

Zeitschrift für

EMDR

Wissenschaft und Praxis



Neue Protokolle

R-TEP - EMDR
Therapie im
Traumaland

EMDR bei Kindern und Jugendlichen

EMDR im akutstationären
Setting einer Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Neue Techniken

Instant
Ressource
Installation

**R-TEP-
Protokoll**

S. 30

EMDR
**neue Protokolle
und Techniken**

EMDR

im akutstationären
Setting einer Kinder- und
Jugendpsychiatrie





**Dr. med.
Kerstin Stellermann-Strehlow**

Kinder- und Jugendpsychiaterin,
EMDR Trainerin, -Supervisorin und
-Therapeutin für Kinder und Jugendliche

Einleitung:

Die Wirksamkeit von EMDR mit Kindern und Jugendlichen (EMDR-KJ) im ambulanten Setting wurde insbesondere in den letzten Jahren untersucht und nachgewiesen (de Roos et al., 2017; Mavranouzouli et al., 2019). Allerdings gibt es wenige Studien und Fallberichte zur Anwendung von EMDR im kinder- und jugendpsychiatrischen (teil-) stationären, insbesondere im „geschützten“ oder „akut“-stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen (KJP) Kliniken.

Vor dem Hintergrund der multiprofessionellen Teamstrukturen über 24 Stunden an sieben Tagen der Woche bietet der akutstationäre Rahmen ein Setting, um mit Kindern und Jugendlichen Trauma-konfrontativ zu arbeiten, die im ambulanten oder (teil-) stationären vSetting keine ausreichende psychische Stabilität zeigen oder zu viele Störfaktoren im System erleben. Um Störfaktoren im stationären Setting möglichst gering zu halten, ist eine Einbindung des multidisziplinären Teams in die Trauma-konfrontative Behandlungsplanung und -durchführung ziel führend. Mit einer traumasensiblen Grundhaltung bildet die Station mit ihren Strukturen und Mitarbeiter:innen eine Ressource für die Patient:in.

Ich werde im Folgenden anhand eines anonymisierten Fallbeispiels die EMDR-Behandlung einer schwer depressiven und akut suizidalen Patientin in einem akutstationären Setting an einer KJP in Deutschland entlang der acht Phasen des Standardprotokolls mit Blick auf die Patientin sowie die Station beschreiben.

Eine der häufigsten Indikationen für eine akutstationäre Behandlung auf einer sogenannten geschützten (geschlossenen) Station sind Konkretisierungsideen bei akuter Suizidalität. Die in diesem Artikel skizzierte Patientin hat die Diagnose einer schweren Depression mit multiplen lebensbedrohlichen Suizidversuchen im ambulanten sowie akutstationären Setting.

In meinen Seminaren und Supervisionen höre ich wiederholt, dass akute Suizidalität eine Kontraindikation für eine Trauma-konfrontative Behandlung, auch mit EMDR, sei. Es ist dabei wichtig zu differenzieren, in welchem Setting die Behandlung stattfindet, wie sicher sich die Therapeut:in in Bezug auf die Behandlung und die Interventionsmethodik ist und ob und wie motiviert die Patient:in einer Behandlung zustimmt. Das ambulante Setting kann für Patient:innen zu unsicher sein, so dass eine Indikation für eine (teil-) stationäre Behandlung gegeben sein kann und bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung auch für eine akutstationäre. Das stationäre Setting ist aber keine Kontraindikation für eine Trauma-konfrontative Behandlung, im Gegenteil; sie kann, wie oben in Kürze ausgeführt, den Rahmen bieten, der ausreichend Sicherheit für eine konfrontative Behandlung ermöglicht. Unsicherheiten auf Seiten der Therapeut:in sowie im multiprofessionellen Team können durch Supervision reguliert werden. Dies gilt für das ambulante wie für das stationäre Setting. Sollte trotz optimalen Settings kein Einverständnis der/des Patienten für eine Behandlung gegeben werden, fordert dieses unser therapeutisches Handwerkszeug.

Grundvoraussetzung:

Im optimalen Fall gibt es Trauma-pädagogisch und Trauma-therapeutisch ausgebildete Kolleg:innen an der Klinik und somit ein gemeinsames psychotraumatologisches Verstehensmodell mit einer dazugehörigen traumasensiblen Haltung. Ist dieses nicht gegeben, kann das Einführen von Trauma-konfrontativen Verfahren insbesondere im akutstationären Setting zu Verunsicherungen und Ängsten im Team führen. Oft besteht die Sorge, dass die Trauma-Konfrontation die Patient:in zusätzlich destabilisieren könnte. Es ist notwendig, durch Fortbildung und Fallbesprechungen auf dem gleichen fachlichen Stand zu sein, Unsicherheiten zu validieren und durch Wissen und Erfahrungen zu co-regulieren. Eine Teamfortbildung über die Auswirkungen von Stress/Trauma auf das Kind/Jugendliche und das System fördert ein gemeinsames Symptomverständnis und eine traumasensible Versorgung. EMDR als Trauma-konfrontatives Verfahren sollte in Theorie und ggf. Praxis, z.B. durch Selbsterfahrung mit Ressourcenverankerung mit EMDR oder Vorführung einer FLASH-Einheit, mit einem/einer Freiwilligen aus dem Team vorgestellt werden.

Behandlung entlang des Standardprotokolls:

Phase 1 – Anamnese/Behandlungsplanung:

Patient:in // Viele Patient:innen im stationären psychiatrischen Setting zeigen multiple Diagnosen insbesondere auf Achse 1 der MAS und erfüllen bei Betrachtung gehäuft die Kriterien einer kPTBS nach ICD-11. In der Belastungsanamnese, welche auch mit Blick auf den Resilienzfaktor der „Selbstoffenbarung“ (Wilson&Wilson, 2018) immer eine Eigenanamnese und Fremdanamnese beinhalten sollte, zeigen sich meistens zahlreiche stressor-basierte und traumatische Belastungserfahrungen über die Lebensspanne.

Die Symptome unserer Patient:innen sind der Versuch, die psychologischen Grundbedürfnisse nach Grawe zu befriedigen (Grawe, 1998), unabhängig von deren Dysfunktionalität für die Entwicklung. Patient:innen im stationären Setting haben oft eine Vielfalt von immer komplexeren Strategien entwickeln müssen, um überleben zu können.

Häufig wurden viele Interventionen aus dem sozialen, pädagogischen, therapeutischen sowie psychiatrischen Sektor vor der akutstationären Aufnahme versucht, die keine ausreichende stabile Verbesserung erzielt haben oder durch erneute Belastungen destabilisiert wurden. Diese „gescheiterten“ Interventionen verstehen Patient:innen als Beweiserfahrung, dass Therapie „keinen Sinn ergibt“ und bedürfen einer verstärkten Motivationsarbeit zu einer Therapie.

Die Motivation der akutstationären Patient:innen, die zumeist aufgrund einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung oft zunächst gegen ihren Willen aufgenommen wurden, bedarf einer Vision der Therapeut:in und des Teams für die funktionale Entwicklung der Patient:in, welche:r aufgrund der Komplexität und Chronizität oft selbst wenig Hoffnung für Verbesserung erlebt. Das akutstationäre Setting mit hoher äußerer Sicherheit in Kombination mit einem Trauma-therapeutischen Verstehensmodell kann ein motivationales Fenster für Veränderung ermöglichen.

Die Motivationsphase aus dem MASTR-Manual von Greenwald (2002, 20004), welches ursprünglich für die Behandlung von Patient:innen mit einer Störung des Sozialverhaltens manualisiert wurde, kann hierbei sehr hilfreich sein. MASTR steht für Motivation, Adaptive Skills und Trauma Resolution, wobei letzteres eine Behandlung mit EMDR beinhalten kann (Hensel, 2006, 2025). In der Motivationsphase wird nach Anamnese anhand eines erzählten biographischen Videos ein Trauma-therapeutisches Verständnis für die Symptomentwicklung der Patient:in erarbeitet. Am Ende des Videos steht die Entwicklung zweier Filmenden – ein negatives und ein positives,

beide werden als emotional und vegetativ spürbare Ressource verankert. Diese gespürte Ambivalenz ermöglicht die Hoffnung und Vision auf Veränderung.

Davon ausgehend, dass durch die Belastungserfahrungen mindestens eines der vier psychologischen Grundbedürfnisse nach Grawe verletzt wurde, bei komplex Traumatisierten meistens alle, sollte nicht nur bei der Belastungsanamnese nach Erfahrungen in Bezug auf die Grundbedürfnisse gefragt werden, sondern vor allem auch in Bezug auf die Ressourcen. Dies unterstützt zum einen die Stabilisierung des/der Patient:in, zum anderen gibt es Orientierung für ein evtl. notwendiges Einweben von Ressourcen in Phase 4-6. Ein Pendeln zwischen Belastungsanamnese in Phase 1 und Stabilisierung durch Ressourcenverankerung in Phase 2 kann in der Vorbereitung der komplex-traumatisierten Patient:innen notwendig sein.



Anzeige



KLINIK
FRIEDENWEILER



Wir sind ausgezeichnet!



Unsere Klinik wurde als eine der ersten Kliniken Deutschlands durch die EMDRIA Deutschland e.V. ausgezeichnet und bietet Ihnen ein hochwertiges und zertifiziertes EMDR Angebot.

Heilung beginnt hier: Privatklinik Friedenweiler

Spezialisiert auf EMDR – individuelle Hilfe bei Trauma, Angst, Depression und Abhängigkeit.

Im malerischen Ambiente eines Grand Hotels bieten wir das gesamte Spektrum der Behandlung psychischer Erkrankungen – mit besonderem Fokus auf Traumafolgestörungen. Unsere erfahrenen Therapeut:innen sind speziell in EMDR ausgebildet und begleiten Ihre Patient:innen auf ihrem Weg zur Genesung – im Einzel- und Gruppensetting.

Vertrauen Sie auf unsere Erfahrung und unser exklusives Umfeld. Wir sind für Sie da.

Jetzt Kontakt aufnehmen!



Dipl. Psych. Susanne Götz

Zertifizierte EMDR Therapeutin

Zertifizierte EMDR Supervisorin

Vorstandsmitglied EMDRIA Deutschland e. V.

Klinik Friedenweiler
Kurhausweg 2-4
79877 Friedenweiler
EMDR AKUT
Tel 07651 9350-0
info@klinik-friedenweiler.de
www.klinik-friedenweiler.de



Eine Fachklinik der

Oberberg
Gruppe

Fallbeispiel:

Sarah ist eine 17-jährige Patientin mit der Diagnose einer schweren Depression. Sie wurde nach einem gescheiterten Suizidversuch akutstationär gegen ihren Willen aufgenommen. In der Anamnese zeigen sich Anzeichen für potentiell traumatische Erfahrungen in der Kindheit. Die Patientin war bereits zweimal stationär in kinderpsychiatrischer Behandlung gewesen. Im Verlauf der akutstationären Behandlung versuchte sie wiederholt, sich zu suizidieren. Dieses führte im Team zu Gefühlen von Wirkungs- und Hilflosigkeit. Zunehmend kam der Wunsch nach Verlegung der Patientin in eine andere psychiatrische Einrichtung und der Krankheitsstand im Team nahm zu.

Im Rahmen einer multidisziplinären Teamsupervision konnte ein gemeinsames Symptomverständnis erarbeitet werden. Die Patientin befand sich zu diesem Zeitpunkt seit drei Monaten gegen ihren Willen auf der Akutstation, die Medikation mit SSRI, atypischen Neuroleptika und Bedarfsmedikation zur Affektregulation wurde mehrmals angepasst und die Patientin hatte keinen Ausgang. Besonders deutlich wurden die multiplen Beweiserfahrungen der Patientin, dass sie „nicht liebenswert“ sei, welches ein empathisches Verständnis für ihre Lebensmüdigkeit im Team eröffnete. Gemeinsam wurde die Indikation für eine Trauma-konfrontative Behandlung im akutstationären Setting besprochen. Sorgen bezüglich einer Destabilisierung der

Patientin und erneuter Suizidversuche auf Station konnten verbalisiert und trauma-sensible Handlungsstrategien erarbeitet werden. Stabilisierung durch trauma-konfrontative Entlastung der Patient:in wurde als gemeinsames Ziel der Behandlung vereinbart. Die Klinikleitung sowie einzelne Mitarbeiter:innen kannten EMDR schon und befürworteten einen Behandlungsversuch mit EMDR durch mich, zu der Zeit Oberärztin der Station.

Vor Beginn der Behandlung gab es eine multidisziplinäre Teamsitzung, in der alle Fragen zu EMDR sowie zur geplanten Behandlung gestellt werden konnten. Es gab das Angebot, mich jederzeit anzusprechen. Die Station und das Team als Ressource für die Patientin wurden in den Fokus gestellt.

In einem folgenden gemeinsamen Gespräch mit der Bezugsbetreuerin, der Patientin und mir wurde der Patientin das Angebot gemacht, eine Behandlung mit EMDR auf der Akutstation durchzuführen. Die Patientin war sehr schwingungsarm, zeigte wenig Affekt, hörte aber bei der Psychoedukation zu Trauma und EMDR aufmerksam zu. Aufgrund der mangelnden Hoffnung auf Verbesserung und Suizid als einziger Kontrollstrategie konnte ein Einverständnis zur Behandlung in Phase 1 nicht erarbeitet werden. Es bedurfte dafür Phase 2.

Phase 2 – Stabilisierung und Vorbereitung

Station // Ein gemeinsames Verständnis der Symptomatik als dysfunktionale Überlebensstrategie des/der Patient:in bildet die Basis für die Vision einer funktionaleren Entwicklung der Patient:in. Traumapädagogische Kenntnisse im Team sind dabei förderlich. Insbesondere ein ressourcenorientierter Blick des Teams sowie das Verständnis, dass das dysfunktionale Verhalten einen guten Grund hat, können die Stabilität und die Behandlung der Patient:in fördern.

Eine medikamentöse Unterstützung sollte im Sinne der Stabilisierung ebenfalls in Erwägung gezogen werden.



Behandlung entlang des Standardprotokolls:

Patient:in // Die in der Anamnese mit erfragten Ressourcen in Bezug auf die vier psychologischen Grundbedürfnisse:

- 1. Sicherheit/Kontrolle/Orientierung**
(Gibt es einen Ort, an dem du dich wohl fühlst? In deiner Phantasie, real, auf Station...)
- 2. Lustgewinn und Unlustvermeidung**
(Was macht dir richtig viel Spaß? Was ist dein Lieblingsessen? Lieblingsmusik?)
- 3. Selbstwirksamkeit**
(Wie hast du es geschafft, trotz all dem Mist bis in die ... Klasse zu kommen? Ich habe gehört, du hast gestern in Nintendo gewonnen – wow)
- 4. soziale Interaktion/Bindung**
(Gibt es Menschen oder Tiere, mit denen du gerne zusammen bist/warst? Gibt es auf Station jemanden, dem/der du vertraust?)

Ressourcen sollten mit Emotion und positivem Körpergefühl mit langsamer bilateraler Stimulation (BLS) verankert werden. Dies ermöglicht der Patient:in, mit dem Verfahren vertraut zu werden, und die Patientin übt anhand positiver Erinnerungen das Spüren und Fühlen.

Bei komplex-traumatisierten Patient:innen ist die Sinnhaftigkeit (Kohärenzerleben nach Grawe) oft nicht gegeben, Hoffnung für Verbesserung nicht mehr denk- und spürbar, so dass eine Einwilligung zur Therapie nicht immer gegeben werden kann.

Eine motivierende Gesprächsführung im Sinne der kurzfristigen und langfristigen positiven und negativen Konsequenzen unterstützt beim Aufbau der Motivation, ist aber bei chronischer Suizidalität ähnlich wie bei Störung des Sozialverhaltens aufgrund der Komplexität oft nicht ausreichend. In meiner Erfahrung haben die Entwicklung und Verankerung einer emotional und körperlich spürbaren negativen Vision mit aversiver Kognition und einer emotional und körperlich spürbaren positiven Vision mit positiver Kognition, wie beschrieben im MASTR-Protokoll, die Wirkung, dass einer Behandlung zugestimmt werden kann.

Fallbeispiel:

Sarah sah als negative Vision ihres Lebens in fünf Jahren sich selbst im Sarg liegen. Sie fühlte sich leer und schlaff. Mit therapeutischer Anleitung konnte sie dieses Bild mit der Kognition „**das lohnt sich nicht**“ mit langsamer bilateraler Stimulation verankern.

Als positive Vision ihres Lebens in fünf Jahren, wenn all die Belastungen, die sie schon erleben musste, sie nicht mehr belasten, sah sie sich mit einer Freundin in Kroatien am Strand sitzen. Dieses Bild sowie das dazugehörige Körpergefühl von Entspannung und Kribbeln im Herz wurden mit der Kognition „**ich lebe**“ ebenfalls mit langsamen BLS verankert. Die Patient:in visualisierte dieses positive Bild mit Unterstützung der Kunsttherapeutin als Collage. Dieses Bild hing im Original im Zimmer der Patientin und stand mir als Farbkopie für das Prozessieren zur Verfügung.



Die Patientin bekam die Hausaufgabe, in Begleitung ihrer Bezugsbetreuerin zweimal am Tag das Bild anzuschauen, im Körper das Gefühl von Kribbeln und Freiheit zu spüren und den Satz zu denken „ich lebe“. Wenn sie wollte, konnte sie dieses mit einer langsamen Schmetterlingsumarmung verankern. Diese gemeinsame positiv konnotierte Interaktion und Vision festigte die Beziehung zur Bezugsbetreuerin und die Patientin übte das Spüren von Emotionen.

„ich bin liebenswert“



Aufgrund ihrer therapeutischen Vorerfahrungen war die Patientin zunächst sehr skeptisch gegenüber der EMDR-Therapie. Nach der Entwicklung der Visionen stimmte sie einer hochfrequenten EMDR-Behandlung zu. Es wurden in Rücksprache mit der Station zwei Sitzungen an zwei Tagen die Woche (Dienstag und Donnerstag) vereinbart. Im Verlauf bat die Patientin um Wechsel auf drei Tage die Woche (Montag, Mittwoch, Freitag), dem die Station nach anfänglicher Sorge, es könnte sich eine Symptomverschlechterung vor dem Wochenende bei geringerer personeller Besetzung ergeben, auf der Basis der Symptomverbesserung der Patientin zustimmte. Auf Bitte der Patientin und dank Flexibilität des Teams nahm die Bezugsbetreuerin an allen Sitzungen teil. In Anlehnung an das Ressourcen-Integrierende-Protokoll (RIT) nach Leutner, 2008 wurde die Collage in jeder Sitzung in 45 Grad zum Blickwinkel der Patientin an die weiße Wand gehängt.

Phase 3 – Einschätzung/Bewertung

Sollte – vergleichbar zu der Arbeit mit jüngeren Kindern – ein:e Bezugsbetreuer: in als reale Ressource der:des Patient:in im Raum dabei sein, ist es wichtig, dass diese bezogen auf die zu prozessierenden Belastungssituationen so entlastet wie möglich ist. Aus diesem Grund bereite ich die Sitzung mit dieser vor und nach. Zusätzlich bespreche ich mit der Patient:in, dass ich der Station eine Rückmeldung geben darf, wie der Prozess verläuft, ohne Details zu nennen.

Fallbeispiel:

Vor dem Hintergrund der schweren depressiven Symptomatik entschied ich mich dazu, der Patientin anzubieten, mit ihr an den Beweiserfahrungen in Bezug auf die dysfunktionale Kognition, die ihr den Sinn des Lebens nahm, zu arbeiten.

Die Patientin wünschte, dass die Bezugsbetreuerin mit etwas Abstand neben ihr sitzt, ohne dass sie diese im Blickfeld hat. Ich bot der Patientin meine Überlegungen in Bezug auf ihr Symptom der Suizidalität an. Mit meiner Unterstützung erarbeitete sie, dass die dysfunktionale Kognition „ich bin wertlos“ am stimmigsten war (SUD 10). Der VOC zu „ich bin liebenswert“ war bei 1. Die Patientin wurde im Sinne der Target-Ermittlung gebeten, fünf Beweiserfahrungen als Überschrift zu benennen, die diese negative Kognition bestätigen, der SUD wurde erfragt.

1. **Geburt des 7 Jahre jüngeren Geschwisterkindes** (SUD = 8)
2. **Trennung der Eltern** (SUD = 7)
3. **Suizidversuch eines Elternteils** (SUD = 9)
4. **Vergewaltigung in der 1. Beziehung** (SUD = 9,5)
5. **Unterschreiben der Unterbringung in Klinik gegen ihren Willen durch Eltern** (SUD = 10)

Ich fragte die Patientin, mit welcher Beweiserfahrung sie beginnen möchte, und sie entschied sich für einen chronologischen Ablauf von 1 bis 5. Erste Sitzung dienstagsvormittags:

Die Patientin wählte die Beweiserfahrung in Bezug auf die Geburt des Geschwisterkindes.

Der schlimmste Moment war, als ihre Eltern mit dem Neugeborenen auf dem Sofa saßen und sie zur Schule gehen musste.

Die negative Kognition war „ich bin wertlos“, die positive Kognition „ich bin liebenswert“ mit einem VOC von 1.

Die Emotion war Traurigkeit, der SUD lag bei 9.

Das Körpergefühl war, dass sie „keine Luft mehr“ bekommt und es fühlte sich „wie ein Stein im Bauch“ an.

„wie ein Stein im Bauch“

Anzeige

EMDR SEMINARE 2025/26

SPEZIALSEMINARE & SUPERVISION EMDR • ONLINE
in der stationären Kinder und Jugendpsychiatrie

07.10.2025 | 06.10.2026 | 17:00 - 19:15 Uhr
EMDR mit Kindern und Jugendlichen und
psychiatrische Medikation

30.01.2026 | 17 - 19:15 Uhr
EMDR mit Kindern und Jugendlichen
in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

18.09.2025 | 22.01.2026 | vormittags
Supervisionsvormittage für EMDR KJ Therapeut:innen im
(teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext

FÜR KLINIKEN

Für Inhouse Schulungen schreiben Sie mir gerne
per Mail an info@kst-traumahilfe.de



**DR. MED. KERSTIN
STELLERMANN-STREHLOW**

Kinder- und Jugendpsychiaterin,-
Psychotherapeutin (TP, VT)
EMDR KJ Trainerin (sen.)

Phase 3 – Aktualisierung/Beginn Prozessieren **Fallbeispiel:**

Nach der Bewertung und Fokussierung der ersten Beweiserfahrung in Phase 3 vermied die Patientin die Aktualisierung. Ich entschied mich, die Patientin ihre Ressourcencollage im 45 Grad Winkel an der Wand anschauen und spüren zu lassen. Wir vereinbarten als Motivationswort für ihr Behandlungsziel das Wort Kroatien. Nach einigen Minuten der Aktualisierung der Ressource mit allen Sinnen war die Patientin bereit, die erste Beweiserfahrung zu aktualisieren. Es wurde mit schnellen BLS prozessiert.

Am Ende der 1. Sitzung lag der SUD bei 4. Der Rest des Ausgangsbildes wurde mittels Tresorübung distanziert. Mit Erlaubnis der Patientin wurde folgende Rückmeldung an die Station gegeben: Sarah war sehr mutig, ihr Gehirn hat extrem gearbeitet. Für heute keine Klinikschule für die Patientin. Bei Bedarf soll sie bitte schlafen gelassen werden. Das Codewort „Kroatien“ wurde erklärt.

Zweite Sitzung am selben Tag nachmittags:

Der SUD in Bezug auf das Ausgangsbild lag bei 4,5. Nach Aktualisierung und Prozessierung lag dieser am Ende der Sitzung bei einem SUD-Wert von 2.

Dritte Sitzung am Donnerstagvormittag:

Der SUD war am Ende der Sitzung in Bezug auf das Ausgangsbild bei 0.

In Phase 5 stieg der VOC in Bezug auf die Ausgangserfahrung auf einen Wert von 6, in Bezug auf positive Kognition gesamt auf 2,5.

In Phase 6 war der Stein im Bauch klein wie ein Sandkorn und sie fühlte sich frei. Dabei atmete sie tief ein.

In Phase 7 teilte die Patientin ein High five mit ihrer Bezugsbetreuerin – schaute auf ihre Collage, sagte: „Kroatien“ und lächelte. Sie verließ den Raum mit den Worten: „Verrückt, aber es wirkt...“.

Im Verlauf der weiteren Behandlung wurden alle fünf Beweiserfahrungen prozessiert. Bei nicht vollständiger Prozessierung wurden die Reste der Ausgangserfahrung mit Hilfe der Tresor-Übung distanziert.

„Verrückt, aber es wirkt...“

Nach insgesamt 17 Sitzungen waren alle 5 Themen prozessiert und die VOC: „ich bin liebenswert“ bezogen auf das Leben der Patientin gesamt lag bei 6,5. Im Rahmen der Prozessierung der Beweiserfahrungen 4 und 5, kam die positive Kognition „ich bin liebenswert“ in Bezug auf das Ausgangsbild dazu, diese erreichte am Ende in Bezug auf die Patientin eine VOC von 6,5.

Auf Nachfrage, was passieren müsste, dass die VOC eine 7 werden dürfte, sagte die Patientin, 6,5 sei „mega“. Sie erklärte weiterhin, dass sie sich 0,5 Puffer lasse, denn die Suizidalität sei ihre „Trumpfkarte“ in Bezug auf ihr Kontrollerleben, und die würde sie sicher verwahrt behalten wollen. Dieses wurde von mir respektiert.

Die Behandlung mit EMDR ging insgesamt über acht Wochen. Nach zwei Wochen zeigte sie sich für den geschützten Außenbereich der Station absprachefähig. Nach drei Wochen fühlten sich das Team sowie die Patientin sicher genug, um einen begleiteten Ausgang auf dem Gelände zu probieren. Nach sieben Wochen bekam Sarah zeitlich begrenzten Ausgang alleine auf dem Gelände. Der Beschluss zur Behandlung gegen ihren Willen musste nicht verlängert werden. Die Patientin stimmte einer weiteren stationären Behandlung zu. In Woche 8 wurde eine Verlegung auf eine offene Therapiestation für Jugendliche angebahnt.

Die Medikation der Patientin konnte im Verlauf nach und nach reduziert werden. Insbesondere die Medikation mit Quetiapin zur Nacht konnte nach Woche 6 abgesetzt werden. Bedarfsmedikationen zur Unterstützung der Emotionsregulation wurden von der Patientin nicht mehr angefragt und konnten ebenfalls abgesetzt werden. Die antidepressive Medikation mit einem SSRI blieb bestehen.

Die Patientin konnte nach einer insgesamt achtmonatigen stationären Behandlung, davon fünf Monate im akutstationären Setting, in ein ambulantes Setting entlassen werden.

Fazit:

Viele Symptome und Störungsbilder, die die Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung geben, basieren auf maladaptiv verarbeiteten Erfahrungen und können somit von einer Behandlung mit EMDR profitieren.

Insbesondere das (akut-) stationäre Setting bietet den in der Alltagsfähigkeit massiv eingeschränkten Patient:innen mit oft chronischen multiplen Symptomverläufen den benötigten Rahmen für ein hochfrequentes Arbeiten mit EMDR. Durch das intensive Arbeiten erleben die Patient:innen eine Nachhaltigkeit der subjektiven Belastungsreduktion, die bei der zeitnah folgenden nächsten Sitzung weiterhin anhaltend ist. Dieses verstärkt die Hoffnung auf Veränderung und ermöglicht eine effiziente Nutzung des akutstationären Behandlungszeitraums. Das im Verlauf damit einhergehende veränderte Selbsterleben bedarf im Verlauf häufig pädagogischer und therapeutischer Unterstützung, um ggf. auftretende Inkohärenz-Gefühle zu regulieren.



Referenzen:

De Roos, C., Van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & De

Jongh, A. (2017). *Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial.* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1219–1228. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jcpp.12768>

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie.* Hogrefe, Göttingen

Greenwald, R. (2002). *Motivation-adaptive skills-trauma resolution (MASTR) therapy for adolescents with conduct problems: an open trial.* *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6, 237-261.

Greenwald, R. (2004). *Motivation-Adaptive Skills-Trauma Resolution (MASTR) Protocol for acting out adolescents (and adults).* Workshop Handout.

Hensel, T. (2006). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch.* Hogrefe, Göttingen

Hensel, T. (2025). *Praxishandbuch EMDR mit Kindern und Jugendlichen.* Hogrefe, Göttingen

Leutner, S. (2008, November). *EMDR trauma protocol integrated resource processing/RIT.* EMDRIA Deutschland e.V. Rundbrief, 16, 26-28. German

Mavranzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D.,

Pilling, S. (2019). *Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis.* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, doi:10.1111/jcpp.13094

Wilson, G. A. & Wilson, O. J. (2018). *Assessing the resilience of human systems: a critical evaluation of universal and contextual resilience variables.* *Resilience*, 7(2), 126–148. <https://doi.org/10.1080/21693293.2018.1539205>