
1

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

2

nach § 8 PsychThG

3

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung

4

der Eye Movement Desensitization and Reprocessing

5

(EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen

6

Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen

7 **Inhaltsverzeichnis**

8	Vorbemerkungen	3
9	1. Grundlagen der Begutachtung.....	4
10	2. Gutachtenauftrag und Methodik.....	5
11	2.1. Einstufung als Psychotherapiemethode.....	5
12	2.2. Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung	6
13	3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der	
14	Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen	6
15	3.1. Definition	6
16	3.2. Theorie	7
17	3.3. Von den Antragsstellenden genannte Indikation.....	8
18	3.4. Diagnostik	9
19	3.5. Behandlungskonzept	10
20	3.6. Angestrebte Behandlungseffekte.....	11
21	3.7. Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	11
22	4. Feststellung der Wirksamkeit	11
23	4.1. Wirksamkeitsbelege	11
24	4.2. Fazit: Zusammenfassende Bewertung der Wirksamkeit.....	12
25	5. Zusammenfassende Stellungnahme	13
26	Literatur.....	14
27		

28 **Vorbemerkungen**

29 Mit Schreiben vom 10.04.2023 beantragte die Fachgesellschaft EMDRIA e.V. die Prüfung der wis-
30 senschaftlichen Anerkennung der Eye Movement Desensitization and Reprocessing als Methode
31 zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen durch
32 den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gemäß § 8 PsychThG. Der Beschluss über die Eröff-
33 nung des Verfahrens zur wissenschaftlichen Beurteilung der EMDR für PTBS bei Kindern und Ju-
34 gendlichen erfolgte in der 15. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom
35 05.06.2023.

36 1. Grundlagen der Begutachtung

37 Das Gutachten stützt sich vor allem auf die folgenden Unterlagen:

- 38 a) Gutachtenantrag von EMDRIA e.V. zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR als Me-
39 thode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugend-
40 lichen vom 10.04.2023,
- 41 b) von den Antragstellenden mit dem Gutachtenantrag übermittelte sowie durch diese er-
42 gänzte bzw. nachgereichte Publikationen (vgl. Abbildung 1),
- 43 c) Zusammenstellung der Publikationen auf der Grundlage einer systematischen Literatur-
44 recherche zu mit den Antragstellenden abgestimmten Suchbegriffen zur EMDR (vgl. Abbil-
45 dung 1),
- 46 d) Ergebnisse der Anhörung mit Vertreter*innen des antragstellenden Fachverbands
47 (EMDRIA e.V.) zur wissenschaftlichen Anerkennung von EMDR als Methode zur Behand-
48 lung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen vom
49 07.10.2024,
- 50 e) Lehrbuch: Hofmann, A., Lehnung, M. (2024) und
- 51 f) Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode zur Behandlung der
52 Posttraumatischen Belastungsstörung vom 06.07.2006 und Gutachten zur wissenschaftli-
53 chen Anerkennung der EMDR-Methode zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungs-
54 störungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern
55 und Jugendlichen vom 01.12.2014.
- 56

**Mit dem Antrag von EMDRIA e.V. vom 10.04.2023 eingereichte Publikationen,
einschließlich Nachreichungen und Ergänzungen: N = 20**

+

**Systematische Literaturrecherche (1990 - 26.02.2024): N = 1.846,
davon ausgeschlossen nach Titel- und Abstract-Screening: N = 1.834: N = 12**

+

**Durch Rückwärtssuche in systematischen Übersichtsarbeiten (N = 18)
zusätzlich identifiziert: N = 6**

↓

**Prüfung der Mindestanforderungen (Screening)
N = 38 Publikationen (davon N = 35 Studien),
davon N = 35 nach dem Screening ausgeschlossen**

↓

**Vollbewertungen
N = 3 Studien (berichtet in 3 Publikationen)**

57 **Abbildung 1:** Übersicht eingereicher Studien und zur Prüfung der Mindestanforderungen
58 (Screening) für das Gutachten zur EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumati-
59 schen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

60 **2. Gutachtenauftrag und Methodik**

61 Es sollte geprüft werden, ob und inwieweit die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR als Me-
62 thode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen
63 gemäß den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie empfohlen werden kann. Die
64 Prüfung des Gutachtenantrags zur EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Be-
65 lastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen erfolgt nach Zustimmung der Antragstellenden auf
66 der Grundlage von Version 3.0 des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychothe-
67 rapie, welches in der Sitzung vom 09.10.2023 verabschiedet wurde.

68

69 **2.1. Einstufung als Psychotherapiemethode**

70 Im ersten Schritt wurde geprüft, ob es sich bei der EMDR um eine zur Krankenbehandlung geeig-
71 nete Psychotherapiemethode handelt. Nach den Ausführungen des Methodenpapiers wird ein
72 psychotherapeutischer Ansatz als eine Psychotherapiemethode definiert,

- 73 • wenn er von seinen Vertreter*innen selbst als eine Psychotherapiemethode verstanden
74 wird,
- 75 • wenn seine Beschreibung (jeweils) neben Angaben zur Vorgehensweise auch Angaben zu
76 den zu erzielenden Effekten und den Indikationskriterien umfasst,
- 77 • wenn eine theoretische Erklärung der Entstehung und der Aufrechterhaltung der behan-
78 delbaren Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung durch diese Psycho-
79 therapiemethode formuliert sind,
- 80 • wenn die für die Psychotherapiemethode spezifischen Faktoren relevant und von denen
81 anderer Psychotherapiemethoden und Psychotherapieverfahren verschieden sind und
- 82 • wenn die Psychotherapiemethode nicht bereits als Methode eines vom Wissenschaftli-
83 chen Beirat Psychotherapie anerkannten Psychotherapieverfahrens berücksichtigt wurde.

84 2.2. Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung

85 Im zweiten Schritt überprüfte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Wirksamkeitsnach-
86 weise für den Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43). Die wissenschaft-
87 liche Anerkennung setzt voraus, dass mindestens zwei unabhängige, methodisch adäquate Stu-
88 dien die Wirksamkeit der Psychotherapiemethode bei Störungen aus diesem Anwendungsbereich
89 belegen und mindestens eine Studie eine Katamneseuntersuchung mit einer angemessenen Aus-
90 schöpfung der Stichprobe einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Mo-
91 nate nach Therapieende nachgewiesen wird, und wenn nicht zugleich Hinweise auf erhebliche
92 schädliche Effekte der Psychotherapiemethode vorliegen.

93 Gemäß Abschnitt II.3 des Methodenpapiers wurde die Rohliste der in der systematischen Litera-
94 turrecherche identifizierten Publikationen auf der Webseite des Wissenschaftlichen Beirats Psy-
95 chotherapie am 21.03.2024 mit dem Hinweis veröffentlicht, dass innerhalb einer Frist von vier
96 Wochen die Möglichkeit für Interessengruppen besteht, weitere Studien zu ergänzen. Innerhalb
97 der Frist bis zum 05.05.2024 wurden keine Ergänzungen eingereicht. Den Antragstellenden wurde
98 die Rohliste im Schreiben des WBP vom 21.03.2024 mit der Bitte um Ergänzung zugeleitet. Die
99 Antragstellenden übermittelten daraufhin per E-Mail vom 25.03.2024 fristgerecht drei Ergänzun-
100 gen zur Rohliste.

101

102 3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Be- 103 handlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendli- 104 chen

105 3.1. Definition

106 Gemäß der Antragstellung geht die Methode der EMDR auf Francine Shapiro zurück, die diese,
107 Ende der 1980er Jahre zur traumafokussierten Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstö-
108 rung entwickelte.

109 EMDR ist eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbei-
110 tung und Integration traumatisch erlebter Erfahrungen verbessert werden soll. Sie folgt einem
111 achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei dem die Patient*in sich
112 auf bestimmte Anteile der traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbe-
113 wegungen der Therapeut*in folgend die Augen bewegt (Shapiro, 2018). Der Verarbeitungsprozess
114 kann auch mit anderen Formen der bilateralen Stimulation (BLS) wie der taktilen BLS mit abwech-
115 selndem Tippen zum Beispiel auf beide Hände oder als akustische BLS durch wechselseitige akus-
116 tische Stimuli angeregt werden.

117 Die wissenschaftliche Ankerkennung als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belas-
118 tungsstörung bei Erwachsenen wurde am 06.06.2006 durch den Wissenschaftlichen Beirat Psy-
119 chotherapie festgestellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat EMDR als Behandlungsmethode
120 für Erwachsene mit einer PTBS am 16.10.2015 als Leistung der gesetzlichen Krankenver-
121 sicherung anerkannt.

122 3.2. Theorie

123 Zugrundliegende ätiologische Annahmen zur Entstehung von PTBS

124 Die Theorie der EMDR stützt sich laut Antrag auf ätiologische Modelle, die davon ausgehen, dass
125 traumatische Ereignisse mit dem Erleben extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht angesichts einer
126 potenziell lebensbedrohlich erlebten Situation einhergehen und die daraus resultierende Belas-
127 tung zu einer Überforderung der psychischen Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen
128 führt.

129 Aus lerntheoretischer Sicht wird eine Angstkonditionierung durch explizit oder kontextuell an die
130 traumatische Situation erinnernde Reize als der entscheidende pathogene Faktor zur Entwicklung
131 von Traumafolgestörungen angesehen (Foa et al., 2006). Eine Überflutung durch aversive Reize im
132 Zusammenhang mit einem traumatischen Erlebnis kann zur Ausbildung einer pathologisch fixier-
133 ten Angst führen.

134 Das derzeit in der neurobiologischen Forschungsliteratur favorisierte Erklärungsmodell der Ent-
135 stehung posttraumatischer Symptome geht davon aus, dass infolge traumatischer Erlebnisse die
136 Informationsverarbeitung gestört ist. Erinnerungen erreichen demnach eine traumatische Quali-
137 tät, wenn ihre Integration in das semantische Gedächtnis fehlschlägt. Die Folge sind separat re-
138 registrierte sensorische Elemente der Erfahrung, die oft unabhängig von dem Kontext, zu dem sie
139 gehören, unwillkürlich reaktiviert werden können. Die Fragmentierung und Desorganisation des
140 Gedächtnisses erschweren gleichzeitig die Kontextualisierung und weitere Verarbeitung der trau-
141 matischen Erfahrung (van der Kolk et al., 1997). Zu diesem Modell der gestörten Informationsbe-
142 arbeitung gehört auch das von Francine Shapiro entwickelte Modell der adaptiven Informations-
143 verarbeitung (AIP-Modell) durch EMDR. Dieses Modell geht davon aus, dass von diesen dysfunk-
144 tional gespeicherten Erinnerungen (pathogenen Erinnerungen) eine Reihe von Störungen, vor al-
145 lem Traumafolgestörungen, ausgeht (Shapiro, 2018). Grundannahme ist, dass Erlebnisse, die mit
146 traumatischen bzw. erheblichen Stressbelastungen einhergehen, von den natürlichen Kompensa-
147 tionsmechanismen (Selbstheilungsmechanismen) des Gehirns zum Teil nicht vollständig verarbei-
148 tet werden können und so in ihrer dysfunktional gespeicherten (pathogenen) Form verbleiben. So
149 können sie auch Symptome wie die der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen
150 sowie Kindern und Jugendlichen verursachen. Shapiro nimmt an, dass die bilaterale Stimulation
151 von EMDR, nach Aktivierung der belastenden Erinnerung, diese Blockade auflöst und zu einer Ver-
152 arbeitung und Integration der entsprechenden Erinnerung führen kann.

153

154 Mögliche Wirkmechanismen der EMDR

155 Die Modelle zur Wirksamkeit der EMDR stützen sich auf unterschiedliche Konzepte. Zum einen
156 wird vermutet, dass die EMDR-Behandlung zu einer Dekonditionierung wirksamer Auslöserreize
157 beiträgt, durch wiederholte imaginäre Exposition mit der belastenden Erinnerung, die im Rahmen
158 der EMDR-Behandlung wiederholt und kontrolliert erfolgt (Expositions-Habituationsmodell). Auf-

159 grund der oftmals geringeren notwendigen Behandlungsdosis von EMDR gegenüber Expositions-
160 verfahren erscheint jedoch ein reines Expositions-Habituationsmodell nicht ausreichend als Wirk-
161 mechanismus für EMDR (Power et al., 2002; Taylor et al., 2003).

162 Belegt werden konnte zudem, dass trotz Aktivierung einer traumatischen Erinnerung während der
163 Augenbewegung bei EMDR eine autonome Entspannungsreaktion mit Aktivierung des Parasymp-
164 pathikus auftritt (Hofmann & Lehnung, 2024).

165 Laut Antragstellenden ist der wahrscheinliche Hauptmechanismus von EMDR der sogenannte
166 Shin-Mechanismus. Dieser nimmt an, dass die bilaterale Stimulation unter Umgehung höherer
167 kortikaler Zentren, direkt eine Hemmung der Furchtneuronen der basolateralen Amygdala aus-
168 löst. Als Beleg dafür wird eine Studie angeführt, bei der der Wirkmechanismus im Tiermodell ge-
169 prüft wurde (Baek et al., 2019).

170 Es wird weiter davon ausgegangen, dass das Arbeitsgedächtnis vorübergehend ein gewisses Maß
171 an verbalen und visuellen Informationen erinnern kann, um sie für die weitere Bearbeitung be-
172 reitzuhalten. Eine Reihe von Untersuchungen belegt, dass die Intensität eines Erinnerungsbildes
173 verringert wird, wenn eine aktivierte traumatische Erinnerung bei gleichzeitiger „Nebenbeschäf-
174 tigung/Ablenkung“ – wie Augenbewegungen – stattfindet. Als Ursache für die Verringerung der
175 Intensität der Erinnerungsbilder wird die begrenzte Verfügbarkeit von Arbeitsspeicher vermutet,
176 um den die Erinnerungen mit den Nebenbeschäftigungen konkurrieren.

177 Auch wenn es sich bei diesen sogenannten Dual-Task-Interventionen (z. B. Zählen) um eine wirk-
178 same Intervention handelt, zeigen jedoch zwei neuere Metaanalysen, dass unter diesen Interven-
179 tionen zwar die Intensität der Bilder stark abnimmt, die Emotionalität jedoch deutlich schwächer
180 reduziert wird, als dies bei der klassischen bilateralen Stimulation von EMDR der Fall ist. Außerdem
181 scheint der Effekt der Intervention schneller wieder abzunehmen, als dies bisher erwartet wurde
182 (Houben et al., 2020; Wadji, et al., 2022).

183 3.3. Von den Antragstellenden genannte Indikation

184 Der Indikationsbereich von EMDR umfasst die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10:
185 F 43.1) sowie Teilsyndrome der PTBS. Die Indikation für den Einsatz von EMDR muss laut Antrag
186 störungsbezogen und prozessbezogen gestellt werden und kann nur im Rahmen eines umfassenden
187 Gesamtbehandlungsplans zur Anwendung kommen. Bei der Indikationsstellung soll die hohe
188 Komorbidität zwischen PTBS und anderen psychischen Störungen berücksichtigt werden (Schee-
189 ringa et al., 2003; Wang et al., 2013).

190 Entsprechend soll beim Vorliegen einer PTBS eine Indikation für EMDR zur Behandlung der PTBS
191 gestellt werden und eine Indikation für den Einsatz eines Richtlinienverfahrens zur Behandlung
192 einer eventuell vorliegenden komorbiden Symptomatik. EMDR als Methode soll entsprechend
193 dem Antrag dann zur Anwendung kommen, wenn die folgenden Voraussetzungen laut Shapiro
194 (2018) erfüllt sind:

- 195 • Schwere körperliche Krankheiten müssen behandelt sein.

- 196 • Es muss Sicherheit im sozialen Bereich gewährleistet sein. Insbesondere darf kein anhal-
197 tender Täterkontakt bestehen.
- 198 • Die relevante Komorbidität muss ausreichend behandelt sein. Eine behandlungsbedürftige
199 Depression oder Angststörung muss behandelt worden sein. Bei bestehender Substanz-
200 abhängigkei muss Abstinenz bestehen.
- 201 • Ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit Kind und Eltern/Bezugspersonen muss vorhanden sein.
- 202 • Die Fähigkeit zur Affektregulierung und Beruhigung muss bei den Eltern/Bezugspersonen,
203 der Jugendlichen* und – altersabhängig – bei dem Kind vorhanden sein.
- 204 • Als Kontraindikation gelten laut Antrag das Vorliegen schwerer körperlicher Erkrankungen
205 und akute Suizidalität (Shapiro, 2018; Hofmann & Lehnung, 2024). Ehemalige Kontraindi-
206 kationen wie Schizophrenie oder bipolare Störungen werden nicht als Ausschlusskriterien
207 eingeordnet, die Folgen einer PTBS können auch hier unter Beachtung bestimmter Rah-
208 menbedingungen mit EMDR behandelt werden. Relative Kontraindikationen sind laut An-
209 tragstellenden fehlende soziale Sicherheit, fehlende oder psychisch instabile Eltern/Be-
210 zugspersonen, anhaltende Traumaeinwirkung oder anhaltender Täterkontakt, unzurei-
211 chende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich, eventuell akute psy-
212 chiatrische Störungen, eine dekompensierte Angsterkrankung, aktiver Substanzmiss-
213 brauch, Suizidalität, das Vorliegen schwerer körperlicher Erkrankungen, bei denen durch
214 zusätzliche Belastung mit einer Verschlimmerung der Erkrankung zu rechnen ist (Hofmann
215 & Lehnung, 2024). Auch eine dissoziative Komorbidität kann eine relative Kontraindikation
216 für den Einsatz von EMDR darstellen.

217 3.4. Diagnostik

218 Neben einer sorgfältigen allgemeinen Diagnostik, die in der Psychotherapie generell üblich ist
219 (biografische Anamnese, Sozialanamnese, aktueller psychopathologischer Befund, allgemeinme-
220 dizinische Untersuchung), halten die Antragstellenden eine Diagnostik der Art der Traumatisie-
221 rung und deren Bewältigung bzw. Konsequenzen, die Diagnostik von Komorbiditäten und die
222 Funktionalität des sozialen Umfeldes sowie eine störungsspezifische Diagnostik für notwendig, die
223 eine reliable und valide Diagnose einer PTBS oder eines Teilsyndroms der PTBS zum Inhalt hat
224 (mittels diagnostischer Interviews und/oder Fragebögen sowie Befragung der Eltern/Bezugspers-
225 onen).

226 Als Hauptgegenstände einer Prozessdiagnostik werden folgende Aspekte genannt: Sicherheit in
227 körperlicher und sozialer Hinsicht, psychische Stabilität, Stabilität des Arbeitsbündnisses mit dem
228 Kind und den Eltern/Bezugspersonen. Instabilität des Arbeitsbündnisses, stärkere Ausprägung von
229 Übertragungsmanifestationen und eine stärkere Neigung zu interpersonellem Ausagieren kon-
230 flikthafter Verhaltensmuster erfordern laut Antragstellenden eine Überprüfung der Indikation zu
231 einer ergänzenden EMDR-Behandlung.

232 Als besonders bedeutsam für eine EMDR-Behandlung wird die kontinuierliche Prüfung der Stabi-
233 lität und äußeren Sicherheit der Patient*innen postuliert.
234 Die Verlaufskontrolle erfolgt mit Fragebögen zur Selbstbeurteilung der traumatischen Symptoma-
235 tik sowie der Fremdbeurteilung durch die Eltern/Bezugspersonen.

236 3.5. Behandlungskonzept

237 Die Antragstellenden beschreiben das Behandlungskonzept nach Francine Shapiro, bei dem sich
238 der Behandlungsplan an 8 Phasen orientieren sollte (Shapiro, 2018; Hofmann & Lehnung, 2024).
239 Der Einbezug von Eltern/Bezugspersonen in die Behandlung sollte laut Antragsteller*innen indivi-
240 duell gestaltet werden, bei jüngeren Kindern sei dieser grundsätzlich wünschenswert, sofern keine
241 klare Kontraindikation, wie beispielsweise eine unzureichende Affektregulation oder andauernde
242 Täterschaft durch die Eltern/Bezugspersonen, besteht. Es muss im Einzelfall bei Distanzierung ge-
243 genüber einer früheren Täterschaft entschieden werden, ob ein aktiver Einbezug der Eltern/Be-
244 zugspersonen in die Behandlungssitzungen des Kindes möglich ist.

245 Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte und Behandlungsplanung.

246 Phase 2: Vorbereitung und Stabilisierung der Patient*in.

247 Phase 3: Evaluation einer belastenden Erinnerung.

248 Phase 4: Desensibilisierung und Durcharbeitung mit gleichzeitiger bilateraler Stimulation.

249 Phase 5: Verankerung mit positiver Kognition (z. B. „Ich habe überlebt.“).

250 Phase 6: Körpertest: Eventuell noch persistierende sensorische Erinnerungsfragmente („Körper-
251 erinnerungen“) des Traumas werden erfragt und, wenn nötig, durchgearbeitet.

252 Phase 7: Abschluss.

253 Phase 8: Überprüfung.

254

255 Für die Arbeit mit Kindern muss das Standardprotokoll altersmodifiziert werden. Die allgemein
256 anerkannten Modifizierungen betreffen folgende Aspekte:

- 257 • Schon bei der Anamneseerhebung werden sichernde Rahmenbedingungen, Entwicklungs-
258 aspekte und Ressourcen des Kindes erfasst, um sie dann im Therapieprozess berücksichti-
259 gen zu können.
- 260 • Es wird eine Fremd- (Bezugspersonen) und Selbsteinschätzung eingeholt.
- 261 • Es sollte so wenig wie möglich vom Standardprotokoll für Erwachsene abgewichen wer-
262 den.
- 263 • Ab einem Entwicklungsalter von ca. 9 Jahren kann das vollständige Standardprotokoll für
264 Erwachsene angewendet werden.

- 265 • Bei jüngeren Kindern wird, soweit es der Entwicklungsstand des Kindes erfordert, auf die
266 Ermittlung der kognitiven Anteile (negative/positive Kognition; Phase 5: Verankerung) und
267 auf die Durchführung eines ausführlichen Körpertests verzichtet.
- 268 • Bei Vorschulkindern hat sich der Einsatz von therapeutischen Geschichten im Sinne von
269 Traumanarrativen (Lovett, 2007), kreativ-bildnerischen Techniken oder anderen symboli-
270 schen Darstellungen anstelle der Aktualisierung der traumatischen Erinnerung als alterna-
271 tive Möglichkeit bewährt (Gomez, 2012; Lempertz, 2015).
- 272 • Insbesondere bei Komplextaumatata wird abweichend vom üblichen EMDR-Vorgehen nicht
273 regelhaft mit dem schlimmsten Ereignis begonnen.

274 3.6. Angestrebte Behandlungseffekte

275 Es wird laut Antrag davon ausgegangen, dass durch die bilaterale Stimulation ein „meist mit einer
276 zügigen Entlastung verbundener assoziativer Verarbeitungsprozess ausgelöst“ wird, in dem durch
277 spontane Verbindungen von Erinnerungsbruchstücken aus dem traumatisierenden Ereignis mit
278 Elementen aus dem biografischen Gedächtnis („Kontextualisierung“) oder durch einfaches Ver-
279 blässen der traumatischen Erinnerung für viele Patient*innen eine affektive Entlastung spürbar
280 wird. Es wird postuliert, dass sich im Laufe dieses Verarbeitungsprozesses affektiv veränderte
281 Muster durch Erleben der Auflösung der Bedrohungssituation, spontane kognitive Veränderungen
282 durch die Neubewertung der traumatischen Situation, die nicht mehr als gegenwärtige Gefähr-
283 dung wahrgenommen, sondern als Vergangenes eingeordnet wird, und Verhaltensänderungen
284 durch die fehlende Notwendigkeit für Vermeidungsverhalten entwickeln. Damit einhergehend soll
285 eine Reduktion von PTBS-Symptomen eintreten.

286 Als mögliche Nebenwirkungen werden Müdigkeit, Kopfschmerzen und Albträume in seltenen Fäl-
287 len beschrieben.

288 3.7. Aus-, Fort- und Weiterbildung

289 Zur EMDR existieren in Deutschland Ausbildungsinstitute und Ausbildungscurricula. Zum Erlernen
290 und zur eigenverantwortlichen Anwendung der EMDR-Methode ist eine abgeschlossene, staatlich
291 anerkannte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in, zur Kinder- und Jugendlichen-
292 psychotherapeut*in oder eine abgeschlossene psychotherapeutische oder ärztliche psychothera-
293 peutische Weiterbildung unbedingte Voraussetzung.

294

295 4. Feststellung der Wirksamkeit

296 4.1. Wirksamkeitsbelege

297 Zu den 37 im Volltext vorliegenden Publikationen führten jeweils zwei Mitglieder oder stellvertre-
298 tende Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie das Screening gemäß Ab-

299 schnitt II.3 des Methodenpapiers in der Version 3.0 durch. In diesem Schritt wurden 34 Publikati-
300 onen ausgeschlossen, da sie die methodischen Mindestanforderungen nicht erfüllten. Zu 3 Publi-
301 kationen, die die methodischen Mindestkriterien erfüllten, wurde durch jeweils zwei Mitglieder
302 oder stellvertretende Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie eine Vollbewer-
303 tung durchgeführt.

304 Alle vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Wirksamkeitsnachweis anerkannten Stu-
305 dien sind in Tabelle 2 aufgelistet. Die Tabelle umfasst zudem Studien mit einer ausreichenden me-
306 thodischen Qualität, die keinen Effekt der EMDR nachweisen; die Begründung für die Ablehnung
307 ihrer Anerkennung als Wirksamkeitsnachweis ist jeweils angegeben.

308

Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)	
Molero et al. (2019)	als Wirksamkeitsnachweis für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) anerkannt ¹
Tang et al. (2015)	als Wirksamkeitsnachweis für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) anerkannt ²

309 4.2. Fazit: Zusammenfassende Bewertung der Wirksamkeit

310 Für EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und
311 Jugendlichen (Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) wurden 2 Studien
312 als Wirksamkeitsnachweis anerkannt. Es lag keine Studie vor, die die Bedingungen für einen Nach-
313 weis des Therapieerfolgs noch mindestens sechs Monate nach Therapieende (6-Monats-Katam-
314 nese) erfüllt³. Somit kann nach den vom WBP entwickelten Kriterien (Abschnitt II.5 des Metho-
315 denpapiers 3.0) für EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung
316 bei Kindern und Jugendlichen die wissenschaftliche Anerkennung nicht festgestellt werden.

317

318

¹ Insgesamt hat sich der WBP unter Berücksichtigung folgender methodischer Einschränkungen für eine Anerkennung als Wirksamkeitsnachweis ausgesprochen: Unklarheiten bei der Diagnosestellung und Zusammensetzung der Interventionsgruppe.

² Insgesamt hat sich der WBP unter Berücksichtigung folgender methodischer Einschränkungen für eine Anerkennung als Wirksamkeitsnachweis ausgesprochen: Fehlende Randomisierung und unterschiedliche Symptombelastung in den Gruppen zu Beginn der Behandlung.

³ vgl. Methodenpapier 3.0 Abschnitt „II.5.1. Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden für einzelne Anwendungsbereiche“

319 **5. Zusammenfassende Stellungnahme**

320 Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR
321 als Methode zur Behandlung von PTBS bei Kindern und Jugendlichen zusammenfassend fest, dass
322 die EMDR als Methode bei Kindern und Jugendlichen als Methode zur Behandlung der Posttrau-
323 matischen Belastungsstörung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht als wissenschaftlich anerkannt
324 gelten kann.

325 Ebenso kann EMDR bei Kindern und Jugendlichen nicht als wissenschaftlich anerkannte Methode
326 für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) gelten.

327

328 Berlin, 10.03.2025

329

330 Univ.-Prof. em. Dr. Dr. Gereon Heuft

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Strauß

331 (Vorsitzender)

(Stellvertretender Vorsitzender)

332 **Literatur**

- 333 Baek, J., Lee, S., Cho, T., Kim, S. W., Kim, M., Yoon, Y., Kim, K.K., Byun, J., Kim, S.J., Jeong, J., Shin,
334 H.S. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature*.
335 566(7744):339-343.
- 336 Foa, E.B., Huppert, J. & Cahill, S. (2006). Emotional processing theory: An update. In Rothbaum,
337 B.O. (Hrsg.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*. (3-24). New
338 York: The Guilford Press.
- 339 Gomez, A.M. (2012). *EMDR Therapy and Adjunct Approaches with Children: Complex Trauma, At-*
340 *tachment and Dissociation*. New York: Springer Publishing.
- 341 Hofmann, A., Lehnung, M. (2024). *EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*.
342 (6. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- 343 Houben, S.T.L., Otgaar, H., Roelofs, J., Merckelbach, H., Muris, P. (2020). The effects of eye move-
344 ments and alternative dual tasks on the vividness and emotionality of negative autobiograph-
345 ical memories: A meta-analysis of laboratory studies. *Journal of Experimental Psychopathol-*
346 *ogy*, doi:10.1177/2043808720907744.
- 347 Lempertz, D. (2015). *Emmas kleines Wunder. Ein Buch über Psychotherapie und EMDR für Jungen*
348 *und Mädchen*. Köln: Verlag mebes & noack.
- 349 Lovett, J. (2007). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. Riverside: Free Press.
- 350 Molero, R.J., Jarero, I., Givaudan, M. (2019). Longitudinal Multisite Randomized Controlled Trial
351 on the Provision of the EMDR-IGTP-OTS to Refugee Minors in Valencia, Spain. *American Jour-*
352 *nal of Applied Psychology*, 8(4), 77-88.
- 353 Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias, A. (2002).
354 A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure
355 plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder.
356 *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 299-318.
- 357 Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L. & Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative cri-
358 teria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*
359 *Psychiatry*, 42(5), 561-570.
- 360 Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic princi-*
361 *ples, protocols, and procedures*. (3. Edition). New York: Guilford Press.
- 362 Tang, T.-C., Yang, P., Yen, C.-F. and Liu, T.-L. (2015). Eye movement desensitization and repro-
363 cessing for treating psychological disturbances in Taiwanese adolescents who experienced Ty-
364 phoon Morakot. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 31: 363-369.
- 365 Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K. & Ogradniczuk, J. (2003). Com-
366 parative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy,
367 EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(2), 330-338.
- 368 Van Der Kolk, B.A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory. Clin-
369 ical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821:
370 99-113.
- 371 Wadji, D.L., Martin-Soelch, C. & Camos, V. (2022). Can working memory account for EMDR efficacy
372 in PTSD? *BMC Psychology*, 10: 245.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 8 PsychThG
Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Eye Movement Desensitization and
Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)
bei Kindern und Jugendlichen

- 373 Wang, C.-W., Chan, C.L.W. & Ho, R.T.H. (2013). Prevalence and trajectory of psychopathology
374 among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological
375 studies across 1987-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(11): 1697-720.
- 376 Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2023). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats*
377 *Psychotherapie nach § 8 PsychThG. Version 3.0.* Abrufbar unter: www.wbpsychotherapie.de