

EMDR-Therapie bei psychischen Erkrankungen

Evidenz nicht nur bei posttraumatischer Belastungsstörung

Markus Backmund

Das Eye Movement Desensitization and Reprocessing oder „Desensibilisierung und Neuverarbeitung durch Augenbewegung“ hat sich als Therapie bei PTBS bewährt. Wird sie sich künftig auch für andere psychische Erkrankungen wie Depression eignen? Eine Übersicht zur Methode und zum aktuellen Stand der Forschung.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist als psychotherapeutische Technik eingebunden in tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Deutschland und für die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zugelassen. EMDR ist jedoch mehr als nur eine Technik der bilateralen Stimulation. Vielmehr beinhaltet EMDR verschiedene Interaktionen je nach Schwere und Komplexität der Belastungsstörung und stützt sich auf ein Krankheits- und Veränderungsmodell, das sogenannte AIP-Modell (adaptive information processing model). Die Forschung der letzten Jahre zeigte, dass EMDR nicht nur bei der PTBS, sondern auch bei anderen psychischen Symptomen und Erkrankungen zu deutlichen Verbesserungen führte.

Entdeckung und Erklärung der EMDR-Therapie

EMDR kann ins Deutsche mit „Desensibilisierung und Neuverarbeitung durch Augenbewegung“ übersetzt werden. Im Jahr 1987 entdeckte die US-amerikanische Psychologin und Forscherin Francine Shapiro zufällig an sich selbst die Effekte bilateraler Stimulation durch schnelle horizontale Augenbewegungen auf eine aktuelle Belastung und entwickelte dies zu einem umfassenden Modell der Informationsverarbeitung. Daraus ging wiederum ein Standardprotokoll hervor, das aus acht Phasen besteht und heute als EMDR-Therapie bekannt ist [1, 2]. Bereits im Jahr 1994 entwickelte sie die Technik weiter [3].

Shapiro ging in ihrem Modell davon aus, dass sogenannte Netzwerke in beiden Hemisphären existieren, um eintreffende



Gezielte Augenbewegungen können bei der Verarbeitung von Traumata helfen. Diese Methode der Desensibilisierung und Neuverarbeitung durch Augenbewegung (EMDR) scheint auch bei anderen psychischen Erkrankungen vielversprechend.

Informationen zu speichern und zu verarbeiten. Die Interaktion zwischen beiden Hemisphären soll zur Entstehung und Verarbeitung belastungsinduzierter psychischer Reaktionen beitragen. Besondere Begebenheiten, an die wir uns aktiv erinnern können, werden adaptiv gespeicherte Erinnerungen genannt. Erlebnisse wie Traumata oder extremer Stress können das Informationsverarbeitungssystem stören. Können hierbei Erlebnisse nicht oder nur unzureichend verarbeitet werden, entstehen maladaptiv gespeicherte Erinnerungen. Diese können durch bestimmte Trigger aktiviert werden und die betroffene Person Situationen so erleben, als ob sie gerade geschehen würden. Maladaptiv gespeicherte Erinnerungen beinhalten Assoziationen mit Gefühlen, Körperempfindungen, Affekten, Geräuschen, unbewusst Gesehenes, Gedanken und Verhalten. Alles zusammen bildet den „Knoten“, der zum Beispiel nach einem traumatischen Ereignis nach etwa sechs Monaten ausgebildet ist. Diese pathogenen Erinnerungen können in Shapiros Modell durch die Desensibilisierung und Neuverarbeitung nachbearbeitet und reprozessiert werden [4]. Das bedeutet, dass mithilfe der Netzwerke in den Hemisphären Lernprozesse und damit verbundene negative Gefühle aufgelöst werden können, sodass ein erneuter Abruf der Erinnerungen ohne belastende Empfindungen stattfinden kann. Shapiro bezeichnet dieses Konzept der Verarbeitung von Informationen als Modell adaptiver Informationsverarbeitung, kurz AIP-Modell. Die belastenden Erinnerungen – alles im Zusammenhang mit einer maladaptiven Erinnerung stehende Erlebte – werden neutralisiert und adaptiv gespeichert. Nach dem deutschen Psychiater Michael Hase werden diese Erinnerungen, ihre Auslöser sowie die gegenwärtigen vermeidenden Verhaltensweisen, die mit diesen Erinnerungen zusammenhängen, in der EMDR-Therapie berücksichtigt [5].

In der medizinischen Datenbank Public Medicine (PubMed) wurde erstmals 1993 über die EMDR-Therapie berichtet [6]. Bis heute wurden 1.141 Arbeiten über EMDR in PubMed publiziert – Tendenz steigend. Bis 2006 wurden jährlich 5–19 Arbeiten veröffentlicht, seit 2007 mehr als 20 und in den letzten fünf Jahren mehr als 100. Zahlreiche Studien, darunter auch Metaanalysen, führten dazu, dass EMDR im Jahr 2013 bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit PTBS als Psychotherapie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt worden ist [7]. In Deutschland wird EMDR seit Januar 2015 als Methode, eingebettet in tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie, von den Krankenkassen anerkannt und erstattet.

Ablauf der EMDR-Therapie

Die EMDR-Therapie gliedert sich in acht Phasen, die zyklisch durchlaufen werden (Tab. 1).

— In Phase 1 wird die Anamnese erhoben und eine Traumalandskarte erarbeitet (Abb. 1). Auf der x-Achse wird die Lebenszeit in Jahren abgebildet, positive und traumatische Erlebnisse werden beide entlang dieser Achse eingezeichnet und kurz benannt. Die y-Achse gibt die Schwere der Belastung wieder: 0 bedeutet keine Belastung, 10 bedeutet die maximal vorstellbare Belastung, angegeben als subjective unit of disturbance (SUD). Mehrere Erlebnisse bilden meist Cluster, Traumanetze und Bindungsnetzwerke.

Tab. 1: Die acht Phasen der Desensibilisierung und Neuverarbeitung durch Augenbewegung (EMDR)

Phase 1	Anamnese
Phase 2	Vorbereitung und Stabilisierung
Phase 3	Bewertung
Phase 4	Desensibilisierung/Neuverarbeitung
Phase 5	Verankerung
Phase 6	Körpertest
Phase 7	Abschluss
Phase 8 (nächste Sitzung)	Überprüfung

- In Phase 2 wird die bilaterale Stimulation vorbereitet. Das heißt, dem Patienten oder der Patientin wird der Ablauf erklärt, es werden Sitzpositionen ausprobiert und vor allem wird Vertrauen aufgebaut. So kann die Veränderung nach dem Reprozessieren erkannt werden.
- In der Phase 3 wird die Erinnerung bewertet und der Zugang zum Knoten gefunden: Es wird ein Satz in Ich-Form gesucht, der eine Überzeugung darstellt, zum Beispiel „Ich sterbe jetzt“. Dies ist die negative Kognition. Dazu wird die positive Kognition gestellt, zum Beispiel „Es ist vorbei“ oder „Ich habe überlebt“. Dann wird die Validität der positiven Kognition ermittelt. Der Patient oder die Patientin wird gefragt, wie stimmig sich dieser Satz zusammen mit der Erinnerung auf einer Skala von 1–7 anfühlt. Dabei bedeutet 1 „völlig falsch“ und 7 „völlig stimmig“. Es wird dann nach den Gefühlen und der subjektiven Belastung gefragt, wobei 0 keine Belastung und 10 die maximal vorstellbare Belastung darstellt (SUD, Abb. 1).
- In der Phase 4 wird bilateral durch Augenbewegungen, alternativ akustisch oder taktil, stimuliert. Es wird aufgefordert, sich den schlimmsten Moment des Ereignisses vorzustellen. Wenn ein Kontakt mit der Erinnerung vorhanden ist, wird bilateral stimuliert. Nach jeder Stimulation wird der oder die Behandelte angeleitet, tief zu atmen und kurz Gefühle, Körperempfindungen oder Gedanken zu schildern [2].
- In der Phase 5 wird „verankert“, wenn die Erinnerung nicht mehr belastend ist (SUD niedrig oder 0). Dies bedeutet, dass die positive Kognition, die in der Phase 3 gefunden wurde mit der ursprünglichen Erinnerung verknüpft wird. Beispielsweise wird gefragt, wie stimmig die positive Kognition „Ich habe überlebt“ auf einer Skala von 1–7 ist. Das Ergebnis (z. B. 7, „völlig stimmig“), wird durch die bilaterale Stimulation verankert.
- In der Phase 6 wird durch den Körpertest überprüft, ob noch Missempfindungen zu spüren sind. Der Patient oder die Patientin wird gebeten, die Augen zu schließen und sich auf die Reste des Ausgangsereignisses und die positive Kognition zu konzentrieren und dabei innerlich von Kopf bis Fuß durch den Körper zu gehen.

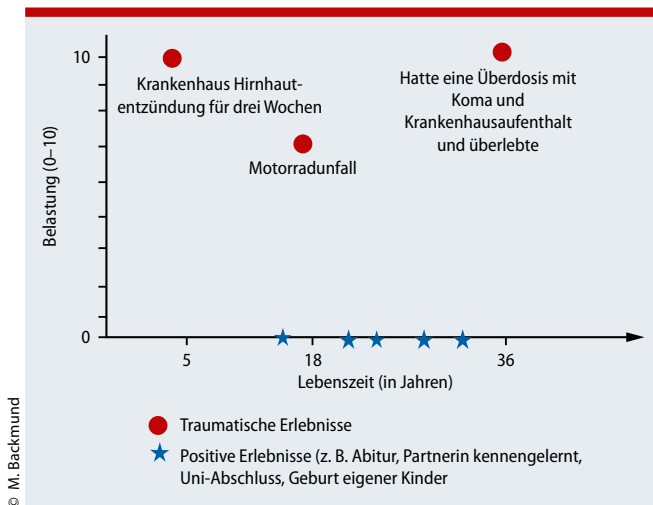


Abb. 1: Fiktive Traumalandkarte. Auf der x-Achse sind die Lebenszeit und Erlebnisse, die y-Achse zeigt die Schwere der Traumata.

- Phase 7 schließt die Sitzung ab. Es wird darauf hingewiesen, dass der in Gang gesetzte Prozess weiterlaufen wird.
- Nach der Sitzung ist es nicht zu Ende, vielmehr wird die Erinnerung weiterverarbeitet. Das Ergebnis wird in der nächsten Sitzung, in der Phase 8, eruiert. In der nächsten Sitzung wird überprüft, ob noch eine Belastung durch die Erinnerung besteht oder nicht.

Warum könnte EMDR-Therapie bei psychiatrischen Erkrankungen sinnvoll sein?

Hase schlug im Jahr 2022 eine Erklärung vor, wieso die EMDR-Therapie wirksam ist [7]. Demnach könne eine belastende Erfahrung unter bestimmten Umständen nicht von allein verarbeitet werden und bliebe mit all ihren körperlichen und geistigen Ursprüngen und Assoziationen im Gehirn gespeichert. In der Nachverarbeitungssitzung der EMDR-Therapie würde das Informationsverarbeitungssystem so stimuliert werden, dass die Erinnerung nachträglich verarbeitet werden würde. Dieser Prozess sei der natürlichen Verarbeitung im Schlaf ähnlich, nur seien die Behandelten bei der Sitzung immer wach und hätten die volle Kontrolle über den Prozess. Die Augenbewegungen unterstützen nach Hase die Verarbeitung. Zudem könnten auch positive Erinnerungen mittels Augenbewegungen gestärkt werden.

Bereits Freud stellte im Jahr 1896 den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauchs in der frühen Kindheit und psychischen Störungen her [8]. Er stellte die Hypothese auf und bestätigte sie durch seiner Zeit reproduzierbare analytische Arbeiten, dass auch Jahrzehnte nach dem Erleben sexuellen Missbrauchs in der frühen Jugend psychische Erkrankungen ausgelöst werden. Damit wurde laut Freud eine wichtige Erklärung der Psychopathologie gefunden [8]. Er hat damit ein Kausalgesetz für psychiatrische Erkrankungen formuliert, das in zahlreichen Studien belegt wurde.

Verschiedene Fachleute beschäftigten sich mit dem Zusammenhang früher traumatischer Erfahrungen und psychischer Erkrankungen in späteren Verlauf. Der österreichisch-ameri-

kanische Psychoanalytiker René Spitz vermutete diesen Zusammenhang im Jahr 1965. Aufgrund seiner Studien ging er von psychotoxischen Erkrankungen (qualitativ) und affektiven Mangelkrankungen (quantitativ) des Säuglings aus: Traumatisierungen in der Kindheit führten demnach häufiger zu psychiatrischen Erkrankungen. Eine vollständige Genesung sei zu bezweifeln. Die Traumata würden Narben hinterlassen, die Jahre später sichtbar werden würden – für diese Theorie fehlten ihm allerdings schlüssige Beweise [9]. Die deutsche Soziologin und Psychoanalytikerin Christa Rhode-Dachser führte im Jahr 1991 aus, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) fast alle massive Traumata erlitten haben [10]. Auch der schweizer Psychiater und Psychoanalytiker Léon Wurmser veröffentlichte Arbeiten dazu. Er schrieb im Jahr 1997, dass die Ursache von Heroinsucht ein überwältigendes Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit sei, das durch eine reale schwerwiegende Traumatisierung hervorgerufen wurde, die sehr früh im Leben stattgefunden hätte [11]. Der österreichisch-amerikanische Psychiater und Psychoanalytiker Otto Kernberg war überzeugt, dass die Wurzeln von Persönlichkeitsstörungen Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sind [12]. Unabhängig von der entwicklungspsychologischen Entstehung in der Kindheit, erleiden Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter schwer traumatisierende Erlebnisse, die zur PTBS führen können.

In den letzten 20 Jahren wurden diese Überlegungen und Erfahrungen der Psychoanalyse durch zahlreiche Studien bestätigt: Metaanalysen belegen den Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und späteren psychiatrischen Erkrankungen [13, 14], insbesondere für Depressionen im Erwachsenenalter [15, 16], Angsterkrankungen [16], bipolare Störungen [17], Psychosen [18], Suizidalität [19], Selbstverletzungen [20], BPS [21], Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) [22], Verhaltensstörungen [23], Adipositas [24] und Abhängigkeitserkrankungen [25].

Neurobiologische Studien lieferten erste Hinweise, dass es durch Kindesmisshandlungen, aber auch nach therapeutischen Interventionen zu Veränderungen wie DNS-Methylierungen, also einer veränderten Regulierung der Genexpression, kommt [26, 27, 28, 29, 30]. So konnte aktuell in einer prospektiven Assoziationsstudie gezeigt werden, dass sich nach einer Psychotherapie, insbesondere nach EMDR, Veränderungen in der DNS-Methylierung finden ließen. 30 therapieresistente depressive Patientinnen und Patienten mit frühkindlichen Stresserfahrungen wurden acht Wochen lang behandelt. Zwölf Personen erhielten randomisiert eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (KVT), 18 Personen wurden mit EMDR behandelt und vier Wochen nach der Behandlung (Woche 12) in einem Follow-up untersucht. Dazu wurden Blutproben der Probandinnen und Probanden gesammelt, um eine Analyse des Epigenoms durchzuführen [31]. Relevante Änderungen der Methylierung wurden bei Genen gemessen, die eine Rolle bei entzündlichen Prozessen und psychischen Erkrankungen spielen. Besonders auffällig waren dabei die signifikanten epigenetischen Veränderungen nach EMDR. Hervorzuheben waren Gene, die wichtig für die

Tumornekrosefaktor(TNF)-Signalkaskade sind und eine wichtige Rolle für das Immunsystem spielen:

- Lymphotoxin- α (auch TNF- β genannt) ist möglicherweise bedeutend für ein erhöhtes Risiko für Schizophrenie.
- Wachstumsfaktorunabhängiger Transkriptionsinhibitor 1 ist möglicherweise bedeutend für ADHS.
- AT-reiches Protein 5B mit interaktiver Domäne ist möglicherweise bedeutend für ein erhöhtes Risiko für Schizophrenie.
- TNF-Rezeptor Superfamilie 13 ist möglicherweise bedeutend für ein erhöhtes Risiko für Schizophrenie.
- Leukozytenspezifisches Transkript 1 spielt eine Rolle für das Immunsystem und ist assoziiert mit einer Major Depression.
- Kalziumbindendes Protein A8 – möglicherweise bedeutend für entzündliche Prozesse und bipolare Erkrankungen.

Es ist festzuhalten, dass das erste Hinweise auf einen Effekt der EMDR-Therapie auf das Epigenom sind, jedoch keine klinische Relevanz haben. Laut Autorinnen und Autoren bietet die Studie erste Einblicke, welche Effekte eine traumafokussierte Psychotherapie wie EMDR auf die globale DNS-Methylierung haben könnte [31].

Wirksamkeit der EMDR-Therapie bei PTBS

Mittlerweile wurde die von Francine Shapiro gefundene Wirksamkeit von EMDR bei PTBS in mehreren Metaanalysen bestätigt [5, 32, 33, 34]. Bereits 2013 empfahl die WHO EMDR als Therapie erster Wahl bei PTBS. Auch bei wiederholter Traumatisierung beziehungsweise Mehrfachtraumatisierung ist EMDR signifikant wirksam [35]. Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse, in der EMDR mit anderen Psychotherapien zur Behandlung der PTBS verglichen wurde, fand keinen signifikanten Unterschied in der Symptomreduktion und der Remissionsrate [36]. Andere Therapien umfassten unter anderem Entspannungsmethoden und traumafokussierte KVT.

Wirksamkeit der EMDR-Therapie bei psychischen Erkrankungen

Basierend auf den aufgeführten Erklärungsmodellen psychischer Erkrankungen und neurobiologischer Daten ist es sinnvoll, nicht nur Patientinnen und Patienten mit PTBS mit EMDR zu behandeln, sondern die Wirksamkeit dieser Therapie auch bei Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen mit oder ohne PTBS zu untersuchen. In den ersten Studien zur PTBS und einer weiteren psychiatrischen Erkrankung konnte gezeigt werden, dass nicht nur die PTBS-Symptomatik, sondern auch die Symptome der weiteren Erkrankung durch die EMDR-Therapie verbessert werden konnten. Im Folgenden wird aufgeführt, welche Evidenzen es dafür gibt, dass EMDR bei anderen psychischen Erkrankungen wirksam ist.

EMDR-Therapie bei Depressionen

EMDR verbessert bei Menschen mit PTBS und Depressionen nicht nur die PTBS-Symptome, sondern auch die depressiven Symptome. Diese Erfahrungen veranlassten EMDR-Therapeutinnen und -Therapeuten in ganz Europa, das Forschungs-

projekt EDEN (European Depression EMDR Network) zu gründen. Dazu wurde ein Depressionsprotokoll entworfen [37]. In einer randomisierten-kontrollierten, prospektiven Nichtunterlegenheitsstudie wurde EMDR im Vergleich zur KVT-Intervention bei depressiven Menschen untersucht. 82 Teilnehmende, die antidepressive Medikation erhielten, wurden entweder mit EMDR behandelt ($n = 40$) oder KVT ($n = 42$). Nach sechs Monaten wurde bei 66 Personen die Remissionsrate depressiver Symptome anhand des Beck-Depressions-Inventars II (BDI-II) ermittelt. 31 Datensätze stammten aus der EMDR-Gruppe, 35 aus der KVT-Gruppe. Die Symptome besserten sich signifikant in beiden Gruppen. 71 % der EMDR-Gruppe hatten unmittelbar nach der Behandlung einen BDI-II < 13 versus 48,7 % in der KVT-Gruppe. Auch sechs Monate nach Beendigung der Therapie blieben die Symptome verbessert: 54,8 % in der EMDR-Gruppe hatten einen BDI-II < 13 versus 42,9 % in der KVT-Gruppe [38].

Eine weitere Studie zeigte anhand von 32 mild bis moderat Erkrankten eine Verbesserung der depressiven Symptome in der Gruppe, die zusätzlich zu einer Standard-Depressionstherapie mit EMDR behandelt wurden ($n = 16$) gegenüber der Kontrollgruppe, die nur die übliche Depressionstherapie erhielt ($n = 16$). In der EMDR-Gruppe erzielten 11 von 16 (68 %) eine vollständige Remission (BDI ≤ 12). Wurde die globale Krankheitslast und die Symptomlast gemessen, blieb diese Verbesserung in einem einfachen Vergleich (simple contrast) auch ein Jahr nach der Beendigung der Therapie weiter bestehen und war signifikant besser als in der Kontrollgruppe [39]. In einer weiteren Metaanalyse, in der PTBS, Depression und Angst mit EMDR oder KVT behandelt wurden, fand man heraus, dass EMDR die Symptome bei Depression (95%-Konfidenzintervall [KI] -2.43 ; $p = 0.001$) und Angst (95%-KI -3.99 ; $p < 0.001$) besser lindern konnte als KVT. Bei der Reduzierung von PTBS-Symptomen fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen EMDR und KVT. Die Effekte für Depression, Angst und PTBS waren nach drei und sechs Monaten nicht mehr signifikant [40].

EMDR-Therapie bei Angststörungen

In der Übersichtsarbeit von Valiente-Gómez et al. [5] wurden sechs randomisierte Studien mit EMDR und Angsterkrankung aufgeführt. Vier Studien zeigten signifikante Verbesserungen durch die EMDR-Therapie. Eine Studie über Panikstörung und Agoraphobie fand keine Verbesserung der Symptomatik, in einer weiteren Studie konnte durch EMDR keine Verbesserung des Selbstwertgefühls erreicht werden. Eine Metaanalyse über 17 randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt 647 Patientinnen und Patienten zeigte eine signifikante Symptomverbesserung durch EMDR bei Ängsten, Panik, Phobien und Verhaltens- und somatischen Symptomen, nicht jedoch für traumatische Gefühle [41].

EMDR-Therapie bei bipolaren Erkrankungen

Sowohl hypomane als auch depressive Symptome konnten durch EMDR in einer prospektiven, randomisierten Studie bei Menschen mit bipolarer Störung deutlich verbessert werden [42]. An der Studie nahmen 77 Patientinnen und Patien-

ten teil, die eine bipolare Störung und bestehende traumaassoziierte Symptome hatten. Teilnehmende erhielten randomisiert entweder 20 Sitzungen einer traumafokussierten EMDR oder eine supportive Psychotherapie. Der primäre Endpunkt waren Rezidivraten über 24 Monate. Der sekundäre Endpunkt waren Verbesserungen affektiver und traumatischer Symptome, Alltagsfunktion und kognitive Einschränkungen, die zu Beginn der Studie, nach der Behandlung sowie zwölf und 24 Monate später ermittelt wurden.

Zwischen den Therapien gab es keinen signifikanten Unterschied bei den Rückfallraten. Diese waren unabhängig davon, ob die Teilnehmenden ins Krankenhaus mussten oder nicht. Allerdings war EMDR bei der zwölfmonatigen Nachuntersuchung signifikant besser als die supportive Therapie, insbesondere bei der Verringerung von Depressionen ($p = 0,0006$; Cohen's d zur Ermittlung des Unterschieds ($d = 0,969$), manischen Symptomen ($p = 0,027$; $d = 0,513$) und bei der Verbesserung der allgemeinen Funktionalität der Patientinnen und Patienten ($p = 0,038$; $d = 0,486$).

EMDR-Therapie bei Psychosen

Menschen, die an einer Psychose und unter einer PTBS leiden, profitieren zumindest hinsichtlich der PTBS von der EMDR-Therapie [43]. In einer randomisierten, einfach verblindeten klinischen Studie erhielten die Teilnehmenden über acht Wochen 90-minütige EMDR-Sitzungen ($n = 55$), eine prolongierte Expositionstherapie (PE, $n = 53$) oder wurden auf eine Warteliste bei ambulanten psychiatrischen Diensten gesetzt (WL, $n = 47$). Primärer Endpunkt waren die Schwere der PTBS-Symptome, die PTBS-Diagnose und die vollständige Remission, gemessen anhand der Clinician-Administered PTSD-Scale (CAPS). Teilnehmende in der PE-Gruppe (56,6%; Odds Ratio [OR] 3,41; $p = 0,006$) oder in der EMDR-Gruppe (60,0%; OR 3,92; $p < 0,001$) hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, während der Behandlung keine PTBS-Diagnose mehr zu erhalten als diejenigen in der WL-Gruppe (27,7%). Teilnehmende in der PE-Gruppe (28,3%; OR 5,79; $p = 0,01$), jedoch nicht diejenigen in der EMDR-Gruppe (16,4%; OR 2,87; $p = 0,10$), hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine vollständige Remission zu erreichen, als diejenigen in der WL-Gruppe (6,4%). Die positiven Effekte der Therapien blieben auch sechs Monate nach der Behandlung bestehen.

Eine weitere Studie zeigte einen signifikanten Rückgang der paranoiden Symptomatik durch EMDR [44]. In der einfach verblindeten, randomisiert-kontrollierten Studie wurden 155 ambulant wegen Psychosen behandelte Patientinnen und Patienten (61,3% Schizophrenie, 29% schizoaffektive Störung) zufällig einer von drei Gruppen zugeteilt: acht Sitzungen mit PE ($n = 53$) oder EMDR ($n = 55$) oder einer WL-Gruppe ($n = 47$) zur Behandlung ihrer komorbiden PTBS. Gemessen wurde der Schweregrad von Wahnvorstellungen (psychotic symptom rating scales – delusions rating scale, PSYRATS-DRS), paranoide Gedanken (Green et al. paranoid thoughts scale, GPTS), auditive verbale Halluzinationen (psychotic symptom rating scales – auditory hallucinations rating scale, PSYRATS-AHRS) und Remission der psychotischen Störung (structured clinical interview for self-report positive and negative syndrome sca-

le, SCI-SR-PANSS), außerdem Depression (BDI-II) und die soziale Funktionsfähigkeit. Die Ergebnisse wurden zu Beginn, nach der Behandlung, beim sechsmonatigen Follow-up und über alle Zeitpunkte hinweg verglichen. Sowohl PE als auch EMDR waren signifikant mit einer Reduktion von paranoiden Gedanken nach der Behandlung und nach sechs Monaten verbunden. Mehr Patientinnen und Patienten erreichten nach der Behandlung (PE und EMDR) und sechs Monate später (PE) eine Remission der Schizophrenie. Zudem war PE signifikant mit einer stärkeren Reduktion von Depressionen nach der Behandlung und beim sechsmonatigen Follow-up verbunden. Auditive verbale Halluzinationen und die soziale Funktionsfähigkeit blieben unverändert.

EMDR-Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Eine Metaanalyse über 14 Studien bei Menschen mit BPS und PTBS zeigte eine Verbesserung der Symptome beider Störungen [45]. Auch hier wurde die EMDR-Therapie mit KVT, Standardtherapien oder Wartelisten verglichen. So konnte festgestellt werden, dass EMDR die Symptome von PTBS, Depression, Angst und subjektivem Stress signifikant reduzierte, mit Effektstärken von 0,64 bis 0,96 [46]. In einer weiteren Studie wurden die Diagnosekriterien untersucht. Analog zur oben genannten Metaanalyse wurde festgestellt, dass ein Jahr nach Beendigung der EMDR-Therapie bei Personen mit BPS und PTBS die Symptome beider Störungen zurückgingen und die BPS noch diagnostiziert werden konnte, die PTBS jedoch nicht mehr [47].

EMDR-Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen sind fast immer sekundäre Erkrankungen. Zugrunde liegen traumatische Erlebnisse in der Kindheit und oder andere psychiatrische Erkrankungen. Dass Suchtmittelkonsum der Versuch ist, sich selbst zu helfen, wird allein durch die Tatsache deutlich, dass 58% der Heroinabhängigen Suizidgedanken hatten, bevor sie erstmals Heroin konsumierten [48]. Der armenisch-amerikanische Professor für Psychiatrie an der Harvard Medical School Khantzian, USA, beobachtete im Jahr 1973 bei seinen suchtkranken Patientinnen und Patienten die vielen durchlebten Gewalterfahrungen, die Unfälle und erlittenen physischen Traumata, die bei vielen bis in die Kindheit zurückreichten. Auch war er überrascht über die Berichte körperlicher Züchtigungen durch die Eltern der Betroffenen [49]. In seinem Artikel über die Selbstmedikationshypothese nimmt er speziell Bezug auf PTBS und Suchtmittelabhängigkeit [50].

Francine Shapiro beschäftigte sich bereits in einem ihrer ersten Artikel über EMDR mit Suchtkranken und die Möglichkeit der EMDR-Therapie [51]. Michael Hase entwickelte das Suchtprotokoll CravEx zur Verminderung des Cravings („Gelüsten“). In einer Vergleichsstudie bei Suchtkranken mit PTBS erhielt eine Gruppe die übliche Therapie, die andere die übliche Therapie und EMDR. Beide Gruppen zeigten eine Verbesserung der PTBS-Symptomatik. In der EMDR-Gruppe verbesserten sich zusätzlich die Angstsymptomatik, die dissoziativen Symptome und der gesamte psychopathologische

Befund [52]. Benedikt Amann, Direktor und Leitender Oberarzt am Centre Fòrum Institut für psychische Gesundheit, Hospital del Mar, Barcelona, stellte auf dem 24. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin die Zwischenergebnisse einer multizentrischen Studie vor: Nach 20 EMDR-Sitzungen entsprechend Standardprotokoll und CravEx bei Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Traumatisierung gab es signifikant weniger Cravings als in der Kontrollgruppe mit üblicher Therapie. Depressive und hypomane Symptome nahmen ebenfalls ab.

Fazit für die Praxis

Im gesamten Fach der Psychiatrie sind die Patientinnen und Patienten überdurchschnittlich häufig mit Traumatisierungen belastet. Misshandlungen im Kindesalter sind mitverantwortlich für psychiatrische Krankheiten im Erwachsenenalter. Die Evidenz zur Wirksamkeit von traumafokussierten Interventionen in der Psychiatrie, insbesondere von EMDR, wird bei Depressionen, Psychosen und Angststörungen immer deutlicher. Erste Evidenz zur Wirksamkeit gibt es außerdem bei bipolaren Erkrankungen und BPS. Bei Suchtkranken wurden mit EMDR gute Ergebnisse zur Verminderung der Cravings beobachtet. EMDR ist eine neue, vielversprechende Psychotherapie, die womöglich weit über die Behandlung der PTBS Anwendung finden wird.

Literatur



als Zusatzmaterial unter
<https://doi.org/10.1007/s15202-024-6309-5>
in der Online-Version dieses Beitrags

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Er legt folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: Mitglied in den Berufsverbänden Bund Deutscher Internisten (BDI), Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und EMDRIA.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängigen Gutachten geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.



Prof. Dr. med. Markus Backmund

Internist
Infektiologie, Psychotherapie, Notfallmedizin,
Suchtmedizin
Praxiszentrum im Tal
Lehrpraxis der LMU München
Tal 9, 80331 München
Markus.Backmund@p-i-t.info

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Die EMDR-Therapie bei psychischen Erkrankungen

FIN gültig bis 21.10.2024:

DN24N534

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonnent*in dieser Fachzeitschrift
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.



Dieser CME-Kurs ist auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) zwölf Monate verfügbar. Sie finden ihn, wenn Sie die FIN oder den Titel in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren oder den QR-Code links scannen.

? Wie wird EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) im Gesundheitssystem von gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise der Kassenärztlichen Vereinigung eingestuft?

- EMDR ist in Deutschland als Methode noch nicht anerkannt.
- EMDR kann als Heilversuch eingesetzt werden.
- EMDR ist nur in Kombination mit Verhaltenstherapie anerkannt und abrechenbar.
- EMDR ist nur in Kombination mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie anerkannt und abrechenbar.
- EMDR ist in Kombination mit Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie anerkannt und abrechenbar.

? Aus wie viel und welchen Phasen besteht die EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)?

- sechs Phasen
- vier Phasen
- acht Phasen, die jeweils in 50–90 Minuten in jeder Sitzung durchlaufen werden
- acht Phasen, wobei mit der achten Phase, der Überprüfung, immer in der nächsten Sitzung begonnen wird.
- acht Phasen, wobei Phase eins, Anamnese, und Phase zwei, Stabilisierung und Vorbereitung, nur in den ersten Sitzungen vorkommen.

? Ein 45-jähriger Patient mit diagnostizierter schwerer rezidivierender depressiver Episode (F33.2) stellt sich bei Ihnen vor. Er berichtet, dass ein schwerer Autounfall vor zehn Monaten die Depression ausgelöst habe und er seitdem nicht mehr Auto fahre. Immer, wenn er einen schwarzen Kleinbus sehe – ähnlich wie das in den Unfall verwickelte Fahrzeug – sei er wie gelähmt und erlebe den Unfall nochmal. Er könne dann für ein paar Stunden nicht mehr arbeiten. Seine Antidepressiva habe er vor 18 Monaten abgesetzt, da es ihm zu diesem Zeitpunkt gut gegangen war.

- Sie setzen wegen der Schwere der Depression ausschließlich die Antidepressiva wieder an.
- Sie beginnen sofort ausschließlich mit EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)-Therapie, um die auslösende posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu behandeln.
- Sie setzen wegen der Schwere der Depression die Antidepressiva wieder an und behandeln die PTBS mit EMDR.
- Sie beginnen sofort ausschließlich mit Verhaltenstherapie, um die auslösende PTBS zu behandeln.
- Sie beginnen sofort mit einer analytischen Psychotherapie ohne medikamentöse Behandlung.

? Welche Aussage über die Phasen der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist korrekt?

- In Phase drei wird durch bilaterale Stimulation reprozessiert.
- Nur durch Augenbewegungen kann reprozessiert werden.
- Bilaterale Stimulation kommt nur in Phase vier vor.
- In Phase vier wird bilateral durch Augenbewegung, taktil oder akustisch stimuliert.
- In der Phase fünf, Körpertest, wird neurologisch untersucht.

? Welche Aussage über einen „Knoten“ im Kontext der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist korrekt?

- Der Knoten bedeutet das ursprüngliche Trauma in der Kindheit.
- Alle maladaktiv gespeicherten Erinnerungen wie Gefühle, Körperempfindungen, Affekte, Geräusche, unbewusst Gesehenes, Gedanken und Verhalten während des Traumas bilden den Knoten.
- Der Knoten beinhaltet alle erlebten Traumata.
- Die ursprünglich erlebten Bindungserfahrungen bilden den Knoten
- Der Knoten verändert sich auch durch die bilaterale Stimulation nicht.

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriellement unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Wovon geht das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell) aus?

- dass wir uns nur schlecht an bestimmte Ereignisse erinnern können
- dass wir unsere Probleme nur durch intensives Träumen lösen können
- dass maladaptiv gespeicherte Erinnerungen entstehen, wenn Erlebnisse nicht oder unzureichend verarbeitet werden
- dass nur Gedanken verarbeitet und erinnert werden können
- dass allein physische Gewalterlebnisse maladaptiv gespeichert werden.

? Welche Aussage über die EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist korrekt?

- Sie beschäftigt sich nur mit der Vergangenheit.
- Sie bearbeitet nur das Hier und Jetzt.
- Sie bezieht die Zukunft nicht mit ein.
- Sie berücksichtigt immer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.
- Sie berücksichtigt nicht die Vergangenheit.

? Was haben wissenschaftliche Studien über EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) belegt?

- Bei Menschen mit Psychosen ist EMDR kontraindiziert, da die paranoiden Symptome verstärkt werden
- Bei Menschen mit manischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren Erkrankung ist EMDR kontraindiziert, da sie eine Manie auslösen kann
- EMDR ist bei Persönlichkeitsstörungen kontraindiziert
- EMDR ist bei suchtkranken Menschen kontraindiziert.
- EMDR kann depressive Symptome lindern.

? Eine opioidabhängige Patientin, die sich in Substitutionsbehandlung befindet, berichtet, sie sei vor neun Monaten vergewaltigt wurde. Sie diagnostizieren eine posttraumatische Belastungsstörung. Welche Therapie empfehlen Sie?

- Gruppenpsychotherapie
- Verhaltenstherapie und Gruppen-

psychotherapie

- Benzodiazepine und Atypika
- Atypika
- EMDR-Therapie

? Eine alkoholranke, abstinent lebende Patientin mit rezidivierenden Episoden einer Depression berichtet über zunehmenden Suchtdruck, nachdem sie die vor einem Jahr über mehrere Wochen in einer Beziehung erlebte Gewalt nicht verarbeiten könne. Sie zucke schon bei lauten Stimmen oder Aggression zusammen und sei wie erstarrt. Welche der folgenden Therapien empfehlen Sie?

- stationäre Entwöhnungsbehandlung
- EMDR-Standardprotokoll und EMDR CravEx
- Gruppenpsychotherapie
- Analytische Therapie und Selbsthilfegruppe
- Selbsthilfegruppe

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► **Management von Gewichtszunahme unter Psychopharmakotherapie**

aus: DNP – Die Neurologie und Psychiatrie, 4/2024
von: M. Paulzen, I. Kling
Zertifiziert bis: 01.08.2025
CME-Punkte: 4

► **Diagnose und Behandlung der ADHS bei Frauen**

aus: DNP – Die Neurologie und Psychiatrie, 3/2024
von: C. Koentges, R. Werden, S. Matthies
Zertifiziert bis: 03.06.2025
CME-Punkte: 2

► **Wann ist Trauer eine Krankheit?**

aus: DNP – Die Neurologie und Psychiatrie, 2/2024
von: B. Wagner
Zertifiziert bis: 28.03.2025
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf SpringerMedizin.de/CME eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein Zeitschriften- oder ein e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf die Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent*in steht Ihnen außerdem das CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Unter www.springermedizin.de/eMed können Sie ein e.Med-Abo Ihrer Wahl und unser CME-Angebot 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich testen.



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.