

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen:

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 01.12.2014 das folgende Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen:

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

- a. Ein Gutachtenantrag, der durch die EMDRIA Deutschland e.V. (Fachgesellschaft für EMDR in Deutschland) im Mai 2013 eingereicht wurde,
- b. ergänzt durch insgesamt sieben Originalstudien zu EMDR bei Kindern und Jugendlichen, die im Antrag als kontrolliert und randomisiert ausgewiesen wurden, sowie eine nichtrandomisierte kontrollierte Originalstudie. Der Antrag wurde erweitert durch eine Meta-Analyse zur Wirkung von EMDR bei Kindern und Jugendlichen, die in einer Zeitschrift mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht wurde.
- c. Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche wurden Publikationen zum derzeit gesicherten psychotherapeutisch-wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse zur Methode EMDR identifiziert. Ziel der systematischen Literaturrecherche war insbesondere die Identifikation von randomisierten und nichtrandomisierten kontrollierten Studien, in denen EMDR bei Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zur Anwendung kam. Über die von den Antragstellern eingereichten Studien hinaus, konnten hierdurch anhand von a priori definierten Selektionskriterien in zwei Filterprozessen, eine weitere randomisiert kontrollierte Studie und eine weitere nichtrandomisierte kontrollierte Studie zu EMDR bei Kindern und Jugendlichen identifiziert werden.

2. Gutachtenauftrag/Fragestellung

Gemäß dem Gutachtenantrag wird von der Fachgesellschaft EMDRIA-Deutschland e.V. der Antrag gestellt, die EMDR-Methode als wissenschaftlich begründete Methode anzuerkennen. Hinsichtlich der Begrenzung der Anwendung der EMDR-Methode ist der Antrag widersprüchlich: Eingangs (S. 3) nennen die Antragsteller die „Anwendungsbereiche Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) bei Kindern und Jugendlichen im Einzelsetting“. Unter dem Punkt „Indikation“ (S. 9) beantragen sie die Anerkennung von EMDR für „die Indikation einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD-10: F43.1) bei Kindern und Jugendlichen“. Letzteres deckt sich mit der Formulierung auf dem Titelblatt („Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen“). Somit ist unklar, ob die Anerkennung für das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) oder für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) beantragt wurde.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat mit Beschluss vom 15.09.2003 festgelegt, dass er für die Entscheidung, ob ein Verfahren oder eine Methode die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt, die Wirksamkeitsnachweise für definierte Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen bzw. bei Kindern und

Jugendlichen prüft. Hierfür sind je nach Auslegung des Antrags gemäß dem Methodenpapier 2.8 vom 20.09.2010 des Wissenschaftlichen Beirats unterschiedliche Kriterien gültig.

Der Wirksamkeitsnachweis *für einen Anwendungsbereich* kann danach in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in *mindestens drei* unabhängigen, methodisch adäquaten und validen Studien (davon mindestens zwei mit mind. ausreichender interner Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.3 sowie mindestens zwei mit mind. ausreichender externer Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.4 des Methodenpapiers) die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist *und mindestens eine* (entsprechend den Kriterien zu II.4.3 und II.4.4 des Methodenpapiers) methodisch adäquate und valide Studie eine Katamneseuntersuchung einschließt, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweist. Ferner dürfen keine Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte der Methode vorliegen (i. d. R. der Fall, wenn mind. 10% der Studien schädliche Effekte nachweist).

Hingegen kann der Wirksamkeitsnachweis *für ein Störungsbild* in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in *mindestens zwei* unabhängigen methodisch adäquaten und validen Studien (davon mindestens eine mit mind. ausreichender interner Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.3 und mindestens eine mit als mind. ausreichender externer Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.4 des Methodenpapiers) die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist *und mindestens eine* (entsprechend der Kriterien zu II.4.3 und II.4.4 des Methodenpapiers) methodisch adäquate und valide Studie eine Katamneseuntersuchung einschließt, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweist. Ferner dürfen keine Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte der Methode vorliegen (i. d. R. der Fall, wenn mind. 10% der Studien schädliche Effekte nachweisen).

Die üblicherweise in einem zweiten Schritt vorgenommene Prüfung, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann, entfällt im Falle des hier begutachteten Antrags, da sich dieser ausschließlich auf die wissenschaftliche Anerkennung für ein Störungsbild bzw. für einen Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bezieht.

3. Definition

Gemäß dem Gutachtenantrag ist EMDR „eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbeitung traumatisch erlebter Erfahrungen ermöglicht wird. EMDR folgt einem achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei dem der Patient sich auf bestimmte Anteile seiner traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend die Augen bewegt.“

Der Verarbeitungsprozess kann laut Antragsteller auch durch andere Formen der "bilateralen Stimulation" wie dem rhythmischen Berühren beider Hände oder der wechselseitigen Beschallung beider Ohren induziert werden. Vertreter der Methode gehen davon aus, dass dadurch ein "meist mit einer zügigen Entlastung verbundener assoziativer Verarbeitungsprozess ausgelöst" wird, in dem durch spontane Verbindungen von Erinnerungsbruchstücken aus dem traumatisierenden Ereignis mit Elementen aus dem biografischen Gedächtnis ("Kontextualisierung") oder einfaches Verblässen der traumatischen Erinnerung für viele Patienten eine affektive Entlastung spürbar wird.

4. Von den Antragstellern genannte Indikation

Die primäre Indikation für die Anwendung der EMDR ist laut Gutachtenantrag die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie die Behandlung von Teilsyndromen der PTBS im Einzelsetting.

Als Kontraindikationen gelten laut Gutachtenantrag insbesondere „akute Psychosen“. Darüber hinaus werden im Gutachtenantrag folgende weitere relative Kontraindikationen genannt: „fehlende soziale Sicherheit, insbesondere anhaltende Traumaeinwirkung oder anhaltender Täterkontakt; unzureichende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich; akute körperliche Erkrankungen; akute psychiatrische Störungen; dekompenzierte Angst-erkrankung, schwere Depressionen mit akuter Suizidalität und aktiver Substanzmissbrauch.“

5. Theorie

Die Theorie der EMDR stützt sich laut Gutachtenantrag auf ätiologische Modelle der Entstehung posttraumatischer Symptome. Diese gehen davon aus, dass traumatische Ereignisse mit dem Erleben extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergehen, die daraus resultierende Belastung führt zu einer Überforderung der psychischen Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen. Den Antragstellern zufolge dominieren zwei empirisch abgesicherte Modelle, die sich gegenseitig ergänzen. Das verhaltenstherapeutische Modell der Angstkonditionierung beschreibt eine generalisierte Angstreaktion bei Konfrontation mit Stimuli, die mit dem Trauma assoziiert sind, und ein damit verbundenes Vermeidungsverhalten. Das zurzeit in der neurobiologischen Forschungsliteratur favorisierte Erklärungsmodell geht von einer gestörten Informationsverarbeitung infolge traumatischer Erlebnisse aus. Hierbei erreichen Erinnerungen eine traumatische Qualität, wenn ihre Integration in das semantische Gedächtnis fehlschlägt. Daraus folgen separat registrierte, sensorische Elemente der Erfahrung, die unabhängig von dem Kontext, dem sie angehören, aktiviert werden können.

Modelle zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich auf drei unterschiedliche Konzepte: Zum einen wird vermutet, dass die EMDR-Behandlung zu einer Dekonditionierung wirksamer Auslösereize beiträgt durch wiederholte imaginäre Exposition mit der belastenden Erinnerung, die im Rahmen der EMDR-Behandlung wiederholt und kontrolliert erfolgt. Des Weiteren werden in der Behandlung dysfunktionale Kognitionen bearbeitet. Zweitens soll es durch die Entspannungsinduktion über die bilaterale Stimulierung - so die Theorie - zu einer beschleunigten Dekonditionierung kommen. Hypothesen zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich in diesem Kontext auf psychophysiologische Befunde zur Orientierungsreaktion bei der Konfrontation mit neuen Reizen. Die für die EMDR-Methode spezifische bilaterale Stimulation soll zu einer länger ausgeprägten Orientierungsreaktion verbunden mit einer parasympathischen Stimulierung führen, wodurch der aversive Reiz der traumatischen Erinnerung dann an einen nicht-aggressiven Entspannungsreiz gekoppelt würde. Ein drittes Modell geht davon aus, dass durch repetitive parasympathische Stimulation eine Beschleunigung der Informationsverarbeitung erfolgt. Die wiederholten sakkadischen Augenbewegungen im Zusammenhang mit der EMDR-Behandlung sollen zu einer Vagusstimulierung führen, die durch einen reziproken Mechanismus einen Verarbeitungsmodus anstößt, der dem REM-Schlaf ähnlich ist.

6. Diagnostik

Neben einer sorgfältigen allgemeinen Diagnostik, die in der Psychotherapie generell üblich ist (biografische Anamnese, Sozialanamnese, aktueller psychopathologischer Befund, allgemeinmedizinisch-neurologische Untersuchung) halten die Antragsteller eine Diagnostik der Art der Traumatisierung und deren Bewältigung bzw. Konsequenzen, die Diagnostik von

Komorbiditäten sowie eine störungsspezifische Diagnostik für notwendig, die eine reliable und valide Diagnose einer PTBS oder eines Teilsyndroms der PTBS zum Inhalt hat. Als Hauptgegenstände einer Prozessdiagnostik werden folgende Aspekte genannt: Sicherheit in körperlicher und sozialer Hinsicht und Funktionalität des familiären Systems, psychische Stabilität, Stabilität des Arbeitsbündnisses, Ausprägung von Übertragungsmanifestationen (unbeabsichtigtes Wiederholen dysfunktionaler Beziehungsmuster) und Neigung zu interpersonellem Ausagieren konflikthafter Verhaltensmuster. Als besonders bedeutsam für eine EMDR-Behandlung wird die kontinuierliche Prüfung der Stabilität und äußeren Sicherheit des Patienten (unter Einbezug der Bezugspersonen) postuliert.

7. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Von den insgesamt identifizierten zehn kontrollierten Studien¹, die sich auf den Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) bzw. das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) bei Kindern und Jugendlichen beziehen, können zwei nicht als Wirksamkeitsnachweise einbezogen werden, da keine randomisierte oder parallelisierte Gruppenzuweisung durchgeführt worden war (Nr. 9 und 10). Von den acht unabhängigen randomisiert kontrollierten Studien können fünf (Nr. 3, 4, 6, 7 und 8) nicht anerkannt werden, da entweder keine Effekte nachweisbar waren oder andere Einschränkungen der methodischen Studienqualität festzustellen waren (v. a. Patienten ohne festgestellte Anpassungs-/Belastungsstörung mit Krankheitswert, keine adäquate Diagnosestellung, keine reliable und valide Messung der Zielkriterien).

Die Untersuchung von Scheck, Schaeffer und Gillette (1998, Nr. 1) kann nicht als Wirksamkeitsnachweis herangezogen werden, da der Altersbereich der Probanden (16-25 Jahre, M = 20,9 Jahre) zu einem größeren Teil nicht in dem Anwendungsbereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen lag und die Altersgruppen nicht differenziert wurden.

Die Studie von Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand und Dolatabadi (2004, Nr. 4) wurde zwar in das Gutachten zur EMDR-Behandlung vom 06. Juli 2006 einbezogen, sie erfüllt jedoch nicht die Kriterien des Methodenpapiers 2.8, weil keine valide Diagnosestellung erfolgte und unklar bleibt, ob bei den Probanden eine PTBS mit Krankheitswert vorlag (Kriterien A2 und C1). Daher muss diese Studie für den vorliegenden Antrag negativ bewertet werden.

Die zwei übrigen randomisiert kontrollierten Studien untersuchten die Wirksamkeit von EMDR bei PTBS bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-12 (Nr. 2) bzw. 6-16 (Nr. 5) Jahren im Vergleich zu einer Warte-Kontrollgruppe. Jedoch können beide nicht als Wirksamkeitsnachweise für EMDR anerkannt werden.

Bei der Untersuchung von Ahmad, Larsson und Sundelin-Wahlsten (2007, Nr. 5) bestehen Hinweise auf fehlerhafte Analysen (Unstimmigkeiten zwischen Mittelwerten und Standardabweichungen in den Tabellen und den im Text berichteten Ergebnissen der Kovarianz-Analysen hinsichtlich der primären Zielkriterien). Die vom WBP befragten Autoren sahen sich außer Stande, diese widersprüchlichen Angaben aufzuklären. Weiterhin wurde in dieser Studie eine relativ hohe Anzahl an potenziellen Teilnehmern mit der Begründung ausgeschlossen, dass eine andere Behandlungsform notwendig gewesen sei. Hierfür wurden jedoch keine Entscheidungskriterien genannt und es wurde keine Vergleichsanalyse der eingeschlossenen vs. ausgeschlossenen Probanden durchgeführt.

¹ Eine Übersicht zu den eingereichten und den zusätzlich durch die systematische Literaturrecherche identifizierten Studien zur EMDR bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Bewertung findet sich auf der Homepage des WBP (<http://www.wbpsychotherapie.de>).

Bei der Studie von Chemtob, Nakashima und Carlson (2002, Nr. 2) fehlt eine statistische Interaktionsüberprüfung zwischen Wartekontrollbedingung und Treatmentbedingung. Ein Warteeffekt wurde mittels t-Test für zwei sekundäre, nicht jedoch für das primäre Zielkriterium überprüft (dieses wurde nicht zu beiden Messzeitpunkten der Wartezeit erhoben). Auch werden keine Rohwerte zur Wartezeit angegeben. In die nachfolgenden Varianzanalysen werden beide Untersuchungsgruppen als Interventionsgruppen eingeschlossen. Dieses Vorgehen entspricht nicht der für eine kontrollierte Studie notwendigen Ergebnisauswertung.

In keiner der geprüften Studien wurden unerwünschte Wirkungen erfasst. Bei der Literaturrecherche des Wissenschaftlichen Beirats wurden jedoch keine Studien identifiziert, die unerwünschte Wirkungen der EMDR-Methode nachweisen.

Die in einer wissenschaftlichen Zeitschrift mit Peer-Review-Verfahren veröffentlichte Meta-Analyse (Nr. 11) zeigte, dass die EMDR-Methode sowohl im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen und nicht-etablierten Traumabehandlungen als auch im Vergleich zu kognitiv-behavioralen Traumatherapie (CBT) wirksam ist. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass in dieser Meta-Analyse größtenteils Studien mit Stichproben ohne (diagnostisch valide) gestellte PTBS-Diagnose eingingen und die Analyse auf lediglich sieben Studien (mit je kleinen Stichproben) beruht. Darüber hinaus fiel die Effektstärke für den Vergleich zu CBT (n = 2 Studien) gering aus. Keine der in der Meta-Analyse berücksichtigten Studien wurde im Rahmen dieses Gutachtens anerkannt. Aus diesen Gründen liefert die Metaanalyse keine zusätzlichen Informationen.

Damit sind gemäß Methodenpapier 2.8 weder die vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Kriterien für die Anerkennung von EMDR für das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) noch die Kriterien für die Anerkennung von EMDR für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) erfüllt.

8. Zusammenfassende Stellungnahme

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung *nicht* als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Ebenso kann EMDR bei Kindern und Jugendlichen *nicht* als wissenschaftlich anerkannte Methode für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) gelten, da hierfür keine ausreichende Anzahl unabhängiger, methodisch adäquater und valider Studien vorliegt.

Berlin, den 01.12.2014

Prof. Dr. phil. Günter Esser
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka
(Stellvertretender Vorsitzender)

Korrespondenzadressen:

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
(Geschäftsführung des WBP der vierten Amtsperiode)

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin