



GETTY IMAGES/BEARBEITUNG: DIE WELT

Die Geschichte beginnt mit einem Spaziergang. Es ist das Jahr 1987 und Francine Shapiro sucht Ablenkung im Park des kalifornischen Städtchens Los Gatos. Die 38-jährige ehemalige Englischlehrerin plagt düstere Erinnerungen an ihre überstandene Krebskrankung.

VON JENS LUBBADEH

Shapiro, nun Psychologiestudentin, bemerkt etwas Eigenartiges: „Ich stellte fest, dass, wenn die verstörenden Gedanken in meinen Geist kamen, meine Augen spontan begannen, sich sehr schnell hin und her zu bewegen, diagonal aufwärts.“ Zugleich nahm die emotionale Wucht der Erinnerungen ab.

Waren die Augenbewegungen die Ursache? Hatten sie ihre Emotionen beeinflusst?

Diese Eigenbeobachtung im Park benennt Shapiro als die Geburtsstunde der EMDR, einer neuen Therapie zur Bekämpfung von traumatischen Erinnerungen, die die Wissenschaftlerin im Anschluss entwickelte. EMDR steht für „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“, auf Deutsch: Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung. Sie verspricht, Menschen von Trauma und Posttraumatischen Belastungsstörungen zu befreien – nur durch schnelle seitliche Augenbewegungen.

Es klingt aberwitzig: Der Patient folgt mit den Augen schnellen seitlichen Fingerbewegungen des Therapeuten, denkt dabei an schreckliche Erlebnisse wie Krieg, Folter, Vergewaltigung und Gewalt, und dann verblasst das Trauma? Ist es wirklich so simpel?

Auch Arne Hofmann war höchst skeptisch, als er im Frühjahr 1991 zum ersten Mal von der merkwürdigen neuen Augentherapie erfuhr. „Mir erschien dies – trotz der Begeisterung, mit der einige Kollegen davon berichteten – wenig glaubwürdig“, erzählt er. Hofmann, eigentlich Facharzt für Innere Medizin, hatte sich gerade zum Psychotherapeuten ausbilden lassen und wollte in den USA neue Therapieansätze kennenlernen. Für einen Gastaufenthalt wählte er das Mental Research Institute in Palo Alto, wo schon mehrere Innovationen in der Psychologie entstanden waren, beispielsweise die Familientherapie. Dort traf er auf Francine Shapiro.

Kennzeichnend für Trauma ist, dass Betroffene eine schwer belastende Erfahrung in Gedanken und Gefühlen immer wieder durchleben müssen. „Das traumatische Erlebnis wird nicht als normale negative Erinnerung im Gedächtnis abgelegt“, sagt die Trauma-Forscherin Ulrike Schmidt, stellvertretende Direktorin des Universitätsklinikums Bonn und Leiterin der dortigen Trauma-Station. Kleine, harmlose Reize – ein Geräusch, ein Geruch, ein Bild – können einen Flashback auslösen, „dann ist das Erlebnis im Bewusstsein des Traumatisierten plötzlich wieder da, als würde es erneut stattfinden, mit seiner ganzen emotionalen Wucht, immer und immer wieder“. Für Traumatisierte ein sehr be-

lastender Zustand, der auf Dauer zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen kann. Die Symptome sind vielfältig: Schlafstörungen, Angstzustände, erhöhte Schreckhaftigkeit. Auf Dauer führen sie zu Überforderung, Stress, Schuldgefühlen, Depressionen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, das Suizidrisiko ist erhöht. Nicht jedes traumatische Ereignis führt zu PTBS. Nach Folter und Vergewaltigung beispielsweise beträgt das Risiko 50 Prozent, nach einem Verkehrsunfall 10. Manchmal setzt die Belastungsstörung kurz nach dem Erlebnis ein, manchmal erst Jahre später.

Drei Hirnregionen sind bei der Entstehung eines Traumas maßgeblich beteiligt: die Amygdala, der Hippocampus und der präfrontale Cortex. Die Amygdala, eine stammesgeschichtliche alte Hirnregion, die beidseitig hinter den Ohren sitzt, versetzt in einer bedrohlichen Situation das Gehirn in Alarmzustand. Der präfrontale Cortex, der Teil der Hirnrinde in der Stirnregion, bewertet Sinneseindrücke und verbindet sie mit Emotionen. Und der Hippocampus, beidseitig in der Nähe der Schläfe gelegen, ist „das Tor zum Gedächtnis“, so Schmidt. Nach gängiger Theorie werden während eines traumatischen Erlebnisses höhere Hirnfunktionen außer Kraft gesetzt, das Zusammenspiel zwischen Hippocampus und Präfrontalkortex und damit die normale Erinnerungsverarbeitung gestört. „Die traumatische Erinnerung wird quasi falsch gespeichert“, sagt Ulrike Schmidt. Wird sie aktiviert, wird sie erlebt, als sei sie die Realität.

1989 probierte Francine Shapiro an 22 PTBS-Betroffenen ihre neue Augenmethode aus. Die eine Hälfte behandelte sie mit der neuen Therapie, die andere fungierte als Kontrollgruppe und erhielt die gleiche Behandlung ohne Augenbewegungen. Ergebnis: Die neue Therapie führte zu deutlichen Verbesserungen der traumatischen Erinnerungen oder der negativen Selbstwahrnehmungen. Ihre Ergebnisse veröffentlichte Shapiro im Fachmagazin „Journal of Traumatic Stress“ unter dem Titel „Wirksamkeit der Desensibilisierung durch Augenbewegung in der Behandlung von traumatischen Erinnerungen“. Die neue Methode erfreute sich in den USA schnell großer Beliebtheit. Der „Spiegel“ schrieb 1994: „Wie die Vögel auf den Leim, fliegen die Amerikaner auf die Winke-winke-Therapie, die in den letzten Monaten überaus populär geworden ist.“

In Fachkreisen jedoch stieß EMDR zunächst auf Skepsis. „Alle hatten mir berichtet, dass EMDR etwas ganz Komisches sei“, sagt Arne Hofmann, „und ich war schon bereit, Francine Shapiro zu widerlegen.“ Doch es kam anders. Hofmann belegte am Mental Research Institute ein EMDR-Seminar: „Dort erlebte ich, wie wirksam die neue Therapie war.“ Der deutsche Arzt und Therapeut erlernte die Methode, baute 1994 in Oberursel eine der ersten Stationen zur Behandlung psychisch traumatisierter Patienten auf und wandte bei ihnen EMDR an – mit Erfolg. „Das sprach sich herum“, erzählt Hofmann. „Auf die wachsende Zahl von Gewalt- und Unfallop-

fern, die um eine Behandlung bitten, konnten wir nur mit einer Warteliste reagieren. Deutschland war damals Entwicklungsland, was die Behandlung von Trauma und Traumafolgestörung anging. Trauma – das gab es in Deutschland einfach nicht.“ Mittlerweile weiß man, wie verbreitet das Leiden ist: Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben eine PTBS zu entwickeln, liegt hierzulande bei etwa zwei Prozent, bei Frauen ist sie doppelt so hoch. Besonders PTBS-gefährdet sind Menschen, die häufig belastenden Situationen ausgesetzt sind: Polizisten, Soldaten, Rettungskräfte. „Frappierend ist, wie häufig sich hinter einer psychischen Erkrankung wie beispielsweise Depression eigentlich ein unerkanntes Trauma verbirgt“, sagt Ulrike Schmidt.

1997 war Hofmann Mitbegründer der ersten Trauma-Ambulanz an der Universität Köln. Dann kam das Jahr 1998. Auf der Bahnstrecke zwischen Hannover und Hamburg entgleist ein ICE, 101 Menschen starben, 88 wurden schwer verletzt. Eschede ist bis heute das schwerste Unglück in der Geschichte der Bundesrepublik. Arne Hofmann behandelt die Opfer und Angehörigen. „Rückblickend war die Zeit um das Unglück in der Geschichte der Bundesrepublik“, sagt er. „Immer mehr Therapeuten begannen sich für die Trauma-Psychotherapie und die EMDR-Methode zu interessieren.“

Der Ablauf einer EMDR-Sitzung ist streng geregelt: „Zunächst identifiziert der Therapeut die zentrale Erinnerung, von der wir denken, dass sie wichtig ist für das Problem, das der Patient hat“, sagt Arne Hofmann. „Dann bitten wir ihn, sie sich ins Gedächtnis zu rufen, mit all den belastenden Gefühlen und körperlichen Symptomen.“ Auf einer Skala von null bis zehn soll der Patient den Belastungsgrad bestimmen. Dann beginnt der Prozess der Augenbewegung: Etwa 30-mal bewegt der Patient den Kopf, während der Therapeut den erhobenen Zeigefinger, dem der Patient mit den Augen folgen soll. Danach berichtet er von möglichen Assoziationen. Zehn- bis zwanzigmal wird der Vorgang wiederholt, eine EMDR-Sitzung dauert zwischen 50 und 90 Minuten. Am Schluss bewertet der Patient den Belastungsgrad der Erinnerung erneut auf einer Punkteskala. „Nach und nach geht so die Belastung aus der Erinnerung heraus“, sagt Arne Hofmann.

In den 30 Jahren seit Francine Shapiros erstmaliger Anwendung hat es viele Studien gegeben, in denen die Wirksamkeit der EMDR überprüft wurde. 2013 kamen Wissenschaftler der Cochrane Collaboration in einer Metaanalyse vieler Einzelstudien zu dem Fazit: Für die Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung ist EMDR mindestens genauso wirksam wie trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie. Arne Hofmann sagt aber auch: „Man darf die Methode nicht idealisieren. Sie funktioniert nicht bei jedem.“

Was EMDR im Gehirn bewirkt, ist noch ungeklärt. „Untersuchungen zeigen, dass bei einer Trauma-Bewältigung der Hippocampus größer und die Erregung in der Amygdala vermindert

wird“, sagt Ulrike Schmidt. Das falsch abgespeicherte Trauma-Ereignis wird nach und nach in eine normale Erinnerung überführt. In einer im Fachmagazin „Nature“ erschienenen Arbeit identifizierten südkoreanische Forscher um Hee-Sup Shin vom Center for Cognition and Sociality in Daejeon mittels Mausexperimenten zwei Hirnstrukturen, die bei EMDR eine Rolle spielen könnten: der superiore Colliculus, eine Region, die visuelle Informationen verarbeitet und in den Fokus der Aufmerksamkeit bringt. Und der mediodorsale Thalamus – eine Schaltstelle zwischen Großhirnrinde und Amygdala, die beteiligt ist an der Entstehung von Gedächtnisinhalten und Aufmerksamkeit. Beide Regionen werden durch seitliche Augenbewegungen stimuliert und führen über hemmende Nervenverbindungen letztlich zu verminderter Aktivität in der Amygdala.

„EMDR ist eine sehr gute und wirksame Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung“, sagt Ulrike Schmidt, die EMDR unter anderem bei ihren Trauma-Patienten anwendet. „Aber sie ist meiner Erfahrung nach nicht besser als andere Trauma-Expositionstherapien.“ Bei diesen bespricht der Therapeut die traumatische Erinnerung bis ins kleinste Detail, „immer wieder, bis die Erinnerung ihre belastende Wucht verliert“. Diese Exposition ist nach Meinung von Ulrike Schmidt der entscheidende Aspekt einer jeden Trauma-Therapie. Auch die für EMDR charakteristischen Augenbewegungen sind nach Meinung der Forscherin nicht entscheidend. Tatsächlich wirft eine Studie aus dem Jahr 2016 Fragen auf: Wissenschaftler um Martin Sack von der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar in München hatten drei Therapie-Varianten an 139 PTBS-Patienten miteinander verglichen: klassische EMDR, EMDR ohne Augenbewegungen und Expositionstherapie. Bei allen Patienten besserten sich infolge die PTBS-Symptome, bei den ersten beiden Gruppen am deutlichsten. „Überraschend war jedoch, dass es keinen zusätzlichen Nutzen brachte, wenn der Therapeut die Hand bewegte“, sagt Martin Sack. Arne Hofmann kritisiert die Studie, es sei nicht auszuschließen, dass die Patienten der Kontrollgruppen nicht doch die Augen bewegt hätten.

Augen hin oder her, für die Krankenkassen ist der Fall klar: „2015 wurde EMDR von den gesetzlichen Krankenkassen als wissenschaftliche Methode zur Behandlung von Trauma anerkannt“, sagt Karsten Böhm, Psychotherapeut und Vorsitzender von Emdria, der Fachgesellschaft für EMDR-Therapeuten in Deutschland. „Für die Kassen war der entscheidende Punkt, dass die Methode kostensparender ist als eine herkömmliche Verhaltenstherapie.“ Eine jüngst erschienene Untersuchung im Fachmagazin Plos One bestätigt dies: Unter zehn verschiedenen Trauma-Therapien erwies sich EMDR als die effizienteste und kosteneffektivste Behandlung.

Francine Shapiro hätte dies sicher gefreut. Die Erfinderin der EMDR verstarb im Juni 2019.

Die EMDR-Therapie klingt mysteriös: Schnelle Augenbewegungen sollen belastende Erinnerungen vertreiben. Wird man so einfach wirklich ein Trauma los?