337
6.5 Arbeitsmaterialien	343

7 Autoren des Bandes.	358
------------------------------------	-----

8 Stichwortverzeichnis	359
-------------------------------------	-----

Vorwort

Jetzt EMDR mit Kindern und Jugendlichen lernen

Vor Ihnen liegt das erste umfassende deutschsprachige (und europäische) Handbuch für die traumazentrierte EMDR-Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Es orientiert sich an den in der Arbeit mit Erwachsenen gewonnenen Standards und Protokollarien (Shapiro, 1998) und adaptiert sie für die unterschiedlichen Alterstufen. Das so entwickelte *Altersmodifizierte Standardprotokoll* (ASP) gibt den in Weiterbildung befindlichen Kolleg(inn)en und erfahrenen Praktikern gleichermaßen ein Textbuch und strukturiertes Handwerkszeug für die Arbeit mit Kindern (und Jugendlichen) aller Altersgruppen. Darüber hinaus bietet der Band Einzelbeiträge zu unterschiedlichen Anwendungsfeldern und spezifischen Klientengruppen.

Seit dem ersten Fallbericht über die Anwendung von EMDR bei Kindern (Shapiro, 1991) sind 15 Jahre, seit der ersten deutschen Publikation (Schubbe, 1997) fast 10 Jahre vergangen. EMDR mit Kindern und Jugendlichen ist inzwischen ein anerkanntes evidenz-basiertes Verfahren der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Hensel, 2006) und hat sich als curriculare berufliche Weiterbildung etabliert. Damit schien es an der Zeit, die vorhandenen Erfahrungen auszuwerten und in einem Lehrbuch zu systematisieren. Dies wäre nicht denkbar gewesen ohne die Vorarbeit der US-amerikanischen Pioniere Ricky Greenwald (2001), Bob Tinker & Sandra Wilson (2000) und Joan Lovett (2000), deren eifrige Leser (und Workshopteilnehmer) der Herausgeber zu Beginn des Jahrhunderts war.

Das Buch ist eine praxisnahe Schritt-für-Schritt-Anleitung, EMDR in der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zu lernen. Dabei wird das Handwerkliche der EMDR-Methode immer wieder in einen größeren Verstehenskontext gestellt, um die dem konkreten Vorgehen zugrunde liegenden Prinzipien zu verdeutlichen. Erkenntnisse der tiefenpsychologisch-fundierten Spieltherapie (Fahrig, 1991), klientenzentrierten Psychotherapie (Axline, 1947; Rogers, 1987), der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (Steil, 2003), der allgemeinen Psychotherapie nach Grawe (1998, 2004) und der modernen Psychotraumatologie (Van der Kolk, 2000; Fischer & Riedesser, 1998; Reddemann, 2004) bilden die Grundlage eines nicht methodenbornierten Vorgehens.

Der Band ist als Textbuch für die curriculare Weiterbildung in „EMDR mit Kindern und Jugendlichen“ des Fachverbandes EMDRIA Deutschland, wie sie am Kinder Trauma Institut gelehrt wird, gedacht. Darüber hinaus bieten die Beiträge zu Spezialthemen eine Fülle von Anregungen für bereits mit EMDR arbeitende Kolleg(inn)en.

Im 1. Beitrag entwickelt Thomas Hensel ausführlich die Grundlagen der Arbeit mit EMDR im Kindes- und Jugendalter auf Grundlage des *Altersmodifizierten Standardprotokolls* (ASP). Je ein Kapitel über kreative Techniken und störungsspezifische Vorgehensweisen erweitern die Anwendungsmöglichkeiten. Möglichkeiten der Integration von EMDR in spieltherapeutische Ansätze werden diskutiert.

Beitrag zwei und drei beschäftigen sich mit speziellen, schwierig zu behandelnden Zielgruppen. Zunächst entwickelt Oliver Schubbe seinen Ansatz in der EMDR-Arbeit bei durch sexualisierte Gewalt komplextraumatisierten Kindern und Jugendlichen. Thomas Hensel stellt das MASTR-Manual von Dr. Ricky Greenwald (2002) vor, ein traumazentriertes und manualisiertes Vorgehen, das bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens eingesetzt werden kann.

Dr. Rainer Dieffenbach, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie Datteln, beschreibt sein Konzept und seine Erfahrungen beim Einsatz von EMDR in der Akutversorgung (Dattelner „Task Force“-Modell).

Der abschließende Artikel beschäftigt sich mit dem aktuellen Stand der Integration von EMDR in die Psychotherapierichtlinien (O. Schubbe). Möglicherweise (und hoffentlich) wird dieser Beitrag bald überholt sein, da ein Antrag (Seidler et al., o. J.) auf wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Auftrag von EMDRIA Deutschland gestellt wurde.

Im Anhang finden Sie ein Glossar der wichtigsten Fachbegriffe, Informationen zur Weiterbildung in spezieller Traumatherapie und EMDR mit Kindern und Jugendlichen sowie (Internet-)Adressen zum Thema. Eine Übersicht deutschsprachiger Diagnoseinstrumente, sowie Arbeitsmaterialien runden den Anspruch dieses Buches als Lehrbuch ab. Alle Materialien finden Sie unter www.kindertraumainstitut.de zum downloaden.

Die Autoren sind sich bewusst, dass angesichts der Tatsache, dass mehr als zwei Drittel der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Frauen sind, die männliche Form („der Therapeut“) als unpassend empfunden werden kann. Wenn wir die traditionelle Form verwenden, sollen sich Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen fühlen.

Thomas Hensel
Offenburg im April 2006

Literatur

- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York: Ballantine Books.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fahrig, H. (1991). Die verändernde Kraft der phantasierten Wirklichkeit. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 118-125). Berlin: Springer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenwald, R. (2001). *EMDR in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Paderborn: Junfermann.
- Greenwald, R. (2002). Motivation – Adaptive Skills – Trauma Resolution (MASTR) Therapy for adolescents with conduct problems: An open trial. In R. Greenwald (Ed). *Trauma and juvenile delinquency* (pp. 237-261). New York: Haworth.
- Hensel, T. (2006). Effektivität von EMDR bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (2) 107-117.
- Lovett, J. (2000). *Kleine Wunder*. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG.
- Schubbe, O. (1997). EMDR in der Therapie psychisch traumatisierter Kinder. In C. Eschenröder (Hrsg.), *EMDR* (S. 135-146). Tübingen: dgvt.
- Seidler, G., Hoffman, A., Liebermann, P., Sack, M., Mattheß, H., Wagner, F. E. & Wöller, W. (o. J.). *Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*. Antragssteller: EMDRIA Deutschland e. V.
- Shapiro, F. (1991). EMDR procedure: From EMD to EMDR – A new treatment model for anxiety and related trauma. *Behavior therapist*, 14, 133-135.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Steil, R. (2003). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 282-307). Berlin: Springer.
- Tinker, R. H. & Wilson S. A. (2000). *EMDR mit Kindern*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B. A. (Hrsg.). (2000). *Traumatic stress*. Paderborn: Junfermann.

1 EMDR mit Kindern und Jugendlichen – Die Grundlagen

Thomas Hensel

1.1. Einführung

Wir erleben derzeit einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie. Immer deutlicher werden die Zusammenhänge zwischen belastenden und traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung psychischer, körperlicher und sozialer Störungen im weiteren Leben erkannt. Bahnbrechend sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) Study (Felitti et al., 1998), die eindrucksvoll belegen, „wie sich das Gold eines neugeborenen Kindes in das Blei eines psychisch, körperlich und sozial leidenden Erwachsenen verwandelt“ (Felitti, 2002).

Innerhalb dieser Entwicklung hin zu einem traumabasierten Verstehensmodell psychischer Störungen steht EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) an prominenter Stelle. EMDR ist ein hoch wirksames, evidenzbasiertes Verfahren zur Behandlung von PTBS und anderen Traumafolgestörungen, das durch seine therapie-schulenübergreifende Theorie und Praxis einen neuen Typ integrativer Psychotherapie darstellt.

1.1.1 Die Verwandlung von Gold in Blei

1.1.2 Grundlagen von EMDR

1.1.3 EMDR: Evidenzbasiert und eigenständig

1.1.4 Wirksamkeit von EMDR bei Kindern und Jugendlichen

1.1.5 Schlussfolgerungen

1.1.1 Die Verwandlung von Gold in Blei

Ein Meilenstein in der Erforschung der Auswirkungen von belastenden Kindheitserfahrungen stellt die Adverse Childhood Experiences (ACE) Study von Felitti et al. (1998) und Felitti (2002, 2003) dar. In ihr wurden über 17.400 Erwachsene aus der US-amerikanischen Mittelschicht daraufhin untersucht, inwieweit belastende Kindheitserfahrungen mit psychischen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen im späten Erwachsenenalter zusammenhängen. Folgende acht Belastungsfaktoren wurden im Vorhinein

festgelegt und mit je einem Punkt bewertet (Prävalenz in Klammern):

- „wiederholter und schwerer körperlicher Missbrauch (11%)
- wiederholter und schwerer emotionaler Missbrauch (11%)
- sexueller Missbrauch (22%)

Aufwachsen in einem Haushalt (mit):

- einem Alkoholiker oder Drogenkonsumenten (25%)
- einem Familienmitglied im Gefängnis (3%)
- einem geistig kranken, chronisch depressiven oder einem in eine Anstalt eingewiesenen Familienmitglied (19%)
- in dem die Mutter körperlich misshandelt wird (12%)
- beide biologischen Eltern nicht vorhanden waren (22%)“ (Felitti, 2003).

Für jeden Studienteilnehmer ergab sich somit ein Belastungswert (ACE-Punktzahl) zwischen 0 und 8 Punkten. Mit der Studie zeigt Felitti (2003), dass

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

Alle bisher untersuchten Parameter (Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Suizidversuche, chronische Bronchitis, Herzerkrankungen, Hepatitis, sexuell übertragbare Krankheiten, Übergewicht, verminderte Arbeitsfähigkeit) weisen auf den gleichen Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und späterer Beeinträchtigung hin.

Je größer die Anzahl der belastenden Kindheitserfahrungen ist, desto größer wird das Risiko, eine der genannten Beeinträchtigungen zu entwickeln. Die Ergebnisse der Studie für Suizidversuche seien hier beispielhaft genannt: Die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuches steigt um 12fache bei einem ACE-Wert von 4 und um 51fache bei einem ACE-Wert von 6 gegenüber dem ACE-Wert von Null (Abb. 1).

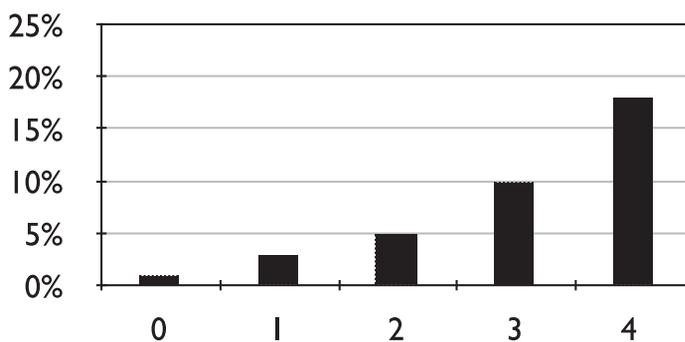


Abbildung 1: Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen in Abhängigkeit vom ACE-Wert

Die Autoren sehen die psychische Dysfunktionalität, die sich in Symptomen wie Alkoholabusus, Drogenkonsum, sexuelle Promiskuität oder übermäßigem Essen ausdrücken, als Copingversuche, traumatisch bedingte psychische Spannung zu reduzieren.

Die Autoren fassen zusammen: „Unsere Ergebnisse belegen eindeutig, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit häufig zerstörerisch sind und lebenslange Folgewirkungen besitzen. Sie sind der wichtigste Faktor, der Gesundheit und Wohlbefinden unserer Nation bestimmt.“ (Felitti, 2002).

1.1.2 Grundlagen von EMDR

„Was sieht ein Taschendieb, wenn er den Buddha trifft? Seine Taschen“ (Kopp, 1978). Entsprechend dieser Metapher wird EMDR von Vertretern verschiedener Therapieansätze unterschiedlich theoretisiert und kritisiert. Shapiro, ursprünglich von kognitiv-behavioralen Konzepten beeinflusst, bezeichnet ihren Ansatz inzwischen als *integrativ* (Shapiro, 2002). Im deutschsprachigen Raum wird EMDR in Anpassung an die gesellschaftspolitischen Vorgaben der Psychotherapierichtlinien oft als tiefenpsychologisch-behaviorales Verfahren beschrieben. Sind keine eigenen Erfahrungen mit EMDR vorhanden, kommt es immer wieder zu typischen Missverständnissen, wenn etwa die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in ihren Leitlinien (2003) und Resch & Schulte-Markwort (2005, S. 191) EMDR als (*rein*) *kognitives* Verfahren kennzeichnen.

Meinem „humanistischen“, Grundverständnis nach sind folgende Aspekte grundlegend für EMDR:

- Das Menschenbild entspricht humanistischen und transpersonalen Vorstellungen, die davon ausgehen, „dass Menschen ein angeborenes Streben nach Gesundheit und Anpassung eigen ist (Maslow, 1970; Rogers, 1951)“, Zitat Shapiro (2002).
- Das zugrunde liegende therapieschulenübergreifende Modell für EMDR ist das Konzept der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell) (Shapiro, 2003). Damit werden sowohl das Prinzip der Selbstheilungskräfte angesprochen, als auch Konzepte der Psychotraumatologie integriert, die den traumatischen Prozess als unterbrochene Informationsverarbeitung charakterisieren.
- Die Prozessierung und Neuverarbeitung durch bilaterale Stimulation ist ein autonomer Prozess im Klienten, für den der Therapeut den notwendigen sicheren und strukturierten Rahmen aufbaut. Primär ist er *kein* Resultat der Interaktion zwischen Therapeut und Klient.
- Die mit dem Trauma verbundenen negativen Gefühle und Körperempfindungen sind Zentrum der Dysfunktion und primärer Ansatzpunkt der Reprozessierung. Diese Sichtweise entspricht damit am ehesten dem Prozessverständnis erlebnisorientierter Verfahren (Greenberg et al., 2003; Teasdale, 1999) und Modellvorstellungen von Mindfulness (Corrigan, 2002; Hayes et al., 2004)
- EMDR ist keine „stand alone“-Methode (Solomon, 1999), sondern Teil einer

umfassenden Behandlungsmethodik (Greenwald, 2005, 2006).

Konstituierend für die Wirksamkeit von EMDR sind nach meiner Einschätzung folgende Aspekte:

Komponenten der Wirksamkeit von EMDR
Modell der psychischen Selbstheilungskräfte Emotionale Aktualisierung der traumatischen Erinnerung (Target)# Zustand des Mindfulness (Beobachterposition) Duale Aufmerksamkeit Bilaterale Stimulierung# Einsetzen eines Verarbeitungsprozesses#

Die mit # versehenen Punkte sind nach Tinker (persönliche Mitteilung, 2005) die minimalsten Anforderungen, um eine therapeutische Intervention als EMDR zu bezeichnen.

Auf phänomenologischer Ebene werden von Therapeuten immer wieder folgende Veränderungen bei der Anwendung von EMDR beobachtet:

- „Affektiv veränderte Muster durch Erleben der Auflösung der Bedrohungssituation.
- Kognitive Veränderungen durch (*spontane*, T. H.) Neubewertung der traumatischen Situation, die nicht mehr als gegenwärtige Gefährdung wahrgenommen, sondern als Vergangenes eingeordnet wird.
- Verhaltensänderungen durch fehlende Notwendigkeit für Vermeidungsverhalten“ (Seidler et al., o. J.).
- Auflösung körperbasierter Traumakorrelate, verbunden mit der Verringerung des physiologischen Erregungsniveaus, die in der Regel als Entspannung, Weite und Ruhe wahrgenommen werden.
- Lösungsorientierte Veränderung imaginativer Repräsentationen des traumatischen Geschehens. Dieser Prozess ist mit positiven Gefühlen und Körperempfindungen verbunden.
- Mit Entspannung verbundenes Ausblenden belastender Erinnerungen (blandes Prozessieren).

Es wurde auch schon vorgeschlagen, EMDR neu zu interpretieren:
Emotional and Mental Development and Reorganisation

1.1.3 EMDR: Evidenz-basiert und eigenständig

1989 wurde EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als neue Behandlungsmethode für posttraumatische Stressstörungen bei Erwachsenen eingeführt (Shapiro, 1989a, b). Nach einer Phase der inhaltlichen Entwicklung liegt seit Etablie-

rung des achtstufigen Standardprotokolls (Shapiro, 1995) eine verbindliche Manualisierung des Verfahrens vor. EMDR hat Eingang in die Behandlungsempfehlungen verschiedener Fachgesellschaften und staatlicher Organisationen gefunden - u.a. Clinical Division of the American Psychological Association (Chambless, D. L. et al., 1998); International Society for Traumatic Stress Studies (Foa, E. B. et al., 2000); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003). Für den deutschen Sprachraum stellt M. Berger (2003) fest, dass „das als EMDR bezeichnete Vorgehen als Ganzes nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin zum derzeitigen Zeitpunkt als gut untersuchtes und wirksames Therapieverfahren bei chronischer PTBS beurteilt werden kann“. Van Etten & Taylor (1998) kommen in ihrer umfangreichen Meta-Analyse von PTBS-Behandlungsformen (einschließlich pharmakotherapeutischer Behandlungen) zu dem Ergebnis: „The results of the present study suggest that EMDR is effective for PTSD, and that it is more efficient than other treatments.“

Barth et al. (2004) listen in ihrer Meta-Analyse 17 kontrolliert-randomisierte Wirksamkeitsstudien auf und bilanzieren, dass EMDR nachweislich in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen effektiv ist. Die mittlere Effektstärke (Cohen's d) für die Schwere der PTBS liegt bei 1.33 (prä/post) und 1.56 (prä/follow-up).

Maxfield & Hyer (2002) und Sack et al. (2001) fanden zudem heraus, dass Studiengüte und Behandlungsergebnis korrelieren. Nach Sack et al. (2001) betrug die mittlere Effektstärke bei niedriger Studienqualität 0.43, bei mittlerer Studiengüte 1.20 und bei hoher Studienqualität 1.76.

Zur Beschreibung der Wirkweise von EMDR bezieht sich Shapiro (2002) auf das heuristische Modell der gestörten Informationsverarbeitung bei traumatischem Stress, das in der psychotraumatologischen Forschung große Relevanz besitzt (siehe etwa Flatten et al., 2003). Sie postuliert, dass die bilaterale Stimulation – das neuartige Element, das der Behandlung auch ihren Namen gab – zu einer Dekonditionierung der mit der traumatischen Erinnerung verbundenen Angstreaktion durch Entspannungsinduktion und zu einer Verbesserung der Informationsverarbeitung führt (Adaptive Information Processing Model).

Hierzu sind in den vergangenen Jahren von unterschiedlichen Forschergruppen insgesamt acht kontrolliert-randomisierte Studien vorgelegt worden (zusammengefasst von Barrowcliff et al., 2004), die übereinstimmende Ergebnisse brachten: Augenbewegungen verringern die Lebhaftigkeit emotional belastender Bilder, indem sie die Funktion des visuell-räumlichen Zentrums des Ultrakurzzeitgedächtnisses unterbrechen und so die Intensität der Emotionen, die mit dem Bild assoziiert sind, verringern. Interessanterweise gilt dies nur für autobiografische Erinnerungen, nicht aber für im Labor induzierte Bilder. Barrowcliff et al. (2004) konnten zeigen, dass Augenbewegungen im Vergleich zu starren Augen zu einer Reduktion des psychophysiologischen Arousal bei belastenden Erinnerungen führten. Christman & Garvey (2000) und Sack (2004), der psychophysiologisches Monitoring während der EMDR-Therapie durchführte, stützen das neurobi-