

Innere-Kind-Arbeit im Rahmen der EMDR-Behandlung¹

Peter Graff, MA, PhD, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation
office@petergraff.at

Moritz Haidenbauer
Universität Wien
a12333936@unet.univie.ac.at

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit stellt ein neues Protokoll zur Integration von Innerer-Kind-Arbeit (IKA) in Phase 4 einer EMDR-Behandlung vor. Ziel ist es, belastende Kindheitserinnerungen, die sich kognitivem Einweben entziehen, durch imaginative Selbstzuwendung zu behandeln. Nach einer Beschreibung von IKA, EMDR und Einweben, wird ein strukturiertes EMDR-IKA-Protokoll vorgestellt und anhand eines Fallbeispiels illustriert. Der Patient (m, 30 J., F98.80) verarbeitete eine zentrale, belastende Kindheitserinnerung vollständig. Sein Leidensdruck (SCL-90-R, YSQ-S3) reduzierte sich und die Therapie konnte nach 11 Therapieeinheiten erfolgreich einvernehmlich beendet werden. Die Ergebnisse deuten auf das Potenzial dieser Technik zur Bearbeitung belastender Kindheitserinnerungen hin.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
Was ist IKA?	2
Indikation der IKA	3
EMDR	4
Einweben	5
Ein IKA-Protokoll für EMDR	6
Fallbeispiel	7
Fallbeispiel einer Behandlung mit dem EMDR-IKA-Protokoll	10
Diskussion	11
Conclusio	12
Literatur	13

¹ Vermerk zur Verwendung Künstlicher Intelligenz (KI): Dieses Dokument wurde unter Zuhilfenahme von KI-gestützten Werkzeugen erstellt. KI-generierte Inhalte wurden von den Autoren überprüft und nachbearbeitet.

Einleitung

Die therapeutische Arbeit mit dem inneren Kind hat sich in den letzten Jahrzehnten als integrativer Bestandteil psychotherapeutischer Verfahren etabliert. Dabei handelt es sich um ein imaginatives, erfahrungsorientiertes Vorgehen, das darauf abzielt, belastende autobiografische Erfahrungen aus der Kindheit zu bearbeiten, die in der Gegenwart zu dysfunktionalen emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen führen können (Chopich und Paul, 2005). IKA findet Anwendung in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, unter anderem im Rahmen von Schematherapie, Ego-State-Therapie und emotionsfokussierten Ansätzen, und dient häufig der Verarbeitung früherer Verletzungen, Bindungstraumata oder emotionaler Vernachlässigung (Reddemann, 2005; Whitfield und Nuckols, 2015; Young et al., 2005).

Auch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist ein evidenzbasiertes Verfahren zur Behandlung belastender Erinnerungen und belastungsbezogener Störungen (Hofmann und Lehnung, 2024; Shapiro, 2018). In der praktischen Umsetzung kann es in Phase 4 des EMDR-Protokolls – der sogenannten Desensibilisierungsphase – zu emotionalen oder kognitiven Blockaden kommen, die eine Weiterverarbeitung von Erinnerungen erschweren oder verhindern (Shapiro, 2018). Solche Widerstände sind oft Ausdruck innerer Konflikte, ungelöster Bindungsbedürfnisse oder fragmentierter Ich-Zustände. In diesen Fällen kann das gezielte Einweben (engl. „titration“ oder „resourcing within processing“) zusätzlicher therapeutischer Elemente hilfreich sein (Fisher, 2000).

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, IKA als ergänzende Intervention gezielt in die Phase 4 des EMDR-Prozesses zu integrieren, um die Bearbeitung schwer zugänglicher oder besonders vulnerabler Erinnerungen zu erleichtern. Wir beschreiben hierzu ein praxiserprobtes EMDR-IKA-Protokoll zur Anwendung innerhalb von EMDR-Sitzungen, illustrieren dessen Anwendung anhand eines Fallbeispiels und diskutieren das Potenzial sowie die Limitationen dieses Vorgehens.

Was ist IKA?

IKA bezeichnet einen psychotherapeutischen Zugang zur Bearbeitung von Kindheitserinnerungen, die in der Gegenwart in Form dysfunktionaler Muster, emotionaler Reaktionen oder innerer Konflikte wirksam bleiben. Das innere Kind fungiert hierbei als Modell für kindliche Erlebniskomplexe, die im Gehirn – insbesondere bei unzureichender Verarbeitung – langfristig gespeichert bleiben und auf aktuelle Lebenssituationen einwirken können (Chopich und Paul, 2005). Ziel der IKA ist es, diese kindlichen Erlebnisanteile aufzuspüren, verstehbar zu machen und durch korrigierende emotionale Erfahrungen zu integrieren. Zum Einsatz kommen dabei in der Regel imaginative, dialogische oder körperbezogene Methoden, mit denen präverbale oder fragmentierte Selbstanteile zugänglich gemacht und therapeutisch bearbeitet werden können.

So findet sich die IKA beispielsweise in der Schematherapie nach Young, die mit sogenannten „Schema-Modi“ arbeitet – unter ihnen der „verletzliche Kindmodus“ –, der durch Stühlearbeit, imaginative Techniken und Affektbrücken gezielt angesprochen wird (Young et al., 2003). Auch die Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) nutzt

eine „innere Bühne“, auf der belastende Kindheitserlebnisse mithilfe von Ressourcen und neuen Handlungsoptionen imaginativ umgeschrieben werden können (Köster und Köster, 2019). Die Ego-State-Therapie basiert auf der Annahme multipler Ich-Zustände, die wie eine innere Familie miteinander in Beziehung stehen. Ziel ist die Stabilisierung, Integration und Versöhnung verletzter innerer Anteile, zu denen auch kindliche Selbstzustände gehören (Watkins, 1993).

IKA kann somit als therapeutische Technik verstanden werden, die in verschiedenen methodischen Rahmen zur Aktivierung von Selbstheilungskräften und zur Integration belastender frühkindlicher Erfahrungen beiträgt. Sie erlaubt eine individualisierte therapeutische Vorgehensweise und kann sowohl in stabilisierenden als auch in konfrontativen Therapiephasen eingesetzt werden.

Indikation der IKA

Die IKA findet vor allem dann Anwendung, wenn frühe Beziehungserfahrungen, Bindungstraumata oder emotionale Vernachlässigung das aktuelle Erleben und Verhalten beeinflussen. Sie eignet sich zur Bearbeitung dysfunktionaler innerer Schemata, verletzter Selbstanteile und chronischer emotionaler Muster, wie sie in verschiedenen psychischen Störungsbildern auftreten.

Persönlichkeitsstörungen, allen voran die Borderline-Persönlichkeitsstörung, stellen ein zentrales Anwendungsfeld der IKA dar. In der Schematherapie konnte deren Wirksamkeit in der Arbeit mit verletzlichen und wütenden Kindanteilen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting belegt werden (Farrell et al., 2009; Nadort et al., 2009; Zhang et al., 2023). Weiters zählt die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu den Indikationen für IKA. Verfahren wie Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) oder Ego-State-Therapie nutzen die Aktivierung kindlicher Anteile, um traumatische Erinnerungen umzuschreiben und ihre emotionale Ladung zu reduzieren (Christensen et al., 2013; Hackmann, 2011; Köster et al., 2024). Dissoziative Störungen, insbesondere die dissoziative Identitätsstörung, erfordern ein behutsames, schrittweises Vorgehen mit inneren Persönlichkeitsanteilen. Hier steht das Ziel im Vordergrund, abgespaltene oder isolierte kindliche Zustände durch IKA zu stabilisieren und in das Selbstsystem zu integrieren (Leutner und Piedfort-Marin, 2021). Die therapeutische Arbeit mit dem inneren Kind stellt dabei häufig den ersten Schritt in Richtung innerer Kohärenz und Kontrolle dar.

Auch bei affektiven Störungen, wie Depressionen oder bipolaren Erkrankungen, zeigt sich IKA als hilfreich. Studien weisen darauf hin, dass die imaginative Bearbeitung von Kindheitserinnerungen zu einer Reduktion von Selbstabwertung, Schuld- und Schamgefühlen führen kann (Hassas et al., 2024; Körük und Özabacı, 2018). In der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen kann IKA dazu beitragen, frühe Erfahrungen von Ohnmacht, Bedrohung oder rigiden Erziehungsmustern zu bearbeiten (Peeters et al., 2022; van Rijn und Wild, 2013). Auch bei Essstörungen liegen erste Hinweise auf den Nutzen von IKA vor. In Kombination mit körperorientierten und bindungstherapeutischen Ansätzen kann die liebevolle Hinwendung zu verletzten inneren Anteilen den Weg für ein neues Selbstbild und eine achtsamere Körperwahrnehmung ebnen (Kneisl, 1991).

Da ADHS bzw. ADS definitionsgemäß im Kindesalter beginnt und häufig mit Störungen der Selbstregulation, Impulskontrolle und sozialen Integration einhergeht (Still, 1902), ist davon auszugehen, dass betroffene Individuen bereits früh verstärkt negativen Beziehungserfahrungen und emotional belastenden Situationen ausgesetzt sind. In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, dass unbehandeltes ADHS langfristig mit einem verminderten Selbstwertgefühl assoziiert ist (Harpin et al., 2016) und betroffene Kinder und Jugendliche deutlich häufiger ein niedriges Selbstwertgefühl aufweisen als gesunde Gleichaltrige (Mazzone et al., 2013). Hier kann die IKA als erfahrungsorientierter Zugang hilfreich sein, um zentrale emotionale Grundbedürfnisse – etwa nach Bindung, Anerkennung oder Autonomie – symbolisch zu erfüllen und therapeutisch zu integrieren. Daraus ergibt sich eine Indikation für die Anwendung von IKA bei dieser Population – insbesondere dann, wenn rein kognitive oder verhaltensorientierte Verfahren an ihre Grenzen stoßen.

EMDR

EMDR ist ein psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung belastender Erinnerungen und belastungsbezogener Störungen. Ursprünglich von Francine Shapiro in den späten 1980er-Jahren entwickelt, basiert EMDR auf der Annahme, dass unverarbeitete Erinnerungen in einem dysfunktionalen neuronalen Netzwerk gespeichert sind und in der Gegenwart belastende Symptome wie Flashbacks, Intrusionen oder emotionale Übererregung hervorrufen können (Solomon und Shapiro, 2008). Durch die gezielte Reaktivierung dieser Erinnerung in Kombination mit bilateraler Stimulation – häufig in Form von Augenbewegungen – soll eine neurologische Reprozessierung eingeleitet und die Erinnerung in ein adaptives Netzwerk integriert werden (Shapiro, 2018).

Der Wirkmechanismus von EMDR ist Gegenstand anhaltender Forschung: Zum einen wird angenommen, dass die Konfrontation mit der belastenden Erinnerung unter kontrollierten Bedingungen, eine emotionale Habituation und kognitive Neubewertung ermöglicht (Shapiro, 2018). Zum anderen erklärt der sogenannte Shin-Effekt in Mausmodellen die therapeutische Wirkung bilateraler Stimulation. In einer Mausstudie identifizierten Baek et al. (2019) einen subkortikalen Pfad, über den bilaterale Augenbewegungen angsthemmend wirken, dessen Blockade jedoch den angstreduzierenden Effekt verhindert.

Die Wirksamkeit von EMDR ist in zahlreichen randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen worden, insbesondere bei posttraumatischer Belastungsstörung (Ahmad und Sundelin-Wahlsten, 2008; De Jongh et al., 2019; Khan et al., 2025), aber auch bei Angststörungen (Faretta und Dal Farra, 2019; Yunitri et al., 2020), Essstörungen (Bloomgarden und Calogero, 2008), Persönlichkeitsstörungen (Hafkemeijer et al., 2020; Hafkemeijer et al., 2024), ADHS/ADS (Sarichloo et al., 2025), Phantomschmerzen (Rostaminejad et al., 2017), psychogenen Schmerzen (Tesarz et al., 2014), Depression (Gauhar, 2016; Sepehry et al., 2021) und Suchterkrankungen (Perez-Dandieu und Tapia, 2014).

Das Standardprotokoll von EMDR folgt einem achtphasigen Ablauf. In den Phasen 1 und 2 erfolgt die ausführliche Anamnese und Ressourcenarbeit. In Phase 3 wird das zu bearbeitende belastende Ereignis aktiviert, verbunden mit einem negativen Kognitionssatz und einem entsprechenden Körpergefühl. Das subjektive Belastungserleben (SUD) wird quantifiziert. In Phase 4 – der Desensibilisierungsphase – beginnt die bilaterale Stimulation,

meist durch Augenbewegungen. Die Patient:in berichtet in kurzen Intervallen über aufkommende Gedanken, Bilder oder Körperreaktionen. Die Bearbeitung erfolgt so lange, bis keine signifikante Belastung mehr spürbar ist. In den Phasen 5 bis 8 werden jeweils eine neue positive Kognition verankert, körperliche Restaktivierungen überprüft, die Sitzung geschlossen und in der nächsten Sitzung überprüft, ob noch Belastungen bestehen (Shapiro, 2018).

Einweben

Einweben bezeichnet im Kontext von EMDR eine gezielte Intervention in Phase 4, der Desensibilisierungsphase mit bilateraler Stimulation, wenn der freie Assoziationsprozess ins Stocken gerät (Kaye, 2006). Das Ziel dieser Phase ist es, eine belastende Erinnerung unter kontinuierlicher bilateraler Stimulation so lange zu reprozessieren, bis keine belastenden Inhalte mehr auftauchen. Dabei bleibt der Assoziationsfluss idealerweise autonom – die Patient:in berichtet frei über aufkommende Gedanken, Bilder, Körperempfindungen und Emotionen. Kommt es jedoch zu Wiederholungen oder anderen Blockaden, kann ein therapeutisches Eingreifen erforderlich sein.

Einweben ist eine von Francine Shapiro (2018) beschriebene Technik, die es der Therapeut:in erlaubt, minimale Impulse im Verarbeitungsprozess der Patient:in zu setzen. Ziel ist nicht die Steuerung des Erlebens, sondern die Unterstützung der Verarbeitung, insbesondere dann, wenn die kognitiven oder emotionalen Ressourcen der Patient:in in der spezifischen Situation nicht ausreichen. Das Einweben kann als Form des therapeutischen Einschreitens verstanden werden – vergleichbar mit dem Entmachten dysfunktionaler innerer Anteile in der Schematherapie (Young et al., 2003). In beiden Fällen übernimmt die Therapeut:in temporär eine strukturierende oder schützende Funktion, um die Selbstregulation der Patient:in zu unterstützen.

In der Praxis kann Einweben unterschiedliche Formen annehmen (Kaye, 2006). Bei unauflösbaren Körpergefühlen können Fragen wie *„Welche Farbe/Form hat dieses Gefühl?“* helfen, eine kognitive Repräsentation zu schaffen. In inneren Bildern von Erstarrung, Isolation oder Bedrohung – etwa Tunnel, schwarzer Raum, Loch, Brunnen – können Fragen wie *„Was würde eine gute Freundin Ihnen jetzt sagen?“* oder *„Was würde eine unterstützende Bezugsperson tun?“* eine kognitive Lösung der emotionalen Ausweglosigkeit ermöglichen. Bei hartnäckiger Selbstabwertung verhilft oft ein Perspektivwechsel, wie *„Was würden Sie jemandem sagen, der sich genauso fühlt wie Sie jetzt?“*, zu mehr Selbstempathie.

Einweben ist kein Ersatz für den autonomen Verarbeitungsprozess der Patient:in, sondern eine punktuelle Hilfe, wenn die Verarbeitung temporär nicht möglich ist. Der Patient:in sollte immer die Möglichkeit gegeben werden, Belastungen selbstständig zu überwinden. Nur wenn dies nicht gelingt, sollte die Therapeut:in einweben (Kaye, 2006).

Ein IKA-Protokoll für EMDR

Obwohl frühere Arbeiten die potenzielle Relevanz von IKA im Kontext von EMDR diskutiert haben (Egli-Bernd, 2011; Laub, 2018; Potter, 2001), ist den Autoren bislang kein formalisiertes Protokoll zur Integration von IKA in EMDR bekannt. Das hier vorgestellte Protokoll zur IKA im Rahmen der EMDR-Behandlung basiert auf den klinischen Erfahrungen des Erstautors und sollte bis zu einer empirischen Validierung als Technik des Einwebens verstanden werden und nicht als eigenständiges Verfahren.

Beobachtungen aus der Praxis des Erstautors zeigen, dass es bei der Bearbeitung früher Kindheitserinnerungen – insbesondere aus dem kritischen Alter der Persönlichkeitsentwicklung zwischen 6 und 12 Jahren (Erikson, 1950) – im Verlauf der Desensibilisierungsphase (Phase 4) häufig zu spontanen inneren Bildern kommt, in denen die Patient:in sich selbst als Kind imaginiert. Diese Inneren-Kind-Szenen tauchen entweder als Teil des ursprünglichen Erinnerungskomplexes oder als begleitende Spontanimaginationen auf. In vielen Fällen ist das innere Kind in diesen Bildern allein, ängstlich oder hilflos.

Die zentrale Annahme des hier beschriebenen Protokolls lautet, dass diese Inneren-Kind-Bilder ein bearbeitungsfähiges Fenster zu belastenden Kindheitserfahrungen darstellen. Durch das EMDR-IKA-Protokoll können diese Bilder genutzt werden, um emotionale Bedürfnisse des damaligen Selbst zu erkennen und imaginativ zu erfüllen. Das nachträgliche symbolische Versorgen des inneren Kindes durch das erwachsene Selbst der Patient:in erlaubt eine korrigierende emotionale Erfahrung, die tief verankerte kindliche Affekte wie Wut, Angst, Schuld, Scham, Hilflosigkeit oder Trauer im Hier und Jetzt obsolet machen. Dabei entsteht nicht nur kognitive Einsicht, sondern eine nachhaltige Affektmodulation, die durch die bilaterale Stimulation zusätzlich verankert wird. Das vorgeschlagene Vorgehen gliedert sich in folgende Schritte:

1. Gesichtsausdruck und Emotion des inneren Kindes
„Wenn Sie sich das kleine Kind genau ansehen – wie sieht sein Gesichtsausdruck aus? Wie fühlt es sich gerade?“
 - 1.1. Emotion identifizieren
 - 1.1.1. Wut, Hilflosigkeit, Langeweile → Bedürfnis: Autonomie / Lust
 - 1.1.2. Angst, Trauer, Scham, Schuld → Bedürfnis: Bindung / Selbstwert
2. Bedürfnis des Kindes erfragen
„Was braucht das Kind in dieser Situation?“
 - 2.1. Lösungsvorschlag der Patient:in merken (wenn vorhanden)
3. Erwachsenen Selbst imaginieren
„Können Sie sich vorstellen, wie Sie selbst – als Erwachsene:r – in der Szene auftauchen?“
4. Imaginative Bedürfnisbefriedigung
 - 4.1. Lösung der Patient:in umsetzen: *„Stellen Sie sich vor, Sie...“*
 - 4.2. Falls keine eigene Lösung:
 - 4.2.1. Bei Bindung: *„Können Sie sich vorstellen, wie Sie als Erwachsene:r das Kind in den Arm nehmen, trösten, für es da sind?“*

4.2.2. Bei Autonomie: „Können Sie sich vorstellen, wie Sie als Erwachsene:r das Kind an der Hand nehmen und gemeinsam aus der Szene hinausgehen?“

4.3. „Sagen Sie mir, wenn Sie sich es vorgestellt haben.“

5. Bilaterale Stimulation (BLS)

6. Zweites Bedürfnis befriedigen (wenn Kind noch präsent)

„Können Sie sich zusätzlich vorstellen, wie Sie als Erwachsener...?“

(je nach bisherigem Fokus das andere Bedürfnis befriedigen)

7. Bilaterale Stimulation (BLS)

8. Weiter mit freier Assoziation (Phase 4)

8.1. Abschluss der Assoziationskette (Kanal), wenn mind. 2 positive oder neutrale Assoziationen in Folge geäußert werden.

Fallbeispiel

Der Patient, männlich, 30 Jahre alt, stellte sich mit der Diagnose F98.80 – Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS) zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung vor. Die Diagnose wurde von einem klinischen Psychologen gestellt und von einem Psychiater bestätigt. Behandlungsanlass waren belastende Kindheitserinnerungen, emotionale Dysregulation, leistungsbezogene Minderwertigkeitsgefühle, sozialer Rückzug sowie niedriger Selbstwert. Der Patient war zu Behandlungsbeginn mit 10 mg Methylphenidat (Ritalin®) medikamentös eingestellt; die Dosis wurde im Therapieverlauf auf 30 mg täglich erhöht. Im psychometrischen Eingangsscreening wurden SCL-90-R (Derogatis und Savitz, 1999) und YSQ-S3 (Young und Brown, 2005) durchgeführt. Es zeigten sich folgende Werte:

- SCL-90-R Gesamtwert: 0.73
Auffällig waren insbesondere die Skalen Zwang (ZWAN = 1.5), Psychotizismus (PSYC = 0.9) und Phobisches Erleben (PHOB = 0.71).
- YSQ-S3 Gesamtscore: 249
Hohe Ausprägungen zeigten die Schemata Versagen (20), Emotionale Hemmung (19), Unerbittliche Ansprüche (19) und Sozialer Ausschluss (19).

Die Behandlung erstreckte sich über 11 wöchentliche Sitzungen, davon eine zur Erstellung der Traumalandkarte (Sitzung 3) und 5 Behandlungen mit EMDR (Sitzungen 4-7 und 9). In drei dieser Sitzungen (5-7) wurde die unten beschriebene belastende Kindheitserinnerung bearbeitet. In der dritten dieser Einheiten (Sitzung 7) kam das EMDR-IKA-Protokoll zum Einsatz. Nach Sitzung 9 zeigten sich deutliche Verbesserungen des psychischen Zustandes des Patienten:

- YSQ-S3: Rückgang von 249 auf 99 (Verbesserung um 60,2 %)
- SCL-90-R: Rückgang von 0.73 auf 0.23 (Verbesserung um 68,5 %)

Die Auswertungen sind in den Abbildungen 1-3 graphisch dargestellt.

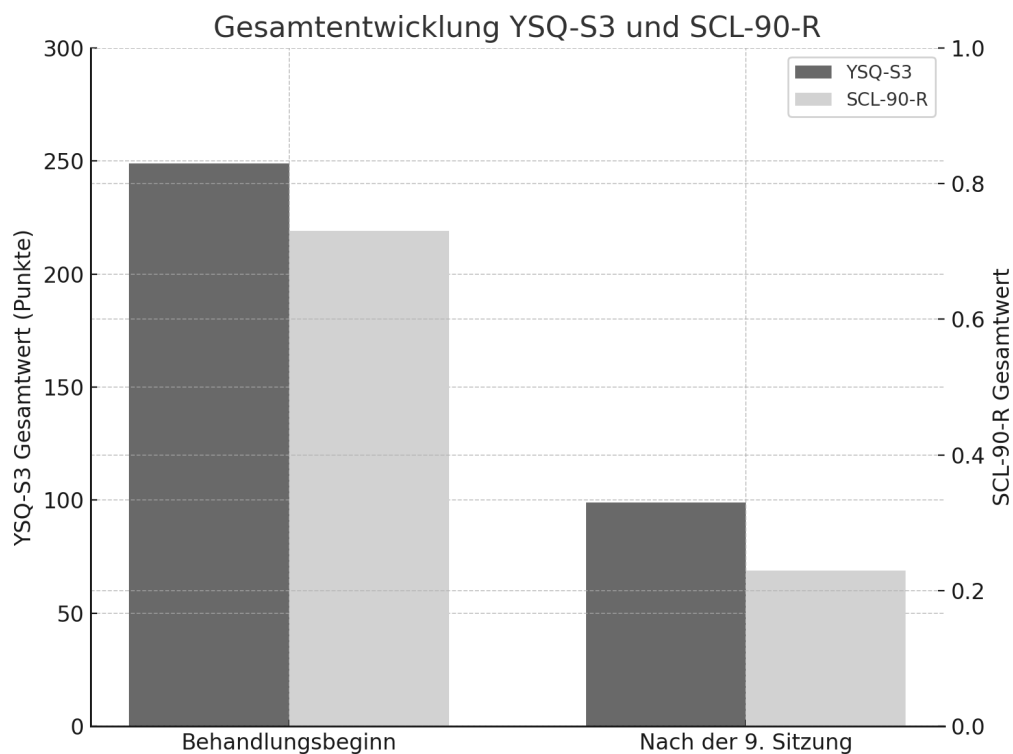


Abbildung 1: Gegenüberstellung der Resultate des YSQ-S3 (dunkelgrau, linke Y-Achse, Punkte) und des SCL-90-R (hellgrau, rechte Y-Achse, Skalenwert) zu Behandlungsbeginn (links) und nach der neunten Einheit (rechts).

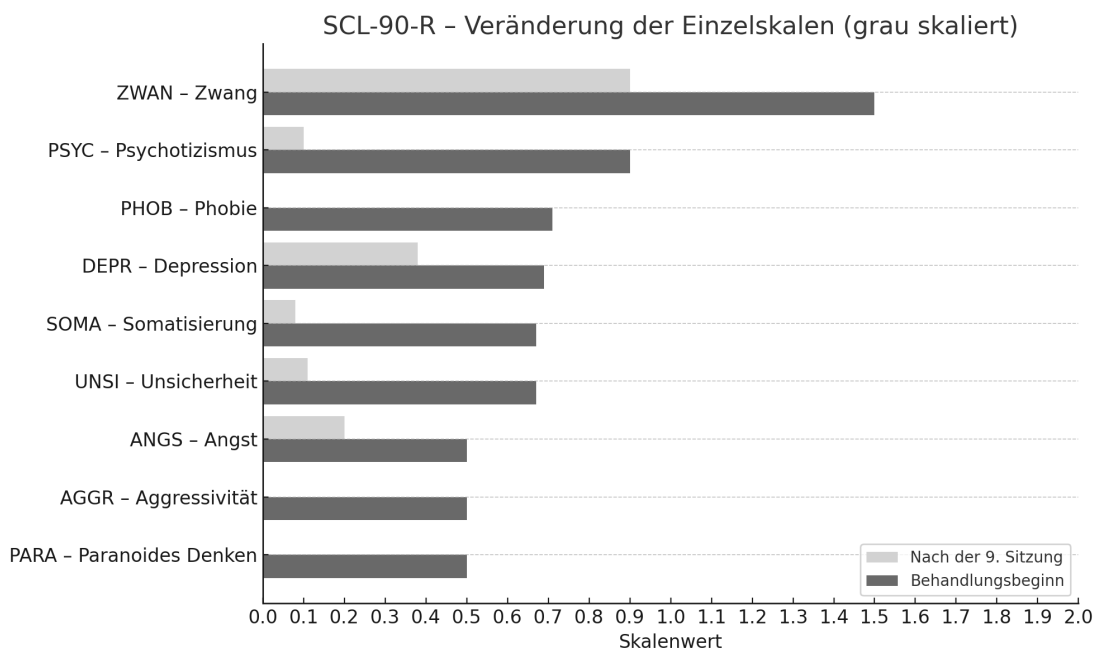


Abbildung 2: Veränderung der Einzelskalen des SCL-90-R zwischen Behandlungsbeginn (dunkelgrau) und der neunten Einheit (hellgrau). Gezeigt sind die durchschnittlichen Itemwerte (0-4) für die neun relevanten Dimensionen.

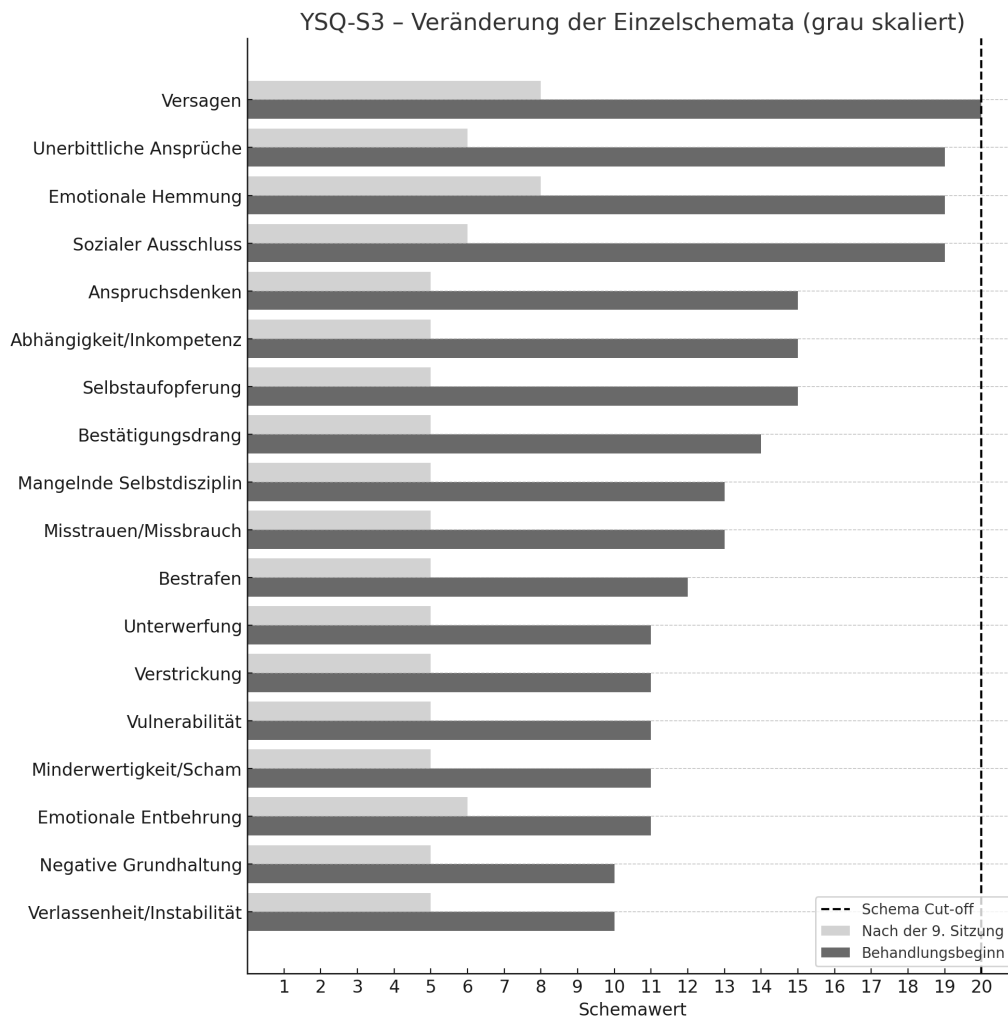


Abbildung 3: Schemata des YSQ-S3 zu Behandlungsbeginn (dunkelgrau) und nach der neunten Einheit (hellgrau). Die gestrichelte Linie markiert den klinischen Cut-off-Wert für Schemata von 20 Punkten.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit wurde der Patient gebeten, gegen Ende der Behandlung persönliche Therapieziele zu formulieren und am Ende der Behandlung deren Erreichung einzuschätzen (Kiresuk und Sherman, 1968). Diese Selbsteinschätzung diente der ergänzenden qualitativen Evaluation des therapeutischen Prozesses aus Patientensicht. Erhoben wurden jeweils ein Hauptziel sowie zwei optionale Zusatzziele. Für jedes Ziel wurden der Ausgangszustand, der angestrebte Idealzustand und der Grad der subjektiven Zielerreichung auf einer sechsstufigen Skala dokumentiert (0 = keine Zielerreichung, 6 = vollständige Zielerreichung). Die folgenden Angaben basieren auf der Selbstauskunft des Patienten nach der zehnten Einheit.

Zielerreichungsskala (Selbsteinschätzung des Patienten)

- Hauptziel: Aufarbeitung früherer traumatischer Erfahrungen
 - *Ausgangszustand*: belastende Gefühle in Verbindung mit vergangenen Erlebnissen
 - *Idealzustand*: innere Unabhängigkeit von diesen Erfahrungen, Akzeptanz
 - *Zielerreichung*: 6 (100 %)

- **Zusatzziel 1: Sich selbst besser kennenlernen**
 - *Ausgangszustand:* Gefühl der Fremdheit und Hilflosigkeit
 - *Idealzustand:* Selbstakzeptanz und erlebte Selbstwertigkeit
 - *Zielerreichung:* 6 (100 %)
- **Zusatzziel 2: Erhöhung des Selbstwertgefühls**
 - *Ausgangszustand:* geringes Selbstwertgefühl
 - *Idealzustand:* Verständnis für eigenes Potenzial
 - *Zielerreichung:* 6 (100 %)

Im Therapieverlauf berichtete der Patient von einer verbesserten Affektdifferenzierung, zunehmender Selbstfürsorge und deutlich reduzierten Schamgefühlen. Nach der Besprechung der Resultate in der 10. Sitzung fand in der 11. Sitzung das Abschlussgespräch statt. Die Anwendung des EMDR-IKA-Protokolls während der EMDR-Behandlung wurde vom Patienten retrospektiv als zentraler Moment der inneren Neuorientierung beschrieben.

Fallbeispiel einer Behandlung mit dem EMDR-IKA-Protokoll

Die belastendste Kindheitserinnerung des Patienten betraf den Tod eines nahen Familienmitglieds, als er acht Jahre alt war. Der Patient hatte seinen Eltern gegenüber geäußert, er wolle nicht am Begräbnis teilnehmen – eine Aussage, die eher Ausdruck von Überforderung war als der tatsächliche Wunsch, nicht am Begräbnis des Verwandten teilzunehmen. Die Eltern nahmen ihn jedoch beim Wort und fuhren ohne ihn zum Begräbnis. Der Patient berichtete, dass er in der Folge eine tiefe Schuld empfand und das Gefühl hatte, einen unumkehrbaren Schaden angerichtet zu haben. Diese Situation wurde von ihm retrospektiv als existenziell bedrohlich empfunden. Er fühlte sich von seinen Bezugspersonen verlassen, schloss daraus, dass er nicht liebenswert sei, und internalisierte das Ereignis als Bestätigung seiner persönlichen Schwäche, sowie seiner fundamentalen Einsamkeit in der Welt.

Diese Erinnerung wurde in der fünften, sechsten und siebten Therapiesitzung mit EMDR bearbeitet. In den ersten beiden Einheiten konnte die Belastung zwar reduziert, aber nicht vollständig aufgelöst werden. Dies gelang erst in der siebten Einheit unter Anwendung des EMDR-IKA-Protokolls. Die folgende Tabelle zeigt den Verlauf der relevanten EMDR-Parameter über die drei Sitzungen hinweg:

Einheit	SUD zu Beginn	SUD zu Ende	NK	Emotion(en)	PK	VoC
Einheit 5	8	4	Ich bin schwach	Vorrangig Wut	Ich bin stark	2
Einheit 6	3	3	Ich bin alleine	Vorrangig Angst, Schuld, Scham	Ich bin liebenswert	4
Einheit 7 (IKA)	3	0	Ich bin alleine	Vorrangig Angst, Schuld, Scham	Ich bin liebenswert	4 → 7

Tabelle 1: Verlauf der EMDR-Bearbeitung einer belastenden Kindheitserinnerung über drei aufeinanderfolgende Sitzungen. SUD = Subjective Units of Distress (subjektives Belastungserleben, Skala 0–10); NK = negative Kognition; PK = positive Kognition; VoC = Validity of Cognition (Glaubwürdigkeit der positiven Kognition, Skala 1–7); IKA = Einbindung des EMDR-IKA-Protokolls (siehe Text).

In der siebten Sitzung, während der Desensibilisierungsphase (Phase 4), berichtete der Patient plötzlich von einem inneren Bild: Er sah sich selbst von Außen als Kind im Sacko, bereit für das Begräbnis, allein auf dem kalten Betonboden vor dem Haus, in dem er zurückgelassen wurde, während seine Eltern davonfahren. Dieses Bild wurde als Repräsentation des inneren Kindes identifiziert. Im Rahmen des EMDR-IKA-Protokolls wurde der Patient eingeladen, sich als Erwachsener in die Szene zu imaginieren. In der Vorstellung näherte er sich dem inneren Kind, nahm es in den Arm, tröstete es und sprach ihm zu. Nach einem Set bilateraler Stimulation imaginierte der Patient, wie er das innere Kind liebevoll in sein Zimmer führte, wo es in Ruhe spielen durfte.

Nach dieser korrigierenden emotionalen Erfahrung sank der SUD-Wert auf 0. Die positive Kognition „*Ich bin liebenswert*“ wurde mit einem finalen VoC von 7 verankert. Der Patient beschrieb nach der Sitzung eine deutliche Erleichterung, weniger Schuldgefühle und ein besseres Selbstwertgefühl.

Diskussion

Die vorliegende Einzelfalldarstellung dokumentiert den erfolgreichen Einsatz eines Protokolls für die IKA im Rahmen einer EMDR-Behandlung eines Patienten mit Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.80). Insbesondere die Bearbeitung einer belastenden Kindheitserinnerung in der dritten EMDR-Sitzung führte, nach zuvor stagnierendem Reprocessing, zum vollständigen Abklingen der Belastung (SUD = 0) sowie zur vollständigen Integration der positiven Kognition („*Ich bin liebenswert*“, VoC = 7). In der subjektiven Zielerreichung des Patienten spiegelten sich ebenfalls umfassende therapeutische Fortschritte wider.

Gleichwohl ist ausdrücklich zu betonen, dass es sich hierbei um eine Einzelfallanwendung handelt. Die Wirksamkeit und Übertragbarkeit des EMDR-IKA-Protokolls müssen in künftigen Studien systematisch untersucht werden. Eine empirische Validierung ist Voraussetzung für die endgültige Einordnung dieser Technik im Toolkit der EMDR-Therapeut:in. Bis dahin kann das Protokoll als ergänzende Technik des Einwebens im Rahmen der Phase 4 des EMDR-Standard-Protokolls betrachtet werden – insbesondere bei Patient:innen, deren Problematik in belastenden Kindheitserinnerungen wurzelt und bei denen rein kognitives Einweben nicht ausreicht.

Die Ergebnisse dieses Fallbeispiels unterstreichen den grundsätzlichen Stellenwert erfahrungsbasierter Methoden zur Bearbeitung früher negativer Kindheitserfahrungen in der Psychotherapie. Prägende Ereignisse aus der frühen Bindungs- und Autonomieentwicklung bedingen psychisches Leid in der Gegenwart, wenn sie dysfunktional gespeichert sind. Methoden wie Imagination, Affektbrücke, Stühlearbeit oder die gezielte Einbettung von IKA in die Behandlung mit EMDR bieten einen therapeutischen Zugang zu diesen Erlebnissen.

Conclusio

IKA stellt ein etabliertes, erlebnisorientiertes Konzept zur Bearbeitung belastender Kindheitserfahrungen dar und findet in unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren Anwendung. Die Integration dieser Methodik in das EMDR-Standardprotokoll eröffnet neue Möglichkeiten, belastende Erinnerungen mit EMDR zu behandeln. Der vorliegende Artikel hat die theoretischen Grundlagen der IKA dargestellt, deren Indikation aufgezeigt und ein Protokoll zur Anwendung von IKA im Rahmen einer Behandlung mit EMDR vorgestellt. Am Beispiel eines Patienten mit Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.80) wurde beschrieben, wie sich eine resistente Kindheitserinnerung mithilfe des EMDR-IKA-Protokolls auflösen ließ. Die Kombination aus freier Assoziation, bilateraler Stimulation und korrigierender Imagination ermöglichte eine emotionale Neubewertung der Erinnerung und führte zu einem vollständigen Rückgang der subjektiven Belastung. Das Fallbeispiel zeigte zudem deutliche Verbesserungen in mehreren klinischen Parametern (SCL-90-R, YSQ-S3) sowie eine vollständige Zielerreichung aus Patientensicht. Diese Beobachtungen stützen die Annahme, dass IKA ein relevantes Werkzeug im Umgang mit belastenden Kindheitserinnerungen sein kann und eine zusätzliche Technik des Einwebens für EMDR-Therapeut:innen darstellt.

Literatur

Ahmad, A., und Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127–132.

Baek, J., Lee, S., Cho, T., Kim, S. W., Kim, M., Yoon, Y., Kim, K. K., Byun, J., Kim, S. J., Jeong, J., und Shin, H. S. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature*, 566(7744), 339–343. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-0931-y>

Bloomgarden, A., und Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating Disorders*, 16(5), 418–427. <https://doi.org/10.1080/10640260802370598>

Chopich, E., und Paul, M. (2005). *Das Arbeitsbuch: Zur Aussöhnung mit dem inneren Kind*. Ullstein.

Christensen, C., Barabasz, A., und Barabasz, M. (2013). Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: Trauma resolution, depression, and anxiety. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 20–37.
<https://doi.org/10.1080/00207144.2013.729386>

De Jongh, A., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., und Lee, C. W. (2019). The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 261–269.

Derogatis, L. R., und Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.


Egli-Bernd, H. (2011). EMDR in dissociative processes within the framework of personality disorders: The impact of cognitions in the EMDR process: The "dialogue protocol." *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 131–139. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.3.131>

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton und Company.

Faretta, E., und Dal Farra, M. (2019). Efficacy of EMDR therapy for anxiety disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 325–332.

Farrell, J. M., Shaw, I. A., und Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–328.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>

Fisher, J. (2000). *Adapting EMDR techniques in the treatment of dysregulated or dissociative patients*. In *Annual Meeting of the International Society for the Study of Dissociation*, San Antonio, TX.

 Graff, P., & Haidenbauer, M. (2025). *Innere-Kind-Arbeit im Rahmen der EMDR-Behandlung*. AVM Publications. <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2025/09/graff-peter-haidenbauer-moritz-2025-emdr-innerekindarbeit.pdf>

Gauhar, Y. W. M. (2016). The efficacy of EMDR in the treatment of depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(2), 59–69.

Hackmann, A. (2011). Imagery rescripting in posttraumatic stress disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 424–432. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.06.006>

Hafkemeijer, L., de Jongh, A., Starrenburg, A., Hoekstra, T., und Slotema, K. (2024). EMDR treatment in patients with personality disorders. Should we fear symptom exacerbation? *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2407222. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2407222>

Hafkemeijer, L., de Jongh, A., van der Palen, J., und Starrenburg, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in patients with a personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1838777.

Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., und Hodgkins, P. (2016). Long-term outcomes of ADHD: A systematic review of self-esteem and social function. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295–305. <https://doi.org/10.1177/1087054713486516>

Hassas, O., Mashhadi, A., Shamloo, Z. S., und Bordbar, M. R. F. (2024). Emotional schema therapy for bipolar disorder: Improving emotional schemas, quality of life, cognitive emotion regulation, and symptom management. *International Journal of Cognitive Therapy*, 17(3), 347–368.

Hofmann, A., und Lehnung, M. (Eds.). (2024). *EMDR: Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Georg Thieme Verlag KG.

Kaye, B. (2006). *Interactive cognitive motor interweaves during EMDR*. *Allied Psychological Services*. <https://www.researchgate.net/publication/265994619>

Khan, A., Madihie, A. B., Ullah, F., Abid, O., und Awan, K. H. (2025). A comparative exploration of eye movement desensitisation and reprocessing versus cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in Pakistan: Insights from a full-fledged randomised controlled trial. *Counselling and Psychotherapy Research*, 25(1), e12870. <https://doi.org/10.1002/capr.12870>

Kiresuk, T. J., und Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443–453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>

Kneisl, C. R. (1991). Healing the wounded, neglected inner child of the past. *Nursing Clinics of North America*, 57(3), 745–755. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)00285-7](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)00285-7)

Körük, S., und Özabacı, N. (2018). Effectiveness of schema therapy on the treatment of depressive disorders: A meta-analysis. *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 494–510. <https://doi.org/10.18863/pgy.361790>

 Graff, P., & Haidenbauer, M. (2025). *Innere-Kind-Arbeit im Rahmen der EMDR-Behandlung*. AVM Publications. <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2025/09/graff-peter-haidenbauer-moritz-2025-emdr-innerekindarbeit.pdf>

Köster, R., und Köster, S. (2019). IRRT (Imagery Rescripting und Reprocessing Therapy) – ein Überblick. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 40(1), 8–21.

Köster, R., Köster, S., und Schmucker, M. (2024). Imagery Rescripting und Reprocessing Therapy (IRRT) in der Behandlung posttraumatischer Störungen. *Psychotherapie*, 29(1), 79–94. <https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-1-79>

Laub, B. (2018). *Healing space – From the vulnerable child to the authentic essence*. In *Different applications of EMDR* [Conference presentation]. 19th EMDR Europe Conference, Strasbourg, France. <https://francineshapirolibrary.omeka.net/items/show/25230>

Leutner, S., und Piedfort-Marin, O. (2021). The concept of ego state: From historical background to future perspectives. *European Journal of Trauma und Dissociation*, 5(4), 100184. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100184>

Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Fatta, L., De Peppo, L., und Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 96–102. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010096>

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M., und van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961–973. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.013>

Peeters, N., van Passel, B., und Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579–597.

Perez-Dandieu, B., und Tapia, G. (2014). Treating trauma in addiction with EMDR: A pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 303–309.

Potter, A. E. (2001). Inner child therapy as cognitive framework for EMDR. Presentation at the 6th EMDR International Association Conference, Austin, TX. <https://francineshapirolibrary.omeka.net/items/show/15598>

Reddemann, L. (2005). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) – Das Manual*. Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Rostaminejad, A., Behnammoghadam, M., Rostaminejad, M., Behnammoghadam, Z., und Bashti, S. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing on the phantom limb pain of patients with amputations within a 24-month follow-up. *International Journal of Rehabilitation Research*, 40(3), 209–214. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000227>

Sarichloo, M. E., Elmi, S., Mahalleh, M. S. B., und Langaroudi, M. S. (2025). Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy on Selective Attention and Creativity in Children with ADHD. *Sciences*, 6(3), 100–107.

Sepehry, A. A., Lam, K., Sheppard, M., Guirguis-Younger, M., und Maglio, A. S. (2021). EMDR for depression: A meta-analysis and systematic review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(1), 2–17.

Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy, third edition: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). *Guilford Publications*.

Solomon, R. M., und Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>

Still, G. F. (1902). The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*, 159, 1008–1012, 1077–1082, 1163–1168.

Tesarz, J., Leisner, S., Gerhardt, A., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., und Hartmann, M. (2014). Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: A systematic review. *Pain Medicine*, 15(2), 247–263. <https://doi.org/10.1111/pme.12303>

van Rijn, B., und Wild, C. (2013). Humanistic and integrative therapies for anxiety and depression: Practice-based evaluation of transactional analysis, gestalt, and integrative psychotherapies and person-centered counseling. *Transactional Analysis Journal*, 43(2), 150–163. <https://doi.org/10.1177/0362153713499545>

Watkins, H. H. (1993). Ego-state therapy: An overview. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 232–240. <https://doi.org/10.1080/00029157.1993.10403014>


Whitfield, C. L., und Nuckols, C. C. (2015). *Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families*. Health Communications.

Young, J. E., und Brown, G. (2005). *Young Schema Questionnaire–Short Form; Version 3 (YSQ-S3, YSQ)* [Database record]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>

Young, J. E., Klosko, J. S., und Weishaar, M. E. (2003). *Schematherapie: Ein integrativer Ansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen* (H. Reindl, Trans.). Junfermann.

Young, J. E., Klosko, J. S., und Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch* (2. Aufl.). Junfermann.

Yunitri, N., Kao, C. C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H. L., Liu, D., ... und Chou, K. R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 102–113.

 Graff, P., & Haidenbauer, M. (2025). *Innere-Kind-Arbeit im Rahmen der EMDR-Behandlung*. AVM Publications. <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2025/09/graff-peter-haidenbauer-moritz-2025-emdr-innerekindarbeit.pdf>

Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., und Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 641–650. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304>