

Jonas Tesarz / Günter H. Seidler /  
Wolfgang Eich

# Schmerzen behandeln mit EMDR

Das Praxishandbuch

Mit einem  
Vorwort von  
Michael Hase

Fach-  
buch   
Klett-Cotta





Jonas Tesarz, Günter H. Seidler, Wolfgang Eich

# **Schmerzen behandeln mit EMDR**

**Das Praxishandbuch**

Klett-Cotta

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett- Cotta  
www.klett-cotta.de

© 2015 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung  
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart  
Alle Rechte vorbehalten  
Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart  
Unter Verwendung eines Fotos von © contrastwerkstatt/fotolia.com  
Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell  
Printausgabe: ISBN 978-3-608-94881-3  
E-Book: ISBN 978-3-608-10828-6  
PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20279-3

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

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.

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	9
<b>Einführung</b> .....	11
<b>Was ist EMDR?</b> .....	17
Woher kommt EMDR? .....	17
Die Kernelemente von EMDR .....	19
Die acht Phasen der EMDR-Therapie .....	21
Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte, Diagnostik und Behandlungsplanung .....	21
Phase 2: Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten .....	21
Phase 3: Bewertung einer belastenden Erinnerung .....	21
Phase 4: Desensibilisierung und Durcharbeitung .....	22
Phase 5: Verankerung .....	22
Phase 6: Körpertest .....	23
Phase 7: Abschluss .....	23
Phase 8: Nachbefragung .....	23
<i>Frau K.: Traumafolgestörung nach Herzrhythmusstörungen</i> .....	24
<b>EMDR und Schmerz</b> .....	29
Warum EMDR bei Schmerz? .....	29
Wie wirkt EMDR bei Schmerz? .....	33
Die Bedeutung neuronaler Netzwerke .....	33
Das Schmerzgedächtnis .....	34
Der Prozess der Schmerzprägung und Hypermnesie .....	39
Die körpereigene Schmerzmodulation .....	41
Explizites und implizites Gedächtnis .....	42
Die Netzwerktheorie .....	44
Die Aktivierung neuronaler Netzwerke .....	46
Weitere Effekte von EMDR bei Schmerzpatienten .....	47
Exposition .....	48
Entspannungsinduktion .....	50

Der Einfluss des Traumas auf den Schmerz .....	51
Der Schmerz als eine Traumafolgestörung .....	52
Das Hypermnesia-Hyperarousal-Modell .....	54
Der Schmerz infolge einer Traumafolgestörung .....	58
Weitere Interaktionen von Trauma und Schmerz .....	61
<b>Vor Beginn der Behandlung</b> .....	<b>64</b>
Allgemeine Vorüberlegungen .....	64
EMDR bei Schmerz ohne Vorliegen traumatischer Erinnerungen .....	66
<i>Herr P.: Der vor Wut starre Polizist</i> .....	66
EMDR bei Schmerz mit Vorliegen traumatischer Erinnerungen .....	69
<i>Frau S.: Rückenschmerz nach einem Autounfall</i> .....	70
Voraussetzungen und Kontraindikationen zur Behandlung mit EMDR .....	71
Körperliche Stabilität .....	72
Soziale Stabilität .....	74
Psychische Stabilität .....	75
Die Aufklärung des Patienten .....	76
<b>Die Behandlung: Das EMDR-Schmerzmanual</b> .....	<b>78</b>
Das Ausgangsthema und der EMDR-Therapiefokus .....	78
Traumatische Erinnerungen .....	79
Schmerzassoziierte Erinnerungen .....	81
Aktueller Schmerz .....	81
Die Auswahl des Ausgangsthemas .....	84
Phase 1: Anamnese und Behandlungsplanung .....	86
Schmerzanamnese .....	87
<i>Herr R.: Schmerzanamnese</i> .....	95
Traumaanamnese .....	97
<i>Herr R.: Traumaanamnese</i> .....	97
Ressourcenanamnese .....	106
<i>Herr R.: Ressourcenanamnese</i> .....	108
Entwicklung eines Behandlungsplans .....	109
<i>Herr R.: Die Behandlungsplanung</i> .....	114
Phase 2: Stabilisierung und EMDR-Vorbereitung .....	115
Verbesserung der Distanzierungsfähigkeit .....	119
Patientenedukative Informationen .....	120

Innere Sicherheit und Stabilität .....	125
Motivation schaffen .....	136
Die Bedeutung körperlicher Aktivität .....	141
<i>Herr R.: Stabilisierung und Übergang in die Bewertungsphase</i> .....	143
Phase 3: Bewertungsphase .....	146
Ausgangsbild (Target) .....	149
Negative Selbstkognition .....	151
Positive Selbstkognition und deren Validierung (VoC) .....	153
Bewertung von Schmerz und Emotionen (SUD/SUP) .....	156
<i>Herr R.: Die Einschätzung vor dem Prozessieren</i> .....	160
Phase 4: Desensibilisieren und Reprozessieren .....	161
Der duale Aufmerksamkeitsfokus .....	163
Die Wahrnehmung und Verbalisierung der erlebten Inhalte .....	165
<i>Herr R.: Prozessierung und Desensibilisierung</i> .....	167
Der Umgang mit »Schwierigkeiten« .....	174
Phase 5: Verankerung .....	179
Klassische Installation der positiven Kognition .....	181
Installation einer positiven Kognition auf der Basis einer positiven Körperressource .....	182
Installation einer positiven Kognition durch Antidot-Imagination .....	183
Finden eines positiven Abschlusses ohne Installation einer Kognition .....	185
<i>Herr R.: Verankerung</i> .....	186
Phase 6: Körpertest .....	186
<i>Herr R.: Körpertest</i> .....	188
Phase 7: Abschluss .....	189
Phase 8: Überprüfung und Neubewertung .....	192
<b>Übungsmaterialien und Kopiervorlagen</b> .....	197
Standardprotokoll zur Fokussierung traumaassoziiierter Erinnerungen zum Schmerz (TAP) .....	198
Schmerzprotokoll zur Fokussierung schmerzassoziiierter Erinnerungen (PAP) .....	204
Schmerzprotokoll zur Fokussierung aktueller Schmerzen (CUP) .....	210
Ressourcenübungen .....	216
Der sichere Ort (Patientenversion) .....	216
Der innere Wohlfühlort .....	218

Die Lichtstrahlübung (Patientenversion) .....	222
Der Aufbau einer positiven Körperressource .....	225
Die Tresorübung .....	228
Die 5-4-3-2-1-Übung .....	231
Die Antidot-Imagery-Übung .....	233
Selbstkontrolltechniken .....	236
Schmerzprovokation-Reduktionsübung (Patientenversion) .....	236
Die Absorptionsübung .....	238
Edukationsmaterial für Patienten .....	241
Informationen zur neurophysiologischen Basis der Schmerz- wahrnehmung und Schmerzmodulation .....	241
Informationen zum Schmerzgedächtnis und zu Erinnerungsprozessen ...	244
Informationen zu EMDR und der adaptiven Informationsverarbeitung EMDR und Schmerz .....	250
<b>Literatur</b> .....	<b>252</b>
<b>Literaturempfehlungen</b> .....	<b>257</b>
Übersichtsarbeiten zu EMDR und Schmerz .....	257
Schmerzspezifische EMDR-Protokolle .....	257
Kontrollierte Studien zu EMDR und Schmerz .....	258
Einzelfallberichte zu EMDR bei Schmerz .....	258
<b>Adressen der Autoren</b> .....	<b>259</b>

# Vorwort

Chronischer Schmerz ist eine mit großem Leiden für den Patienten und sein Umfeld verbundene Erkrankung. Ich erlebe immer wieder, wie massiv der chronisch Schmerzkranken in seiner Teilhabe im beruflichen und privaten Leben eingeschränkt ist. Gleichzeitig stellt der chronische Schmerz eine therapeutische Herausforderung dar und führt mich selbst immer wieder an die Grenzen meines Handelns. Von Beginn an habe ich die Versuche der EMDR-Therapeuten in der Arbeit mit Phantomschmerz mit großem Interesse und auch Respekt verfolgt. Mein Lehrer in der Ausbildung zum EMDR-Facilitator, Bob Tinker, ermutigte mich dazu, EMDR bei Schmerzpatienten anzuwenden. Bei allen eigenen Erfahrungen und ermutigenden Berichten von Kollegen blieben die Versuche bisher eher fragmentarisch und skizzenhaft. Veröffentlichungen waren im Wesentlichen dem englischen Sprachraum vorbehalten und fanden kaum ihren Weg nach Deutschland.

Mit dem jetzt vorliegenden anwendungsorientierten Manual *Schmerzen behandeln mit EMDR* erscheint ein lange erwartetes Buch. Das Warten hat sich allerdings gelohnt. Denn es gelingt den Autoren, die Brücke von der Forschung in die Praxis zu schlagen. Dabei bereichern sie durch den Verweis auf eigene wichtige Forschungsergebnisse das Verständnis für chronische Schmerzerkrankungen. Der Bezug auf das Krankheitsmodell der EMDR-Methode, dem AIP-Modell, und der Rückgriff auf Begrifflichkeiten der Psychotraumatologie öffnet in nachvollziehbarer Weise den Weg zur Anwendung der EMDR-Methode. Gleichzeitig bietet das Manual dem EMDR-Novizen eine gute komprimierte Darstellung der EMDR-Methode und dem Fortgeschrittenen die Information im Detail. Den Autoren gelingt es dabei in hervorragender Art und Weise, die Struktur und Inhalte des Vorgehens durch Verweise auf die Forschungslage zu untermauern. Der Wissenstransfer in die Praxis wird durch zahlreiche illustrative Fallbeispiele erleichtert. Die klare Gliederung des Manuals vereinfacht die Orientierung ungemein.

Die Autoren sind in der Einführung neuer Begriffe angenehm zurückhaltend. Dort, wo sie es tun, ist es bereichernd und nicht, wie sonst oft, unnötig und ver-

wirrend. Die sehr guten Grafiken präzisieren und fokussieren das breit dargebotene Wissen um EMDR und Schmerz. Es wird deutlich, dass die Autoren in beiden Gebieten gleichermaßen engagierte Forscher und erfahrene Praktiker sind. Diese Kombination zeichnet das Manual aus. Es wird das umfassende Wissen um den Schmerz immer mit Fokus auf die EMDR-Behandlung vermittelt. Mit dem vorliegenden Manual schließen die Autoren nicht nur eine seit langem bestehende Lücke in der deutschsprachigen Literatur, sondern setzen auch einen Maßstab für kommende Manuale. Bei der regen Forschungstätigkeit bezogen auf die EMDR-Behandlung verschiedener psychischer und psychosomatischer Störungsbilder sind weitere Publikationen zu erwarten. Sie werden sich an diesem Manual messen müssen.

Dr. Michael Hase  
*EMDR* Senior Trainer  
1. Vorsitzender *EMDR*IA Deutschland

# Einführung

EMDR steht für *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* und ist eine evidenzbasierte psychotherapeutische Methode, die ursprünglich für die Verarbeitung von emotionalem Stress nach psychischer Traumatisierung entwickelt worden ist. Über EMDR können dysfunktional gespeicherte und belastende Erinnerungen neu prozessiert, desensibilisiert sowie im Gehirn neu assoziiert und heilsam integriert werden. Inzwischen ist EMDR international anerkannt als eine der effektivsten Methoden zur Behandlung von Traumafolgestörungen und den damit einhergehenden emotionalen Belastungen.

Die Anwendung von EMDR beschränkt sich bereits seit vielen Jahren nicht mehr nur auf die Traumatherapie, sondern erfasst inzwischen eine Vielzahl unterschiedlichster Störungsbilder, welche mit emotionalen Belastungen einhergehen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der Einsatz von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome bereits seit den Anfängen von EMDR immer wieder intensiv diskutiert worden ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig und wohl auch im Phänomen ›Schmerz‹ selbst begründet. Denn chronischer Schmerz wird von den Betroffenen – ganz ähnlich einem Trauma – häufig als eine Art Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren einerseits und den individuell zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten andererseits erlebt. Das dadurch ausgelöste Gefühl von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe kann unter Umständen – ganz ähnlich einer Traumafolgestörung – zu einer dauerhaften Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis führen. Ein chronisches Schmerzsyndrom als ein belastendes Ereignis, welches genuin als Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit empfunden wird und stark mit Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit assoziiert ist, erfüllt damit in der Regel die klassischen Kriterien eines psychischen Traumas. Es liegt in dieser Hinsicht nahe, EMDR als eine effektive und etablierte Technik zur Bearbeitung von posttraumatischen Belastungsstörungen auch auf das subjektive »Schmerztrauma« anzuwenden, das ein chronischer und damit »außer Kontrolle« geratener Schmerz hervorrufen kann.

Inzwischen weiß man durch die neueren Erkenntnisse aus der Hirnforschung, dass psychische Traumata und körperliche Schmerzen auch auf neurobiologischer Ebene viele Gemeinsamkeiten besitzen. Durch funktionell-hirnbildgebende Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das menschliche Gehirn den durch Ausgrenzung und Demütigung hervorgerufenen seelischen Schmerz genauso wahrnimmt wie absichtlich zugefügten körperlichen Schmerz (Eisenberger 2012). Körperliche und seelische Schmerzen werden z. T. in den gleichen Regionen des Gehirns verarbeitet. Körperlicher Schmerz besitzt neben der rein sensorischen Erfahrung des Schmerzes in der Regel auch eine ausgeprägte emotionale Dimension, die bestimmt, wie schlimm oder quälend das Gehirn den Schmerz wahrnimmt. Diese emotionale Ebene ist die gleiche wie die beim sozialen Schmerz. Andererseits konnten manche Untersuchungen zeigen, dass sehr schwerwiegende bedrohliche Erlebnisse auch in solchen Teilen des Gehirns prozessiert werden, welche für die sensorische Komponente des Schmerzes zuständig sind.

Mittlerweile ist ebenfalls belegt, dass traumatische Erlebnisse einen direkten und nachhaltigen Einfluss auf das Schmerzempfinden von Betroffenen haben können, unabhängig davon, ob eine klassische Traumafolgestörung vorliegt oder nicht. So konnte in psychophysiologischen Untersuchungen an chronischen Rückenschmerzpatienten nachgewiesen werden, dass Rückenschmerzpatienten mit traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte sensibler für Druckschmerzreize sind und eine generalisierte Hyperalgesie<sup>1</sup> für tiefe Schmerzqualitäten (z. B. Muskeln, Faszien) aufweisen, während Rückenschmerzpatienten ohne traumatische Erlebnisse nur eine lokalisierte, auf das schmerzhafteste Areal des Rückens begrenzte Veränderung zeigen. Die Schwere des Traumas korrelierte dabei mit der Ausprägung der Hyperalgesie. Außerdem konnte bei den Rückenschmerzpatienten mit traumatischen Erlebnissen eine gesteigerte Schmerzausdehnung und eine vermehrte Ängstlichkeit nachgewiesen werden (Tesarz et al. 2015). Interessanterweise gelang es, bei diesen Patienten durch eine therapeutische Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse mittels EMDR die nachgewiesenen pathologischen Veränderungen spezifisch zu modulieren. Inzwischen wurde jedoch auch gezeigt, dass EMDR einen direkten Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung von Patienten hat, unabhängig davon, ob von einem traumatischen Ereignis berichtet wird oder nicht.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass es nur wenige Jahre brauchte

---

<sup>1</sup> Der Begriff der »Hyperalgesie« von griech. *hyper* = »über, über ... hinaus« und *algos* = »Schmerz« bezeichnet in der Medizin eine übermäßige Schmerzempfindlichkeit.

von der erstmaligen Beschreibung des entlastenden Effekts durch Augenbewegungen durch Francine Shapiro im Jahre 1987 mit der sich daran anschließenden Entwicklung der heutigen »Eye-Movement-Desensitization-Reprocessing«-Methode (schriftlich festgehalten in Shapiro 1989) bis zur erstmaligen Anwendung von EMDR in der Behandlung von chronischen Schmerzen Anfang der 1990er Jahre. Bereits wenige Jahre, nachdem Francine Shapiro unter Einbeziehung einer strukturierenden kognitiven Komponente die heutige Form von *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ausgearbeitet und veröffentlicht hatte, berichtete das amerikanische Therapeutenehepaar Ray und Carol Blanford (1991) erstmals öffentlich über den erfolgreichen Einsatz von EMDR in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Im Jahr darauf veröffentlichte der amerikanische Psychiater David McCann (1992) eine eindrucksvolle Fallstudie über die erfolgreiche Heilung einer schweren Schmerzsymptomatik bei einem Patienten mit ausgeprägten Verbrennungen schon nach einer einmaligen EMDR-Sitzung. Und Bruce Eimer, einem Schmerztherapeuten mit bereits langjähriger Erfahrung in der Behandlung chronischer Schmerzen, der sich ergänzend in EMDR weitergebildet hatte, ist es schließlich zu verdanken, dass Mitte der 1990er Jahre erstmals ein eigenes Schmerzprotokoll veröffentlicht wurde (Eimer 1993 a). Dieses erste *Chronic Pain Protocol*, welches u. a. auf Arbeiten zu spezifischen Copingtechniken aus den 1960er Jahren aufbaute (Cheek & LeCron 1968) und sich im Wesentlichen am klassischen EMDR-Protokoll nach F. Shapiro orientierte (1989), integrierte nun zum ersten Mal schmerzrelevante Aspekte in den klassischen EMDR-Ablauf – damals ein Novum in der EMDR-Szene. Während die erste Version zunächst noch 13 Schritte enthielt, wurden in der überarbeiteten Version kurze Zeit später bereits schon mehr als 20 Schritte spezifiziert (Eimer 1993 b). Die besondere Leistung von Bruce Eimer liegt auch darin, dass er erstmals den Schmerz selbst fokussierte. Zudem führte er erstmals die sogenannte »Antidot-Imagination«, auf welche im praktischen Teil noch näher eingegangen werden wird, als eine schmerzspezifische Imaginationstechnik in die EMDR-basierte Schmerztherapie ein. Die Antidot-Imagination ist eine spezielle Imaginations-technik, welche später insbesondere durch die Arbeiten von Mark Grant, einem klinischen Psychologen und erfahrenen EMDR-Therapeuten aus Australien, einen festen Stellenwert in der EMDR-Therapie bekommen hat.

Im Rahmen dieser ersten Erfahrungen mit EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome zeigte sich, dass selbst schwerste Schmerzsyndrome, welche bereits seit vielen Jahren persistierten und sich trotz intensiver Behandlungsversuche resistent gegen alle bisherigen Therapieversuche gezeigt hatten,

nach nur wenigen EMDR-Sitzungen deutlich gelindert oder sogar vollständig geheilt werden konnten.

Diese ersten Anwendungen von EMDR in der Schmerztherapie konzentrierten sich meist noch auf »posttraumatische« Schmerzsyndrome, d. h. auf chronische Schmerzsyndrome nach traumatischen Unfällen, welche sowohl zu einer körperlichen als auch seelischen Verletzung geführt hatten. So wurde – und wird natürlich auch heute noch – EMDR sehr erfolgreich bei der Behandlung von Patienten mit Phantomschmerzen (PLP: *phantom limb pain*) eingesetzt, bei Patienten also, die ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelten, nachdem sie ein Körperteil als Folge eines traumatischen Ereignisses (z. B. einem schweren Motorradunfall) verloren hatten. Es ist gerade diesen damaligen und z. T. sehr eindrucksvollen Erfolgen zu verdanken, dass die EMDR-Therapeuten zunehmend mutiger wurden und das Einsatzgebiet von EMDR immer mehr ausweiteten. Denn diese überwiegend positiven, z. T. enthusiastischen Berichte führten schließlich dazu, dass sich der Fokus weg vom initial »traumatischen Schmerzauslöser« über schmerzassoziierte belastende Erinnerungen und mögliche Trigger hin zum Schmerz selbst als einem traumatischen Erlebnis bewegte. Vor diesem Hintergrund entstanden nach und nach verschiedene spezifische Schmerzprotokolle, welche zunehmend den Schmerz selbst in den Fokus des Desensibilisierungs- und Reprozessierungsprozesses stellten und die Bedeutung des Traumas zunehmend in den Hintergrund rücken ließen.

Es ist vor allem den Arbeiten des bereits genannten Psychologen Mark Grant zu verdanken, dass in der Folge die spezifischen Effekte von EMDR auf den Schmerz selbst detailliert aufgearbeitet und mit klassischen Elementen aus der Schmerzpsychotherapie kombiniert wurden. Als Folge dieser Entwicklung, und insbesondere durch die Arbeiten von Mark Grant, bestand nun die Möglichkeit, Schmerz auch unabhängig vom Vorliegen psychischer Traumatisierungen oder belastender Lebensereignisse mittels spezifizierter EMDR-Techniken zu behandeln.

Neben den bereits genannten Erfolgen in der Behandlung von Phantomschmerz und traumaassoziierten somatoformen Schmerzstörungen gibt es inzwischen sehr gute Ergebnisse für die Anwendung von EMDR in der Behandlung von chronischen Kopfschmerzsyndromen, Fibromyalgie, chronischen Rückenschmerzen sowie weiteren muskuloskelettalen Schmerzsyndromen (Tesarz et al. 2013).

Doch auch wenn das Einsatzfeld inzwischen mannigfaltig und die Berichte vielfältig sind, so ist die Variabilität der heute existierenden Protokolle erstaunlich gering. Denn obwohl in den letzten Jahren unterschiedliche Autoren unabhängig voneinander »eigene« Schmerzprotokolle entwickelt und validiert haben, so hat