

ANNA-KONSTANTINA
RICHTER
FRANZISKA BEHAM
HADASSA SOMMERFELD
CHRISTINA GÖTTELMANN
FELIX ANTONIO HAMACHER

Wie ein EMDR-Interventionspraktikum im nichtärztlichen Psychotherapiestudium gestaltet werden kann

Die Rundlaufmethode nach Tony Brazil

DOI 10.21706/tg-13-3-232

Zusammenfassung: Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes (kurz PsychThG) wird ein sogenanntes nicht-ärztliches Psychotherapie-Direktstudium geschaffen. Entwurfen des Curriculums ist zu entnehmen, dass die Studierenden Anrecht auf Patient/-innenkontakt und praktisch fundiertes Kennenlernen der Psychotherapie-Richtlinienverfahren haben. Da EMDR eine seit 2015 in die Psychotherapievereinbarung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband aufgenommene Psychotherapiemethode ist, stellte sich aus Reihen der akademischen Lehre die Frage, die an die Erstautorin herangetragen wurde, wie Studierende die Wirkung von EMDR selbst erproben könnten. Auf der EMDR Europe Conference 2018 in Straßburg wurde eine sogenannte EMDR-Rundlauf-Methode vom EMDR-Supervisor Tony Brazil vorgestellt, dessen Rundlauf-Handout von den Autor/-innen in zwei Stufen auf Verstehbarkeit und Umsetzbarkeit überprüft und modifiziert wurde. Die Ergebnisse können als Grundlage für die deutschsprachigen Psychologie- und Psychotherapie-Fachbereiche dienen, Studierende unter Anleitung eines EMDR-Supervisors/einer EMDR-Supervisorin mit

der Wirkung des Reprozessierens in den EMDR-Phasen 3 bis 7 praktisch vertraut zu machen.

Schlüsselwörter: EMDR, Interventionspraktikum, Direktstudium, EMDR-Phasen, Rundlaufmethode, Psychotherapielehre

Zum Stand des geplanten nichtärztlichen Direktstudiums Psychotherapie

Anfang 2019 veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium (kurz BGM) den lang erwarteten Referentenentwurf (kurz RefE) eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapieausbildung (kurz PsychThG). Ziel dieser Reform ist unter anderem die Einführung eines Direktstudiums der Psychotherapie, welches (wie bei den Studiengängen Medizin und Pharmazie) nach einer staatlichen Prüfung zur Approbation führen soll (»Psychotherapeuten bekommen eigenen Studiengang«, 2019). Bislang erfolgt die Approbation nach Ende der auf das Psychologie-Studium¹ folgenden Psychotherapie-Ausbildung. Aufgrund der vielen bisherigen Proteste bezüglich der fehlenden bzw. nicht angemessenen Bezahlung und

¹ Oder das Studium der Pädagogik bzw. Sozialpädagogik/Sozialarbeit für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

des unklaren sozialrechtlichen Status von Psychotherapeut/-innen in Ausbildung (kurz PiA) (zum Beispiel von Richter, Stenzel & Werner, 2005, sowie Dragunowa & Keil, 2018) ist auch eine zukünftige »angemessene Vergütung« der dann als Psychotherapeut/-innen in Weiterbildung (PiW) bezeichneten Studienabsolvent/-innen ein zentrales Ziel dieser Reform.

Der Referentenentwurf hat in der Fachwelt viele unterschiedliche Reaktionen hervorgerufen. Einige Verbände begrüßen das Vorhaben, einen »wissenschaftlich fundierte[n] akademische[n] Heilberuf« zu schaffen, der mit der Approbation zum Ende des Studiums gleichwertig sei mit der »Ausbildung in [medizinischen Berufen] und der Pharmazie« (Antoni, 2019 von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, kurz DGPs). Dabei soll nach Vorstellung beispielsweise der DGPs die Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten/-in in das universitäre Studium der Psychotherapie integriert werden, also mit einem dreijährigen polyvalenten Bachelorstudium begonnen und einem zweijährigen Masterstudium mit den Schwerpunkten klinische Psychologie und Psychotherapie abgeschlossen werden können (Antoni, 2019). Auf der anderen Seite kritisiert zum Beispiel die Bundesärztekammer, dass die Reform zu einer »Gefährdung der PatientInnen« führen könne. Sie bedeute eine Ausgliederung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus dem medizinischen Versorgungssystem. Die Verschreibung von Medikamenten solle weiterhin durch medizinisch ausgebildete Menschen erfolgen müssen (Bühning, 2019).

Im Referentenentwurf wird der Begriff »Praktikum« nicht verwendet; stattdessen sei ein großes Maß an »berufspraktische[n] Einsätze[n]« in dem geplanten Studiengang erforderlich. Mit diesem Begriff soll festgelegt werden, dass die Studierenden des zukünftigen Studienfachs Psychotherapie »stufenweise an die Arbeit mit Patientinnen und Patienten heran[geführt]« werden (§ 9 RefE PsychThGAusbRefG, S. 59). Bei der DGPs ist diesbezüglich von einer Trias von »universitäre[r] Lehre, Forschung und praktische[r] Weiterbildung« die Rede (Antoni, 2019). Grund für einen so großen Anteil an »berufspraktischen Einsätzen« sei die Bedeutsamkeit des Erwerbs von Handlungskompetenzen (§ 9 RefE, S. 59). Mit Paragraph 9, Absatz 4 wird bestimmt, dass die »Gesamtverantwortung für das Studium in die Hand der Hochschulen« (§ 9 Abs. 4 RefE, S. 61) gelegt wird. Dies beinhaltet auch, dass die Hochschulen mit »geeigneten Einrichtungen« zusammenarbeiten könnten, um die genannten Lehrmodule anwenden zu können (§ 9 Abs. 4 RefE, S. 61). Auch hier wird auf Patient/-innen-Kontakt hingearbeitet.

Paragraph 10 legt fest, wie die Approbationsprüfung am Ende des Masterstudiums Psychotherapie aussehen soll. Die zu prüfende Person soll demnach unter Beweis stellen können, dass sie »in einschlägigen Therapiesituationen angemessen tätig werden [kann]« (§ 10 RefE, S. 62). Dies soll in Form eines »arbeitsplatzbasierten Assessments« (§ 10 RefE, S. 62) passieren.

Der Praxisbezug im Referentenentwurf ist ein wichtiges Element und setzt vielfältige praktische Übung

im Studium mit psychotherapeutischen Richtlinienverfahren voraus, was EMDR miteinschließt: Im Entwurf wird festgeschrieben, dass die Vermittlung von Richtlinienverfahren, also solchen, deren Effektivität wissenschaftlich nachgewiesen wurde, im Vordergrund stehen soll. Dort heißt es: »Eine versorgungsrelevante Ausbildung muss auch weiterhin den Erwerb von Kompetenzen in den Mittelpunkt stellen, die in der beruflichen Tätigkeit zur Behandlung mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren befähigen« (§ 7 RefE, S. 54).

Die DGPs macht in ihrem Eckpunktetpapier (Spinath, Bühner & Rief, 2018) verschiedene Vorschläge für eine Gewichtung der Inhalte in einem Master für Psychotherapie. Demnach sollen, wie auch schon der Referentenentwurf vorgibt, »alle wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren« zur Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen vermittelt werden. Die im Studium erlernten Handlungskompetenzen sollen auf eine »Umsetzung von wissenschaftlich fundierten Leitlinienempfehlungen vorbereiten«. Die DGPs setzt dabei ein besonderes Augenmerk auf den »Pluralismus« der anerkannten Verfahren (Spinath et al., 2018).

Würde man sich nämlich bei der Erstellung eines Lehrplans nur auf die mittlerweile fast ausschließlich in der deutschen psychologischen Hochschullandschaft vertretene kognitive Verhaltenstherapie konzentrieren, so verhinderte man dadurch eine »notwendige dynamische Weiterentwicklung« der Therapielandschaft, so die DGPs. Bei der Wahl eines Praktikums sieht die Gesellschaft keinen Bedarf an spezifischen Vorga-

ben. Wichtig sei nur, dass eine Reihe von Basishandlungskompetenzen erworben werde, welche verfahrensübergreifend anwendbar sein sollten (»Studiums- und Ausbildungsinhalte«, 2019). Weiterhin macht die DGPs konkrete Vorschläge zum Modulplan. In Anhang 6 des Eckpunktepapiers, welcher sich mit den praxisbezogenen Lehrveranstaltungen im kommenden Studienprofil beschäftigt, schlägt die DGPs ein verhältnismäßig großes Arbeitspensum an Kleingruppen-Übungen vor, für welche verfahrensspezifische und verfahrensübergreifende Übungen angedacht werden. Die DGPs gibt hier einen Richtwert von 1260 Stunden an (Spinath et al., 2018).

Das Gesetz wird laut DGPs voraussichtlich ab dem 1. 10. 2020 in Kraft treten und das alte PsychThG ablösen (»Studiums- und Ausbildungsinhalte«, 2019). Auch wenn der Referentenentwurf selbst bezüglich der Studieninhalte nicht sehr viele konkrete Vorgaben macht, so lässt sich doch eine bestimmte Tendenz daraus ablesen, die berufspraktische Übungen und in diesen auch einen didaktischen Patientenkontakt nahelegt.

Ziel unserer Untersuchungen war es, zu überprüfen, ob der EMDR-Rundlauf nach Brazil (2018) geeignet ist, eine dieser Übungen zu sein.

EMDR: historischer Abriss, Anerkennung, die acht Behandlungsphasen, Störungsmodelle

EMDR steht für Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Dies bedeutet sinngemäß »Desensibili-

sierung und Verarbeitung durch Augenbewegungen«. Aktuell erlebte Belastungen bei Gedanken an vergangene Ereignisse, Trigger sowie Zukunftsbefürchtungen können durch EMDR gesenkt werden, was eindringliche Bilder, negative Gedanken, unangenehme Emotionen und Körpererinnerungen angeht. Die Betroffenen denken hierbei an belastende Bilder und erleben mittels Stimulation, die schnelle Augenbewegungen anregt, eine Entlastung. Bei EMDR handelt es sich um eine Bezeichnung, die einen früheren Stand der Entwicklung dieser Psychotherapiemethode widerspiegelt: die Stimulation der Patient/-innen rein durch Augenbewegungen. Untersuchungen haben gezeigt (z. B. de Jongh, Ernst, Marques & Hornsvelt, 2013), dass auch abwechselnd applizierte Töne durch Kopfhörer, abwechselnd vibrierende Sensoren in den Händen der Patient/-innen und sogar der Blick auf eine unbewegliche Hand (Sack et al., 2016) während des Abrufs belastender Bilder zu einer Besserung von Beschwerden führen können. Erstmals systematisch erforscht wurde EMDR durch Francine Shapiro in den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts: Das, was wir heute als EMDR kennen, hieß im Titel von Shapiros Dissertation zunächst MSMD, »multi-saccadic movement desensitization«; $N = 22$ Proband/-innen, die durch Kriegserlebnisse traumatisiert oder durch sexuellen Missbrauch (u. a. in der Kindheit) belastet worden waren, wurden mittels Augenbewegungen behandelt, indem sie ihre Aufmerksamkeit gerichtet lassen sollten auf

- ein Erinnerungsbild des belastenden Ereignisses,

- eine negative Selbstaussage in Bezug auf das erlebte Trauma,
- die Angstreaktion,

während die Proband/-innen instruiert wurden, sogenannte multisakkadische Augenbewegungen auszuführen. Es wurde berichtet, dass bereits *eine* Sitzung zu signifikanten Änderungen in Form einer

- völligen Desensibilisierung der Erinnerungen an traumatische Ereignisse sowie
- Änderung der subjektiven kognitiven Einschätzung der Situation

führte, was sich auch einen Monat nach der Behandlung bestätigt habe (S. VI). 1989 wurden zwei Arbeiten von Shapiro zum Thema veröffentlicht, nun mit der Bezeichnung »EMD« (für »Eye Movement Desensitization«): eine Fallstudie über die erfolgreiche Behandlung einer Patientin nach einer Vergewaltigung (1989b) und die Veröffentlichung der Fallstudie ihrer Dissertation (1989a). 1993 wurde die erste randomisierte kontrollierte Pilotstudie über die Wirkung von EMD veröffentlicht, in der Ergebnisse der Behandlung von Kriegsveteranen mit PTBS in zwei Sitzungen publiziert wurden (Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht & Sperr, zitiert nach Maxfield, 2009). Shapiro publizierte als theoretisches psychologisches Modell des EMDR das AIP-Modell (für Adaptive Information Processing, 1995), welches voraussagt, dass EMDR ein Verfolgen von Erinnerungskanälen bei den Betroffenen auslöst und am Ende eines solchen Kanals eine Vernetzung mit neutralem oder positivem Material stattfindet, was so lange fortgesetzt werden kann, bis keine Belastung mehr vorliegt (s. Abbildung 2 bei Richter, 2018). Als Wirkmecha-

nismen werden bis heute folgende sechs Kategorien in Betracht gezogen (Leeds, 2018):

- eine Orientierungsreaktion,
- Analogie mit dem REM-Schlaf und/oder Tiefschlaf (Slow-Wave-Sleep),
- eine temporale Blockierung über den Thalamus,
- Inter- und Intra-Hemisphären-Aktivierung,
- Achtsamkeit, meta-kognitives Bewusstsein, präfrontale Aufmerksamkeitsflexibilität,
- Arbeitsgedächtnis (s. hierzu Abb. 3 bei Richter, 2018).

Im Jahr 2000 führte die International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) EMDR in ihren praktischen Leitlinien als wirksame Behandlungsmethode für PTBS auf (s. Maxfield, 2009). 2004 empfahl die American Psychiatric Association EMDR als effektive Traumabehandlung (Maxfield, 2009). Van den Hout und Engelhard (2012) wiederum gelang in ihrer Publikation »How does EMDR work?« der Befund, dass Augenbewegungen wirksamer waren als reine Konfrontation *in vivo* mit einer belastenden Erinnerung und sogar in kleinen Dosen robuste Effekte zeigten (S. 733) mit 4 Sets Applikation von EMDR à 24 Sekunden = 96 Sekunden EMDR. Seidler und Wagner publizierten 2006 ihre Metaanalyse, in die Studien von 1989 bis 2005 einfließen mit der Fragestellung, ob im Vergleich von EMDR und kognitiver Verhaltenstherapie in der Behandlung von PTBS ein Verfahren überlegen sei. Sieben Studien wurden in die Metaanalyse einbezogen, und die Analysen ergaben, dass beide Verfahren gleich wirksam zu sein schienen. Der wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung für

Psychotherapie erkannte 2013 Folgendes an: »Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die EMDR-Methode bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten kann« (S. 478). Diese Anerkennung führte dazu, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband 2015 EMDR in ihre Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapievereinbarung) unter § 5 (8) bzw. § 6 (8) für die Behandlung der PTBS aufgenommen haben. Dies bedeutet, dass EMDR in der ambulanten Behandlung der PTBS seit diesem Zeitpunkt mit gesetzlichen Krankenkassen für die Behandlung von PTBS abgerechnet werden kann.

Die EMDR-Rundlaufmethode nach Brazil (2018)

EMDR-Supervisor Tony Brazil hat im Juli 2018 anlässlich seiner Präsentation auf der EMDR Europe Conference in Straßburg über den von ihm entwickelten EMDR-Rundlauf berichtet, dass dies ein überlegenes Verfahren sein kann im Vergleich zu einer dyadischen Supervision. Er machte den Vorschlag eines neuen praktischen Ausbildungs-Modells: In der zweiten Hälfte einer fünfständigen Supervisionsgruppe führe er praktische EMDR-Übungen durch, den EMDR-Rundlauf (im englischen Original: Round Robin), nachdem in der ersten Hälfte der Gruppensupervision Fragen beantwortet und Fall-supervision durchgeführt werde. Der EMDR-Rundlauf verlaufe vertraulich, sei eine reale Intervention, kein

Rollenspiel, wobei Teilnehmer/-innen in der Patient/-innen- bzw. Therapeut/-innenrolle nicht forciert würden. Als Bearbeitungsthema (sogenannte Targets) würden keine das Leben erschütternde Ereignisse ausgewählt.

Nachdem ein/-e Supervisand/-in in der Patient/-innenrolle und ein/e in der Therapeut/-innenrolle ab EMDR-Phase 3 (der Auswahl/Bewertung eines belastenden Ereignisses) in die Bearbeitung gestartet und in Phase 4, die EMDR-Stimulation des Reprozessierens, übergegangen seien, wechselten andere Supervisand/-innen eine/-r nach der/dem anderen in die Therapeut/-innenrolle.

Beschreibung der einzelnen EMDR-Phasen

Die Phasen einer EMDR-Behandlung, wie sie auch im Rundlauf von Tony Brazil (2018) vorkommen und bei Shapiro und Laliotis (2011) beschrieben werden, gliedern sich wie folgt auf:

In der *ersten Phase* wird die Anamnese vorgenommen. Dabei wird neben den traumatischen Ereignissen unter Berücksichtigung von inneren und äußeren Ressourcen ein klinisches Gesamtbild erhoben. Für gewöhnlich werden hier auch die Therapieziele bestimmt und das Vorgehen zur Bearbeitung der traumatischen Ereignisse gewählt (beispielsweise chronologisch oder das jüngste oder das schlimmste Trauma zuerst).

Ziel der *zweiten Phase* sind die Stabilisierung und Vorbereitung. Dabei sollen Übungen zur Emotionsregulation gemacht und Ressourcen aufgebaut werden, beispielsweise durch imaginative Sicherungstechniken

nach Reddemann wie »Tresor« und »Sicherer Ort« (2017) bzw. EMDR-Stimulation einer positiven Erinnerung (Kiessling, 2009). Dies soll ermöglichen, dass die Verarbeitung belastenden Materials in einem Toleranzfenster erfolgt, in dem Lernen möglich ist (keine Überschreitung des Fensters z. B. durch Dissoziation).

In der *dritten Phase* wird schließlich das traumatische Erlebnis ausgewählt, welches in der Therapie bearbeitet werden soll. Dabei wird gemeinsam nach einem Bild gesucht, welches die Belastung des traumatischen Erlebnisses am stärksten repräsentiert, sowie nach einer negativen Kognition, welche den negativen Glaubenssatz an sich selbst in Bezug auf das schlimmste Bild am besten abbildet. Außerdem wird eine positive Kognition formuliert, welche der Patient/die Patientin stattdessen lieber über sich selbst denken würde, und die Validität dieser positiven Kognition in Bezug auf die zu bearbeitende Belastung wird auf einer Skala von 1–7 bewertet. Es wird gefragt, wie beeinträchtigend das Ereignis in diesem Moment für den Patienten/die Patientin sei und wo diese Beeinträchtigung auf einer Skala von 0–10 im Körper zu spüren ist.

In der *vierten Phase* werden die Stimulationen selbst durchgeführt. Dafür soll die zu behandelnde Person an das Bild und die negative Kognition denken und darauf achten, was sie in ihrem Körper spürt. Daraufhin folgen die Sets mit den Stimulationen (auf visuelle, taktile oder auditive Art), nach denen immer jeweils erfragt wird, was der/die Patient/-in nun empfindet. Diese Sets werden so lange wiederholt, bis der/die Patient/-in zweimal neutrale oder po-

sitive Äußerungen gemacht hat. Ist das passiert, wird eruiert, ob sich an der ursprünglichen Erinnerung etwas verändert hat und als wie belastend diese nun erlebt wird. Dieser Prozess wird so lange wiederholt, bis die Äußerungen zur bearbeiteten Erinnerung nicht mehr belastend sind.

Anschließend wird in der *fünften Phase* nachgeprüft, ob sich an der Einstellung gegenüber der positiven Kognition etwas geändert hat. Idealerweise hat die empfundene Richtigkeit der positiven Kognition zugenommen. Die positive Kognition wird dann verankert, indem eine langsame Stimulation vorgenommen wird, bis die positive Kognition als völlig richtig eingeschätzt wird.

In der *sechsten Phase* wird die ursprüngliche Erinnerung mit der positiven Kognition verknüpft und der/die Patient/-in soll im eigenen Körper nachspüren, ob er/sie dabei auf eine Anspannung, Enge oder eine ungewöhnliche Empfindung trifft. Sollte eine angenehme Empfindung genannt werden, wird diese mit einem langsamen Stimulation-Set verstärkt. Unangenehme Empfindungen auf der anderen Seite sollen durch schnelle Stimulationen aufgelöst werden.

Die *siebente Phase* stellt den Abschluss der Sitzung dar. Hier wird gefragt, wie es der zu behandelnden Person nach der Sitzung geht, und sie wird darauf hingewiesen, dass es zu weiterem Nachprozessieren der bearbeiteten Inhalte kommen kann.

Ob ein solches Nachprozessieren aufgetreten ist, wird in der achten Phase nachgefragt, welche zu Beginn der nächsten Sitzung stattfinden

det. Außerdem wird dann überprüft, wie belastend sich das bearbeitete Ereignis nun anfühlt (vgl. Brazil, 2018).

Die Rolle der Supervisorin/des Supervisors sei es,

- zu beobachten,
- Notizen zu machen und
- die Teilnehmer/-innen in der Therapeut/-innenrolle beim Wechsel »auf Trab zu halten«; die Supervisorin/der Supervisor greift nicht ein, außer
- die Person in der Therapeut/-innenrolle kommt strukturell vom Weg ab oder kommt ins Stocken, sowie
- wenn die Person in der Patient/-innenrolle spezifische Intervention benötigt.

Die Vorteile für die Studierenden seien:

- Diese könnten auf diese Weise beobachten und teilnehmen (Letzteres in der Therapeut/-innenrolle),
- diese könnten lernen, dem EMDR-Prozess zu vertrauen,
- diese könnten sehen, dass EMDR nicht therapeut/-innenzentriert sei,
- sie könnten erleben, dass EMDR kein therapeutisches Charisma, Einsicht oder außergewöhnliche Intelligenz erfordere,
- sie könnten außerdem verstehen, dass der EMDR-Prozess erfordere, dass der/die Therapeut/-in in den Hintergrund trete,
- sie könnten beobachten, dass EMDR allgemein sehr gut funktioniert, wenn einfach dem Protokoll gefolgt wird.

Nach dem EMDR-Rundlauf sei die Rolle des Supervisors/der Supervisorin,

- sicherzustellen, dass die Person in der Patient/-innenrolle am Ende der Intervention stabilisiert ist,
- die Supervisor/-innen zu fragen, ob sie Fragen oder Kommentare haben,
- zu antworten und Feedback zu geben,
- die Stärken der Supervisor/-innen in der Therapeut/-innenrolle zu notieren und anzuerkennen,
- Vorschläge zu machen, EMDR für klinische Anwendung zu assimilieren,
- denjenigen Supervisor/-innen unterschiedliche Unterstützung anzubieten, denen EMDR neu ist und die denken, dass EMDR zu schwer oder sie nicht gut genug sein könnten.

Ziel unserer Übung war es zu überprüfen, ob sich diese Vorgehensweise auch für Studierende der klinischen Psychologie und Psychotherapie eignen würde, erste praktische Erfahrungen mit EMDR zu machen.

Unsere Übung

Der Ausgangspunkt für unsere Übung war das englischsprachige Material von Tony Brazil (2018): ein Handout, das er anlässlich seines o.g. Workshops ausgeteilt hatte. Dieses wurde zunächst von uns ins Deutsche übersetzt und daraufhin in Form von Karteikarten gestaltet mit dem Ziel der Übersichtlichkeit und um die Behandlungsphasen möglichst reibungslos aufeinander folgen zu lassen. Die EMDR-Phasen wurden hierbei deutlich aufgeteilt, entweder durch die Begrenzung auf eine Karteikarte oder durch gut lesbare Überschriften.

Insgesamt fanden vier Termine statt, an denen das erstellte Material unter der Supervision der Erstautorin, die eine von der Dachgesellschaft EMDR Europe akkreditierte EMDR-Supervisorin ist, erprobt wurde. Dabei war es den teilnehmenden Co-Autor/-innen (Studierenden der Psychologie im Bachelor- oder Masterstudium der Philipps-Universität Marburg oder der Justus-Liebig-Universität Gießen) möglich, sowohl die Therapeut/-innenrolle als auch die des Patienten/der Patientin einzunehmen. Wie auch in den Supervisionen von Brazil wurden reale Interventionen durchgeführt, jedoch keine zu tiefgreifenden oder stark belastenden Situationen für die jeweiligen Sitzungen gewählt. Auch die Supervisorin stellte sich einmal als Patientin zur Verfügung, damit alle Studierenden in die Therapeut/-innenrolle wechseln konnten. Es bestand immer die Möglichkeit, die Supervisorin bei Unsicherheiten oder Unklarheiten zum Vorgehen zu befragen. In diesem Prozess wurden Probleme im Umgang mit dem übersetzten Skript von Brazil (beispielsweise unklare Formulierungen oder fehlende Hinweise) durch Ergänzung und Modifikation behoben, sodass ein handhabbarer Behandlungsleitfaden entstand.

Die EMDR-Übungssitzungen liefen folgendermaßen ab: Sie dauerten jeweils ungefähr 40 Minuten. Zunächst stellte sich eine Person als Patient/-in zur Verfügung mit einer realen, aber nicht traumatischen Problematik. Diese Problematik wurde frei von der zu behandelnden Person ausgewählt und konnte ein in der Vergangenheit befindliches Ereignis, aber auch eine Befürchtung in Bezug auf ein zukünftiges Ereignis darstellen

(einen sogenannten Flashforward nach Engelhard et al., 2011).

Phase 1 wurde einmal in der ersten Sitzung demonstriert. In den Sitzungen danach fing der erste Therapeut bzw. die erste Therapeutin mit Phase 2 an: In dieser kamen beispielsweise imaginative Sicherungstechniken nach Reddemann (2017) zum Einsatz. Die Studierende, die in der Therapeutinnenrolle begonnen hatte, führte den Prozess bis zum Ende von EMDR-Phase 3 fort. Der eigentliche Rundlauf begann ab Phase 4. Hier wurde festgelegt, dass ab einer bestimmten Anzahl von Stimulationsdurchgängen (z.B. drei Sets à 20 visuellen oder 40 taktilen Stimulationen) ein Wechsel stattfinden sollte. Der Wechsel wurde entweder durch einen Platzwechsel der Behandler/-innen vollzogen oder durch die Weitergabe der Fernsteuerung der zugehörigen EMDR-Geräte (Lichtbalken oder taktile Sensoren), bei deren Nutzung die Studierenden in der Therapeut/-innenrolle im Halbkreis saßen. Diesen Wechsel probierten wir in zwei verschiedenen Varianten aus, beide Varianten wurden in unseren Übungssitzungen durchgeführt: manuelle Stimulation oder Nutzung von EMDR-Geräten.

Der Prozess lief derweil ungestört weiter. Über die Sitzungen hinweg wurden verschiedene Varianten der Stimulation angewandt: in drei Sitzungen taktile (über vibrierende Impulsgeber) und in einer visuelle Stimulation (über Lichtbalken). Andere Varianten wie zum Beispiel das Tippen auf die Knie der in der Patientenrolle befindlichen Person, wie am Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg in einer Veranstaltung bei einem Referat vorgestellt, wurde von der Übungs-

gruppe als zu übergriffig abgelehnt. Zu Beginn der nächsten Sitzung wurde jeweils noch Phase 8 abgefragt, in welcher eruiert wurde, wie es der Übungsteilnehmerin in der Patientenrolle seit dem letzten Mal ergangen war.

Ergebnis

Die berichtete subjektive Belastung in Bezug auf das ausgewählte Ereignis ist bei allen Teilnehmer/-innen in der Patient/-innenrolle am Ende des Durchgangs gesunken. Die Richtigkeit des positiven Gedankens nahm nach jedem Durchlauf zu; es wurde berichtet, dass dieser Gedanke mehr zutrefte als am Anfang. Des Weiteren reduzierten sich die unangenehmen Körperempfindungen, die anfänglich in Phase 3 genannt worden waren. Bei Abfrage von Phase 8 in der nächsten Sitzung berichteten alle Teilnehmer/-innen, die zuvor in der Patient/-innenrolle gewesen waren, dass sie eine geringere Belastung in Bezug auf das zuvor bearbeitete Ereignis empfänden, es ihnen gut damit gehe und keine Nebenwirkungen aufgetreten seien.

Schlussfolgerungen und Diskussion

In unserer Untersuchung zeigte sich, dass mit Hilfe des Materials der EMDR-Rundlaufmethode nach Brazil (2018) EMDR-Sitzungen zu Übungszwecken durchgeführt werden und Belastungen gesenkt werden können. Als wichtige Bedingungen dafür haben wir identifiziert, dass ein Grundwissen über den EMDR-Prozess im Allgemeinen vorhanden ist und dies in hinreichender Form in

die Karteikarten und die Methoden aus Phase 2 eingearbeitet wird.

Unklar ist, ob eine Darstellung des Materials auf Karteikarten in jedem Falle die beste Option für diesen Rundlauf sei. Die Version von Brazil (2018) wird im Gegensatz dazu nicht in Form von Karteikarten, sondern im Hochformat auf DIN-A4-Seiten dargestellt. Beispielsweise verteilt sich in der Darstellung auf Karteikarten Phase 4 auf drei Karten und macht es deshalb notwendig, im Laufe der Sitzungen zwischen den Karten zu wechseln. Wenn dann nur eine Hand frei ist, da die andere für das Durchführen der Stimulationen benötigt wird (entweder mit der Hand oder an einer Fernsteuerung), kann dies unpraktisch sein. In diesem Fall könnte auf eine Version im Hochformat zurückgegriffen werden, um dem individuellen Bedarf gerecht zu werden. Auf der anderen Seite schaffen die Karteikarten auch einen guten Überblick durch die klare Abtrennung der Phasen.

Für unsere Übung standen uns handgesteuerte EMDR-Geräte (Lichtbalken, taktile Sensoren) zur Verfügung. Sollte dies in einem Interventionspraktikum beispielsweise nicht der Fall sein, sollte man die Stimulationsvarianten ohne technische Hilfsmittel im Vorhinein austesten (Stimulation über Fingerbewegungen oder über Tappen auf Hände oder Knie). Bei der Variante mit den Fingerbewegungen vor den Augen zeigte sich beispielsweise, dass der Abstand zum Gesicht der zu behandelnden Person nicht zu groß sein sollte und aus diesem Grund die Stühle nah beieinander und leicht versetzt stehen sollten.

Des weiteren sollte noch für einen reibungsloseren Ablauf genauer abgesprachen oder gekennzeichnet

werden, zu welchem Zeitpunkt die Weitergabe der Apparatur erfolgt, da dies den therapeutischen Prozess stören könnte. Es hat sich außerdem gezeigt, dass die einfache Weitergabe der Apparatur zur Fernsteuerung der EMDR-Apparate eine ruhigere Atmosphäre schaffen kann als der Sitzplatzwechsel bei manueller Stimulation. Dies wäre vor allem in großen Gruppen empfehlenswert.

Das Ziel, welches im Rahmen dieser Übung verfolgt wurde, war es, den Studierenden der klinischen Psychologie und Psychotherapie einen ersten praktischen Einstieg in das EMDR-Verfahren zu ermöglichen. Mit dem erstellten Material für einen EMDR-Rundlauf in deutscher Sprache wurde eine Grundlage geschaffen, diese Erfahrung auf praktikable Weise zu erlangen. Insbesondere das Erleben einer vollständigen EMDR-Behandlung im Rahmen von praxisnahen Studieneinheiten (z. B. Interventionspraktika) bietet den Studierenden einen umfassenden Einblick und die Aussicht auf praktische Erfahrung in einem gesicherten Kontext.

Für Studierende aus höheren Semestern könnte man diese Methode auch in Fallseminaren, bei denen mit einem Patienten/einer Patientin (zum Beispiel aus einer Hochschulambulanz, wie bei verhaltenstherapeutischen Fallseminaren üblich) gearbeitet wird, anwenden. Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass die Symptomatik der zu Behandelnden nachweislich durch die Methode des EMDR behandelbar ist (zurzeit ist EMDR nur für die Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung zugelassen). Die Verwendung des EMDR-Rundlaufs in einem Fallseminar bietet sich vor allem dann an,

wenn im Vorhinein schon Erfahrungen mit Mitstudierenden in anderweitigen Veranstaltungen gesammelt wurden (z.B. in einem EMDR-Interventionspraktikum mit Peers). In unserer Autor/-innengruppe wurde erörtert, dass es zur Sicherheit dieser Patient/-innengruppe wichtig wäre, über eine sorgfältige Diagnostik abzugrenzen, nur mit Patient/-innen mit Monotrauma ohne dissoziative Symptome im Fallseminar zu arbeiten, um einen für Studierende 1. überschaubaren Schwierigkeitsgrad und 2. Sicherheit für Patient/-innen im Fallseminar zu gewährleisten. Wichtig ist dabei die Anwesenheit einer/eines erfahrenen approbierten EMDR-Supervisors/Supervisorin als Ansprechpartner/-in zur Sicherheit für Studierende und Patient/-innen und die Möglichkeit, unter Gewährleistung der Adhärenz das EMDR-Standard-Protokoll kritisch auf Anwendbarkeit hinterfragen zu können.

Schlussendlich haben wir mit den hier beschriebenen EMDR-Rundläufen einen praxisbezogenen möglichen Baustein für den geplanten Psychotherapie-Studiengang und einen damit zusammenhängenden Einblick in die praktische Anwendung von EMDR erprobt und erarbeitet. Den Stand des von uns erarbeiteten Materials können Interessierte auf unserer Projektseite bei ResearchGate sichten und unter folgender Internetadresse herunterladen: <https://www.researchgate.net/project/EMDR-Interventionspraktikum-im-Psychotherapiestudium-an-deutschen-Universitaeten>

Die ersten Entwürfe der Studieninhalte sehen ein großes Pensum an Kleingruppenübungen vor und legen großen Wert auf die Weiterentwicklung der Therapielandschaft

durch die Vermittlung der Pluralität der anerkannten Verfahren. In diese pluralistische Konzeption lassen sich aus unserer Sicht EMDR-Übungen wie der EMDR-Rundlauf gut einbetten.

How EMDR Intervention Practice Could Be Integrated into Non-Medical Psychotherapy Training – Brazil's »Round Robin« Method

Abstract: *The reform of the German Psychotherapy Law has led to the initiation of direct, non-medical psychotherapy studies. The relevant curriculum states that students are entitled to expect patient contact and sound, practically oriented instruction in psychotherapeutic guideline procedures. Since 2015, EMDR has been a psychotherapeutic method acknowledged as such in the agreement between the National Association of Statutory Health Insurance Physicians and the Association of Health Insurance Funds. Accordingly, higher-education instructors approached the first-named author of this article with inquiries as to how students could themselves test the effect of EMDR. At the EMDR Europe Conference 2018 in Strasbourg, EMDR supervisor Tony Brazil spoke on the so-called EMDR Round Robin Method. In two separate stages, the hand-out about this method was checked for comprehensibility by the authors of this article and modified accordingly. The results can serve as a practical basis for German-speaking psychology and psychotherapy departments in familiarising their students with the effect of reprocessing in EMDR stages 3 to 7 under the guidance of an EMDR supervisor.*

Keywords: *EMDR, intervention practice, direct training, EMDR stages, Round Robin Method, teaching psychotherapy*



INSTITUT FÜR TRAUMATHERAPIE OLIVER SCHUBBE

Kammerzertifizierte Seminare

Curriculum Psychotraumatologie (DeGPT) mit EMDR-Kurs

| | |
|--------|-----------------|
| Berlin | ab 31.8./1.9.19 |
| Berlin | ab 29.2./1.3.20 |
| Waren | ab 18./19.4.20 |

EMDR

| | |
|--------|--------------|
| Berlin | |
| EMDR 1 | 7./8.9.19 |
| EMDR 2 | 23./24.11.19 |
| EMDR 3 | 22./23.2.20 |

EMDR 1 (Kooperation mit der DGPM)

| | |
|--------|-------------|
| Berlin | 13.-15.3.20 |
|--------|-------------|

Traumatherapie mit BSP (1a)

| | |
|----------------|-------------|
| Oliver Schubbe | |
| Berlin | 10./11.8.19 |

Supervision & Selbstfürsorge

| | |
|---|--------------|
| Annette Brink, Britta Wolterbeck, Dr. Iris Deffke | |
| Berlin | 14./15.9.19 |
| Waren | 28./29.11.20 |

Vortrag »Transkulturelle Sensibilität in der Versorgung von Migranten«

| | |
|-------------------|---------|
| Dr. Ibrahim Özkan | |
| Berlin | 20.9.20 |

Einführung in die Ego-State-Therapie

| | |
|-----------------------|--------------|
| Dr. med. Andrea Curio | |
| Berlin | 21./22.9.19 |
| Berlin | 21./22.11.20 |

Praxisseminar BSP (1b), Supervision

| | |
|----------------|--------------|
| Oliver Schubbe | |
| Würzburg | 11./12.10.19 |

Körperorientierte Prozessbegleitung

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Oliver Schubbe & Andrea Iff-Kamm | |
| Berlin | 26./27.10.19 |

Das Innere Kinder-Retten (3) bei sexuellen Komplextumata

| | |
|---------------|--------------|
| Gabriele Kahn | |
| Berlin | 16./17.11.19 |

EMDR Update

| | |
|----------------|----------------|
| Oliver Schubbe | |
| Berlin | 30.11./1.12.19 |

Trauma, Dissoziation und ritualisierte Gewalt

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Oliver Schubbe & Anke Siebert | |
| Berlin | 11./12.1.20 |

Ego-State-Therapie: Aufbau-seminar

| | |
|-----------------------|-------------|
| Dr. med. Andrea Curio | |
| Berlin | 15./16.2.20 |

CARMERSTRASSE 10 • 10623 BERLIN
TEL.: +49 30 4642 185 • FAX: +49 30 4640 4863
WWW.TRAUMATHERAPIE.DE
INFO@TRAUMATHERAPIE.DE

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.

Zur Person



Hadassa Sommerfeld studiert in Gießen Psychologie im Bachelor nach ihrem langjährigen Auslandsaufenthalt und Schulzeit in Thailand. Ihr Berufsfeldpraktikum hat sie in der Praxis Richter in Marburg absolviert, wo sie u. a. das Flashforward-Modell des EMDR grafisch für Publikationen visualisierte.

Zur Person



Felix Antonio Hamacher studiert in Marburg Psychologie im Bachelor mit den Schwerpunkten Klinische und Pädagogische Psychologie. Er absolvierte ein Praktikum in der Psychiatrie der Uniklinik Marburg auf der Station für Angst- und Zwangsstörungen und schreibt seine Bachelorarbeit über die Emotionsregulation von Kindern. Er ist Co-Autor eines psychoedukativen Angstratgebers für Kinder.

Zur Person



Franziska Beham, B.Sc. studiert in Marburg Psychologie im Master mit den Schwerpunkten Klinische Psychologie und Pädagogische Psychologie und absolvierte ein Vollzeitpraktikum in der Psychiatrie Clínica Saint Michel in Córdoba, Argentinien. Sie arbeitet in der Praxis Richter im Bereich Organisation und in einem EMDR-Forschungsprojekt zu Sozialen Angststörungen und ist Co-Autorin eines psychoedukativen Ratgebers für Kinder psychisch kranker Eltern.

Zur Person



Christina Göttelmann, B.Sc. studiert in Marburg Psychologie im Master mit den Vertiefungsfächern Klinische Psychologie und Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie nach Auslandsaufenthalt und Schulzeit in Frankreich. Ihr Berufspraktikum absolvierte sie in der Psychiatrie des Benjamin Franklin Campus der Charité Berlin.

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@zpb-t-marburg.de*

Literatur

- Antoni, C. H. (2019). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 70 (1), 4–26.
- Brazil, T. (2018). Innovating EMDR Group Consultation for initial EMDR-Training: a novel »Round Robin« approach. Workshop at the 19th European EMDR Conference in Strasbourg. <https://www.emdr-2018.com/index.php/en/program>
- Bühring, P. (2019). Psychotherapeutenausbildung: Ärzte lehnen Reform ab. *Deutsches Ärzteblatt*, 116 (4) 25.01.2019.
- Bundesgesundheitsministerium (2019). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsgesetz–PsychThGAusbRefG). Bearbeitungsstand: 03.01.2019 14:42 Uhr. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PsychThG-RefE.pdf.
- Bundesgesundheitsministerium (2019). Psychotherapeuten bekommen eigenen Studiengang. Gesundheitsminister Spahn reformiert Ausbildung. abgerufen 04.01.2019 von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeutenausbildung.html>.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2019). Diskussionsentwurf/Rohkonzept: Mögliche Studieninhalte als Grundlage für die Entwicklung einer Approbationsordnung. https://psychotherapie.dgps.de/fileadmin/user_upload/medien/PsychThG_Anlage1Studieninhalte.pdf.
- Dragunowa, O. & Keil, J. (2018). PiA – Arbeit ohne Lohn. VPP aktuell, September 2018, Heft 42. Abgerufen von: https://pia-imstreik.de/wp-content/uploads/2018/09/VPPaktuell-Heft42_PiA_Anzeige.pdf.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A. E., Dek, C. P., Giele, C. L. van der Wielen, J. W. Reijnen, M. & van Rooij, B. (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent »flashforwards« by taxing working memory: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 599–603. DOI 10.1016/j.janxdis.2011.01.009.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband (2015). Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapievereinbarung).
- Kiessling, R. (2009). Resource Strengthening. In *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations*. New York: Springer.
- Leeds, A. (2018). Mechanisms of action in EMDR therapy: Multiplex effects of bilateral stimulation. In *The Standard Protocol – What should we teach? Trainer Program*. EMDR Europe Trainers' Day. <https://www.emdr-2018.com/index.php/en/program>
- Maxfield, L. (2009). EMDR Milestones: The First 20 years. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 211–216. DOI 10.1891/1933-3196.3.4.211.
- Reddemann, L. (2017). *Imagination als heilsame Kraft*. 20. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Richter, A.-K., Stenzel, J. & Werner, I. (2005). Ein steiniger Weg. Ausbeutung in der Psychotherapie-Ausbildung. Frankfurt am Main: Dr. med. Mabuse 157, 42–44. https://www.researchgate.net/publication/310424639_Ein_steiniger_Weg_Ausbeutung_in_der_Psychotherapie-Ausbildung
- 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., Beham, F., Sommerfeld, H., Göttelmann, C. & Hamacher, F. A. (2018). Projektseite auf ResearchGate <https://www.researchgate.net/project/EMDR-Interventionspraktikum-im-Psychotherapiestudium-an-deutschen-Universitaeten>
- Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515. DOI 10.1017/S0033291706007963.
- Shapiro, F. (1988). Efficacy of the multi-saccadic movement desensitization technique in the treatment of post-traumatic stress disorder. Unpublished dissertation. The Professional School of Psychological Studies, San Diego, CA.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223. DOI 10.1007/BF00974159.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217. DOI 10.1016/0005-7916(89)90025-6.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. 3rd Edition. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. & Laliotis, D. (2011). EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Integrative Treatment and Case Conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39, 191–200. DOI 10.1007/s10615-010-0300-7.
- Spinath, B., Bühner, M. & Rief, W. (2018). Reform des Psychotherapeutengesetzes. Vorschläge zu einer zügigen Umsetzung (Stand Oktober 2018). Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) https://psychotherapie.dgps.de/fileadmin/user_upload/medien/psychotherapie/DGPs-Eckpunktepapier_Psychotherapieform_mit_allen_Anhaengen.pdf
- Van den Hout, M. A. & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724–738. DOI 10.5127/jep.028212.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(37), A 2417–2419.