

**Bewertung der EMDR als Methode  
im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen  
im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer  
vom 4. August 2011**

## Inhaltsverzeichnis

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen .....	3
1. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der EMDR. ....	3
2. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung der EMDR? .....	4
3. Ist eine spezifische Überlegenheit der EMDR bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu anderen Methoden nachweisbar? .....	6
4. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden? .....	7
5. Welche störungsspezifische Diagnostik sollte vor Anwendung von EMDR durchgeführt werden? .....	8
6. Welche Kriterien müssen für die Stellung der Indikation zur Durchführung von EMDR erfüllt sein? .....	8
7. Gibt es Kontraindikationen? Wenn ja, welche? .....	9
8. In welchem therapeutischen Rahmen sollte EMDR erbracht werden? Als eigenständige Methode? Als Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie? Mit der Bitte um konkrete Begründung der Zuordnung .....	9
Fragen zur medizinischen Notwendigkeit .....	11
9. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der EMDR im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankung? .....	11
Fragen zur Wirtschaftlichkeit .....	13
10. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der EMDR im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Methoden und Verfahren? .....	13
Ergänzungen .....	14
11. Stehen psychometrische Messinstrumente zur störungsspezifischen Diagnostik zur Verfügung und wenn ja, welche sind das? Bitte benennen Sie diese und machen Sie Angaben zur Validität, Reliabilität und Objektivität dieser Instrumente .....	14
12. Welche Ausbildung/Weiterbildung sollte der Therapeut haben? .....	15
13. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden? .....	16
Fragen zu möglichen Interessenkonflikten .....	16
14. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z. B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen. ....	16
Literatur .....	17

## Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

### 1. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der EMDR.

In einem aktuellen Cochrane-Review zu psychologischen Therapien der Posttraumatischen Belastungsstörungen (Bisson & Andrew, 2007) wurden für den Vergleich zwischen EMDR und Wartelistengruppe/Routineversorgung insgesamt sechs Studien mit ausreichender methodischer Qualität in die Meta-Analyse eingeschlossen (Jensen et al., 1994, Power et al., 2002, Rothbaum et al., 2005, Rothbaum et al., 1997, Vaughan et al., 1994, Carlson et al., 1998).

Bei den spezifischen Vergleichen nach Zielparametern wurden dabei jeweils fünf bzw. sechs dieser Studien eingeschlossen. Hinsichtlich des Zielkriteriums der Schwere der PTBS-Symptomatik, erfasst über eine klinische Fremdeinschätzungsskala, konnten fünf von fünf Studien zum Behandlungsende eine signifikante Überlegenheit der EMDR-Behandlung gegenüber der Kontrollbedingung nachweisen, mit einer Standardisierten Mittelwertsdifferenz von SMD (95% CI) = -1.51 (-1.87 bis -1.15) für die gepoolten Daten von 81 Patienten in der EMDR-Gruppe und 81 Patienten in der Kontrollgruppe. Darüber hinaus erfüllten in fünf von sechs Studien signifikant mehr Patienten in der EMDR-Behandlung zum Behandlungsende nicht mehr die vollständigen diagnostischen Kriterien der PTBS. Für den gepoolten Datensatz ergab sich eine signifikante Überlegenheit der EMDR-Behandlung mit einem relativen Risiko RR (95% CI) = 0.47 (0.25 bis 0.85).

Hinsichtlich des Zielparameters PTBS-Symptomschwere in Selbsteinschätzungsskalen ist die Befundlage heterogen. In drei von fünf Studien zeigte sich eine Überlegenheit der EMDR-Behandlung, zwei Studien konnten dagegen keinen signifikanten Effekt zum Behandlungsende demonstrieren. Für den gepoolten Datensatz bildet sich lediglich eine Tendenz zugunsten der EMDR-Behandlung ab (SMD (95% CI) = -1.07 (-2.04 bis -0.10)).

Auch bezogen auf die sekundären Zielparameter „depressive Symptomatik“ und „Angstsymptomatik“ ließ sich in jeweils fünf von fünf Studien eine signifikante Überlegenheit der EMDR-Behandlung gegenüber der Kontrollgruppe nachweisen.

Zudem kommt ein narrativer Review (Schubert & Lee, 2009), der sich teilweise auf die gleichen Studien wie der Cochrane-Review bezieht, zu dem Schluss, dass die EMDR-Behandlung bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen wirksam ist.

Vor dem Hintergrund dieser Befunde empfehlen sowohl die deutsche S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1“ aus dem Jahr 2011 als auch die englische NICE-Guideline „Post-traumatic stress disorder“ aus dem Jahr 2005 den Einsatz der EMDR-Methode bei Patienten mit PTBS.

## **2. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung der EMDR?**

Bislang mangelt es an einer systematischen Untersuchung der Risiken und möglichen Nebenwirkungen durch die Anwendung der EMDR. Nach unserer Kenntnis adressierte lediglich eine komparative randomisiert-kontrollierte Studie auch Aspekte der negativen Wirkungen drei verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Expositionsbehandlung, EMDR und Entspannungstherapie (Taylor et al., 2003). In dieser Studie wurden allerdings negative Wirkungen der Behandlungsansätze operationalisiert als Anteil der Patienten mit einer Verschlechterung hinsichtlich der Kernsymptomatik der PTBS im Verlauf der Behandlung. Zum Behandlungsende trat eine Symptomverschlechterung lediglich bei einem der Patienten aus der Gruppe mit Entspannungstraining auf. Zum 3-Monats-follow-up traf dies auf je einen Patienten aus der Gruppe mit Entspannungstraining und EMDR zu. Signifikante Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Symptomverschlechterungen ließen sich zwischen den drei Behandlungsgruppen nicht nachweisen.

Daneben gibt es einen Fallbericht, der im Kontext einer EMDR-Behandlung nach 12 Sitzungen von einer erheblichen Verschlechterung der psychischen Verfassung des Patienten bis hin zu einer akuten Suizidalität und der Entwicklung von schweren Panikattacken berichtet (Kaplan & Manicavasagar, 1998).

In dem Antrag der Fachgesellschaft EMDRIA e.V. beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie auf wissenschaftliche Anerkennung der EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS wird im Abschnitt 8.2. „Unerwünschte Wirkungen der Therapie“ dargelegt, dass bei circa 10 bis 20 Prozent der Patienten eine mangelnde Wirksamkeit der Therapie zu verzeichnen und deren Ursache unklar sei. Das Risiko für unerwünschte Wirkungen wird insbesondere für solche Behandlungen gesehen, bei denen vor der EMDR-Behandlung keine Stabilisierungsbehandlung durchgeführt wurde.

Ferner geben die Antragssteller an, dass es unter der Behandlung mit EMDR zu plötzlichen sogenannten „Abreaktionen“ kommen könne, bei denen der Patient plötzlich unter heftigen emotionalen Reaktionen von seinen traumatischen Erinnerungen überflutet wird. Hierbei sei es Aufgabe des Psychotherapeuten, dass der Patient nicht emotional retraumatisiert wird. Bei stärker dissoziierten Patienten wird das Risiko der Auslösung dissoziativer Krisen gesehen. Bei Suchtpatienten könne eine vorübergehende Erhöhung des Suchtdrucks ohne ausgleichende Stabilisierung zu einem Rückfall führen. Für sämtliche der genannten Risiken liegen jedoch keine systematischen Erhebungen zu unerwünschten Wirkungen einer EMDR-Behandlung vor, die es erlauben würden, dass Risiko für derartige Wirkungen genauer zu beziffern.

Schließlich werden als Kontraindikationen für eine EMDR-Behandlung noch floride Psychosen, schwere hirnorganische Störungen und somatische Erkrankungen genannt, welche die Belastbarkeit der Patienten stark reduzieren.

Hinsichtlich der Abbrecherrate in klinischen Studien - als ein indirekter Indikator für unerwünschte Wirkungen - kommt ein aktueller Cochrane-Review auf der Grundlage

von sieben Studien mit insgesamt 268 Patienten zu dem Ergebnis, dass sich zwischen EMDR-Behandlung und traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie keine signifikanten Unterschiede nachweisen lassen (Bisson & Andrew, 2007). Gleiches gilt auch für den Vergleich der Abbrecherrate zwischen EMDR und Stressmanagementtherapie, die in drei Studien untersucht wurde.

### **3. Ist eine spezifische Überlegenheit der EMDR bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu anderen Methoden nachweisbar?**

Methodisch aussagekräftige komparative Studien zur EMDR-Behandlung liegen lediglich für den Vergleich mit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie und der Stressmanagementtherapie vor. Die Heterogenität der Studien zum Vergleich mit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie schränkt dabei die Aussagekraft dieser Befunde insgesamt ein.

Der Cochrane-Review von Bisson & Andrew (2007) kommt je nach Zielparameter auf der Basis von sechs bzw. sieben Studien mit insgesamt 187, 206 bzw. 260 Patienten hinsichtlich des Vergleichs zwischen EMDR und der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie zu dem Ergebnis, dass sich für keinen der primären und sekundären Zielparameter signifikante Unterschiede in der Wirksamkeit nachweisen lassen. Auch hinsichtlich der Rate an Therapieabbrechern bestehen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsansätzen. Ein systematischer Review von Mendes et al. (2008) kommt dagegen unter Einschluss weiterer Studien zu dem Schluss, dass die Remissionsrate für die kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zur EMDR-Behandlung signifikant höher ausfällt.

Drei Studien untersuchten die Wirksamkeit der EMDR-Behandlung im Vergleich zur Stressmanagementtherapie (Taylor et al., 2003, Carlson et al., 1998, Vaughan et al., 1994). Dabei erlauben die Studien wegen fehlender statistischer Power keine klaren Aussagen über eine mögliche Überlegenheit einer der beiden Behandlungen. Hinsichtlich der primären Zielparameter ließen sich keine signifikanten Unterschiede

zwischen den beiden Behandlungsansätzen zeigen. Dagegen war die EMDR-Behandlung hinsichtlich der Reduktion der Angstsymptomatik der Stressmanagementtherapie signifikant überlegen (Bisson & Andrew, 2007).

Eine aktuelle Studie hat darüber hinaus bei 46 Patienten mit PTBS die EMDR-Behandlung mit einer neuen experimentellen Therapie "emotional freedom techniques" verglichen (Karatzias et al., 2011). Während sich für beide Therapiebedingungen signifikante Verbesserungen zeigten, ließen sich zwischen den beiden Gruppen weder zum Behandlungsende noch zur Dreimonatskatamnese signifikante Unterschiede in der Wirksamkeit nachweisen.

#### **4. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?**

Die Mehrzahl der vorliegenden Studien zur EMDR mit einer katamnestischen Nachuntersuchung bezieht sich auf einen Katamnesezeitraum von circa drei Monaten. Für diesen Zeitraum ist die Stabilität der erreichten Therapieerfolge gut belegt (z. B. Vaughan et al., 1994, Ironson et al., 2002, Lee et al., 2002). Eine Studie von Power et al. (2002) beinhaltet auch eine Katamneseuntersuchung nach 15 Monaten. Nach Angaben der Autoren belegen die Daten, dass die Behandlungserfolge auch zur Katamnese erhalten blieben, allerdings ist die Ergebnisdarstellung in der Publikation so unvollständig, dass dies nur eingeschränkt nachvollzogen werden kann. Eine Studie von Edmond & Rubin (2004) gibt darüber hinaus Hinweise auf die anhaltende Wirksamkeit der EMDR-Behandlung bei Patienten mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Schließlich erbrachte eine Studie von Hogberg et al. (2008) Hinweise auf die Stabilität der Therapieerfolge einer EMDR-Behandlung für einen Zeitraum von knapp drei Jahren nach Therapieende.

## **5. Welche störungsspezifische Diagnostik sollte vor Anwendung von EMDR durchgeführt werden?**

Vor Anwendung der EMDR sollte neben der spezifischen Diagnostik der PTBS mit den geeigneten diagnostischen Instrumenten (siehe hierzu Antwort zu Frage 11) auch eine differenzialdiagnostische Abklärung möglicher komorbider psychischer Störungen erfolgen, die ggf. eine vorherige Behandlung erforderlich machen könnten oder als eine relative Kontraindikation für eine EMDR-Behandlung einzuschätzen wären, z. B. stark ausgeprägte dissoziative Störungen, schwere depressive Störungen, ggf. mit akuter Suizidalität, psychotische Erkrankungen, substanzbezogene Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, etc..

## **6. Welche Kriterien müssen für die Stellung der Indikation zur Durchführung von EMDR erfüllt sein?**

Wesentliches Kriterium für die Indikationsstellung zur Durchführung der EMDR-Behandlung ist zunächst die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Darüber hinaus kann eine Indikation zur EMDR-Behandlung auch bestehen bei subsyndromalen oder partiellen Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei denen die Kriterien einer PTBS nach ICD-10 nicht vollständig erfüllt, die Krankheitswertigkeit der psychischen Belastung in den Symptombereichen Intrusionen, Vermeidungsverhalten/psychische Betäubung und Hyperarousal jedoch gegeben ist.

Prozessbezogen müssen für die Indikationsstellung zur EMDR-Behandlung weitere Kriterien erfüllt sein. So muss eine Einbettung der EMDR-Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan gegeben sein, in dem auch bedeutsame psychische und somatische Komorbidität ausreichend mitberücksichtigt wird. Im Falle der Substanzabhängigkeit sollte – mit Ausnahme der Patienten in Substitutionsbehandlung - der Zustand der Abstinenz erreicht worden sein. Darüber hinaus muss eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut worden sein und bei dem Patient sollte eine ausreichende Fähigkeit zur Affektregulation bestehen.

Darüber hinaus gilt, wie bei anderen psychotraumatologischen Interventionen, dass eine hinreichende Sicherheit des Patienten in seinen sozialen Bezügen gewährleistet sein muss, insbesondere darf im Falle interpersoneller Traumatisierung kein anhaltender Kontakt zum Täter mit fortgesetzter Traumatisierung des Patienten bestehen.

## **7. Gibt es Kontraindikationen? Wenn ja, welche?**

Als Kontraindikationen der EMDR-Behandlung gelten insbesondere akute Psychosen (Hofmann, 1999). Darüber hinaus werden von den Vertretern der EMDR-Behandlung relative Kontraindikationen benannt, bei denen besondere Bedingungen erfüllt sein müssen, damit die Anwendung der EMDR-Behandlung erfolgreich sein kann (EMDRIA, 2005). Hierbei sind analog der Darstellung zu Frage 6 zu nennen:

- die unzureichende soziale Sicherheit aufgrund eines fortbestehenden Täterkontaktes, einhergehend mit einer anhaltenden Traumatisierung,
- akute schwere somatische und psychische Erkrankungen, die zunächst einer suffizienten Behandlung bedürfen,
- aktiver Substanzgebrauch (Ausnahme: Patienten in Substitutionsbehandlung) und
- unzureichende somatische, psychische und soziale Stabilität.

## **8. In welchem therapeutischen Rahmen sollte EMDR erbracht werden? Als eigenständige Methode? Als Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie? Mit der Bitte um konkrete Begründung der Zuordnung.**

Die EMDR-Behandlung sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erfolgen. Die Notwendigkeit der Einbettung der EMDR-Behandlung in eines der beiden genannten Richtlinienverfahren ergibt sich zum einen bereits aus der hohen psychischen Komorbidität bei Patienten mit einer PTBS.

Nach den Ergebnissen der National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) betrug die psychische Komorbiditätsrate bei Personen mit der 12-Monats-Diagnose einer PTBS 75 Prozent (Kessler et al., 2005). Für die deutsche Bevölkerung fehlen zurzeit noch entsprechend repräsentative Daten zur psychischen Komorbidität bei PTBS. Eine epidemiologische Studie bei 14- bis 24-Jährigen bestätigt allerdings die hohe Komorbiditätsrate der US-amerikanischen Studie (Perkonig et al., 2000). Die hohe Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer komorbiden psychischen Erkrankung, v. a. einer Depression, Suchterkrankung oder Essstörung muss im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden.

Aber auch hinsichtlich der Vorbedingungen für eine EMDR-Behandlung, wie dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung, der Entwicklung eines umfassenden Störungsmodells der psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund der Biographie des Patienten und der erforderlichen Stabilisierung des Patienten ist der Einsatz von diagnostischen Methoden und therapeutischen Interventionen des jeweiligen Richtlinienverfahrens erforderlich. Insofern bedarf die Anwendung der EMDR-Behandlung regelhaft der Einbettung in eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Hierfür sprechen auch die Designs der Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Behandlung, bei denen sich der EMDR-spezifische Anteil der Intervention vielfach auf wenige Therapiesitzungen beschränkt (z. B. Ironson et al., 2002, Vaughan et al., 1994) und die EMDR-Behandlung als therapeutischer Baustein im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zur Traumabearbeitung und -integration eingesetzt wird. (Frommberger & Sack, 2008, S. 360).

Dabei ist die EMDR-Behandlung gut integrierbar sowohl in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als in eine verhaltenstherapeutische Behandlung. So steht das Behandlungsmodell der EMDR weitgehend im Einklang mit den psychodynamisch-psychotraumatologischen Erklärungs- und Behandlungsansätzen. Beispielhaft kann an dieser Stelle auf das psychodynamische Informationsverarbeitungsmodell von Horowitz (1976, 1979) verwiesen werden, demzufolge die traumatische Informa-

tion so lange in der aktiven Erinnerung verbleibt und Verarbeitungsversuchen unterzogen wird, bis der Betroffene das Resultat mit seinem inneren Weltbild vereinbaren kann (Shapiro, 1998, S. 48). Ziel dieses psychodynamischen Therapieansatzes ist es, die aus dem traumatischen Ereignis resultierenden intrapsychischen Konflikte zu lösen, wobei dem Psychotherapeuten hinsichtlich der Aktivierung des Verarbeitungsprozesses eine aktive Rolle zukommt (Brom et al., 1989). Weitere traumaadaptierte psychodynamische Ansätze, die die psychodynamische Beziehungsorientierung mit der Anwendung imaginativer Verfahren kombinieren, wie zum Beispiel die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT, Reddemann, 2004) oder die Traumazentrierte Psychotherapie (Sachsse, 2004) beinhalten ebenfalls einen entsprechenden Rahmen, der es erlaubt, die EMDR-Behandlung in der traumabearbeitenden Phase zu integrieren.

Die Kompatibilität der EMDR-Behandlung mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz ist ebenfalls gegeben. So wird ein zentraler Teil der Effektivität der EMDR-Behandlung auf die Expositionskomponente des Behandlungsansatzes analog den Expositionsbehandlungen in der Verhaltenstherapie zurückgeführt, bei der die wiederholte Konfrontation mit der Erinnerung an das traumatische Ereignis zur Habituation führt. Weiteres gemeinsames Merkmal sind die kognitiven Umstrukturierungen, die ergänzend zur Konfrontation in sensu durchgeführt werden und bei denen in der EMDR-Behandlung u. a. negative durch positive Gedanken ausgetauscht werden (Frommberger & Sack, 2008, S. 360).

## **Fragen zur medizinischen Notwendigkeit**

- 9. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der EMDR im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankung?**

### **Bitte machen Sie insb. Angaben**

a) zur Relevanz der medizinischen Problematik

Für Deutschland gibt es bislang keine umfassende Datenlage zur Prävalenz der PTSD im Erwachsenenalter. Studien aus den USA berichten eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 Prozent (Kessler et al., 2005). Eine deutsche epidemiologische Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand eine Prävalenzrate von 0,8 Prozent bei Männern und 2,2 Prozent bei Frauen (Perkonigg et al., 2000). Die Posttraumatische Belastungsstörung tritt dabei gehäuft komorbid zu anderen psychischen Störungen auf, die sowohl als primäre Erkrankung bereits vor der PTBS entstanden sind als auch sekundär infolge der PTBS auftreten. Das Ausmaß der Symptombelastung und der Beeinträchtigung wird dabei bei über einem Drittel der Patienten mit der Diagnose einer PTBS als besonders schwerwiegend eingestuft (Kessler et al., 2005).

b) zum Spontanverlauf der Erkrankung

Die Längsschnitterhebung dieser Studie konnte dabei für einen Dreijahreszeitraum eine erhebliche Chronizität der Erkrankung nachweisen. Knapp die Hälfte der Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllte auch drei Jahre nach der ersten Erhebung unverändert die vollständigen diagnostischen Kriterien der PTBS (Perkonigg et al., 2005). Chronische Verläufe der PTBS sind dabei mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung weiterer sekundärer psychischer Erkrankungen assoziiert.

c) und zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen

Als therapeutische Alternativen stehen die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie als Bestandteil des Richtlinienverfahrens Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologische Psychotherapie mit ihren genuinen psychotraumatologischen Behandlungsansätzen und die analytische Psychotherapie zur Verfügung. Zu letzteren beiden Psychotherapieverfahren existieren bislang nur wenige kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Behandlungsansätze.

Darüber hinaus stehen als Behandlungsalternative in der Versorgung psychopharmakologische Therapien zur Verfügung. Am besten untersucht ist hierbei die Substanzklasse der SSRI (Stein et al., 2006). Allerdings sind die Effektstärken in den Studien klein und die Evidenz für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie wird als unzureichend eingeschätzt, so dass diese nicht als Therapie der ersten Wahl empfohlen werden kann (Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2008).

## **Fragen zur Wirtschaftlichkeit**

### **10. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der EMDR im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Methoden und Verfahren?**

Zwar sehen eine Reihe von Studiendesigns zur Untersuchung der Wirksamkeit der EMDR-Behandlung, auch im Vergleich zu den durchschnittlichen Behandlungsdauern der Richtlinienpsychotherapie, relativ wenige Behandlungsstunden vor, sodass die EMDR-Behandlung ohne Berücksichtigung weiterer Kostenaspekte mit relativ geringen direkten Behandlungskosten verbunden ist. Allerdings gilt dies in den komparativen Studien auch für die Vergleichsinterventionen der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie und der Stressmanagementtherapie, deren Umfänge häufig nur darauf ausgerichtet sind, im Rahmen der Studie einen Therapieeffekt nachweisen zu können, ohne zugleich eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete suffiziente Therapie anzubieten. Für eine eigentliche Kosten-Nutzen-Bewertung der EMDR-Behandlung liegen nach unserer Kenntnis bislang keine aussagekräftigen Studien vor.

## Ergänzungen

### **11. Stehen psychometrische Messinstrumente zur störungsspezifischen Diagnostik zur Verfügung und wenn ja, welche sind das? Bitte benennen Sie diese und machen Sie Angaben zur Validität, Reliabilität und Objektivität dieser Instrumente.**

Es liegen eine Reihe deutschsprachiger Instrumente vor, die sich für die störungsspezifische Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung eignen. Idealerweise sollte die Diagnosestellung auf der Grundlage strukturierter diagnostischer Interviews erfolgen, die über entsprechende Module für die Diagnostik der PTBS oder spezifisch für die PTBS entwickelt wurden. Zu nennen sind hier:

- das PTBS-Modul des Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID-PTBS), für welches nach Angaben der S3-Leitlinie „PTBS“ eine hohe Übereinstimmung mit den Diagnosen erfahrener Kliniker (Kappa-Koeffizient von .93) berechnet wurde. Bei einer Sensitivität von 81,2 Prozent besteht zugleich ein gewisses Risiko, dass PTBS-Diagnosen übersehen werden.
- die Clinician Administered PTBS Scale (CAPS), ein strukturiertes Interview zur Messung der Häufigkeit und Intensität der 17 Symptome der PTBS nach DSM-IV. Sensitivität und Spezifität der CAPS werden gemäß der testpsychologischen Konventionen als gut eingestuft.
- das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS von Schneider und Margraf, 2006), das ebenfalls an den 17 Symptomen der PTBS nach DSM-IV ausgerichtet ist,
- das DIA-X-Interview von Wittchen & Pfister, 1997, das als Weiterentwicklung des CIDI zur klassifikatorischen Diagnostik gilt.

Darüber hinaus existieren eine Reihe von gut untersuchten Selbsteinschätzungsskalen, die die Diagnostik der PTBS unterstützen und für eine Wirkungsprüfung im Behandlungsverlauf herangezogen werden können. Hierbei sind insbesondere zu nennen:

- Impact of Event Scale (IES) von Horowitz et al. (1979) und IES-R von Weiss & Marmar (1996)

- Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) von Foa et al. (1995)
- PTBS Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR) von Foa et al. (1993)
- Posttraumatic Stress Scale (PTSS-10) von Holen et al. (1983)

## **12. Welche Ausbildung/Weiterbildung sollte der Therapeut haben?**

Der die EMDR-Methode anwendende Psychotherapeut sollte über eine im Rahmen seiner Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. seiner Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erworbene Fachkunde in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie verfügen. Eine berufsrechtlich geregelte spezifische Aus- oder Weiterbildung in EMDR existiert in Deutschland nicht und wäre vor dem Hintergrund der vielfach bestehenden Integration der EMDR in die oben genannten Aus- und Weiterbildungscurricula auch kaum zu rechtfertigen. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass die EMDR-Behandlung im Verlauf ihrer Weiterentwicklung um traumaspezifische psychotherapeutische Techniken und Behandlungsstrategien ergänzt wurde, die wesentlich den bestehenden Richtlinienverfahren entlehnt bzw. im Kontext der allgemeinen störungsspezifischen Psychotherapieforschung entwickelt wurden.

Daher wäre als Qualifikationsvoraussetzung für die behandelnden Psychotherapeuten eher eine umfassende psychotraumatologische Kompetenz zu fordern, die u. a. auch Kenntnisse der EMDR-Behandlung einschließt. Vor dem Hintergrund der bei allen Psychotherapeuten bereits bestehenden psychotraumatologischen Kenntnisse und Kompetenzen sollte dieser Qualifikationsnachweis, wenn er als Voraussetzung für die Abrechnungsgenehmigung für EMDR im Rahmen einer Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gefordert werden soll, als curriculare Fortbildung definiert werden.

**13. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?**

Nein.

**Fragen zu möglichen Interessenkonflikten**

**14. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z. B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.**

Die Bundespsychotherapeutenkammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern, in der alle Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Deutschlands Pflichtmitglied sind. Es bestehen keine Interessenkonflikte der Institution, die den Beratungsgegenstand berühren.

## Literatur

- Bisson J. & Andrew M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Brom D., Kleber R. J. & Defares P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol*, 57(5), 607-612.
- Carlson J. G., Chemtob C. M., Rusnak K., Hedlund N. L. & Muraoka M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 11(1), 3-24.
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Edmond T. & Rubin A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *J Child Sex Abus*, 13(1), 69-86.
- EMDRIA (2005). Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud C., Lampe A., Liebermann P. et al. (2011). S-3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F43.1. Verfügbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-010I\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung.pdf)
- Frommberger U. & Sack M. (2008). Psychotherapie bei PTSD oder dissoziativer Störung. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (1. ed.). München: Elsevier.
- Hogberg G., Pagani M., Sundin O., Soares J., Aberg-Wistedt A., Tarnell B. et al. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Res*, 159(1-2), 101-108.
- Horowitz M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New Tibrk: Aronson.
- Ironson G., Freund B., Strauss J. L. & Williams J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychol*, 58(1), 113-128.
- Jensen J. A. An investigation of eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for posttraumatic stress disorder symptoms of vietnam combat veterans. *Behavior Therapy* 1994; 25:311-325.
- Kaplan R. & Manicavasagar V. (1998). Adverse effect of EMDR: a case report. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32: 731-732.

- Karatzias T., Power K., Brown K., McGoldrick T., Begum M., Young J. et al. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. *J Nerv Ment Dis*, 199(6), 372-378.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O. & Walters E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Lee C., Gavriel H., Drummond P., Richards J. & Greenwald R. (2002). Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol*, 58(9), 1071-1089.
- Mendes D. D., Mello M. F., Ventura P., Passarela Cde. M. & Mari Jde J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Int J Psychiatry Med*, 38(3), 241-259.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). Posttraumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. Verfügbar unter: [www.NICE.org.uk/NICEmedia/pdf/CG026fullguideline.pdf](http://www.NICE.org.uk/NICEmedia/pdf/CG026fullguideline.pdf)
- Perkonig A., Kessler R. C., Storz S. & Wittchen H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Perkonig A., Pfister H., Stein M. B., Hofler M., Lieb R., Maercker A. et al. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry*, 162(7), 1320-1327.
- Power K., McGoldrick Th., 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 posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Reddemann L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). Das Manual*. 6. Auflage. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rothbaum B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(3), 317-334.
- Rothbaum B. O., Astin M. C. & Marsteller F. (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*, 18(6), 607-616.
- Sachsse U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schubert S. & Lee C. (2009). Adult PTSD and its Treatment with EMDR: A Review of Controversies, Evidence, and Theoretical Knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 3 (3), 117-132.
- Shapiro F. (1998). *EMDR - Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.

- Stein D. J., Ipser J. C. & Seedat. S (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTBS). *Cochrane Systematic Reviews*, Issue 4.
- 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. *J Consult Clin Psychol*, 71(2), 330-338.
- Vaughan K., Armstrong M. S., Gold R. et al (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(37), A 2417-2419.