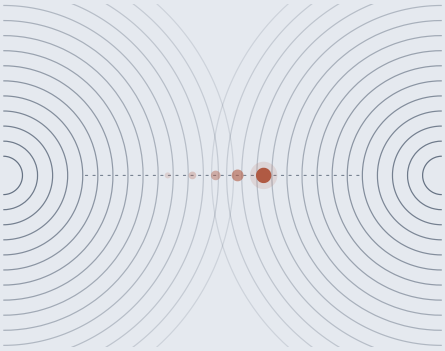
TRAUMATHERAPIE VERSTÄNDLICH ERKLÄRT

EMDR

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING

Was die Methode ist, wie sie nach heutigem Wissen wirkt – und wie gut sie wissenschaftlich untersucht ist.



Kurz gesagt: EMDR gehört zu den am besten untersuchten Behandlungen der PTBS und wird in Deutschland und international empfohlen. Dieses Informationsblatt fasst den aktuellen Stand der Forschung zu EMDR verständlich zusammen. Es trennt bewusst zwischen dem, was **gut belegt** ●●● ist, was nur **teilweise belegt** ●●○ ist und was die Wissenschaft **bislang nicht erklären** ○○○ kann. Quellen: Seite 5.

Auf einen Blick

- EMDR ist eine strukturierte psychotherapeutische Methode zur Verarbeitung belastender Erinnerungen. Entwickelt wurde sie ab 1987 von der US-amerikanischen Psychologin Francine Shapiro.
- Am besten belegt ist die Wirksamkeit bei der **Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)**. Die deutsche S3-Leitlinie, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weitere internationale Leitlinien empfehlen EMDR.
- Nach den bisherigen Studien wirkt EMDR **ähnlich gut wie andere traumafokussierte Therapien**. Ein klarer Vorteil gegenüber diesen ist nicht belegt.
- Wie EMDR im Gehirn wirkt, ist **noch nicht vollständig geklärt**. Am besten gestützt ist eine Erklärung über das Arbeitsgedächtnis.
- EMDR wird zunehmend auch bei anderen Beschwerden wie Ängsten eingesetzt und erforscht.

01 Was ist EMDR?

EMDR steht für *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, sinngemäß: Desensibilisierung und Neuverarbeitung mit Hilfe von Augenbewegungen. Die Methode richtet sich auf Erinnerungen, die auch lange nach einem Ereignis noch stark belasten und sich teils anfühlen, als geschähe es gerade erst – etwa als sich aufdrängende Bilder, Albträume oder starke Anspannung bei allem, was an das Erlebte erinnert.

Kernstück ist ein besonderes Vorgehen: Sie richten Ihre Aufmerksamkeit für kurze Zeit auf einen Ausschnitt der belastenden Erinnerung und folgen gleichzeitig mit den Augen den Fingern der Therapeutin oder des Therapeuten, die sich gleichmäßig hin und her bewegen. Statt der Augenbewegungen können auch kurze abwechselnde Berührungen, z. B. der Handrücken, oder abwechselnde Töne eingesetzt werden. Fachleute sprechen von **bilateraler Stimulation**.

Sie bleiben dabei die ganze Zeit wach und bei klarem Bewusstsein, behalten die Kontrolle und können jederzeit unterbrechen. EMDR ist keine Hypnose. Anders als bei manchen anderen Traumatherapien müssen Sie das Erlebte nicht ausführlich schildern (WHO, 2013).



Kurze Geschichte

1987 Nach eigener Schilderung bemerkt Francine Shapiro bei einem Spaziergang, dass belastende Gedanken nach spontanen Augenbewegungen an Kraft verlieren.

1989 Erste kontrollierte Studie, damals noch unter dem Namen „EMD".

1991 Umbenennung in EMDR. Seitdem wurde die Methode in zahlreichen Studien untersucht.

02

Wie läuft eine EMDR-Behandlung ab?

EMDR folgt einem festgelegten Ablauf in acht Phasen (Bezeichnungen nach der Beschreibung des Gemeinsamen Bundesausschusses, G-BA). Nicht jede Phase füllt eine eigene Sitzung: Manche dauern nur wenige Minuten, andere erstrecken sich über mehrere Termine.

1

Anamnese und Behandlungsplanung

Wir besprechen Ihre Vorgeschichte und aktuellen Beschwerden, klären, ob EMDR für Sie passt, und wählen gemeinsam die Erinnerungen aus, die bearbeitet werden sollen.

2

Vorbereitung und Stabilisierung

Sie lernen das Vorgehen kennen. Wir vereinbaren ein Stoppsignal und üben Möglichkeiten, sich bei starker Anspannung selbst zu beruhigen.

3

Bewertung

Wir bestimmen ein Bild der Erinnerung, einen belastenden Gedanken über sich (z. B. „Ich bin hilflos"), einen hilfreichen Gegengedanken sowie Gefühle und Körperempfindungen. Sie schätzen die Belastung von 0 bis 10 ein.

4 Kernstück

Desensibilisierung

Sie rufen sich die Erinnerung kurz ins Gedächtnis, während eine Serie bilateraler Stimulation läuft. Danach berichten Sie knapp, was Ihnen auffällt. Das wird wiederholt, bis die Belastung deutlich gesunken ist.

5

Verankerung

Der hilfreiche Gedanke (z. B. „Ich habe es überstanden") wird mit der Erinnerung verbunden und gestärkt. Sie schätzen ein, wie stimmig er sich anfühlt (Skala 1 bis 7).

6

Körper-Test

Sie achten darauf, ob beim Gedanken an die Erinnerung noch Anspannung im Körper spürbar ist. Falls ja, wird diese weiter bearbeitet.

7

Abschluss

Ziel ist, jede Sitzung so zu beenden, dass Sie sich wieder stabil fühlen. Sie erhalten Hinweise für die Zeit bis zum nächsten Termin.

8

Überprüfung

Zu Beginn der folgenden Sitzung schauen wir gemeinsam, was sich verändert hat, und planen die nächsten Schritte.

Gut zu wissen

Wie lange dauert eine Behandlung?

Das ist individuell verschieden und hängt u. a. davon ab, ob es um ein einzelnes Ereignis oder um mehrfache, länger andauernde Belastungen geht. Die britische NICE-Leitlinie nennt für EMDR bei Erwachsenen mit PTBS typischerweise 8 bis 12 Sitzungen, bei Bedarf auch mehr. EMDR ist dabei in eine umfassende Psychotherapie eingebettet.

Was nach einer Sitzung passieren kann

Die Verarbeitung kann nachwirken. Manche Menschen berichten von Müdigkeit, intensiveren Träumen, neu auftauchenden Erinnerungen oder einer vorübergehend stärkeren Belastung. In Studien wurden unerwünschte Wirkungen bisher nur selten systematisch erfasst; wo sie dokumentiert wurden, waren sie überwiegend leicht und vorübergehend (van Schie & van Veen, 2025). Bitte sprechen Sie solche Erfahrungen an – bei starker Belastung auch schon vor der nächsten Sitzung.

Wann EMDR (noch) nicht passt

Vor Beginn klären wir gemeinsam, ob EMDR derzeit sinnvoll ist. Vorrang haben z. B. Ihre aktuelle Sicherheit (etwa bei andauernder Bedrohung oder weiterem Kontakt zu Täterinnen oder Tätern) sowie die Behandlung akuter Krisen mit Suizidgefahr oder einer akuten Psychose. Ob andere Erkrankungen gegen eine Behandlung sprechen, wird im Einzelfall abgewogen.

Erinnerungen und rechtliche Verfahren

Erinnerungen sind keine exakten Aufzeichnungen: Das Gedächtnis setzt sie beim Abrufen neu zusammen, und sie können sich dabei verändern. Was in einer Sitzung auftaucht, ist daher nicht automatisch eine genaue Abbildung der Vergangenheit. Falls ein Strafverfahren läuft oder geplant ist: Laut S3-Leitlinie gibt es derzeit keine Hinweise darauf, dass eine fachgerecht durchgeführte traumafokussierte Therapie die Aussagefähigkeit beeinträchtigt. Im Verfahren kann aber geprüft werden, ob eine Therapie eine Aussage beeinflusst haben könnte. Bitte sprechen Sie das deshalb vorab an.

Wird die Erinnerung „gelöscht"?

Nein – das ist auch nicht das Ziel. Die Erinnerung soll weniger belastend werden und sich als vergangen einordnen lassen.

Was, wenn es zu viel wird?

Sie können jederzeit das vereinbarte Stoppsignal geben. Die Stimulation wird dann unterbrochen, und wir nutzen die eingeübten Möglichkeiten zur Beruhigung.

Ist EMDR das Richtige für mich?

Das entscheiden wir gemeinsam. EMDR ist eine von mehreren gut untersuchten Möglichkeiten; die S3-Leitlinie betont, dass Ihre Bedürfnisse in die Therapieplanung einfließen.

03

Wie wirkt EMDR im Gehirn?

Vorweg: Dass EMDR bei PTBS wirkt, ist gut belegt. Offen ist vor allem, warum genau. Denn wie bei anderen Psychotherapien ist auch bei EMDR der genaue Wirkmechanismus noch nicht abschließend geklärt. Eine systematische Übersichtsarbeit kam 2018 zu dem Schluss, dass die Forschung dazu noch am Anfang steht (Landin-Romero et al., 2018). Es gibt aber gut untersuchte Teilbefunde – und Modelle, die (noch) Hypothesen sind.

Warum belastende Erinnerungen „hängen bleiben" können

Viele Menschen reagieren nach einem traumatischen Erlebnis vorübergehend mit Belastungssymptomen; nur ein Teil entwickelt eine PTBS. Bei einer PTBS drängen sich Erinnerungen ungewollt auf und fühlen sich oft so an, als geschähe das Ereignis jetzt. Gängige wissenschaftliche Modelle gehen davon aus, dass solche Erinnerungen nicht ausreichend in das übrige Gedächtnis eingeordnet sind: Sinneseindrücke werden abgerufen, ohne klar als „damals" und „vorbei" gekennzeichnet zu sein. An Gedächtnis und Angstreaktionen sind u. a. diese drei Hirnregionen beteiligt:

Bildgebungsstudien zeigen bei Menschen mit PTBS im Gruppenvergleich u. a. eine stärkere Aktivierung der Amygdala und eine geringere Aktivierung von Bereichen des präfrontalen Kortex, die an der Gefühlsregulation beteiligt sind (Etkin & Wager, 2007). Solche Befunde beschreiben Durchschnittswerte von Gruppen; für eine Diagnose im Einzelfall eignen sie sich nicht.

Amygdala
„Mandelkern"
Beteiligt an der Bewertung von Bedrohung und an Angstreaktionen.

Hippocampus
im Schläfenlappen gelegen
Wichtig, um Erlebnisse zeitlich und räumlich einzuordnen – also als „damals, dort" abzuspeichern.

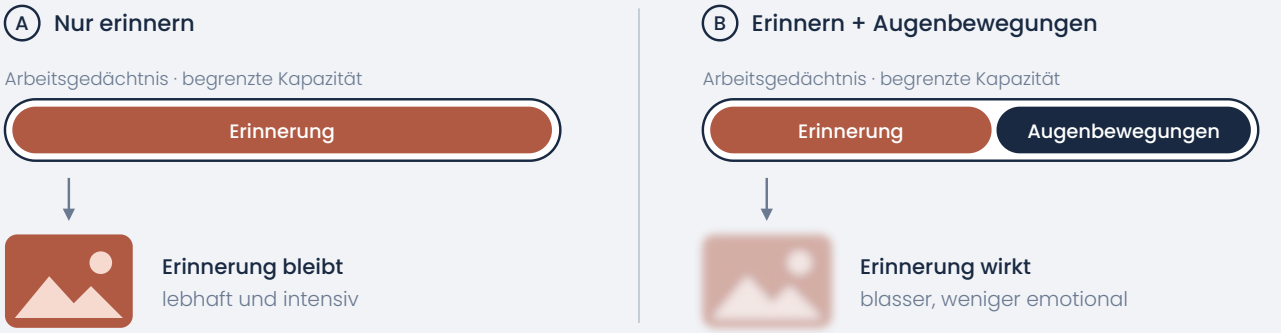
Präfrontaler Kortex
vorderer Teil des Stirnhirns
Unter anderem an der Regulation von Gefühlen beteiligt.

Der am besten gestützte Erklärungsansatz: das Arbeitsgedächtnis

●●● im Labor gut belegt

Das Arbeitsgedächtnis ist gewissermaßen der „Arbeitsspeicher" des Gehirns, in dem wir Informationen kurzzeitig präsent halten. Seine Kapazität ist begrenzt. Nach diesem Ansatz hat, wer eine belastende Erinnerung abruft und *gleichzeitig* eine fordernde Zweitaufgabe ausführt – etwa mit den Augen den Fingern folgen –, weniger Kapazität für die Erinnerung. Sie wird dadurch weniger lebhaft und weniger emotional erlebt. Die Annahme ist, dass sie anschließend in dieser abgeschwächten Form wieder abgespeichert wird.

Abbildung 1 Das Arbeitsgedächtnis-Modell (vereinfacht)



Der Grundeffekt ist in Laborstudien gut belegt: Eine Meta-Analyse zahlreicher Experimente fand, dass Erinnerungen nach solchen Doppelaufgaben als weniger lebhaft und weniger emotional bewertet werden – übrigens auch positive Erinnerungen (Mertens et al., 2021). Das passt zur Annahme, dass die Beanspruchung des Arbeitsgedächtnisses eine zentrale Rolle spielt.

Sind gerade die Augenbewegungen entscheidend?

●●○ umstritten

Eine Meta-Analyse fand in Therapiestudien einen mittleren Zusatznutzen der Augenbewegungen (Lee & Cuijpers, 2013). In einer großen deutschen Studie mit 139 Patientinnen und Patienten wirkte EMDR mit Augenbewegungen jedoch nicht besser als eine Variante, bei der der Blick auf die unbewegte Hand gerichtet blieb. Beide Varianten verringerten die PTBS-Symptome aber stärker als das Vergegenwärtigen der Erinnerung ohne äußeren Aufmerksamkeitsfokus (Sack et al., 2016).

Und Töne statt Augenbewegungen? In Laborversuchen mit gesunden Freiwilligen beanspruchten Augenbewegungen das Arbeitsgedächtnis stärker als abwechselnde Töne und verringerten die Lebhaftigkeit negativer Erinnerungen deutlicher (van den Hout et al., 2011). Welche Form der Stimulation im Einzelfall passt, besprechen wir gemeinsam.

Hinweise aus Hirnforschung und Tierversuchen ●●○ erste Befunde

Beim Menschen: In zwei Experimenten mit je 24 gesunden Erwachsenen dämpften gezielte Augenbewegungen im Hirnscanner (fMRT) vorübergehend die Aktivität der Amygdala. Wurden sie beim Verlernen einer im Labor erzeugten Angstreaktion eingesetzt, kehrte die Angst am nächsten Tag weniger stark zurück (de Voogd et al., 2018).

Bei Mäusen: Abwechselnd links und rechts aufleuchtende Lichtreize während des Verlernens einer Angstreaktion verringerten die Angst nachhaltiger als das Verlernen ohne diese Reize. Beteiligt war eine Nervenbahn vom Colliculus superior (einer Struktur im Mittelhirn, die u. a. an Blickbewegungen beteiligt ist) über den mediodorsalen Thalamus, die angstkodierende Zellen in der Amygdala hemmte (Baek et al., 2019).

Einordnung

Diese Studien sind wichtige Bausteine. Sie wurden aber an gesunden Menschen bzw. an Mäusen und mit einfachen, im Labor erzeugten Angstreaktionen durchgeführt – nicht in einer EMDR-Therapie. Dass EMDR bei Patientinnen und Patienten über genau diese Mechanismen wirkt, ist damit nicht bewiesen.

Auch nach erfolgreicher EMDR-Behandlung wurden Veränderungen der Hirnaktivität beschrieben. Die Studien sind meist klein; ob die Veränderungen spezifisch für EMDR sind, ist offen (Landin-Romero et al., 2018).

Hypothesen, die noch nicht belegt sind ○○○ offen

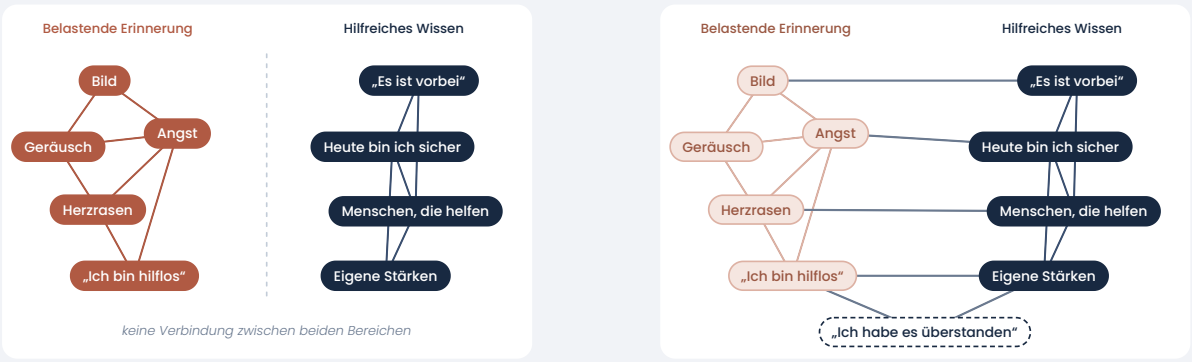
Rekonsolidierung: Tierversuche zeigen, dass abgerufene Erinnerungen unter bestimmten Bedingungen vorübergehend veränderbar werden, bevor sie erneut gefestigt werden (Nader et al., 2000). Ob EMDR dieses Zeitfenster nutzt, ist nicht nachgewiesen.

Orientierungsreaktion, REM-Schlaf: Weitere Annahmen lauten, die Stimulation löse eine beruhigende Orientierungsreaktion aus oder ähnele Vorgängen im Traumschlaf (REM-Schlaf). Dazu gibt es einzelne Befunde, aber keine gesicherten Belege.

Ein Modell zur Veranschaulichung: Erinnerungsnetzwerke

Francine Shapiro erklärte EMDR mit dem Modell der **adaptiven Informationsverarbeitung** (AIP-Modell, engl. *Adaptive Information Processing*). Danach bleibt eine belastende Erfahrung gewissermaßen „unverarbeitet" und isoliert gespeichert – mit den Bildern, Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken von damals. In der Behandlung soll sie mit hilfreichen Erfahrungen und heutigem Wissen verknüpft werden, etwa mit „Es ist vorbei". Das AIP-Modell ist ein **klinisches Arbeitsmodell**: Es hilft, das Vorgehen zu verstehen, ist als Beschreibung der Vorgänge im Gehirn aber nicht direkt nachgewiesen.

Abbildung 2 Erinnerungsnetzwerke nach dem AIP-Modell (vereinfachte Modellvorstellung)



Die Kästchen stehen für Gedächtnisinhalte, nicht für Nervenzellen. Nach dem Modell bleibt die Erinnerung erhalten, wird aber mit hilfreichem Wissen verbunden und weniger belastend erlebt (blasser in B; gestrichelt: neu gewonnene hilfreiche Überzeugung). Dass EMDR genau so wirkt, ist im Gehirn bisher nicht direkt nachgewiesen.

„Neurons that fire together, wire together."

Kurzformel der Hebb'schen Lernregel

Der kanadische Psychologe **Donald O. Hebb** formulierte 1949 eine Lernregel: Ist eine Nervenzelle wiederholt daran beteiligt, eine andere zu aktivieren, wird die Verbindung zwischen beiden stärker. Die eingängige Kurzformel verbreitete sich Anfang der 1990er-Jahre. Solche aktivitätsabhängigen Veränderungen gelten als wichtiger Mechanismus von Lernen und Gedächtnis.

Ob und wie dieses Prinzip bei EMDR konkret zum Tragen kommt, ist **nicht nachgewiesen**. Abbildung 2 ist ein Bild für das Modell – keine Darstellung von Nervenzellen.

04

Wie gut ist EMDR erforscht?

Anerkennung in Gremien und Leitlinien

2006 — **Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie:** EMDR bei Erwachsenen mit PTBS wissenschaftlich anerkannt; für Kinder und Jugendliche 2014 nicht (zu wenige methodisch ausreichende Studien).

2014 — **G-BA:** Nutzen bei Erwachsenen mit PTBS belegt; seit 2015 innerhalb der kassenfinanzierten Richtlinienpsychotherapie anwendbar, seit 2024 auch in der Systemischen Therapie. (Gesetzliche Kassen erstatten Leistungen von Heilpraktikern für Psychotherapie nicht.)

2018 — **NICE (Großbritannien):** EMDR soll Erwachsenen mit PTBS angeboten werden, wenn das Trauma über drei Monate zurückliegt und nicht aus einem Kampfeinsatz stammt.

2019 — **ISTSS** (internationale Fachgesellschaft): starke Empfehlung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit PTBS.

2023 — **WHO** (Aktualisierung der Empfehlung von 2013): EMDR unter den empfohlenen Behandlungen; starke Empfehlung für Kinder und Jugendliche, bedingte für Erwachsene; Evidenzqualität jeweils „moderat".

2026 — **S3-Leitlinie PTBS:** Traumafokussierte Psychotherapie soll angeboten werden (Empfehlungsgrad A); EMDR zählt zu den Verfahren mit robuster Evidenz. Kinder und Jugendliche: umfassendste Evidenz für traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie, weitere Evidenz für EMDR.

Was große Übersichtsarbeiten zeigen

- **Gegenüber Kontrollbedingungen** (z. B. Warteliste) verringerte EMDR die PTBS-Symptome deutlich (Effektstärke g = 0,93, ein großer Effekt). Gleichzeitig gilt: Nur 4 von 27 Studien hatten ein geringes Verzerrungsrisiko, und es gab Hinweise auf Publikationsverzerrung. Fazit der Autoren: EMDR kann kurzfristig wirksam sein, für endgültige Schlüsse reicht die Studienqualität nicht aus (Cuijpers et al., 2020).
- **Im Vergleich mit anderen psychologischen Behandlungen** zeigte sich kein signifikanter Unterschied – weder bei der Symptomverringerung noch bei Ansprechen, Remission oder Therapieabbrüchen (Einzeldaten von 346 Personen aus 8 Studien; Wright et al., 2024).
- **Gesamtbewertung:** Die S3-Leitlinie stuft die Evidenzqualität für traumafokussierte Psychotherapie bei PTBS als „moderat" ein und empfiehlt sie dennoch stark – u. a. weil die Ergebnisse vieler Meta-Analysen übereinstimmen.
- **Andere Beschwerden:** Für eine Empfehlung außerhalb der PTBS reichten die Belege 2020 nicht aus (Cuijpers et al., 2020).

●●● Gut belegt

- EMDR verringert PTBS-Symptome bei Erwachsenen (Evidenzqualität „moderat").
- Leitlinien empfehlen EMDR bei PTBS als eine von mehreren traumafokussierten Therapien.
- Doppelaufgaben lassen Erinnerungen im Labor weniger lebhaft und emotional erscheinen.

●●○ Teilweise belegt

- Gleichwertigkeit mit anderen traumafokussierten Therapien (bisher kein Unterschied gefunden)
- Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS
- Langfristige Stabilität der Effekte
- Zusatznutzen gerade der Augenbewegungen
- Wirksamkeit bei anderen Beschwerden als PTBS

○○○ Offen

- Genauer Wirkmechanismus im menschlichen Gehirn
- Ob die Annahmen des AIP-Modells zutreffen
- Wie häufig unerwünschte Wirkungen sind

Patrick Raulin-Lohr
Heilpraktiker für Psychotherapie · Gestalttherapeut (IGE)
Gießereistraße 6, 83022 Rosenheim
Tel. 0151 614 42 941 · info@patrickraulin.de · patrickraulin.de

In akuten Krisen: Notruf 112 · TelefonSeelsorge 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222 (kostenfrei, rund um die Uhr)

Dieses Informationsblatt dient der allgemeinen Information und ersetzt kein persönliches Aufklärungsgespräch. Wie bei jeder Psychotherapie kann ein Behandlungserfolg nicht garantiert werden. Stand: Oktober 2026.

Quellen (Auswahl)

Baek J. et al. (2019). *Nature*, 566, 339–343.
Cuijpers P. et al. (2020). *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165–180.
de Voogd L. D. et al. (2018). *Journal of Neuroscience*, 38(40), 8694–8706.
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2026). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*, Version 7.0, AWMF-Register-Nr. 155-001.
Etkin A., Wager T. D. (2007). *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476–1488.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2014, 2024). Beschlüsse zur Psychotherapie-Richtlinie: EMDR bei Erwachsenen mit PTBS.
Hebb D. O. (1949). *The Organization of Behavior*. New York: Wiley.
ISTSS (2019). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines*.
Landin-Romero R. et al. (2018). *Frontiers in Psychology*, 9, 1395.
Lee C. W., Cuijpers P. (2013). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231–239.
Mertens G., Lund M., Engelhard I. M. (2021). *Acta Psychologica*, 220, 103424.
Nader K., Schafe G. E., LeDoux J. E. (2000). *Nature*, 406, 722–726.
NICE (2018). *Post-traumatic stress disorder*, Leitlinie NG116.
Sack M. et al. (2016). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(6), 357–365.
Shapiro F. (1989). *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199–223.
van den Hout M. A. et al. (2011). *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 92–98.
van Schie K., van Veen S. C. (2025). *Current Opinion in Psychology*, 102155.
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006, 2014). Gutachten zur EMDR-Methode (Erwachsene; Kinder und Jugendliche).
World Health Organization (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*; WHO (2023). *mhGAP guideline update*.
Wright S. L. et al. (2024). *Psychological Medicine*, 54(8), 1580–1588.