

EMDR mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Herbsttagung 14. und 15. 9. 2007

Dr. med. Marion Seidel



*PSYCHOTHERAPEUTISCHES
ZENTRUM
BAD MERGENTHEIM*

Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931/ 5316-0
E-Mail: kontakt@ptz.de

EMDR mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Stationäre Psychotherapie bindungsgestörter und traumatisierter Kinder- und Jugendlicher und ihrer Mütter und Väter

1. Einleitung

Stationäre Therapie mit Eltern und Kindern ermöglicht, gemeinsam traumatisches Belastungsmaterial zu bearbeiten und so Eltern wie Kindern eine heilende Erfahrung zu vermitteln. Vielleicht können Sie sich an das Video mit dem kleinen blonden Mädchen und ihrer Mutter erinnern, was ich an einer der letzten Herbsttagungen gezeigt habe. Hier wurde mit beiden ein Geburtstrauma bearbeitet. Die Mutter litt Todesängste, gespeist durch die eigene traumatische Geburt. Ihre Erstgeborene wurde unter sehr gewaltvollen Umständen zur Welt gebracht. Nach ausreichender Stabilisierung konnte mit beiden an dem Trauma gearbeitet werden. Der Vorteil des kombinierten Settings ist, dass gleichzeitig mit dem Heilen des Kindstraumas auch die Mutter Teile des eigenen Traumas bearbeiten kann, ebenfalls unterstützt durch den Heilungsrythmus. Da ich die Pads verwende für meine Arbeit mit den Kindern, wird gleichzeitig auch die Mutter stimuliert, die in aller Regel die Pads hält oder das rhythmische Klopfen übernimmt.

Besonders in der Therapie mit EMDR werden die Heilungsprozesse unmittelbar beobachtbar. Ich erlebe als Therapeutin innerhalb kurzer Zeit eine Veränderung in der Mimik, Körperhaltung und im Ausdruck des Kindes, parallel dazu oftmals auch bei der Mutter. Das rasche Durchprozessieren von Monotraumen bei Kindern ist oft ein so beeindruckender Prozess auch für die Eltern, dass deren Nichtbeteiligung an einer derartigen Behandlung eine verpasste Chance für eine verbesserte Bindung zwischen Eltern und Kind wäre. Mitzuerleben, wie sich das Kind verändert, sich neugierig der Welt zuwendet und oft perinatale positive Erfahrungen, die es gebraucht hätte und die nur begrenzt erlebt werden konnten, nachholt, ist ein für Behandler und Eltern gleichermaßen anrührendes Erlebnis.

Aber auch komplex traumatisierte Kinder können im stationären Setting mit den vielen unterschiedlichen Settingsbedingungen und Stabilisierungsmöglichkeiten für

Mütter und Kinder gleichermaßen gut behandelt werden; auch hier sind die Prozesse sehr eindrucksvoll und immer zutiefst anrührend.

2. Bindungsstörungen

Schwerpunkt meiner Arbeit ist die Behandlung von Bindungsstörungen nicht nur der Kinder, sondern auch der Eltern. Meines Erachtens können Kinder, die bei ihren Eltern leben nur dann behandelt werden, wenn die Eltern über ein Entwicklungs- und Ressourcenpotential verfügen, was ihnen eine Anpassung an die Verhaltensveränderungen der Kinder bzw. ihnen selbst Entwicklungsschritte ermöglicht und wiederum bei beiden neue Entwicklungsimpulse angeregt werden und ein sich gegenseitig befruchtendes Miteinander entwickelt.

Verfügen Eltern nicht über die notwendigen Fähigkeiten, so wird jede Veränderung in den Verhaltensmustern der Kinder zu Irritationen bei den Eltern führen und die Beziehungslosigkeit verstärken. Im stationären Bereich erleben wir häufig, dass die Kinder während ihrer Therapie neue Formen der Beziehungsgestaltung ausprobieren, dazu gehören vermehrte Lebendigkeit mit allen Emotionen wie Freude Weinen, Trotzen etc., aber auch die Orientierung weg von den Eltern, was zu narzisstischen Kränkungen bei den Eltern führen kann, zornige Reaktionen auf unangemessene Ansprüche der Eltern usw. Die Reaktion der Mütter ist oft, dass die Kinder hier viel schlechter werden und sie nun gar nicht mehr mit den Kindern zurechtkämen. Der Vorwurf die stationäre Therapie habe gar nichts gebracht ist dann nicht selten zu hören. Was wir aus therapeutischer Sicht begrüßen ist noch lange nicht mit den elterlichen Möglichkeiten oder Vorstellungen kompatibel und erfordert im stationären Setting eine intensive Begleitung der Mutter.

Der stationäre Rahmen hat die Aufgabe, den Kindern (und ihren Müttern) den Zustand der sicheren Bindung zu ermöglichen. Das klinische Setting bietet durch den Gesamtrahmen die Möglichkeit, sowohl Elternobjekte als auch durch Co-Therapeuten erweiterte Übertragungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Die gruppentherapeutischen Prozesse und die Beziehungen der Patienten untereinander führen zu größerer Objektsicherheit und tragen entscheidend zur Stabilisierung der Patienten bei. Alles zusammen schafft die Erfahrung sicherer Bindung.

Für die Therapie bei traumatisierten Kindern, dazu zähle ich auch Bindungstraumata, wähle ich ein Setting, das nach Möglichkeit die Bezugspersonen, aber auch die Geschwister mit einbezieht. Gerade, weil die Bindungen oft unsicher sind und das Kind die Erfahrung gemacht hat, dass seine Affekte nicht ausgehalten werden, kann das Einbeziehen der Eltern und Geschwister eine Veränderung in den Beziehungsmustern bewirken. Beide, sowohl der Erwachsene als auch das Kind können begleitet werden bei Trauerarbeit, Entsetzen und Hilflosigkeit. Anders als früher erlebt das Kind die Erwachsenen als betroffen und bemüht zu verstehen und zu begleiten. Auch den Eltern ist, in einem solchermaßen gestalteten Setting möglich, sich dem eigenen Kummer, aber auch dem Kummer des Kindes zuzuwenden, da sie sich ebenfalls gehalten und unterstützt fühlen. Gleichzeitig wird über das gemeinsame Erleben die Rivalität unter Geschwistern aufgehoben und ein gemeinsamer Erlebnisraum geschaffen, der Verstehen und solidarisches Miteinander fördert. Bei bindungsunsicheren Eltern führt die Arbeit mit den Affekten durch Benennen, Spiegeln und Halten zu größerer Sicherheit in der therapeutischen Situation, sie sind ebenso wie die Kinder entlastet und machen manchmal zum ersten Mal die Erfahrung, ihrerseits mit ihren Emotionen ausgehalten und gehalten zu werden. Eine ausreichend lange Warming-up-Phase und das Gefühl des Kindes mit allen seinen Gefühlen, Stärken und Schwächen angenommen und ernst genommen zu werden geht der eigentlichen Traumaarbeit voraus.

Desorganisierte Bindungen, d.h. fehlende Passungsvorgänge im aufeinander bezogenen Kommunikationsverhalten führen zu hochorganisierten Stressreaktionen, die wiederum zu massiven Verhaltensstörungen führen, werden die Ausnahmezustände nicht aufgelöst durch sicherheitsgebende Interventionen von Seiten der Erwachsenen (Brisch et al.2002). Solche oder ähnliche Bindungsmuster finden wir relativ oft bei unseren Patienten, d. h. fehlende oder nur rudimentäre Bindungsmuster.

In Untersuchungen verschiedener Forschungsgruppen fanden sich bei den Müttern von desorganisierten Einjährigen in durchschnittlich belasteten Familien Bindungstraumata vor dem 7. Lebensjahr mit Tod eines nahen Angehörigen, körperliche Bestrafungen, lange einsame Krankenhausaufenthalte (Grossmann K.E.2000). Zahlreiche Forscher vermuten, dass die Mutter in ihrem Umgang mit den

Kindern entweder unvermittelt aggressiv sind oder vor dem Kind Anzeichen von Angst zeigen (Grossmamm K. E.u. Grossmann 2004 K.), die dem Kind die Sicherheit einer Bindung entziehen.

Main (2000) hat in ihren Untersuchungen festgestellt, dass ein Kleinkind in der Lage ist, sich auf Eltern, die zwar nicht feinfühlig, aber auch nicht direkt beängstigend sind, einzustellen und „bedingte Strategien“ entwickeln kann, um mit dem defizitären Verhalten der Eltern umgehen zu können. Dem vorausgegangen waren die Untersuchungen von Ainsworth (1978), die nachweisen konnten, dass eine feinfühlig reagierende Bindungsperson auch in Zeiten von Furcht und Distress als Quelle von Trost und Zuwendung erlebt werden kann. Nach Main (2002) scheint das zurückgewiesene Kind, besonders in der fremden Situation, „Anzeichen für kleinere Gefahren zu ignorieren, indem es seine Selbstorganisation durch beharrliche Ausrichtung seiner Aufmerksamkeit auf unbelebte Objekte aufrecht erhält. Wie spiegelbildlich dazu verhalten sich Kleinkinder, deren Mütter sich ihnen gegenüber auf eine unvorhersehbare Weise verhalten: sie übertreiben ihre Reaktion auf die aller kleinsten Gefahren (wie etwas Neuem) und sind im Verlauf der Episode nahezu ausschließlich mit der Bindungsperson beschäftigt; sie richten also ihre ganze Aufmerksamkeit auf sie“.

Eine andere Forschergruppe um Lyons-Ruth et al (2002) beschäftigten sich ebenfalls mit dem Verhalten der Eltern und den Auswirkungen auf die Kinder. Mischen beispielsweise die Eltern zurückweisende und verwickelnde Strategien, was kindliche Bindungsaffekte sowohl steigert als auch zurückweist, wie etwa gleichzeitiges Ignorieren des kindlichen Kummers und die Aufforderung der Mutter oder dem Vater einen Kuss zu geben, dann reagiert das Kind mit einer desorganisierten Bindung. Das Forscherteam schreibt dazu Folgendes: „In diesem theoretischen Rahmen werden bestimmte negative mütterliche Verhaltensweisen, wie etwa verdeckte Feindseligkeit, Rückzug, übertriebene Selbstbezogenheit oder widersprüchliches Annäherungs- und Vermeidungsverhalten als Anpassungsstrategien betrachtet. Diese sollen verhindern, dass die Mutter von ungelösten, Angst besetzten Affekten überflutet wird, die im Zusammenhang mit Bindung stehen. Bei solchen unberechenbaren Verhaltensweisen vermeidet die Mutter ein Übermaß an empathischem Kontakt zu den angstbesetzten Affekten und der ängstlichen Erregung

des Kindes, um dadurch ihren eigenen Erregungszustand in erträglichen Grenzen zu halten. Außerdem verraten ihre Verhaltensweisen den Wunsch, Affekte von sich fernzuhalten, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, wie etwa die Wut, die durch eine Identifikation mit ihrem verletzbaren Kind entstehen könnte. Diese Wut wäre überwältigend, wenn sie tatsächlich bewusst wahrgenommen würde.“

Lyons-Ruth & Block (1996) konnten in ihren Arbeiten bestätigen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an mütterlichem Rückzugsverhalten und mütterlichen intrusiv-feindseligem Verhalten gegenüber dem Kind und der Schwere und der Art der Gewalttätigkeit oder des Missbrauchs in der früheren Familiengeschichte der Mutter gibt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Solomon und George (1996). Sie fanden heraus, dass Eltern, deren Kinder desorganisiert gebunden sind dem Kind gegenüber ein Gefühl der Hilflosigkeit empfinden. Sie vermuteten, dass das Gefühl der Hilflosigkeit entweder im Zusammenhang mit dem Gefühl steht, dass das Kind „überdimensional“ ist, die Fantasie ist hier besonders intelligent oder begabt, oder mit dem Gefühl der Unmöglichkeit das Verhalten des Kindes zu kontrollieren oder zu beeinflussen. Es scheint so zu sein, dass Mütter, zur Vermeidung einer eigenen Überflutung durch ihre Affekte manchmal Verhaltensweisen dem Kind gegenüber aufweisen, die entweder ängstlich mit Unterdrückung der Emotionen des Kindes und / oder Schreien oder ängstlich in Form von Dissoziation und inneren Rückzug auf das Kind wirken können. In einer derartigen Situation, in der die Mutter beschäftigt ist, sich selbst unter Kontrolle zu bekommen, kann sie nicht feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen und Missverständnisse in der Kommunikation aufklären. Die Kinder wiederum reagieren mit einer Mischung aus Annäherungs-, Vermeidungs-, erstarrtem bzw. dissoziiertem Verhalten, um mit der Situation umgehen zu können.

Hierzu ein Beispiel.

Der 2,5jährige David kommt mit seiner Mutter zu einem Gespräch in mein Zimmer. Während des Gesprächs ist auffällig, dass er rund um den Tisch alle Gegenstände, die dort deponiert sind, untersucht und keinerlei Kontakt zur Mutter oder mir aufnimmt. Während des Gesprächs, was sich um das permanente Schreien des Kindes, sobald er in der Kindertagesstätte

abgegeben wird, beschäftigt, nimmt er mehr und mehr Kontakt zu mir auf. Ein Suchen nach Bindung wird deutlicher. Ich versuche ein Annäherungsspiel und versuche die Mutter mit einzubeziehen, indem ich sie beide bitte, gegenseitig über die Wange zu streichen. Der Kleine macht mit Freude mit und macht gleichzeitig ein kleines Spielchen daraus. Die Mutter wiederum scheint merkwürdig unbeholfen zu sein und kann auf die Annäherungsversuche ihres Kindes kaum reagieren. Als David ihr den Mund zu einem Küsschen hinreckt, sagt die Mutter „Gib mir ein Küsschen“. Sie hat nicht bemerkt, dass das Kind eigentlich selbst von Mama ein Küsschen haben wollte. Ich erkläre der Mutter die Situation, woraufhin sie sich diesmal dem Kind ganz zuwenden kann und spielerisch mit ihm Zärtlichkeiten austauschen kann. Einige Tage später erhalte ich von der Tagesstätte die Rückmeldung, dass David seit dieser Stunde nicht mehr beim Weggehen der Mutter geweint hat und sich gerne in der Tagesstätte aufhält.

Bindung ist kein Vorgang, der mit Beendigung der Kindheit abgeschlossen ist, sondern ist ein sich permanent verändernder Prozess. So haben Untersuchungen ergeben, dass ein Kind mit dem einen Elternteil eine durch sichere Bindung bestimmte Spielsituation gestalten konnte, auch wenn dies mit dem anderen Elternteil nicht möglich war. Gleichzeitig haben die Untersuchungen ergeben, dass die Eltern sich mit der Zeit angleichen und nahezu gleiche Spielmuster und Spielfeinfähigkeit entwickeln konnten. Kinder tragen also auch zur Weiterentwicklung der Eltern und Großeltern bei, helfen Defizite auszugleichen und Wunden zu heilen (Grossmann u. Grossmann 2004). Diesen Entwicklungsmöglichkeiten der Eltern tragen wir Rechnung, indem wir die Mütter, wenn Väter mit aufgenommen wurden, selbstverständlich auch die Väter in die Therapie der Kinder mit einbeziehen. Im nachfolgenden Video können sie sehen wie die Bindungsfähigkeit der Mutter in gleichem Masse wie sich das Kind verändert, gestärkt wird.

3. Behandlungssetting

Für die Entscheidung der Mütter mit ihren Kindern in die stationäre Behandlung zu kommen ist oft ausschlaggebend, dass die Kinder Verhaltensauffälligkeiten zeigen und eine hohe traumatische Belastung durch Verluste, körperliche und sexuelle Gewalt in der Vorgeschichte besteht. Viele der Mütter, die zu uns in die Behandlung

kommen, sind allein erziehende Mütter, fühlen sich im Alltag über Gebühr beansprucht, oft allein gelassen und leiden unter den Folgen ähnlicher Kindheitstraumata wie ihre Kinder. Dazu kommt oft noch, auf die Unterstützung der eigenen Eltern, sei es finanzieller Art, sei es räumlich oder zur Betreuung der Kinder, angewiesen zu sein ohne sich selbst von ihnen abgelöst, geschweige denn die eigenen Konflikte mit den Eltern geklärt zu haben. Sie erleben das stationäre Setting, sowohl entlastend, weil sie sich nicht um die Alltäglichkeiten wie Essen kochen etc. kümmern müssen als auch als Unterstützung bei den eigenen Anstrengungen sich mit ihren Heilungsprozessen und denen der Kinder auseinander zu setzen. Die Dichte der Behandlung ist, im Gegensatz zu den Patientinnen ohne Kinder für die Mütter sehr hoch, da sie neben den eigenen Therapieveranstaltungen auch Spieltherapie mit ihren Kindern, Kunsttherapie für Mütter und Kinder, um nur einige zu nennen, wahrnehmen. Gleichzeitig sind die psychischen Anforderungen an die Mütter von starker Intensität, da sie sich in viel direkterer Art und Weise sowohl mit dem eigenen Verhalten als auch mit der unmittelbaren Reaktion des Kindes auf ihr Verhalten konfrontiert sehen und sie nicht wie im häuslichen Umfeld so ohne weiteres ignorieren, verdrängen oder verleugnen können. Hinzu kommt, dass Mütter und Kinder oftmals nur ein Zimmer zur Verfügung haben und so in den Abendstunden wenige Ausweichmöglichkeiten haben, die Konflikte miteinander viel unmittelbarer ausgetragen und ausgehalten werden müssen als das im häuslichen Umfeld der Fall ist.

Stationäres Setting

- Spieltherapie mit Mutter und Kind
- Spieltherapie nur für das Kind
- Kunsttherapie für Mutter und Kind
- Bewegungstherapie für Mutter mit Kind
- Therapiesetting für die Mutter mit Gruppen- und Kreativtherapie
- Bewegungs- und Körperarbeit für die Mutter
- Reiten für Mütter und Kinder
- Hundegruppe für die Kinder



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Wir haben immer wieder Kinder, die als Begleitkinder aufgenommen werden und die nicht primär in das therapeutische Setting eingebunden, aber in das pädagogisch-therapeutische Setting integriert werden. Gerade diese Kinder brauchen oft besondere Betreuung, da ihre Bindungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten von den Eltern nicht thematisiert werden, aber im Kindersetting hochgradig auffällig werden, so dass nachträglich Therapiemöglichkeiten geschaffen werden müssen. Manchmal kann es sinnvoll sein, dem Wunsch der Mutter, das Kind in den Therapieprozess einzubinden, nicht nachzukommen, weil die Auffälligkeiten des Kindes ausschließlich Reaktionen auf das Verhalten der Mutter sind und nur in diesem Kontext auftreten.

Ein Beispiel:

Die 3jährige Lara soll auf Wunsch der Mutter auch Therapiekind werden. Sie komme mit dem Kind kaum zurecht, es trotze viel und höre nicht auf sie. Im Kinderzentrum ist Lara bis auf eine etwas bestimmende Art den anderen kleinen Kindern gegenüber, gut führbar und macht einen vollkommen normalen Eindruck. Mit der Mutter wird besprochen, ihre Interaktionen mit dem Kind zu reflektieren, konsequent zu sein und Sicherheit sowie Akzeptanz zu

vermitteln. Die Mutter ist gut in der Lage, die Interaktionsstörung zwischen sich und dem Kind kritisch zu betrachten und entsprechende eigene Verhaltensänderungen durchzuführen. Unterstützt wird sie durch die pädagogische Begleitung im Kinderzentrum.

Im Vordergrund der stationären Behandlung steht immer die Verantwortungsübernahme für die eigenen Negativmuster im Umgang mit sich selbst und im Umgang mit dem Kind. Die Mutter wird angehalten, eine Entscheidung gegen ihre destruktiven Muster, wir nennen sie Negativ-Muster, zu treffen, sie zu identifizieren und sie unter Kontrolle zu bringen. Erst dann beginnt die therapeutische Arbeit an den Belastungsthemen.

Häufigste Muster im Umgang mit den Kindern sind Vernachlässigung, verbale oder körperliche Gewalt. Für manche Mütter ist gerade die Kontrolle über ihre selbst ausgeübte Gewalt sehr schwer, da sie die eigene erfahrene Gewalt internalisiert haben, sie nicht mehr reflektiert wird und stattdessen rationalisiert wird. „Eine Ohrfeige zur rechten Zeit hat noch nie jemandem geschadet“. Die Kontrolle der Vernachlässigungsmuster fördert den intensiveren Kontakt zwischen Mutter und Kind, der zuvor aus den verschiedensten Gründen vermieden wurde und bedarf intensiver und besonderer Begleitung.

Hier ein Beispiel:

Der 1 ½ jährige Fabian ist mit seiner Mutter und seiner älteren Schwester stationär aufgenommen worden. Das ältere von beiden Kindern ist ein Therapiekind wegen seiner Schüchternheit auf der einen Seite und seiner Eifersucht auf den kleineren Bruder auf anderen Seite. Fabian wird als unkompliziert geschildert, wenn auch etwas eigenwillig. Schon bald wird deutlich, dass Fabian enorme Bindungsängste hat und sich von der Mutter kaum trennen kann. Selbst der Mutter fällt es schwer das Kind nach der Abgabe im Kinderzentrum zu trösten. Er läßt sich nicht mehr beruhigen. Außerdem fällt auf, dass die Mutter zu Essenszeiten sich überhaupt nicht um das Kind kümmert, sondern beide Kinder im Speisesaal völlig sich selbst

überlässt. Sie werden beim Essen von ihr nicht wahrgenommen und laufen oft unbeaufsichtigt im Speisesaal herum. Nachdem sich Fabian trotz aller möglichen Versuche dem Kind die Trennung von der Mutter im Kinderzentrum zu erleichtern weiterhin nicht beruhigen ließ und er verbal nicht erreichbar war, entschloss ich mich zu Klopfen im Wechsel auf beide Schultern. Bereits nach kurzer Zeit war eine Veränderung im Kind zu bemerken. Das Schluchzen begann sich zu verändern, Fabian weinte und schrie nicht mehr durchgängig in der selben Tonlage und -qualität, sondern das Schreien bekam eine andere Modulation. Das Weinen wurde immer wieder unterbrochen für ein herzerreißendes Schluchzen mit tiefer Atmung. Sie alle kennen diesen Moment, wenn Kinder am Ende ihres Schmerzes angelangt sind und sich immer noch mal aufbäumen bis sie sich gänzlich beruhigt haben. Fabian wurde zunehmend ruhiger, legte sich quer mit dem Bauch über meine Beine und bewegte im Rhythmus des Klopfens die Finger der einen Hand. Dieses Phänomen kenne ich bei Kindern gut. Wenn sie in den Prozess eintauchen bewegen sie sich körperlich im Rhythmus mit, oft stimulieren sie sich im Rhythmus selbst, für mich auch ein Indikator für ein erfolgreiches Prozessieren, aber auch für die Fortdauer des Prozesses. Das Weinen hörte nach einer $\frac{3}{4}$ Stunde auf, der gesamte Prozess dauerte ca. 1 Stunde. Nachdem ich ihn nach gänzlicher Beruhigung und gut im Kontakt an die Erzieherin übergab, liess sich Fabian ohne weitere Schwierigkeiten halten. Auch in der Folge traten keine Ablösungsprobleme mehr auf. Im Gegenteil, Fabian begann neugierig die Welt zu erkunden und sch auch von allein auf den Weg zu machen ohne unter Trennungsangst zu leiden. Wir übernahmen Fabian auf Grund der massiven Bindungsstörung in das therapeutische Setting, um mit der Mutter an der Beziehungsstörung zu arbeiten.

Solch ein aus der Not geborenes spontanes Anwenden von EMDR habe ich immer wieder erlebt mit sehr positiven Veränderungen auf das Gesamtverhalten. Bis jetzt kam es immer zu einer Verbesserung der gesamten Befindlichkeit und bei älteren Kindern tauchten spontan positive Selbstüberzeugungen auf. Auch die Leistungen in der Schule sind oft deutlich verbessert.

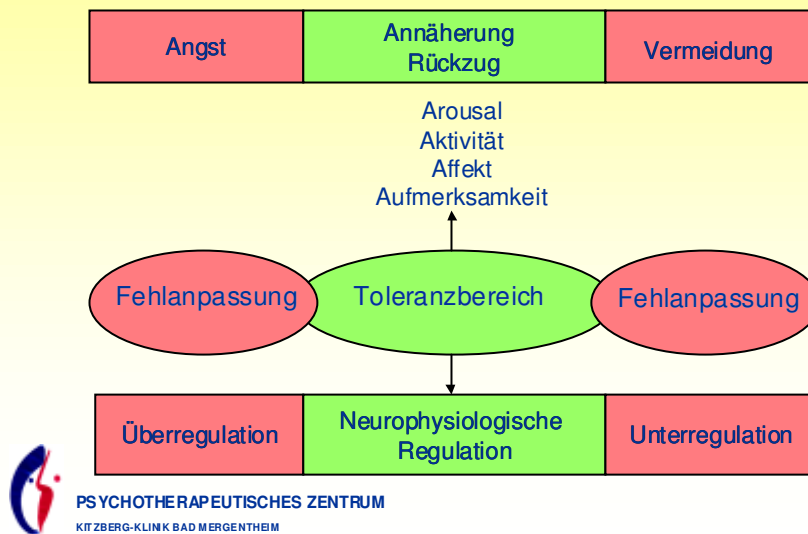
Ein Beispiel:

Die 9jährige Nadja kommt zur stationären Aufnahme wegen Aggressivität der großen Schwester gegenüber. Sie hat sie in den Bauch getreten, als die Schwester sich zum Schuhe zubinden bückte. In der Schule zeigte sie Konzentrationsstörungen und Störungen in der Interaktion mit anderen Kindern. In der Klinik war sie einerseits ein angepasstes Mädchen andererseits zeigt sie auch hier heftige Affektdurchbrüche. Zur Vorgeschichte war bekannt, dass sie und der jüngere Bruder einen gemeinsamen Vater hatten, von dem sich die Mutter vor sechs Jahren trennte. Nadja war sein Liebling, die Mutter hatte kaum Chancen mit dem Kind irgendeine Art von Kontakt herzustellen. Nach der Trennung kümmerte der Vater sich nie mehr um die Kinder, worunter Nadja stark litt. Ein Leistungs-Test (K-ABC) ergab einen IQ von 69, was formal einer geistigen Behinderung gleichkam, aber nicht ihrem tatsächlichen Intelligenzniveau entsprach.

Nach mehreren Sitzungen EMDR zu dem Verlassenheitsthema mit ihrem Vater und der entstandenen Bindungslosigkeit, verbesserten sich ihre Schulleistungen drastisch und ihre Affektdurchbrüche traten nicht mehr auf innerhalb weniger Wochen.

Ein wiederholter Intelligenztest nach abgeschlossener Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt ergab bei Nadja normale Werte für Konzentration und Aufmerksamkeit und keinerlei Beeinträchtigungen in der intellektuellen Entwicklung mehr. Ähnliche Erfahrungen wie bei diesem Fallbeispiel mache ich immer wieder. Die Entwicklungsblockaden sind oft so schwerwiegend, dass die Kinder in ihrer intellektuellen Entwicklung deutlich beeinträchtigt sind. Die Folge sind Schulwechsel und soziale Einschränkungen.

System der basalen adaptiven Verhaltensregulation



Jede Belastungserfahrung, die außerhalb des window of tolerance liegt, führt zu Entwicklungsblockaden, die nur begrenzt kompensiert werden können, das gilt für die Kinder wie auch für die Erwachsenen gleichermaßen. Nicht jede Belastung führt zu Folgeerscheinungen, dafür bedarf es des Zusammenkommens verschiedener Faktoren. In der Kindertherapie sprechen wir von vulnerablen Phasen. Vulnerable Phasen sind Zeiten, in denen das Kind besonders irritiert auf zusätzliche äußere Veränderungen reagiert. Kommt beispielsweise ein Geschwisterkind zur Welt und ist die Familie vorher umgezogen, so kann sich die Veränderung der gewohnten Umgebung aus der Sicht des Kindes als zusätzlichen Stress auswirken. Es wird möglicherweise das Geschwisterkind eifersüchtiger betrachten als ein Kind, welches jederzeit auf die Sicherheit der gewohnten Umgebung zurückgreifen kann, auch wenn es jetzt mehr Platz, ein eigenes Zimmer usw. hat. Wir schauen allzu oft aus der Perspektive des Erwachsenen auf gut gemeinte Veränderungen oder Aktionen, aus der Perspektive eines Kindes sieht manches ganz anders aus.

Die Expression von angeborenen und der Erwerb weiterer Selbstregulationsfähigkeiten ist im Wesentlichen von den Beziehungs- und Interaktionsmustern zwischen Kind und Erwachsenem abhängig. Für den Erwerb von Beziehungskompetenz ist eine gute und sichere Bindung entscheidende Voraussetzung, ebenso für die Integration von neuen Erfahrungen und die spätere Beziehungsgestaltung. Dies ist inzwischen allgemein anerkannt. Weniger bekannt

sind die Erkenntnisse über bereits pränatal entstehende Bindung und deren Auswirkung auf die weitere Entwicklung des Kindes. Um die Bindung zwischen den Kindern und den Eltern zu stärken, eine unsichere Bindung in eine sichere umzugestalten und Fehlentwicklungen zu korrigieren ist eine gute Kenntnis der Bedingungen für eine sichere Bindung auch pränatal notwendig. Auch die stationäre Therapie von Müttern und deren Kindern ist am effektivsten, wenn sie diesen Erkenntnissen Rechnung trägt und wo immer möglich, auch die Väter in die Therapie mit einbezieht. Zu Fehlentwicklungen kommt es immer dann, wenn die bis dahin erworbenen Fähigkeiten des Kindes zur Selbstregulation und Selbstberuhigung nicht ausreichen und zu nachhaltigen Störungen in der eigenen Affekt- und vegetativen Regulation führen und in der Folge die Kommunikation mit der Außenwelt gestört ist. Eine nicht gelungene Bindung stellt eine hochgradig belastende Situation für das Kind dar mit erheblichen Folgen für das Bindungs- und Sozialverhalten. Jede Form des Kontaktabbruchs zwischen Eltern und Kindern führt zu einer Aktivierung von Selbstheilungsprozessen, die je nach Fähigkeiten zu einer affektiven und vegetativen Entlastung des Kindes führen oder bei nur gering ausgeprägten Fähigkeiten zur Selbstberuhigung das Stressniveau weiter im oberen Bereich bleibt.

Hier ein Beispiel:

Vor wenigen Tagen habe ich mit einer Patientin eine Therapiestunde gehabt, die die Aufgabe übernommen hatte einen 10jährigen Jungen zu hüten, während die Eltern geschäftlich unterwegs waren. Mit Entsetzen berichtete sie, dass die Eltern sich nicht dafür interessierten mit welchen Computerspielen sich der Junge beschäftigt (z.B. Kriegsspiele ab 16 Jahren), die ihn völlig überfordern) und wieviel Leere in den familiären Beziehungen untereinander bestand. Das Entsetzen entstand durch die Verlagerung des Beziehungsproblems auf eine biologische Ebene, die eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat scheinbar notwendig macht. Sie sagte folgenden Satz: „Die emotionale Leere der familiären Beziehungen wird durch das Kind hyperaktiv abgewehrt und dann mit Ritalin behandelt.“ Sie selbst konnte mit einer klaren und konsequenten Haltung schnell das Vertrauen des Kindes gewinnen und wurde von ihm auch sehr geschätzt. Er zeigte bei ihr in der ganzen Woche keine „hyperaktiven Phasen“. Leider ist dieses Beispiel kein Einzelfall.

Gerade die stationäre Therapie von Müttern und Kindern bietet hier viele Möglichkeiten, beiden einen Erfahrungsraum zur Verfügung zu stellen, der anders als in herkömmlichen Therapien vorhandene Entwicklungspotentiale nutzt, die Bindung stärkt und unterstützend bei der Therapie von unaufgearbeitetem Belastungsmaterial hilft.

Die gemeinsame stationäre Therapie mit Eltern ermöglicht beiden an ihren Bindungsstörungen zu arbeiten und bei ausreichender Stabilisierung auch die belastenden Ereignisse im Leben des Kindes oder zwischen Eltern und Kindern anzugehen. Beide, Eltern wie Kinder beginnen einen Dialog, auch unter EMDR, der den frühen Kommunikationsmustern zwischen Müttern und Kindern ähnelt.

Innerhalb des Mutter-Kind-Dialoges finden fein auf einander abgestimmte Interaktionen statt, die das Lernrepertoire des Kindes erweitern und im Idealfall zu einer sicheren Bindung führen. Nach Murray (1991) entwickelt sich die Mutter-Kind – Interaktion gemeinsam. Nach Travarthen (1994) wird der Säugling „mit einer ungefähren konzeptuellen Vorstellung von einem hilfreichen und freundlichen Gefährten geboren, der kooperativ die gemeinsamen Erfahrungen vermittelt.“ Solche Dialoge finden bereits während der Schwangerschaft statt und tragen zur Vorstellung eines Gegenübers bei.

Die Bindung zwischen dem Kind und einem Gegenüber wird von beiden aktiv gestaltet und ist ein interkommunikativer Vorgang, der in winzigsten Fragmenten aufeinander abgestimmt sein muss, um eine Passung zu ermöglichen (Sander 1977). Beide, sowohl der Säugling als auch die Eltern, brauchen zur Verständigung ein Empfangs- und Sendesystem, was hochsensibel auch die kleinsten Veränderungen in der Kommunikation registriert und im wechselseitigen Dialog immer wieder neu aufeinander abstimmt. Diese interaktiven Microszenen (Plassmann 2006) lassen Rückschlüsse auf das Bindungssystem des Kindes zu. Lenneberg (1967) nahm als Grundlage der Organisation von sozialer Bezogenheit zeitliche Muster (Timing) und sprachliche Rhythmen an. Unter Timing versteht man das Innehalten, das Unterbrechen, das abwechselnde Sprechen bzw. Lautgebung in der Interaktion mit Kleinkindern sowie die Sprachgeschwindigkeit und der Pause am Ende des einen

Beitrags zum Beginn des anderen Beitrags. Dieses Timing ist eine Art Feedbacksystem, welches dem anderen wichtige Hinweise für die Interaktion und Kommunikation gibt, die bei nicht aufeinander abgestimmtem Timing zum Durcheinanderreden und gestörtem Kommunikationsverhalten führt. Dieses System ist sehr kompliziert und der Säugling lernt schon sehr früh in der gelungenen Interaktion mit der Mutter wie und wodurch er einerseits Informationen über Emotionen der Mutter, Gemütslage etc. erhält und andererseits unmittelbar Reaktionen beim Gegenüber durch sein Verhalten auslöst. Um dieses Timing verstehen zu können werden alle zur Verfügung stehenden Informationen einbezogen, dazu gehören auch Mimik, Sprachmodulation, Körperhaltung des Gegenübers usw.

Beebe, Jaffe et al (2002) fanden heraus, dass „ dass die zeitliche Abgestimmtheit von Dialogen in der vorsprachlichen Zeit (sowohl in Lauten als auch in Bewegungen) der zeitlichen Abgestimmtheit des sprachlichen Dialogs von Erwachsenen sehr ähnlich ist. Beide sind beispielsweise bidirektional koordiniert. Tatsache ist, dass die Koordination zwischen Kind und Erwachsenen sogar eine engere Kontingenz aufweist als die von Erwachsenen Gesprächspartner untereinander (Jaffe 2001). Auch die Regulierung des Sprecherwechsels durch die Dauer der Wechselfase ist bei beiden sehr ähnlich (Beebe et al. 1988).“

Unterstützt werden diese Erkenntnisse durch die Untersuchung von Meins (1997 a, b, c), in ihren Untersuchungen hatten die Mütter, die feinfühlig empathisch bereits im ersten Lebensjahr auf nonverbale Signale und Affektäußerungen reagierten und diese in Worte fassten. Umgekehrt hatten die Mütter, die diese Stellvertreterfunktion nicht ausübten und mit ihren Kindern gar nicht oder inadäquat umgingen, über zufällig unsicher gebundene Kinder.

4. Stabilisierungsphase

Um die ausreichende Stabilität für die Arbeit an Belastungsmaterial zu erreichen, ist eine sorgfältige Therapiegestaltung und –planung notwendig. Zu Beginn der Behandlung wird von den Müttern eine Entscheidung gefordert, alles, was dem Kind und ihr selbst in der Beziehung mit dem Kind schadet zu unterlassen. Nach der Identifizierung der hauptwirksamen Muster, meist Gewalt oder Vernachlässigung,

aber auch sehr subtile aggressive Verhaltensmuster werden mit der Mutter Möglichkeiten der Kontrolle erarbeitet. Die therapeutische Fallführung umfasst dabei Therapien, die ausschliesslich die Mutter betreffen und Therapieangebote für Mutter und Kind gemeinsam. Darüberhinaus werden die Mütter pädagogisch begleitet und unterstützt. Der laufende Therapieprozess wird dabei immer wieder überprüft und den jeweiligen Anforderungen angepasst.


Stabilisierung

A: Ressourcen

- Ressourcen in der Mutter-Kind-
- Ressourcen beim
- Ressourcen bei der

B: Negativ-Muster

- Negativ-Muster in der Mutter-Kind-Interaktion
- Negativ-Muster beim
- Negativ-Muster bei der Mut-



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZEN-
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Neu auftretende Ressourcen bei Mutter und Kind werden verstärkt. Vermeidungen oder das Festhalten an destruktiven Mustern werden in die Verantwortung der Mütter gegeben und eine erneute Entscheidung gegen diese Muster erarbeitet. Gelingt es nicht mit der Mutter ein Behandlungsbündnis zu erreichen, dann wird die Behandlung beendet und bei Gefahr des Kindeswohls die entsprechenden Behörden eingeschaltet.

Erst wenn beide, Mutter und Kind soweit stabilisiert sind, dass sie Emotionen auf angemessene Weise regulieren können, die Alltagsbelastungen gut zu bewältigen sind, kann mit der Bearbeitung größerer Belastungen mit EMDR begonnen werden. Die Verankerung von Ressourcen erfolgt bei Müttern und Kindern schon während der Stabilisierungsphase mit EMDR.

EMDR bei Kindern

Der Heilungsprozess ist ein komplexes Geschehen, welcher eine positive Einstellung zum Leben, eine Zukunftsvision, ein soziales Netz und Vertrauen in die eigenen Heilungskräfte zur Voraussetzung hat.

Besonders bei früh und anhaltend traumatisierten Kindern fehlen diese Voraussetzungen für die Aktivierung von selbstregulatorischen Abläufen von Heilungsprozessen ganz oder teilweise. Die Herausbildung eines eigenen Weltbildes und das Vertrauen in den eignen Körper wurde nachhaltig erschüttert, Lernerfahrungen konnten nicht oder nur sehr begrenzt und fraktioniert gesammelt werden, Interaktionen in Beziehungen waren oft unberechenbar.

Ich teile nicht die Auffassung von Shapiro (1998) und auch Tinker (2000), dass die Anwesenheit der Eltern das Kind ablenken würde vom Fokussieren und Prozessieren. Aus meiner Erfahrung ist das Gegenteil der Fall. Die Kinder und auch Jugendlichen lassen sich ganz anders auf den Prozess ein, wenn sie wissen, dass die Eltern die Emotionen aushalten und sie begleiten. Der Prozess, dessen Intensität durch Veränderungen in Mimik, Haltung und Sprache in besonderer Weise das Erleben des Kindes widerspiegelt, rühren mich immer wieder in an. Die zum Teil sehr heftigen Abreaktionen sind ergreifende und wie ich finde auch kostbare Momente, die die Beziehungen in Richtung Heilung oft nachhaltig verändern und die man Eltern nicht vorenthalten sollte, zumal sie die Verbundenheit und Gemeinsamkeit fördern. Für die Bindung ist das gemeinsame Erleben m. E. unabdingbar.

Bei jüngeren Kindern ist die Unterstützung durch die Eltern oft zwingend notwendig. Vor Beginn der Stabilisierung und der Exposition mit EMDR müssen auch die Eltern, sich sicher fühlen. Haben sie Zweifel oder starke Schuldgefühle, werden die Kinder durch Unruhe, Aggression oder Verweigerung den Behandlungsrahmen boykottieren.

Können die Eltern einbezogen werden, suchen die Kinder oft den Platz auf dem Schoß eines der Eltern. Unsichere Bindungen durch frühe Traumatisierungen, Entfremdung oder Verlusterlebnisse können auf dieser Basis korrigiert werden, da die Eltern den Prozess miterleben, das Kind begleiten und halten, anders als zum

Zeitpunkt des Geschehens. Durch die unmittelbare emotionale Beteiligung kann die Beziehung zwischen ihnen und dem Kind zum Positiven verändert werden.

Hier ein Beispiel:

Der 8jährige Sascha kommt mit seiner Mutter zur stationären Aufnahme. Er fiel in der Schule durch Unkonzentriertheit und Kaspereien auf. Er störte den Unterricht, war oft unruhig und gelegentlich prügelte er sich mit den anderen Kindern. Ihm wurde im Vorfeld die Diagnose ADS gegeben, allerdings schreckte die Mutter bislang davor zurück, ihm Methylphenidat zu geben.

Zur Vorgeschichte ist bekannt, dass er bei der Geburt wegen Erschöpfung der Mutter nicht von ihr gehalten worden war, sondern zuerst vom Vater getragen worden ist. Die weitere Entwicklung verlief bis zur Geburt der Schwester soweit beurteilbar problemlos. Die Schwester schrie ab der Geburt bis zum 9. Lebensmonat fast ununterbrochen wegen einer unerkannt gebliebenen Refluxösophagitis. Sascha ertrug nach Angaben der Mutter die schreiende Schwester kaum, das Schreien habe ihm in der Seele weh getan.

Ich nahm zunächst die Situation mit der vor Schmerz schreienden Schwester in den Fokus. Unter der Prozessierung im Beisein des Vaters wurde Sascha zunehmend entspannter und genoss sichtlich die Anwesenheit beider Eltern. Er wirkte am Ende dieser Stunde wesentlich erleichteter und ruhte in sich selbst. In der nächsten Stunde nahmen wir uns die Geburtssituation vor. Der Vater konnte sich leider nicht mehr Freinehmen, so dass diesmal Sascha mit seiner Mutter allein war. Er stellte sich vor, er wird geboren und statt der Mutter auf den Bauch gelegt zu werden, wird er an den Vater weitergereicht. Sascha nimmt dabei zunehmend die Gesichtszüge eines Kleinkindes an und beginnt sich auf dem Schoß der Mutter einzurichten. Er legt sich seitlich zugewandt wie beim Stillen zur Mutter und beginnt erst bei sich dann spielerisch bei der Mutter die Pads auf die Wangen zu legen, auf die Nase und so fort.

Die Kommunikation wirkt wie eine Interaktion zwischen Neugeborenem und seiner Mutter, was gerade anfängt sich auf die Mutter zu zubewegen und das Händchen nach ihr ausstreckt (Klaus u. Klaus 2003). Danach beginnt er sich die Pads zunächst in die Strümpfe unter die großen Zehen, dann unter die Fußsohlen, an die Knöchel, Waden usw. zu legen, bis er schließlich am Kopf angelangt ist, wo er den Mund, die Nase, die Augen usw. mit den Pads

bilateral stimuliert. Erst dann beginnt er wieder mit den Pads bei sich und dann mit der Mutter zu kommunizieren. Er wird dabei immer lebendiger, kreativer und intensiver im Spiel mit der Mutter. Jetzt beginnt er erstmals zu reden. Ihm fallen viele Geschichten ein, aus der Zeit, als er klein war und die er teilweise beginnt nachzuspielen. Am Ende der Stunde hüpfte er wie ein kleines Äffchen auf den Polstern herum, fröhlich ausgeglichen und zufrieden.

So wie bei Sascha erlebe ich das Prozessieren früher Geburtstraumata nach anfänglicher Regression immer wieder als spielerischen Akt mit der Mutter eine Bindung aufzunehmen, wie sie eigentlich viele Jahre zuvor hätte stattfinden müssen.

Ein weiteres Beispiel:

Marlene ist ein 4jähriges Mädchen, welches auf die Geburt der kleinen Schwester zwei Jahre zuvor mit heftiger Eifersucht reagierte. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes stellt sich heraus, dass die Geburt von ihr, ihrer Schwester und die Geburt der Mutter höchst dramatisch gewesen war mit Notfallaufnahme im Krankenhaus und Todesängsten der Mutter. Wir fokussierten auf die Geburtssituation des Kindes. Die Mutter erzählte ihr in kindgerechter Sprache, dass sie wegen schlechter Blutwerte von einer Minute auf die nächste ins Krankenhaus musste und die Ärzte die Geburt aktiv einleiteten. Da das Kind aber nicht so schnell auf die Welt kommen wollte, drückten die Ärzte mit Gewalt auf den Bauch, um die Austreibungsphase zu unterstützen. Die Mutter habe dabei Todesängste ausgestanden. Als die Tochter schließlich auf der Welt war, habe die Mutter sie nicht nehmen wollen. Der Vater habe sie als erster auf den Arm genommen und sie entwickelte im weiteren Verlauf eine besondere Beziehung zum Vater.

Während der Erzählung saß Marlene auf dem Schoß der Mutter, die Pads in beiden Händen. Sie hörte mit geschlossenen Augen sehr aufmerksam zu. Als die Mutter in der Erzählung bei der Phase der Austreibung anlangte, trat Marlene mehrfach mit den Füßen, als wolle sie den Arzt, der auf den Bauch der Mutter gedrückt hatte, treten. Dann wurde sie immer ruhiger und entspannter, bis sie vom Schoß der Mutter herunter wollte. Wir nahmen die Trommel zu Hilfe, mit deren Hilfe sie selbst den bilateralen Rhythmus vorgab. Marlene redete während der ganzen Zeit nicht, war aber im Kontakt zu mir, so dass ich ihren Veränderungen und Bedürfnissen nachkommen konnte. Nach

einer kurzen Zeit wollte sie sich auf den Boden legen. Ich hielt die Mutter an, ihre Beine im wechselseitigen Rhythmus zu bewegen, was Marlene viel Spaß machte und sichtlich genoss. Für einen kurzen Moment ging sie aus dem Kontakt, nahm dann aber wieder Blickkontakt auf. Ihr linker Arm zeigte eine leichte Parese, die im normalen Alltag nicht zu sehen war. Diese Stunde mussten wir unvollständig beenden. Nach einer kurzen Spielsequenz mit dem Puppenhaus war Marlene nach einer kurzen Episode mit Kleinkindsprache wieder in der Gegenwart präsent.

In einer weiteren Stunde konnte die Mutter ihr unter der bilateralen Stimulation sagen, dass sie es nach der Geburt versäumt habe ihr zu sagen, dass sie herzlich willkommen sei. Marlene saß inzwischen Bauch an Bauch bei der Mutter auf dem Schoß. Während dieses Moments weinten beide. Marlene sagte mir am Ende der Stunde „Hast du gesehen, dass ich auch geweint habe?“

Nach dieser Stunde zeigte Marlene nicht mehr ihr aufmerksamkeitsheischendes bisweilen distanzloses Verhalten. Sie traute sich erstmals die Mutter zu fragen, ob sie sie auch lieb habe, wenn sie wütend sei und probierte dies auch reichlich aus. Die Eifersucht auf die jüngere Schwester ließ deutlich nach.

Ähnliche Prozesse erlebe ich immer wieder bei frühen Bindungsstörungen, die bereits perinatal entstanden waren. Die Kinder versuchen in solchen Momenten immer wieder Blickkontakt zu den Müttern herzustellen, die nur manchmal Unterstützung brauchen, dem nachzukommen. Beide, Mutter und Kind, können während des Prozessierens einen Teil gemeinsamer Beziehungserfahrungen nachholen. Bei Müttern, die ihrerseits nicht in der Lage sind, ihren Kleinkindern ein Bindungsangebot zu machen, kann unter EMDR des Kindes und Anleitung der Mutter, wie sie das Kind bei Abreaktionen unterstützen kann, ebenfalls der Bindungsprozess in Gang gesetzt werden.

Ein Beispiel:

Sven ist sechs Monate alt und schreit ziemlich viel.. Er lässt sich kaum von der Mutter halten, beide wirken in ihren Kommunikationsversuchen unbeholfen und hilflos. Als Sven sich von der Mutter wegbewegen möchte, reagiert die

Mutter unwirsch. Sie setzt ihn auf den Boden, wo er anfängt wütend und immer hilfloser zu weinen. Die Mutter ihrerseits reagiert immer apathischer. Ich gebe Sven die Pads in die Hände, die er bereitwillig festhält. Ich gebe der Mutter den Rat, das Kind aufzunehmen und sich auf den Bauch zu legen. Diese Momente wiederholen sich zweimal. Nach dem zweiten Mal beruhigt sich Sven langsam, die Mutter wird entspannter, bis beide sich anlächeln können. Die Stimulation durch die Pads bleibt die ganze Zeit über erhalten. Entweder hält Sven die Pads oder ich halte sie ihm auf dem Rücken.

Auf diese Weise können die eingangs beschriebenen Auswirkungen einer auf Entfremdung von Mutter und Kind abgezielten Erziehung wieder korrigiert werden und auch Jahre später Bindung unterstützt werden. Meine Erfahrung ist, dass schon die kleinsten Kinder die Pads gerne nehmen und sie sich auch spontan holen. Sie merken offensichtlich, dass sie ihnen gut tun. Mit etwas älteren Kindern habe ich auch erlebt, dass sie, wenn sie sich ärgerten oder in irgendeiner Weise affektiv belastet waren, spontan zu den Bongos gingen und im bilateralen Rhythmus trommelten, ohne dass sie bis dahin mit EMDR zu tun gehabt hätten. Die Abreaktionen waren ähnlich denen der geleiteten Sitzungen. Der bilaterale Heilungsrhythmus scheint ein natürlicher Rhythmus zu sein, der spontan ablaufen kann und von Kindern, die Zugang zu ihren eigenen Heilungsrhythmen haben, spontan durch eigene Stimulation unterstützt wird.

Ein Beispiel:

Der dreijährige Kevin wurde als Begleitkind mit seiner Mutter, die als Patientin zur stationären Psychotherapie in der Klinik war aufgenommen. Beide teilten sich ein Zimmer und während die Mutter tagsüber ihrer Therapie nachging, verbrachte der Junge den Tag im Kinderzentrum. Schon bald stellte sich heraus, dass Mutter und Kind erhebliche Probleme miteinander hatten. Die Mutter reagierte auf seine Versuche, sich der Umwelt zu bemächtigen und am Geschehen teilzuhaben, sehr unwirsch bis zornig, er seinerseits fing bald an wieder einzunässen. Wir nahmen Kevin in der Folgezeit als Therapiekind auf und gestalteten den Rahmen so, dass die Schwierigkeiten der Mutter im Umgang mit dem Kind bearbeitet werden konnten. Die Mutter, bei der Polizei tätig, in einer Männer dominierten Umgebung und als eine der weiblichen

Pionierinnen, hatte sich ihrer Umgebung so sehr angepasst, dass sie ihre Weiblichkeit hinter einer Burschikosität versteckte. Zärtlichkeiten mit dem Sohn auszutauschen fiel ihr sichtlich schwer auf Grund der männlichen Rollenübernahme, aber auch, weil sie selbst wenig Zärtlichkeit erfahren hatte. Zu Hause war sie froh, den Jungen zur Tagesmutter geben zu können, die ihm mehr an Mütterlichkeit entgegenbringen konnte und die er während des Aufenthaltes bei uns schmerzlich vermisste.

Nachdem die Mutter mehr Kontakt zu ihrer inneren Sehnsucht nach mehr Weiblichkeit und Weichheit hatte herstellen können, war ihr auch ein anderer Umgang mit dem Sohn möglich. Kevin stellte das Einnässen wieder ein und wirkte insgesamt ausgeglichener und zufriedener. In einem gemeinsamen Abschlussgespräch wurden noch einmal die wichtigsten Themen angesprochen. Kevin verfolgte das Gespräch sehr wachsam, beschäftigte sich aber gleichzeitig mit den verschiedenen Spielmaterialien. Wichtig war ihm, ein Buch auszuleihen und die Bongos auszuprobieren. Als wir auf die bisherige Schwierigkeit der Mutter, ihrem Sohn mit Mütterlichkeit begegnen zu können, zu sprechen kamen, nahm sich Kevin die Trommel und begann mit beiden Händen rhythmisch darauf zu schlagen. Danach nahm er wieder Kontakt zu uns auf. Als ich ihn fragte, ob er seinen Vater vermisse und die Tagesmutter, und als die Mutter andeutete, dass er gegenüber seinem Vater wohl Wut und Hass verspüre, weil dieser nicht da war, begann er wieder auf die Trommel einzuschlagen, diesmal aber bedeutend heftiger. Danach wirkte er sichtlich entspannt und gelöst und kuschelte sich an die Mutter zum Schmusen. Auf meine Frage, ob es schön sei, mit der Mama jetzt so schmusen zu können, wirkt er ganz klein und absolut zufrieden. Sowohl die Mutter als auch ich waren angerührt von seiner Reaktion. Er nahm dann uns beide an die Hand und schüttelte sie, so als wollte er zum Ausdruck bringen wie gut ihm Mutter und Therapeutin getan haben.

Hier hatte sich spontan ein Heilungsprozess entwickelt, nachdem Kevin fühlen konnte wie sehr er unter der Distanzierung der Mutter und der Abwesenheit des Vaters leidet. Im Prozess wirkten die Gefühle von Einsamkeit, Wut und Hass als emotionales Material, was er nun auch prozessieren konnte.

Immer wieder mache ich auch die Erfahrung, dass sich Kinder im EMDR die Pads in den Fäusten auf die Wangen legen. Inzwischen kann ich dieses Verhalten als einen Hinweis auf frühe perinatale Erfahrungen verstehen. Möglicherweise stimulieren sich die Kinder im Gesichtsbereich selbst, was sonst die Erwachsenen übernehmen würden in einem ungestörten, die Bindung fördernden Rahmen. Diese Kinder waren entweder als Frühchen geboren oder postnatal noch länger einem Krankenhausaufenthalt ausgesetzt worden.

Nicht immer lassen sich insbesondere bei jüngeren Kindern negative Kognitionen finden, wie es das EMDR-Standardprotokoll verlangt (Wilson u. Tinker 2000, Hensel 2007). Es lohnt sich aber, immer danach zu suchen, da Kinder schon sehr früh negative Selbstzuschreibungen entwickeln können, die hochwirksam sind.

Ein Beispiel:

Ein 9jähriger Junge kam zur stationären Aufnahme wegen seiner Aggressivität anderen Kindern und den Geschwistern gegenüber. Während des stationären Aufenthaltes stellte sich heraus, dass er einen recht sadistischen gewalttätigen Großvater hatte, mit dem er verglichen wurde, wenn er selbst aggressiv reagierte. Seine Selbstüberzeugung war, so zu sein wie der Großvater, wofür er sich sehr schämte. Die positive Kognition war „Ich bin Ich!“ Nach dem Durchprozessieren unter EMDR war eine spürbare Erleichterung zu merken, als die positive Selbstüberzeugung für ihn fühlbar wurde. Ab diesem Zeitpunkt, in seinem Selbstbewusstsein gestärkt, konnte er andere Lösungswege finden für konflikthafte Auseinandersetzungen als über körperliche Aggression.

Die Entwicklung eines sicheren und haltgebenden Rahmens kann das Entstehen von positiven Weltbildern oder Vorstellungen fördern und schafft Vertrauen in die Gegenwart.

3. Arbeit mit den Stimulationsrhythmen

Die Methode des EMDR folgt einer rhythmischen Stimulation entweder durch Augenbewegungen, taktile Reize oder akustische Signale (Shapiro & Forrest 1998).

Interessant ist, dass Kinder, deren Prozessieren unter EMDR noch nicht abgeschlossen ist, die rhythmische Bewegung selbständig ausführen z.B. durch Klopfen oder spontane Augenbewegungen. Möglicherweise stellt das Schaukeln einer Wiege einen Vorgang dar, der durch die rhythmische Bewegung zu einer Heilung beiträgt. Die Kinder werden tatsächlich ruhig. Leider haben Kinder heute kaum noch eine Wiege. Öffentliche Spielplätze verfügen immer weniger über Schaukeln, auf Schulhöfen sind sie erst gar nicht zu finden. Kinder gehen auch kaum noch zu Fuß. Unsere Welt ist linear, arhythmisch und monoton geworden.

EMDR mit Kindern unterscheidet sich vom Ablauf her nicht vom EMDR der Erwachsenen. Zu beachten ist allerdings, dass Kinder und Jugendliche eine altersentsprechende Vorbereitung brauchen. Um ein Narrativ der Kinder zu bekommen und die innere Wirklichkeit der Kinder besser erfassen zu können, spiele ich im freien Spiel mit ihnen. Angestoßen durch aktuelle Konflikte oder durch Erzählungen der Eltern wird in einem nicht gesteuerten Spiel das traumatische Geschehen inszeniert. Beispielsweise wird durch einen Konflikt in der Schule das zugrunde liegende Material aktiviert und im Spiel ausagiert. Man erhält auf diese Weise Einblick in die Erfahrungen und die Präsenz und Besetzung innerer Objekte in Gestalt z.B. einer Hexe oder des Teufels.

Für die Entscheidung, wann EMDR bei Kindern zum Einsatz kommt, ist eine sorgfältige Anamnese wichtig, um eine Differenzierung zwischen Mono- oder Komplextraumatisierten Kindern vornehmen zu können. Kommen die Kinder mit Monotraumen, so ist die Vorbereitungsphase abhängig von deren Bindungsverhalten. Sind sie sicher gebunden, können sie sich vertrauensvoll auf die Übung einlassen ohne lange Vorbereitungsphase.

Ein Beispiel:

Die 5jährige Lisa kam zur ambulanten Vorstellung wegen nächtlicher Alpträume. Der Cousin hatte sie beim Spielen mit einer Axt an der Nase verletzt. Im Gesicht ist nur eine relativ kleine Narbe zurückgeblieben, aber die Erinnerungen sind unverheilt. Die Selbstüberzeugung war „mir droht Gefahr“. Die positive Kognition war „es ist vorbei“. Der VoC lag bei 1. Die Gefühle, die bei der Erinnerung an den Moment, als sie die Axt im Gesicht spürte,

auftraten, waren Angst und Schrecken. Der SUD lag bei 8. Sie spürte es hauptsächlich in Brust und Bauch. Das Prozessieren dauerte knapp 20 Minuten, danach war der SUD bei 2 und der VoC bei 7. Erst in der zweiten Sitzung mit dem selben Focus ging der SUD auf 0, der VoC ging immer noch hinauf. Die Schwierigkeit bei Kindern ist, dass sie das gute Gefühl schon bei 7 einordnen, obwohl sie das Maximum noch nicht erreicht haben, weil sie oft keine genauen Vorstellungen haben, wie man sich wirklich gut fühlt, insbesondere, wenn in der Vorgeschichte noch andere Traumata wirksam sind. Dieses Mädchen hatte als 3 jährige mitbekommen, wie der Vater niedergestochen worden war und die Mutter, weil man ihr die Tat anlastete, vor ihren Augen verhaftet wurde. Der SUD ging deshalb bei der ersten Sitzung nicht auf 0. Nach Angaben der Angehörigen ging es Lisa danach sehr gut, sie schlief ohne Probleme und war auch sonst wieder ein fröhliches Kind. Vermutlich wurden in beiden Sitzungen Traumainhalte des ersten Traumas mit abgearbeitet, so dass bereits nach der zweiten EMDR-Sitzung eine deutliche Veränderung der Symptomatik in Richtung Heilung eintrat. Insgesamt habe ich das Mädchen 5 mal gesehen.

Manchmal tauchen unter EMDR Ereignisse auf, die von den Eltern nicht mehr erinnert worden, aber deutliche Symptomspuren, auch als Körpererinnerungen hinterlassen haben. Die Symptome der Kinder werden nicht mehr als Folgestörungen der Belastungserfahrungen gesehen, sondern werden zu Charaktereigenschaften, die leider allzu oft die Diagnose ADHS nach sich ziehen. Die Gabe von Medikamenten und umerziehende Strategien stehen dann im Vordergrund, die Eltern sind erleichtert und entlastet, das Kind erhält wie einen Freibrief für sein aggressives und unruhiges Verhalten, es kann ja nichts dafür, das Über-Ich wird durch das Medikament ersetzt (Dammasch 2003, Hopf 2003). Die innere Erlebniswelt des Kindes findet kein Gegenüber, welches verstehend die innere Not, das Entsetzen und das innere Alleinsein annehmen und integrieren helfen könnte.

EMDR mit Kindern ist aus meiner Sicht nicht leichter als bei Erwachsenen, auch wenn die Prozesse schneller ablaufen. Ein Zugang zum Kind und dessen Erlebniswelt erfordert gute Kenntnisse über Entwicklungsstufen und zeitliche wie kognitive Einordnung von Ereignissen, eine Besonderheit, die leider auch in Glaubwürdigkeitsgutachten (Rometsch 1997) allzu oft vernachlässigt wird.

Ich hoffe, ich habe Ihnen auch die Freude vermittelt, die diese Arbeit mit sich bringt. Die heilsame Wirkung des Lachens, trotz belastender Inhalte, ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie mit Kindern. Kinder sind auch beim Prozessieren unter EMDR sehr kreativ und wissen sehr genau, was ihnen gut tut. Sie steuern beispielsweise das Gerät eigenständig während des Prozessierens mit Kommandos wie *schneller, langsamer, stärker, schwächer, lauter* usw. Außerdem probieren sie spielerisch aus, wo die Pads ihnen am ehesten am Körper helfen, den Integrationsprozess dissoziierter körperlicher Traumaäquivalente zu unterstützen.

Parallel zur Arbeit mit den Kindern arbeiten wir mit den Müttern an ähnlichem Belastungsmaterial, da bei den Müttern oder auch Vätern durch die Arbeit mit den Kindern Belastungsmaterial aus der selben Zeitspanne reaktiviert wird. Dadurch wird eine Veränderung und Entspannung im gesamten System erreicht. Für die Erwachsenen ist entlastend zu sehen, dass die Kinder sich mit komplexem Traumamaterial auseinandersetzen und es ihnen hinterher besser geht, so dass sie selbst sich auch eine Durcharbeitung zutrauen können. Hier tragen die Kinder zur Entlastung der Eltern bei.

Nach einer erfolgreichen EMDR-Sitzung sind die Kinder verändert. Sie bewegen und verhalten sich anders. Die Kommunikationsprozesse sind oft unmittelbar nach einer Sitzung verändert. Die jüngeren Kinder schreien weniger, jüngere wie ältere sind spontaner im Spiel und nehmen schneller Kontakt auf.