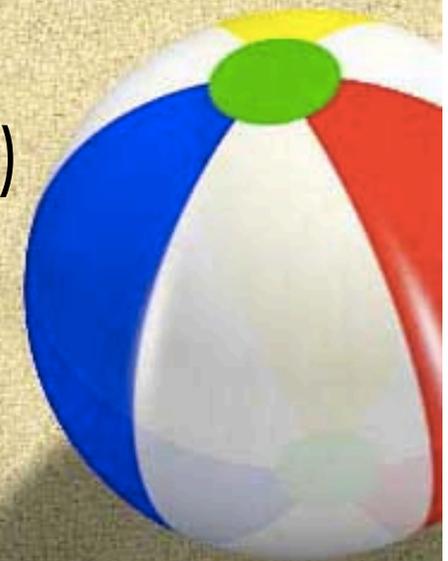


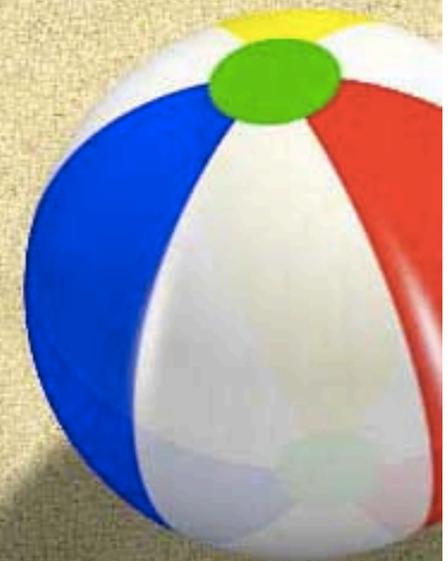
EMDR mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung

Thomas Hensel (Dipl.-Psychologe)
Kinder Trauma Institut
EMDRIA Tagung Köln
1. Juni 2012



Trauma und mentale Behinderung 1

- ☀ 3% der Bevölkerung weist einen IQ < 70 auf
- ☀ Behinderte Menschen weisen ein höheres Traumatisierungsrisiko auf (Normalpopulation):
 - ☀ Physischer Missbrauch 9,4 % (4,5 %)
 - ☀ Sexueller Missbrauch 3,5 % (2,0 %)
 - ☀ Emotionaler Missbrauch 3,5 % (2,9 %)
 - ☀ Opfer von Verbrechen 4 x höher
 - ☀ 64% aller missbrauchten Kinder sind (körper- oder mental) behindert
- ☀ sexueller Missbrauch Behinderter findet hauptsächlich in Institutionen statt



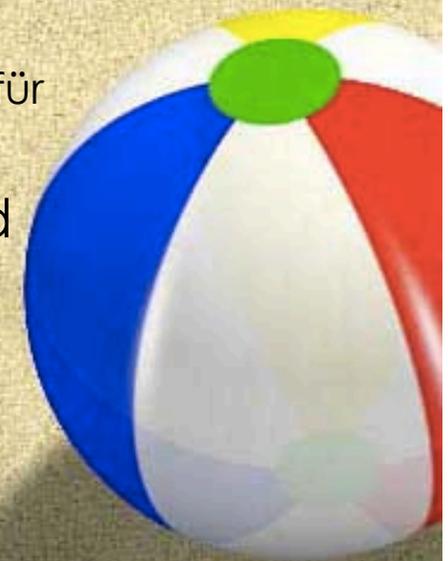
Trauma und mentale Behinderung 2

- ✿ Besonderheiten der Klientengruppe
 - ✿ Einschränkungen beim abstrakten Denken
 - ✿ Erhöhte Passivität und Abhängigkeit
 - ✿ Eingeschränkte Gefühlsbreite
 - ✿ Ängste vor und Vermeidung von Neuerungen
 - ✿ Vulnerabilität im Hinblick auf Missbrauch und Misshandlung
 - ✿ Große Scham in Bezug auf die eigene Behinderung
 - ✿ Das Erkennen der eigenen Behinderung kann selber traumatisierend wirken.



Trauma und mentale Behinderung 3

- ✿ Eine Unterscheidung zwischen belastenden Lebensereignissen und Traumata (A1-Kriterium; ICD-10; DSM-IV) macht allgemein bei Kindern und Jugendlichen wenig Sinn:
 - ✿ Copeland et al. (2010): 66% Valenz PTBS aus nicht Nicht-A1-Erfahrungen
 - ✿ Vor allem Verluste, Trennungen von wichtigen Bezugspersonen für Kinder traumatisierend
- ✿ Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung sind besonders empfindlich gegenüber Alltagsstressoren und Veränderungen



Forschung zur ambulante PT bei Menschen mit geistiger Behinderung und PTBS

❌ Keine RCT Studien !!

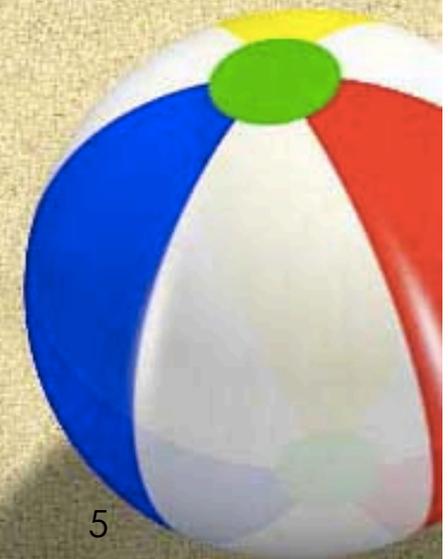
- ❌ Keine validen diagnostischen Instrumente
- ❌ keine pharmakologischen Studien

❌ Einzelfallberichte, die nahelegen, dass belastende Lebenserfahrungen oft quasi-kausal mit psychischen Symptomen verbunden sind (Betreuerwechsel, Umzug, ...)

- ❌ 8 Fallberichte (EMDR und Tf-KBT)

❌ Klinische Erfahrungen zeigen, dass diese Klientengruppe positiv auf eine Reihe von psychotherapeutischen Interventionen reagiert, so dass es keinen Grund gibt, bewährte Verfahren nicht einzusetzen.

- ❌ Bisher multidisziplinäre Ansätze mit Schwerpunkt Schulung der Bezugspersonen, Veränderungen der Umwelt

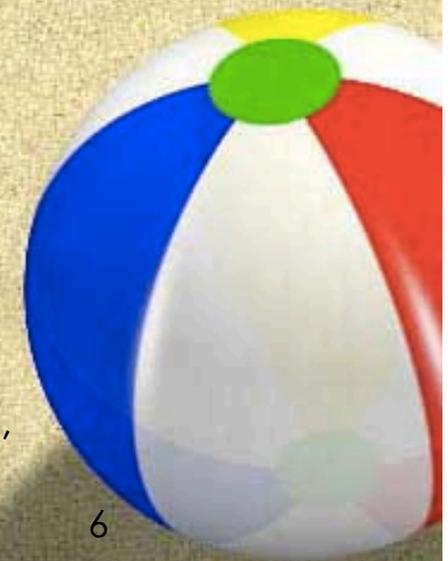


Fallbeispiel

(aus: Mevissen, Lievegoed & de Jongh, 2010)

Junge 11 Jahre (IQ 61)

- ✿ Diagnose: Autismusspektrumsstörung (Medikation: Pipamperon)
- ✿ Symptome: Ängste, zwanghaftes Verhalten, panikartige Furcht vor Feuer, hört Stimmen, Probleme Realität und Fantasien auseinander zu halten
- ✿ Targetliste:
 - ✿ Eine Stimme zwingt ihn, eine Vase auf seinen kleinen Bruder zu werfen, der daraufhin zu schreien anfängt (Alter: Vorschulalter)
 - ✿ Ein Auto brennt vor seinem Zuhause aus
 - ✿ Zeuge eines Streits zwischen seiner Mutter und seinem Stiefvater
 - ✿ Ein „böser“ Mann kommt zu ihm nach Hause und fordert ihn auf, seine Mutter zu holen



Fallbeispiel

(aus: Mevissen, Lievegoed & de Jongh, 2010)

Junge 11 Jahre (IQ 61): Therapiesitzungen

- ✿ 1. Der Junge will mit der vierten Situation beginnen („böser“ Mann). Ärger und Stress (SUD: 9-10) und eine kitzelige Empfindung im Bauch.
- ✿ 2. Mutter kommt verletzt aus dem Krankenhaus, nK: „Ich kann nichts machen.“, Ärger, Angst, Traurigkeit, SUD: 10
- ✿ 3. Ein schwarzes Auto mit zerbrochenen Scheiben, nK: „Ich kann nichts tun.“, Angstgefühle im rechten Unterarm, SUD: 10
- ✿ 4. Zeuge eines Streits zwischen Mutter und Stiefvater, große Angst vor ärgerlichem Ausbruch des Stiefvaters (Assoziationen zu einem aktuellen Alptraum tauchen auf)
- ✿ 5. Zur Überraschung aller berichtet der Junge, dass ihm diese Sache jetzt keinen Stress mehr mache. Er komme jetzt ohne „dieses Zeug“ (EMDR) aus.

Veränderungen

Nach fünf Sitzungen ließen das zwanghafte und ängstliche Verhalten nach, die Medikation konnte in sechs Wochen ausgeschlichen werden und die Diagnose wurde aufgehoben; nach 12 Wochen bestand weiterhin ein stabiles unproblematisches Verhalten.



Fallbeispiel

(aus: Mevissen, Lievegoed & de Jongh, 2010)

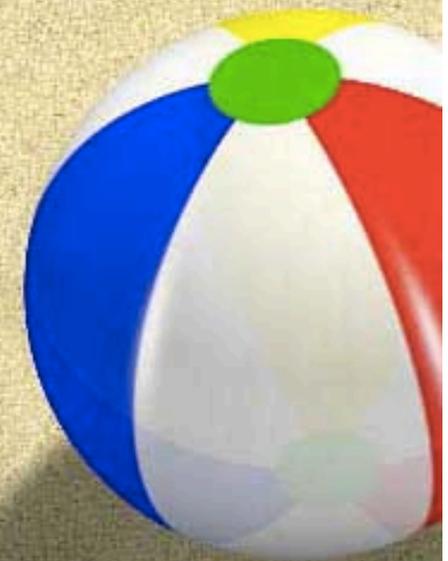
Schlussfolgerungen der AutorInnen:

- ☀ Menschen mit geistiger Behinderung sind in der Lage, Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen in Worte zu fassen und psycho-physiologischen Stress einzuschätzen und auszuhalten.
- ☀ Die Verbesserung der Symptome erfolgt unabhängig von der Dauer der stressbedingten Störung.
- ☀ Nicht nur Symptome verschwinden, sondern es trat in allen Fällen nach der Behandlung eine konstruktive positive Entwicklung auf. Das allgemeine Funktionsniveau verbesserte sich (aktiver, weniger aggressiv werden, neue Fertigkeiten lernen, ...).
- ☀ Kein erneutes Auftreten von trauma-assoziiertem Material
- ☀ Traumabedingtes Wiedererleben wurde immer wieder auch von Fachleuten als Psychose missverstanden.



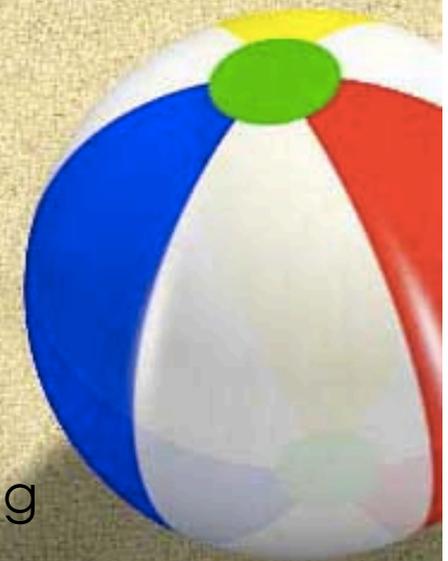
EMDR bei mentaler Behinderung

- ☀ Der Zugang zu traumatischen Erinnerungen und das visuelle Vorstellungsvermögen bei biografischen Episoden ist NICHT gestört.
- ☀ Die Verarbeitungsprozesse laufen NICHT langsamer ab.



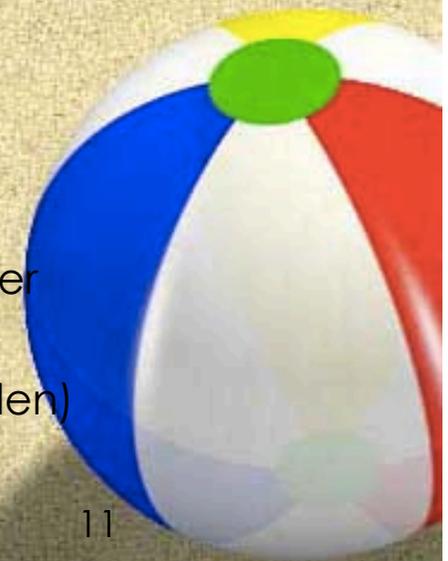
Besonderheiten bei der EMDR-Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit mentaler Behinderung

- ✿ Das Entwicklungsalter entspricht nicht dem Lebensalter. Die Therapie muss sich am Entwicklungsalter orientieren.
- ✿ Ressourcenaufbau wichtiger als gewöhnlich. Aktives Einweben von Ressourcen nötig.
- ✿ Nicht-sprachliche Symbolisierungsformen nutzen.
- ✿ Aktives Vorgehen nötig, um die Kinder „bei der Stange“ zu halten.
- ✿ Geringere Tendenz zur Generalisierung von Verarbeitung. Gesonderte Prozessierung aller Einzelereignisse nötig.
- ✿ Generellen Entspannungseffekt der bilateralen Stimulierung nutzen.
- ✿ Narrative sind gut geeignet für die Traumaverarbeitung



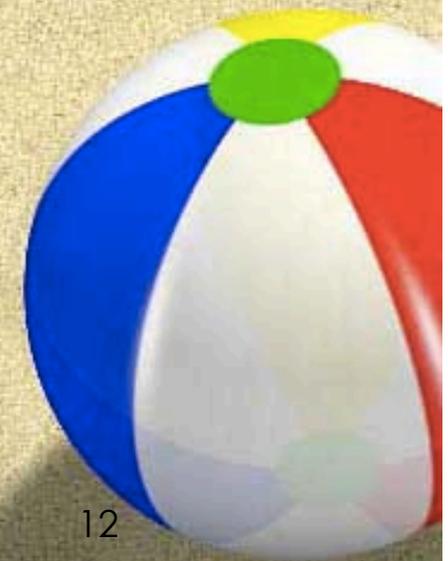
Beziehungsgestaltung Prätherapie (Prouty et al., 1998)

- ✿ Prätherapie nach Prouty ist ein aktiver klientenzentrierter Ansatz, der es ermöglicht auch mit Menschen mit starken Einschränkungen (Psychose, geistige Behinderung) einen therapeutisch wirksamen Kontakt herzustellen.
- ✿ Über spezielle Formen der Ansprache ("Kontaktreflexion") wird versucht, das Gegenüber zu erreichen.
- ✿ **Kontaktreflexion**
 - ✿ Eingehen auf Körperhaltung
 - ✿ Ansprechen der Körperhaltung (Kontakt zu sich)
 - ✿ Genaue Wiedergabe der Körperhaltung mit dem eigenen Körper (Kontakt zum eigenen Körper)
 - ✿ Den Gesichtsausdruck ansprechen (Kontakt mit eigenen Gefühlen)
 - ✿ Wort für Wort wiederholen (Kommunikativer Kontakt)
 - ✿ Die Situation ansprechen (Kontakt mit der Realität)



Narrative in der Traumarbeit mit komplex-traumatisierten Kindern und Jugendlichen

- ☀ Narrative stärken nach dem Konzept der Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997) das Kohärenzgefühl.
- ☀ Das Kohärenzgefühl (als zentrale Ressource) beinhaltet folgende drei Dimensionen:
 - ☀ **Verstehbarkeit:** Die eigenen Erfahrungen können verstanden werden.
 - ☀ **Handhabbarkeit:** Die Anforderungen des Lebens können gemeistert werden.
 - ☀ **Sinnhaftigkeit:** Das eigene Leben besitzt einen „Sinn“. D. h. es lohnt sich zu leben und sich zu engagieren (



Literatur 1

- * Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag
- * Barol, B. & Seubert, A. (2010). Stepping Stones: EMDR Treatment of Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities and Challenging Behavior. *Journal of EMDR Practise and Research*, 4, 156-169.
- * Charlton, M. et al. (2004). *Facts on traumatic stress and children with developmental disabilities*. The National Child Traumatic Stress Network. (Verfügbar unter http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/reports/traumatic_stress_developmental_disabilities_final.pdf). Zugriff: 2.12.2006.
- * Esbensen, A. J. & Benson, B. A. (2006). A prospective analysis of life events, problem behaviors and depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 4, 248-258
- * Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.). (2007). *Diagnostic manual-intellectual disability (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Kingston, NY: NADD Press.
- * Focht-New, G., Clements, P. T., Barol, B. Faulkner, M. J. & Pekala, K. (2008). Persons with developmental disabilities exposed to interpersonal violence and crime: Strategies and guidance for assessment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), 3-13
- * Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: Five case studies. *Anxiety Disorders Practice Journal*, 1, 83-97. (Fall # 4 Sam) (Verfügbar unter: <http://www.childtrauma.com/pubcase.html>). Zugriff:2.12.2006.
- * Hulbert-Williams, L., & Hastings, R. P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: A critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 883-895. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01110.x



Literatur 2

- * Hensel, T. (2007). EMDR bei mentaler Behinderung. In T. Hensel (Hrsg.), *EMDR mit Kindern und Jugendlichen* (S. 215-219). Göttingen: Hogrefe.
- * Irblich, D. (2005). Diagnostik posttraumatischer Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 399-411). Göttingen: Hogrefe.
- * Mevissen, L. & de Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 308-316.
- * [Mevissen](#), L., [Lievegoed](#), R. & de Jongh, A. (2010). EMDR Treatment in People with mild ID and PTSD: 4 Cases. *Psychiatric Quarterly*, 2011, [82](#) (1), 43-57.
- * Mevissen, L., Lievegood, R., Seubert, A. & de Jongh, A. (2011). Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment?. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(4), 278-283.
- * Pellicier, X. (1993). Eye Movement Desensitization Treatment of A Child's Nightmares: A case Report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 73-75.
- * Prouty, G., van Werde, D & Pörtner, M. (1998). *Prä-Therapy*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- * Seubert, A. (2005). EMDR with clients with mental disability. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions Pathways to healing* (pp. 293-311). New York: Norton.
- * Seubert, A. & McDonagh, J. (2002). EMDR mit geistig behinderten Menschen. (Übersetzung einer Life-Aufnahme im Rahmen der 2002 EMDR International Association Conference). Verfügbar unter: <http://www.traumatherapie.de/users/seubert/seubert.html> (20.2.2012)
- * Shapiro, F. (1999). *EMDR*. Junfermann: Paderborn.
- * Shapiro, F. (Hrsg.) (2002). *EMDR als integrativer psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann.

