



## **Stellungnahme der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL): EMDR und Umstrukturierung der Anlage 1**

Hiermit nehmen wir als Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e.V. zu den vorliegenden Entwürfen Stellung.

Grundsätzlich begrüßen wir die anstehende Beschlussfassung des GBA und möchten die dahinterstehende intensive, hervorragende wissenschaftliche Arbeit und die anstehende Veröffentlichung auch der Metaanalyse würdigen.

Aus unserer Sicht scheint es geboten, auf einige wesentliche Punkte hinzuweisen, die der Veränderung bedürfen, bzw. anzumerken sind (Punkt 5).

### **1. Nur Befähigung zur Durchführung der EMDR-Methode sichert das Behandlungsergebnis**

Die Patientensicherheit und das Recht auf ein angemessen erwartbares Ergebnis der EMDR Behandlung müssen im Mittelpunkt der angestrebten Veränderungen stehen.

Traumazentrierte Psychotherapie ist gemäß der Metaanalyse von Bisson (Bisson 2007) nicht traumadaptierter Psychotherapie überlegen und in der Behandlung der PTBS Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Die Grundzüge der traumazentrierten Psychotherapie, inklusive der notwendigen Diagnostik und Diagnostik komplexer Traumafolgestörungen, werden in der strukturierten EMDR Ausbildung vermittelt.

Zudem zeigen die Metaanalysen der EMDR Behandlungsstudien von Maxfield und Hyer (2002) sowie Sack et al. (2001) eindeutig, dass das Ergebnis der EMDR Behandlung von einer guten Ausbildung der Therapeuten und damit präziser Anwendung der Behandlungspläne und Prozeduren der EMDR-Methode abhängt.

Zur zertifizierten EMDR Ausbildung gehören Theoriestunden in zeitlich von einander abgesetzten Blöcken, um eine Verzahnung von theoretischem und praktischem Lernen zu ermöglichen, begleitende Supervision eigener Behandlungsfälle und Selbsterfahrung in supervidierten Kleingruppen im Rahmen der Ausbildungsblöcke. Besonders die Selbsterfahrung in der EMDR-Methode ist von Bedeutung und sollte zusätzlich zu dem europäischen Standard, der Konsens der Fachgesellschaften ist, festgeschrieben werden. Zum Standard des Zertifikats als EMDR-Therapeut EMDRIA Deutschland gehört auch die Supervision einer auf Video festgehaltenen EMDR-Sitzung. Wir haben den Umfang der Ausbildung im Vorfeld auf Anfrage des GBA beschrieben und ihnen zukommen lassen. Zu erwähnen ist, dass auch die Ausbildungscurricula und die Ausbildung der Supervisoren und Trainern in der EMDR-Methode strengen Qualitätskriterien unterliegt, die im Konsens der europäischen Fachgesellschaften erarbeitet wurden.

Nur die strukturierte EMDR Ausbildung mit der unbedingten Forderung nach Supervision der ersten eigenen EMDR Behandlungen vermittelt den notwendig sorgsamen Umgang mit der Methode. Unsachgemäße Anwendung der EMDR Methode kann ein Risiko für die Patienten bedeuten, besonders wenn eine komplexe Traumafolgestörung nicht erkannt wird.

Die pure theoretische Vermittlung, wie sie in einigen Traumacurricula angeboten wird, befähigt nicht zur Arbeit mit der EMDR-Methode.

**Insofern ist der Nachweis einer Befähigung zur Anwendung der EMDR-Methode unabdingbar. Kriterien der Befähigung sollten sich unbedingt an den bestehenden Standards der Ausbildung und Zertifizierung, die durch die nationale EMDR Fachgesellschaft und den europäischen Dachverband der EMDR Fachgesellschaften etabliert wurden, orientieren. Nur ein solches Vorgehen sichert die Übertragbarkeit der wissenschaftlich dokumentierten guten Behandlungsergebnisse in die therapeutische Praxis. Daher sprechen wir uns eindeutig für den 2. Entwurf der Beschlussfassung (Anlage 2) aus und regen an die Inhalte der zur Befähigung führenden Ausbildung im obigen Sinne klar zu beschreiben.**



## 2. EMDR ist nicht Verhaltenstherapie

Auch wenn die Erstbeschreiberin der Methode in ihrer therapeutischen Grundausrichtung Verhaltenstherapeutin war und sich in der EMDR Methode mit den negativen und positiven Kognitionen Elemente der Verhaltenstherapie finden, rechtfertigt dies nicht EMDR unter die Verhaltenstherapie zu subsumieren.

Es finden sich nämlich weder typische Elemente aktiv kognitiv umstrukturierender Arbeit noch eine prolongierte Exposition im EMDR Prozess. Habituation ist gemäß dem AIP-Modell, dem Krankheits- und Veränderungsmodell der EMDR-Methode, kein wesentlicher Wirkmechanismus.

Wöller (2014) hat die Beziehung der EMDR-Methode zur psychodynamischen und analytischen Psychotherapie beschrieben. Wöller kommt zu dem Ergebnis, dass sich vielmehr Hinweise auf bedeutende Gemeinsamkeiten von psychodynamischer respektive analytischer Psychotherapie und EMDR in Bezug auf einige der zugrunde liegenden Wirkmechanismen finden lassen. Auch wenn EMDR ein primär symptomorientiertes Verfahren ist und die beziehungs-orientierten Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung nicht im Vordergrund stehen, lassen sich bedeutsame Gemeinsamkeiten zwischen EMDR und psychodynamischer und analytischer Psychotherapie identifizieren (Wöller 2012).

Die wichtigste Gemeinsamkeit betrifft die zentrale Bedeutung der freien Assoziation. Darin unterscheidet sich EMDR grundsätzlich von konfrontativen Verfahren der Verhaltenstherapie, die zur Behandlung der PTBS das Prinzip der Habituation nutzen. Im Einzelnen bedeutet dies: Während bei dem verhaltenstherapeutischen Verfahren der prolongierten Exposition eine traumatische Erinnerung immer wieder aufgerufen wird, bis durch Habituation ein Rückgang der mit ihr verbundenen Erregung eingetreten ist, folgt der Patient beim EMDR dem Fluss seiner Assoziationen, bis das Ende des jeweils „Assoziationskanals“ erreicht ist, d.h. bis keine mit traumatischem Stress belasteten Assoziationen mehr auftreten, sondern nur noch positive oder neutrale Assoziationen. Erst dann wird der Prozess aktiv auf den „Knoten“, d.h. auf die ursprüngliche Erinnerung zurück geführt, um ein Prozessieren des nächsten „Assoziationskanals“ einzuleiten (Hofmann 2014; Shapiro 1998).

Auch wenn eine EMDR-Sitzung entsprechend dem Behandlungsprotokoll strukturiert geführt wird, ist der eigentliche EMDR-Prozess innerhalb eines Assoziationskanals nicht strukturiert. Der Therapeut regt nicht an, Assoziationen zu einer bestimmten Ziel-Erinnerung zu prozessieren, sondern er fordert die Patienten auf, ihren Assoziationen freien Lauf zu lassen. Insofern nutzt EMDR innerhalb eines Assoziationskanals die Produktion „freier“ Assoziationen. Entsprechend ist das therapeutische Vorgehen nicht direktiv, sondern auf die Förderung eines spontanen Prozesses gerichtet. Der Patient wird – ganz analog zur psychoanalytischen Behandlungstechnik – instruiert, möglichst auf eine kognitive Kontrolle über die Einfälle und auf eine Lenkung des Assoziationsstroms zu verzichten. Lediglich werden beim EMDR im Unterschied zur psychodynamischen Therapie nicht alle Assoziationen mitgeteilt, um den Prozess des Assoziierens nicht zu behindern.

Sowohl die psychodynamische Psychotherapie wie auch EMDR stellen die emotionale Verarbeitung in den Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens. EMDR sieht ausdrücklich ein gemeinsames Prozessieren der mit der traumatischen Erinnerung verknüpften Emotionen, Körperempfindungen und selbstbezogenen Überzeugungen vor. Bei beiden Ansätzen greifen Therapeuten vom Grundsatz her in den therapeutischen Prozess nur dann ein, wenn der spontane Prozess durch blockierende Phänomene behindert wird. Auch wenn das EMDR-Ziel nicht explizit in der „Bewusstmachung des Unbewussten“ besteht, werden häufig durch den assoziativen Prozess unbewusste Zusammenhänge zu früheren biografischen Erfahrungen deutlich.

Zudem vermeiden Patienten eher eine Aktivierung ihres traumatischen Materials und reagieren daher teils aversiv auf die prolongierte Exposition. Dies trifft besonders auf Patienten mit hohem Symptomdruck zu (Scott & Stradling 1997). Hier bietet EMDR einen vorteilhaften Unterschied, der durch den distanzierenden Effekt der Augenbewegungen noch verstärkt wird (Lee, Taylor & Drummond 2006, Lee & Cuipers 2013).



**Insgesamt wird deutlich, dass EMDR als ein integrative, nach Hofmann dynamisch-behaviorale Methode (Hofmann 2014), eigenständig ist. Da EMDR über ein eigenes Krankheits- und Veränderungsmodell verfügt, das den therapeutischen Prozess theoretisch fundiert, schein es angemessen EMDR weder als der Verhaltenstherapie noch der psychodynamischen oder analytischen Psychotherapie zuzuschlagen, sondern als eigene Methode zu betrachten und so zu beschreiben. Dies ändert nichts an der Kompatibilität mit der Verhaltenstherapie, psychodynamischen oder analytischen Psychotherapie.**

### **3. Abrechenbarkeit von Doppelstunden**

Die EMDR Methode sieht die Doppelstunde als zeitlich sinnvollen Rahmen zur Bearbeitung von Erinnerungsmaterial traumatischen Ursprungs explizit vor. Eine aktuelle Metaanalyse betont das Verhältnis von längerer Sitzungsdauer zu positivem Behandlungsergebnis (Ying-Ren 2014).

**Insofern sollte die Möglichkeit der Durchführung und Abrechenbarkeit von Doppelstunden deutlich gemacht werden.**

### **4. Alleinige EMDR Behandlung bei einfacher PTBS**

Bei der einfachen PTBS ist eine solitäre EMDR Behandlung im hohen Ausmaß wirksam und effektiv. In allen EMDR Behandlungsstudien, die auch in die Metaanalyse des GBA einbezogen wurden, wurde EMDR nicht in ein Richtlinienverfahren eingebettet sondern alleinstehend, auch im Vergleich mit z.B. der Verhaltenstherapie durchgeführt. Selbstverständlich beinhaltet EMDR in den gegebenen Behandlungsplänen explizit Diagnostik, Beziehungsaufbau, Stabilisierung, Durcharbeitung von Erinnerungsmaterial und Beendigung der Therapie. Somit ist in der EMDR-Methode ein geschlossener Ablauf zur Psychotherapie der PTBS vorhanden.

**Eine konsequente Übertragung der wissenschaftlichen Ergebnisse in die therapeutische Praxis müsste somit die Möglichkeit zur Durchführung einer reinen EMDR Kurzzeittherapie bei der Behandlung der einfachen PTBS bieten.**

### **5. EMDR Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen**

Mittlerweile liegen ausreichende randomisierte, kontrollierte Studien zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen vor. Auch eine Metaanalyse beschreibt die Wirksamkeit der EMDR Methode. Ein Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung der EMDR Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen wurde beim wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gestellt. Dieser Antrag wird demnächst bearbeitet werden.

**Wir möchten die priorisierte Bearbeitung durch den GBA bei positivem Bescheid dringend anregen, da der Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen groß ist.**

Dr.med. Michael Hase  
1.Vorsitzender

Dipl.-Psych. Susanne Leutner  
stellv. Vorsitzende

Zur Klarheit in der Form wird in diesem Text nur die männliche Form genutzt. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gleichermaßen gemeint.



## Literatur:

- Bisson J et al. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190: 97-104.
- Hofmann A (2014). EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Lee CW, Taylor G, & Drummond PD (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention?. *Clini Psychol Psychoth*, 13(2), 97-107.
- Lee CW & Cuijpers P (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther & Exp Psychiat*; 44:231-239.
- Maxfield L & Hyer L (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol*; 58(1): 23-41
- Sack M, Lempa W, Lamprecht F (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen – Der Einfluss der Studienqualität auf die Effektstärken. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 51(9-10):350-355
- Scott MJ & Stradling SG (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 10(3):523-6.
- Shapiro F (1998) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Wöller W (2012). Integration von EMDR in die Psychodynamische Therapie. *EMDRIA- Rundbrief*; 25: 22-32.
- Wöller W (2014). Kompatibilität der EMDR mit analytischer Psychotherapie. Manuskript im Rahmen der Expertenanhörung der AG EMDR im Auftrag des Unterausschusses „Psychotherapie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses am 11.06.2014
- Ying-Ren C et al. (2014). Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One* 9(8):1-17