

ANNA-KONSTANTINA
RICHTER

Das Trauma des plötzlichen Verlustes oder der Erkrankung Nahestehender

EMDR in der Behandlung von Krankheitsangststörung unter Berücksichtigung des Flashforward-Konzepts – Ein Fallbericht aus der Praxis

DOI 10.21706/tg-13-3-242

Zusammenfassung: Studien beschreiben die hohe Effektstärke von traumafokussierter Psychotherapie und regen daher zur Überprüfung an, psychotraumatologische Methoden auch auf andere als posttraumatische psychische Beschwerden anzuwenden. Dieser Artikel beschäftigt sich damit, wie das klassische Störungsmodell der Psychotherapiemethode EMDR, das AIP-Modell von Shapiro, eine Besserung von Krankheitsangstbeschwerden vorhersagt, wie eine Fallkonzeption zur Behandlung von Krankheitsangststörung mit EMDR aussehen kann und wie ein solches Fallkonzept in einer Behandlung konkret umgesetzt wurde, um weitere Forschung zum Thema anzuregen. Das Flashforward-Konzept von Logie & de Jongh, das eine Anwendbarkeit auf Hypochondrie postuliert, wird dabei eingebunden.

Schlüsselwörter: EMDR, Krankheitsangststörung, Hypochondrie, Krankheits-trauma, Verlusttrauma, Neokon-solidierung, Flashforward

Einleitung

Die Vulnerabilität zur Entwicklung einer Krankheitsangststörung (neue Bezeichnung im DSM-5; im ICD-10 noch Hypochondrie genannt) wird gemäß der Evidenzbasierten Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome (Martin et al., 2013) der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) durch Risiken wie z. B. Verletzung, Krankheit oder Traumata gesteigert (S. 52). Diese Befunde passen zu Sacks (2018) Überlegungen, nicht nur PTBS mit traumafokussierten Psychotherapien zu behandeln, da diese mit Cohen's $d = 1.50$ über wesentliche höhere Effektstärken verfügen würden als Psychotherapien, die nicht traumafokussiert seien.

Diagnostik

Schmidt-Göhrich (2015) beschreibt die neue Definition von Krankheitsangststörung im DSM-5 wie folgt: »Im neuen amerikanischen Klassifizierungssystem DSM-5, welches seit Mai 2013 die alte Klassifizierung DSM-IV (Association, 2000) ersetzt, wurden die zuvor separaten Entitäten ›Somatisierungsstörungen‹ und ›Undifferenzierte somatoforme Störung‹ nunmehr gemeinsam als ›Körpersymptomstörung‹ zusammengefasst (Association, 2013). Die alte Bezeichnung ›Hypochondrie‹ wird nicht mehr aufgeführt, unter anderem aufgrund der negativen Besetzung dieses Namens. Stattdessen wird nunmehr von einer Krankheitsangststörung gesprochen. Somit tragen nunmehr zwei Diagnosen den verschiedenen Komponenten der Hypochondrie Rechnung, die in unterschiedlichem Umfang zusammen oder unabhängig voneinander auftreten können: 1. Eine Körpersym-

ptomstörung (Somatic Symptom Disorder). 2. Eine Krankheitsangststörung (Illness Anxiety Disorder). Liegen ein oder mehrere körperliche Symptome in ausgeprägter Form vor, wird eine Körpersymptomstörung klassifiziert, selbst wenn eine hohe Ausprägung an krankheitsbezogenen Ängsten beim Patienten auffällt. Die Krankheitsangststörung setzt die Abwesenheit (starker) somatischer Symptome voraus und entspricht der alten DSM-IV-Diagnose »Hypochondrie« am ehesten. Die neue Definition enthält nicht mehr die früher geforderte »weitere Beschäftigung mit den Krankheitsängsten trotz Abklärung und Rückversicherung durch einen Arzt.« Das Zeitkriterium von 6 Monaten wurde beibehalten.« (S. 19) Der ätiologischen Verwandtschaft von PTBS und Krankheitsangststörungen wird im neuen DIPS-OA (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen Open Access, Margraf, Cwik, Suppiger, Schneider, 2017) Rechnung getragen, wenn man auf S. 103 die »Einstiegsfragen zu traumatischen Ereignissen« im Vorfeld des PTBS-Fragenkataloges liest: Die 18 Punkte umfassende Liste potentieller A-Kriterium-Traumata enthält u. a. auf die Frage »Haben Sie jemals eines der folgenden Ereignisse selbst durchlebt, bei anderen beobachtet oder haben erfahren, dass ein solches Ereignis einer nahestehenden Person passiert ist?« folgende A-Kriterium-Traumata, die auch Auslöser für Krankheitsangststörungen darstellen können:

1.13 Lebensbedrohliche Krankheit

1.14 Starkes Leid eines anderen Menschen

1.15 Schwere Verletzung, Bedrohung oder Tod einer anderen Person

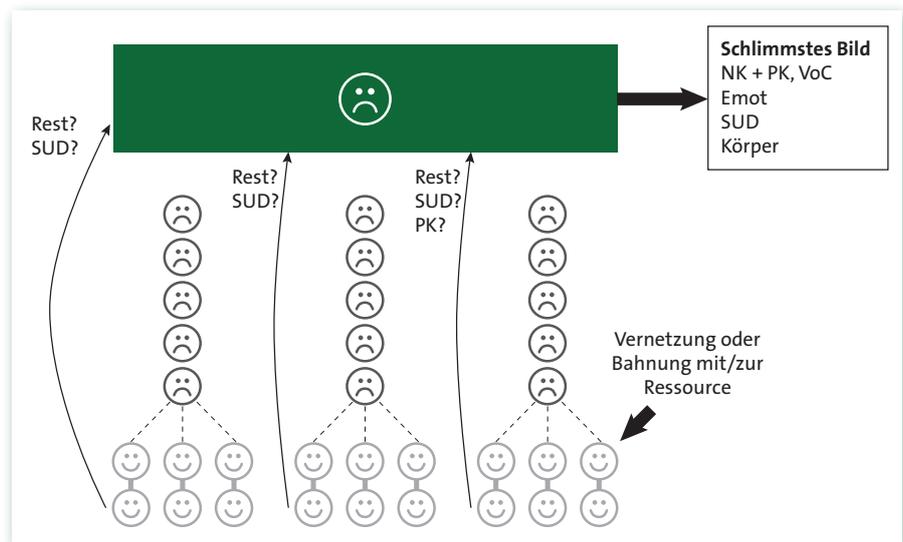


Abb. 1: AIP-Modell nach Shapiro

Anmerkungen: NK = negative Kognition; PK = positive Kognition; VoC = Validity of Cognition (Skala von 1 »ganz falsch« bis 7 »ganz richtig« nach Shapiro; Emot = Emotion beim Erinnern des schlimmsten Bildes; SUD = Subjective Units of Disturbance nach Wolpe, 1969 (Skala von 0 »neutral« bis 10 »maximal« vorstellbare Belastung); Körper: wo die Belastung genau spürbar ist. Die zu ermittelnden Informationen im Kasten werden in der EMDR-Behandlungsphase 3 exploriert.

1.16 Schwere Verletzung oder Bedrohung einer nahestehenden Person.

Im unten beschriebenen Fall werden diese Traumata bei der Genese einer Krankheitsangststörung eine Rolle spielen.

Auf S. 122 des DIPS-OA folgt unter 1.1. die Einstiegsfrage zur Krankheitsangststörung »Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten häufig befürchtet oder waren Sie überzeugt, an einer schweren Krankheit zu leiden (z.B. Krebs, Herzerkrankung, AIDS)?«

Weitere Testdiagnostik kann z.B. mit den WI-IAS Internationalen Skalen für Hypochondrie (Hiller, Rief & Pilowsky, 2004) erfolgen, die aus 29 bzw. 14 Items bestehen und Prä-, Post- und Follow-up-Messungen ermöglichen. Im unten beschriebenen Fall wurden die WI-IAS-Skalen für Prä- und Postmessungen eingesetzt.

Die theoretische Fallkonzeption: das AIP-Modell, Neokonsolidierung und der dreigliedrige EMDR-Ansatz

Das AIP-Modell von Shapiro besagt, dass die Natur unverarbeiteter Belastungen sei, dass belastende Erinnerungsnetzwerke nicht mit Ressourcen vernetzt wurden, da der Verarbeitungsprozess nach einer erlebten Belastung eingefroren wurde. Die gezielte Applikation von EMDR löse ein Verfolgen von Erinnerungsnetzwerken (sogenannten Kanälen) aus, die im EMDR-Prozess in der sogenannten Phase 4, dem Reprozessieren, mit Ressourcen vernetzt würden. Dieser Prozess wird während der Behandlung so lange wiederholt, bis die zu Beginn der Behandlung erlebte Belastung gesunken ist (Shapiro, 1995).

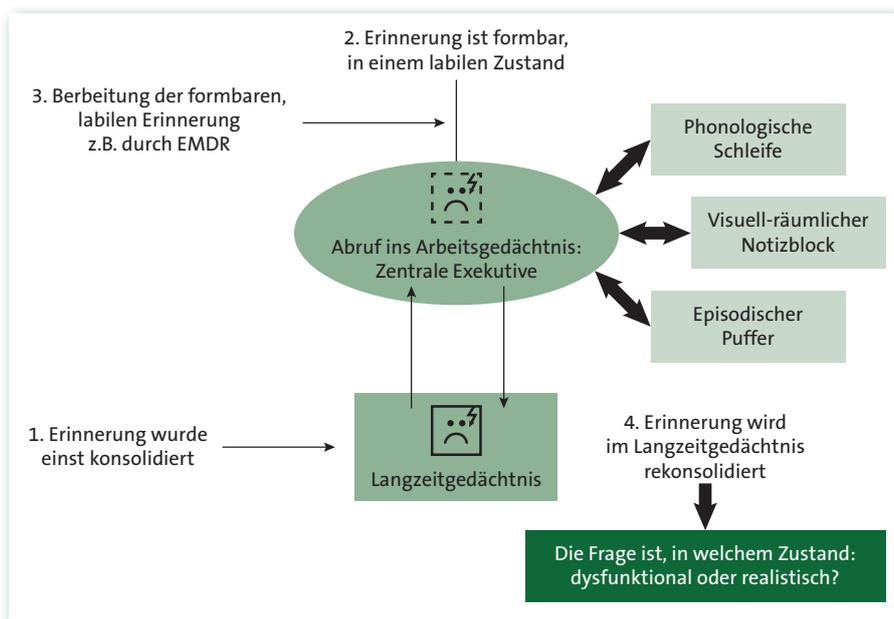


Abb. 2: Neokonsolidierungsmodell – Rekonsolidierungshypothese verbunden mit dem Modell des Arbeitsgedächtnisses nach Baddeley.

Anmerkungen: Ansatzpunkt für die Behandlung z. B. mit EMDR (3.) ist der Abruf einer Erinnerung (2.) aus dem Langzeitgedächtnis (1.) ins Arbeitsgedächtnis zur Rekonsolidierung, bestenfalls nach einem durch erfolgreiche Psychotherapie erfolgten »Neu-Lernens«, wie von Rüegg (2009) beschrieben (4.). Hierfür habe ich den Begriff Neokonsolidierung eingeführt (Richter, 2019, S.54).

Ein weiteres Erklärungsmodell besagt, dass die beim EMDR stattfindende geteilte Aufmerksamkeit während einer Stimulation bei gleichzeitiger Konzentration auf belastende Inhalte bewirkt, dass ein Verarbeitungsprozess im Arbeitsgedächtnis (nach Baddeley, 1974, zitiert nach Baddeley, 2012) stattfindet, den Rüegg Rekonsolidierung im Sinne eines Neu-Lernens (2009) nannte und dessen Folgen, das Entstehen und Abspeichern (= Rekonsolidieren) neutraler oder positiver Bilder, ich als Neokonsolidierung (Richter, 2018, 2019) bezeichnete.

Logie und de Jongh (2014) beschreiben den sogenannten Flashforward als Kern vieler Angststörungen und zitieren bei der Beschreibung des Konzepts Engelhard et al. (2011), die den von Holmes, Crane, Fennel

und Williams (2007) geprägten Begriff beschreiben als Angst vor zukünftiger Gefahr nach einem bedrohlichen Ereignis, welche die Form zukunftsorientierter mentaler Bilder annehmen kann. Diese können auftauchen als Flashforwards, quasi als Echo von Flashbacks (wie bei Posttraumatischer Belastungsstörung), die lebendig, überwältigend und detailliert seien (S. 599 bei Engelhard et al., Übersetzung durch die Autorin). Daher haben Logie und de Jongh eine im EMDR-Standardprotokoll anwendbare sogenannte Flashforward-Prozedur entwickelt, um Flashforwards in EMDR-Phase 3 zu erfassen und in Phase 6 mittels eines Video-Scans nach dem Body-Scan zu überprüfen, ob der Flashforward erfolgreich aufgelöst wurde.

Der dreigliedrige Ansatz des EMDR nach Shapiro erlaubt eine

strukturierte Fallkonzeption, die auch bei Krankheitsangststörungen erlauben könnte, relevante Targets für die Bearbeitung mittels EMDR zu erfassen:

1. vergangene erlebte Belastungen,
2. Trigger, die Beschwerden auslösen, sowie
3. Zukunftsbefürchtungen.

Flashforwards können als katastrophisierende intrusive Bilder und intern ablaufende Filmsequenzen sowohl bezogen auf die Gegenwart angetriggert werden als auch in Form eines in der Zukunft stattfindenden Unglücks auftauchen. Die Ätiologie eines Flashforwards wurde von de Jongh (2014) beschrieben als klassisch konditionierte Reaktion eines ursprünglich neutralen Reizes (hier zum Beispiel: Information im Wartezimmer einer Arztpraxis über Erkrankungen), gekoppelt mit einem unbedingten Stimulus (hier: Bilder von terminaler Erkrankung und Tod), die eine konditionierte Reaktion (hier: Krankheitsangst) auslösen. Wie Beck und Emery (1985) beschreiben, haben Kognitionen entweder verbalen oder bildhaften Charakter. Wie wir aus der Arbeit mit persistierenden Bildern aus anderen Störungsbildern (z.B. der Sozialen Angststörung, s. Arbeiten von Hackmann, Clark & McManus, 2000, sowie von Wild, Hackmann & Clark, 2008) wissen, sind negative Bilder nicht durch rein verbale Interventionen auflösbar, weshalb sich die Untersuchung der Wirksamkeit der Anwendung einer Psychotherapiemethode wie EMDR empfiehlt, die sich bereits bei Posttraumatischer Belastungsstörung darin bewährt hat, negative Erinnerungsbilder aufzulösen.

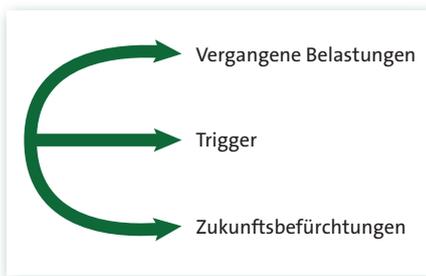


Abb. 3: Dreigliedriger Ansatz des EMDR

Wie diese Komponenten mittels EMDR erfasst werden könnten, soll mit der im Folgenden geschilderten Fallvignette aufgezeigt werden, um für weitere systematische Forschung Anhaltspunkte zu liefern.

Diagnostik, individuelle Fallkonzeption und Behandlung einer Patientin mit Krankheitsängsten

In meiner Privat- und Selbstzahlerpraxis stellte sich eine Frau in den Dreißigern vor, die sich darüber beklagte, dass sie seit einigen Tagen Haushalt und Kindererziehung nicht mehr bewältigen würde aufgrund ihrer starken Ängste, an Krebs erkrankt zu sein, und zwar derartig starke Ängste, dass es unheilbar sei und sie versterben werde. Der Patientin waren Bezüge zu vergangenen Traumata (wie oben geschildert) bereits im Erstgespräch völlig präsent: Ein Nachbar sei einem plötzlichen Herztod erlegen, und Familienangehörige von ihr hätten Krebs bzw. Tumore gehabt (die erfolgreich behandelt worden seien, so dass ihre Angehörigen überlebt hätten). Die Patientin berichtete bereits mögliche Targets zur Einordnung in den dreigliedrigen Ansatz des EMDR, und in der probatorischen Phase mit Erhebung der biographischen Anamnese,

DIPS-OA-Interview und Testung mit WI und IAS ergaben sich folgende diagnostischen Ergebnisse und folgender Arbeitsplan mit EMDR:

DIPS-OA: Vorliegen einer Krankheitsangststörung

SKID-II (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997): Erhöhte Werte beim Cluster depressiv.

WI: Rohwert 11 (bei 8–14 deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer hypochondrischen Störung)

IAS: Rohwert 80 (bei 50–92 deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer hypochondrischen Störung)

Daraus wurde folgender EMDR-Arbeitsplan nach dem dreigliedrigen Ansatz des EMDR nach Shapiro (1995) konzipiert:

Vergangenheit (SUD-Skala für Subjective Units of Disturbance nach Wolpe, 1969):

- Nachbar starb am plötzlichen Herztod, SUD: 4
- Alkoholabusus des Vaters, SUD: 7–8
- eigene Herzbeutelentzündung, SUD: 6
- Tumor der Mutter, SUD: 8–9
- Darmkrebs der Mutter, SUD: 9
- Fehlgeburt, SUD: 8
- Sorgen um die Gesundheit des danach geborenen Kindes, etliche Verdachtsdiagnosen, ausgelöst durch Katastrophisieren der Hebamme, SUD: 10

Trigger:

- Sorgen darum, dass sich das nach der Fehlgeburt geborene Kind nicht richtig entwickelt, da es weniger spreche als das erstgeborene Kind.

Zukunft:

- Befürchtung, dass das nach der Fehlgeburt geborene Kind eine versteckte Krankheit habe, Flashforward: Der Kinderarzt sagt ihr, dass das Kind Leukämie habe.
- Flashforward: Tod ihrer Mutter nach Krebs-Rückfall, die Patientin muss sich um den zurückbleibenden Vater kümmern.

Bei den vergangenen Belastungen ist zu erkennen, dass es sich bei etlichen um A-Kriterien zur Auslösung einer PTBS gemäß dem DIPS-OA handelt (s. o.).

Parallel zu verhaltenstherapeutischen leitliniengerechten Maßnahmen wie z. B. Psychoedukation, erklärungsfo-kussierter Therapie (Kellner, zitiert nach Martin et al., 2013), Exposition mit Reaktionsverhinderung und kognitiver Therapie, flankiert von behavioralem Stressmanagement, wurden insgesamt acht EMDR-Sitzungen à 50 min durchgeführt, in denen folgende Targets mit EMDR stimuliert und reprozessiert wurden:

1. Plötzlicher Herztod des Nachbarn (gesenkt von SUD = 4 auf SUD = 1)
2. Darmkrebs der Mutter (gesenkt von SUD = 9 auf SUD = 0–1)
3. Alkoholabusus des Vaters (gesenkt von SUD = 8 auf SUD = 0–1)
4. Eigene Herzbeutelentzündung (gesenkt von SUD = 8 auf SUD = 0)
5. Tumor der Mutter (gesenkt von SUD = 8–9 auf SUD = 0)
6. Fehlgeburt (gesenkt von SUD = 10 auf SUD = 0)
7. Sorgen um das nach der Fehlgeburt geborene Kind (SUD = 10 gesenkt auf SUD = 0 in zwei Sitzungen)

Nach der Bearbeitung dieser vergangenen Targets waren auch die Belastungen des Triggers und der beiden Zukunftsbefürchtungen auf SUD = 0 gesunken. Die beiden Retests in Sitzung 19 und Sitzung 32 ergaben folgende Werte:

Zwei Retests

WI: 1. Retest Gesamtscore 1, 2. Retest Gesamtscore 1 (bei 0–6 kein Hinweis auf das Vorliegen einer hypochondrischen Störung)
IAS: 1. Retest Gesamtscore 23, 2. Retest Gesamtscore 31 (0–40 keine Hypochondrie)

Fazit

Die beschriebene Vorgehensweise hat gezeigt, dass es grundsätzlich möglich ist, auch die Belastung erlebter Krankheits- und Verlusttraumatisierungen mittels EMDR-Stimulation zu senken. In der beschriebenen Behandlung war bis jetzt keine Behandlung der existierenden Flashforwards nötig, diese wurden durch Behandlung der vergangenen Belastungen und möglicherweise durch die behavioralen Elemente der Behandlung erfasst. Follow-up-Daten liegen noch nicht vor.

In einer Pilotstudie sollten Wirksamkeit und Effektstärke einer EMDR-Therapie von Krankheitsangststörung ermittelt bzw. geschätzt werden. Folgendes Design würde sich aus meiner Sicht empfehlen:

- Experimentalgruppe1: EMDR-Standardprotokoll mit dem dreigliedrigen EMDR-Ansatz.

- Experimentalgruppe2: EMDR-Flashforward-Bedingung, in der nur die Flashforwards der Patient/-innen behandelt werden.
- Experimentalgruppe3: kognitive-verhaltenstherapeutische Bedingung nach der Leitlinie der DGPs.
- Denkbar wäre auch eine IRRT-Experimentalgruppe (Experimentalgruppe4), in der die existierenden Katastrophenbilder in Bewältigungsbilder umgewandelt werden (s. zur Vorgehensweise Schmucker & Köster, 2019), um einen alternativen Vergleich mit einer weiteren Methode zu ziehen, die sich zur Umwandlung von belastenden Erinnerungsbildern eignet.
- Wartelisten-Kontrollgruppe.

Mit einem solchen Design einer Pilotstudie könnten Daten für eine spätere multizentrische Studie gewonnen werden, um zu erfassen, für welche Patientengruppen ggf. welches Verfahren besser geeignet ist.

The Trauma of Sudden Loss and the Illness of Close Relatives – The role of EMDR in the treatment of illness anxiety disorders with reference to the flashforward procedure. Case report by a practitioner

Abstract: Research shows high effect size of trauma-focused psychotherapy and suggests the eventuality of applying post-trauma psychotherapies to psychic complaints other than the post-traumatic variety. The present article discusses (a) how the classical disorder model in EMDR psychotherapy – Shapiro's AIP model – predicts improvements in illness anxiety disorders, (b) what an approach to the treatment of illness anxiety disorders with EMDR might look like, and (c) how such a

strategy could be implemented in treatment, a discussion designed to stimulate further research on the topic. In this connection, the author also makes reference to Logie & de Jongh's flashforward concept and the postulation of its applicability in cases of hypochondria.

Keywords: EMDR, hypochondria, illness trauma, loss trauma, neo-consolidation, flashforward

Zur Person



Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter ist niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin und akkreditierte verhaltenstherapeutische und EMDR-Supervisorin (Psychotherapeutenkammern Hessen und Niedersachsen). Sie ist Mitbegründerin eines Fortbildungszentrums in Marburg und Autorin eines Lehrbuchs über EMDR bei Sozialen Angststörungen.

Kontaktadressen

Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter
 Zentrum für psychologische Beratung und Training Richter & Kemeny
 Partnerschaft (ZpBT)
 Biegenstr. 4
 35037 Marburg
 Tel.: 06421/6970950
 Fax: 06421/6970951
 richter@zpbt-marburg.de

Literatur

- Baddeley, A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. *Annu. Rev. Psychol.*, 63, 1–29.
DOI 10.1146/annurev-psych-120710-100422.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders & Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- De Jongh, A. (2014). Treatment of fears and phobias with EMDR. Keynote at the 15th European EMDR Conference in Edinburgh.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.) (2017). *ICD-10-GM Version 2017. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification)*. Unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/>
- Hackmann, A., Clark, D. M. & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601–610.
DOI 10.1016/S0005-7967(99)00161-8.
- Hiller, W., Rief, W. & Pilowsky, I. (2004). *WIAS. Internationale Skalen für Hypochondrie. Deutschsprachige Adaptation des Whiteley-Index (WI) und der Illness-Attitude-Scales (IAS)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). DIPS Open Access: Diagnostic Interview for Mental Disorders. [DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen].
DOI 10.13154/rub.100.89.
- Martin, A., Härter, M., Henningsen, P., Hiller, W., Kräner-Herwig, B. & Rief, W. (2013). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome*. Göttingen: Hogrefe.
- Logie, R. D. J. & De Jongh, A. (2014). The »Flashforward Procedure«: Confronting the Catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1).
DOI 10.1891/1933-3196.8.1.25.
- Richter, A.-K. (2018). Vernachlässigte Folgen sozialer Traumatisierung: Soziale Angststörung – »Stiefkind« in der psychotherapeutischen Versorgung. (English: Social Anxiety Disorder: A Blind Spot in Psychotherapeutic Care. Consequences of social traumatisation frequently overlooked). *Trauma & Gewalt*, 12, 334–344. DOI 10.21706/TG-12-4-334.
- Richter, A.-K. (2019). *EMDR bei Sozialen Angststörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rüegg, J. C. (2009). Traumagedächtnis und Neurobiologie – Konsolidierung, Rekonsolidierung, Extinktion. *Trauma & Gewalt*, 3(1), 6–17.
- Sack, M. (2018). *General working mechanism of trauma-focused therapies – some conclusions from research findings on EMDR. Keynote at the 19th European EMDR Conference in Strasbourg*.
- Schmidt-Göhrich, U. K. (2015). *Hypochondrie – Krankheitsangst – Eine Erhebung in sächsischen Hausarztpraxen*. Dissertation: Technische Universität Dresden.
- Schmucker, M. & Köster, R. (2019). *Praxishandbuch IRRT. 4. Auflage*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Edition: 3rd. New York: Guilford Press.
- Wild, J., Hackmann, A. & Clark, D. M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behavior Therapy*. 39(1), 47–56.
DOI 10.1016/j.beth.2007.04.003.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. 1st edition. Göttingen: Hogrefe.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*, New York: Pergamon Press.



EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner
des Instituts von
Francine Shapiro, USA

Unser Institut ist das führende
Ausbildungs-Institut in EMDR.
Unter der wiss. Leitung von
Dr. Arne Hofmann bieten
wir Ihnen mit unserem Team eine
praxisorientierte Ausbildung in
supervidierten Kleingruppen an.

Die bundesweiten Seminarorte
wie beispielsweise

- **Berlin**
- **Köln**
- **Hamburg**
- **Frankfurt**
- **Stuttgart**
- **München** sind gut erreichbar.

Zur Erweiterung der Anwendungsmöglichkeiten des EMDR bieten wir Ihnen **Spezialseminare** an, die von international anerkannten Experten geleitet werden u.a. zu:

- Akuttrauma
- Suchterkrankungen
- Trauer
- Ressourcenaktivierung
- Depression

Sie erhalten bei allen Seminaren
Fortbildungspunkte.

Info und Anmeldung:

EMDR-Institut
Dolmanstraße 86 b
D-51427 Bergisch Gladbach
Telefon: +49 - (0) 22 04 - 2 58 66
Tefefax: +49 - (0) 22 04 - 96 31 82
www.emdr.de
info@emdr.de