

Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis: Sina – ein traumatisiertes Kind erhält Spieltherapie

Dorothea Hüsön

Zusammenfassung: *Anhand eines Fallbeispiels mit einem 8-jährigen Kind wird das konkrete therapeutische personenzentrierte Vorgehen bei Traumatisierung geschildert. Sexuelle Gewalterfahrung und die Trennung von der Mutter belasten das Kind und wirken sich im Alltag und Zusammenleben problematisch aus. Spezifische Themen und Spielinteraktionen des Kindes werden vorgestellt und auf dem Hintergrund der personenzentrierten Grundhaltung fachlich erläutert.*

Schlüsselworte: Sexueller Kindesmissbrauch, Trauma, Grenzen, Affektive Störung, Bindung, Posttraumatisches Spiel

Fallbeispiel Sina

Sina (Name wurde geändert) wird im Alter von 4–6 Jahren vom Freund ihrer Mutter über zwei Jahre sexuell missbraucht. Als die Mutter von dem sexuellen Missbrauch erfährt, reagiert sie sofort und zeigt den Freund an. Er wird zu drei Jahren Gefängnis verurteilt.

Für die Mutter – die selbst bei der Geburt ihres Kindes noch sehr jung war – bricht eine Welt zusammen. Jahrelang versucht sie, ihrem Kind eine stabilere Kindheit zu geben als die, welche sie selbst erlebt hatte. Nun muss sie einsehen, dass ihr dies nicht geglückt ist. Diese Enttäuschung und diese Frustration führen dazu, dass sie sich nicht mehr in der Lage sieht, sich weiterhin um ihr Kind zu kümmern. Sie vertraut Sina einer Verwandten an und zieht nach Berlin. Der Kontakt zu ihrer Tochter ist sporadisch, unbeständig und für die Tochter immer wieder enttäuschend.

Als Sina eingeschult wird, entwickelt sie immer mehr Probleme mit sich und im Kontakt mit anderen. Sie kann ihre Affekte nicht gut kontrollieren, hat Schwierigkeiten, sich in der Schule zu konzentrieren, fühlt sich mit ihren Erfahrungen alleine und testet immer wieder Grenzen aus. Es wird eine Untersuchung im Sozialpädiatrischen Zentrum durchgeführt mit dem Ergebnis, dass eine reaktive Bindungsstörung (F94.1) und eine akute Belastungsstörung (F43.0) diagnostiziert werden.

Empfohlen wird eine Spieltherapie, in der das Kind seine komplexen Belastungserfahrungen verarbeiten soll. So gelangt es in die Stuttgarter Praxisgemeinschaft am Stuttgarter Institut für personenzentrierte Gesprächspsychotherapie und Beratung (IGB), einem Zusammenschluss von personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen.

Belastungsfaktoren und Trauma

Sina ist nicht nur alleine durch den sexuellen Missbrauch belastet, sondern ebenfalls durch eine instabile Beziehung und letztend-

lich dem Beziehungsabbruch zu ihrer Mutter. Bis zum Zeitpunkt des Missbrauchs konnte Sina kein sichereres Bindungsmodell (Brisch & Hellbrügge, 2015) entwickeln, sodass im Vorfeld der sexuellen Gewalterfahrung bereits größere Belastungspotenziale vorlagen. Zu den Belastungsfaktoren zählen in diesem Beispiel das junge Alter der Eltern, ein niedriger sozioökonomischer Status, starke Konflikte in der Partnerschaft sowie Trennung, psychische Probleme der Mutter und fehlende Unterstützung von Seiten der Familie (Wustmann, 2004). Sina hatte also bereits zu Beginn der sexuellen Gewalterfahrung kein stabiles Fundament, das ihr bei deren Bewältigung hätte helfen können.

Nicht jede traumatische Situation führt automatisch zu einer Traumatisierung. Unterschiedliche Faktoren wirken vor, während oder nach dem Erleben einer Extremerfahrung auf einen Menschen ein und beeinflussen so den Belastungsgrad und damit auch die inneren Verarbeitungsmöglichkeiten. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem: das Alter des Kindes, der Täter als nahe Bezugsperson, Ohnmachtsgefühle und Todesangst während des Geschehens sowie ein unterstützendes soziales Netzwerk (Streek-Fischer, 2014). Das Eintreten einer Traumatisierung kann nicht alleine durch objektive Faktoren erklärt werden, sondern wird immer individuell unterschiedlich als bedrohlich erlebt und als traumatisch bewertet (Fischer & Riedesser, 2003). Extrem erlebte Situationen führen dann zu einer Traumafolgestörung, wenn die Situation als unkontrollierbar, mit Todesangst verbunden und in völliger Hilflosigkeit erlebt wird (Huber, 2007). So kann eintreten, dass ein Kind zum Beispiel die Begegnung mit einem Exhibitionisten als komisch und lustig erlebt, ein anderes Kind die Situation unangenehm und belastend, aber nicht bedrohlich empfindet und ein weiteres Kind solche Panik entwickelt, dass es sich nicht mehr alleine vor die Türe traut. Das jeweils subjektive Empfinden verbunden mit einer fehlenden Bewältigungsstrategie ist ausschlaggebend, ob sich als Folge eine Traumatisierung entwickelt oder auch nicht. Kein Außenstehender kann daher im vornherein wissen, ob jemand nach einem extrem belastenden Ereignis tatsächlich eine Traumafolgestörung (z.B. PTBS, Anpassungsstörung) entwickeln wird oder auch nicht.

Ressourcen

Sina kommt unbekümmert in die Therapie, baut schnell Kontakt zur Therapeutin auf und lässt sich gerne auf die Spieltherapie ein. Sie entwickelt immer wieder sehr fantasievolle Spielideen und baut die Therapeutin aktiv in ihr Spielgeschehen ein. Sie erzählt von ih-

ren Erlebnissen im Alltag und spart auch Schwierigkeiten nicht aus. Sie hat viele kreative Ideen, hat begonnen Geige zu spielen und immer wieder den Wunsch, gesehen und wahrgenommen zu werden.

Sina bringt in die Therapie auch ihre Stärken mit ein. Sie zeigt ihre reiche Fantasie, ihre kognitiven Fähigkeiten, beeindruckt durch ihre Offenheit und das Vertrauen, dass sie der Therapeutin entgegenbringt. Diese Stärken dienen Sina als Ressource in der Bewältigung ihrer belastenden Erfahrungen. Es ist wichtig, Kinder nicht nur über ihre Defizite und provozierenden Verhaltensweisen wahrzunehmen, sondern ebenso über ihre resilienten Anteile (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015). Diese Eigenschaften können die Verarbeitung belastender Erfahrungen unterstützen und zur Stabilisierung beitragen. Wichtig ist, dass Sina nicht nur als Opfer wahrgenommen und behandelt, sondern ganzheitlich auch mit ihren lebendigen und unverletzten Persönlichkeitsanteilen gesehen wird. Häufig ist das Selbstbild des Kindes destruktiv und durch Hoffnungslosigkeit und mangelndes Vertrauen gekennzeichnet. Hier erhält eine wertschätzende therapeutische Grundhaltung eine besondere Bedeutung.

Grenzen

Recht schnell zeigen sich in der Therapie die Probleme, die Sina auch in ihrem häuslichen Umfeld zeigt: Bei der Begrüßung umarmt sie Menschen, die sie kaum kennt. Die Spielstunden sollen nicht enden und werden immer wieder hinausgezögert. Sina testet auch anderweitig Grenzen, etwa indem sie noch mehr Wasser in die Sandkiste füllen möchte, als vorher abgesprochen wurde, und sie Spielsachen aus dem Therapiezimmer nach Hause mitnehmen möchte.

In diesem Verhalten spiegelt Sina ihre selbst erlebten Grenzüberschreitungen wider. Sexuelle Gewalterfahrungen sind eine massive körperliche und psychische Grenzüberschreitung. Das Kind musste erleben, dass die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen im Interesse der Befriedigung des Täters übergangen wurden. Das führt in Folge häufig zu Wahrnehmungsverzerrungen des Kindes: Die Grenzen anderer Menschen werden im Alltag nicht oder weniger gut wahrgenommen und dadurch schnell überschritten (Hüsson, 2010). In der Therapie ist es daher besonders wichtig, grenzüberschreitendes Verhalten wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Dieses Reagieren geschieht nicht alleine aus Gründen der Authentizität und Echtheit des Therapeutenverhaltens, sondern versteht sich auch als Intervention und tertiäre Prävention, um durch die Sensibilisierung für Grenzen potenziell neue Übergriffe zu verhindern. Das Kind wird durch das therapeutische Handeln und Agieren im Sinne eines Modells sensibilisiert, die eigenen Grenzen besser wahrzunehmen und einen grenzwahrenden Umgang mit anderen Menschen zu pflegen.

Sina hatte erlebt, dass sie mit körperlicher Nähe Kontakt und Beziehungen aufbauen und gestalten kann. In der Therapie soll Sina erfahren, dass sie dieses Interaktionsmuster nicht beibehal-

ten muss und sich nicht körperlich für einen Beziehungsaufbau anbieten muss. Es ist wichtig, Sinas Kontaktaufnahme auf der einen Seite wertzuschätzen, andererseits sich jedoch deutlich abzugrenzen, wenn diese Nähe aufdringlich und unangenehm wird. Die Themen Nähe und Distanz spielen daher eine wichtige Rolle in der Therapie und müssen permanent reflektiert werden.

Affektkontrolle

Im Kontakt mit der Therapeutin fordert Sina absolute Präsenz. Sie möchte im Mittelpunkt stehen, die volle Aufmerksamkeit erhalten und in ihrer Selbstdarstellung bewundert werden. Die Pflegemutter berichtet von wiederholenden Affektdurchbrüchen im Alltag. Sina kann mit Frustrationen schlecht umgehen. Das führt dazu, dass sie in diesen Momenten emotional unkontrolliert agiert. Gibt es zum Beispiel eine Meinungsverschiedenheit mit der Pflegemutter vor der Haustür, lässt Sina sich nicht von ihr beruhigen und rennt einfach davon, ohne auf den Straßenverkehr zu achten. Während einer Autofahrt reißt sie die Türe auf, um während der Fahrt auszusteigen. Immer wieder gibt es solche latent suizidalen Handlungen. Einmal legt sie sich eine Wollschur um den Hals und zieht diese so zu, dass tagelang Würgemale am Hals zu sehen sind. Wird sie darauf angesprochen, wertet sie sich selbst massiv ab.

Sinas emotionale Affektdurchbrüche lassen sich aufgrund der Bindungsstörung und der Traumatisierung nachvollziehen. Sina erlebte bereits in den ersten Lebensjahren Eltern, die wenig feinführend und responsiv auf ihre Bedürfnisse reagierten. Regulationsstörungen führen zu Schwierigkeiten, das eigene Verhalten und die Affekte kontrollieren zu können. Eine Traumatisierung bedeutet zusätzlich, einer unkontrollierten Überflutung von Gefühlen ausgesetzt zu sein. Gehen diese noch von einer Bezugsperson aus, hat das Kind kaum eine Chance, diese Affekte selbst kontrolliert zu bekommen.

Viele Kinder mit sexueller Gewalterfahrung oder Misshandlung entwickeln infolge ihrer Furcht vor der Bindungsperson oder auch durch die Folgen elterlicher Traumatisierung desorganisierte Bindungsmuster. Bindungsstörung und Traumatisierung bewirken im Falle von Sina einen massiven Angriff auf die Selbststeuerungsfähigkeit. Diese mangelnde Fähigkeit bricht im Alltag immer wieder durch und wird durch traumabedingte Erinnerungen, Intrusionen und Flashbacks zusätzlich erhöht (Brisch, 2015).

Dissoziation

Auch die Lehrerin in der Schule berichtet von Schwierigkeiten. Obwohl Sina intelligent und eine interessierte Schülerin ist, wirkt sie oft abwesend und nicht „bei der Sache“. Dies macht sich auch zunehmend bei den Klassenarbeiten bemerkbar. Die Noten wechseln zwischen sehr gut und sehr schlecht. Die Lehrerin berichtet, dass Sina oft im Unterricht träume. Sina selbst erzählt davon, dass sie sich manchmal nicht mehr an den Unterricht erinnern könne.

Traumatisierte Menschen leiden häufig an Dissoziationen. Dissoziationen können als Überlebensstrategie verstanden werden, um mit belastenden Erfahrungen und Erinnerungen besser umgehen zu können (Hüsson, Döring & Riedel, 2010). Die Fragmentierung und Dissoziation während der Traumasituation helfen dem Menschen, das erlebte Desaster emotional auf einem erträglichen Level zu halten. Dissoziationen sind während der Traumasituation sehr hilfreich, werden jedoch als bewährtes Verhalten häufig auch in alltäglichen Stressmomenten wieder eingesetzt. Nach außen wirken traumatisierte Kinder und Jugendliche auf Menschen im Umfeld dann als verträumt und abwesend. Sie können sehr stark dissoziieren, die Dissoziationen können bis zu Erinnerungsausfällen führen. Menschen, die dissoziieren, sind nicht im Kontakt mit anderen Menschen. Sie sind sozusagen in einem „Stand-by-Modus“. Dieser Modus verhindert jedoch Aufmerksamkeit für die Umgebung, Kontaktaufnahme und Lernprozesse. In der therapeutischen Arbeit mit dissoziierenden Menschen ist es daher wichtig, ihre Dissoziation zu unterbrechen und wieder mit ihnen in einen direkten Kontakt einzutreten. Dies gelingt zum Beispiel durch das Ansprechen des Kindes mit seinem Namen oder – falls möglich – auch durch einen kurzen Körperkontakt, zum Beispiel Tippen auf die Schulter. In der Spieltherapie sind Dissoziationen daran erkennbar, dass Kinder in ein posttraumatisches Spiel einsteigen, welches durch wiederkehrende Spielszenen, Eintönigkeit oder Variantenlosigkeit gekennzeichnet ist, und das Kind die Therapeutin nicht mehr wahrnimmt (Hüsson, 2010). Hier ist es wichtig, durch eigenes, interaktionelles Handeln in das Spiel des Kindes einzusteigen und dadurch die Dissoziation zu unterbrechen.

Traumabewältigung im Spiel

In der Therapie gibt es zwei Themen, die Sina wiederholt spielt. Es sind Rollenspiele, in denen es zum einen um Allein- und Verlassenheit geht, zum anderen um Kontrolle, Überlegenheit und Austricksen.

Therapieszene Verlassenwerden: Sina holt verschiedene Tiere und setzt sich mit diesen auf dem Boden. Sie fordert die Therapeutin auf, sich ebenso dazuzusetzen. Schnell inszeniert sie das Spielthema: Es gibt eine Gruppe von Tieren, die sich in der Mitte eines Platzes zusammen aufhalten. Nun fordert sie die Therapeutin auf, ein Muttertier zu nehmen und die Gruppe zu verlassen. Die Therapeutin fragt nach, wie sie diese Rolle spielen soll. Durch dieses Fragen kann Sina entscheiden, wie diese Mutterrolle gespielt werden soll. „Die geht einfach weg“, antwortet sie. Die Therapeutin nimmt also das Muttertier und verlässt die Gruppe mit den Worten: „Ich muss jetzt weggehen.“ Sie bleibt bei der Ausführung neutral und gestaltet die Szene nicht mit eigenen subjektiven Bewertungen indem sie zum Beispiel sagt: „Die Mutter denkt nur an sich und geht.“ Es ist sehr wichtig, nicht die eigenen Bewertungen in die Spielfigur einfließen zu lassen, sondern dem Kind den Raum zu geben, die eigenen Erlebnisse, Gefühle und subjektiven Bedeutungen in diese Figuren hineinzulegen. Sina ergreift die Tierfigur und fängt in der Rolle als Tierkind herz-

zerreißend an zu weinen und zu jammern: „Mama, Mama! Bleib bei mir.“ Diese Szenen wiederholen sich mit veränderten Tiergruppen immer wieder in der Therapie. Sina spielt über viele Stunden diese Szene, verändert sie jedoch langsam, indem sie andere Tiere dazukommen lässt, die das Tierkind trösten sollen. Das Tierkind wird letztendlich in einer neuen Herde aufgenommen und ist nicht mehr allein. Die Tiergruppe erlebt neue Abenteuer; die Mutter spielt darin keine Rolle mehr.

Sina spielt hier symbolisch mit Tieren ihr eigenes Erleben nach. Sie lässt die Mutter gehen und kann ihren ganzen Schmerz in die Tierfiguren legen. Obwohl sie in einem Gespräch betont, dass ihr das reale Verlassen der Mutter gar nichts ausmache, zeigt sich im Spiel, dass es Sina sehr belastet. Eine Inkongruenz wird hier deutlich abgebildet. Durch die wertschätzende und emphatische Haltung der Therapeutin kann Sina ihre Gefühle ausdrücken und zulassen. Das vom Kind inszenierte Rollenspiel wird nicht eingeschränkt und moralisch bewertet. Es findet kein bagatellisierendes Trösten oder „Gut-Zureden“ statt, zum Beispiel durch Aussagen wie: „Das ist sicher so besser für dich!“ Oder: „Deine Mama hat es sicherlich nicht böse gemeint!“ Die Chance für Sina besteht in der Spieltherapie darin, ihrem Kummer Raum zu geben, ihn zuzulassen und damit emotionale Erlebnisinhalte in das Selbstkonzept integrieren zu können (Weinberger, 2015). Als Therapeutin ist es wichtig, diese Gefühle mit Sina auszuhalten und die Darstellung der Spielszene als eine heilsame Bewältigung zu verstehen. Es ist oft nicht nötig, das Kind zu motivieren, eine Lösung für diesen inneren Konflikt zu finden. Nur in Fällen posttraumatischer Spielszenen – also monotoner Spielinhalte ohne Entwicklungspotenzial der Figuren in den Spielszenen – wären zusätzliche Interventionen sinnvoll und hilfreich.

Therapieszene Trauma: Neben der Trennungsthematik spielt Sina Szenen, die Kontrolle und Bewältigung zum Thema haben. Sie inszeniert immer wieder ähnliche Spielsituationen, in denen es um ein entführtes Tierkind geht, zum Beispiel um einen jungen Hundewelpen, das einzige und überlebende Fuchskind oder auch um das letzte Einhorn. Dieses Tierkind oder Lebewesen wird eingesperrt und gefangen gehalten in einer Höhle aus Matratzen und einem Moskitonetz. Daneben sitzt ein älterer Mann (gespielt von der Therapeutin), der das Kind bewacht und verhindert, dass sich das Kind befreit. Sina entwickelt Spielszenen mit kleinen Variationen, in denen sie es fertigbringt, dem Mann zu entweichen. Dies gelingt aber meist nur durch einen kleinen Vorsprung, den sie sich durch verschiedene Ideen verschafft, zum Beispiel indem er einschläft oder Sand ins Auge bekommt. Es entstehen kleine Verfolgungsszenen, in denen der Mann hinter Sina herläuft und sie versucht wieder einzufangen. Sina dirigiert die Therapeutin in ihrer Rolle als Verfolger immer so, dass kurz vor dem Einfangen ihr ein Weglaufen knapp gelingt, etwa indem der Verfolger stolpern muss. Als zusätzliche Spielidee lässt sie den Mann während der Bewachung immer wieder am Daumen lutschen. Dann macht sie sich als Kind über ihn lustig: „Haha, du

willst ein Mann sein und benimmst dich wie ein kleines Baby.“ Dieser ist – laut Anweisung – ganz erschrocken über sein Verhalten und fühlt sich ertappt und gedemütigt. Sina freut sich zunehmend darüber, dass sie aus dieser bedrohlichen Männerfigur eine lächerliche Witzfigur machen kann und sie ihm weit überlegen ist.

In diesen Therapieszenen inszenierte Sina ihre traumatischen Erfahrungen. Die Themen „Gefahr“, „Angst haben“, „Ausgeliefert-Sein“, „Keine-Kontrolle-Haben“ setzte sie auf unterschiedliche und variantenreiche Weise immer wieder in Szene. Dabei gelang es Sina immer mehr, ihre passive und aussichtslose Position so zu verändern, dass der Mann zunehmend hilfloser und ohnmächtiger wurde und sie immer mehr Kontrolle gewinnen konnte. In ihren Spielszenen ging sie in eine innere Konfrontation mit der Aussichtslosigkeit und Angst, die sie während des sexuellen Missbrauchs erlebt hatte und konnte auf der symbolischen Ebene ihre Ohnmacht auflösen, indem sie eine handelnde Person wurde. Sie änderte ihr Selbstbild und es gelang ihr, die Opferrolle zu verlassen und sich wieder selbstwirksam zu erleben. Dadurch, dass Sina permanent das Spiel in seiner Intensität und Schnelligkeit bestimmte, konnte sie diesen Verarbeitungsprozess lenken, wie es ihrem Bedürfnis entsprach.

Viele Kinder bilden ihre sexuelle Gewalterfahrung nicht 1:1 im Spiel ab. Oft werden Spiele genutzt, die mit Angst, Gefahr, Bedrohung und Ohnmacht zu tun haben und diese Themen symbolisch abbilden. Beliebte sind Spiele in der Ritterburg, mit Felsen, Gefängnissen oder mit gefährlichen Fantasie-Gestalten. In diesen Spielen findet eine Konfrontation mit der erlebten Ohnmacht, Angst, der eigenen Hilflosigkeit und der Bewältigung dieser Situation statt. Sina sucht im Spiel angstbesetzte Situationen auf, um sie diesmal – im Gegensatz zur Traumasituation – erfolgreich zu bewältigen. Daher ist es wichtig, dass die Therapeutin dieses Spiel ermöglicht und Sina als erfolgreicher Siegerin die Szene verlassen kann.

Interaktionsresonanz (Behr, 2012), in der die Therapeutin Ähnliches wie Sina tut, zum Beispiel auch das Kind austrickt, ist hier nicht angesagt. Dies würde das Kind zu sehr bedrohen. Sinas Handlungsgänge, ihre Gefühle und Strategien werden im Hinblick ihrer Bewältigungsstrategien verbalisiert. Die von Sina gewählten Spielszenen wirken wie eine Traumakonfrontation, in der sie sich im Durchspielen angstbesetzter, trauma-naher Szenen, ihrer Angst stellt und immer mehr Möglichkeiten der Kontrolle und Selbstwirksamkeit entdeckt. Sie wird auf der Spielebene wieder handlungsfähig und arbeitet ihr Trauma personenzentriert auf.

Resümee: Das Personenzentrierte in der Therapie mit traumatisierten Menschen

Die Themen Trauma, Traumatherapie und Traumapädagogik haben nicht erst Bedeutung gewonnen, seitdem die große Flüchtlingsbewegung in Deutschland angekommen ist. Sexuel-

le Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung, Unfälle, Naturkatastrophen und andere bedrohliche Erfahrungen haben Menschen schon immer bedroht und in seelische Nöte gebracht. Carl Rogers hat zu Beginn seiner Tätigkeit im „Child Study Department of the Society for the Prevention of Cruelty to Children“ in Rochester mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet, die traumatisiert waren. Rogers entwickelter Therapieansatz hat sich nicht an ein bestimmtes Störungsbild ausgerichtet, sondern setzt immer an der Begegnung mit dem Gegenüber an. Traumaforschung und die Entwicklung verschiedener Therapieansätze bei Psycho-traumata hinterlassen den Eindruck, dass spezifische therapeutische Verfahren unverzichtbar sind. Ist daher auch ein traumatherapeutisches Vorgehen in der personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie nötig?

„Das freie, selbstbestimmte Spiel ist die Ressource des Kindes schlechthin. Im freien Spiel bildet das Kind die Themen ab, mit denen es sich innerlich beschäftigt“ (Weinberger, 2014). Es ist daher nachvollziehbar, dass das Kind auch seine traumatischen Erfahrungen im Spiel darstellt. Die Spieltherapie auf der Grundlage von Virginia Axline (1993) und der interaktionellen Weiterentwicklung nach Michael Behr (2012) überlässt dem Kind die Führung des Spiels. Die Therapeutin bzw. der Therapeut geht auf das Spiel des Kindes empathisch und wertschätzend ein und ermöglicht dem Kind, seine Gefühle, Bedürfnisse und Empfindungen auszudrücken. Dadurch, dass das Kind jederzeit das Tempo, das Thema und das Vorgehen bestimmt, werden die kindlichen Grenzen nicht überschritten. Es wird zu keiner Zeit dem Kind die Auseinandersetzung mit einem Thema aufgezwungen, das es nicht wünscht. Es behält ständig die Kontrolle über das Spielgeschehen. Das Kind konfrontiert sich im Spiel mit seiner Angstsituation und lernt, sich der Angst zu stellen und diese in sein Selbstbild zu integrieren. In diesem Sinne wird mit dem Kind personenzentriert und traumaorientiert gearbeitet. Die personenzentrierte Haltung ermöglicht dem Kind, sich schrittweise der Traumatisierung und deren Bewältigung zu nähern. Dabei gehen die Kinder in den Spielszenen in der Regel immer als Gewinner hervor. Die personenzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern holt die Kinder da ab, wo sie stehen, und vertraut den im Kinde innewohnenden Kräften, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen und dieses zu bewältigen.

Kinder, die wiederholt, destruktiv und erstarrt in einer aussichtslosen Spielsituation stecken bleiben, benötigen manchmal zusätzliche Impulse, zum Beispiel die Frage von der Therapeutin, ob es eine Idee geben könnte, diese aussichtslose Situation zu bewältigen, und manchmal gibt sie vielleicht auch Ideen zur Bewältigung. Diese kurzen Momente des „Vor-das-Kind-Geraten“ sollen punktuell das eingeengte und festgefahrene Agieren des Kindes – also seine Selbstaktualisierungstendenz – anregen, damit sich neue Handlungsstrategien entwickeln können. Diese zusätzlichen Interventionen sollen immer am Kind ausgerichtet sein und nicht Selbstzweck werden. Basis jeden Handelns bleibt das personenzentrierte Vorgehen.

Besonders Kinder, die komplexe Traumata und negative Bindungserfahrungen erlebt haben, profitieren von der personenzentrierten Kindertherapie. Eine personenzentrierte Therapie mit komplextraumatisierten Kindern sollte vor allem die Bedeutung einer heilsamen Beziehungserfahrung als therapeutisches Mittel erkennen. Das traumatisierte Kind muss die Erfahrung verlässlicher und heilender Beziehungen machen (Gahleitner, 2005; Weiß, 2013). Diese helfen dem Kind, wieder Zuversicht und Vertrauen in Menschen zu entwickeln und sich damit zu stabilisieren. Dazu ist der Personenzentrierte Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychotherapie geeignet, da dieser die Beziehung selbst als zentralen Heilungsaspekt in der Behandlung sieht.

Auch wenn viele hilfreiche Therapieansätze (siehe Weinberg, 2013; Landolt & Hensel, 2012) die personenzentrierte therapeutische Arbeit punktuell ergänzen können, steht die Beziehungsgestaltung zwischen dem Therapeuten oder der Therapeutin und dem Kind bei komplexen Traumata im Vordergrund.

Nachtrag Fallbeispiel Sina:

Nach zwei Jahren Therapie war Sina soweit gefestigt, dass sie gemeinsam mit ihrer Pflegemutter ein relativ stabiles Leben führen konnte. Heute mit 15 Jahren hat Sina um eine erneute Therapie gebeten. Ihre geschlechtliche Entwicklung, ihre beruflichen und schulischen Perspektiven und auch die pubertären Abgrenzungen zur Pflegemutter haben in ihr den Wunsch nach erneuter Unterstützung erzeugt. Heute spielen wir nicht mehr im Spielzimmer, sondern reden viel miteinander. Zu ihrer Mutter hat Sina wenig Kontakt. Ein Leben mit ihrer Mutter in deren Welt kann sie sich absolut nicht vorstellen. Auch mit dem Vater hat sie nur sehr wenig Kontakt. Beide Eltern erlebt sie nicht als Unterstützung. Die Therapie nutzt Sina, um sich mit ihrer Zukunft auseinanderzusetzen. Schwierigkeiten hat sie immer noch mit Dissoziationen, die phasenweise auftreten. Hier ist es oft nötig, ihr neben dem personenzentrierten Beziehungsangebot auch konkrete Hilfen anzubieten, wie sie mit diesen Dissoziationen besser umgehen kann. „Ich habe schon so viel geschafft in meinem Leben. Ich werde das auch weiterhin schaffen!“ Mit diesem Satz zeigt Sina, dass sie sich als selbstwirksam erlebt und einer Zukunft entgegenseht, von der sie das Gefühl hat, dass sie diese bewältigen kann.

Literatur:

- Axline, V. M. (1993). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Bd. 11). München: Reinhardt.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hüsön, D., Nuding, D. & Wakolbinger, C. (Hrsg.). (2014). *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten*. Wien: Facultas.WUV.
- Brisch, K. H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.). (2015). *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie. Mit 20 Tabellen* (UTB, Bd. 8165). München: Reinhardt.

- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2015). *Resilienz*. München: Reinhardt/UTB.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Huber, M. (2007). *Trauma und Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Hüsön, D. Personenzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In Wakolbinger, Christine (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/ personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien*. (S. 238-257) Norderstedt: Books on Demand.
- Hüsön, D., Döring, E. & Riedel, K. Traumafolgestörungen - Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsön, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien: Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 143-154) Wien: Facultas.WUV.
- Landolt, M. & Hensel, T. (Hrsg.). (2012). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Streck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung. Adoleszenz - frühe Traumatisierungen und ihre Folgen*. Stuttgart: Schattauer.
- Wakolbinger, Christine (Hrsg.) (2010): *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/ personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien*. Norderstedt: Books on Deman.
- Weinberg, D. (2013). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberger, S. Der Therapeut mit der Pappnase. In M. Behr, D. Hüsön, D. Nuding, & C. Wakolbinger, (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten*. (S. 258-265). Wien: Facultas.WUV.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen. Einführung in die personenzentrierte Spielpsychotherapie*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiß, W. (2013). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Berlin: Cornelsen.



Dorothea Hüsön, Dipl.-Soz.-Päd., Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Personenzentrierte Beraterin (GwG), Gordon-Familientrainerin, Traumatherapeutin (ZPTN), Ausbilderin am IGB und in der GwG, unterschiedliche Tätigkeiten in psychosozialen und Bildungseinrichtungen (Fachberatungsstelle gegen sexuelle Gewalt, Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien, Fachschule für Sozialpädagogik, PH Schwäbisch Gmünd, psychotherapeutische Praxistätigkeit).

Kontakt:
dorothea.huesson@igb-stuttgart.de