

Konzentrierte Bewegungstherapie

Grundlagen und störungsspezifische Anwendung

Bearbeitet von
Evelyn Schmidt

1. Auflage 2016. Taschenbuch. 406 S. Paperback
ISBN 978 3 7945 3110 3
Format (B x L): 16,5 x 24 cm
Gewicht: 753 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

22 Traumatisierung und Frühstörungen bei Kindern

Marina Müller und Andrea Plank-Matias

Im Folgenden beschreiben wir unsere KBT-Arbeit in einer halboffenen Gruppe mit früh- und bindungsgestörten, traumatisierten Kindern und Jugendlichen im klinischen Setting. Die beschriebenen Beispiele aus den Gruppentherapiestunden fanden im Rahmen einer umfassenden bindungsorientierten psycho- und traumatherapeutischen Behandlung im milieutherapeutischen Setting statt (Brisch 2011). Sie sind in abgewandelter Form auch auf Gruppen mit anderen Störungsbildern übertragbar. Die behandelten Kinder sind im Schnitt zwischen 8 und 14 Jahre alt. Ziele der Gruppentherapie sind die Stabilisierung und Ressourcenaktivierung. Die Kinder sollen auf dem Weg zur Gruppenfähigkeit begleitet werden.

22.1 Phänomenologie

Bindungsstörung und Trauma

Kinder, die in ihren ersten Lebensjahren über einen längeren Zeitraum traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, z. B. durch schwere Formen der emotionalen und körperlichen Vernachlässigung, durch wiederholte Verluste von Bindungspersonen oder durch kumulative Erfahrungen von sexueller und körperlicher Gewalt, entwickeln eine Bindungsstörung, die sich auf ihre psychische Struktur auswirkt und sich in vielfältigen posttraumatischen Belastungen mit sehr unterschiedlicher Symptomatik zeigen kann (Brisch 2003, 2005; Streeck-Fischer 2014). Durch ihre traumatischen Erfahrungen

ist ihr inneres Arbeitsmodell von Bindung erschüttert, fragmentiert, desorganisiert oder sogar zerstört. Diesen Kindern fehlt das verinnerlichte Gefühl von emotionaler Sicherheit, auf das sie zur Selbstberuhigung und emotionalen Stabilisierung zurückgreifen könnten (Brisch 2003).

Sie konnten kaum Vorstellungen von sich selbst und von anderen entwickeln; häufig verbreitet ist die Vorstellung, sie selbst seien schlecht (Heller u. LaPierre 2014). Oft schreiben sie ihre eigenen Gefühle anderen zu oder übernehmen Haltungen und Verhaltensweisen von anderen. Objekt Konstanz konnten sie nicht aufbauen, weil ihre Welt nicht vorhersehbar war (Streeck-Fischer 2014). Dadurch haben sie auch »wenig Einsicht in Zusammenhänge zwischen dem, was ihnen passiert ist und dem, was sie tun, fühlen und was ihnen zugestoßen ist« (Streeck-Fischer 2014, S. 208). Ihre Affekte wurden nicht reguliert, ihr Stress blieb »ungehalten« im wahrsten Sinne des Wortes (Streeck-Fischer 2014, S. 179). Die Fähigkeit zur Selbststeuerung ist bei den betroffenen Kindern wenig ausgeprägt, Affekte brechen in inneren und äußeren Belastungssituationen durch und Impulse können nicht gesteuert werden (Peichl 2007).

Kinder, die sich früh in ihrem Leben in ihrer Not nicht nach außen an einen Menschen wenden oder ihre Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand lenken konnten, erwerben ein Stresscopingmuster, das die Aufmerksamkeit frei flottieren lässt: Die Umgebung wird gescannt, ohne etwas zu fokussieren, der Kontakt zur Objektwelt und Bindungsperson wird verhindert, die Kinder »sehen, ohne wahrzunehmen« (Streeck-Fischer 2014, S. 193).

Bindungsstörungen und schwere Traumatisierungen zeigen sich in den Schwierigkeiten der Kinder, tragfähige Beziehungen auf angemessene Art aufzunehmen und zu gestalten. Ihre Beziehungen sind von Destruktivität und häufigen Abbrüchen gekennzeichnet. Angemessen aufeinander bezogener Körperkontakt ist nicht möglich, die Kinder schlagen, beißen oder kratzen zum Beispiel. Ihnen fehlt das Erfahrungswissen, wie eine positive Beziehung überhaupt aussehen könnte, und sie haben Angst vor Nähe, weshalb sie oft genau die Momente zerstören, in denen Beziehung gelingen könnte.

Charakteristisch ist das Gefühl, »nirgendwo dazugehören, immer außen vor zu sein« (Heller u. LaPierre 2014, S. 62). Dieses Fremdheitsgefühl und das Gefühl, verloren zu sein, nehmen wir häufig wahr, ebenso wie ein starkes Rückzugsbedürfnis.

In der Gegenübertragung wird die Beziehungslosigkeit spürbar, was in der Therapeutin Hilflosigkeit und Frustration erzeugen kann; Kontaktaufnahme scheint unmöglich. Weitere häufige Gegenübertragungsgefühle sind Leere, Sprachlosigkeit, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, Scham, Wut, das Empfinden einer Überflutung von Gefühlen oder Erschöpfung. Im Beziehungsgeschehen zeigen sich oft Täter-Opfer-Konstellationen. Traumatisierte Kinder reinszenieren häufig das Erlebte und verleiten zu Grenzüberschreitungen (Streeck-Fischer 2014). So provozieren sie z. B. ein Anfassen oder andere körperliche Übergriffe durch Familienmitglieder oder Therapeuten.

Die traumatischen Erfahrungen der Kinder manifestieren sich weiterhin in einem niedrigen Strukturniveau und in mittel- und langfristigen Entwicklungsstörungen, die die affektive, körperliche und kognitive Ebene betreffen können. Diese werden z. B. sichtbar in Entwicklungsstopps mit Verhaltensweisen aus früheren Entwicklungsstufen oder fluktuierenden Entwicklungsniveaus wie einem Pendeln zwischen kleinkindhaftem und altersentsprechendem Verhalten (Streeck-Fischer 2014).

Ein 10-jähriger Junge wechselt häufig plötzlich zwischen kleinkindhaftem Benehmen, will z. B. an der Hand geführt werden, und dann wieder pubertierendem Verhalten, das von der Therapeutin andere Antworten erfordert.

Ein anderes Kind im Grundschulalter liegt plötzlich auf dem Rücken und strampelt wie ein Baby mit den Beinen.

Erregungskontinuum

Eines der traumabedingten Hauptsymptome der Kinder, mit denen wir arbeiten, ist ihr hohes Erregungsniveau. Auf dem Weg von der Bedrohung zur Traumatisierung durchlaufen die Kinder mehrere Erregungsstufen (über Unruhe/Alarmiertheit, Bewertung/Erprobung von Kampf/Flucht/Totstellen bis zur Dissoziation und Kapitulation), in denen von Stufe zu Stufe der Leitaffect *Angst* zunimmt (Peichl 2007; Streeck-Fischer 2014). Die Dissoziation ist der primäre Schutzmechanismus, um mit der überwältigend hohen energetischen Ladung von Bedrohungen umzugehen und (bedrohliche) Beziehungen auf ein Minimum zu beschränken (Heller u. LaPierre 2014). Ein häufiges Phänomen in unseren Gruppen sind deshalb in unterschiedlichem Maß dissoziierende Kinder, die durch diesen Mechanismus nicht nur die sensorische Verbindung nach außen, sondern auch die nach innen kappen: »ein Zustand des Beziehungsverlustes zu sich und der Welt tritt ein« (Peichl 2007, S. 36 f.). Wir sehen dann Kinder, die plötzlich aus der Gruppe herausfallen, verloren im Raum stehen oder unverbunden durch den Raum rennen. Mit dem Körper und seinen Grenzen sind Erfahrungen von Überwältigung und Schmerz verbunden, die durch den Schutzmechanismus der Dissoziation nicht wahrgenommen werden. Häufig betrifft dies auch die damit verbundenen Gefühle, Körpergrenzen, aktuelle Schmerzen, aber auch angenehme körperliche Gefühle. Die Sinneswahrnehmung ist ebenfalls oft eingeschränkt (Streeck-Fischer 2014).

Ein Junge löst sich plötzlich aus der Gruppe, geht eigene Wege, blickt stumpf vor sich hin, schleudert stereotyp sexuelle Schimpfwörter in den Raum. Er ist weder für Worte noch für Blickkontakt zugänglich, wirkt wie in Trance.

Die Kapitulation bedeutet auf der körperlichen Ebene, dass ein Rückzug unter Aufgabe der Peripherie des Körpers (Arme, Beine) erfolgt, der sich in den Gruppen auch äußerlich an den unlebendigen, schlaffen und »unsichtbaren« Kindern zeigt.

Bei Babys und Kleinkindern wird in Gefahrensituationen, wie sie der Verlust der Abstimmung und der Verbundenheit mit einer Betreuungsperson bedeutet, immer das »Panik-Bindungs-System« aktiviert (Peichl 2007, S. 32). Das Baby sendet »Notrufe« aus, es schreit, um die Bindungsperson zu Hilfe zu holen, und reagiert mit gesteigerter Motorik (Harms 2008). Dieses Verhalten beobachten wir auch bei vielen traumatisierten Kindern, bei denen emotionale und körperliche Erregung noch eng verbunden sind. In der Gegenübertragung erzeugen sie in uns Bilder von schreienden Säuglingen in Not.

Kumulative Traumata bewirken, dass sich die ursprüngliche Alarmreaktion auf die drohende Gefahr verselbstständigt. Durch die chronifizierten, mit hoher Erregungsspannung und Verteidigungsbereitschaft verbundenen Alarmzustände geraten traumatisierte Kinder bei kleinsten Anlässen in Panik. Sie erleben die Welt als bedrohlichen Ort und können deshalb nicht entspannen (Peichl 2007). Im Schutz der Gruppe und durch ihre Verstärkerwirkung projizieren die Kinder alle negativen Bilder von bösen, beherrschenden und bedrohlichen Erwachsenen auf die Therapeutinnen und reagieren mit Aggression und Widerstand (Aichinger u. Holl 2010). Das Erregungsniveau steigert sich in den Gruppen extrem schnell, häufig herrscht eine Stimmung der drohenden Gefahr (»gleich passiert etwas«). Innerhalb von wenigen Minuten können Kampf und Chaos entstehen, Kinder rennen dann z. B. in einem

Affektsturm durch die Turnhalle und sind für Blickkontakt und Ansprechen nicht zugänglich. Ausgangspunkt ist oft ein Kind, dessen Erregungsniveau ansteigt. Schnell erhöht sich dann auch das allgemeine Aktivitätsniveau, die Bewegungen im Raum werden schneller, die Beziehungslosigkeit wächst. Typisch sind plötzlich und unerwartet auftretende Handlungen und Ereignisse, wie z. B. die unvermittelte Zerstörung einer Gestaltung oder aggressive Akte, die eine schnelle Reaktion seitens der Therapeutin erfordern, um eine Eskalation zu verhindern.

In einer traumatisierenden Situation, in der die Welt des Kindes in ihren Grundfesten erschüttert wird und alle Sicherheit zusammenbricht, geht auch die räumliche und zeitliche Orientierung des Kindes verloren. Traumatisierte Kinder haben deshalb oft kein konsistentes Gefühl von Raum, Zeit und Entfernung entwickelt (Streck-Fischer 2014). Dies zeigt sich an zeitweise im Gruppenraum wie »blind« umherirrenden Kindern, die sich im Raum nicht orientieren können und Schwierigkeiten haben, Nähe und Distanz zu regulieren, oder Kindern, die vergesslich sind und sich selbst nicht organisieren können.

Wir beobachten Kinder, die »zu viele« Reize von außen aufnehmen, hypervigilant sind und dadurch versuchen, alle Gefahren wahrzunehmen¹, oder Kinder, die Hyperaktivität, Impulsivität oder große Angst zeigen (Kampf-Flucht-Muster). Andere Kinder wiederum sind eher abgestumpft, nehmen sehr wenig Reize wahr, tendieren eher zum Rückzug nach innen und zu Dissoziation; sie wirken erstarrt, affektiv und sensorisch betäubt oder neigen zu Tagträumen.²

Zusammengefasst sind das hohe Erregungsniveau, die erhöhte Kampf-, Flucht- und Verteidigungsbereitschaft, das Gefühl des Bedrohtseins, Beziehungslosigkeit und Rückzugstendenzen sowie die mangelnde Fähigkeit zur Nähe-Dis-

¹ Ein Kind beschreibt, es habe einen Radarschirm, der sich immer rundherum drehe und alle Gefahren sehe.

² Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Umgang mit Trauma siehe Volmer (2013).

tanz-Regulation Hauptkennzeichen unserer Gruppen, die zu Dauerkonflikten und territorialen Auseinandersetzungen führen.

Um für Stabilität in einer Gruppe zu sorgen, ist es für die Therapeutin wichtig, die Kinder in ihrem Erregungsspektrum gut einschätzen und regulieren zu können und zu beachten, dass früh traumatisierte Kinder sich mitunter auf einem hohen Erregungslevel befinden können, auch wenn sie äußerlich ruhig wirken.

Körper-, Handlungs- und Bewegungsebene

Die traumatisierenden Erfahrungen der Kinder zeigen sich in ihren Körpern sowie in ihrem hohen Erregungsniveau und sind sichtbar in ihrem Bewegungsverhalten und ihren Handlungen. In der traumatischen Situation haben die Kinder eine vitale Diskrepanz zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten erfahren. Wie bei anderen vital bedeutsamen, unterbrochenen Handlungen, Beziehungskonflikten oder traumatischen Themen gibt es eine Tendenz zur Wiederaufnahme (Schmitz 2004).

Aufgrund ihrer Geschichte werden die Kinder in den Gruppen schnell getriggert³ und reagieren dann mit den genannten Überlebens-techniken wie Kampf, Flucht, Erstarrung oder Dissoziation. Ihre emotionale Erregung und traumatischen Erfahrungen drücken sich auf

³ Trigger: Körperempfindungen wie Gerüche, Geräusche, Gefühls, Geschmecktes, Erblicktes werden automatisch und unbewusst mit der Traumasituation assoziiert und lösen den genetisch vorprogrammierten Notfallplan (Kampf, Flucht, Erstarrung) aus, um eine erneute Traumatisierung zu verhindern. Bei traumatisierten Menschen ist das Gehirn nicht mehr vollständig in der Lage, Gefahren realistisch einzuschätzen. Es ist hochsensibel für alle Wahrnehmungen und reagiert auch in objektiv unbedrohlichen Situationen mit den physikalischen Notprogrammen – so, als würde das ursprüngliche Trauma noch bestehen (Volmer 2013). Das Gefühl, Situationen aushalten zu müssen, kann z. B. das alte Trauma reaktivieren. Dies ist bei der Angebotsgestaltung zu beachten.

der körperlichen Ebene z. B. in einem hohen Muskeltonus und hyperaktivem, impulsivem Bewegungsverhalten, aggressivem Um-sich-Schlagen oder autoaggressivem Verhalten aus oder auf der anderen Seite durch ein Rückzugsverhalten, das auf Fluchtimpulse oder dissoziative Reaktionen verweisen kann. Häufige Phänomene in unseren Gruppen sind die Angst vor offenen Plätzen oder aber Platzangst.

Die Kinder können sich in Bewegung oft nicht regulieren, rennen z. B. »kopflos« oder wie blind durch den Raum, können Übergänge nicht gestalten, stoßen mit anderen Kindern zusammen, sind »außer sich« oder verlieren sich in ihrer Innenwelt. Sehr gehaltene, abgehakt wirkende oder auch chaotisch erscheinende Bewegungen sowie fremdartig anmutende Bewegungsstereotypen können auf unterbrochene Handlungen aus der ursprünglichen traumatischen Situation oder aus schwierigen Situationen mit den wichtigen Bindungspersonen verweisen. Bereits als Säugling zeigen bindungsgestörte Kinder widersprüchliche motorische Verhaltensweisen, indem sie sich zum Beispiel in bindungsrelevanten Situationen einer Bindungsperson zu- und gleich wieder abwenden (Brisch 2003). In der Körperresonanz ist dieses Stecken zwischen zwei Impulsen (»Ich will hin und weg«) wahrnehmbar, und es wird für die Therapeutinnen auch erfahrbar. Kinder suchen zum Beispiel den Körperkontakt und stoßen dann das Gegenüber sofort wieder weg. Die traumatischen Erfahrungen der Kinder führen zu schweren Beeinträchtigungen des Körperselbsterlebens. Diese Kinder sind in ihrer Selbstwahrnehmung und in der Wahrnehmung anderer Kinder gestört (Brisch 2003). Sind Kinder früh in ihrem Leben chronischen Bedrohungen ausgesetzt, können sich angemessene Grenzen erst gar nicht ausbilden, weshalb diese Kinder sich oft dem Ansturm von Umweltreizen oder menschlichem Kontakt nicht gewachsen fühlen; sie sind unfähig, äußere Reize zu filtern. Häufig können sie auch den Unterschied zwischen innen und außen nicht erkennen (Heller u. LaPierre 2014). Sie erleben sich und ihre Grenzen oft als fließend, scheinen mit ihrer