

Else Döring

Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Was hilft Spielen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?

Zusammenfassung

Die Autorin beschäftigt sich mit der Frage, wie tiefgreifend Traumata, also Ereignisse, die als existentiell bedrohlich erlebt werden, Entwicklungsprozesse von Kindern oder Jugendlichen beeinflussen. Dabei geht es insbesondere darum, wie Kinder und Jugendliche unter Bedrohung Sicherheit erleben, wie sich Vertrauen und Selbstkonzept entwickeln, wie sich Wahrnehmung, Gedächtnis und Gefühle verändern.

Else Döring weist darauf hin, dass Therapeuten, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, ganz spezielle Kenntnisse über Traumata und Traumafolgen benötigen, um traumatisierte Kinder und Jugendliche verstehen zu können. Therapeutisches Vorgehen muss berücksichtigen, welche Auswirkungen traumatisches Erleben bei Kindern und Jugendlichen hinterlässt und wie Therapeuten sinnvoll intervenieren können.

Die Autorin fasst im folgenden grundlegende Erkenntnisse über Trauma und Traumafolgen zusammen und zeigt dabei die Besonderheiten der Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen und die speziellen Möglichkeiten des Spiels in der Psychotherapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf.



Else Döring

Diplom-Psychologin, approbierte psychologische Psychotherapeutin, Gesprächspsychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, GwG-Ausbilderin und Sprecherin des GwG-Ausschusses für Psychotherapie.

Anschrift der Autorin:

Dipl.-Psych. Else Döring
Alte Leipziger Straße 37
63571 Gelnhausen
E-Mail: elsedoering@t-online.de

Was ist ein kindliches Trauma?

Ein Trauma ist ein Ereignis, das von einer Person als existentiell bedrohlich erlebt wird und zu einschneidenden Erschütterungen des Selbst und des Weltverständnisses führt. Wie einschneidend diese Veränderungen in den Entwicklungsprozess eines Kindes oder Jugendlichen eingreifen ist abhängig von Vorerfahrungen, dem sozialen Eingebundensein (familiäre Verhältnisse) sowie von dem Ausmaß, der Dauer und der Häufigkeit des traumatischen Geschehens. Das subjektive Erleben der traumatischen Situation ist bedeutsam für die Folgen (siehe Definition des DSM IV).

Ereignisse, die traumatisch sein können, werden nach Francine Shapiro in sogenannte Big „T“-Traumata und Small „t“-Traumata eingeteilt. Big „T“-Traumata sind Kriegshandlungen, Kriminelle

Handlungen, Natur- und Verkehrskatastrophen, schwere Unfälle und Krankheiten, invasive medizinische Eingriffe und der plötzliche Verlust vertrauter Menschen und sozialer Sicherheit. Sogenannte Small „t“-Traumata sind das Erleben eines großen Schreckens, eine Demütigung, das Erleben einer großen Peinlichkeit, das Erleben von Scham und das Erleben von Hilflosigkeit. Fischer/Riedesser unterscheiden zwischen einem einmaligen Ereignis (Typ 1-Trauma) und einem länger anhaltenden traumatischen Geschehen (Typ 2-Trauma). Bei Typ 2-Traumata kann es sich um kumulative oder sequenzielle Traumata handeln. Bei kumulativen Traumata erlebt ein Kind oder Jugendlicher viele kleine Ereignisse, die sich summieren und eine Schutzwelle überschreiten. Bei sequentiellen Traumata findet fortwährende Traumatisierung statt. Bei einem Beziehungstrauma ist eine nahe Bezugsperson verantwortlich für das

Trauma. Ein Kind oder Jugendlicher ist in diesem Fall besonders schutzlos und ausgeliefert.

Der traumatische Prozess

Voraussetzung dafür, dass ein Trauma entsteht, ist eine Situation in der es keine Fluchtmöglichkeit und keine Kampfmöglichkeit gibt (siehe hierzu auch Text von Klaus Heinerth). Das Verhaltensmuster, auf eine stark Angst auslösende Situation mit Flucht oder Kampf zu reagieren, ist angeboren. Ein Kind oder ein Jugendlicher, der sich in einer solchen Situation befindet, reagiert mit Angst, Verzweiflung und/oder Schmerz. Es erlebt Hilflosigkeit und Ohnmacht und, besonders wichtig, ein profundes Gefühl von Ausgeliefertsein. Um mit dieser ausweglosen Situation umgehen zu können, entwickeln Kinder und Jugendliche (natürlich auch Erwachsene) Mechanismen, die man auch als Abwehr- oder Schutzmechanismen bezeichnen könnte. Die Ereignisse, die das Trauma betreffen, werden dann entweder ihrer emotionalen Bedeutung entkleidet oder in ihrer Schrecklichkeit nicht mehr wahrgenommen. Häufig treten Amnesien auf, d.h. Betroffene können sich an das Ereignis nicht mehr erinnern. Ein „Fragmentierung“ genannter Prozess bewirkt, dass nur einzelne Aspekte des Ereignisses dem Bewusstsein verfügbar sind. Dies kann eine Erinnerung in Form eines Bildes, ein Gefühl, ein Geruch oder eine Emotion sein. Häufig tritt ein Prozess auf, der Dissoziation genannt wird. Dabei werden ganze Persönlichkeitsfragmente dem Bewusstsein entzogen (Herman 2003). Anteile des Erlebens und Handelns werden durch spezifische Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsprozesse von einander getrennt. Grundsätzlich kann dies bewusst oder autoreguliert erfolgen. Im Falle einer Traumatisierung handelt es sich um eine Autoregulation. Traumatische Ereignisse werden anders als sonstige Erinnerungen gespeichert, d.h. sie sind nicht automatisch dem Bewusstsein zugänglich. Es findet eine Trennung der Verbindung zwischen Gedächtnis, Wissen, Gefühlen, Erinnerungen, Bewegungsabläufen und/oder Handlungsimpulsen statt. Forschungen

haben ergeben, dass die größte Fähigkeit zur Dissoziation zwischen 9 und 12 Jahren liegt.

Den Körper verlassen – kindliche Schilderungen

In der Praxis berichten Kinder und Jugendliche in folgender Form von dissoziativen Phänomenen: „In dieser Situation (traumatischen Situation) bin ich aus meinem Körper weggegangen, nach oben, fast an die Decke und habe dann nichts mehr gespürt, von dort habe ich alles sehen können“. „In dieser schwierigen Situation hatte ich eine Freundin, die mir geholfen hat. Sie saß bei mir am Bett und war einfach da für mich“. „Ich bin, wie aus meinem Körper herausgeflogen und konnte alles von oben sehen.“

Das Phänomen der Dissoziation stellt sich einem Therapeuten folgendermaßen dar: Ein Kind oder Jugendlicher kann sich erst einmal an die traumatischen Ereignisse nicht erinnern (amnestisches Phänomen), das heißt, es/er kann und wird von sich aus nicht darüber reden und wird es vermeiden, Fragen des Therapeuten über diese Ereignisse zu beantworten. Häufig wissen Kinder und Jugendliche nicht, ob das, was sie erinnern, wirklich stattgefunden hat, oder ob es nur Phantasie ist. Deshalb reden sie lieber nicht darüber: aus Angst als Lügner oder Phantasten hingestellt zu werden.

Therapeuten, die keine Kenntnisse über den traumatischen Prozess haben, können sich das Schweigen des Kindes oft nicht erklären. Kinder und Jugendliche zeigen auffälliges Verhalten, ohne dass sie selbst, die Bezugspersonen oder die professionellen Helfer, Zusammenhänge herstellen können. Unruhe und Übererregung können auf traumatisches Geschehen zurückzuführen sein, ohne dass das Kind/der Jugendliche einen Zusammenhang zu einem traumatischen Ereignis herstellen kann. Eine typische Situation in der Kindertherapie ist, dass ein Kind, von dem der Therapeut weiß, dass es traumatisiert wurde, sich in der Therapie vollständig angepasst und ru-

hig verhält und auf Nachfragen, nach den traumatischen Ereignissen und seinem Erleben nicht differenziert reagiert. Hier handelt es sich um ein dissoziatives Phänomen. Dissoziative Phänomene zu kennen und als solche zu erkennen, eröffnet das Verständnis für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Therapeuten erhalten nur dann Berichte und Aussagen, wenn sie den Kindern und Jugendlichen signalisieren, dass sie solche Phänomene kennen, und dass diese Phänomene „normale“ Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis sind. Diese Kinder und Jugendlichen brauchen, um sich mitteilen zu können, aktive Hilfestellung und Verständnis seitens des Therapeuten. Häufig behalten Kinder und Jugendliche solche Erlebnisse und Ereignisse für sich, da sie sich für verrückt halten.

Traumafolgen

Die Folgen eines Traumas beschreibt Leonie Terr, die sich intensiv mit Kindheitstraumen beschäftigt hat. Sie findet vier gemeinsame Merkmale von Kindheitstraumen.

1. Wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen, die visuell, taktil, akustisch oder olfaktorisch sein können. Sie entsprechen der vorherrschenden Erlebnismodalität in der traumatischen Situation.
2. Repetitive Verhaltensweisen: Traumatisches Spiel – Wiederholung des traumatischen Erlebnisses oder Reinszenierung von Teilaspekten der traumatischen Erfahrung in automatisiertem Verhaltensmuster. Kinder können oft keinen Zusammenhang zwischen ihrem Spiel und der traumatischen Erfahrung herstellen.
3. Traumaspezifische Ängste: Im Unterschied zu neurotischen Ängsten besteht eine Bindung der Ängste an das Traumageschehen.
4. Veränderte Einstellung zum Menschen, zum Leben und zur Zukunft: Verlust des Vertrauens in Menschen, Erschütterung des kindlichen Weltverständnisses. (Kategorien von Terr, zitiert nach Herman 2003)

Eine allgemeine Einordnung der Traumafolgen geht von drei verschiedenen Kategorien der Traumafolgen aus:

1. Erzwungene Nähe zum Trauma (Intrusion/Wiedererleben), dabei kann es sich um Flash-backs, Alpträume, Panikattacken, zwanghaftes Erinnern, Hypermnesien oder Depressionen handeln
2. Vermeidung der Nähe zum Trauma: Phobische Vermeidung, emotionale Empfindungslosigkeit, Betäubung mit Substanzen, dissoziative Phänomene (amnestische Lücken)
3. Übererregungsphänomene – dabei handelt es sich um physiologische Reaktionen: Herzrasen, Atemnot, Beklemmungen, Unruhe, Schlaflosigkeit, übersteigerte Wachsamkeit, Konzentrationsstörungen, Schmerzen, Taubheits-, Starrempfinden, verschiedene Körpersensationen.

Folgende traumatische Symptome bei Kindern und Jugendlichen konnten (nach der sogenannten Jupiter-Studie zitiert nach Herbert) empirisch nachgewiesen werden: sich aufdrängende Gedanken an das Ereignis; lebhaftes Rückblenden; Schlafstörungen, Alpträume, Angst vor Dunkelheit; Trennungsangst (auch bei Jugendlichen); Eltern nicht aus den Augen lassen; Wut und Reizbarkeit; stetiges Lauern auf mögliche Gefahren in der Umgebung; Schwierigkeiten, mit Gleichaltrigen und Eltern zu sprechen (wollen diese nicht beunruhigen); kognitive Veränderungen, wie Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule, Schwierigkeiten, wenn es darum geht, neue und alte Fertigkeiten anzuwenden; Empfindung des eigenen Lebens als brüchig (Pessimismus, Hoffnungslosigkeit); Veränderte Prioritäten; Wertewandel; Ängste; Panikattacken; Depressionen, Suizidgedanken; Schuldgefühle; Vermeidung. Diese empirischen Befunde bestätigen die Merkmale von Leonie Terr.

Wichtig zu bedenken ist, dass aber sowohl Eltern als auch Familie sekundären Traumatisierungen ausgesetzt sein können, das heißt also, dass das Trauma des Kindes auf die Familie übergreift und es zu einer sekundären Traumatisierung kommt. Insofern sind Eltern und Ge-

schwister dann möglicherweise als Betroffene zu behandeln. In diesem Falle können die Familienangehörigen den Kindern und Jugendlichen keine Unterstützung und Schutz anbieten, da sie selbst verunsichert sind.

Trauma aus bindungstheoretischer Sicht

Kinder und Jugendliche, die innerhalb ihrer Familie von ihren Bezugspersonen schwer traumatisiert wurden, müssen sich stark anpassen um ihr Bindungssystem aufrechtzuerhalten. Sie müssen sich ihre Bindungspersonen erhalten, auch wenn diese sich ihnen gegenüber schädigend verhalten. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die unter einem Beziehungstrauma leiden, ist oft zu beobachten, dass sie sich selbst die Schuld am Fehlverhalten ihrer Bindungspersonen geben und deshalb auch ein sehr negatives Selbstkonzept entwickeln, was sich auf dem Hintergrund der Bindungstheorie gut erklären lässt. Sie neigen erst einmal dazu, ihre Bindungspersonen zu schützen und zu verteidigen bzw. um diese zu kämpfen.

Bindungstheoretiker haben neben den drei Bindungsmustern ein zusätzliches Muster gefunden, das zusammen mit allen drei anderen Bindungsmustern auftreten kann. Dieses zusätzliche Verhaltensmuster wird desorganisiert/desorientiert genannt. Das desorganisierte Bindungsmuster wurde überzufällig häufig bei Kindern mit traumatischen Erfahrungen gefunden. Es zeichnet sich durch widersprüchliches Verhalten, ungerichtete, fehlgerichtete oder unterbrochene Mimik oder Gestik, eingefrorene erstarrte oder verlangsamte Bewegungsmuster, Angst vor den Bezugspersonen und Desorientierung in Raum und Zeit aus. Das Bindungsmuster kann sich zu einer Bindungsstörung entwickeln, wenn das Kind/der Jugendliche fortwährende Traumatisierung erfährt. Brisch beschreibt folgende Formen einer Bindungsstörung:

- Bindungslosigkeit (das Kind fürchtet oder meidet jede Form von Bindung)

- Undifferenziertes Bindungsverhalten (jeder Beliebige wird als feste Bindungsperson gewählt) oder das Kind zeigt riskantes Verhalten, es hat häufig Unfälle (weil die Eltern danach wenigstens für kurze Zeit aufmerksam sind)
- übersteigertes Bindungsverhalten (jede Trennung von einer Bindungsperson wird vermieden)
- Gehemmttes Bindungsverhalten (Hemmung sich der Bindungsperson anzunähern)
- Aggressives Bindungsverhalten (das Kind kämpft um die Bindung und bringt seinen Wunsch nach Nähe durch körperliche oder verbale Aggressionen zum Ausdruck)
- Rollenwechsel/Parentifizierung (das Kind muss die Elternrolle übernehmen)
- Psychosomatische Auffälligkeiten (das Kind reagiert körperlich auf Irritationen, hocherregt) (Brisch 1999).

Diese Verhaltensmuster sind natürlich auch in der therapeutischen Beziehung wirksam und der Therapeut muss sie verstehen und mit ihnen umgehen können.

Beziehungsgestaltung

Die Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen muss das beim Kind/Jugendlichen vorliegende Bindungsmuster oder die Art der Bindungsstörung berücksichtigen. Der Therapeut muss die Beziehungsaufnahme zum Kind/Jugendlichen dementsprechend gestalten und seine Erwartungen und seine Therapieplanung entsprechend ausrichten.

Im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist es besonders bedeutend, dass Therapeuten sich konsequent, vorhersagbar und wiederholend verhalten. Dies trägt einerseits dazu bei, den Kindern und Jugendlichen ein Erleben von Sicherheit zu ermöglichen, andererseits schafft es Vertrauen. (Rituale können besonders wichtig sein.) Veränderungen sind für diese Kinder und Jugendlichen schwer zu ertragen und stellen immer wieder einen Bruch

des Sicherheits- und des Geborgenheitsgefühls dar. Auch Grenzen müssen vorhersagbar, klar und konsequent vertreten werden. Sie vermitteln Sicherheit und Vertrauen.

Lücke zwischen emotionalem Alter und Lebensalter

Traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen nach ihrem emotionalen Alter und nicht nach ihrem wirklichen Alter betrachtet werden. Da die Traumatisierung in alle Bereiche der Entwicklung eingreifen kann, ist es möglich, dass Kinder sich in unterschiedlichen Entwicklungsbereichen auf unterschiedlichen Altersstufen befinden. Diesem muss der Therapeut gerecht werden. Er muss sich zu Beginn der Therapie einen diagnostischen Überblick verschaffen, auf welcher Altersstufe in welchen Entwicklungsbereichen sich das Kind/der Jugendliche befindet und seine Anforderungen an das Kind/den Jugendlichen daran orientieren. Denn er sollte in der Lage sein, angemessene Erwartungen an das Kind/den Jugendlichen zu stellen, um zu vermeiden, dass das Kind/der Jugendliche wieder in eine Überforderungssituation gerät, unter der es ja schon so lange gelitten hat. Insgesamt gelten im therapeutischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen alle Verhaltensweisen, die eine sichere Bindung fördern, also eine wechselseitige Einstimmung aufeinander, ein reflexiver Dialog, d.h. die Signale des Kindes richtig erkennen und beantworten, ferner an unterbrochene Kommunikation anzuknüpfen beziehungsweise diese zu reparieren, eine gemeinsame Geschichte (Therapiegeschichte) zu entwickeln und emotionale Kommunikation herzustellen, also in unbehaglichen und glücklichen Augenblicken, den Kontakt zum Kind zu halten (Daniel Siegel 2001 zit. nach Huber).

Die personenzentrierten Basisfähigkeiten der Beziehungsgestaltung enthalten zwar viele hilfreiche Elemente für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, sie müssen aber in einigen Bereichen spezifiziert werden.

Akzeptanz

Es ist wichtig, die Realität der traumatischen Erfahrung nicht in Frage zu stellen, auch wenn es das Kind gelegentlich tut. Dass Kinder und Jugendliche zweifeln, beruht auf den oben beschriebenen Mechanismen. Häufig sind die traumatischen Ereignisse so unfassbar und wurden von der Umwelt so sehr geleugnet, dass das Kind oder den Jugendlichen denkt: „Ich weiß nicht, ob dies wirklich passiert ist. Vielleicht habe ich mir ja doch nur alles eingebildet“. Wichtig ist es, dem Kind zu glauben und ihm dies auch zu zeigen. Parteilichkeit ist wichtig für das Kind, ohne überfürsorglich zu sein. Der Therapeut sollte aber auch verstehen lernen, dass das Kind/der Jugendliche unsicher ist. Es/er hat oft genug erlebt, dass ihm nicht geglaubt wurde.

Akzeptanz ist vom Therapeuten gefordert, wenn das Kind/der Jugendliche Aggressionen zeigt und mit Beziehungsabbrüchen droht. Häufig testet das Kind/der Jugendliche so die Echtheit und die Ernsthaftigkeit der Beziehung und die Verlässlichkeit des Therapeuten. Mit diesem Wissen sollte der Therapeut darauf reagieren. Er ist also im Sinne der Bindungstheorie für das Reparieren und das Anknüpfen an die unterbrochene Kommunikation zuständig.

Der Therapeut sollte sich darüber bewusst sein, dass ein traumatisiertes/r Kind/Jugendlicher Zeit braucht, um Vertrauen zu entwickeln (Vertrauen zu entwickeln ist ein Risiko). Er muss auch wissen und akzeptieren, dass die Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen ein schmerzvoller und einschneidender Prozess ist, dem sich das Kind oder der Jugendliche verständlicherweise nur ungern stellen will. Der Therapeut muss lernen zu akzeptieren, dass das Kind/der Jugendliche nicht sofort über seine traumatischen Erfahrungen berichtet. Eine solche Erwartungshaltung würde das Kind überfordern. Der Therapeut muss eine Haltung einnehmen, die vermittelt, dass alle Gefühle auch Wut und Trauer in Ordnung sind.

Empathie

Vorsicht: Es ist wichtig, sich nicht zu sehr in die Traumatisierungen des Kindes einzufühlen, weil dabei die Gefahr besteht, dass der Therapeut selbst auch traumatisiert wird. Wichtig ist ebenfalls, immer einen bestimmten Abstand zu halten, sonst sind die Erzählungen über die schrecklichen Dinge, die das Kind oder der Jugendliche erlebt hat, zu schwer auszuhalten. Ein Therapeut muss dafür sorgen, selbst handlungsfähig zu bleiben. Zu intensives empathisches Einfühlen kann vom Kind/Jugendlichen auch als Grenzverletzung erlebt werden. Das Spiel bietet gute Möglichkeiten, mit den Spielfiguren, die das traumatische Erlebnis tragen und mit denen sich das Kind/der Jugendliche identifiziert, mitzugehen, sich dort einzufühlen und deren Erleben in Worte zu fassen. Der Therapeut muss dem Kind oder Jugendlichen helfen, Unausprechliches oder nie in Worte gefasstes „ausdrückbar“ zu machen, und dafür ist Empathie notwendig. Es ist auch notwendig, dass der Therapeut sich so einfühlt, dass er dem Kind Angebote machen kann, das Unausprechliche im Spiel, in der Collage, in vorgefertigten Bildern oder vielleicht sogar in Melodien auszudrücken (eine gute Möglichkeit ist es, das Kind/den Jugendlichen zu bitten seine Lieblingsmusikstücke mitzubringen).

Kongruenz

In der Arbeit mit Traumatisierten ist es noch wichtiger als sonst, als Mensch präsent und erkennbar zu sein. Echtheit ist traumatisierten Kindern und Jugendlichen wichtig. Jede nur therapeutische oder professionelle Haltung wird es dem Kind nicht ermöglichen, sich auf den Therapeuten als wirklichen Menschen zu verlassen. Es ist absolut notwendig, dass der Therapeut als zuverlässige Person zur Verfügung steht. Aufgrund ihrer negativen Erfahrungen mit Menschen haben viele Kinder und Jugendlichen Angst davor, wieder enttäuscht zu werden. Sie kennen keine zuverlässigen und einfühlsamen Erwachsenen. Deshalb sollte er für einen Rahmen der Zuverlässigkeit sorgen. Der Therapeut sollte

durch seine Haltung vermitteln, dass Hoffnung auf Besserung besteht.

Direktivität versus Nichtdirektivität

Generell das Wichtigste ist, aktiv dafür zu sorgen, dass das Kind oder der Jugendliche in Sicherheit gebracht wird, wenn es/er in Gefahr ist. Besonders in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern sehe ich die Notwendigkeit, klare Grenzen zu setzen, denn Grenzen bieten Sicherheit.

Ebenso gehört dazu, deutliches Interesse an der Person des Kindes oder Jugendlichen zu haben und dies offen und nicht abwartend zu zeigen. Der Therapeut sollte sein Wissen über traumatische Vorgänge den Kindern und Jugendlichen vermitteln, damit sie lernen, sich selbst besser zu verstehen. Ein Therapeut sollte auch aktiv vermitteln, dass eine Auseinandersetzung mit der traumatischen Erfahrung und ein Sich-Einlassen auf eine therapeutische Beziehung sinnvoll ist. Der Therapeut sollte dem Kind/Jugendlichen ein großes Repertoire eröffnen, wie man mit Ängsten und intensiven Gefühlen umgehen kann. Traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen angemessenes Verhalten erst erleben; es muss ihnen vorgelebt und beigebracht werden, da sie dies häufig in ihrem sozialen Umfeld nicht lernen konnten. Der Therapeut muss aktiv dem Kind/Jugendlichen zeigen, wie es Auswege aus der traumatischen Situation finden kann.

Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung gehört in die Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen unbedingt hinein. Eine hilfreiche Ressource ist es, wenn Kinder und Jugendliche lernen können, mit den Traumafolgen, wie Flashbacks, Gefühlsüberschwemmungen und massiven Ängsten umzugehen, um ihnen nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Das Therapiezimmer und die Therapiestunde können zum „Sicheren Ort“ werden, ein Entwicklungsraum für das Kind. Hier kann

es eigene Kompetenzen entdecken, herausfinden, was ihm Spaß macht und durch welche Aktivitäten es Freude finden kann. Spiele und Tätigkeiten, die zu seinem Wohlbefinden beitragen, können Hoffnung und Lebensfreude vermitteln und in der Therapiestunde bieten sich Möglichkeiten, sich weiterzuentwickeln und ein positives Selbstkonzept aufzubauen.

Die Bedeutung und die Möglichkeiten des Spiels

Spiel ist das klassische Medium zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen. Mit Bewältigung ist hier auch gemeint, Auswege aus der traumatischen Situation zu finden. Es kann auch in der Traumatherapie mit Erwachsenen hilfreich sein. Für viele traumatisierte Menschen, Kinder wie Erwachsene, ist es sehr erleichternd und heilsam, etwas darstellen zu können, ohne es gleich in Worte fassen zu müssen. Spielerisches Darstellen oder ein Szenenaufbau können hilfreich sein. (Häufig haben Kinder und Jugendliche noch nie zuvor mit jemandem über ihre traumatischen Erfahrungen gesprochen.)

Wie Oerter in seinem Buch „Psychologie des Spiels“ beschreibt, kann im Spiel die grauenvolle Gegenwart als etwas Alltägliches und Selbstverständliches nachgespielt werden. Oerter zitiert Eisen, der sich mit dem Spiel von Kindern im Ghetto und Konzentrationslager beschäftigt. Eisen beschrieb, dass das Spiel in einer solchen ausweglosen Lage, die einzige Möglichkeit war, sich mit den grauenvollen Ereignissen auseinanderzusetzen, und somit die einzige Möglichkeit zu überleben darstellte. Das Nachspielen der erlebten Realität in Rollenspielen bot damals diesen Kindern die einzige Möglichkeit, Realitätsbewältigung durch Assimilation und Akkommodation zu erlangen. Im Spiel war es auch möglich der schrecklichen Alltagswelt in eine Wunschwelt zu entfliehen. Oerter, der sich mit der Funktion des Spiels auseinandersetzt, leitet daraus allgemeine Funktionen des Spiels bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse ab. Aus meiner Sicht lässt sich dies auch sehr

gut auf die Funktion des Spiels bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen übertragen.

Therapeutisches Spiel zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen

Im Spiel kann Realität (unfassbar) als alltäglich und selbstverständlich dargestellt und integriert werden. Nachspielen stellt durch Wiederholen die Möglichkeit dar, mit schwer integrierbaren Erfahrungen fertig zu werden. Im Spiel kann durch eine Transformation der Realität, neuer Lebensraum und die Erfahrung von Selbstbewusstsein geschaffen werden. Hilfreich am Spiel ist es für traumatisierte Kinder und Jugendliche dadurch, dass sie die traumatischen Ereignisse zum ersten Mal darstellen, das Geschehene wahrzunehmen und zu verstehen, was eigentlich passiert ist. Dargestelltes ist sichtbar und damit leichter zu begreifen. Für bestimmte Geschehnisse fehlen oft die Worte. Vieles lässt sich nur schwer mit Worten ausdrücken, manchmal kennen die Kinder und Jugendlichen die Worte für diese Ereignisse überhaupt nicht. Manchen Kindern und Jugendlichen fällt es schwer, laut auszusprechen, was passiert ist. Sie scheuen sich davor, weil es kaum aushaltbar ist. Das Spiel stellt ein Zwischenstadium dar, indem es Kindern und Jugendlichen ermöglicht, dem Therapeuten etwas mitzuteilen, ohne gleich zu sehr beteiligt zu sein, da eine Spielfigur die Rolle des Kindes übernimmt. Durch schrittweise Annäherung an das traumatische Erleben und durch Identifizierung mit den Spielfiguren wird eine Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen und eine Bewältigung möglich. Erzählverbote können durch Spiel umgangen werden, ein Kind erzählt ja nicht, sondern zeigt der Therapeutin nur etwas. Eine Möglichkeit ist auch, dass das Kind sich über ein anderes Objekt (Handpuppe, Spielfigur) mitteilt. Auch so kann es Schweigegebote umgehen.

Im Spiel lässt sich etwas darstellen, ohne dass es sich um einen Selbst handelt. Ein Stofftier, eine Puppe usw. kann für das Kind sprechen. Einem Stofftier

oder einer Handpuppe kann man leichter etwas erzählen, als einem Menschen. Vor allen Dingen, wenn das Vertrauen noch nicht so groß ist.

Das Kind/der Jugendliche kann im Spiel und im Umgang mit Gegenständen seine Wut gefahrlos zeigen, indem es/er mit Puppen oder Gegenständen agiert, ohne dass es den Therapeuten oder die therapeutische Beziehung irgendwie in Gefahr bringen muss. Im Spiel hat das Kind die Kontrolle. Es kann entscheiden, was es spielt und wie es das spielt. Gerade traumatisierten Kindern gibt es ein Gefühl von Sicherheit, wenn sie bestimmen können. Es ist davon auszugehen, dass das Kind/der Jugendliche, ohne entsprechende therapeutische Unterstützung in der traumatischen Situation stecken bleibt. Im Spiel wird es motiviert, in der heutigen Situation einen Weg aus seinem traumatischen Erleben zu finden.

Was bei der Spielbegleitung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu beachten ist

Um Sicherheit und Vorhersagbarkeit zu vermitteln sollte der Therapeut immer das gleiche vertraute Spielmaterial in seinem Spielzimmer haben. Natürlich ist es wichtig, dass der Therapeut entsprechendes Spielmaterial bereit hält, mit dem sowohl Kinder entsprechende Szenen spielen können, als auch Jugendliche entsprechende Szenen darstellen können. Notwendig ist, dass auch Spielmaterial vorhanden ist, mit dem man schreckliche Dinge darstellen kann. Der Therapeut muss aufmerksam sein, was ihm das Kind im Spielprozess mitteilen will. Er sollte es ermutigen, damit fortzufahren und Ängste und Hindernisse zu überwinden.

Er kann zum Angstabbau Spielfiguren agieren lassen und dadurch Kontakt zum Kind/Jugendlichen aufnehmen.

In meinem Spielzimmer sind die Janoschfiguren Tiger und Bär aus Plüsch meine wichtigsten Gehilfen. Sie können viel einfacher Kontakt zum Kind aufneh-

men als ich. Sie trauen sich Dinge zu sagen, die ich nie sagen würde, und sie können auch mal über mich schimpfen oder sich über mich lustig machen.

Bekannt sind die traumatischen Wiederholungen, mit denen Kinder das Trauma im Spiel inszenieren. Wichtig ist, dass der Therapeut in Phasen der Stagnation im traumatischen Spiel wahrnimmt, welche Impulse das Kind zur Weiterentwicklung braucht und ihm diese Impulse auch vermittelt. In dieser Phase kann der Therapeut auf verschiedene Arten intervenieren, zum Beispiel eine ihm zugeteilte Rolle überspitzt darstellen, neue, sicherheitsgebende Spielfiguren einführen, die zum Kind Kontakt aufnehmen und es unterstützen können. Er kann aktiv dazu beitragen, angenehme und schöne Spielzeiten zu schaffen, die das Kind/Jugendliche dann als Ressource nutzen kann. Das Spiel ist im Rahmen der Spieltherapie nicht nur die Möglichkeit, schreckliche Erlebnisse zu bewältigen, sondern es hilft dem Kind auch, zu entdecken, welche Fähigkeiten es hat, welche Entwicklungsmöglichkeiten ihm zur Verfügung stehen und welche Tätigkeiten es finden kann, die ihm Spaß machen und die das Leben lebenswert machen. So gesehen stellt Spiel einen Aspekt von Hoffnung auf ein lebenswertes Leben dar.

Literatur

- Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen. Klett-Cotta, 1999.
- Fiedler, Peter: Dissoziative Störungen und Konversion; Beltz PVU 1999
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, 1999.
- Herbert, Martin: Posttraumatische Belastungsstörung. Trainings für Eltern, Kinder und Jugendliche. Band 12. Huber 1999, zitiert Yule: Jupiter-Studie (Untersuchung mit britischen Schulkindern, die im Jahre 1988 den Untergang eines Kreuzfahrtschiffes überlebt haben).
- Herman, Judith: Narben der Gewalt. Jungfermann, 2003.
- Huber, Michaela: Trauma und Traumabehandlung. Teil 1 und 2. Jungfermann, 2003.
- Oerter, Rolf: Psychologie des Spiels. Quintessenz, 1993.

Atem- und Muskelentspannung von Reinhard Tausch jetzt auch auf CD

Beide Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind seit Jahren in vielen Tausend Exemplaren auf Audio-Kassetten im Einsatz, bei Patienten der Psychotherapie, der Medizin, bei Teilnehmern von Stress-Seminaren und bei Personen mit Wunsch nach Minderung von seelischen und körperlichen Belastungen. Der Text ist von Prof. Dr. Reinhard Tausch, der ihn auch besprochen hat. Die Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind jetzt auch auf CD erhältlich.

Jede CD enthält eine erklärende Einführung (ca. 30 Minuten) und den Anleitungstext „Tägliche Praxis“ (ca. 25 Minuten). An Hand des CD-Textes können die Benutzer ohne weitere Anleitung oder Vorkenntnisse die Entspannungsübungen durchführen.

Die Atementspannung ist entsprechend der Methode von H. Benson (The relaxation response), die Muskelentspannung ist nach E. Jacobson (Progressive relaxation) gestaltet.

Ausstattung: CD inkl. Labeldruck schwarz, Booklet 2 Seiten und Inlay Farbe, Jewelcase.

Preis: je 8,50 € pro Stück zzgl. Versandkosten.

Bezug: GwG-Verlag
Melatengürtel 125a · 50825 Köln
Telefon (0221) 925908-0
Telefax (0221) 251276
E-Mail: gwg@gwg-ev.org
Internet: <http://www.gwg-ev.org>