Informationen aus dem Arbeits- und Forschungsbereich
Artikel über eine Pilotstudie – Bericht aus der Praxis
EMDR bei Kindern und Jugendlichen mit Lern- und Leistungsstörungen

Traute Wittje-Berger

EMDR zur Belastungsreduzierung bei Kindern und Jugendlichen in der integrativen Lerntherapie

Einleitung

Diese Forschungsarbeit untersucht, wie sich der unterstützende Einsatz einer EMDR-Behandlung (Shapiro, 1998) im Rahmen einer integrativen Lerntherapie (Betz & Breuninger, 1998) positiv auf vorhandene Belastungssymptome bei Kindern und Jugendlichen und auf deren Entwicklungsverlauf auswirkt. Gleichzeitig wird mit dem Einsatz der EMDR-Methode überprüft, ob sich ein solches Behandlungskonzept in einen lerntherapeutischen Alltag integrieren lässt. Ein wesentliches Ziel der integrativen Lerntherapie beinhaltet die Herstellung einer positiven Entwicklungs- und Lernstruktur, wobei sie ressourcenorientierte, systemische und ganzheitliche Aspekte beachtet. Dieser Ansatz bedingt eine enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen (Eltern, Familie, Lehrer), um das Wirkungsgefüge der Lernstörungen in ihrem Zusammenwirken zu analysieren. Häufig weisen Kinder und Jugendliche mit Lernproblemen ein geringes Selbstwertgefühl auf. Neben Wahrnehmungs-, Verhaltens-, Aufmerksamkeits- und Leistungsdefiziten sind psychosomatische Reaktionen wie Kopf- und Bauchschmerzen, hektisches oder blockiertes Verhalten sowie Ängste und depressive Symptome keine Seltenheit. Das komplexe Erscheinungsbild einer Entwicklungs- bzw. Lernstörung, die individuell unterschiedlichen Ausprägungen, psychosozialen Bedingungen und Belastungen erfordern differenzierte Behandlungsmöglichkeiten.

1. Behandlungskonzept EMDR und integrative Lerntherapie

Nach Shapiro (2002) impliziert das Erklärungsmodell der adaptiven Informationsverarbeitung eine fast universelle Anwendbarkeit bei vielen psychischen Störungen, wenn unverarbeitete belastende Erfahrungen an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beteiligt sind. Tinker & Wilson (2006) regen an, bei belastenden Erfahrungen und Punkten emotionaler Stagnation EMDR unabhängig von der Diagnose einzusetzen. Durch ihren methodenübergreifenden Zugang und ihre große Spannbreite von Anwendungsmöglichkeiten wird EMDR als gezielte Interventionsform bei psychischen Belastungen im vorliegenden Behandlungsprogramm innerhalb der integrativen Lerntherapie eingesetzt, wobei sich der Fokus zunächst auf die aktuellen und ggf. früheren Belastungen richtete. Dieser Artikel gibt einen ersten Einblick in die Forschungsarbeit und die praxisnahe Vorgehensweise.

2. Studiendesign

Die vorliegende Forschungsarbeit wurde in einer Praxis für Kinder- und Jugendlichentherapie und integrativen Lerntherapie durchgeführt. Im Zeitraum von 14 Monaten wirkten daran 29 Kinder sowie deren Eltern mit. Die vereinfachte Schreibweise *Kinder* bezieht die Jugendlichen mit ein. Neben integrativer Lerntherapie erhielten 24 Kinder insgesamt 96 EMDR-Behandlungen. Mit psychometrischen Testverfahren wurden schwerpunktmäßig Daten von Teilnehmer/innen der Behandlungs- und Wartegruppen zu drei Messzeitpunkten mittels Prä- und Postmessung erhoben. Die meisten Kinder wiesen neben einer Lese-Rechtschreibstörung (LRS) vielfältige Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten sowie Belastungssymptome auf. Eine diagnostizierte PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) war für die Teilnahme an dieser Forschungsarbeit nicht erforderlich. Die Zuweisung (Randomisierung) in Behandlungs- und Wartegruppen erfolgte nach einem Zufallsprinzip. Für alle teilnehmenden Kinder erfolgten im Rahmen der integrativen Lerntherapie bereits Elterngespräche (Rogers, 1983; Tausch & Tausch, 1990), eine umfassende Aufnahmediagnostik mit Erfassung der sensorischen Integration (Ayres, 1984) und die Erstellung eines Anamneseprotokolls. Die integrative Lerntherapie wurde einmal wöchentlich

angesetzt und fand überwiegend in Einzeltherapie (45 Minuten) statt. Für die Kinder der EMDR-Behandlungsgruppe (1. Halbjahr) wurden ca. zwei bis sechs EMDR-Therapiestunden je nach Belastungsgrad der Kinder eingeplant. Im zweiten Halbjahr erhielten die Kinder der Wartegruppe die zusätzlichen EMDR-Behandlungen.

3. EMDR-Behandlungseinheiten

Eltern und Kinder erhielten Informationen zur EMDR-Behandlungsmethode. In den EMDR-Vorbereitungsstunden wurden die *Sicheren Orte* (reale oder imaginäre Plätze) und die Ressourcen der Kinder etabliert. Dies förderte eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen Kind und Therapeutin. Die Kinder erlernten durch das Stopp-Zeichen, den Stimulierungsprozess zu unterbrechen und an ihren *Sicheren Ort* zurückzukehren, wenn z.B. ein Gefühl der Überforderung oder Angst auftauchte. Die am häufigsten genannten *Sicheren Orte* befanden sich innerhalb der Elternhäuser. Bei der Befragung nach den Ressourcen erwähnten viele Kinder allgemein sportliche Aktivitäten bzw. kreative Aktivitäten wie Malen, Basteln und Musizieren. In den EMDR-Behandlungsstunden wurde überwiegend mit dem altersmodifizierten Standardprotokoll (8 Phasen) für Kinder (Eckers 2007/2008) gearbeitet, wobei ein kreativer Einsatz von EMDR erfolgen durfte, z.B. durch den spielerischen Einsatz von Handpuppen oder dem Erzählen von therapeutischen Geschichten (Lovett, 2000). Ausgangspunkte für die Geschichten bildeten die beschriebenen Lebenssituationen, Probleme und Ressourcen der Kinder. Sie berücksichtigten ebenso die Aussagen der Eltern. Einige dieser Geschichten (Narrative) besaßen einen experimentellen Charakter. In ihnen wurde das jeweilige Kind in die Geschichte aktiv einbezogen, indem es z.B. einem Tier oder einer Fee einen Namen gab. In manchen Geschichten konnten darüber hinaus SUD-Werte (10-stufige Skala nach Wolpe (1990), wobei **0** keine und **10** die höchste Belastung darstellt) und VoC-Werte (7-stufige Skala nach Shapiro (1998), wobei **1** eine niedrige und **7** die höchste Stimmigkeit bedeuten) erhoben werden. Die Idee zu dieser Vorgehensweise entstand durch Verständnisschwierigkeiten einiger Kinder, beim altersmodifizierten Standardprotokoll die SUD- bzw. die VoC-Werte zu bestimmen. Weitere Einsatzmöglichkeiten ergaben sich für die Rahmentechnik (Framing-Methode) und für die Vier-Felder-Technik (Eckers, 2007/2008).

Die EMDR-Behandlungsdauer orientierte sich an den individuellen therapeutischen Erfordernissen und Bedürfnissen der Kinder. Die Prozessierungsphasen (bilaterale Stimulierung durch Augenbewegungen oder Tappen) waren vergleichsweise zu den Prozessierungsphasen der Erwachsenen (ca. 60 bis 90 Minuten) mit 5 bis 20 Minuten bei den Kindern deutlich kürzer. In der Literatur wird diese Beobachtung bestätigt (Hensel, 2007).

Ausgangspunkt für die subjektiven Belastungen gemäß Standardprotokoll für Kinder waren selten die von den Eltern genannten belastenden Erlebnisse ihrer Kinder, sondern überwiegend die während der Forschungsarbeit bei den Kindern vorherrschenden Belastungen, Sorgen und Ängste u.a. Streitigkeiten in Freundschaften, in der Familie oder in der Schule. Diese geäußerten Belastungen der Kinder hatten Vorrang und wurden jeweils mit EMDR behandelt.

4. Praktische Vorgehensweise

Fallbericht (Kurzform): Talita, neun Jahre alt

Talita war zum Zeitpunkt der Untersuchung erst kurze Zeit in der Lerntherapie. Im Kindergartenalter traten früh Geschwisterrivalität und Trennungsprobleme auf. Die Schulschwierigkeiten begannen mit der Einschulung. Talita fiel durch Ängstlichkeit, Konzentrationsprobleme, Ablenkbarkeit und Verträumtheit auf. Um mögliche Lernstörungen abzuklären, wurde eine testdiagnostische Untersuchung veranlasst. Bei einer guten Grundintelligenz bestanden Teilleistungsstörungen überwiegend im Bereich der Rechtschreibung. Des Weiteren wurde eine komplexe Entwicklungsstörung diagnostiziert, bei der die Symptome einer Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung in Verbindung stehen sowohl mit einer emotionalen Problematik als auch mit den Verhaltens- und Interaktionsproblemen im Rahmen der Familie. Vor Beginn der integrativen Lern-

therapie erhielt sie wegen der bestehenden Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung eine medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien. In der Anfangszeit hatte Talita Schwierigkeiten, sich auf den lerntherapeutischen Prozess einzulassen. Sie zeigte starke Ängste und war zunächst nicht bereit mitzuarbeiten. Ganz allmählich konnte eine gute therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Der Aufbau ihrer Ressourcen sollte der Stärkung des Selbstwertgefühls, der Sozial- und Lernkompetenz dienen. Gespräche mit den Eltern (plus wöchentliches Tagebuch) und der Schule unterstützten den therapeutischen Prozess. Insgesamt erhielt Talita zusätzliche vier EMDR-Behandlungen. In der **ersten EMDR-Stunde** wurde EMDR erklärt und der *Sichere Ort* gesucht. Dieser befand sich auf einer wunderschönen Insel und war für sie auf der VoC-Skala mit der Einschätzung **7** ganz sicher, warm und sonnig. In der **zweiten EMDR-Stunde** machten wir uns auf die Suche nach ihren Fähigkeiten. Sie malte ihre Fähigkeiten in kreativer Form auf: Malen, Lesen, Reiten und Flöten. Vor der **dritten EMDR-Behandlung** besprachen wir, welche belastenden Erlebnisse sie aus der früheren Zeit erinnerte oder aktuell erlebte. Diese wurden notiert und sie entschied, welche Situation bearbeitet werden sollte. Die Methode für die Prozessierung (Augenbewegungen oder Tappen) wurde ausgewählt. Zunächst mochte Talita sich noch nicht auf die EMDR-Methode nach dem Protokoll einlassen. Die von ihr ausgesuchten Fingerpuppen erhöhten die Aufmerksamkeit für den Prozess. Nach diesen Vorbereitungen wurden zwei therapeutische Geschichten geschrieben. Diese beinhalteten Talitas Problembeschreibungen und die ihrer Eltern zu den belastenden Ereignissen. In der ersten Geschichte wurden die belastenden Gedanken und Situationen (Geschwisterrivalität, Trennungsängste, Streitigkeiten mit Bruder und Eltern) mit mehreren SUD-Werten erhoben (SUD-Skala: **7,5,8**). Der zum Abschluss der Geschichte und nach der bilateralen Stimulation erfragte SUD-Wert reduzierte sich auf **2**. Die Stimmigkeit der positiven Kognition stieg von **1** auf **6** an. Die bilaterale Stimulation erfolgte über die gekreuzte Armhaltung links und rechts (Butterflyhaltung). In den Geschichten erinnerten imaginative Helfer (z.B. Elben, Feen) an Talitas eigene Qualitäten und Stärken. In der **vierten EMDR-Stunde** und zweiten Geschichte wurden die Schulprobleme mit den Belastungen durch die geringe Aufmerksamkeitsspanne und Konzentration angesprochen. Hierbei gelang der Versuch dem EMDR-Protokoll entsprechend sowohl das Körpergefühl als auch die SUD-Werte und VoC-Werte zu erfassen. Die belastenden Gedanken beschrieb Talita so: *„Ich kriege Ärger … Ich bin vergesslich … Ich bin nicht gut“.* Als positive Kognition nannte sie : *„Ich bin gut“.* Die Stimmigkeit der positiven Kognition (VoC-Wert) wurde nach anfänglichen Verständnisschwierigkeiten mit **4** angegeben. Der Belastungsgrad auf der SUD-Skala betrug anfangs **5**. Das Körpergefühl spürte sie im Bauch. Am Ende der Geschichte waren die VoC-Werte auf die volle Stimmigkeit **7** angestiegen und die Belastungswerte (SUD-Werte) mit dem Wert **0** deutlich reduziert. Zum Abschluss der EMDR-Behandlung malte sie folgendes Bild:

Abbildung 1. Talitas Bild von der Elbe aus der Geschichte „Leila“ (Talita, 9 Jahre)

Nach Aussagen der Eltern und Lehrer hatten sich zum Ende der Therapie ihre familiären und schulischen Probleme wesentlich gebessert. Mittlerweile nahm sie auch keine Medikamente mehr ein. Sie selbst äußerte, dass sie sich mehr zutrauen würde und weniger Streitigkeiten zu Hause erlebte. Ihr Selbstbewusstsein und ihre emotionale Stimmungslage stabilisierten sich. In abschließender Befragung meinten die Eltern, dass die positiven Seiten stärker im Blickpunkt stünden und die EMDR-Methode dazu einen wichtigen Beitrag geleistet habe.

Fallbericht: Anja, zehn Jahre alt
Beispiel der Vier-Felder-Technik

Anja kam zur integrativen Lerntherapie wegen ihrer Lernprobleme (LRS), Konzentrationsschwierigkeiten und belastenden Schulsituation. In der Schule wurde sie des Öfteren von Mitschülerinnen mit lautstarken Streitigkeiten belästigt, so dass sie ihre eigenen Interessen nicht durchsetzen konnte und darunter litt. Für die Schulsituation wurde in Gesprächen mit Eltern und Lehrern nach Lösungen gesucht. Nachfolgende Abbildung 2 stellt die Vier-Felder-Technik am Beispiel der zehnjährigen Anja dar, die am Vormittag in der Schule eine Belastung durch Mitschüler erlebt hatte. Diese Situation wurde nachmittags in der Therapie aufgegriffen. Die Vier-Felder-Technik (Eckers, 2007/2008) stellt eine Veränderung der Belastungen in Bilderabfolge dar. Dabei wird ein Papierblatt (z.B. Din A4) so gefaltet, dass beim Aufklappen des Blattes vier deutlich sichtbare Felder entstehen. Die Kinder malen in der Prozessreihenfolge die vier Bilder nacheinander beginnend links oben, dann rechts oben, anschließend links und rechts unten. Die EMDR-Vorbereitungen mit dem *Sicheren Ort* und dem *Stoppzeichen* sind auch eine Voraussetzung für die Vier-Felder-Methode.

*** Anja stellte sich die Bilder** ihrer belastenden Situation vor und begann zunächst mit der Suche nach einem *unbelasteten (schönen)* Bild. Dieses Bild malte sie in das obere linke Feld (Anjas Kinderzimmer), wobei das dazugehörige Körpergefühl erfragt wurde (Wärme, wohliges Gefühl im Bauch). Danach wurde Anja gebeten auf das schöne Bild zu schauen und auf die guten Gefühle im Körper zu achten, ob diese angenehm bleiben oder sich verändern. Dieser Vorgang wird mit Augenbewegungen (langsam) oder mit Tappen begleitet.

*** Beim zweiten Feld wurde Anja** gebeten, ein Bild von dem schlimmsten Moment der belastenden Erinnerung (Klassenzimmer) zu malen. Die Streitigkeiten und Belastungen malte sie als *„großes Bla“* im zweiten Bild. Bei der anschließenden Frage nach den Belastungswerten auf der SUD-Skala, gab sie den Wert von **8** an. Die gleichzeitig abgefragten Körpergefühle, spürte sie im Kopf und Bauch. Mit dem zweiten Bild und dem Körpergefühl erfolgte die bilaterale Stimulierung bis Anja eine Veränderung (z.B. neues Bild oder neues Körpergefühl) bemerkte und durch das Stoppzeichen anzeigte. Nach dem Setting erfolgte ein tiefes Durchatmen und z.B. die Frage: „Welches Bild ist nun da?“

*** Dieses neue Bild ist die Ausgangslage** für das nächste Setting. Anja beobachtete weitere Veränderungen bei der bilateralen Stimulation. Das dritte Bild zeigte nur noch ein *„kleines Bla“*.

*** In der Bearbeitung von vier Feldern** wird die bilaterale Stimulation so lange fortgesetzt bis ein ruhiges bzw. positives Bild auftaucht (signalisiert durch das Stoppzeichen). Beim Malen des vierten und letzten Bildes in der Folge waren bei Anja das „Bla“ und bei der abschließenden SUD-Werteerhebung die Belastungen ganz verschwunden.

*** Zum Schluss erfolgt die Rückkehr** zum ersten positiven Bild. Es folgt die Frage nach dem guten Körpergefühl, welches mit langsamen bilateralen Stimulationen begleitet wird. Die Therapiestunden enden immer mit einem Lob für die geleistete Arbeit und mit einem spielerischen Ausklang.

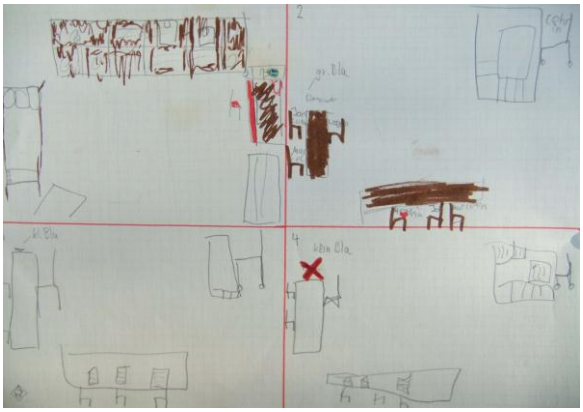


Abbildung 2. Vier-Felder-Technik (Anja, 10 Jahre)

5. Ergebnisse

Zum tieferen Verständnis gibt die Forschungsarbeit neben dem theoretischen Hintergrund von EMDR und integrativer Lerntherapie u.a. Einblick in das therapeutische Vorgehen. Übersichtliche Tabellen geben detailliert Auskunft über die Diagnosen und Begleiterkrankungen der Kinder, Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung, Belastungen und deren Symptome aus Eltern- und Kindersicht, Überblick über die EMDR-Behandlungen und deren Therapieelemente. Drei Fallberichte ermöglichen

eine Einsicht in die praktische Durchführung. Die Ergebnisse dieser Pilotstudie sind in der qualitativen und quantitativen statistischen Auswertung aufgeführt. Die Diskussion beinhaltet sowohl kritische Anmerkungen als auch eigene Betrachtungsweisen und Erfahrungen im Forschungsprozess. Aus den reflektierten Ergebnissen dieser Forschungsarbeit lassen sich Schlussfolgerungen für die Praxis ableiten mit Hinblick auf spätere mögliche Folgeuntersuchungen.

6. Zusammenfassung

Mit der EMDR-Therapie wurde eine signifikante Reduktion der subjektiv empfundenen Belastungen erreicht. Im Gruppenvergleich der Interventionen *mit* und *ohne* EMDR sind einige Skalenwerte der Testverfahren (u.a. Angstfragebogen für Schüler (AFS), Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) hypothesenkonform zu interpretieren. Die EMDR-Behandlungen reduzierten das Ausmaß der Ängste, Verhaltensauffälligkeiten und Rechtschreibfehler. In der „Fazitfrage“ zur Einschätzung der Belastung ihrer Kinder bemerkten die Eltern am Ende des Behandlungszeitraums mit EMDR eine signifikante Verringerung der Belastungen. Ein positiver Einfluss der EMDR-Therapie auf die Reduzierung von Belastungssymptomen und Verhaltensauffälligkeiten sowie auf bessere schulische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen scheint gegeben. Die gewonnenen Erkenntnisse könnten sich im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes als praxisrelevant u.a. für psycho- und lerntherapeutische Institutionen erweisen.

Literatur

Ayres, A.J. (1984). *Bausteine der kindlichen Entwicklung.* Berlin: Springer

Betz, D. & Breuninger H. (1998). *Teufelskreis Lernstörungen.* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Eckers, D. (2007/2008). *Traumatherapie und EMDR bei Kindern und Jugendlichen.* Dreiteiliges EMDR-Kindercurriculum. Traumaforum Berlin.

Hensel, Th. (Hrsg.).(2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen.* Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.

Lovett, J. (2000). *Kleine Wunder.* Paderborn: Junfermann.

Rogers, C.R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächsspsychotherapie. Client-Centered Therapy.* Frankfurt: Fischer.

Shapiro, F. (1998). *EMDR Grundlagen & Praxis.* Paderborn: Junfermann

Shapiro, F. (2002). *EMDR als integrativer psychotherapeutischer Ansatz.* Paderborn: Junfermann.

Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächsspsychotherapie.* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

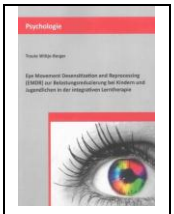
Tinker, R. & Wilson, S. (2006). *EMDR mit Kindern.* Paderborn: Junfermann.

AFS Angstfragebogen für Schüler (Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1998).

CBCL/4-18 Elternfragebogen (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

SUD-Skala **/** Subject Units of Discomfort (Wolpe, 1990).

VoC-Skala / Validity of Cognition (Shapiro, 1998).



Wittje-Berger, T. (2012).
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zur Belastungsreduzierung bei Kindern und Jugendlichen in der integrativen Lerntherapie. Aachen: Shaker Verlag.
ISBN 978-3-8440-1017-6