



Thomas Hensel (Hrsg.)

EMDR mit Kindern und Jugendlichen

Ein Handbuch



HOGREFE



EMDR mit Kindern und Jugendlichen

EMDR mit Kindern und Jugendlichen

Ein Handbuch

herausgegeben von
Thomas Hensel

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

Dipl.-Psych. Thomas Hensel, geb. 1954. 1975-1982 Studium der Psychologie in Freiburg im Breisgau, 1983-1987 Bildungsreferent in der Jugendarbeit der Caritas Freiburg. Seit 1986 psychotherapeutische Praxis mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Offenburg. Akkreditierter Trainer in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und EMDR, langjährige Lehrtätigkeit an verschiedenen Instituten, Leiter des Kinder Trauma Institut (zusammen mit Dr. Meusers).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Toronto · Seattle · Oxford · Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: © Jochen Dauster, Rheinbach
Druck: Druckerei Kaestner GmbH & Co. KG, Göttingen/Rosdorf
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN-10: 3-8017-1941-3
ISBN-13: 978-3-8017-1941-8

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Thomas Hensel	7
-------------------------	---

1 EMDR mit Kindern und Jugendlichen – Die Grundlagen

Thomas Hensel	10
1.1 Einführung	10
1.2 Fundamente der EMDR-Arbeit mit Kindern	23
1.3 Das Altersmodifizierte Standardprotokoll (ASP) für Kinder (bis 12 Jahre)	37
1.4 Altersspezifische Durchführung der EMDR-Behandlung	133
1.5 EMDR kreativ	155
1.6 Störungsspezifisches Vorgehen	195
1.7 Literaturverzeichnis	223

2 EMDR bei Komplextraumatisierung durch sexualisierte Gewalt

Oliver Schubbe.	237
2.1 Anamnese und Behandlungsplanung (Client History & Treatment Planning) .	241
2.2 Stabilisierung und Vorbereitung (Preparation)	247
2.3 Aktualisierung und Einschätzung (Assessment)	253
2.4 Prozessierung (Desensitization)	258
2.5 Verankerung (Installation)	262
2.6 Körpertest (Body Scan)	262
2.7 Abschluss (Closure)	263
2.8 Überprüfung (Reevaluation)	263
2.9 Literaturverzeichnis	264

3 Traumazentrierte Psychotherapie (EMDR) bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – das MASTR-Manual

Thomas Hensel	268
3.1 Störungen des Sozialverhaltens	269

3.2 Störungen des Sozialverhaltens als Ausdruck von (komplexer) Traumatisierung	271
3.3 Das MASTR-Manual – ein traumabasierter Ansatz für Störungen des Sozialverhaltens	274
3.4 Literaturverzeichnis	296

4 EMDR in der Akutversorgung psychisch traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Rainer Dieffenbach	299
4.1 Einleitung	299
4.2 Begriffsklärung	300
4.3 Akutversorgung	300
4.4 Die akute Belastungsstörung und die Anpassungsstörungen.	305
4.5 Frühintervention als Teil der Akutversorgung – Das Dattelner „Task Force“-Modell	312
4.6 Zusammenfassung und Ausblick	315
4.7 Literaturverzeichnis	315

5 EMDR im Gutachterverfahren

Oliver Schubbe	317
5.1 EMDR im Rahmen der Verhaltenstherapie.	317
5.2 EMDR im Rahmen von tiefenpsychologisch begründeter Psychotherapie und Psychoanalyse	319
5.3 EMDR im Kostenerstattungsverfahren	321
5.4 Literaturverzeichnis	325

6 Anhang

6.1 Glossar	327
6.2 Weiterbildungsmöglichkeiten	333
6.3 Internetadressen	335
6.4 Screening- und Diagnoseinstrumente	337
6.5 Arbeitsmaterialien	343

7 Autoren des Bandes.

358

8 Stichwortverzeichnis

359

Vorwort

Jetzt EMDR mit Kindern und Jugendlichen lernen

Vor Ihnen liegt das erste umfassende deutschsprachige (und europäische) Handbuch für die traumazentrierte EMDR-Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Es orientiert sich an den in der Arbeit mit Erwachsenen gewonnenen Standards und Protokollarien (Shapiro, 1998) und adaptiert sie für die unterschiedlichen Alterstufen. Das so entwickelte *Altersmodifizierte Standardprotokoll* (ASP) gibt den in Weiterbildung befindlichen Kolleg(inn)en und erfahrenen Praktikern gleichermaßen ein Textbuch und strukturiertes Handwerkszeug für die Arbeit mit Kindern (und Jugendlichen) aller Altersgruppen. Darüber hinaus bietet der Band Einzelbeiträge zu unterschiedlichen Anwendungsfeldern und spezifischen Klientengruppen.

Seit dem ersten Fallbericht über die Anwendung von EMDR bei Kindern (Shapiro, 1991) sind 15 Jahre, seit der ersten deutschen Publikation (Schubbe, 1997) fast 10 Jahre vergangen. EMDR mit Kindern und Jugendlichen ist inzwischen ein anerkanntes evidenz-basiertes Verfahren der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Hensel, 2006) und hat sich als curriculare berufliche Weiterbildung etabliert. Damit schien es an der Zeit, die vorhandenen Erfahrungen auszuwerten und in einem Lehrbuch zu systematisieren. Dies wäre nicht denkbar gewesen ohne die Vorarbeit der US-amerikanischen Pioniere Ricky Greenwald (2001), Bob Tinker & Sandra Wilson (2000) und Joan Lovett (2000), deren eifrige Leser (und Workshopteilnehmer) der Herausgeber zu Beginn des Jahrhunderts war.

Das Buch ist eine praxisnahe Schritt-für-Schritt-Anleitung, EMDR in der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zu lernen. Dabei wird das Handwerkliche der EMDR-Methode immer wieder in einen größeren Verstehenskontext gestellt, um die dem konkreten Vorgehen zugrunde liegenden Prinzipien zu verdeutlichen. Erkenntnisse der tiefenpsychologisch-fundierten Spieltherapie (Fahrig, 1991), klientenzentrierten Psychotherapie (Axline, 1947; Rogers, 1987), der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (Steil, 2003), der allgemeinen Psychotherapie nach Grawe (1998, 2004) und der modernen Psychotraumatologie (Van der Kolk, 2000; Fischer & Riedesser, 1998; Reddemann, 2004) bilden die Grundlage eines nicht methodenbornierten Vorgehens.

Der Band ist als Textbuch für die curriculare Weiterbildung in „EMDR mit Kindern und Jugendlichen“ des Fachverbandes EMDRIA Deutschland, wie sie am Kinder Trauma Institut gelehrt wird, gedacht. Darüber hinaus bieten die Beiträge zu Spezialthemen eine Fülle von Anregungen für bereits mit EMDR arbeitende Kolleg(inn)en.

Im 1. Beitrag entwickelt Thomas Hensel ausführlich die Grundlagen der Arbeit mit EMDR im Kindes- und Jugendalter auf Grundlage des *Altersmodifizierten Standardprotokolls* (ASP). Je ein Kapitel über kreative Techniken und störungsspezifische Vorgehensweisen erweitern die Anwendungsmöglichkeiten. Möglichkeiten der Integration von EMDR in spieltherapeutische Ansätze werden diskutiert.

Beitrag zwei und drei beschäftigen sich mit speziellen, schwierig zu behandelnden Zielgruppen. Zunächst entwickelt Oliver Schubbe seinen Ansatz in der EMDR-Arbeit bei durch sexualisierte Gewalt komplextraumatisierten Kindern und Jugendlichen. Thomas Hensel stellt das MASTR-Manual von Dr. Ricky Greenwald (2002) vor, ein traumazentriertes und manualisiertes Vorgehen, das bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens eingesetzt werden kann.

Dr. Rainer Dieffenbach, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie Datteln, beschreibt sein Konzept und seine Erfahrungen beim Einsatz von EMDR in der Akutversorgung (Dattelner „Task Force“-Modell).

Der abschließende Artikel beschäftigt sich mit dem aktuellen Stand der Integration von EMDR in die Psychotherapierichtlinien (O. Schubbe). Möglicherweise (und hoffentlich) wird dieser Beitrag bald überholt sein, da ein Antrag (Seidler et al., o. J.) auf wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Auftrag von EMDRIA Deutschland gestellt wurde.

Im Anhang finden Sie ein Glossar der wichtigsten Fachbegriffe, Informationen zur Weiterbildung in spezieller Traumatherapie und EMDR mit Kindern und Jugendlichen sowie (Internet-)Adressen zum Thema. Eine Übersicht deutschsprachiger Diagnoseinstrumente, sowie Arbeitsmaterialien runden den Anspruch dieses Buches als Lehrbuch ab. Alle Materialien finden Sie unter www.kindertraumainstitut.de zum downloaden.

Die Autoren sind sich bewusst, dass angesichts der Tatsache, dass mehr als zwei Drittel der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Frauen sind, die männliche Form („der Therapeut“) als unpassend empfunden werden kann. Wenn wir die traditionelle Form verwenden, sollen sich Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen fühlen.

Thomas Hensel
Offenburg im April 2006

Literatur

- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York: Ballantine Books.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fahrig, H. (1991). Die verändernde Kraft der phantasierten Wirklichkeit. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 118-125). Berlin: Springer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenwald, R. (2001). *EMDR in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Paderborn: Junfermann.
- Greenwald, R. (2002). Motivation – Adaptive Skills – Trauma Resolution (MASTR) Therapy for adolescents with conduct problems: An open trial. In R. Greenwald (Ed). *Trauma and juvenile delinquency* (pp. 237-261). New York: Haworth.
- Hensel, T. (2006). Effektivität von EMDR bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (2) 107-117.
- Lovett, J. (2000). *Kleine Wunder*. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG.
- Schubbe, O. (1997). EMDR in der Therapie psychisch traumatisierter Kinder. In C. Eschenröder (Hrsg.), *EMDR* (S. 135-146). Tübingen: dgvt.
- Seidler, G., Hoffman, A., Liebermann, P., Sack, M., Mattheß, H., Wagner, F. E. & Wöller, W. (o. J.). *Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*. Antragssteller: EMDRIA Deutschland e. V.
- Shapiro, F. (1991). EMDR procedure: From EMD to EMDR – A new treatment model for anxiety and related trauma. *Behavior therapist*, 14, 133-135.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Steil, R. (2003). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 282-307). Berlin: Springer.
- Tinker, R. H. & Wilson S. A. (2000). *EMDR mit Kindern*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B. A. (Hrsg.). (2000). *Traumatic stress*. Paderborn: Junfermann.

1 EMDR mit Kindern und Jugendlichen – Die Grundlagen

Thomas Hensel

1.1. Einführung

Wir erleben derzeit einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie. Immer deutlicher werden die Zusammenhänge zwischen belastenden und traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung psychischer, körperlicher und sozialer Störungen im weiteren Leben erkannt. Bahnbrechend sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) Study (Felitti et al., 1998), die eindrucksvoll belegen, „wie sich das Gold eines neugeborenen Kindes in das Blei eines psychisch, körperlich und sozial leidenden Erwachsenen verwandelt“ (Felitti, 2002).

Innerhalb dieser Entwicklung hin zu einem traumabasierten Verstehensmodell psychischer Störungen steht EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) an prominenter Stelle. EMDR ist ein hoch wirksames, evidenzbasiertes Verfahren zur Behandlung von PTBS und anderen Traumafolgestörungen, das durch seine therapie-schulenübergreifende Theorie und Praxis einen neuen Typ integrativer Psychotherapie darstellt.

1.1.1 Die Verwandlung von Gold in Blei

1.1.2 Grundlagen von EMDR

1.1.3 EMDR: Evidenzbasiert und eigenständig

1.1.4 Wirksamkeit von EMDR bei Kindern und Jugendlichen

1.1.5 Schlussfolgerungen

1.1.1 Die Verwandlung von Gold in Blei

Ein Meilenstein in der Erforschung der Auswirkungen von belastenden Kindheitserfahrungen stellt die Adverse Childhood Experiences (ACE) Study von Felitti et al. (1998) und Felitti (2002, 2003) dar. In ihr wurden über 17.400 Erwachsene aus der US-amerikanischen Mittelschicht daraufhin untersucht, inwieweit belastende Kindheitserfahrungen mit psychischen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen im späten Erwachsenenalter zusammenhängen. Folgende acht Belastungsfaktoren wurden im Vorhinein

festgelegt und mit je einem Punkt bewertet (Prävalenz in Klammern):

- „wiederholter und schwerer körperlicher Missbrauch (11%)
- wiederholter und schwerer emotionaler Missbrauch (11%)
- sexueller Missbrauch (22%)

Aufwachsen in einem Haushalt (mit):

- einem Alkoholiker oder Drogenkonsumenten (25%)
- einem Familienmitglied im Gefängnis (3%)
- einem geistig kranken, chronisch depressiven oder einem in eine Anstalt eingewiesenen Familienmitglied (19%)
- in dem die Mutter körperlich misshandelt wird (12%)
- beide biologischen Eltern nicht vorhanden waren (22%)“ (Felitti, 2003).

Für jeden Studienteilnehmer ergab sich somit ein Belastungswert (ACE-Punktzahl) zwischen 0 und 8 Punkten. Mit der Studie zeigt Felitti (2003), dass

- „belastende Kindheitserfahrungen überraschend häufig und in den *besten* Familien auftreten, obwohl sie meist verborgen und unerkannt bleiben,
- ACE auch nach 50 Jahren noch tiefgreifende Auswirkungen haben, obwohl sie sich jetzt von psychosozialen Erfahrungen in Erkrankungen (Essstörungen, Süchte, Depression, Suizidversuche, Diabetes, Herzerkrankungen) und soziale Beeinträchtigungen (eingeschränkte Arbeitsfähigkeit) gewandelt haben,
- belastende Kindheitserfahrungen *Hauptdeterminanten* für Gesundheit und soziales Wohlergehen sind.“ (Kursivschrift T. H.).

Alle bisher untersuchten Parameter (Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Suizidversuche, chronische Bronchitis, Herzerkrankungen, Hepatitis, sexuell übertragbare Krankheiten, Übergewicht, verminderte Arbeitsfähigkeit) weisen auf den gleichen Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und späterer Beeinträchtigung hin.

Je größer die Anzahl der belastenden Kindheitserfahrungen ist, desto größer wird das Risiko, eine der genannten Beeinträchtigungen zu entwickeln. Die Ergebnisse der Studie für Suizidversuche seien hier beispielhaft genannt: Die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuches steigt ums 12fache bei einem ACE-Wert von 4 und ums 51fache bei einem ACE-Wert von 6 gegenüber dem ACE-Wert von Null (Abb. 1).

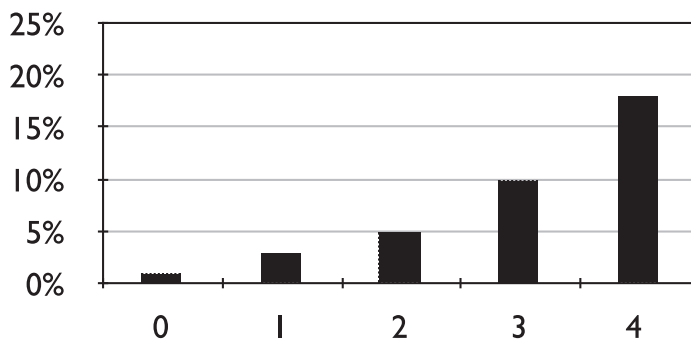


Abbildung 1: Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen in Abhängigkeit vom ACE-Wert

Die Autoren sehen die psychische Dysfunktionalität, die sich in Symptomen wie Alkoholabusus, Drogenkonsum, sexuelle Promiskuität oder übermäßigem Essen ausdrücken, als Copingversuche, traumatisch bedingte psychische Spannung zu reduzieren.

Die Autoren fassen zusammen: „Unsere Ergebnisse belegen eindeutig, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit häufig zerstörerisch sind und lebenslange Folgewirkungen besitzen. Sie sind der wichtigste Faktor, der Gesundheit und Wohlbefinden unserer Nation bestimmt.“ (Felitti, 2002).

1.1.2 Grundlagen von EMDR

„Was sieht ein Taschendieb, wenn er den Buddha trifft? Seine Taschen“ (Kopp, 1978). Entsprechend dieser Metapher wird EMDR von Vertretern verschiedener Therapieansätze unterschiedlich theoretisiert und kritisiert. Shapiro, ursprünglich von kognitiv-behavioralen Konzepten beeinflusst, bezeichnet ihren Ansatz inzwischen als *integrativ* (Shapiro, 2002). Im deutschsprachigen Raum wird EMDR in Anpassung an die gesellschaftspolitischen Vorgaben der Psychotherapierichtlinien oft als tiefenpsychologisch-behaviorales Verfahren beschrieben. Sind keine eigenen Erfahrungen mit EMDR vorhanden, kommt es immer wieder zu typischen Missverständnissen, wenn etwa die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in ihren Leitlinien (2003) und Resch & Schulte-Markwort (2005, S. 191) EMDR als (*rein*) *kognitives* Verfahren kennzeichnen.

Meinem „humanistischen „Grundverständnis nach sind folgende Aspekte grundlegend für EMDR:

- Das Menschenbild entspricht humanistischen und transpersonalen Vorstellungen, die davon ausgehen, „dass Menschen ein angeborenes Streben nach Gesundheit und Anpassung eigen ist (Maslow, 1970; Rogers, 1951)“, Zitat Shapiro (2002).
- Das zugrunde liegende therapieschulenübergreifende Modell für EMDR ist das Konzept der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell) (Shapiro, 2003). Damit werden sowohl das Prinzip der Selbstheilungskräfte angesprochen, als auch Konzepte der Psychotraumatologie integriert, die den traumatischen Prozess als unterbrochene Informationsverarbeitung charakterisieren.
- Die Prozessierung und Neuverarbeitung durch bilaterale Stimulation ist ein autonomer Prozess im Klienten, für den der Therapeut den notwendigen sicheren und strukturierten Rahmen aufbaut. Primär ist er *kein* Resultat der Interaktion zwischen Therapeut und Klient.
- Die mit dem Trauma verbundenen negativen Gefühle und Körperempfindungen sind Zentrum der Dysfunktion und primärer Ansatzpunkt der Reprozessierung. Diese Sichtweise entspricht damit am ehesten dem Prozessverständnis erlebnisorientierter Verfahren (Greenberg et al., 2003; Teasdale, 1999) und Modellvorstellungen von Mindfulness (Corrigan, 2002; Hayes et al., 2004)
- EMDR ist keine „stand alone“-Methode (Solomon, 1999), sondern Teil einer

umfassenden Behandlungsmethodik (Greenwald, 2005, 2006).

Konstituierend für die Wirksamkeit von EMDR sind nach meiner Einschätzung folgende Aspekte:

Komponenten der Wirksamkeit von EMDR
Modell der psychischen Selbstheilungskräfte
Emotionale Aktualisierung der traumatischen Erinnerung (Target)#
Zustand des Mindfulness (Beobachterposition)
Duale Aufmerksamkeit
Bilaterale Stimulierung#
Einsetzen eines Verarbeitungsprozesses#

Die mit # versehenen Punkte sind nach Tinker (persönliche Mitteilung, 2005) die minimalsten Anforderungen, um eine therapeutische Intervention als EMDR zu bezeichnen.

Auf phänomenologischer Ebene werden von Therapeuten immer wieder folgende Veränderungen bei der Anwendung von EMDR beobachtet:

- „Affektiv veränderte Muster durch Erleben der Auflösung der Bedrohungssituation.
- Kognitive Veränderungen durch (*spontane*, T. H.) Neubewertung der traumatischen Situation, die nicht mehr als gegenwärtige Gefährdung wahrgenommen, sondern als Vergangenes eingeordnet wird.
- Verhaltensänderungen durch fehlende Notwendigkeit für Vermeidungsverhalten“ (Seidler et al., o. J.).
- Auflösung körperbasierter Traumakorrelate, verbunden mit der Verringerung des physiologischen Erregungsniveaus, die in der Regel als Entspannung, Weite und Ruhe wahrgenommen werden.
- Lösungsorientierte Veränderung imaginativer Repräsentationen des traumatischen Geschehens. Dieser Prozess ist mit positiven Gefühlen und Körperempfindungen verbunden.
- Mit Entspannung verbundenes Ausblenden belastender Erinnerungen (blandes Prozessieren).

Es wurde auch schon vorgeschlagen, EMDR neu zu interpretieren:
Emotional and Mental Development and Reorganisation

1.1.3 EMDR: Evidenz-basiert und eigenständig

1989 wurde EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als neue Behandlungsmethode für posttraumatische Stressstörungen bei Erwachsenen eingeführt (Shapiro, 1989a, b). Nach einer Phase der inhaltlichen Entwicklung liegt seit Etablie-

rung des achtstufigen Standardprotokolls (Shapiro, 1995) eine verbindliche Manualisierung des Verfahrens vor. EMDR hat Eingang in die Behandlungsempfehlungen verschiedener Fachgesellschaften und staatlicher Organisationen gefunden - u.a. Clinical Division of the American Psychological Association (Chambless, D. L. et al., 1998); International Society for Traumatic Stress Studies (Foa, E. B. et al., 2000); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003). Für den deutschen Sprachraum stellt M. Berger (2003) fest, dass „das als EMDR bezeichnete Vorgehen als Ganzes nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin zum derzeitigen Zeitpunkt als gut untersuchtes und wirksames Therapieverfahren bei chronischer PTBS beurteilt werden kann“. Van Etten & Taylor (1998) kommen in ihrer umfangreichen Meta-Analyse von PTBS-Behandlungsformen (einschließlich pharmakotherapeutischer Behandlungen) zu dem Ergebnis: „The results of the present study suggest that EMDR is effective for PTSD, and that it is more efficient than other treatments.“

Barth et al. (2004) listen in ihrer Meta-Analyse 17 kontrolliert-randomisierte Wirksamkeitsstudien auf und bilanzieren, dass EMDR nachweislich in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen effektiv ist. Die mittlere Effektstärke (Cohen's d) für die Schwere der PTBS liegt bei 1.33 (prä/post) und 1.56 (prä/follow-up).

Maxfield & Hyer (2002) und Sack et al. (2001) fanden zudem heraus, dass Studiengüte und Behandlungsergebnis korrelieren. Nach Sack et al. (2001) betrug die mittlere Effektstärke bei niedriger Studienqualität 0.43, bei mittlerer Studiengüte 1.20 und bei hoher Studienqualität 1.76.

Zur Beschreibung der Wirkweise von EMDR bezieht sich Shapiro (2002) auf das heuristische Modell der gestörten Informationsverarbeitung bei traumatischem Stress, das in der psychotraumatologischen Forschung große Relevanz besitzt (siehe etwa Flatten et al., 2003). Sie postuliert, dass die bilaterale Stimulation – das neuartige Element, das der Behandlung auch ihren Namen gab – zu einer Dekonditionierung der mit der traumatischen Erinnerung verbundenen Angstreaktion durch Entspannungsinduktion und zu einer Verbesserung der Informationsverarbeitung führt (Adaptive Information Processing Model).

Hierzu sind in den vergangenen Jahren von unterschiedlichen Forschergruppen insgesamt acht kontrolliert-randomisierte Studien vorgelegt worden (zusammengefasst von Barrowcliff et al., 2004), die übereinstimmende Ergebnisse brachten: Augenbewegungen verringern die Lebhaftigkeit emotional belastender Bilder, indem sie die Funktion des visuell-räumlichen Zentrums des Ultrakurzzeitgedächtnisses unterbrechen und so die Intensität der Emotionen, die mit dem Bild assoziiert sind, verringern. Interessanterweise gilt dies nur für autobiografische Erinnerungen, nicht aber für im Labor induzierte Bilder. Barrowcliff et al. (2004) konnten zeigen, dass Augenbewegungen im Vergleich zu starren Augen zu einer Reduktion des psychophysiologischen Arousal bei belastenden Erinnerungen führten. Christman & Garvey (2000) und Sack (2004), der psychophysiologisches Monitoring während der EMDR-Therapie durchführte, stützen das neurobi-

ologische Modell von Stickgold (2002), der davon ausgeht, dass bilaterale Stimulierung zu einem ständigen Aufmerksamkeitswechsel mit zugehöriger parasympathischer Orientierungsreaktion (Cholinerge Aktivierung) führt. Dies geht einher mit der Auslösung spezifischer Hirnstammpotentiale (PGO-waves), die sonst nur beim REM-Schlaf zu beobachten sind. Stickgold schlussfolgert daraus, dass EMDR bei der PTBS-Behandlung dadurch wirkt, dass es Gedächtnis-Verarbeitungssysteme aktiviert, die normalerweise während des REM-Schlafes aktiv sind und die bei PTBS-Patienten gestört sind.

Neben der Frage der spezifischen Wirksamkeit der bilateralen Stimulierung wurde diskutiert, ob EMDR nicht eine Variante der Expositionstherapie darstellt (siehe etwa Lohr et al., 1998). Nach Rogers & Silver (2002) zeichnet sich klassische Expositionstherapie durch folgende Parameter aus: Habituation ist ein gradueller Prozess, der eine langanhaltende Exposition erfordert, um effektiv zu sein. Die Exposition sollte kontinuierlich sein und nicht unterbrochen werden, eine Vermeidung des Angst auslösenden Reizes durch den Patienten während der Exposition sollte verhindert werden. Demgegenüber beinhaltet die EMDR-Methode kurze Expositionen, die ständig unterbrochen werden. Zudem stellt die freie Assoziation zum Angstreiz einen integralen Bestandteil des EMDR-Prozesses dar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass EMDR eine evidenzbasierte und effektive psychotherapeutische Methode zur Behandlung von chronischer PTBS bei Erwachsenen ist. Neuere Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass die bilaterale Stimulierung durch Augenbewegungen einen spezifischen Wirkfaktor darstellt und dass die Effekte nicht auf Habituation beruhen. Nach Korn & Van der Kolk (2004) gilt EMDR heute als „treatment of choice for PTSD“.

1.1.4 Wirksamkeit von EMDR bei Kindern und Jugendlichen

Für die Behandlung von posttraumatischem Stress bei Kindern und Jugendlichen mit EMDR liegen fünf kontrolliert-randomisierte und eine kontrollierte Studie (Puffer et al., 1998) vor (Hensel, 2006).

Es wurden behandelt:

- Kinder und Jugendliche mit der Diagnose PTBS nach einer Naturkatastrophe (Chemtob et al., 2002),
- junge Mädchen und Frauen mit sexuellem Missbrauch bzw. sexueller Misshandlung aus einer Hochrisikopopulation (Scheck et al., 1998),
- iranische Mädchen mit sexueller Gewalterfahrung (Jaberghaderi et al., 2004),
- Kinder und Jugendliche nach der Explosion einer Feuerwerkfabrik in Enschede (Holland) (De Roos et al., 2004),
- Kinder mit singulärer traumatischer Erinnerung (Puffer et al., 1998) und
- Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens (und gemischter Diagnose) (Sobermann et al., 2002).

Die Altersspanne betrug 4 bis 18 Jahre. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen einer Sitzung (Puffer et al., 1998) und durchschnittlich sechs Sitzungen (Jaberghaderi et al., 2004) und lag im Mittel bei drei Sitzungen.

Nach dem Bewertungssystem von Sack et al. (2001), das die Studiengüte misst und Qualitätsstufen („niedrig“, „mittel“, „hoch“) definiert, erfüllen drei Studien die Kriterien für eine hohe methodische Güte und drei Studien weisen eine mittlere Qualität auf. In allen Studien erwies sich EMDR als eine sehr effektive Behandlungsform. *Die durchschnittlichen Effektstärken, bezogen auf klinisch relevante Traumasymptome (TS), betrugen 1.57 (Prä/Post) und 1.39 (Prä/Kat). Bei Depression (Dep) und Angst (Ang) fanden sich ebenfalls – ohne zusätzlichen Behandlungsaufwand deutliche Effekte.* Die Effektstärken der Studien von Puffer et al. (1998) und Sobermann et al. (2002) wurden vom Autor nach der Formel für Cohen's d (Cohen, 1988) errechnet.

Tabelle 1: Übersicht über die Effektstärken kontrolliert-randomisierter Studien zu EMDR mit Kindern und Jugendlichen (*: vom Autor errechnet – Cohen's d) (Hensel, 2006)

Studie	Prä/Post-Vergleich (Effektstärke: d)				Prä/Kat-Vergleich (Effektstärke: d)				Design
	N	TS	Dep	Ang	N	TS	Dep	Ang	
Chemtob et al. (2002)	32	1.55	.54	.78	32	2.04	.69	1.07	Warteliste
De Roos et al. (2004)	52	1.33	1.00	2.4	52	1.24	1.25	1.4	EMDR vs. KBT
Scheck et al. (1998)	60	1.77	1.44	1.65					EMDR vs. Aktives Zuhören
Sobermann et al. (2002)	29	.92*			29	.86*			EMDR vs. Medical Care
Jaberghaderi et al. (2004)	14	2.3							EMDR vs. KBT
Puffer et al. (1998) nur kontrolliert	20				20	1.43*		.70*	Warteliste
	207	1.57	.96	1.61	133	1.39	.97	1.04	

Nach gängiger Einschätzung weisen d-Werte über .80 auf eine sehr hohe Wirksamkeit des jeweiligen Behandlungsverfahrens hin. Vergleicht man die Effektstärken von EMDR bei Kindern und Jugendlichen mit denen von EMDR bei Erwachsenen, so zeigt sich, dass beide ähnlich effektiv sind.

Tabelle 2: Vergleich der durchschnittlichen Effektstärke der kontrollierten Studien von EMDR mit Erwachsenen (Barth, Stoffers & Bengel, 2004) und Kinder/Jugendlichen (Tab. 1)

	Prä/Post-Vergleich		Prä/Kat.-Vergleich	
	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Erwachsene	Kinder/Jugendliche
PTBS	1.33	1.57	1.56	1.39
Angst	1.24	1.61	.80	1.04
Depression	1.34	.96	1.00	.97

Im Folgenden werden die Studien ausführlich dargestellt. Die Untersuchung mit der höchsten methodischen Güte wurde von Chemtob et al. (2002) durchgeführt. Es handelt sich um die erste kontrolliert-randomisierte (Warteliste-)Studie, die Kinder mit der validen Diagnose PTBS und nicht nur traumabezogenen Symptomen nach dem Erleben einer Naturkatastrophe untersucht. Die Population bestand aus 32 Kindern zwischen 6 und 12 Jahren, die 3,6 Jahre nach dem Hurrikan Inki auf Hawai (1994) noch immer an chronischer PTBS litten. Bemerkenswert ist, dass es sich um diejenigen Kinder handelte, die sich gegenüber einem schulbasierten psychoedukativen Ansatz zuvor als behandlungsresistent erwiesen hatten. Die Behandlung bestand aus einer diagnostischen Erst-sitzung, in der auch die so genannte „Sichere Ort-Übung“ durchgeführt wurde. Dem folgten drei EMDR-Sitzungen nach dem Standardprotokoll entweder mit Augenbewegungen oder Tapping für jüngere Kinder. Die schlimmste Erinnerung an das Ereignis wurde zuerst prozessiert; dann weitere mit dem Hurrikan zusammenhängende belastende Erinnerungen. Die Veränderungen waren beeindruckend. Die Traumawerte des CRI (Child Reaction Index) verbesserte sich signifikant ($p < .0009$ prä/post), so dass 18 von 32 Kindern die Diagnose PTBS verloren. Auch die nicht behandelten Angst- und Depressionssymptome verringerten sich signifikant ($p < .0009$ für Angst; $p < .002$ für Depression). Die Katamnese nach sechs Monaten wies weitere Verbesserungen in allen Bereichen auf. Der schulärztliche Dienst (School Health Nurse) wurde signifikant weniger in Anspruch genommen ($p = .03$). Die Effektstärke für die traumabezogenen Symptome (Prä/Katamnese) betrug 2.04, für die depressive Symptomatik (Prä/Katamnese) 0.69 und für die Ängste (Prä/Katamnese) 1.07. Die Autoren zeigten sich zufrieden darüber, dass ihr Ziel, eine psychotherapeutische Kurzzeitmaßnahme für Kinder mit PTBS nach Naturkatastrophen zu evaluieren, in vollem Umfang erreicht wurde. Für sie ist diese Behandlungsform allerdings Teil eines umfangreichen Präventionsprogramms zur Verhinderung von Traumafolgestörungen nach Naturereignissen.

Seit kurzem liegen Ergebnisse einer noch nicht veröffentlichten Studie vor (De Roos et al., 2004 und persönliche Mitteilungen De Roos), in der traumafokussierte kognitiv-behaviorale Therapie und EMDR verglichen werden. Von 52 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 18 Jahren, die die Explosion einer Feuerwerkfabrik in Enschede (Niederlande) erlebt hatten, beendeten 38 (20 CBT, 18 EMDR) die Behandlung und nahmen an der Katamnese nach drei Monaten teil. Beide Verfahren

fürten zu einer signifikanten Reduktion ($p < 0.001$) der traumabedingten Symptome nach Therapieende, die drei Monate später anhielten. Die Effektstärken (gemittelt über die Bereiche Traumasymptome, Depression und Angst) liegen für EMDR bei 1.65 (prä/post) und 1.45 (prä/Kat) und für KBT bei 1.38 (prä/post) und 1.13 (prä/Kat). Die Behandlungsdauer mit EMDR war signifikant ($p < .001$) kürzer (EMDR: 3,2 Sitzungen, KBT: 4 Sitzungen). Die Autoren schlussfolgern, dass beide Methoden gleich effektiv sind, EMDR aber effizienter ist.

Die Studie von Scheck und Kolleginnen (1998) wird sowohl von Maxfield & Hyer (2002) als auch Sack et al. (2001) in ihren Metaanalysen als – im Sinne des Goldstandards – von besonderer Güte angesehen. Die Autorinnen behandelten 60 junge Frauen (16 bis 25 Jahre) aus einem Hochrisiko-Milieu, die mindestens zwei aktuelle dysfunktionale Verhaltensweisen wie Promiskuität, Fortlaufen, Drogen- oder Alkoholabusus aufwiesen und von mindestens einer traumatischen Erinnerung berichteten. Es kann mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass ein erheblicher Anteil der Teilnehmerinnen als komplextraumatisiert anzusehen sind. 90% hatten sexuelle Gewalt bzw. Misshandlung in ihrer Kindheit erlebt. Alle Klientinnen wiesen schwere PTB-Symptome auf, 77% erfüllten die umfassende PTBS-Diagnose. Zwei Sitzungen EMDR nach dem Standardprotokoll wurden mit zwei Sitzungen Aktivem Zuhören nach Thomas Gordon (1974) in ihrer Wirkung verglichen. Die jungen Frauen profitierten signifikant von beiden therapeutischen Angeboten. EMDR erwies sich in vier von fünf Messergebnissen (zwei Traumawerte, Angst, Depression) als signifikant erfolgreicher als das Aktive Zuhören. Erstaunlicherweise erreichten alle EMDR-Klientinnen in allen fünf Messbereichen Werte einer klinisch unauffälligen Gruppe. Die Katamnese einer Teilpopulation ergab eine weitere Verbesserung des Depressions- und eines Traumawertes. Nach Greenwald (2001), der sich auf eine persönliche Mitteilung einer der Autorinnen (J. Schaeffer) beruft, gab es keine Unterschiede zwischen den weiblichen Jugendlichen (16 bis 21 Jahre) bzw. jungen Erwachsenen (22 bis 25 Jahre). Die Effektstärke (Prä/Post) für die EMDR-Gruppe betrug über alle Dimensionen 1.56. Der traumabezogene Wert lag bei 1.77, der Angstwert bei 1.65, der depressionsbezogene Wert bei 1.44 und der selbstwertbezogene Wert bei 1.15. Die Autorinnen waren überrascht, dass traumatisch bedingter Stress auch in einer extrem schwierigen Multisymptompopulation schon bei geringem Behandlungsaufwand reduziert werden kann und zu greifbaren und beständigen Veränderungen innerer Abläufe führt. Sie vermuten, dass die erhöhte Kontrolle über intrusive traumatische Erinnerungen zu einer Reduktion von Stress und damit „Normalisierung“ im Sinne durchschnittlicher Belastungs-, Angst- und Depressionswerte geführt haben.

14 iranische Mädchen (12 und 13 Jahre) mit klinisch relevanten Traumasymptomen nach sexueller Gewalt wurden randomisiert entweder mit der als effektiv anerkannten kognitiv-behavioralen Therapie (KBT) nach Deblinger & Heflin (1996) oder mit EMDR behandelt. Beide Verfahren führten zur signifikanten Verbesserung der Traumasymptomatik. Jaberghaderi et al. (2004) fanden heraus, dass die Effektstärke bei der Reduktion der traumabedingten Symptome in EMDR-Gruppe zwar doppelt so groß war wie in

der KBT-Gruppe (2,3 vs. 1,1), diese Differenz aber aufgrund der geringen Anzahl der Studienteilnehmerinnen statistisch nicht signifikant ist. Bemerkenswert ist, dass die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen in der EMDR-Gruppe signifikant geringer war als in der KBT-Gruppe (6,1 Sitzungen vs 11,6 Sitzungen; $p < .000$). EMDR und KBT erwiesen sich als sehr gut geeignet, posttraumatische Symptome nach sexuellem Missbrauch bei iranischen Mädchen abzubauen. Angesichts knapper therapeutischer Ressourcen stellt der geringere Behandlungsaufwand für EMDR einen deutlichen Vorteil dar.

Puffer et al. (1998) teilten 20 Kinder im Alter zwischen 8 und 17 Jahren auf eine Experimental- und eine Wartegruppe auf und behandelten beide Gruppen mit einer Sitzung EMDR (90 Minuten). In die Studie wurden Kinder aufgenommen, die eine singuläre traumatische Erinnerung aufwiesen. Es wurde keine Diagnose erhoben. Eine Follow-up-Untersuchung fand ein bis drei Monate nach Behandlungsende statt. In den Messbereichen Angst ($p = .005$) und Reduktion der Traumasymptome ($p < .0001$) wurden signifikante Verbesserungen sichtbar. Die Effektstärken lagen bei 1.43 für die Traumasymptome und 0.7 für die Angstsymptome. Die Hälfte der Kinder veränderte sich beim Impact of Event Scale (IES) in den Normalbereich. Drei Kinder, die akut andauernden Belastungen ausgesetzt waren, profitierten nicht von der EMDR-Sitzung. EMDR erwies sich als nützlich und effektiv, belastende traumatische Erinnerungen zügig zu integrieren und komorbide Störungen günstig zu beeinflussen.

Ausgehend von der Vorstellung, dass Störungen des Sozialverhaltens in der Regel traumabasiert sind und durch eine traumabedingte Dynamik aufrecht erhalten werden, testeten Sobermann et al. (2002) die Hypothese, dass eine Reduktion belastender traumatischer Erinnerungen sich positiv auf das gestörte Sozialverhalten (und die Traumasymptomatik) auswirkt. Eine Gruppe von 29 Jungen, alle (teil)stationär untergebracht, mit externalisierenden Störungen und gemischten Diagnosen (Störung des Sozialverhaltens 59%, PTBS 31%, ADHS 17%) wurde auf zwei Behandlungssettings aufgeteilt. Die eine Gruppe absolvierte das Standard-care-Programm mit Einzel- und Gruppensitzungen sowie psychosozialer Betreuung, während die andere Gruppe zusätzlich drei Sitzungen EMDR bekam. Interessanterweise verbesserten sich beide Gruppen im Behandlungszeitraum sowohl in der Traumasymptomatik wie im Verhalten. Zum Zeitpunkt der Katamnese hatten sich aber nur die problematischen Verhaltensweisen der EMDR-Klienten signifikant ($p = .024$) weiter (um die Hälfte) verringert. Die gemittelten Effektstärken für die Traumasymptome (IES-8, CROPS, PROPS) betrugen für den Prä/Post-Vergleich 0.92 und für den Prä/Katamnese-Vergleich 0.86. Die Veränderung der gemessenen Verhaltensdimensionen (PRS, BRS) entsprach einem Wert von 0.67 (Prä/Post) und 1.2 (Prä/Katamnese). Die Autoren ziehen die Schlussfolgerungen, dass schon die Prozessierung einer – möglicherweise zentralen – traumatischen Erinnerung hilfreich für die Verbesserung ausagierenden Verhaltens sein kann. Die Ergebnisse sind umso erstaunlicher, als es sich bei der Population mit großer Wahrscheinlichkeit um multitraumatisierte Klienten handelt. Die Integration von EMDR in ein umfassendes Behandlungsprogramm für diese Klientel sollte angestrebt werden. Einer der Autoren

(Greenwald, 2002, 2004) hat inzwischen ein entsprechendes Manual (MASTR) entwickelt (siehe Beitrag Hensel in diesem Band).

In einer nicht publizierten Studie berichteten Datta & Wallace (1996) über die Effekte von drei Sitzungen EMDR bei zehn inhaftierten männlichen Sexualstraftätern. Die Jugendlichen hatten in ihrer eigenen Kindheit selber sexuelle Gewalt erfahren. Die Autoren gingen von der Annahme aus, dass eine Integration der eigenen „Opfererfahrung“ zu einer größeren Empathie für die Opfer ihres sexuellen Missbrauchs führt und auf diese Weise die „Weitergabe“ von sexualisierter Gewalt unterbrochen werden kann. In einem Kontrollgruppendesign erhielt eine Gruppe zusätzlich zu einer Standardbehandlung (Einzel-, Gruppentherapie, psychosoziale Betreuung) drei Sitzungen EMDR, die auf die eigenen sexuellen Gewalterfahrungen fokussiert wurden. Neben einer erwarteten signifikanten Abnahme traumabezogener Belastungswerte war vor allem die erhebliche Zunahme ($p < .001$) der Empathie für die Opfer bemerkenswert. Die Empathiewerte verbesserten sich im folgenden Jahr weiter signifikant. Zudem kam es auf der Verhaltensebene bei einigen der Jugendlichen zu bemerkenswerten Veränderungen (Entschuldigungsbriefe an die Opfer, Beenden von Suizidversuchen, schulische Erfolge). In der Kontrollgruppe traten keine in diese Richtung gehenden Effekte auf. Die Autoren schlussfolgern, dass die Aufhebung der dissoziativen Abspaltung der eigenen „Opfergefühle“ durch Prozessieren des traumatischen Erlebens mittels EMDR den Tätern Möglichkeiten eröffnet wurden, ihre traumabasierten Gewaltmuster zu stoppen.

Muris et al. (1997, 1998) verglichen in zwei randomisierten und kontrollierten Studien die Wirkung von EMDR bei der Behandlung von Spinnenphobie mit einer Expositionstherapie in vivo. In beiden Studien erwies sich, dass nur die Exposition in vivo zu einer signifikanten Reduktion des Vermeidungsverhaltens führte. EMDR (aber auch Exposition in vivo) verringerte die subjektiv berichteten Angstgefühle. Die Autoren schlussfolgern, dass EMDR nicht in der Lage ist, das Kernsymptom der Spinnenphobie, das Vermeidungsverhalten, positiv zu beeinflussen. Sie geben zu bedenken, dass Spinnenphobie in der Regel nicht traumatisch bedingt ist, somit belastende Erinnerungen keine wesentliche Rolle spielen und die Kernindikation daher für EMDR nicht gegeben ist.

Zu einer Vielzahl von Symptomen und Störungen existieren Einzelfallberichte und Studien:

- Shapiro (1991) berichtet von einem 8-jährigen Jungen, dem zwei Sitzungen EMDR halfen, seine Alpträume und Intrusionen nach einem Erdbeben zu überwinden.
- Weitere Autoren erwähnen immer wieder die günstige Beeinflussung von Alpträumen durch EMDR (Greenwald, 1993; Coco & Sharpe, 1993).
- Die Studien von Pellicer (1993) und Greenwald (1994) zeigen, dass EMDR auch bei Kindern mit schwerer mentaler Behinderung erfolgreich angewendet werden kann.
- Grosso (1996) demonstriert, wie EMDR erfrischend und kreativ bei der Behandlung eines sechsjährigen Mädchens mit einer Zwangsstörung eingesetzt wurde.
- Phantomschmerzen, für deren Behandlung sich EMDR im Erwachsenenalter als

erfolgreich herausgestellt hat (Wilson et al., 1997), konnte bei einer 15-jährigen Jugendlichen aufgelöst werden (Vanderlaan, 2000).

- Yule (1999), ein international anerkannter Experte für kognitiv-behaviorale PTB-Behandlung bei Kindern, fand bei zwei Fällen von PTBS nach Verkehrsunfällen auch nach 3 bis 4 Jahren chronischer Symptomatik eine vollständige Remission der Symptome nach zwei bzw. vier EMDR-Sitzungen.
- Die Behandlung von traumatisierten Kleinkindern (Robbins, 2000; 2,6-jähriger Junge; Schubbe, 1997) wird ebenso als erfolgreich beschrieben wie die Aktualisierung und Prozessierung von präverbalen traumatisierenden Erfahrungen (Morris-Smith, 2002).
- Im deutschsprachigen Raum beschreiben Freiha (2005), Besser (Hofmann & Besser, 2003) und Eckers (2006) ausführlich ihre Erfahrungen mit Belastungsstörungen.

Es gibt Berichte und Studien über den Einsatz von EMDR mit Gruppen von Kindern nach Naturkatastrophen und Kriegstraumatisierung (Boel (o. J.), Wilson et al. (1998), Korkmazlar & Pamuk (2002), Fernandez et al. (2003).

Wilson et al. (1998) behandelten kriegstraumatisierte kosovarische Kinder in einer deutschen Sammelunterkunft (siehe auch Kap. 1.5.6). Die Untersuchung sollte die Effektivität von in Gruppen durchgeführten EMDR bei valider PTBS-Diagnose erforschen. 26 Kinder zwischen 6 und 13 Jahren erhielten an drei aufeinander folgenden Tagen je eine EMDR-Gruppensitzung. Eine Gruppe bestand aus 17 Kindern im Alter zwischen 6 und 10 Jahren ohne vorhergehende Therapieerfahrung, die mit einer Gruppe von 9 Kindern (11 bis 13 Jahren) verglichen wurde, die seit drei Monaten wöchentlich Gruppentherapie erhalten hatten. Nach der Behandlung hatten 77% der Kinder die Diagnose PTBS verloren, der subjektiv erlebte Stress sank beachtlich und blieb stabil. Die Autor(inn)en schließen mit der Bemerkung, dass die Anwendung von EMDR in der Gruppe ein effektives und ökonomisches Behandlungsverfahren darstellt, wenn die Ressourcen für eine individuelle Behandlung unzureichend sind.

1.1.5 Schlussfolgerungen

- EMDR bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS oder klinisch relevanter PTB-Symptomatik kann nach heutigen Standards (Döpfner & Lehmkuhl, 2002) aufgrund der Studienlage (Hensel, 2006) als ein *empirisch gut bewährtes* („well established“) Verfahren eingeschätzt werden.
 - EMDR hat Eingang in die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2003) für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43 ICD-10) gefunden.
 - EMDR ist als evidenzbasiertes Verfahren in das Curriculum „Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT) aufgenommen worden.

- EMDR ist effektiv und effizienter als andere Behandlungsformen.
 - Die durchschnittliche Effektstärke bei der Reduktion von Traumasymptomen beträgt 1.57. Die Effekte sind zeitlich stabil.
 - Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller kontrollierten Studien liegt bei drei Sitzungen EMDR. Im Vergleich zu als evidenz-basiert anerkannten kognitiv-behavioralen Therapieansätzen etwa von Deblinger & Heflin (1996) war die Behandlungsdauer mit EMDR in beiden Vergleichsstudien (Jaberghaderi et al., 2004 und De Roos et al., 2004) signifikant ($p < .001$) kürzer.
- EMDR reduziert signifikant komorbide Symptome *ohne* zusätzlichen Behandlungsaufwand.
- EMDR erweitert den Kreis der Kinder und Jugendlichen, die von Psychotherapie profitieren können.
 - Durch seine besondere, nicht auf sprachliche oder handlungsmäßige Kommunikation angewiesene Vorgehensweise erweitert EMDR das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen auf dreifache Weise:
 - Es können Kleinkinder ab Geburt gezielt behandelt werden.
 - Sowohl mental wie körperlich behinderte Kinder können relativ unabhängig von der Schwere ihrer Behinderung von EMDR profitieren.
 - Erfahrungen legen nahe, dass auch präverbale und/oder nicht bewusst erinnerbare Traumata im Nachhinein prozessiert werden können (Morris-Smith, 2002).
- EMDR stellt einen unverzichtbaren Teil einer zukünftigen Versorgungsstruktur für von Trauma betroffene Kinder und Jugendliche dar.
 - Es besteht Konsens, dass PTBS bei Kindern und Jugendlichen stark unterdiagnostiziert ist (Hofmann & Besser, 2003) und dass Traumafolgestörungen bis heute oft nicht erkannt und/oder falsch diagnostiziert werden (etwa als ADHS). Bruce Perry, einer der Pioniere der modernen Kinderpsychotraumatologie, berichtet, dass lediglich 2% der Kinder, die für sein Behandlungsprogramm angemeldet wurden, die Eingangsdiagnose PTBS hatten, während er diese bei 60% der Kinder diagnostizierte (Tinker, 2002).
 - Aufgrund seiner großen Behandlungsökonomie ist EMDR für den Einsatz in der Akutversorgung und bei so genannten Großschadensereignissen gut geeignet und in umfassende Behandlungskonzepte integrierbar.
 - Angesichts der akuten und dauerhaft zu erwartenden Unterversorgung im Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden Verfahren benötigt, die die vorhandenen Ressourcen effektiv und ökonomisch zur Geltung bringen.

Zusammenfassend kann ich der Einschätzung von Bob Tinker (2002) nur aus ganzem Herzen zustimmen: „The future of EMDR with children looks innovative, bright and exciting.“

1.2 Fundamente der EMDR-Arbeit mit Kindern

Um verantwortungsvoll und effektiv EMDR in der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einzusetzen, ist Wissen und Erfahrung auf drei Felder der Psychotherapie notwendig. EMDR mit Kindern und Jugendlichen ist in erster Linie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, so dass die Berücksichtigung alterstypischer Beziehungsgestaltung und Symbolisierungs- und Bewältigungsformen (traumatisierender Erfahrungen) sowie die Bedeutung von Bezugspersonen und Familien zentrale Bedeutung behält. Zweitens ist EMDR eine traumazentrierte Psychotherapie, so dass für die EMDR-Arbeit die gleichen Grundsätze und Regeln zu beachten sind, die sich heute für Traumatherapie allgemein als sinnvoll und hilfreich erwiesen haben. Hier sind insbesondere die soziale und psychische Stabilität und Sicherheit des Klienten sowie ein an Phasen und Ressourcen orientierter Therapieansatz zu nennen. Zuletzt verlangt die hohe Spezifität der EMDR-Methode und das ausgefeilte manualisierte Vorgehen vom Therapeuten eine umfassende Weiterbildung und fortlaufende Supervision in diesem Verfahren.

1.2.1 Rahmenbedingungen und Ziele der Behandlung psychisch traumatisierter Kinder und Jugendlicher

1.2.2 Die therapeutische Beziehung

1.2.3 Die Phasenorientierung in der Traumabehandlung

1.2.4 Ressourcenorientierung

1.2.5 Indikation und Kontraindikation

1.2.6 Leitlinien für die EMDR-Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

1.2.1 Rahmenbedingungen und Ziele der Behandlung psychisch traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Wenn ein psychisches Trauma als „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltbild bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 1998) angesehen werden kann, dann ist offensichtlich, dass Kinder und Jugendliche besonders betroffen und gefährdet sind. Entwicklungsbedingt sind ihre „individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ weniger ausgeprägt und ihr „Selbst- und Weltbild“ fragiler und erfahrungsabhängiger als bei Erwachsenen.

Die Rahmenbedingungen für Traumatherapie müssen demnach dem besonderen Bedürfnis des traumatisierten Kindes nach Sicherheit, Struktur, Kontrolle und Wertschätzung Rechnung tragen.

Rahmenbedingungen für Traumatherapie bei Kindern
Schutz vor weiterer Traumatisierung und Retraumatisierung Unterstützung durch Bezugspersonen und soziale Umwelt Sicherheit gebende und ressourcenorientierte Beziehungs- und Settingsgestaltung Größtmögliche Förderung der Kontrollüberzeugung des Kindes (und der Eltern) „Parteiliche Anteilnahme“ durch den Therapeuten

Traumatherapie bei Kindern kann nur erfolgreich sein, wenn die traumatisierenden Umstände sich ändern und im realen Leben des Kindes als Teil der Vergangenheit angesehen werden können. Neben der psychotherapeutischen Arbeit im Kontakt mit dem Kind gehören möglicherweise auch die Veränderungen realer Lebensbedingungen des Kindes zu den Zielen von Traumatherapie.

- Beenden der Traumatisierung, Gestaltung einer bedrohungsfreien sozialen Realität und Aktivierung sozialer Ressourcen.
- Befähigung der Eltern zur funktionalen Unterstützung des Kindes und seines Verarbeitungsprozesses.
- Traumaspezifische Ziele in der Therapie:
 - Möglichkeit zur Neuverarbeitung bieten durch Wiedererleben des Traumas in einer sicheren und kontrollierbaren Umgebung.
 - *Minimierung* der Zeit der Konfrontation mit dem Trauma während der Therapie.
 - Wiederherstellung der emotionalen Regulationsfähigkeit und Verhaltenssteuerung durch Durcharbeiten der emotionalen und körperbezogenen Traumaaspekte.
 - Integration der traumatisierenden Erfahrung in ein neues konstruktives Welt- und Selbstbild (Selbstkonzept) durch Restrukturierung der kognitiven Einschätzung des Geschehens und Etablierung einer positiven Zukunftsperspektive.
- Wieder Anknüpfen an phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und Auflösung bzw. Integration sekundärer Traumafolgen (Schulversagen etc.).

1.2.2 Die therapeutische Beziehung

Zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der EMDR-Behandlung macht Shapiro (1998) zwei unterschiedliche, sich scheinbar widersprechende Aussagen. Zunächst betont sie: „Da EMDR eine *sehr interaktive* und klientenzentrierte Methode ist, müssen Therapeuten, die damit arbeiten wollen, über ein hohes Maß an Flexibilität verfügen.“ An anderer Stelle legt sie größten Wert darauf festzustellen, dass die Wirkung von EMDR *nicht* auf einem interaktionellen Geschehen beruht, sondern einen *intrapersonalen* Prozess katalysiert. Sie rät dringend, sich so wenig wie möglich in den Prozess des Klienten etwa durch Strukturierung, Deutung oder empathisches Verbalisieren einzumischen.

Der scheinbare Widerspruch löst sich auf, wenn wir die erste Aussage auf die Aktivität des Therapeuten *außerhalb* der eigentlichen *Reprozessierung* (Phase VIER) beziehen. Während der *Prozessierung* hingegen ist es oberstes Gebot, dem Prozess des Klienten nicht im Weg zu stehen und interaktionelle Prozesse *nicht* zu fördern (Kap. 1.3.4.1).

Nach den bisherigen Erfahrungen setzt die Anwendung von EMDR nicht notwendigerweise eine längerfristig entwickelte und stabile therapeutische Beziehung zwischen dem Kind und dem Therapeuten voraus. Nach Tinker (2005, persönliche Mitteilung) ist „*attunement not relationship*“ als Grundlage für die EMDR-Arbeit ausreichend.

Zur Illustration sei die Erfahrung von Bessel Van der Kolk mit seinem ersten Übungsklienten während seiner EMDR-Ausbildung zitiert (Wylie, 2004):

Sein eigener EMDR-Übungsstudent während der Ausbildung war ein anderer Kliniker, der es ablehnte, Van der Kolk auch nur irgend etwas von dem zu erzählen, was er eigentlich herausarbeiten wollte, mit Ausnahme der Aussage, dass es sich „um eine ziemlich harte Angelegenheit zwischen mir und meinem Vater, als ich klein war“ gehandelt habe. Mit unverhohlener Ablehnung und absolut nicht kommunikativ während der gesamten Sitzung blieb der Kliniker bei dieser Haltung, dass er wirklich nicht über das sprechen wolle, worum es ihm eigentlich ging. Als Ergebnis davon tappte Van der Kolk vollkommen im Dunkeln darüber, was im Inneren der Person, der er mit EMDR helfen wollte, vor sich ging.

Am Ende der Sitzung sah es so aus, als sei der Mann sehr erleichtert und von einem großen Teil seiner Sorgen befreit.

„Wie war das?“, fragte Van der Kolk.

„Ich würde niemals einen Patienten an Sie überweisen“, schnauzte ihn der Mann an.

Van der Kolk antwortete: „Oh, warum denn?“

Der Mann erwiderte: „Ich konnte die Art, wie Sie am Ende jeder Bewegung Ihre Finger fallen ließen, einfach nicht ausstehen!“

„Aber was ist mit Ihrem ursprünglichen Problem an sich?“, fragte Van der Kolk.

„Oh, ich habe das Gefühl, die Angelegenheit mit meinem Vater vollständig gelöst zu haben.“

Diese Episode regte Van der Kolks Neugier über die Rolle der therapeutischen Beziehung an. „Dieser Mensch hat mir nicht vertraut. Wir hatten keine herzliche Beziehung zueinander. Ich wusste nie, was ihm zu schaffen machte. Und doch schien es, dass er – was auch immer es war – alles Wesentliche verarbeitet hatte. Ich wurde mir der Möglichkeit bewusst, dass vielleicht auch dann eine gute therapeutische Arbeit geleistet werden kann, wenn keine Sympathie und kein Vertrauen vorhanden ist (wie dies natürlich bei vielen Opfern interpersoneller Traumata der Fall ist), solange der Therapeut ihnen nur dabei helfen kann, die ‚Spuren des Traumas‘ zu verarbeiten.“

Zugegeben stellt diese Schilderung einen Extremfall dar, der mir dennoch in Verbindung mit eigenen Erfahrungen geeignet erscheint, Selbstverständlichkeiten therapeutischer Weltbilder über die für Trauma-Arbeit notwendige Intensität und Stabilität der therapeutischen Beziehung zu hinterfragen. Ich habe es – gerade mit Vorschulkindern – immer wieder erlebt, dass wir innerhalb kürzester Zeit mit EMDR am Trauma arbeiten konnten, wenn es einen guten Rapport zwischen dem Kind und mir gab. Oft schien es zu genügen, wenn das Kind wahrnehmen konnte, dass die Mutter mir vertraute, um es zu einer Zusammenarbeit zu bewegen.

Merke
Für singular traumatisierte Kinder mit einem guten prätraumatischen Funktionsniveau und ausreichender sozialer Unterstützung reicht (in der Regel) ein auf einem guten Rapport beruhendes Arbeitsbündnis, um die Traumakonfrontation mit EMDR durchzuführen.

Allerdings glaube ich aus eigener Erfahrung, dass – je nach Behandlungsplanung und äußeren Umständen – auch komplextraumatisierte und bindungsgestörte Kinder auf einer rapport-basierten Beziehung von einer EMDR-Behandlung profitieren können. In diesem Zusammenhang haben mich auch einige Videos von Bob Tinker beeindruckt, in denen er zeigt, wie komplex- und frühtraumatisierte Kinder und Jugendliche in der Lage sind, auf minimaler Beziehungsbasis erfolgreich ihre Traumata und Bindungsprobleme zu verarbeiten.

Diese Erfahrungen stehen möglicherweise in Zusammenhang mit neueren Modellen über das therapeutische Arbeitsbündnis (Bordin, 1979; Crits-Christoph et al., im Druck), die folgende Komponenten als konstruktive Grundlage für Veränderungsarbeit ansehen:

- Emotionale Bindung
 - gegenseitiges Vertrauen
 - Zuversicht
- Zielübereinstimmung
 - gemeinsame Formulierung expliziter Therapieziele
 - regelmäßige Evaluation und ggf. Überarbeitung
- Übereinstimmung bezüglich des Vorgehens
 - Instruktion und Verhandlung über das Vorgehen in der Therapie
 - regelmäßige Evaluation und ggf. Neuabstimmung

Die hohe therapeutische Schule besteht darin, zügig in unmittelbaren Kontakt mit dem Kind zu kommen, so dass Vertrauen und vor allem Zuversicht beim Kind (und den Eltern) entsteht. Ein transparentes Vorgehen, ein gemeinsames Verstehensmodell für das Trauma und seine Folgen und ein informiertes Einverständnis über die Behandlungsziele können schnell einen Boden für die EMDR-Behandlung schaffen. Ausführlich gehe ich darauf in Kapitel 1.3.1.3 ein.

Wie steht es aber nun mit der Bedeutung der therapeutischen Beziehung bei Kindern, bei denen, aus welchen Gründen auch immer, eine zügige Traumabearbeitung nicht zustande oder in Frage kommt? Je weniger EMDR für die Traumakonfrontation (zunächst) möglich oder gar nicht hilfreich erscheint (Fischer & Riedesser, 1998), desto bedeutsamer wird die therapeutische Beziehung für den Behandlungserfolg, da sie selbst jetzt zum Agens des therapeutischen Prozesses wird.

In diesem Fall scheint mir die klassische *klientenzentrierte Grundhaltung* (Rogers, 1951, 1973) am besten geeignet, eine für das Kind als bedrohungsfrei und kontrollierbar erlebte Atmosphäre zu schaffen.

Die *Kongruenz und Transparenz* des Therapeuten schafft eine Atmosphäre des Vertrauens und der Sicherheit. Er wird zu einem Modell für angstfreien Kontakt und Beziehung. Der Wunsch des Therapeuten, dem Kind zu helfen, ist authentisch in seiner Person verwurzelt, spürbar und schließt Bewusstheit über (Gegen-) Übertragungsphänomene ein.

Bedingungsfreie Wertschätzung beinhaltet nicht nur die (deutungsfreie) Anerkennung aller Aspekte der kindlichen Erfahrungswelt, sondern auch die Respektierung des Weges, den das Kind im therapeutischen Setting wählt, um sein Trauma zu verarbeiten. Unter *Empathie* wird hier nicht ein – quasi reflexhaftes – vertiefendes Benennen der mit dem Trauma verbundenen Gefühle des Kindes verstanden. Dies kann in der Tat kontraproduktiv sein, da die Gefahr einer Triggerung und damit einer Retraumatisierung besteht. Empathie meint eine auf den Erfahrungen und dem Welt- und Selbstbild des Kindes beruhende gemeinsame Rekonstruktion des Geschehens (Narrativ). Dies schließt auch das „innere Wissen“ des Kindes mit ein, etwa das Spüren, dass das, was der Täter getan hat, nicht richtig war (Hensel, 2002). Empathisches Verstehen dient somit der *Verifikation* und *Mentalisierung* des traumatischen Ereignisses und seiner Bedeutung.

Ergänzend halte ich das von Grawe (1998, 2004) entwickelte Konzept der *komplementären Beziehungsgestaltung* für wichtig, demzufolge der Therapeut aktiv dafür sorgt, dass die psychischen (und für Kinder auch physischen) Bedürfnisse des Klienten in der Stunde befriedigt werden. Dies setzt wiederum Empathie für diese voraus.

Neben allgemeinen Grundregeln sind bei der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten auch traumaspezifische Aspekte zu beachten. Die Tabelle auf Seite 28 gibt einen Überblick (Tab. 3).

In der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen können sich immer wieder bestimmte dysfunktionale Beziehungsmuster ergeben, deren unerkannte Dynamik den therapeutischen Prozess negativ beeinflusst. Man spricht von der „Retter-Täter-Opfer-Dynamik“ (Arnezeder, o. J.).

Tabelle 3: Traumaspezifische Beziehungsgestaltung

Traumathema	Gestaltung der therapeutischen Beziehung
Sicherheit, Schutz	Angstfreie Atmosphäre schaffen • Strukturgebung • Tempo des Kindes beachten Triggerung verhindern bzw. auflösen Echtheit, Transparenz Kompetenz ausstrahlen Nurturing • Bemühungen zeigen, dem Kind wirklich helfen zu wollen, echte Fürsorge • Stützung
Kontrolle, Wahlmöglichkeit	Wahl- und Partizipationsmöglichkeiten für das Kind schaffen, Kontrolle ermöglichen Entscheidungen des Kindes akzeptieren (Grenzen akzeptieren und etablieren helfen) Empowerment
Verantwortung, Schuld	Verifikation durch Empathie Edukative Richtigstellung (alternative Sichtweisen)
Selbstwert	Bedingungsfreie Wertschätzung des Kindes (Autonomie und Individualität fördern) Nurturing Empathie Parteilichkeit
Motivieren zur Konfrontation	Zuversicht und Klarheit ausstrahlen Ressourcen aktivieren Konfrontation ermöglichen = nicht vermeiden (Modell sein) Ermutigen, positives Feedback geben

Durch das nicht bewusste Wahrnehmen und Beachten eigener Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit besteht die Gefahr, dass der Therapeut im unbewussten Zusammenspiel mit dem Kind die Rolle eines Retters einnimmt. Das Kind bleibt dadurch möglicherweise auf den Pol des ausschließlich Hilfsbedürftigen fixiert und seine Selbstheilungskräfte und seine Autonomieentwicklung werden blockiert. Bleibt der Therapeut in diesem Interaktionsschema fixiert, wird er vom Kind als machtvolle Figur in der Interaktion wahrgenommen. Dies kann im Extremfall dazu führen, dass das Kind in der therapeutischen Situation getriggert und der Therapeut in der Übertragung als Täter erlebt wird. Ein therapeutisches Arbeiten mit dem Kind ist dann nicht mehr möglich. Auch andere (äußere) Therapeutenmerkmale (Aussehen, Geschlecht etc.) können zu einer Täterübertragung beim Kind führen. In der dritten Variante gerät der Therapeut emotional in die Opferposition. Bestimmte Verhaltensweisen des Kindes (Suiziddro-

hung) oder spezifische psychische Mechanismen (Identifikation mit dem Aggressor, projektive Identifikation) lassen den Therapeuten das erleben, was das Kind erlebt hat (Hilflosigkeit, Angst, unterdrückte Wut). Auch eine zu starke Identifikation des Therapeuten mit dem Kind kann zu lähmenden Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit führen.

1.2.3 Die Phasenorientierung in der Traumabehandlung

State of the Art der Behandlung von PTBS bei Kindern (und Erwachsenen) ist die Aktualisierung des emotionalen Gehaltes des Traumas in einem als sicher empfundenen therapeutischen Rahmen. Dies geschieht über die Exposition des Kindes gegenüber dem Trauma oder bestimmten Aspekten desselben (AACAP, 1998). Ziel der Traumakonfrontation ist die Verringerung der emotionalen Belastung durch das Trauma und eine kognitiv-emotionale Neueinschätzung des Geschehens. Außerdem sind reale durch das Trauma ausgelöste Veränderungen im Leben des Kindes psychisch und sozial zu integrieren. Je nach therapeutischer Orientierung (Spieltherapie, EMDR, kognitiv-behaviorale Therapie, Hypnotherapie) ist das Vorgehen unterschiedlich. Schulenübergreifend sollte die Behandlung traumatisierter Kinder drei Stadien beinhalten.

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Integration und Trauerarbeit

Dieser Aufbau, der auf Janet (1925) zurückgeht, beruht auf der Erfahrung, dass die belastende Bearbeitung des eigentlichen Traumas nur gelingen kann, wenn das Kind körperlich und psychisch sicher und stabil ist und im sozialen Bereich geschützt und unterstützt wird. Je nach Grad der vorhandenen Ressourcen beim Kind muss die Traumabearbeitung unterschiedlich lange vorbereitet werden. „The slower you go, the faster you get there“ (Kluft, 1993) fasst die grundlegende Bedeutung der gründlichen und organisch wachsenden Stabilisierungsbemühungen des Therapeuten zusammen.

Nach Gelinas (2003) umfasst die Stabilisierungsphase folgende Aspekte:

- Etablieren der therapeutischen Beziehung und des Settings
- Abbau von physiologischer Übererregung, Flashbacks und traumabedingter Dissoziation
- Aufbau von Affekttoleranz für intensive negative Gefühle
- Entwickeln positiver Bilder von sich selber und Möglichkeiten zur Selbstberuhigung
- Regulieren und Stoppen-Können von dysfunktionalen Bewertungen
- Rekonstruktion einer inneren Verbundenheit mit anderen Menschen
- Aufbau von sozialen Beziehungen und Unterstützung

EMDR integriert sich in diese Phasenorientierung. In die Phasen EINS und ZWEI des *Altersmodifizierten Standardprotokolls* (ASP) der EMDR-Behandlung sind die not-