

Dagmar Eckers

## EMDR bei Kindern und Jugendlichen

### EMDR

= „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ – Desensibilisierung und Neuverarbeitung über Augenbewegungen

EMDR ist eine Methode, bei der – vermutlich durch die bilaterale Stimulierung des Gehirns – vorher starre, durch extreme Belastungen „eingefrorene“ Erinnerungen in Bewegung geraten, samt den oft ebenso starren emotionalen Zuständen, Körperempfindungen und Selbstüberzeugungen in ihrer Belastung drastisch zurückgehen und hinsichtlich ihrer Bedeutung für das heutige Leben neu eingeordnet werden können.

EMDR verknüpft die mit der traumatischen Situation verbundenen Wahrnehmungsbestandteile:

- (a) die traumatische Situation,
- (b) den schlimmsten Moment dieser Situation,
- (c) die heute noch damit verbundene negative Selbstwahrnehmung/Kognition,
- (d) die damit verbundenen Emotionen und
- (e) die damit verbundene Belastung, die spürbar wird in jetzt wahrnehmbaren Körperempfindungen.

In der Anwendung ist EMDR nicht auf posttraumatische Belastungsstörungen im engeren Sinn eingeschränkt, sondern fokussiert auch auf Ängste, Depressionen, Phobien und andere psychiatrisch definierte Störungsbilder, die auf traumatische Erlebnisse zurückgehen.

### Johanna, zwölf Jahre alt

Johanna kam zur Therapie, weil sie nach der Trennung ihrer Mutter vom Partner depressive Symptome zeigte, sich immer mehr zurückzog und Selbstmordgedanken äußerte. Bereits vorher konnte sie sich am mündlichen Schulunterricht kaum beteiligen und ihre Meinung nicht vertreten, obwohl ihr das Wissen zur Verfügung stand. Wenn Männer im Gespräch lauter wurden, verstummte sie ganz. Selbst gegen ihre zwei Jahre jüngere Schwester konnte sie sich nur schwer verteidigen und ihre eigenen Interessen auch in anderen Beziehungen selten durchsetzen.

Bei Erhebung der Anamnese wurde deutlich, dass dieses ängstliche Rückzugsverhalten bis in die frühe Kindheit zurückzufolgen war. In den ersten sechs Lebensjahren von Johanna hatte die Mutter zuerst mit dem Vater, dann mit dem ersten Stiefvater zusammengelebt. Beide waren sehr gewalttätig, und Johanna konnte sich an Gewalt des Stiefvaters gegenüber der Mutter, ihrer Schwester und ihr selbst gut erinnern. Der dritte Partner der Mutter, von dem sie sich nun (nach sechs Jahren) trennte, hatte eine manchmal distanzierte, im Ganzen aber freundliche Beziehung zu den Kindern gehabt.

In den ersten Gesprächen mit Johanna klang an, dass ihr der Verlust dieses Ersatzvaters viel ausmachte, dass aber darüber hinaus eine generellere Angst und Niedergeschlagenheit aufgetaucht war, die für sie selbst nicht genauer greifbar war.

Nachdem wir eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut hatten,

bot ich Johanna daher an, diese Angst und Niedergeschlagenheit mit EMDR anzugehen.

### Was ist nun EMDR?

EMDR ist die Abkürzung für Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Desensibilisierung und Neuverarbeitung über Augenbewegungen. Eine Methode, bei der – vermutlich durch die bilaterale Stimulierung des Gehirns – vorher starre, durch extreme Belastungen „eingefrorene“ Erinnerungen in Bewegung geraten, samt den oft ebenso starren emotionalen Zuständen, Körperempfindungen und Selbstüberzeugungen in ihrer Belastung drastisch zurückgehen und hinsichtlich ihrer Bedeutung für das heutige Leben neu eingeordnet werden können.

Von traumatischen Erlebnissen habe ich das innere Bild, dass sie Nachwirkungen haben wie in ihrer Wirkung noch anhaltende Gifte: Es bleiben (oft nicht zuzuordnende) *körperliche* Belastungen oder Schmerzempfindungen („Körpererinnerungen“) mit „Hier-und-Jetzt-Qualität“. Durch die häufige Zufügung von kleinen Giftdosierungen (wie ständige Demütigung oder Vernachlässigung im Kindesalter) oder auch durch eine massive Ein- oder Mehrfachdosierung (z. B. Todesangst um sich selbst oder nahestehende Menschen) entstehen ständige Angstbereit-

Anzeige

#### Psychologische Psychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

(tiefenpsychologisch fundierte und analytische staatlich anerkannte Ausbildung)

**Beginn: Winter 2002/2003**

Nach- und Ergänzungsqualifikation im Rahmen des PsychThG  
Termine fortlaufend

**Info: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut (LFI)**

der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.

Dr. Ilse Burbiel

Goethestr. 54 · 80336 München · Tel.: 089/53 96 74 oder 089/53 96 75

Fax: 089/5328837 · E-mail: LFI-muenchen@dynpsych.de

schaft, Aggressivität, Misstrauen, Niedergeschlagenheit etc., das heißt, es bleiben *emotionale* „Giftreste“, die ebenfalls als heute belastend empfunden werden und es bleiben Selbstüberzeugungen und Selbstbilder, in denen die Gifte der Traumata – sozusagen kristallisiert – *kognitiv* ihren Niederschlag gefunden haben.

Die anhaltende Heftigkeit der Nachwirkung geht offensichtlich auf eine in der traumatischen Situation veränderte Wahrnehmung und Speicherung im Gehirn zurück. Wenn bei extremer Bedrohung weder Flucht noch Kampf möglich sind, überhaupt keine effektiven Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, dabei aber das Gehirn mit Reizen überflutet wird, setzt peritraumatische Dissoziation ein. Die Informationen werden fragmentiert gespeichert (nicht kognitiv und narrativ, wie in unserer sonstigen Erinnerung) und die vorher nur bedrohliche Situation bekommt qualitativ einen traumatischen Charakter.

Die für die traumatische Situation nützliche Verarbeitung (das „Zuviel“ wird in Einzelteile zersprengt) hat jedoch zur

Folge, dass die Erinnerungsfragmente nicht im Hippocampus (unserem „Gedächtnisarchiv“) integriert gespeichert werden. Sie bleiben fragmentiert und tauchen auf Auslösereize hin schlagartig wieder auf – mit der emotionalen Wucht des alten Traumas.

Ein Jugendlicher hat ein Bild zur Schnelligkeit und Heftigkeit der alten verzweifelten Wut gezeichnet, das ich als sehr zutreffend empfinde. Die Wahrnehmung, im Heute gedemütigt zu werden (berechtigt oder nicht), lässt das alte Gefühl blitzschnell hochschießen – verbunden mit ebenso heftigen Verhaltensweisen.

Nachdem vor der eigentlichen Traumabehandlung das heutige Sicherheitsempfinden und die Kontrolle über die hochschießenden Auslösereize verstärkt worden sind, verknüpft EMDR die mit der traumatischen Situation verbundenen Wahrnehmungsbestandteile: (a) die traumatische Situation, (b) den schlimmsten Moment dieser Situation, (c) die heute noch damit verbundene negative Selbstwahrnehmung/Kognition,

- (d) die damit verbundenen Emotionen und
- (e) die damit verbundene Belastung, die spürbar wird in jetzt wahrnehmbaren Körperempfindungen.

Da Bilder, Emotionen und Körperempfindungen sich qualitativ verändern können, aber nicht quantitativ messen lassen, wird eine positive (Wunsch-) Selbstwahrnehmung/Kognition benannt und deren Stimmigkeit vor und nach dem Prozessieren des Traumas anhand einer Skala überprüft. Im optimalen Fall soll diese positive Selbstsicht die vorher negative Selbstsicht ersetzen.

Die unter (a) bis (e) genannten Teile werden nun durch bilaterale Stimulation des Gehirns „in Bewegung gebracht“. Die Stimulation kann visuell (durch horizontale oder schräge Augenbewegungen) geschehen, akustisch oder (vor allem bei Kindern) taktil, indem man abwechselnd leicht auf den rechten und linken Handrücken des Kindes tippt. Nach etwa fünf- bis zwanzigmaligem Tippen wird dann überprüft, was sich an der Wahrnehmung der traumabezogenen Erinnerung geändert hat.

Anzeige



## Triple P – Ausbildung zum Elterntrainer

In allen industrialisierten Staaten stellt Gewalt ein großes soziales Problem dar. Besonders schwer wiegt dabei, dass ca. 20% aller Kinder behandlungsbedürftige emotionale und Verhaltensprobleme aufweisen. Aggressive Kinder haben auch als Erwachsene häufiger Probleme sozialer und krimineller Art als nicht-aggressive.

Um diesen Problemen rechtzeitig präventiv zu begegnen, wurde in zwölfjähriger Forschung an der Universität von Queensland, Australien, die Idee von **Triple P** entwickelt. Durch enge Zusammenarbeit mit Familien sind am dortigen Parenting-and-Family-Support-Centre unter der Leitung von Professor Matthew Sanders sehr praxisnahe Erziehungshilfen entstanden, die den Umgang mit häufigen kindlichen Verhaltensproblemen erleichtern.

Ziel von **Triple P** (Positive Parenting Program, Positives Erziehungsprogramm) ist es, Eltern Anregungen zu geben, die ihnen helfen können, eine gute Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und es bei seiner Entwicklung zu unterstützen. Der Ansatz stützt sich auf den augenblicklichen klinisch-psychologischen Wissensstand, ist international anerkannt und wurde bereits von vielen Eltern als hilfreich empfunden.

**Die Ausbildung** besteht aus einem 3-tägigen Seminar plus Supervision von zwei selbst erstellten Videos und einer Telefonsitzung. Der Theorieanteil wird in Gruppen durchgeführt.

**Die Lizenzierung** als Triple P-Trainer dient der Qualitätssicherung und richtet sich nach den internationalen Triple P-Standards. Es

muss der Nachweis erbracht werden, dass das Programm gemäß dem Trainermanual durchgeführt und in der vorgeschriebenen Weise evaluiert wurde. Die Lizenz wird zunächst für zwei Jahre erteilt. Eine Verlängerung der Lizenz kann jeweils für zwei weitere Jahre erfolgen.

**Kosten für Kursteilnahme:** 525 € pro Teilnehmer. In diesem Betrag sind enthalten: 25 UE Theorie und Praxis, ein Triple-P-Lehrvideo „Überlebenshilfe für Eltern“, ein Trainermanual, ein Satz Folien für Trainer, ein Gruppenarbeitsbuch für Eltern.

**Kosten für Lizenzierung:** 225 € pro Person. Darin enthalten sind: Supervision von zwei Videos und einer Telefonsitzung. Lizenzierung für zunächst zwei Jahre.

**Termine und Veranstaltungsorte der Triple P-Ausbildung:** Unsere Termine sind bis Juni 2003 ausgebucht. Auf unserer Homepage informieren wir Sie regelmäßig über neue Terminangebote.

Ausführliche Informationen und Anmeldeunterlagen finden Sie unter: [www.triplep.de](http://www.triplep.de)



**INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE**  
Nordstraße 22 · 48149 Münster · Tel. 0251 / 51 89 41  
Fax 0251 / 200 79 200 · Homepage: [www.triplep.de](http://www.triplep.de)

Man folgt dabei der jeweiligen Veränderung, wodurch der Prozess inhaltlich vom Innern des Kindes (oder Erwachsenen) selbst bestimmt wird. Möglicherweise wird schon nach kurzer Zeit das Erinnerungsbild von damals blässer, die Intensität der Angst flacht ab. Dann wird vielleicht der Druck im Magen geringer, es taucht ein neuer Gedanke zum damaligen Geschehen auf, neue Gefühle werden spürbar, damit verbunden wieder neue Gedanken usw.

EMDR ist in der Anwendung nicht auf posttraumatische Belastungsstörungen im engeren Sinn eingeschränkt, sondern fokussiert auch auf Ängste, Depressionen, Phobien und andere psychiatrisch definierte Störungsbilder, die auf traumatische Erlebnisse zurückgehen. Deshalb hatte ich Johanna EMDR vorgeschlagen.

## EMDR mit Johanna

Ihr innerer „sicherer Ort“, den sie sich vorstellte, war unser Ausgangspunkt.

Sie verband mit dieser Vorstellung angenehme Bilder, die Erinnerung / Vorstellung von einem bestimmten Geruch, ein Gefühl von Ruhe und Sicherheit und die heutige Körperempfindung, dass sich alles warm und entspannt anfühlte.

Dann wandten wir uns der belastendsten frühen Gewalterfahrung zu:

Johanna erinnerte sich daran, dass sie noch nicht an die hohen Klinken herangereichte (3-4 Jahre alt). Der Stiefvater schlug die Mutter im Nebenraum, die Kinder waren hilflos, klopfen gegen die Tür und schrien nach ihrer Mutter. Der Stiefvater kam, gab ihnen ebenfalls eine Ohrfeige und drohte ihnen, sie sollten still sein. Aus Angst verstummte Johanna, die knapp zweijährige Schwester schrie weiter. Daraufhin packte der Stiefvater die kleine Schwester und hielt sie unter eiskaltes Wasser. Johanna hatte panische Angst, dass Mutter und Schwester sterben könnten, da beide asthmakrank waren.

Ein schlimmstes Bild gab es nicht – „Es war alles schlimm!“, sagte Johanna.

Sie benannte als heute noch bestehende negative Gedanken: „Das wollte ich nicht erleben! Warum bin ich auf der Welt?“, was der Kognition entsprach: „Ich will nicht auf dieser Welt sein.“

Die positive (Wunsch-)Kognition war: „Es ist vorbei.“ In der Stimmigkeit lag diese positive Aussage bei etwa 55% – vom Verstand aus wusste Johanna, dass die damaligen Erlebnisse vorbei waren, emotional waren sie jedoch noch nicht abgeschlossen. Mit der Erinnerung waren Traurigkeit, Mitgefühl, vor allem aber Angst um Schwester und Mutter verbunden (nicht um sich selbst, wie Johanna sagte, denn: „Ich hab ja immer gemacht, was mir gesagt wurde.“).

Die Belastung lag bei 5 (bei einer Skala zwischen 0 und 10, wenn 0 keine und 10 die höchste vorstellbare Belastung bedeutete).

Wir fingen mit dem Prozessieren an.

Für Johanna lief das damalige Geschehen noch einmal wie in einem Film vor ihrem inneren Auge ab: Das Schreien und Schlagen, die Mutter nimmt die Kinder und flüchtet auf die Straße, der Stiefvater hinterher, er schlägt auf der Straße weiter, Leute kommen hinzu und stellen ihn zur Rede, die Mutter kann mit den Kindern im Auto wegfahren, die bedrohliche Situation ist erst einmal beendet.

Als nichts Neues auftauchte, gingen wir zur Ausgangserinnerung zurück. Nach kurzer Stagnation rückten Gedanken in den Vordergrund: „Warum war ich damals noch so klein und konnte nichts machen?“ und „Wenn ich größer gewesen wäre, hätte ich was tun können.“ Diesen Gedanken folgten innere Bilder, wie es ausgesehen hätte, wenn sie sich hätte wehren können: „Ich würde sagen 'Lass meine Mama und meine Schwester in Ruhe!' – Dann würde er mich packen und in die Ecke werfen. – Dann würde ich ihn packen und auch unter kaltes Wasser halten. – Dann nichts weiter.“



„Triple P“ (= Positive Parenting Program) wurde in zwölfjähriger Forschung an der Universität von Queensland in Australien entwickelt. In enger Zusammenarbeit mit Familien wurden Strategien zur Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung, zur Förderung der kindlichen Entwicklung sowie zum Umgang mit häufigen kindlichen Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. Schlaf- oder Essproblemen, Wutanfällen, Aggressionen erarbeitet.



## Die Triple P - Erziehungsberater

In der Broschüre „Positive Erziehung“ werden Ideen und Strategien dargestellt, wie Eltern die kindliche Entwicklung fördern und lernen können, mit verschiedenen Erziehungssituationen und -schwierigkeiten konstruktiv umzugehen.

Die „Kleinen Helfer“ für verschiedene Altersstufen (Säuglinge, Kleinkinder, Kindergartenkinder und Grundschulkindern), beziehen sich jeweils auf zehn typische Erziehungsthemen (z. B. Schlafprobleme, Selbstständig essen, Aggressives Verhalten, Sprachentwicklung).

Im begleitenden Videofilm „Überlebenshilfe für Eltern“ werden Ideen und Anregungen der Broschüre erläuternd in Szene gesetzt.



**Verlag für  
Psychotherapie,  
Münster**

Nordstr. 22 · 48149 Münster  
Tel. 0251/51 89 41  
<http://www.triplep.de>  
E-Mail: [info@triplep.de](mailto:info@triplep.de)

Als nichts Neues auftauchte, gingen wir wieder zurück zur Ausgangserinnerung. Nach kurzem Tippen veränderte sich das Körpergefühl. Es war nicht mehr mulmig im Bauch, sondern wurde ganz heiß, es stieg Wut auf. Die Wut wurde immer stärker: „Es brodeln jetzt.“, der ganze Körper spürte das Brodeln, ein neuer Gedanke tauchte auf: „Jetzt kann ich mich wehren!“ Nach diesen drei Sequenzen war die Situation durchgearbeitet. Die Belastung war auf 0 gesunken, die positive Kognition hatte sich von „Es ist vorbei!“ weiterentwickelt zu „Heute kann ich mich wehren, ich bin stark.“.

**Abschluss der Sitzung:**

Wir schlossen die Sitzung mit dem erneuten Imaginieren des sicheren inneren Ortes ab und Johanna ging deutlich gelöst nach Hause.

**Ein Woche später:**

Nach einer Woche gab Johanna als Rückmeldung, dass sie „fröhlicher“ gewor-

den sei. Sie hätte Gedanken zur Vergangenheit wie: „Es war zwar schlimm, aber es ist vorbei. Ich habe mein ganzes Leben noch vor mir, was soll's!“ Das brodelnde lebendige Gefühl sei geblieben. Als ihre Schwester sie geärgert hätte, hätte sie ihr eine runtergehauen – „Das hat gegessen!“

Ihre Mutter hätte ihr zurückgemeldet: „Du bist ja gar nicht mehr so zickig!“ An diesem Tag hätte sie sich sogar getraut, den Klassenlehrer wegen eines Problems ihrer Klasse anzusprechen, das sonst keiner benennen wollte. Das war nicht nur für Johanna selbst ein Riesenfortschritt, auch die anderen Schüler fanden es toll, dass sie sich getraut hatte dieses Thema anzusprechen.

**Zwei Wochen später**

Zwei Wochen nach der EMDR-Sitzung berichtete Johanna, dass sie zur Klassensprecherin gewählt worden sei, da sie sich noch ein weiteres Mal zu Wort gemeldet hatte, um sich für eine Mitschülerin einzusetzen.

Johannas Mutter teilte mir mit, Johanna würde besser schlafen, weine nur noch selten und habe geäußert, dass sie vorerst den früheren Partner der Mutter nicht mehr sehen wolle, da dieser sich auch nicht mehr gemeldet hätte.

Langfristig blieb diese Entwicklung stabil, die positive Selbstsicht „Ich kann mich wehren, ich bin stark!“ hatte sich generalisiert.

**Eignet sich EMDR auch für jüngere Kinder als Johanna?**

Nun war Johanna mit ihren zwölf Jahren schon gut in der Lage mit dem EMDR-Protokoll für Erwachsene zu arbeiten. Anders sieht es bei kleineren Kindern aus. Je jünger die Kinder sind, desto einfacher wird das Vorgehen – was die therapeutische Arbeit nicht unbedingt nur einfach macht. Denn bei jüngeren Kindern sind die Rückmeldungen zu den inneren Veränderungen oft weniger explizit: Wenn sie beängstigende Gefühle oder Bilder wahrnehmen, besteht viel eher das Risiko, dass sie gar nichts mehr sagen, die Sitzung abbrechen und dann nicht mehr an dem Thema arbeiten oder auch mit der Therapie überhaupt aufhören wollen, weil die Therapie für die Konfrontation mit der sonst so gern vermiedenen Belastung steht.

**Claus, sechs Jahre alt**

Am Beispiel von Claus (damals sechs Jahre alt) möchte ich kurz illustrieren, wie die Arbeit mit einem jüngeren Kind aussehen kann.

Claus' Vater saß wegen seiner Gewalttätigkeit im Gefängnis, Claus wusste das verstandesgemäß sehr wohl. Dennoch hatte er Angst, sein Vater könnte eines Tages wieder auftauchen und ihn „wegschnappen“.

Als seinen „inneren sicheren Ort“ stellte er sich ein Zimmer vor mit Spielen und seinem Lieblingskuscheltier, das „so böse Augen hat“ (er besaß ein sehr aggressiv wirkendes drachenähnliches Kuscheltier). Durch die bösen Augen bekomme er (Claus) viel Kraft. Diesen „inneren sicheren Ort“ verstärkten wir in seiner Wirkung durch wenige langsame Tippbewegungen auf Claus' Handrücken. Der in seiner Aufmerksamkeit nach innen gerichtete Blick von Claus wurde noch „abwesender“ und er sagte langsam: „Ich gucke das Kuscheltier an und das ist jetzt, als ob eine blaue Flamme zwischen uns ist.“

Als ich ihn fragte, wie das sei, meinte er: „Ganz beruhigend!“. – Also auch die

Anzeige

**KBAP**  
**Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie GmbH**  
 Wenzelgasse 35  
 53111 Bonn-Zentrum  
**☎ 0228/9638134 Fax 0228/9638116**  
**www.kbap.de kbap@gmx.de**

**Staatlich anerkannte Ausbildung zum/zur:**

- **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in**  
 in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie  
 Ausbildungsbeginn: Winter 2002 / 2003
- **Psychologischen Psychotherapeuten/in**  
 in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie  
 Ausbildungsbeginn: Winter 2002 / 2003
- **dazu regelmäßige Orientierungsseminare & kostenlose Infoabende**

**• Ärztliche Weiterbildung**  
 im Bereich Psychotherapie  
 (Einstieg in laufende Gruppe möglich)

**• Nach- und Ergänzungsqualifikation**  
 im Rahmen des PsychThG  
 Termine 2002: 18.-20.10.  
 Termine 2003: 07.-09.02., 11.-13.04., 30.05.-01.06., 11.-13.07.,  
 17.-19.10., 12.-14.12.  
 Blockseminare zu jeweils 42 UE

**6. Bonner Psychotherapie-Symposium**  
**„Wenn der Körper mit dem Geist in die Seelentiefe reist“**  
 Tiefenpsychologische Standpunkte  
 Termin: 26.09.03 – 27.09.03



# Psychotherapeuten

## FORUM

Praxis und Wissenschaft



### Fachthemen:

Writing therapeutic letters in grief therapy  
EMDR bei Kindern und Jugendlichen

### PT & Recht:

Die Altersgrenze im Übergangsrecht  
Veränderung des Berufsbildes des Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeuten

Aktuelle Informationen, spannende Berichte zur berufsspezifischen und fachlichen Entwicklung der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Praxis.

64 Seiten alle zwei Monate für 6,-€



Verlag für  
Psychotherapie  
Münster

Sie haben eine Ausgabe des PsychotherapeutenFORUMs verpasst?  
Folgende Ausgaben sind bei uns noch erhältlich...



Ausgabe 3/2001



Ausgabe 4/2001



Ausgabe 5/2001



Ausgabe 6/2001



Ausgabe 1/2002



Ausgabe 2/2001



Ausgabe 3/2001



Ausgabe 4/2001



Ausgabe 5/2001



Ausgabe 6/2002

Verlag für Psychotherapie, Münster • Redaktion PsychotherapeutenFORUM • Leserservice  
Nordstraße 22 • 48149 Münster • Tel. 0251/9 22 65 32 • Fax 0251/4 44 76  
E-Mail: vfp-muenster@dts-ag.de

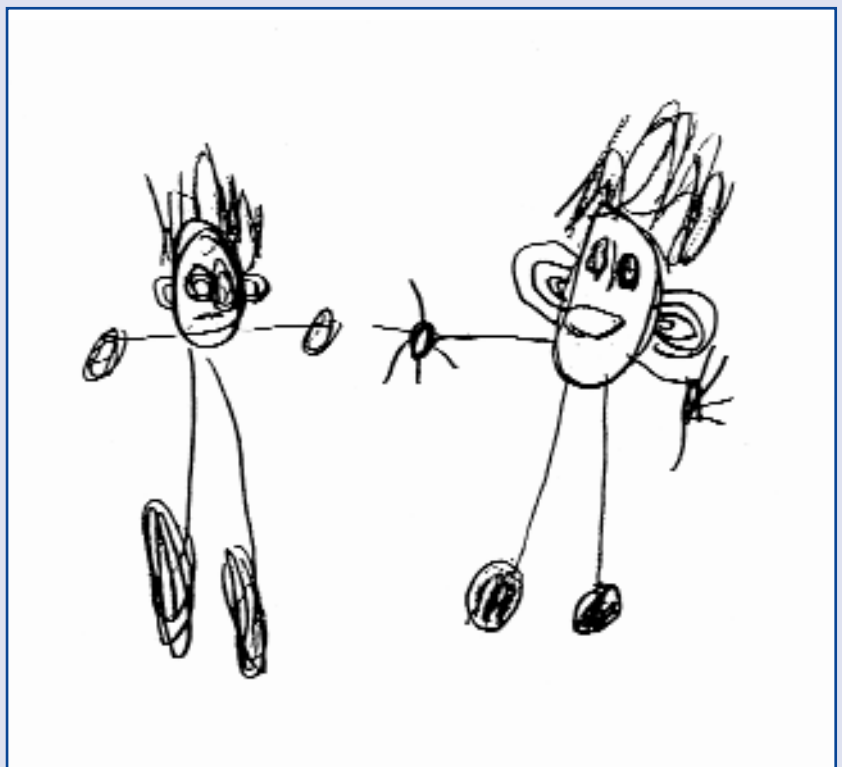
positive Vorstellung eines „inneren sicheren Ortes“ verstärkte sich durch das langsame Tippen.

Als belastendes Ausgangsbild nahmen wir einen Albtraum, den Claus gehabt hatte. Das schlimmste Bild war das letzte

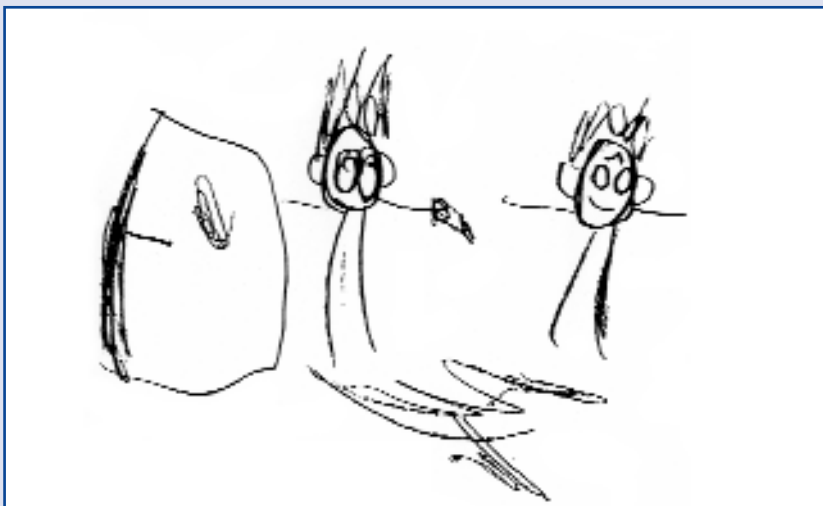
Bild des Traumes, mit dem er aufgewacht war:



„Mein Papa hat Alkohol getrunken. Dann ist er böse wie ein Monster.“



„Der böse Papa knickt meinen Malpinsel kaputt.“ Ich ließ Claus ein Bild dazu malen, ...

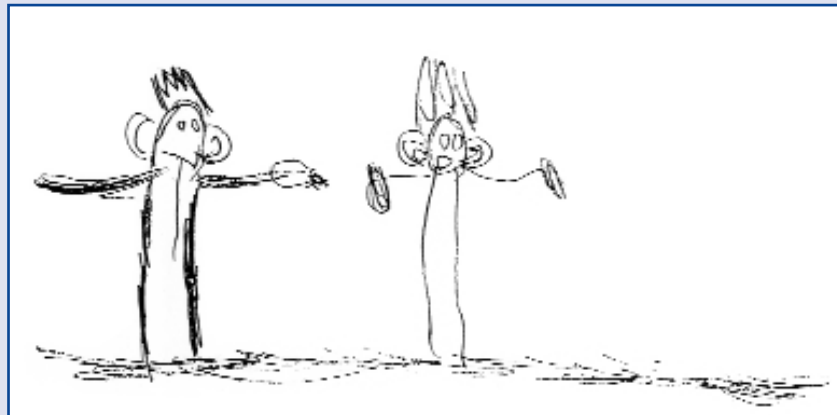


... hielt den Grad der Belastung fest, der bestand, wenn Claus an dieses Bild des Albtraums dachte („10!“) und ließ mir sagen, wo er diese Belastung spürte („Im Bauch!“). Nach etwa zehnmalem Tippen erzählte mir Claus den Fortgang der Geschichte – jetzt sozusagen „wach weiter geträumt“: „Dann knickt der Papa noch meinen zweiten Pinsel um.“ (Wozu er – auch im Folgenden – je ein Bild malte.)



Nach einer weiteren Folge von Tippen:  
„Dann reißt er mich mit. Ich halte mich an  
der Wand fest an einer Stange. Aber trotz-  
dem hat er mich dann mitgezogen.“

Weiter: „Er will, dass ich sehe, wie er  
jemand umbringt. Ich weine.“



Dann: „Er will mich bei einer Brücke runter-  
schmeißen. Weil er mich noch am Hals hat,  
will er mich erst töten und dann den ande-  
ren Menschen.“

Zum Schluss: „Dann hat mich ein Polizist in  
Sicherheit gebracht. Der andere Polizist hat  
den bösen Papa festgenommen. Weil er  
mich belästigt hat, wird er abgeführt und ist  
hinter Strom. Der Polizist hat mich nach  
Hause gebracht zu meiner Mama. Da bin ich  
in Sicherheit.“



All das klingt ganz einfach – und ist es manchmal auch. EMDR ist bei Problemen, die für die Kinder relativ abgeschlossen sind, aus einer Position heutiger Sicherheit gut anwendbar, vor allem bei isolierten Traumata (Auto-unfall o. ä.). Aber auch bei diesen auf den ersten Blick „einfacheren“ EMDR-Behandlungen ist es wichtig, die Indikation für EMDR genau abzuklären, eine stabile Vertrauensbeziehung zu dem Kind zu entwickeln, eine gute Stabilisierung des Kindes vor jeder Traumaexposition zu erreichen, die Kognitionen stimmig zu entwickeln und umfassende Kenntnisse im Traumabereich und spezifisch zu EMDR zu haben.

Während des Prozessierens entstehen z. B. häufig so genannte „Affektbrücken“, d. h. durch das Wiedererleben von Angst oder Schuldgefühlen tauchen häufig Erinnerungen an andere angst- oder schuldbeladene Situationen auf. Oder das Prozessieren „bleibt stecken“ und es verändert sich nichts mehr, obwohl die Belastung nach wie vor besteht. Für diese Blockaden braucht die/der Therapeut/in ein angemessenes Interventionsrepertoire.

Schwieriger wird es auch, wenn die Traumatisierung heftig und/oder chronisch und wenn das nähere Umfeld des Kindes mit betroffen ist (was meist der Fall ist). Es spielen dann Faktoren mit, die dem Kind auch heute noch vermitteln, dass es nicht sicher ist. Was heißt es zum Beispiel, wenn dem Kind Gewalt angetan wurde, der Täter aber ein Mitglied der Familie ist? Was bedeuten dann Loyalitäten innerhalb der Familie, was die sekundäre Traumatisierung

von Familienangehörigen, was bedeutet das Schweigegebot oder der Schweigewunsch des Kindes für den schulischen Bereich (da es oft viel zu sehr mit Scham erfüllt ist um über die erlittene Gewalt zu sprechen – gleichzeitig jedoch die Lehrer und Mitschüler mitbekommen, dass das Kind übernächtigt, schlecht gelaunt, unkonzentriert oder unvermittelt wütend ist)? Was heißt es, wenn die Eltern meinen, dem Kind muss geholfen werden, es braucht therapeutische Unterstützung – das Kind will aber partout nicht über das Erlebte sprechen und vermeidet panisch alles, was auch nur im Entferntesten daran erinnert?

Und vor allem: Was hat es für Auswirkungen, wenn die Traumatisierung früh beginnt, über Jahre fortgesetzt wurde und zur täglichen Erfahrung des Kindes gehört? Im letzteren Fall werden wir sehr nachdrücklich mit dem Thema nicht der peritraumatischen Dissoziation, sondern der Dissoziation als alltäglichem Bewältigungsversuch konfrontiert, der Verleugnung, Amnesien für das Untragbare und extreme Anpassung an alles zur Folge hat, was auch nur ein Fünkchen Erleichterung oder ein Stückchen von der sonst so spärlich vergebenen Zuneigung und Bindung verspricht.

Eine gründliche Fortbildung zum Thema Trauma und EMDR ist daher – auf dem Hintergrund einer bestehenden psychotherapeutischen Ausbildung – notwendig und sinnvoll. Das gilt für den Erwachsenenbereich, verstärkt jedoch für den Kinder- und Jugendlichenbereich, da die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das sich noch entwickelnde Gehirn des Kindes deutlich anders

und schwerwiegender sind als bei Erwachsenen, die Behandlung (auch komplexer) posttraumatischer Belastungen aber noch weniger erforscht ist als bei den Erwachsenen.

**Weiterführende Literatur:**

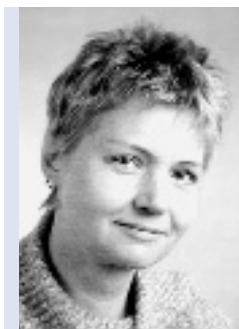
Herbert, M. (1999). *Posttraumatische Belastung – die Erinnerung an die Katastrophe – und wie Kinder lernen damit zu leben*. Bern: Hans Huber.

May, A., Remus, N. & BAG Prävention & Prophylaxe e. V. (Hrsg.) (2002). *Traumatisierte Kinder*. Berlin: Verlag die Jonglerie. (am einfachsten direkt bei der BAG bestellen über Tel. 030/ 76 50 31 04, Fax 76 50 31 05, E-Mail: info@praevention.org)

Silberg, J. (ed.) (1996). *The Dissociative Child*. Towson, USA: The Sidran Press.

Stiftung „Zum Wohl des Pflegekinds“ (Hrsg.) (1998). *1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens – Traumatisierte Kinder*. Idstein: Schulz-Kirchner. (am einfachsten direkt beim Verlag zu bestellen, Fax 06126/93 20 50)

Tinker, R. H. & Wilson, S. (2000). *EMDR mit Kindern*. Paderborn: Junfermann.



**Dagmar Eckers, Dipl.-Psych.**

Psychologische Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (seit 1979). Abgeschlossene Fortbildungen in Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie (G.w.G.), Familientherapie (Weinheim), Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen (M.E.G.) und EMDR. Traumatherapeutin in eigener Praxis in Berlin, Supervisorin und Facilitator für EMDR (EMDR Institut Deutschland), Mitbegründerin des TraumaForumBerlin (Angebot von Traumafortbildungen).

**Traumafortbildungen 2003:**

s. unter Weiterbildungstermine, S. 46 f.

**Kontakt:**

Tel/Fax: 030/7 86 42 95

**E-Mail:**

trauma\_forum\_berlin@hotmail.com

Anzeige

**INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PSYCHOLOGIE**  
 Diplom-Psychologe Volker Ebel • Ootmarsumer Weg 32 • 48527 Nordhorn  
 T: 05921-77732 • F: 05921-5812 • E-mail: ebel@enonet.net

**9. QUALIFIZIERENDE FORTBILDUNGSREIHE**  
**„Lese-Rechtschreib- und Rechenstörungen als Aufgabe für Psycholog(inn)en“**

Das Fortbildungskonzept wurde in Zusammenarbeit mit der Christoph-Dornier-Stiftung entwickelt und steht unter der Schirmherrschaft des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV).  
 Jedes Seminar-Wochenende umfasst 22 Unterrichtseinheiten.

**Termine:** 14.-16.3.2003 (Dyskalkulie); 28.-30.3.2003; 2.-4.5.2003; 23.-25.5.2003; 13.-15.6.2003; 4.-6.7.2003;  
**Ort:** Raum Köln/Düsseldorf/Essen (wird noch bekanntgegeben). Kosten: 285,- € pro Wochenende.  
 Seminar-Informationen und Zertifizierungsrichtlinien bitte kostenlos anfordern.  
 Nächstes Fallseminar: 7.-9.3.2003 in Nordhorn