



DOSSIER · THERAPIE

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

EMDR ist ein psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung traumaassoziiierter Störungen. Die Datenlage ist umfangreich. Der interessanteste Befund: Ein erheblicher Teil der kontrollierten Studien prüft **EMDR** nicht isoliert, sondern im Vergleich oder in Kombination mit anderen Therapieformen – was die Zuordnung spezifischer Effekte erschwert.

797

STUDIEN
INSGESAMT

542

AM MENSCHEN

247

DAVON
KONTROLLIERT

7

AN TIEREN

0

IM LABOR

Zahlen aus der IHR-Studiendatenbank · Stand 2026-10-15

So lesen Sie dieses Dossier

BELEGT

am Menschen gemessen, mit Vergleichsgruppe

PLAUSIBEL

gestützt durch Wirkmechanismus, Tierversuch oder Beobachtung

VERMUTUNG

ein naheliegender Zusammenhang, der noch geprüft werden muss

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) auf einen Blick

HERKUNFT:

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist ein strukturiertes, traumafokussiertes Psychotherapieverfahren, das in den 1980er-Jahren entwickelt wurde. Es kombiniert Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie mit bilateraler Stimulation, typischerweise durch geführte Augenbewegungen, und zielt auf die Verarbeitung belastender Erinnerungen bei traumaassoziierten Störungen wie PTBS ab. Die Durchführung erfolgt in acht Phasen, von der Anamnese bis zur Nachbereitung.

STUDIENLAGE:

797 ausgewertete Arbeiten · 247 kontrollierte Studien am Menschen · 295 Beobachtungsstudien · 72 Übersichtsarbeiten · 7 Tierversuche · 0 Zellkulturarbeiten

STÄRKSTE BELEGE:

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen: EMDR zeigte in randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) signifikante Reduktionen der PTBS-Symptomatik (CAPS, HTQ) mit Effektstärken vergleichbar zu prolongierter Exposition (PE) und traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (TF-CBT). Effekte blieben bei 6-Monats-Follow-up stabil, insbesondere bei Intrusions- und Übererregungssymptomen.
- PTBS bei Kindern und Jugendlichen: Kontrollierte Studien zu EMDR führten zu signifikanten Reduktionen von PTBS-Symptomen, Depression und Angst, oft in weniger Sitzungen als kognitive Verhaltenstherapie. Effekte blieben bei 3- und 12-Monats-Follow-up stabil und zeigten hohe Remissionsraten.
- Komplexe PTBS (kPTBS) und komorbide Störungen: Kontrollierte Studien lieferten Hinweise auf hohe Effektstärken für die Reduktion von PTBS-Symptomen bei kPTBS und komorbiden Störungen wie Psychosen oder bipolaren Erkrankungen. Kurzfristige Effekte waren nachweisbar, Langzeitdaten stehen noch aus.
- Angststörungen (nicht PTBS): Metaanalysen zeigten signifikante Reduktionen von Angstsymptomen, Paniksymptomen und Phobien durch EMDR, insbesondere im Vergleich zu passiven Kontrollbedingungen. Effekte waren jedoch heterogen, und Follow-up-Daten stehen noch aus.
- **Erschöpfung und Stress:** bei Geflüchteten: EMDR war bei Geflüchteten mit PTBS sicher und wirksam, zeigte jedoch keine Überlegenheit gegenüber stabilisierender Therapie. Intensive Programme führten zu großen Effektstärken für PTBS-Symptome.

GRENZEN:

- Nicht-PTBS-Indikationen: Die Evidenz für EMDR bei chronischen Schmerzen, Depressionen oder Erschöpfungssyndromen ist heterogen und zeigt oft keine klare Überlegenheit gegenüber etablierten Verfahren oder Placebo.
- Langzeiteffekte und Subgruppen: Daten zu Effekten über die unmittelbare Post-Interventionsphase hinaus stehen noch aus. Studien zu spezifischen Subgruppen (z. B. ältere Patienten, komplexe PTBS) sind begrenzt oder methodisch eingeschränkt.
- Theoretische Fundierung und Wirkmechanismen: Trotz Hypothesen (z. B. Arbeitsgedächtnisbelastung, REM-Schlaf-Analogie) bleibt der genaue Wirkmechanismus von EMDR ungeklärt. Mechanismus-Studien sind korrelativ und erlauben keine kausalen Schlüsse.

EINORDNUNG:

EMDR ist ein manualisiertes, traumafokussiertes Psychotherapieverfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit bei PTBS in kontrollierten Studien. Für Anwendungsbereiche außerhalb der PTBS steht eine Klärung der Wirksamkeit noch aus.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist ein strukturiertes, traumafokussiertes Psychotherapieverfahren, das in den 1980er-Jahren entwickelt wurde. Es kombiniert Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie mit bilateraler Stimulation, typischerweise durch geführte Augenbewegungen. Die Durchführung erfolgt in acht Phasen: Anamnese, Vorbereitung, Bewertung, Desensibilisierung, Verankerung, Körpertest, Abschluss und Nachbereitung. Ziel ist die Verarbeitung belastender Erinnerungen durch gezielte Aktivierung und Neubewertung traumatischer Erfahrungen. **EMDR** wird primär bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) eingesetzt, findet aber auch Anwendung bei anderen stressbedingten Störungen.

Der für die Studienlage entscheidende Punkt ist die **Standardisierung der Durchführung**. **EMDR** folgt einem manualisierten Ablauf, der jedoch Spielraum für individuelle Anpassungen lässt – etwa bei der Art der bilateralen Stimulation (Augenbewegungen, taktile oder auditive Reize) oder der Dauer der Sitzungen. Diese Variabilität erschwert direkte Vergleiche zwischen Studien. Zudem wird **EMDR** häufig mit anderen Therapieformen kombiniert, was die Isolierung spezifischer Wirkmechanismen behindert. Die Mehrzahl der Studien misst Effekte anhand standardisierter Skalen für PTBS-Symptome, Depression oder Angst, seltener über physiologische Marker.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist ein strukturiertes, achtphasiges Psychotherapieverfahren zur Verarbeitung belastender Erinnerungen, das 1987 von Francine Shapiro entwickelt wurde. Es zielt darauf ab, die emotionale und kognitive Belastung durch traumatische Erlebnisse zu reduzieren.

Während der Therapie aktiviert die Patientin eine belastende Erinnerung mit den dazugehörigen sensorischen, kognitiven und emotionalen Komponenten. Gleichzeitig folgt sie mit den Augen den bilateralen Handbewegungen der Therapeutin (oder nutzt alternative Stimuli wie Töne oder Berührungen). Diese Stimulation wird in Sets von Sekunden bis Minuten durchgeführt, wobei Veränderungen in Belastung und Bewertung der Erinnerung mittels Skalen erfasst werden. EMDR ist in Leitlinien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) verankert und wird auch bei anderen Störungsbildern erprobt.

Die direkte Studienlage zu EMDR umfasst 466 Arbeiten am Menschen, darunter 225 kontrollierte Studien, sowie insgesamt 645 Publikationen. Diese Evidenz stützt die Wirksamkeit von EMDR bei PTBS, wobei die methodische Qualität der Studien variiert und nicht alle kontrollierten Arbeiten hochwertig sind. Die Datenlage ist damit umfangreich, aber nicht homogen.

Gibt es zu einem Verfahren wenige oder keine Studien, sagt das nichts über seine Wirkung — nur über die Forschungslage. Wir prüfen deshalb, was zu den Bausteinen des Verfahrens bekannt ist: 316 Arbeiten zu verwandten Verfahren und Mechanismen, davon 100 kontrolliert am Menschen. Die Verweise führen zur Quellenliste am Seitenende.

BELEGT Die bilaterale Stimulation in EMDR konkurriert mit dem Arbeitsgedächtnis (AG) um begrenzte Ressourcen, was zu einer Reduktion der Vividität und emotionalen Intensität traumatischer Erinnerungen führt. Dies zeigt sich in Studien, die EMDR mit AG-belastenden Aufgaben (z. B. Tetris-Spielen) kombinieren oder funktionelle Bildgebung nutzen, um reduzierte Aktivität in emotionalen und visuellen Hirnarealen nachzuweisen ²³.

PLAUSIBEL Die Rekonsolidierung von Erinnerungen könnte durch EMDR beeinflusst werden, indem die bilaterale Stimulation während des Abrufs die Gedächtnisspur destabilisiert und eine Neubewertung ermöglicht. Dies wird durch Studien gestützt, die ähnliche Mechanismen bei anderen traumafokussierten Verfahren (z. B. 3MDR) oder kombinierten Ansätzen zeigen. Allerdings fehlen direkte Nachweise für diesen spezifischen Wirkmechanismus in EMDR.

BELEGT EMDR ist in seiner Wirksamkeit bei PTBS mit anderen traumafokussierten Verfahren wie kognitiver Verhaltenstherapie vergleichbar, zeigt aber in einigen Studien Vorteile bei der Effizienz. Metaanalysen bestätigen signifikante Effekte auf depressive Symptome, insbesondere bei schwerer Ausprägung ²⁴.

PLAUSIBEL Die Integration von EMDR in multimodale Ansätze (z. B. VR-gestützte Therapien) oder die Kombination mit spezifischen Trainings (z. B. Memory Specificity Training) könnte die Wirksamkeit bei komplexen Traumafolgestörungen oder komorbiden Störungen erhöhen. Die Evidenz hierzu ist jedoch noch begrenzt und erfordert weitere kontrollierte Studien.

VERMUTUNG Die subjektive Schlafverbesserung nach EMDR, wie sie in Erfahrungsberichten beschrieben wird, könnte auf eine Reduktion von Alpträumen und nächtlichen Intrusionen zurückgehen. Studien zeigen zwar subjektive Verbesserungen (z. B. PSQI-Scores), aber keine konsistenten Veränderungen in objektiven Schlafparametern (z. B. Aktigraphie) ²⁵. Dies deutet auf eine Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung und physiologischen Markern hin.

VERMUTUNG EMDR kombiniert mehrere Wirkmechanismen, deren Zusammenspiel noch nicht vollständig geklärt ist. Die bilaterale Stimulation (z. B. Augenbewegungen) belastet das Arbeitsgedächtnis, was zu einer Reduktion der Vividität und emotionalen Intensität der Erinnerung führt. Allerdings ist unklar, ob dieser Mechanismus allein die langfristige Verarbeitung traumatischer Erinnerungen erklärt oder ob zusätzliche Faktoren (z. B. kognitive Neubewertung) eine Rolle spielen.

VERMUTUNG Die Annahme, dass EMDR die Rekonsolidierung von Erinnerungen fördert, ist plausibel, aber nicht direkt belegt. Ob dies jedoch der primäre Wirkmechanismus von EMDR ist, bleibt eine offene Frage. Zudem ist unklar, ob die Effekte spezifisch für bilaterale Stimulation sind oder auch durch andere AG-belastende Aufgaben erzielt werden können.

1. Was EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist

Es kombiniert die Aktivierung traumatischer Erinnerungen – einschließlich der damit verbundenen Bilder, Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen – mit bilateraler Stimulation, typischerweise durch geführte Augenbewegungen (alternativ auditive oder taktile Reize). Die Therapie zielt darauf ab, die subjektive Belastung und Bewertung der Erinnerung durch wiederholte Sets von Sekunden bis Minuten zu reduzieren, wobei Veränderungen mittels Skalen erfasst werden.

Das Verfahren folgt einem standardisierten Ablauf: Anamnese, Vorbereitung, Bewertung der Zielgedächtnis, Desensibilisierung durch bilaterale Stimulation, Verankerung positiver Kognitionen, Körpertest, Abschluss und Nachbereitung.

2. Direkte Studienlage

Die Evidenz stützt die Wirksamkeit bei PTBS, wobei die methodische Qualität der Studien variiert. Metaanalysen zeigen moderate bis große Effekte im Vergleich zu Kontrollbedingungen (z. B. Warteliste, supportive Therapie), allerdings mit Heterogenität in den Ergebnissen. Die Datenlage zu anderen Anwendungsbereichen (z. B. Depression, Angststörungen) ist weniger umfangreich, aber wachsend.

3. Verwandte Evidenz: was Studien in dieselbe Richtung zeigen

BELEGT Die bilaterale Stimulation in EMDR konkurriert mit dem Arbeitsgedächtnis (AG) und reduziert dadurch die Vividität und emotionale Intensität traumatischer Erinnerungen. Studien mit nicht-klinischen Probanden zeigen, dass Augenbewegungen während des Abrufs aversiver Erinnerungen deren Lebendigkeit und affektive Ladung signifikant verringern, verglichen mit reiner Erinnerung ^(23, 28). Ähnliche Effekte wurden für andere AG-belastende Aufgaben (z. B. Tetris-Spielen) nachgewiesen, die intrusive Erinnerungen nach Traumaexposition reduzieren.

BELEGT Die Rekonsolidierung von Erinnerungen spielt eine zentrale Rolle in der Wirkweise von EMDR. Bildgebende Studien zeigen, dass bilaterale Stimulation während des Erinnerungsabrufs die Aktivität in Hirnregionen wie der Amygdala (emotionale Verarbeitung) und dem visuellen Kortex (Vividität) reduziert, während präfrontale Areale (z. B. dorsolateraler präfrontaler Kortex) verstärkt aktiviert werden – ein Muster, das mit AG-Belastung und Gedächtnismodulation assoziiert ist ⁽²³⁾.

PLAUSIBEL Traumafokussierte Verfahren wie EMDR, kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT) oder Narrative Expositionstherapie (NET) teilen gemeinsame Wirkmechanismen, etwa die Exposition gegenüber traumatischen Erinnerungen und die Neubewertung dysfunktionaler Kognitionen. Studien zeigen, dass EMDR vergleichbare Effekte wie TF-CBT erzielt, wobei die bilaterale Stimulation möglicherweise die Effizienz der Verarbeitung beschleunigt (,). Allerdings fehlen direkte Vergleichsstudien mit ausreichender Power, um differenzielle Wirkungen zu belegen.

PLAUSIBEL Die Kombination von EMDR mit anderen Therapieelementen (z. B. Virtual Reality, Bewegung) könnte die Wirksamkeit bei komplexen oder behandlungsresistenten PTBS-Fällen steigern. Pilotstudien zu multimodalen Ansätzen wie 3MDR (Multimodular Motion-Assisted Memory Desensitization and Reconsolidation) zeigen vielversprechende Ergebnisse, insbesondere bei Militärangehörigen mit chronischer PTBS ⁽²⁷⁾. Die spezifische Rolle der

bilateralen Stimulation in diesen Kombinationen ist jedoch noch unklar.

VERMUTUNG Die Wirksamkeit von EMDR bei Depressionen (²⁴) könnte auf sekundäre Effekte der Traumaverarbeitung zurückzuführen sein, da viele depressive Patienten komorbide Traumafolgestörungen aufweisen. Metaanalysen zeigen moderate Effekte, doch die Heterogenität der Studien deutet auf unspezifische Wirkfaktoren (z. B. therapeutische Beziehung) oder unterschiedliche Subgruppen hin. Eine direkte kausale Wirkung der bilateralen Stimulation auf depressive Symptome ist nicht belegt.

4. Wirklogik

VERMUTUNG Die bilaterale Stimulation in EMDR belastet das Arbeitsgedächtnis, was zu einer Reduktion der Vividität und emotionalen Intensität traumatischer Erinnerungen führt. Dieser Mechanismus wird durch Studien gestützt, die zeigen, dass AG-belastende Aufgaben (z. B. Augenbewegungen, Tetris) die Lebendigkeit aversiver Erinnerungen verringern (²⁸, ²³). Allerdings bleibt unklar, ob dieser Effekt spezifisch für EMDR ist oder auch durch andere AG-belastende Interventionen erzielt werden kann. Zudem fehlen Studien, die den genauen Beitrag der bilateralen Stimulation im Vergleich zur reinen Exposition isolieren.

Die Rekonsolidierung von Erinnerungen wird als zentraler Wirkmechanismus diskutiert: Durch die Kombination von Erinnerungsabruf und bilateraler Stimulation könnte das Trauma-Gedächtnis destabilisiert und neu konsolidiert werden, was zu einer Reduktion der affektiven Ladung führt. Bildgebende Studien zeigen entsprechende Veränderungen in Hirnaktivierungsmustern (²³), doch der kausale Zusammenhang zwischen diesen neurophysiologischen Veränderungen und der klinischen Symptomreduktion ist nicht abschließend geklärt. **Vermutung:** Es ist denkbar, dass die bilaterale Stimulation die Effizienz der Exposition erhöht, indem sie die kognitive Verarbeitungskapazität gezielt beansprucht und so die Habituation beschleunigt.

5. Was die Studien im Einzelnen zeigen

Die tragenden Arbeiten am Menschen und die wichtigsten Übersichten — nach Anwendungsgebiet, mit Population, Dauer, Zubereitung, Messgröße und Ergebnis, so wie die Originalarbeiten es berichten. Zahlen stehen nur dort, wo die Arbeit sie nennt.

Verteilung der **kontrollierten Studien am Menschen** nach Anwendungsgebiet — die Zahlen sind nicht addierbar, da eine Arbeit mehreren Gebieten zugeordnet sein kann:

ANWENDUNGSGEBIET	KONTROLLIERTE STUDIEN
Erschöpfung und Stress	174
Kognition und Psyche	160
Sicherheit und Verträglichkeit	56
Bewegungsapparat	9
Immunsystem	5
Darm und Mikrobiom	4
Onkologie	4
Haut	2

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen

In einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) mit 155 ambulanten Patienten mit psychotischen Störungen und komorbider chronischer PTBS (61,3 % Schizophrenie, 29 % schizoaffektive Störung) wurde EMDR mit prolongierter Exposition (PE) und einer Wartelistenkontrolle verglichen. Die Teilnehmer erhielten acht wöchentliche Sitzungen à 90 Minuten ohne vorherige stabilisierende Psychotherapie. Primäre Endpunkte waren die klinisch bewertete PTBS-Schwere (Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS), PTBS-Diagnose und Vollremission. Sekundär wurden selbstberichtete PTBS-Symptome und posttraumatische Kognitionen erfasst. EMDR führte zu einer signifikanten Reduktion der PTBS-Symptome (CAPS) posttherapeutisch und bei 6-Monats-Follow-up, mit vergleichbaren Effekten wie PE. Keine signifikanten Effekte fanden sich bei akustischen Halluzinationen oder sozialer Funktionsfähigkeit.

Eine Metaanalyse von 11 RCTs (N = 424) verglich EMDR direkt mit traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (TF-CBT) bei Erwachsenen mit PTBS. Die Studien umfassten 6–12 Sitzungen à 60–90 Minuten. EMDR zeigte sich in der Reduktion der Gesamt-PTBS-Symptomatik leicht überlegen (Effektstärke $g = -0,43$; 95 % KI: $-0,73$ bis $-0,12$; $p = 0,006$), insbesondere bei Intrusions- und Übererregungssymptomen. Bei Vermeidungssymptomen gab es keine signifikanten Unterschiede. Die Überlegenheit von EMDR war jedoch bei 3-Monats-Follow-up nicht mehr nachweisbar ($g = -0,21$; 95 % KI: $-0,50$ bis $0,08$; $p = 0,15$). Die eingeschlossenen Studien wiesen methodische Limitationen auf, darunter kleine Stichproben und fehlende Verblindung, was die Aussagekraft einschränkt.

Eine RCT mit 85 syrischen Geflüchteten in einem türkischen Flüchtlingslager verglich EMDR ($n = 37$) mit einer Wartelistenkontrolle ($n = 33$). Primäre Endpunkte waren die PTBS-Symptomatik (Harvard Trauma Questionnaire, HTQ; Impact of Event Scale-Revised, IES-R) und Depression (Beck Depression Inventory, BDI-II). Posttherapeutisch zeigte EMDR eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome (HTQ: $d = 1,78$; 95 % KI: $0,92$ – $2,64$) und Depression (BDI-II: $d = 1,14$; 95 % KI: $0,35$ – $1,92$) im Vergleich zur Warteliste. Die Effekte blieben bei 5-Wochen-Follow-up stabil.

B. TF-CBT). TF-CBT wies eine leicht höhere kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit auf als nicht-traumafokussierte Verfahren. Die Abbruchraten waren bei EMDR und TF-CBT vergleichbar (14–15 %). Die Analyse unterstreicht die Bedeutung traumafokussierter Verfahren, zeigt jedoch auch hohe Heterogenität zwischen den Studien und mögliche Publikationsverzerrungen auf ¹⁴.

PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Eine RCT mit 52 Kindern (4–18 Jahre) nach einer Explosionskatastrophe verglich EMDR (n = 26) mit kognitiver Verhaltenstherapie (CBT, n = 26). Beide Gruppen erhielten bis zu vier individuelle Sitzungen à 60–90 Minuten sowie Elternberatung. Primäre Endpunkte waren PTBS-Symptomatik (Eltern- und Selbstberichte), Depression, Angst und Verhaltensprobleme. Beide Verfahren führten zu signifikanten Reduktionen aller Symptome, wobei EMDR die Behandlungserfolge in weniger Sitzungen erreichte. Die Effekte blieben bei 3-Monats-Follow-up stabil. Die Studie zeigt, dass EMDR bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS wirksam ist, weist jedoch Limitationen auf, darunter eine heterogene Stichprobe (Alter, Ethnizität) und fehlende aktive Kontrollgruppe ⁹.

Eine RCT mit 103 Kindern und Jugendlichen (8–18 Jahre) mit PTBS nach einem Einzelereignis verglich EMDR (n = 43) mit kognitiver Verhaltens-Schreibtherapie (CBWT, n = 42) und einer Warteliste (n = 18). Die Teilnehmer erhielten bis zu sechs Sitzungen à 45 Minuten. EMDR und CBWT führten zu großen Effektstärken bei PTBS-Symptomen (EMDR: d = 1,27; CBWT: d = 1,24) und hohen Remissionsraten (EMDR: 92,5 %; CBWT: 90,2 %). Beide Verfahren reduzierten zudem traumabezogene negative Kognitionen und Vermeidungsverhalten. Die Effekte blieben bei 3- und 12-Monats-Follow-up stabil. Die Studie zeigte die Wirksamkeit von EMDR bei Kindern und Jugendlichen, ist jedoch durch das Fehlen einer aktiven Kontrollgruppe und eine kleine Wartelistenstichprobe limitiert ¹⁵.

Komplexe PTBS (kPTBS) und komorbide Störungen

EMDR (k = 4 Studien) zeigte eine hohe Effektstärke für die Reduktion von PTBS-Symptomen (g = -1,26; 95 % KI: -2,01 bis -0,51), war jedoch nur in einer Studie hinsichtlich des negativen Selbstkonzepts evaluiert. EMDR und TF-CBT (k = 27) waren vergleichbar wirksam bei gestörten Beziehungen. Die Evidenz für Affektregulationsstörungen war unzureichend. Die Analyse zeigt, dass EMDR bei kPTBS wirksam ist, jedoch fehlen spezifische Daten zu Kernsymptomen der kPTBS ¹.

Eine RCT mit 20 bipolaren Patienten mit subsyndromaler Symptomatik und Traumavorgeschichte verglich EMDR (n = 10) mit Treatment as Usual (TAU, n = 10). Die EMDR-Gruppe erhielt 14–18 Sitzungen à 60–90 Minuten über 12 Wochen. Primäre Endpunkte waren depressive und hypomane Symptome, Traumasymptome und Traumaauswirkungen. EMDR führte zu signifikanten Verbesserungen in allen Bereichen posttherapeutisch, wobei die Effekte bei Traumaauswirkungen nur teilweise bei 24-Wochen-Follow-up erhalten blieben. Die Studie deutet auf die Wirksamkeit von EMDR bei traumatisierten bipolaren Patienten hin, ist jedoch durch die kleine Stichprobe und das Fehlen einer aktiven Kontrollgruppe limitiert ¹¹.

VERMUTUNG Die vorliegenden Daten legen nahe, dass EMDR bei komorbiden Störungen wie Psychosen oder bipolaren Störungen sicher und wirksam sein kann, sofern die Traumaverarbeitung im Vordergrund steht. Ob die Effekte nachhaltig sind, steht noch aus und wäre in kontrollierten Studien mit größeren Stichproben und längeren Follow-up-Zeiträumen zu prüfen.

Angststörungen und weitere Indikationen

Eine Metaanalyse von 17 RCTs (N = 647) untersuchte die Wirksamkeit von EMDR bei Angststörungen (nicht PTBS). EMDR zeigte signifikante Reduktionen von Angstsymptomen (g = -0,71; 95 % KI: -0,96 bis -0,47), Paniksymptomen (g = -0,62; 95 % KI: -1,10 bis -0,14) und Phobien (g = -0,45; 95 % KI: -0,81 bis -0,08). Keine signifikanten Effekte fanden sich bei traumabezogenen Gefühlen. Die Effekte waren stärker, wenn EMDR mit passiven Kontrollbedingungen verglichen wurde. Die Analyse liefert einen Hinweis, dass EMDR bei Angststörungen wirksam sein kann, ist jedoch durch die Heterogenität der Studien und das Fehlen von Follow-up-Daten limitiert ¹⁶.

Zwei RCTs (N = 80) zeigten signifikante Reduktionen der Schmerzscores (g = -6,87 und -1,12), während Beobachtungsstudien heterogene Effekte aufwiesen (g = -0,24 bis -5,86). EMDR führte zudem zu Verbesserungen bei Depression und Angst als begleitende Fragebogenwerte. Die Ergebnisse liefern einen Hinweis auf mögliche Effekte, sind jedoch durch kleine Stichproben, fehlende aktive Kontrollgruppen und hohe Heterogenität limitiert, sodass weitere kontrollierte Studien erforderlich sind ¹².

VERMUTUNG EMDR könnte bei Angststörungen und chronischen Schmerzen eine vielversprechende Ergänzung zu etablierten Verfahren darstellen. Ob die Wirksamkeit und Sicherheit in diesen Indikationen abschließend bewertet werden kann, steht noch aus und wäre in RCTs mit standardisierten Protokollen und längeren Follow-up-Zeiträumen zu prüfen.

Erschöpfung und Stress bei Geflüchteten

Eine RCT mit 72 Geflüchteten mit PTBS verglich EMDR (12 Stunden: 3 × 60 Minuten Vorbereitung + 6 × 90 Minuten Desensibilisierung/Reprocessing) mit stabilisierender Therapie (12 × 60 Minuten). Primäre Endpunkte waren PTBS-Symptomatik (CAPS, HTQ). Beide Gruppen zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit (CAPS: d = -0,04; HTQ: d = 0,20). Ein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis trat in der Stabilisierungsgruppe auf. Die Studie zeigt, dass EMDR bei Geflüchteten sicher, aber nicht wirksamer als Stabilisierung ist. Limitationen sind die kleine Stichprobe und das Fehlen einer unbehandelten Kontrollgruppe ¹⁰.

Eine Beobachtungsstudie mit 347 Patienten mit schwerer PTBS (74,4 % sexueller Missbrauch, 87,5 % komorbide affektive Störung) untersuchte ein intensives 8-Tage-Programm mit täglich zwei Sitzungen EMDR und PE (insgesamt 16 Sitzungen à 90 Minuten) sowie Psychoedukation und körperlicher Aktivität. Posttherapeutisch zeigten sich große Effektstärken für PTBS-Symptome (CAPS: d = 1,64), mit 82,9 % klinisch bedeutsamen Respondern und 54,9 % Verlust der PTBS-Diagnose. Die Studie zeigte die Wirksamkeit eines intensiven traumafokussierten Ansatzes, ist jedoch durch das Fehlen einer Kontrollgruppe und einer heterogenen Stichprobe limitiert ²⁶.

Gesamtbild

Die vorliegenden kontrollierten Studien zeigen, dass EMDR bei PTBS und komorbiden Störungen wie Depression und Angst vergleichbare Effekte wie traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT) und prolongierte Exposition (PE) aufweist, mit teilweise schnelleren Behandlungserfolgen, insbesondere bei Intrusions- und Übererregungssymptomen. Die Effekte zeigten sich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, wobei die Evidenz für letztere Gruppe weniger umfangreich ist. EMDR ist sicher und gut verträglich, mit niedrigen Abbruchraten (5–15 %) in den meisten kontrollierten Studien. Für komplexe PTBS und komorbide Störungen wie bipolare Erkrankungen oder Psychosen liefern die vorhandenen Studien Hinweise, jedoch stehen hier RCTs mit größeren Stichproben und längeren Follow-up-Zeiträumen noch aus.

Die Evidenz für EMDR bei Angststörungen, chronischen Schmerzen oder Fatigue-Scores ist heterogen. Während einige kontrollierte Studien signifikante Effekte auf Symptomscores zeigen, fehlen standardisierte Protokolle, aktive Kontrollgruppen und Follow-up-Daten, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu prüfen. Zudem ist unklar, ob EMDR bei Geflüchteten mit komplexen Traumata und hohen Belastungen wirksamer ist als stabilisierende Verfahren. Systematische Reviews weisen auf mögliche Publikationsverzerrungen und hohe Heterogenität zwischen den Studien hin, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

Methodik der Studienlage

Die meisten kontrollierten Studien zu EMDR sind RCTs mit 10–155 Teilnehmern, die EMDR mit Wartelisten, aktiven Kontrollgruppen (z. B. TF-CBT, PE) oder Treatment as Usual vergleichen. Typische Behandlungsdauern liegen bei 4–12 Sitzungen à 60–90 Minuten, wobei intensive Programme (z. B. 8 Tage mit täglich zwei Sitzungen) ebenfalls evaluiert wurden. Primäre Endpunkte sind meist PTBS-Symptomatik (CAPS, HTQ, IES-R), sekundäre Endpunkte umfassen Depression (BDI-II), Angst, soziale Funktionsfähigkeit und traumabezogene Kognitionen. Follow-up-Zeiträume reichen von 1 Monat bis 2 Jahre, wobei längere Follow-ups selten sind. Systematische Limitationen sind kleine Stichproben, fehlende Verblindung der Rater, hohe Heterogenität der Protokolle und das Fehlen von Studien zu Langzeiteffekten oder spezifischen Subgruppen (z. B. ältere Patienten, Patienten mit kPTBS). Zudem fehlen häufig Daten zu Kosten-Effektivität und Implementierung in der Routineversorgung.

EMDR: Ein wirksames Verfahren – aber nicht für alles

Die breite Anwendung von
EMDR

über PTBS hinaus steht in einem **Missverhältnis zur Datenlage**. Während die Wirksamkeit bei posttraumatischen Belastungsstörungen gut belegt ist, gibt es für andere Indikationen – etwa Depressionen, Angststörungen oder chronische Schmerzen – nur wenige kontrollierte Studien. Diese zeigen oft **keine klare Überlegenheit** gegenüber anderen Therapieformen oder Placebo. Besonders kritisch ist die **fehlende theoretische Fundierung** des Verfahrens: Trotz zahlreicher Hypothesen (z. B. Arbeitsgedächtnisbelastung, REM-Schlaf-Analogie) bleibt unklar, wie **EMDR** genau wirkt. Die meisten Mechanismus-Studien sind korrelativ und erlauben keine kausalen Schlüsse.

Ein weiteres Problem ist die

HETEROGENITÄT DER STUDIENPOPULATIONEN

. Viele Arbeiten rekrutieren spezifische Gruppen, etwa Kriegsflüchtlinge oder Patienten mit komorbiden Psychosen, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Zudem wird **EMDR** häufig in Kombination mit anderen Therapien eingesetzt, etwa mit stabilisierenden Techniken oder Medikation. Dies macht es schwierig, die **spezifischen Effekte von EMDR** zu isolieren. Die wenigen Studien, die **EMDR** als Monotherapie prüfen, zeigen zwar positive Effekte, aber keine konsistente Überlegenheit gegenüber anderen traumafokussierten Verfahren.

6. Wie belastbar die Forschung ist

Die Forschung zu **EMDR** konzentriert sich überwiegend auf **kognitive Symptome** wie PTBS-assoziierte Beschwerden (Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Hyperarousal). Deutlich weniger kontrollierte Studien liegen zu weiteren Anwendungsgebieten vor, etwa zu **Bewegungsapparat, Darm** oder Erschöpfung, wobei hier primär Surrogatparameter oder Symptomscores untersucht wurden. Die meisten kontrollierten Arbeiten stammen aus den letzten 15 Jahren. Übersichtsarbeiten und Metaanalysen dominieren die Zitationshäufigkeit, was auf eine starke theoretische Fundierung hindeutet.

Methodisch ist das Feld durch eine **hohe Vergleichbarkeit mit etablierten Therapien** geprägt, insbesondere mit prolongierter Exposition und kognitiver Verhaltenstherapie. Ein Teil der kontrollierten Studien zeigt **keine Überlegenheit von EMDR**, sondern eine **Äquivalenz** zu diesen Verfahren. Die kontrollierten Studien sind robust für PTBS, jedoch **für andere Anwendungsgebiete wie chronische Schmerzen oder bipolare Störungen steht die Forschung noch aus**. Ein zentrales Problem ist die **fehlende Verblindung**: Sowohl Therapeuten als auch Patienten wissen in der Regel, welche Intervention angewendet wird, was Verzerrungen begünstigt. Zudem fehlen häufig Langzeitdaten, die über die unmittelbare Post-Interventionsphase hinausgehen.

7. Was häufig behauptet wird — und was die Daten hergeben

AUSSAGE	STUDIENLAGE
EMDR bei chronischen Schmerzen	Die Studienlage ist noch im Aufbau. Die vorhandenen Arbeiten zeigen gemischte Ergebnisse, oft ohne klare Überlegenheit gegenüber anderen Verfa

AUSSAGE	STUDIENLAGE
EMDR bei bipolaren Störungen	Nur eine kontrollierte Pilotstudie mit subsyndromalen Patienten. Keine belastbaren Aussagen möglich.
EMDR als Präventionsmaßnahme	Keine kontrollierten Studien zur Primärprävention. Die vorhandenen Arbeiten untersuchen ausschließlich Sekundär- oder Tertiärprävention.
EMDR bei Kindern und Jugendlichen	Die Datenlage ist begrenzt. Die meisten Arbeiten zeigen Äquivalenz zu kognitiver Verhaltenstherapie, aber keine Überlegenheit.

Erfahrungslage, keine Studien: 10 Erfahrungsberichte aus 2 öffentlichen Quellen, ausgewertet nach Anlass, Ergebnis, Dauer und Nebenwirkungen. Ergebnis laut Bericht: 5× besser, 3× teilweise besser, 1× unklar, 1× unverändert. Erfahrungsberichte sind nicht kontrolliert, nicht repräsentativ und unterliegen der Auswahl derer, die schreiben — sie zeigen, was Menschen erleben, nicht, was das Verfahren bewirkt.

Therapierte berichten heterogene Erfahrungen mit EMDR, die von deutlicher Symptomlinderung bis zu keiner spürbaren Veränderung reichen. Häufig genannte positive Effekte sind die Reduktion von Flashbacks, Albträumen und emotionaler Überflutung, insbesondere bei singulären Traumata (z. B. Unfälle, Überfälle). Die Dauer der Therapie variiert stark (5–30 Sitzungen über Monate bis Jahre), wobei komplexe Traumafolgestörungen oder komorbide Störungen (z. B. Dissoziation) längere Verläufe erfordern.

Als Nebenwirkungen werden emotionale Überflutung, körperliche Anspannung, Schamgefühle oder vorübergehende Verschlechterung der Symptome beschrieben. Einige Therapierte brechen die Behandlung vorzeitig ab, insbesondere bei fehlender sozialer Unterstützung oder instabilem Umfeld. Widersprüche zeigen sich in der Bewertung der Therapie: Während einige von schneller Linderung berichten, erleben andere EMDR als belastend oder unwirksam, besonders bei komplexen Traumata oder dissoziativen Symptomen.

Ausgewertete Quellen: www.psychotherapiepraxis.at · www.therapie.de

DIMENSION	PUNKTE	BEGRÜNDUNG
Direkte Studien zum Verfahren	●●● 3/3	Umfangreiche Studienlage mit 225 kontrollierten Arbeiten am Menschen, die die Wirksamkeit bei PTBS belegen.
Verwandte Evidenz	●●○ 2/3	Mechanismen wie Arbeitsgedächtnisbelastung und Rekonsolidierung sind plausibel, aber nicht spezifisch für EMDR belegt.
Wirklogik gegen bekannte Studien	●●○ 2/3	Wirkmechanismen sind teilweise durch verwandte Evidenz gestützt, aber das Zusammenspiel der Komponenten ist nicht vollständig geklärt.
Erfahrungslage Therapierte	●●○ 2/3	Heterogene, aber überwiegend positive Erfahrungsberichte, die auf Wirksamkeit bei bestimmten Traumata hindeuten.
Sicherheit und Verträglichkeit	●●○ 2/3	Nebenwirkungen sind dokumentiert, aber meist vorübergehend; Abbruchraten variieren je nach Komplexität der Störung.

Eine randomisierte kontrollierte Studie mit drei Armen (EMDR vs. EMDR ohne bilaterale Stimulation vs. Wartekontrollgruppe) bei Patient:innen mit PTBS, die über 12 Monate hinweg sowohl subjektive (z. B. PTSD-Checklist) als auch präklinische Messgrößen (z. B. funktionelle Bildgebung, Schlafparameter) erfasst. Primärer Endpunkt wäre die Veränderung der Symptomschwere, sekundäre Endpunkte die Analyse von Wirkmechanismen (z. B. Rekonsolidierung, Arbeitsgedächtnisbelastung). Die präklinischen Befunde sind nicht auf klinische Wirkungen am Menschen übertragbar und dienen als Hinweis auf mögliche Mechanismen, die in weiteren Studien am Menschen untersucht werden müssen.

Innovation hat selten Studien — die Lehrmeinung sagt dann „das geht nicht“. Wir sagen: Das ist eine offene Frage, und hier steht, wie man sie beantwortet. Hochschulen, Ausbildungsinstitute und Praxen, die dieses Verfahren untersuchen oder untersucht haben, können ihre Arbeit über info@ih-research.com einreichen; wir nehmen sie in die Studienlage auf und aktualisieren das Profil.

8. Erfahrungen Therapierte (Foren und Blogs)

Erfahrungslage, keine Studien: 35 Erfahrungsberichte aus 8 öffentlichen Quellen, ausgewertet nach Anlass, Ergebnis, Dauer und Nebenwirkungen.

Therapierte berichten heterogene Erfahrungen mit EMDR, die von deutlicher Symptomlinderung bis zu vorübergehender Verschlechterung oder ausbleibender Wirkung reichen. Häufig genannte positive Effekte sind die Reduktion von Flashbacks, Albträumen und emotionaler Belastung durch traumatische Erinnerungen, oft nach mehreren Sitzungen (typischerweise 5–20 über Wochen bis Monate). Einige Betroffene beschreiben eine schnelle Verbesserung der Alltagsbewältigung, insbesondere bei PTBS nach singulären Traumata (z. B. Unfälle, Gewalt). Negative Begleiterscheinungen umfassen emotionale Überflutung, körperliche Symptome (z. B. Übelkeit, Schwindel), Schlafstörungen oder verstärkte Ängstlichkeit zwischen den Sitzungen. Bei komplexen Traumata (z. B. langjähriger Missbrauch) wird EMDR teils als belastend erlebt, mit Schamgefühlen, Kontrollverlust oder vorübergehender Zunahme der Symptome.

Die Dauer der Therapie variiert stark: Während einige Patienten bereits nach wenigen Sitzungen Besserung erfahren, benötigen andere monate- bis jahrelange Begleitung. Widersprüche zeigen sich in der Bewertung der Methode – einige beschreiben EMDR als „lebensverändernd“, andere brechen die Therapie wegen mangelnder Wirkung oder zu hoher Belastung ab. Die Vorbereitung auf Sitzungen (z. B. Stabilisierungstechniken) und die therapeutische Beziehung werden als entscheidend für den Erfolg genannt. Körperliche oder dissoziative Reaktionen während der Sitzungen führen bei manchen zu Abbruch oder Anpassung der Methode (z. B. Klopftechnik statt Augenbewegungen).

Ausgewertete Quellen: affablyevil.substack.com · everybodysfavoritetherapist.substack.com · forum.wildwasser.de · lorrainecladish.substack.com · posttraumatische-belastungsstoerung.com · www.psychic.de · www.psychotherapiepraxis.at · www.therapie.de

9. Plausibilitätsprofil (FAIR)

Plausibilität: hoch — 11 von 15 Punkten

Das Profil ist kein Wirksamkeitsnachweis. Es beantwortet eine andere Frage:

KANN ES SEIN, DASS DAS VERFAHREN ETWAS BRINGT, AUCH WENN STUDIEN DAZU FEHLEN?

Fünf Dimensionen, je 0 bis 3 Punkte, jede mit Begründung. Es wird neu berechnet, sobald neue Arbeiten oder Berichte hinzukommen.

Stand: 12.09.2026 · direkte Arbeiten am Menschen: 542 · verwandte Arbeiten: 316 · Erfahrungsberichte: 35

DIMENSION	PUNKTE	BEGRÜNDUNG
Direkte Studien zum Verfahren	●● 3/3	Umfangreiche Studienlage mit 247 kontrollierten Arbeiten, die Wirksamkeit bei PTBS belegen, wenn auch mit methodischen Limitationen.
Verwandte Evidenz	●●○ 2/3	Mechanistische Studien stützen die AG-Belastungshypothese, doch die Spezifität der bilateralen Stimulation und ihre Rolle in komplexen Therapie
Wirklogik gegen bekannte Studien	●●○ 2/3	Plausible Wirkhypothesen (AG-Belastung, Rekonsolidierung), aber fehlende kausale Belege für die Notwendigkeit der bilateralen Stimulation.
Erfahrungslage Therapierter	●●○ 2/3	Heterogene, aber häufig positive Berichte zur Symptombreduktion, mit klaren Mustern zu Nebenwirkungen und Therapiedauer.
Sicherheit und Verträglichkeit	●●○ 2/3	EMDR gilt als sicher, aber emotionale und körperliche Belastungen während der Therapie sind dokumentiert und erfordern sorgfältige Indikations

10. Aufruf: Wer prüft das?

Eine multizentrische, randomisierte kontrollierte Studie mit drei Armen (EMDR mit bilateraler Stimulation vs. EMDR ohne bilaterale Stimulation vs. traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie) sollte bei PTBS-Patienten durchgeführt werden. Primäre Endpunkte wären die Reduktion der PTBS-Symptomatik (CAPS-5) und der Vividität traumatischer Erinnerungen (Skalen), sekundäre Endpunkte umfassen Arbeitsgedächtnisleistung (n-back-Test), neurophysiologische Marker (fMRI) und subjektive Belastung. Die Nachbeobachtung sollte mindestens 12 Monate betragen, um Langzeiteffekte und Rückfallraten zu erfassen.

11. Die belastbarsten Arbeiten

Geordnet nach Aussagekraft, nicht nach Bekanntheit. Die vollständige Auswertung umfasst deutlich mehr Arbeiten; hier stehen die tragfähigsten.

Kontrollierte Studien am Menschen

- ¹ Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis (2019)
- ² Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder (2015)
- Die Rolle der Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-Therapie in der Medizin: Behandlung psychischer und körperlicher Symptome, die aus (2014) resultieren
- ³ Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients (2016)
- ⁴ The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a meta-analysis (2016)
- ⁵ EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review (2017)
- ⁶ Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma (2020)
- ⁷ Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis (2015)

- ⁸ EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial (2015)
- ⁹ A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children (2011)
- ¹⁰ Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual for refugees: randomised controlled trial (2016)
- ¹¹ Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: a randomized, controlled pi (2014)
- ¹² Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review (2014)
- ¹³ Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review a (2018)
- ¹⁴ The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: A network and pairwise meta-analysis of randomized controlled trials (2023)
- Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis (2018)
- ¹⁵ Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic st (2017)
- ¹⁶ The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials (2020)
- ¹⁷ An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Rando (2018)
- ¹⁸ A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list (2013)
- ¹⁹ Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Treatment-as-Usual for Non-Specific Chronic Back Pain Patients with Psychological Trauma: A Randomiz (2016)
- ²⁰ EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis (2024)
- ²¹ Clinical efficacy of trauma-focused psychotherapies in treatment-resistant depression (TRD) in-patients: A randomized, controlled pilot-study (2019)
- ²² A five-day inpatient EMDR treatment programme for PTSD: pilot study (2018)

EMDR ist als Psychotherapieverfahren zur Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen in kontrollierten Studien untersucht. Einzelne Studien wiesen vergleichbare Effekte zu etablierten Verfahren wie traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (TF-CBT) oder prolongierter Exposition (PE) auf, mit teilweise schnelleren Behandlungserfolgen, insbesondere bei Intrusions- und Übererregungssymptomen. Die Sicherheit und Verträglichkeit von EMDR wurden in mehreren Studien dokumentiert, mit niedrigen Abbruchraten (5–15 %). Für komplexe PTBS und komorbide Störungen wie Psychosen oder bipolare Erkrankungen liefern erste Studien mit kleinen Stichproben oder kurzen Follow-up-Zeiträumen Hinweise.

Die vorliegenden kontrollierten Studien deuten auf signifikante Effekte hin, sind jedoch durch Heterogenität, fehlende aktive Kontrollgruppen und kurze Follow-up-Zeiträume limitiert. Bei Geflüchteten mit komplexen Traumata scheint EMDR sicher, aber nicht wirksamer als stabilisierende Verfahren. Die breite Anwendung von EMDR über PTBS hinaus steht in einem Missverhältnis zur Datenlage, was auf eine mögliche Überschätzung der Wirksamkeit in nicht-traumatischen Indikationen hindeutet. **Vermutung:** Eine gezielte Kombination von EMDR mit anderen Therapieformen (z. B. Stabilisierungstechniken) könnte die Effekte bei komplexen Traumata oder komorbiden Störungen verstärken, bedarf jedoch weiterer empirischer Prüfung.

Um die Evidenzlage zu EMDR zu stärken, sind RCTs mit größeren Stichproben, längeren Follow-up-Zeiträumen (mindestens 12–24 Monate) und standardisierten Protokollen erforderlich. Besonders dringend sind Studien zu: 1) der Wirksamkeit und Sicherheit von EMDR bei nicht-traumatischen Indikationen (z. B. chronische Schmerzen, Depressionen), 2) der Nachhaltigkeit der Effekte bei komplexer PTBS und komorbiden Störungen, 3) der Identifikation von Prädiktoren für Therapieerfolg (z. B. Traumaverarbeitung vs. Affektregulation), 4) der Klärung der Wirkmechanismen durch experimentelle Designs (z. B. Vergleich verschiedener bilateraler Stimulationsformen) und 5) der Kosten-Effektivität und Implementierung in der Routineversorgung. Zudem sollten systematische Reviews und Metaanalysen auf Publikationsverzerrungen und Heterogenität der Studienprotokolle achten, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu verbessern.

12. Resümee

EMDR ist ein manualisiertes, traumafokussiertes Psychotherapieverfahren mit gut belegter Wirksamkeit bei PTBS. Die Evidenz stützt sich auf 225 kontrollierte Studien am Menschen, die signifikante Reduktionen der PTBS-Symptomatik bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zeigen. Effekte sind vergleichbar mit anderen traumafokussierten Verfahren wie TF-CBT oder prolongierter Exposition und bleiben in Follow-up-Untersuchungen stabil. Die bilaterale Stimulation in EMDR konkurriert mit dem Arbeitsgedächtnis um Ressourcen, was zu einer Reduktion der Vividität und emotionalen Intensität traumatischer Erinnerungen führt. Dies ist durch Studien belegt, die funktionelle Bildgebung oder AG-belastende Aufgaben nutzen.

Plausibel ist die Annahme, dass EMDR die Rekonsolidierung von Erinnerungen beeinflusst, indem die bilaterale Stimulation während des Abrufs die Gedächtnisspur destabilisiert und eine Neubewertung ermöglicht. Diese Hypothese wird durch Studien zu ähnlichen Mechanismen bei anderen traumafokussierten Verfahren gestützt, direkte Nachweise für EMDR fehlen jedoch. **Vermutung:** Die subjektive Schlafverbesserung nach EMDR könnte auf eine Reduktion von Alpträumen und nächtlichen Intrusionen zurückgehen, obwohl objektive Schlafparameter keine konsistenten Veränderungen zeigen. **Vermutung:** Die Kombination mehrerer Wirkmechanismen (z. B. Arbeitsgedächtnisbelastung, kognitive Neubewertung) könnte die langfristige Verarbeitung traumatischer Erinnerungen erklären, ist jedoch nicht vollständig geklärt.

Um die Evidenzlage zu stärken, wären Studien erforderlich, die spezifische Wirkmechanismen von EMDR direkt untersuchen, insbesondere die Rolle der bilateralen Stimulation und der Rekonsolidierung. Langzeitstudien mit größeren Stichproben und längeren Follow-up-Zeiträumen sind notwendig, um die Nachhaltigkeit der Effekte bei komplexen Traumafolgestörungen und komorbiden Störungen zu prüfen. Zudem fehlen hochwertige RCTs zu Nicht-PTBS-

Indikationen wie chronischen Schmerzen oder Depressionen, die eine klare Abgrenzung zu etablierten Verfahren oder Placebo ermöglichen.

13. Was offen ist

- **Wirkmechanismus:** Unklar, ob bilaterale Stimulation essenziell ist oder ob andere Faktoren (z. B. Exposition) den Effekt erklären.
- **Langzeiteffekte:** Fehlende Daten zu Nachhaltigkeit über 12 Monate hinaus, insbesondere bei komplexen Traumafolgestörungen.
- **Kombinationstherapien:** Kaum Studien, die **EMDR** systematisch mit Pharmakotherapie oder anderen Psychotherapieformen vergleichen.

Häufige Fragen

Ist EMDR wirksamer als prolongierte Exposition bei PTBS?

Die meisten kontrollierten Studien zeigen **keine signifikanten Unterschiede** in der Wirksamkeit zwischen **EMDR** und prolongierter Exposition. Beide Verfahren reduzieren PTBS-Symptome vergleichbar, wobei **EMDR** von Patienten oft als weniger belastend empfunden wird. Metaanalysen bestätigen diese Äquivalenz, weisen aber auf methodische Limitationen hin, etwa fehlende Verblindung oder kurze Follow-up-Phasen.

Kann EMDR auch ohne Augenbewegungen durchgeführt werden?

Ja, bilaterale Stimulation kann auch taktil (z. B. durch Handklopfen) oder auditiv erfolgen. Einige Studien deuten darauf hin, dass die **Art der Stimulation** keinen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit hat. Allerdings fehlen direkte Vergleiche zwischen den verschiedenen Modalitäten in großen kontrollierten Studien.

Eignet sich EMDR für Patienten mit komplexer PTBS?

Die Datenlage ist **begrenzt, aber vielversprechend**. Einige kontrollierte Studien zeigen positive Effekte auf Symptome wie Emotionsregulation oder Dissoziation, allerdings oft in Kombination mit stabilisierenden Techniken. **EMDR** wird hier häufig als Teil eines multimodalen Ansatzes eingesetzt. Die Evidenz reicht jedoch nicht aus, um es als **Monotherapie** bei komplexer PTBS zu empfehlen.

Quellen

- 1 Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis
Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M et al. · 2019
- 2 Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial
van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, Van Minnen A et al. · 2015
- 3 Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders
de Bont PA, van den Berg DP, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van der Gaag M et al. · 2016
- 4 The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial
Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, Senay I, Sijbrandij M, Gulen B et al. · 2016
- 5 EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review
Valiente-Gómez A, Moreno-Alcázar A, Treen D, Cedrón C, Colom F, Pérez V et al. · 2017
- 6 Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial
Botelho de Haan KL, Lee CW, Fassbinder E, van Es SM, Menninga S, Meewisse ML et al. · 2020
- 7 Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis
Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X · 2015
- 8 EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial
Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, Senay I, Sijbrandij M, Cuijpers P et al. · 2015
- 9 A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children
de Roos C, Greenwald R, den Hollander-Gijsman M, Noorthoorn E, van Buuren S, de Jongh A · 2011
- 10 Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual for refugees: randomised controlled trial
Ter Heide FJ, Mooren TM, van de Schoot R, de Jongh A, Kleber RJ · 2016
- 11 Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: a randomized, controlled pilot-study
Novo P, Landin-Romero R, Radua J, Vicens V, Fernandez I, Garcia F et al. · 2014
- 12 Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review
Tesarz J, Leisner S, Gerhardt A, Janke S, Seidler GH, Eich W et al. · 2014
- 13 Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials
Khan AM, Dar S, Ahmed R, Bachu R, Adnan M, Kotapati VP · 2018
- 14 The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: A network and pairwise meta-analysis of randomized controlled trials
Hoppen TH, Jehn M, Holling H, Mutz J, Kip A, Morina N · 2023
- 15 Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial
de Roos C, van der Oord S, Zijlstra B, Lucassen S, Perrin S, Emmelkamp P et al. · 2017
- 16 The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials
Yunitri N, Kao CC, Chu H, Voss J, Chiu HL, Liu D et al. · 2020
- 17 An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial
Yurtsever A, Konuk E, Akyüz T, Zai Z, Tükel F, Çetinkaya M et al. · 2018
- 18 A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis
de Bont PA, van den Berg DP, van der Vleugel BM, de Roos C, Mulder CL, Becker ES et al. · 2013
- 19 Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Treatment-as-Usual for Non-Specific Chronic Back Pain Patients with Psychological Trauma: A Randomized Controlled Pilot Study
Gerhardt A, Leisner S, Hartmann M, Janke S, Seidler GH, Eich W et al. · 2016
- 20 EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis
Wright SL, Karyotaki E, Cuijpers P, Bisson J, Papola D, Witteveen A et al. · 2024
- 21 Clinical efficacy of trauma-focused psychotherapies in treatment-resistant depression (TRD) in-patients: A randomized, controlled pilot-study
Minelli A, Zampieri E, Sacco C, Bazzanella R, Mezzetti N, Tessari E et al. · 2019
- 22 A five-day inpatient EMDR treatment programme for PTSD: pilot study
Zepeda Méndez M, Nijdam MJ, Ter Heide FJJ, van der Aa N, Olff M · 2018
- 23 Degrading traumatic memories with eye movements: a pilot functional MRI study in PTSD
Thomas K, Engelhard IM, Sijbrandij M, Cath DC, Van den Heuvel OA · 2016
- 24 The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Depression: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials
Seok JW, Kim JI · 2024
- 25 Subjective and objective sleep disturbances following trauma-focused treatment
Porten S, Friedmann F, Schoofs N, Barth C, Meyer K, Santangelo P et al. · 2025
- 26 Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder
Van Woudenberg C, Voorendonk EM, Bongaerts H, Zoet HA, Verhagen M, Lee CW et al. · 2018
- 27 Virtual Reality-Based Treatment for Military Members and Veterans With Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Protocol for a Multimodal Motion-Assisted Memory Desensitization and Reconsolidation Randomized Controlled Trial
Jones C, Smith-MacDonald L, Miguel-Cruz A, Pike A, van Gelderen M, Lentz L et al. · 2020
- 28 The Effects of the Flash Technique Compared to Those of an Abbreviated Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Protocol on the Emotionality and Vividness of Aversive Memories
Brouwers TC, de Jongh A, Matthijsen SJMA · 2021

International Health Research

Forschung, eingeordnet. Jede Aussage führt zur Originalarbeit; die Entscheidung im Einzelfall trifft die behandelnde Person.
ih-research.com/wissen/emdr/ · Stand 2026-10-15