

Bekanntmachungen

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 8 PsychThG

Nachgutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen

Vorbemerkungen

Mit Schreiben vom 10.04.2023 beantragte die Fachgesellschaft EMDRIA e. V. die Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung von Eye Movement Desensitization and Reprocessing als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) gemäß § 8 PsychThG. Der Beschluss über die Eröffnung des Verfahrens zur wissenschaftlichen Beurteilung der EMDR für PTBS bei Kindern und Jugendlichen erfolgte in der 15. Sitzung der 5. Amtsperiode des WBP vom 05.06.2023. Am 26.02.2026 wurde von den Antragstellenden durch das Vorlegen weiterer Auswertungen zu einer bereits bewerteten Studie (de Roos et al., 2017) ein Nachantrag gestellt. Dieser wurde in der 9. Sitzung der 6. Amtsperiode des WBP abschließend bewertet.

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich vor allem auf die folgenden Unterlagen:

- Gutachtenantrag von EMDRIA e. V. zur wissenschaftlichen Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen vom 10.04.2023,
- die von den Antragstellenden mit dem Gutachtenantrag übermittelten sowie durch diese ergänzten bzw. nachgereichten Publikationen (vgl. Abbildung 1),
- Zusammenstellung der Publikationen auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche zu mit den Antragstellenden abgestimmten Suchbegriffen zu EMDR (vgl. Abbildung 1),
- Ergebnisse der Anhörung mit Vertreterinnen und Vertretern des antragstellenden Fachverbands (EMDRIA e. V.) zur wissenschaftlichen Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen vom 07.10.2024,
- Lehrbuch: Hofmann, A., Lehnung, M. (2024),
- Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung vom 06.07.2006 und Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen vom 01.12.2014 und

- Nachantrag von EMDRIA e. V. zur wissenschaftlichen Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen mit zusätzlichen Auswertungen zur Studie von de Roos et al. (2017) am 26.02.2026.

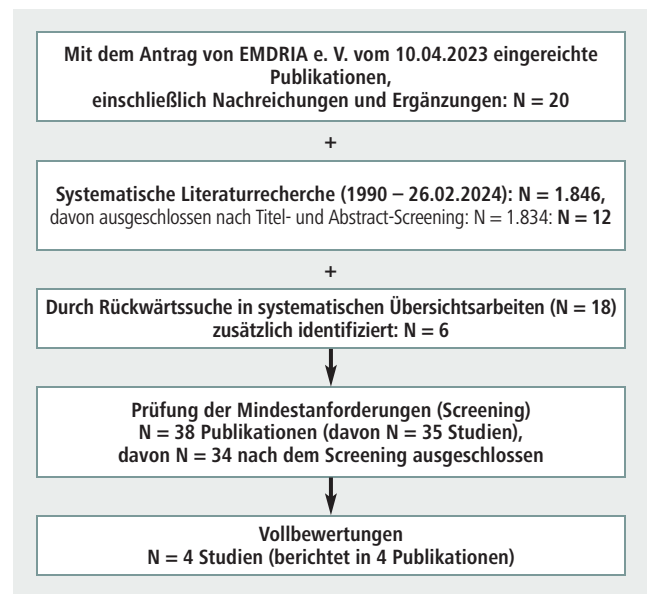


Abbildung 1: Übersicht eingereicherter und weiterer berücksichtigter Studien und zur Prüfung der Mindestanforderungen (Screening) für das Gutachten zu EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

2. Gutachtauftrag und Methodik

Es sollte geprüft werden, ob und inwieweit die wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen gemäß den Kriterien des WBP empfohlen werden kann. Die Prüfung des Gutachtenantrags zu EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen erfolgt nach Zustimmung der Antragstellenden auf der Grundlage von Version 3.0 des Methodenpapiers des WBP, welches in der Sitzung vom 09.10.2023 verabschiedet wurde.

2.1. Einstufung als Psychotherapiemethode

Im ersten Schritt wurde geprüft, ob es sich bei EMDR um eine zur Krankenbehandlung geeignete Psychotherapiemethode handelt. Nach den Ausführungen des Methodenpapiers wird ein psychotherapeutischer Ansatz als eine Psychotherapiemethode definiert,

- wenn er von seinen Vertreterinnen und Vertretern selbst als eine Psychotherapiemethode verstanden wird,
- wenn seine Beschreibung (jeweils) neben Angaben zur Vorgehensweise auch Angaben zu den zu erzielenden Effekten und den Indikationskriterien umfasst,
- wenn eine theoretische Erklärung der Entstehung und der Aufrechterhaltung der behandelbaren Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung durch diese Psychotherapiemethode formuliert sind,
- wenn die für die Psychotherapiemethode spezifischen Faktoren relevant und von denen anderer Psychotherapiemethoden und Psychotherapieverfahren verschieden sind und
- wenn die Psychotherapiemethode nicht bereits als Methode eines vom WBP anerkannten Psychotherapieverfahrens berücksichtigt wurde.

2.2. Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung

Im zweiten Schritt überprüfte der WBP die Wirksamkeitsnachweise für den Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43). Die wissenschaftliche Anerkennung setzt voraus, dass mindestens zwei unabhängige, methodisch adäquate Studien die Wirksamkeit der Psychotherapiemethode bei Störungen aus diesem Anwendungsbereich belegen und mindestens eine Studie eine Katamneseuntersuchung mit einer angemessenen Ausschöpfung der Stichprobe einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachgewiesen wird, und wenn nicht zugleich Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte der Psychotherapiemethode vorliegen.

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

3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

3.1. Definition

Gemäß der Antragstellung geht die EMDR-Methode auf Francine Shapiro zurück, die diese, Ende der 1980er Jahre zur traumafokussierten Behandlung der PTBS entwickelte.

EMDR ist eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbeitung und Integration traumatisch erlebter Erfahrungen verbessert werden soll. Sie folgt einem achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei dem die Patientin oder der Patient sich auf be-

stimmte Anteile der traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen der Therapeutin oder des Therapeuten folgend die Augen bewegt (Shapiro, 2018). Der Verarbeitungsprozess kann auch mit anderen Formen der bilateralen Stimulation (BLS) wie der taktilen BLS mit abwechselndem Tippen zum Beispiel auf beide Hände oder als akustische BLS durch wechselseitige akustische Stimuli angeregt werden.

Die wissenschaftliche Ankererkennung als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen wurde am 06.06.2006 durch den WBP festgestellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat EMDR als Behandlungsmethode für Erwachsene mit einer PTBS am 16.10.2015 als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt.

3.2. Theorie

Zugrundeliegende ätiologische Annahmen zur Entstehung von PTBS

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

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

Das derzeit in der neurobiologischen Forschungsliteratur favorisierte Erklärungsmodell der Entstehung posttraumatischer Symptome geht davon aus, dass infolge traumatischer Erlebnisse die Informationsverarbeitung gestört ist. Erinnerungen erreichen demnach eine traumatische Qualität, wenn ihre Integration in das semantische Gedächtnis fehlschlägt. Die Folge sind separat registrierte sensorische Elemente der Erfahrung, die oft unabhängig von dem Kontext, zu dem sie gehören, unwillkürlich reaktiviert werden können. Die Fragmentierung und Desorganisation des Gedächtnisses erschweren gleichzeitig die Kontextualisierung und weitere Verarbeitung der traumatischen Erfahrung (van der Kolk et al., 1997). Zu diesem Modell der gestörten Informationsbearbeitung gehört auch das von Francine Shapiro entwickelte Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell) durch EMDR. Dieses Modell geht davon aus, dass von diesen dysfunktional gespeicherten Erinnerungen (pathogenen Erinnerungen) eine Reihe von Störungen, vor allem Traumafolgestörungen, ausgeht (Shapiro, 2018). Grundannahme ist, dass Erlebnisse, die mit traumatischen bzw. erheblichen Stressbelastungen einhergehen, von den natürlichen Kompensationsmechanismen (Selbsteilungsmechanismen) des Gehirns zum Teil nicht vollständig verarbeitet werden können und so in ihrer dysfunktional gespeicherten (pathogenen) Form verbleiben. So können sie auch Symptome wie die der PTBS bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen verursachen. Shapiro nimmt an, dass die bilaterale Stimulation von EMDR, nach Aktivierung der belastenden Erinnerung, diese Blockade auflöst und zu einer Verarbeitung und Integration der entsprechenden Erinnerung führen kann.

Mögliche Wirkmechanismen von EMDR

Die Modelle zur Wirksamkeit der EMDR stützen sich auf unterschiedliche Konzepte. Zum einen wird vermutet, dass die EMDR-Behandlung zu einer Dekonditionierung wirksamer Auslöserreize beiträgt, durch wiederholte imaginäre Exposition mit der belastenden Erinnerung; die Exposition im Rahmen der EMDR-Behandlung erfolgt wiederholt und kontrolliert (Expositions-Habituationsmodell). Aufgrund der oftmals geringeren notwendigen Behandlungsdosis von EMDR gegenüber Expositionsverfahren erscheint jedoch ein reines Expositions-Habituationsmodell nicht ausreichend als Wirkmechanismus für EMDR (Power et al., 2002; Taylor et al., 2003).

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

Laut den Antragstellenden ist der wahrscheinliche Hauptmechanismus von EMDR der sogenannte Shin-Mechanismus. Angenommen wird, dass die bilaterale Stimulation, unter Umgehung höherer kortikaler Zentren, direkt eine Hemmung der Furchtneuronen der basolateralen Amygdala auslöst. Als Beleg dafür wird eine Studie angeführt, bei der der Wirkmechanismus im Tiermodell geprüft wurde (Baek et al., 2019).

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

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

3.3. Von den Antragstellenden genannte Indikation

Der Indikationsbereich von EMDR umfasst die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie Teilsyndrome der PTBS. Die Indikation für den Einsatz von EMDR muss laut Antrag störungsbezogen und prozessbezogen gestellt werden und kann nur im Rahmen eines umfassenden Gesamtbehandlungsplans zur Anwendung kommen. Bei der Indikationsstellung soll die hohe Komorbidität zwischen PTBS und anderen psychischen Störungen berücksichtigt werden (Scheeringa et al., 2003; Wang et al., 2013).

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

- Schwere körperliche Krankheiten müssen behandelt sein.
- Es muss Sicherheit im sozialen Bereich gewährleistet sein. Insbesondere darf kein anhaltender Täterkontakt bestehen.
- Die relevante Komorbidität muss ausreichend behandelt sein. Eine behandlungsbedürftige Depression oder Angststörung muss behandelt worden sein. Bei bestehender Substanzabhängigkeit muss Abstinenz bestehen.
- Ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit Kind und Eltern/Bezugspersonen muss vorhanden sein.
- Die Fähigkeit zur Affektregulierung und Beruhigung muss bei den Eltern/Bezugspersonen, der Jugendlichen und – altersabhängig – bei dem Kind vorhanden sein.
- Als Kontraindikation gelten laut Antrag das Vorliegen schwerer körperlicher Erkrankungen und akute Suizidalität (Shapiro, 2018; Hofmann & Lehnung, 2024). Ehemalige Kontraindikationen wie Schizophrenie oder bipolare Störungen werden nicht als Ausschlusskriterien eingeordnet, die Folgen einer PTBS können auch hier unter Beachtung bestimmter Rahmenbedingungen mit EMDR behandelt werden. Relative Kontraindikationen sind laut Antragstellenden fehlende soziale Sicherheit, fehlende oder psychisch instabile Eltern/Bezugspersonen, anhaltende Traumaeinwirkung oder anhaltender Täterkontakt, unzureichende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich, eventuell akute psychiatrische Störungen, eine dekompensierte Angsterkrankung, aktiver Substanzmissbrauch, Suizidalität, das Vorliegen schwerer körperlicher Erkrankungen, bei denen durch zusätzliche Belastung mit einer Verschlimmerung der Erkrankung zu rechnen ist (Hofmann & Lehnung, 2024). Auch eine dissoziative Komorbidität kann eine relative Kontraindikation für den Einsatz von EMDR darstellen.

3.4. Diagnostik

Neben einer sorgfältigen allgemeinen Diagnostik, die in der Psychotherapie generell üblich ist (biografische Anamnese, Sozialanamnese, aktueller psychopathologischer Befund, allgemeinmedizinische Untersuchung), halten die Antragstellenden eine Diagnostik der Art der Traumatisierung und deren Bewältigung bzw. Konsequenzen, die Diagnostik von Komorbiditäten und die Funktionalität des sozialen Umfeldes sowie eine störungsspezifische Diagnostik für notwendig, die eine reliable und valide Diagnose einer PTBS oder eines Teilsyndroms der PTBS zum Inhalt hat (mittels diagnostischer Interviews und/oder Fragebögen sowie Befragung der Eltern/Bezugspersonen).

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

Als besonders bedeutsam für eine EMDR-Behandlung wird die kontinuierliche Prüfung der Stabilität und äußeren Sicherheit der Patientinnen und Patienten postuliert.

Die Verlaufskontrolle erfolgt mit Fragebögen zur Selbstbeurteilung der traumatischen Symptomatik sowie der Fremdbeurteilung durch die Eltern/Bezugspersonen.

3.5. Behandlungskonzept

Die Antragstellenden beschreiben das Behandlungskonzept nach Francine Shapiro, bei dem sich der Behandlungsplan an acht Phasen orientieren sollte (Shapiro, 2018; Hofmann & Lehnung, 2024). Der Einbezug von Eltern/Bezugspersonen in die Behandlung sollte laut den Antragstellenden individuell gestaltet werden, bei jüngeren Kindern sei dieser grundsätzlich wünschenswert, sofern keine klare Kontraindikation, wie beispielsweise eine unzureichende Affektregulation oder andauernde Täterschaft durch die Eltern/Bezugspersonen, besteht. Es muss im Einzelfall bei Distanzierung gegenüber einer früheren Täterschaft entschieden werden, ob ein aktiver Einbezug der Eltern/Bezugspersonen in die Behandlungssitzungen des Kindes möglich ist.

- Phase 1:** Erhebung der Vorgeschichte und Behandlungsplanung.
- Phase 2:** Vorbereitung und Stabilisierung der Patientin oder des Patienten.
- Phase 3:** Evaluation einer belastenden Erinnerung.
- Phase 4:** Desensibilisierung und Durcharbeitung mit gleichzeitiger bilateraler Stimulation.
- Phase 5:** Verankerung mit positiver Kognition (z. B. „Ich habe überlebt.“).
- Phase 6:** Körpertest: Eventuell noch persistierende sensorische Erinnerungsfragmente („Körpererinnerungen“) des Traumas werden erfragt und, wenn nötig, durchgearbeitet.
- Phase 7:** Abschluss.
- Phase 8:** Überprüfung.

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

- Schon bei der Anamneseerhebung werden sichernde Rahmenbedingungen, Entwicklungsaspekte und Ressourcen des Kindes erfasst, um sie dann im Therapieprozess berücksichtigen zu können.
- Es wird eine Fremdeinschätzung (der Bezugspersonen) und Selbsteinschätzung eingeholt.
- Es sollte so wenig wie möglich vom Standardprotokoll für Erwachsene abgewichen werden.
- Ab einem Entwicklungsalter von ca. neun Jahren kann das vollständige Standardprotokoll für Erwachsene angewendet werden.
- Bei jüngeren Kindern wird, soweit es der Entwicklungsstand des Kindes erfordert, auf die Ermittlung der kognitiven Anteile (negative/positive Kognition; Phase 5: Verankerung) und auf die Durchführung eines ausführlichen Körpertests verzichtet.
- Bei Vorschulkindern hat sich der Einsatz von therapeutischen Geschichten im Sinne von Traumanarrativen (Lovett, 2007), kreativ-bildnerischen Techniken oder anderen symbolischen Darstellungen anstelle der Aktualisierung der traumatischen Erinnerung als alternative Möglichkeit bewährt (Gomez, 2012; Lempertz, 2015).
- Insbesondere bei Komplextraumata wird abweichend vom üblichen EMDR-Vorgehen nicht regelhaft mit dem schlimmsten Ereignis begonnen.

3.6. Angestrebte Behandlungseffekte

Es wird laut Antrag davon ausgegangen, dass durch die bilaterale Stimulation 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 durch einfaches Verlassen der traumatischen Erinnerung für viele Patientinnen und Patienten eine affektive Entlastung spürbar wird. Es wird postuliert, dass sich im Laufe dieses Verarbeitungsprozesses affektiv veränderte Muster durch Erleben der Auflösung der Bedrohungssituation, spontane kognitive Veränderungen durch die Neubewertung der traumatischen Situation, die nicht mehr als gegenwärtige Gefährdung wahrgenommen, sondern als Vergangenes eingeordnet wird, und Verhaltensänderungen durch die fehlende Notwendigkeit für Vermeidungsverhalten entwickeln. Damit einhergehend soll eine Reduktion von PTBS-Symptomen eintreten.

Als mögliche Nebenwirkungen werden Müdigkeit, Kopfschmerzen und Alpträume in seltenen Fällen beschrieben.

3.7. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Zu EMDR existieren in Deutschland Ausbildungsinstitute und Ausbildungscurricula. Zum Erlernen und zur eigenverantwortlichen Anwendung der EMDR-Methode ist eine abgeschlossene, staatlich anerkannte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eine abgeschlossene psychotherapeutische oder ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung unbedingte Voraussetzung.

4. Feststellung der Wirksamkeit

4.1. Wirksamkeitsbelege

Zu den 38 im Volltext vorliegenden Publikationen führten jeweils zwei Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder des WBP das Screening gemäß Abschnitt II.3 des Methodenpapiers in der Version 3.0 durch. In diesem Schritt wurden 34 Publikationen ausgeschlossen, da sie die methodischen Mindestanforderungen nicht erfüllten. Zu vier Publikationen, die die methodischen Mindestkriterien erfüllten, wurde durch jeweils zwei Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder des WBP eine Vollbewertung durchgeführt. Alle vom WBP als Wirksamkeitsnachweis anerkannten Studien sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1: Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die als Wirksamkeitsnachweis anerkannt wurden bzw. keinen Effekt nachweisen konnten

Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)	
de Roos et al. (2017)	als Wirksamkeitsnachweis für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) anerkannt ¹ (erfüllt das 6-Monats-Katamnese-Kriterium)
Molero et al. (2019)	als Wirksamkeitsnachweis für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) anerkannt ²
Tang et al. (2015)	als Wirksamkeitsnachweis für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) anerkannt ³

¹ Zur Studie von de Roos et al. (2017) liegt dem WBP ein ergänzendes publikationsfähiges Manuskript mit relevanten zusätzlichen Auswertungen vor; diese belegen, dass bei einem Anlegen von ICD-10-Kriterien anstatt von DSM-IV-Kriterien mehr als 80 % der Patientinnen und Patienten die Diagnose einer PTBS erfüllen (vgl. Anlage 1).

² Insgesamt hat sich der WBP unter Berücksichtigung folgender methodischer Einschränkungen für eine Anerkennung als Wirksamkeitsnachweis ausgesprochen: Unklarheiten bei der Diagnosestellung und Zusammensetzung der Interventionsgruppe.

³ 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.

4.2. Fazit: Zusammenfassende Bewertung der Wirksamkeit

Für EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen (Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) wurden drei Studien als Wirksamkeitsnachweis anerkannt, davon eine Studie, die die Bedingungen für einen Nachweis des Therapieerfolgs noch mindestens sechs Monate nach Therapieende (6-Monats-Katamnese) erfüllt⁴. Somit kann nach den vom WBP entwickelten Kriterien (Abschnitt II.5 des Methodenpapiers 3.0) für EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden.

5. Zusammenfassende Stellungnahme

Der WBP stellt zur wissenschaftlichen Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung von PTBS bei Kindern und Jugendlichen zusammenfassend fest, dass EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Die EMDR-Methode kann nicht als Verfahren für die Weiterbildung für die umfassende psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann (drei der drei besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen oder für mindestens zwei der drei besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereiche und mindestens zwei der 15 weiteren Anwendungsbereiche).

Berlin, 09.03.2026

Univ.-Prof. em. Dr. Bernhard Strauß
(Vorsitzender)

Univ.-Prof. em. Dr. Dr. Gereon Heuft
(Stellvertretender Vorsitzender)

Anlage 1: Manuskriptentwurf Vasileva (2026): Zusätzliche Auswertungen zur Studie von de Roos et al. (2017)

⁴ Vgl. Methodenpapier 3.0 Abschnitt „II.5.1. Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden für einzelne Anwendungsbereiche“.

Literatur

- Baek, J., Lee, S., Cho, T., Kim, S. W., Kim, M., Yoon, Y., Kim, K.K., Byun, J., Kim, S.J., Jeong, J., Shin, H.S. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature*. 566(7744):339–343.
- de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., de Jongh, A. (2017) Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric post-traumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 58(11):1219–1228.
- Foa, E.B., Huppert, J. & Cahill, S. (2006). Emotional processing theory: An update. In Rothbaum, B.O. (Hrsg.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*. (3–24). New York: The Guilford Press.
- Gomez, A.M. (2012). *EMDR Therapy and Adjunct Approaches with Children: Complex Trauma, Attachment and Dissociation*. New York: Springer Publishing.
- Hofmann, A., Lehnung, M. (2024). *EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. (6. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Houben, S.T.L., Otgaar, H., Roelofs, J., Merckelbach, H., Muris, P. (2020). The effects of eye movements and alternative dual tasks on the vividness and emotionality of negative autobiographical memories: A meta-analysis of laboratory studies. *Journal of Experimental Psychopathology*, doi:10.1177/2043808720907744.
- Lempertz, D. (2015). *Emmas kleines Wunder. Ein Buch über Psychotherapie und EMDR für Jungen und Mädchen*. Köln: Verlag mebes & noack.
- Lovett, J. (2007). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. Riverside: Free Press.
- Molero, R.J., Jarero, I., Givaudan, M. (2019). Longitudinal Multisite Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR-IGTP-OTS to Refugee Minors in Valencia, Spain. *American Journal of Applied Psychology*, 8(4), 77–88.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 299–318.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L. & Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561–570.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic principles, protocols, and procedures*. (3. Edition). New York: Guilford Press.
- Tang, T.-C., Yang, P., Yen, C.-F. and Liu, T.-L. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing for treating psychological disturbances in Taiwanese adolescents who experienced Typhoon Morakot. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 31: 363–369.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K. & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(2), 330–338.
- Van Der Kolk, B.A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 99–113.
- Wadji, D.L., Martin-Soelch, C. & Camos, V. (2022). Can working memory account for EMDR efficacy in PTSD? *BMC Psychology*, 10: 245.
- Wang, C.-W., Chan, C.L.W. & Ho, R.T.H. (2013). Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological studies across 1987–2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(11): 1697–720.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2023). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 8 PsychThG. Version 3.0*. Abrufbar unter: www.wbpsychotherapie.de.