



Einbettung von Brainspotting in Kognitive Verhaltenstherapie nach singulären belastenden/traumatisierenden Erlebnissen

Evaluierung einer Kombination aus Brainspotting und kognitiver Verhaltenstherapie

Susanne Glantschnig

Angenommen: 15. April 2025
 © The Author(s) 2025

Zusammenfassung Basierend auf der Annahme, dass bestimmte Augenpositionen mit therapierelevanten Belastungserfahrungen korrespondieren, wurde Brainspotting aus dem EMDR heraus als Behandlungsmethode entwickelt, damit Verarbeitungsprozesse über die Körperebene angestoßen werden. Über Affektbrücken können erworbene Muster von Stress- bzw. Traumareaktionen umstrukturiert werden. Brainspotting kann in die von den Therapeut:innen angewendete psychotherapeutische Methode integriert werden.

Die Studie prüft die Wirksamkeit von Brainspotting in Kombination mit Kognitiver Verhaltenstherapie in einer randomisierten zweiarmigen Studie: „Brainspotting sofort“ versus „Brainspotting später“.

Early response war in der Gruppe „Brainspotting sofort“ signifikant höher als bei jenen, die Brainspotting nach der early response-Messung erhielten. Bei Therapie-Ende und katamnestisch zeigten sich für beide Gruppen große Effekte in der Impact of Event Scale. Angst- und Depressionssymptome haben sich signifikant und nachhaltig gebessert.

Beim kombinierten Einsatz von Brainspotting mit Kognitiver Verhaltenstherapie zeigten sich frühzeitig klinisch signifikante Effekte. Die Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse ist durch Limitationen deutlich eingeschränkt, randomisierte kontrollierte Studien sind zur Evidenzbasierung dringend erforderlich.

Schlüsselwörter Kognitive Verhaltenstherapie · Brainspotting · Trauma · Wirksamkeit · Early Response

Brainspotting after singular stressful/traumatizing experiences
Evaluation of a combination of Brainspotting and cognitive behavioural therapy

Summary Assuming that specific eye positions correspond to therapy-relevant stressful experiences, Brainspotting was developed out of EMDR as a treatment to trigger processing via the body. Acquired patterns of stress or trauma reactions can be restructured using affect bridges. Brainspotting can be integrated into the psychotherapeutic method used by the therapist.

The study investigates the effectiveness of Brainspotting combined with cognitive behavioural therapy in a randomised two-arm study (“Brainspotting immediately” vs. “Brainspotting later”).

Early response was significantly higher in the “Brainspotting immediately” group than in those receiving Brainspotting after the early response measurement. At the end of therapy and catamnestically, there were large effects on the IES-R for both groups. Anxiety and depression symptoms improved significantly and sustainably; the moderator effect of the therapeutic relationship was not confirmed.

The combined use of Brainspotting and cognitive behavioural therapy showed clinically significant effects at an early stage. The generalization of these results is considerably restricted through limitations. Randomized controlled trials are necessary for more evidence-based results.

S. Glantschnig (✉)
 Sterneckstraße 19, 9020 Klagenfurt am Wörthersee,
 Österreich
praxis@diepsychologin.com

Keywords Cognitive behavioural therapy · Brainspotting · Trauma · Effectiveness · Early response

Einleitung

Psychotherapie hat sich als wirksame Methode in der Behandlung der Folgen traumatischer Erlebnisse erwiesen. Unterschiedliche Wirkfaktoren können das Ergebnis beeinflussen, wie z.B. die therapeutische Beziehung, Erwartungs- und Placeboeffekte, extratherapeutische Wirkfaktoren sowie Technik- und Modellfaktoren (Asay und Lambert 2001). Frühzeitige Erfolge in der Psychotherapie – „early response“ – gelten als positiver Prädiktor für den gesamten Behandlungserfolg (Lambert 2005). Für die Behandlung von Belastungsreaktionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) ist dies von besonderer Bedeutung, weil die Folgen nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen, sondern weil diese Erlebnisse nachhaltige Veränderungen in den Strukturen des Gehirns hinterlassen können.

Für neuronale Korrelate der PTBS liegen mehrere Befunde vor, die auf strukturelle und funktionelle Veränderungen hinweisen. Grawe (2004) führt Studien an, nach denen insbesondere jene Personen bei einer Traumatisierung von PTBS bedroht sind, die traumatische Erfahrungen in der Kindheit gemacht haben. Trauma wird besonders nachhaltig im impliziten Gedächtnis gespeichert, während es im expliziten Gedächtnis nicht hinreichend gespeichert wird. Ein traumatisches Ereignis stellt einen intensiven Angstreiz dar, auf den die Amygdala stark und unmittelbar reagiert. Durch die Verknüpfung mit allen Sinneskanälen, wie z.B. durch Gerüche, Bilder oder Geräusche, kann die Angst unmittelbar wieder aktiviert werden. Grawe (2004) sieht eine Möglichkeit zur Besserung in der Verknüpfung des expliziten mit dem impliziten Traumagedächtnis, dafür sei eine wiederholte Konfrontation mit auslösenden Reizen erforderlich.

EMDR

EMDR ist nicht durch systematische Forschung entstanden, sondern ihre Entdeckung war purer Zufall (Hofmann 2006). Die amerikanische Psychologin Francine Shapiro machte bei einem Spaziergang im Sommer 1987 die Entdeckung, dass bedrückende Erinnerungen und deren negative Effekte sich verringerten, wenn sie ihre Augen spontan hin- und herbewegte (Shapiro 1998; Shapiro und Forrest 2007).

In einer Untersuchung wurde herausgefunden, dass nicht nur Augenbewegungen, sondern auch bilaterale, akustische und sensorische Stimulationen sehr wirksam waren (Hofmann 2006). Shapiro entwickelte ein Standardverfahren, das einen einleitenden und einen abschließenden Teil enthielt und nannte die Methode vorerst EMD – Eye Movement Desensitization (Schubbe et al. 2006), weil damals Shapiros

psychotherapeutischer Ansatz der verhaltenstherapeutische war.

In weiterer Folge sind Elemente aus vielen psychotherapeutischen Schulen in die EMDR-Methode eingeflossen, wie psychodynamische Ansätze, verhalten-spsychologische, kognitive, körperorientierte und systematische Aspekte (Shapiro und Forrest 2007). EMDR wurde 1997 von der APA (American Psychological Association) in den Katalog für empirisch anerkannte Verfahren zur Behandlung von PTBS aufgenommen. Die Gesamtheit der Indikationen von EMDR hat sich ständig erweitert und es wurden störungsspezifische Protokolle entwickelt (Schubbe et al. 2006).

Brainspotting

Wolfrum (2020) definiert das grundsätzliche Motto von Brainspotting (BS) wie folgt: „Wohin wir schauen, hat Einfluss darauf, wie wir uns fühlen“. Die eigene Befindlichkeit beim Gedanken an etwas Belastendes kann sich ändern, wenn die Blickrichtung geändert wird (Wolfrum 2020).

David Grand gilt als Entwickler von Brainspotting und hat mehrere Jahre mit der Methode EMDR gearbeitet, er war ehemals auch Mitarbeiter des EMDR-Institutes von Francine Shapiro. Aus seiner persönlichen Beobachtung heraus hat er im Jahr 2003 diese Behandlungsmethode für traumatisierte Menschen erarbeitet (Grand 2011) und geht davon aus, dass therapie-relevante physiologische Prozesse und emotionale Empfindungen mit Augenpositionen korrespondieren und über das Gesichtsfeld zielgerichtet aktiviert werden können (Wolfrum 2017). Mit einem Brainspot ist im Rahmen dieser Therapie eine bestimmte Augenposition gemeint, bei der starke Körperreaktionen bei den Klient:innen bemerkbar sind, welche mit stress- oder traumaassoziierten Hirnprozessen in Zusammenhang gebracht werden. Der Autor geht davon aus, dass die Lokalisation des Blicks einen Einfluss auf die Befindlichkeit hat. Dahinter steht die Annahme, dass die Augen die äußere Umwelt nach Gefahren scannen, aber gleichzeitig in den Netzwerken des Gehirns relevante Informationen suchen und den Fokus der Wahrnehmung so auf innere Bereiche richten können. Damit könne Zugang zu gespeicherten traumatischen Erfahrungen erlangt werden. Zwei Wirkmechanismen werden dabei beschrieben: die „fokussierte Aktivierung“ impliziter Gedächtnisinhalte und die „fokussierte Achtsamkeit“ im therapeutischen Prozess (Wolfrum 2017).

Sowohl Brainspotting wie auch EMDR nutzen Selbstregulationsprozesse, um eine blockierende Überaktivierung im Gehirn zu lösen, welche die angemessene Verarbeitung von Emotionen und Erinnerungen bisher be- oder verhindert hat (Kollar 2024). Zur Unterstützung im therapeutischen Prozess wird bei beiden Methoden der Parasympathikus durch bilaterale Stimulation aktiviert, wobei diese Aktivierung bei Brainspotting akustisch, beim EMDR auch taktil und

über die Augenbewegungen initiiert wird (Wolfrum 2020).

Einsatzmöglichkeiten von Brainspotting

Wolfrum (2020) kommt auch zum Schluss, dass Brainspotting deutlich umfangreicher eingesetzt werden kann als Verfahren wie EMDR oder Screening-Techniken. Brainspotting könne nicht nur bei „klassischen“ Traumatisierungen, sondern auch bei Entwertungs- und Demütigungserfahrungen oder scheinbar „banalen Alltagsproblemen“ und Konflikten eingesetzt werden, von denen sich Betroffene belastet fühlen. Wolfrum (2020) sieht das Gehirn als selbst regulierendes, selbstreferentielles, non-lineares komplexes System, das nach belastenden oder traumatischen Erfahrungen Neuregulationsbedarf hat.

Wolfrum (2017) sieht ein breites Spektrum an Anwendungsmöglichkeiten, z. B. in der Psychotherapie, in der Sportpsychologie, in der Kunst oder auch in der Schmerztherapie (Wolfrum 2017). Im Rahmen dieser Studie wurde Brainspotting explizit nicht als eigenständiges Therapieverfahren verstanden und eingesetzt, sondern als therapeutisches Werkzeug im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung.

Forschungsziel

Für die vorliegende Studie wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

1. Zeigt sich beim kombinierten Einsatz von Kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) und Brainspotting nach den ersten vier bis fünf Therapiesitzungen ein signifikant höheres Ausmaß von early response als in der Gruppe mit Kognitiver Verhaltenstherapie alleine?
2. Bringt die Kombination von Kognitiver Verhaltenstherapie mit Brainspotting eine klinisch signifikante und nachhaltige Verbesserung der Symptomatik?
3. Wie erleben die Klient:innen die Brainspotting-Behandlung und wie beschreiben sie die Wirkung?

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Die Studie wurde als zweiarmige randomisierte Interventionsstudie mit vier Messzeitpunkten konzipiert und in der psychotherapeutischen Praxis der Autorin im Zeitraum von Dezember 2018 bis Oktober 2019 umgesetzt. Die durchführende Kognitive Verhaltenstherapeutin (Zusatzausbildung Traumatherapie) ist zudem Klinische und Gesundheitspsychologin. Die Klient:innen kamen aus Eigeninitiative und ohne Zuweisung aufgrund ihres Leidensdrucks in die Praxis und finanzierten sich die Behandlung selbst.

Eingeschlossen wurden Klient:innen mit starkem Leidensdruck aufgrund eines belastenden Erlebnisses oder aufgrund eines Traumas (mit oder ohne diagnostizierter PTBS), die erhöhte Werte in der Impact of Event Scale und in der HADS-D Hamilton Anxiety

Depression Scale aufwiesen. Voraussetzung zur Aufnahme war die Freiwilligkeit der Teilnahme, das Einverständnis und ein Mindestalter von 18 Jahren. Ausschlusskriterien waren akute Suizidalität, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie Abhängigkeitserkrankungen. Die Studie wurde im Zuge der Dissertation vom Social Sciences Ethics Review Board (SSERB) der University of Nicosia genehmigt (Glantschnig 2021).

Messmethoden

Mit der Life Events Checklist 5 (LEC-5) werden 17 mögliche Ereignisse, welche traumatisierend sein können erfragt und weiters ob die Ereignisse persönlich erlebt oder beobachtet wurden (Weathers et al. 2013). Mit der Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5; deutschsprachige Version) wurde ein Screening auf PTBS durchgeführt. Bei einem Wert ab dem Cutoff von 33 Punkten besteht Verdacht auf eine PTBS (Krüger-Gottschalk et al. 2017). In diesen Fällen wurde zur Abklärung ein strukturiertes Interview mit der Clinician-Administered PTSD-Scale durchgeführt (Weathers et al. 2013). Die aktuelle Belastung durch die explorierten Erlebnisse wurde mittels IES-R Impact of Event Scale (Revidierte Version) erhoben (Maercker und Schützwohl 1998). Angst- und Depressionssymptome wurden mit der HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale (Deutsche Version) (Herrmann-Lingen et al. 2005) erfasst. Die Daten wurden pseudonymisiert gespeichert und mit SPSS 25 analysiert. Zur statistischen Prüfung wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie abhängige t-Tests mit zusätzlicher Berechnung der Effektgrößen angewendet.

Durchführung der Intervention Brainspotting

In gegenüberliegender Sitzposition wird im ersten Schritt das zu bearbeitende Thema erfragt. Durch das Sprechen über das belastende Thema erfolgt eine Aktivierung im Körper, deren Lokalisation und Stärke mittels SUD-Skala erfragt wird. Mit Hilfe des Teleskop-Pointers wird der Brainspot zuerst horizontal und anschließend vertikal lokalisiert. Unmittelbar danach wird mit dem Prozessieren begonnen. Der Brainspot wird so lange gehalten, bis der Belastungsgrad für die Klient:innen gesunken ist, im Idealfall bis zum Wert 0 auf der SUD-Skala. Beim Erreichen des Werts 0 auf der SUD-Skala wird versucht, das Thema neuerlich zu aktivieren um mögliche noch vorhandene Belastungen weiter zu prozessieren. Während der Behandlung können Therapeut:innen z. B. an Mimik, Körperhaltung, Atmung oder an Äußerungen der Klient:innen die emotionale Verarbeitung und Veränderung mitverfolgen.

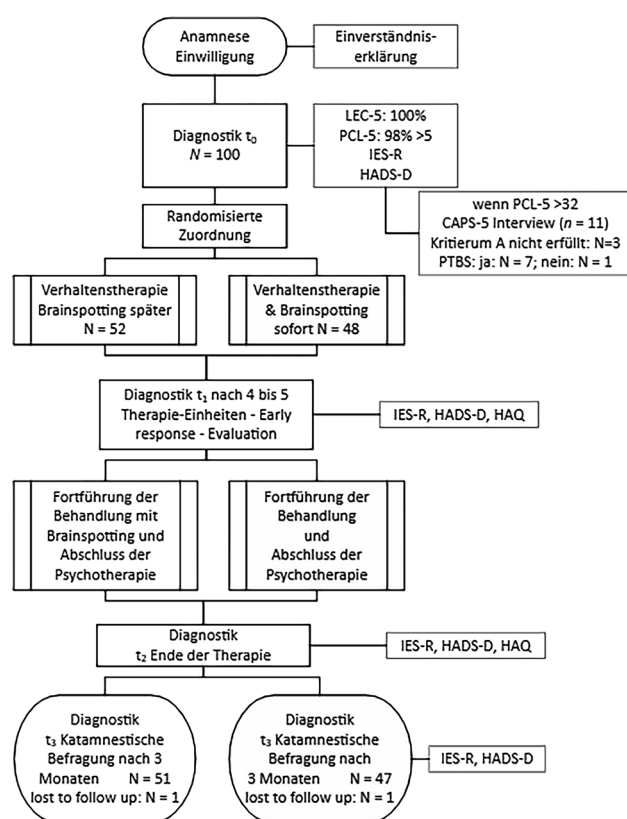


Abb. 1 Flussdiagramm der teilnehmenden Klient:innen

Stichprobe

Die Anamnese und Eingangsdiagnostik erfolgte zu t_0 , bei Erfüllung der Einschlusskriterien erfolgte die randomisierte Zuordnung zur Gruppe „BS sofort“ bzw. zur Gruppe „BS später“ (random list). Ein strukturiertes Interview zur Diagnosestellung einer PTBS wurde in 11 Fällen mit einem Wert >32 in der PCL-5 durchgeführt (Abb. 1). Alle 100 eingeschlossenen Klient:innen haben die Behandlung abgeschlossen (Katamnese: $N=99$).

Die Studiengruppe bestand zu 62% aus Frauen, das Durchschnittsalter war in beiden Gruppen ähnlich hoch (35,79 Jahre ($SD=12,05$) vs. 32,29 Jahre ($SD=10,74$); Range: 18 bis 68 Jahre).

Ergebnisse

Am häufigsten wurden mittels LEC-5 Ereignisse aus der Kategorie „andere belastende Ereignisse“ (61%) berichtet (z.B. Probleme am Arbeitsplatz, Mobbing, belastende Erlebnisse bei Operationen). Zudem wurden lebensbedrohliche Krankheiten oder Verletzungen (14%), plötzlicher gewaltsamer Tod naher Angehöriger (10%), körperliche Angriffe (9%) und sonstige Ereignisse (6%) erfasst. Nicht alle dieser Erlebnisse entsprechen dem Kriterium A im Sinne der Diagnostik einer PTBS, wurden aber von den Klient:innen als sehr belastend erlebt.

Bei der Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) wurden überwiegend Symptome der Kriterien B Wiedererleben und C Vermeidungssymptome erhoben (Tab. 1). Ungewollte Erinnerungen 85%, Flashbacks 60%, Emotionale Belastung beim Gedanken an das Erlebnis 91%, körperliche Reaktionen 79% und Vermeidung von Erinnerungen/Gedanken/Gefühlen 86%. Im Kriterium D wurden zwei bedeutsame Items erhoben: starke negative Überzeugungen über sich selbst und die Welt (45%) und sich selbst oder jemand anderen Vorwürfe in Bezug auf das belastende Erlebnis machen (61%).

Basierend auf den Ergebnissen der LEC-5 und der PCL-5, der IES-R und den Informationen aus der Anamnese wurde in elf Fällen das standardisierte Interview mittels Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS) zur Diagnostik einer PTBS durchgeführt. In drei Fällen hat sich das Vorliegen von Kriterium A nicht bestätigt, sodass letztendlich mit acht Klient:innen das Interview vollständig durchgeführt wurde, in sieben Fällen waren alle Kriterien einer PTBS erfüllt.

Ergebnisse für die Impact of Event Scale (IES-R)

Bei der Prüfung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf early response zeigte sich ein signifikanter Effekt für die Zeit ($F_{[3; 96]} = 102,69$; $p < 0,001$) und für die Interaktion Zeit*Gruppe ($F_{[3; 96]} = 34,91$; $p < 0,001$) für den primary outcome-Parameter IES-R. Alle Daten der univariaten Vergleiche für die Skalen Intrusion, Vermeidung und Übererregung sind in Tab. 2 mit Effektgrößen und Konfidenzintervallen angeführt.

In beiden Gruppen ist es zu einer signifikanten Reduktion im Gesamtwert der IES-R gekommen, wo-

Tab. 1 Ergebnisse aus dem Screening mit der PCL-5 und der CAPS

Kriterium		N und %
PCL-5: Erfüllung Kriterium B	Wiedererlebenssymptome	97
PCL-5: Erfüllung Kriterium C	Vermeidungssymptome	90
PCL-5: Erfüllung Kriterium D	Kognitionen und Stimmungssymptome	61
PCL-5: Erfüllung Kriterium E	Erregungs- und Reaktivitätssymptome	18
PCL-5: Erfüllung Kriterien PTBS – ohne Berücksichtigung Kriterium A		16
CAPS V: Vorliegen PTBS (alle Kriterien A–G erfüllt?)		7

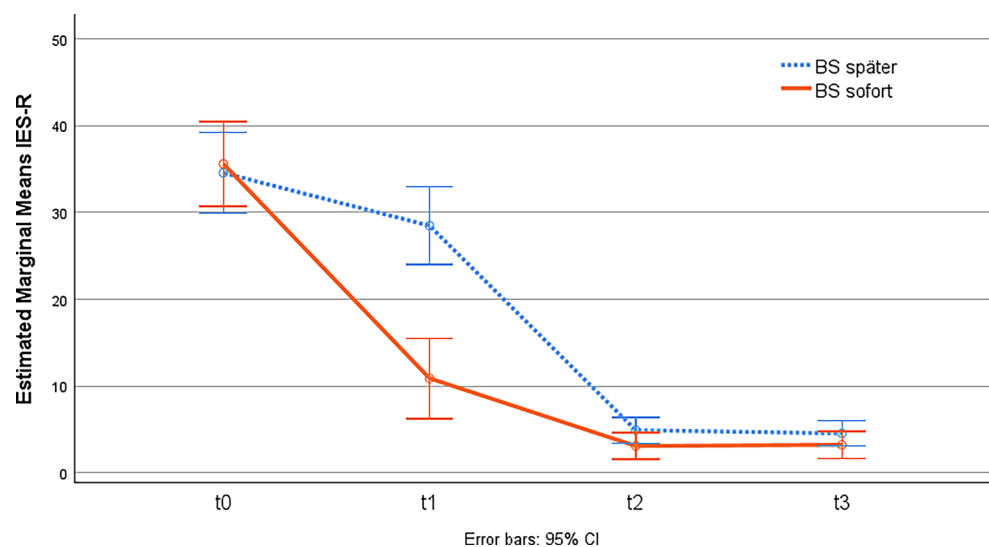
Tab. 2 Paarweise Vergleiche zwischen t_0 und t_1 , t_0 und t_2 sowie t_0 und t_3 der Skalenwerte in der IES-R und HADS-D für die Gruppen „Brainspotting später“ ($N=51$) und „Brainspotting sofort“ ($N=47$)

Skala/Vergleich	Group	$M_{prä}$	$SD_{prä}$	M_{post}	SD_{post}	Cohen's d	CI	
							LL	UL
IES-R Intrusion: t_0-t_1	BS später	14,19	5,51	11,37	5,88	0,49	0,10	0,88
	BS sofort	14,67	5,01	4,13	4,43	2,21	1,70	2,72
IES-R Intrusion: t_0-t_2	BS später	14,19	5,51	2,33	2,56	2,74	2,21	3,28
	BS sofort	14,74	5,04	1,51	1,57	3,52	2,47	4,16
IES-R Intrusion: t_0-t_3	BS später	14,22	5,56	1,57	2,21	2,97	2,41	3,53
	BS sofort	14,74	5,04	1,13	1,21	3,68	3,02	4,35
IES-R Vermeidung: t_0-t_1	BS später	12,21	7,80	10,21	7,51	0,26	-0,13	0,65
	BS sofort	13,27	7,86	4,67	7,34	1,12	0,69	1,55
IES-R Vermeidung: t_0-t_2	BS später	12,21	7,80	1,79	2,91	1,76	1,31	2,21
	BS sofort	13,30	7,95	1,11	1,67	2,11	1,60	2,61
IES-R Vermeidung: t_0-t_3	BS später	12,24	7,88	1,45	2,85	1,81	1,35	2,27
	BS sofort	13,30	7,95	1,19	1,94	2,08	1,57	2,58
IES-R Übererregung: t_0-t_1	BS später	8,17	7,19	6,81	6,12	0,20	-0,18	0,59
	BS sofort	7,50	5,28	2,17	3,58	1,68	1,22	2,15
IES-R Übererregung: t_0-t_2	BS später	8,17	7,19	1,12	2,31	1,31	0,89	1,74
	BS sofort	7,53	5,33	0,30	0,69	1,89	1,40	2,37
IES-R Übererregung: t_0-t_3	BS später	8,08	7,23	0,96	2,02	1,33	0,90	1,76
	BS sofort	7,53	5,33	0,38	0,85	1,86	1,37	2,34
HADS Angst: t_0-t_1	BS später	16,61	3,70	13,9	4,50	0,65	0,25	1,05
	BS sofort	14,47	3,57	6,32	4,60	1,96	1,47	2,45
HADS Angst: t_0-t_2	BS später	16,61	3,70	4,51	2,80	3,66	3,03	4,30
	BS sofort	14,47	3,57	4,02	2,70	3,27	2,65	3,89
HADS Angst: t_0-t_3	BS später	16,61	3,70	4,98	5,43	2,48	1,97	3,00
	BS sofort	14,47	3,57	3,94	2,47	3,40	2,77	4,03
HADS Depression: t_0-t_1	BS später	11,67	5,11	9,55	4,79	0,42	0,03	0,82
	BS sofort	11,17	5,51	5,92	5,51	0,95	0,52	1,37
HADS Depression: t_0-t_2	BS später	11,67	5,11	2,82	3,07	2,19	1,70	2,69
	BS sofort	11,17	5,51	2,87	3,07	1,85	1,36	2,33
HADS Depression: t_0-t_3	BS später	11,67	5,11	2,92	2,47	2,16	1,67	2,65
	BS sofort	11,17	5,51	2,91	2,78	1,88	1,39	2,36

Alle p -Werte sind $< 0,001$

BS Brainspotting; M Mittelwert; SD Standardabweichung; d Cohen's Maß für die Effektgröße von zwei Mittelwertsdifferenzen, CI Konfidenzintervall; LL unteres Limit; UL oberes Limit; t_0 vor Behandlungsbeginn, t_1 early response nach 4–5 Therapiesitzungen; t_2 Ende der Therapie; t_3 3 Monate nach Ende der Therapie

Abb. 2 Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervall für die Impact of Event Scale (IES-R) zu t_0 , t_1 , t_2 und t_3



bei sich für die Gruppe „BS später“ ein kleiner Effekt zeigt ($p < 0,001$; $d = 0,35$; $CI: -0,04-0,73$), der nicht gegen den Zufall abgesichert ist. Die Werte haben sich von $M = 34,58$ ($SD = 18,09$) auf $M = 28,38$ ($SD = 17,45$) reduziert. In der Gruppe „BS sofort“ hingegen zeigte sich schon zu t_1 ein großer Effekt ($p < 0,001$; $d = 1,68$; $CI: 1,22-2,15$). Hier haben sich die Werte von $M = 34,44$ ($SD = 14,92$) auf $M = 10,96$ ($SD = 13,90$) reduziert.

Dieses Ergebnis weist deutlich auf einen höheren Anteil von Early response in der Gruppe „BS sofort“ hin (Abb. 2).

Bei der Analyse der IES-Werte am Ende der Therapie (t_0 vs. t_2) zeigte sich multivariat ein signifikanter Effekt für die Zeit ($F_{[3; 95]} = 263,91$; $p < 0,001$), während die Interaktion Zeit*Gruppe nicht signifikant war ($F_{[3; 95]} = 1,46$; $p = 0,229$). Das bedeutet, dass am Ende der Therapie beide Studiengruppen gleichermaßen profitiert haben.

Für die Gruppe „BS später“ zeigt sich im Gesamtwert ein sehr großer Effekt ($p < 0,001$; $d = 2,11$; $CI: 1,63-2,59$), die Werte haben sich von durchschnittlich $M = 34,58$ ($SD = 18,09$) auf durchschnittlich $M = 5,29$ ($SD = 7,12$) reduziert. Das gilt ebenso für die Gruppe „BS sofort“ ($p < 0,001$; $d = 2,95$; $CI: 2,37-3,54$). Hier hat sich der mittlere Wert von $M = 35,57$ ($SD = 15,05$) auf $M = 3,09$ ($SD = 3,41$) reduziert. In allen drei Skalen zeigen sich für beide Studiengruppen Effektgrößen im Bereich zwischen $d = 1,82$ und $d = 3,66$.

Zur Prüfung der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs wurde ebenfalls eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (t_0 , t_1 , t_2 und t_3) berechnet. Sowohl für den Faktor Zeit ($F_{[9; 864]} = 37,656$; $p < 0,001$) wie auch für die Interaktion Zeit*Gruppe ($F_{[9; 864]} = 10,59$; $p < 0,001$) zeigte sich ein signifikantes Ergebnis. Wie in Abb. 2 anhand des Gesamtwerts in der IES-R ersichtlich, können beide Studiengruppen den am Ende der Behandlung erzielten Effekt halten. Für die Gruppe „BS später“ zeigt sich eine deutliche nachhaltige Verbesserung von $M = 34,53$ ($SD = 18,27$) auf $M = 4,53$ Punkte ($SD = 6,52$). Das entspricht einem sehr großen Effekt ($p < 0,001$; $d = 2,17$; $CI: 1,68-2,66$). Das Ergebnis für die Gruppe „BS sofort“ ist vergleichbar, zwischen t_0 und t_3 reduzierte sich der Gesamtwert von $M = 35,57$ ($SD = 15,05$) auf $M = 3,21$ ($SD = 3,54$); ebenfalls ein sehr großer Effekt ($p < 0,001$; $d = 2,93$; $CI: 2,35-2,53$).

Ergebnisse in der HADS-D

In den Skalen Angst und Depression der HADS-D zeigen sich ähnliche Verläufe. Auf multivariater Ebene lag ein signifikanter Effekt für die Zeit ($F_{[6; 576]} = 61,86$; $p < 0,001$) und für die Interaktion Zeit*Gruppe ($F_{[6; 576]} = 11,41$; $p < 0,001$) vor. Ein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigt sich nur für den Zeitpunkt t_1 , wo die Gruppe „BS sofort“ einen deutlich höheren Effekt in den Skalen Angst ($d = 1,96$; $CI: 1,47-2,45$) und Depression ($d = 0,95$; $CI: 0,52-1,37$) aufwies. Die Gruppe „BS später“ wies für die Angst zu t_1 einen Effekt von $d = 0,65$ ($CI: 0,25-1,05$) und für die

Depression einen Effekt von $d = 0,42$ ($CI: 0,03-0,82$) auf.

Erleben der Brainspotting-Behandlung aus Sicht der Klient:innen

Alle Klient:innen standen der ihnen noch relativ unbekannten Methode offen gegenüber, nur zwei Klient:innen hatten bereits Erfahrungen mit Brainspotting. Am Ende einer Brainspotting-Behandlung fühlten sie sich meistens müde und erschöpft. Vereinzelt wurde aufgrund der Anstrengung von leichten Kopfschmerzen oder Augenbrennen berichtet, bei einigen schweiften die Gedanken zeitweise ab, während andere die gesamte Sitzung über durchgehend fokussiert bleiben konnten.

Die Äußerungen der Klient:innen wurden in drei Kategorien zusammengefasst. Die meisten wurden dem Typus „**die Unvoreingenommenen**“ ($N = 67$) zugeordnet, die offen an die Behandlung herangegangen sind. Beispiel Nr. 75: „*Ich habe mir gar nichts vorstellen können, wollte mich aber darauf einlassen. Das ist jetzt, als wenn ich nur davon gehört hätte.*“

Eine wesentlich kleinere Gruppe wurde als die „**Angestregten**“ ($N = 28$) beschrieben. Sie beschrieben die Behandlung z. B. als „voll anstrengend“ oder setzten sich selbst unter Druck, den Brainspot zu finden. Beispiel Nr. 62: „*Ich hätte nicht gedacht, dass ich dabei so viel tun muss. Das ist jetzt wie aus einem alten Film.*“

Nur fünf Klient:innen wurden der Gruppe der „**Skeptiker**“ zugeordnet. Sie konnten sich vor der Behandlung nichts darunter vorstellen und hatten keine große Erwartungshaltung, wie z. B. Nr. 80: „*Ich hätte nicht gedacht, dass so etwas funktioniert. Wenn ich jetzt dran denke, spüre ich keine Belastung.*“

Am Ende wurden viele metaphorische Bilder zur Beschreibung der Wirkung verwendet, wie z. B. ein verblichenes Bild, ein (alter) Film, eine Foto-Tapete, eine alte Erinnerung, ein altes Foto oder Schnee von gestern. Viele Klient:innen gaben an, „nicht mehr in das Bild reinzukommen“.

Aus der Perspektive der Therapeutin zeigten sich während der Behandlung Veränderungen in der Mimik und in der Körperhaltung, z. B. in Form einer aufrechteren Sitzhaltung.

Diskussion

Die Methode Brainspotting hat Verbreitung gefunden, wurde aber bislang nicht hinreichend wissenschaftlich evaluiert. Diese Arbeit soll ein kleiner Baustein in diese Richtung sein, dazu wurden die Effekte der Behandlung zu den Zeitpunkten Early Response nach 4–5 Therapiesitzungen (t_1), Therapie-Ende (t_2) und 3 Monate nach Therapieende (t_3) verglichen. Bei der Gruppe mit CBT und Brainspotting ab Beginn der Behandlung wurde schon zu t_1 ein größerer Therapie-

Effekt erwartet als bei jener Gruppe, die erst nach t_1 zusätzlich zu CBT Brainspotting erhielt.

Die Annahme, dass durch den Einsatz von Brainspotting in Kombination mit CBT innerhalb der ersten vier bis fünf Therapiesitzungen signifikant positivere Effekte erzielt werden als mit CBT alleine, kann bestätigt werden. Die Veränderungen in der Impact of event scale über die zwei Messzeitpunkte t_0 und t_1 als auch die Interaktion Zeit*Gruppe waren signifikant. Während sich für die Gruppe „BS sofort“ schon nach vier bis fünf Therapieeinheiten ein Effekt von $d=1,68$ zeigte, wies die Gruppe „BS später“ einen kleinen Effekt von $d=0,35$ auf, der nicht hinreichend gegen den Zufall abgesichert war. Am Ende der Therapie (t_2) und drei Monate danach (t_3) wiesen beide Gruppen in allen Skalen der IES-R und HADS-D Effektgrößen von $d>1,8$ auf.

Asay und Lambert (2001) fassen Effekte psychotherapeutischer Behandlungen verschiedener Störungsbilder zusammen und berichten von Effektgrößen zwischen $d=0,14$ und $d=2,10$, wobei sehr viele Studien Effektgrößen über $d=0,7$ aufwiesen. Auch Lambert und Ogles (2013) fanden für unterschiedlichste Störungsbilder nach psychotherapeutischen Behandlungen überwiegend Effektgrößen im mittleren bis hohen Bereich (Lambert und Ogles 2013). Die vorliegenden Effekte können somit als sehr groß bewertet werden.

Die Theorie der gemeinsamen Wirkfaktoren geht von einem geringen Einfluss spezifischer Techniken auf den Therapieerfolg aus (Asay und Lambert 2001). Sie schreiben den spezifischen Methoden in der Psychotherapie nur 15 % der Wirksamkeit zu. Befunde zur Überlegenheit spezifischer Techniken beschreiben sie als Ausnahmen und führen Beispiele für die Behandlung von Phobien und Panikstörungen an. Die Autoren gehen aber grundsätzlich von der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung aus und meinen, dass in kurzen Zeiträumen (5–10 Sitzungen) schon vorteilhafte Wirkungen erzielt werden können. In der Literatur wird frühes Ansprechen auf eine Behandlung als positiver Prädiktor für den Behandlungserfolg beschrieben (Lambert 2005; Van et al. 2007, Kleinstäuber et al. 2017).

Die Ergebnisse dieser Studie sprechen dafür, dass spezifische Wirkfaktoren – in diesem Fall die Brainspotting-Behandlung – einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg leisten können, das rasche Ansprechen (early response) bei Brainspotting in Kombination mit CBT fällt auf.

Die Nachhaltigkeit der Behandlung konnte für beide Studienarme bestätigt werden. Aufgrund der niedrigen Mittelwerte in allen drei Skalen der IES-R zu t_3 und der Effektgrößen zwischen $d=1,3$ und $d=3,68$ zwischen t_0 und t_3 kann von einer klinisch bedeutsamen und nachhaltigen Reduktion der Symptomatik ausgegangen werden. Bei den meisten Klient:innen lag die Ausprägung der IES-R total zu t_1 allerdings unter dem klinischen Cutoff-Wert. Für den nachhaltigen Effekt sprechen auch die Ergebnisse in den Skalen

Angst und Depression der HADS-D mit großen Effekten. Hier zeigten sich ebenfalls sehr große und stabile Verbesserungen über die Beobachtungszeit.

Limitationen

Der große Effekt in beiden Behandlungsgruppen könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass nicht, wie von Kendall et al. (2013) gefordert, „typische Klient:innen“ eingeschlossen wurden, sondern Klient:innen einer Privatpraxis (Kendall et al. 2013). Dabei handelt es sich zwar um deutlich belastete, aber hoch motivierte Klient:innen, welche die Therapie privat finanzieren. Die meisten Klient:innen verfügen grundsätzlich über gute Ressourcen in Form eines relativ stabilen und unterstützenden Umfelds. Daher muss von einer eingeschränkten Aussagekraft der Studie in Bezug auf die Verallgemeinerbarkeit auf andere Settings wie z.B. stationäre Psychotherapie oder Psychotherapie in vollfinanzierten Settings ausgegangen werden. Zudem darf der Allegiance-Effekt nicht außer Acht gelassen werden, da die durchführende Psychotherapeutin aufgrund ihrer Erfahrungen in der Anwendung der Methode dieser gegenüber eine grundsätzlich positive Einstellung hat. Eine wesentliche Limitation besteht auch darin, dass alle Klient:innen von einer einzigen Psychotherapeutin behandelt wurden, wodurch keine Varianz in den Wirkfaktoren durch die Behandler:innen vorliegt.

Zusammenfassend muss von einer eingeschränkten Aussagekraft der vorliegenden Studie ausgegangen werden, da für Brainspotting randomisierte Studien an mehreren Zentren mit unterschiedlichen Therapeut:innen fehlen.

Interessenkonflikt S. Glantschnig gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller

- (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41–81). Dortmund: Modernes Lernen.
- Glantschnig, S. (2021). Wirksamkeit einer Kombination von Brainspotting und Kognitiver Verhaltenstherapie bei KlientInnen nach belastenden oder traumatischen Erlebnissen: Effectiveness of a combination of Brainspotting and cognitive behavioural therapy in clients after stressful or traumatic experiences (PhD Thesis). University of Nicosia, Nicosia.
- Grand, D. (2011). Brainspotting: Ein neues duales Regulationsmodell für den psychotherapeutischen Prozess. *Trauma und Gewalt*, 5(3), 276–285.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. (2005). *HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hofmann, A. (2006). *EMDR: Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Kendall, P. C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2013). Methodik, Design und Evaluation in der Psychotherapieforschung. In M. J. Lambert & A. E. Bergin (Hrsg.), *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 53–95). Tübingen: DGVT.
- Kleinstäuber, M., Lambert, M. J., & Hiller, W. (2017). Early response in cognitive-behavior therapy for syndromes of medically unexplained symptoms. *BMC Psychiatry*, 17(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1351-x>.
- Kollar, A. (2024). *Einführung in Brainspotting*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, 17(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects”. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855–869. <https://doi.org/10.1002/jclp.20130>.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2013). Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In M. J. Lambert & A. E. Bergin (Hrsg.), *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 243–328). Tübingen: DGVT.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Schubbe, O., Püschel, I., Gebhardt, K., Renssen, M., & Bambach, S. (2006). *Traumatherapie mit EMDR: Ein Handbuch für die Ausbildung* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen & Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2007). *EMDR in Aktion: Die neue Kurzzeittherapie in der Praxis* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Van, H. L., Schoevers, R. A., Kool, S., Hendriksen, M., Peen, J., & Dekker, J. (2007). Does early response predict outcome in psychotherapy and combined therapy for major depression? *Journal of Affective Disorders*, 105(1–3), 261–265. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.016>.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. D., Marx, B. P., Keane, B. P., & Keane, T. M. (2013). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: Instruction Manual*. Übersetzung aus dem Amerikanischen: Ulrich Schnyder. Retrieved from www.usz.ch/app/uploads/2020/09/CAPS-Interview-DSM-5-deutsch.pdf
- Weathers, L., Blake, D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D., Marx, B. P., & Keane, T. (2013). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
- Wolfrum, G. (2017). Grundprinzipien von Brainspotting. *Trauma – Zeitschrift Für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 3, 6–17.
- Wolfrum, G. (2020). *Das Lehrbuch Brainspotting: Ein neuer Weg in der Traumatherapie*. Asanger: Kröning.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.