

HEINZ LÄNGLE

KIDS & TRAUMATISCHE KRISEN

Krisenintervention beim NÖ Akutteam mit Blick auf systemische Interventionen bei Kindern und deren Eltern



SEIT SEINER GRÜNDUNG im Jahr 2001 arbeite ich, anfangs als Klinischer Psychologe, im Akutteam NÖ. Nach einer Fortbildung im Bereich der Psycho-traumatologie war der nächste Schritt die Ausbildung zum Systemischen Familientherapeuten,

wobei speziell in der Arbeit mit Familien und Kindern sich die systemische Herangehensweise und „Sprache“ der Familientherapie für mich als sehr hilfreich herausgestellt haben.

Während meiner Zeit beim Akutteam habe ich nun schon etwa 550 Einsatzstunden geleistet. Dabei waren in jedem zweiten Fall Kinder irgendwie betroffen oder involviert.

Fast alle Kolleginnen und Kollegen sind nun speziell für die Arbeit mit Kindern geschult, wobei ich bei dieser Fortbildung auch als Referent mitwirken durfte.

1. DAS PSYCHOSOZIALE AKUTTEAM NIEDERÖSTERREICH

Die „Psy-Kräfte“ sind zu einem großen Teil PsychologInnen und PsychotherapeutInnen sowie ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen. Die Betreuung ist für die Betroffenen kostenlos. Zusätzlich wird auch soziale Beratung angeboten. Das Akutteam kann unter der Telefonnummer 144 für alle Einsatzkräfte und ÄrztInnen sowie alle Institutionen angefordert werden.

Für MitarbeiterInnen gibt es regelmäßige fachliche Supervisionen bei ExpertInnen auf dem Gebiet der Psycho-traumatologie und/oder Notfallpsychologie sowie die Möglichkeit der Einzelsupervision bei besonders belastenden Einsätzen. Die Supervision und die Teilnahme sind unverzichtbarer Bestandteil des Systems des Akutteams. Dies geschieht aus grundsätzlichen Überlegungen – jemand, der in einem solch „dramatischen“ Bereich arbeitet, muss sorgsam mit sich umgehen. Die Organisation muss dafür sorgen, da in vielen Einsätzen die Psy-Kräfte alleine vor Ort fahren und daher extrem belastet werden.

Entwicklung der Einsätze

Die Anzahl der Alarmierungen nahm stetig zu – im Jahr

2001 40 Fälle in 4 Monaten, 2002 130 Fälle, im Jahr 2003 175 Fälle, im Jahr 2004 190 Fälle und im Jahr 2005 311 Fälle. Dies betraf im Durchschnitt 2,5 Personen pro Fall (Familien, Freunde, Kollegen von Betroffenen), somit wurden bisher ca. 4000 Personen betreut. Ein zunehmender Bekanntheitsgrad, vor allem auch im Zuge des Großeinsatzes (personell, medial und zeitlich) im Rahmen des Jahrhunderthochwassers im Sommer 2002 vervielfachte die Standardeinsätze, und das Akutteam gehört inzwischen zum selbstverständlichen Angebot auf Landesebene. Seit 2007 gibt es fast 400 Einsätze pro Jahr.

Bei den Betroffenen senkte sich offensichtlich die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme der Leistung und die Alarmierungsrate ist steigend. Die Medienpräsenz und die sachliche, seriöse und informative Berichterstattung über akutpsychologische Angebote und Zielsetzungen leisteten hier sicher einen wichtigen Beitrag.

Sichtweise der Hilfestellung

Wichtig ist, dass die Interventionen nicht pathologisieren sollen und ressourcenorientiert vorgegangen wird. In der Akutpsychologie ist die Haltung des Intervenie-renden eine Grundlage zur „Wiedergesundung“. Die Betroffenen werden lt. Leitbild als mündige, selbstständige Personen gesehen, deren Ressourcen durch das massive Ereignis akut beeinträchtigt sind, nicht als kranke, unmündige Patienten. Dies soll in jedem einzelnen Schritt der Betreuung berücksichtigt werden und ist in Fortbildung, Fallarbeit, Intervention und Supervision immer wieder Thema.

2. KRISE UND TRAUMA – BEDEUTUNG FÜR KINDER UND DEREN ELTERN

Eine psychosoziale Krise ist gekennzeichnet durch den Verlust des seelischen Gleichgewichts, ausgelöst durch Ereignisse oder Lebensumstände, die der betroffene Mensch im Moment nicht bewältigen kann. Die Umstände überfordern die früher erworbenen und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung von belastenden Situationen. Eine Krise ist kein krankhafter Zustand.

Ein Trauma bezeichnet eine Verletzung, die eine Wunde

hinterlässt. Mit Hilfe von Psychotherapie kann ein seelisches Trauma bearbeitet werden.

Als Notfall wird ein außergewöhnliches Ereignis bezeichnet – das den Rahmen des alltäglichen Lebens sprengt.

Krisen laufen immer auch im interaktionellen Bezug ab. In den meisten Fällen ist das bei Kindern die Familie. In den Familien können viele Krisen im Vorfeld abgefangen werden, aber auch erst den Krisenanlass bieten. In jedem Fall wird eine Familie während ihres Bestandes mit Krisensituationen konfrontiert, sei es die Geburt oder der Schuleintritt eines Kindes, die Trennung von einem Familienmitglied etc. Wie eine Familie auf diese Situationen reagiert hängt, mitunter davon ab, wie bisherige Krisen bewältigt und überwunden wurden. Demnach kann sowohl die Krise eines einzigen Familienmitgliedes zu einer Familienkrise heranwachsen, umgekehrt aber auch eine Familienkrise sich auf ein einziges Mitglied niederschlagen (vgl. Sonneck, 2000).

Ob jemand seine Familie in den Krisenbewältigungsprozess miteinbeziehen will oder nicht, muss natürlich von den Fachkräften akzeptiert werden, allerdings kann hierfür auch die Einstellung der Fachkräfte von Bedeutung sein. Auch kann besonders bei Kindern ein kurzzeitiges Herausnehmen aus der Familie helfen, so z. B. bei einem besonders brutalen Missbrauchsfall mit dem Täter innerhalb der Familie. Bei Kindern werden im Regelfall auch die sie in der Kriseninstitution begleitenden Personen miteinbezogen – immer aber in Abhängigkeit von ihrer Zustimmung.

Die Krisenintervention mit Familien ist der Einzelkrisenintervention sehr ähnlich. Es gibt jedoch folgende Unterschiede: Die Krise wird als Familienproblem aufgefasst und nicht innerpersönlich. Außerdem stehen die Rollen bzw. -konflikte der Einzelpersonen im Vordergrund und auch die Wirkung eigener Handlungen auf die anderen wird reflektiert. Das Überwinden der Krise ist Ziel aller Familienmitglieder und jeder übernimmt seinen Part zur Krisenbewältigung (nach Sonneck, 2000).

3. TRAUMA – AKUTBEHANDLUNG/KRISENINTERVENTION ODER THERAPIE?

Laut Gernot Sonneck ist zwar die Krisenintervention

eine eigene Technik und keine Therapieform, jedoch können auch verschiedene psychotherapeutische Verfahren in die Arbeit mit einfließen. Ein großer Unterschied zur Psychotherapie ist aber, dass in der Krisenintervention die Vergangenheit der Betroffenen nur insofern behandelt wird, als sie zum Verstehen der Krise und deren Bewältigungsmöglichkeiten von Relevanz ist. Auch kann eine tiefer greifende Persönlichkeitsänderung im Rahmen einer Krisenintervention nicht erreicht werden und wird auch gar nicht angestrebt. Was aber gerade die Krisenintervention mit Kindern angeht, werden hier mehr therapeutische Elemente angewendet.

Nach Gernot Sonneck ist es wichtig, eine Krisenintervention strikt von einer Therapie zu trennen, d. h., dass auch nicht die gleiche Person, die die Intervention durchgeführt hat, die Betroffenen therapieren soll. Es hat sich aber für viele Betroffene als sinnvoll erwiesen, an die Krisenintervention eine Psychotherapie anzuschließen. In diesem Fall kann die Krisenfachkraft dem betroffenen Menschen helfen, eine geeignete Therapiemöglichkeit zu finden.

Die Besonderheit an der Arbeit mit Kindern

Kinder reagieren sehr unterschiedlich auf Notfälle. Es zeigt sich jedoch, dass Kinder sehr häufig das Verhalten ihrer Bezugspersonen spiegeln und daher das ausdrücken, was in einer Familie an unausgesprochenen Dingen da ist.

Die jeweilige Umwelt des Kindes muss genau beobachtet werden, und die Bezugspersonen werden bei der Hilfe einbezogen. Kinder kann man mit der Situation konfrontieren, wenn sie entsprechend vorbereitet werden. Das Ansprechen der Gefühle spielt dabei eine große Rolle. Verzweiflung, Wut, Trauer, Angst und Sehnsucht sollen von der Betreuerin angesprochen werden. Die Alltagssituation des Kindes hat sich geändert, und darüber soll geredet werden. Weitere Trennungssituationen sollen tunlichst vermieden werden. Das Gefühl der Sicherheit ist in dieser Phase für Kinder sehr wichtig. Die Kinder soll man am Geschehen teilhaben lassen. Man kann sie zu einem Begräbnis mitnehmen und dabei mit ihnen alles besprechen, was bei dieser Feier passiert.

Kinder zeigen meist eine erhöhte Ängstlichkeit, oft ergeben sich Verhaltensprobleme.

Manche Kinder reagieren nach innen, andere nach außen. Regression, Bettnässen, Daumenlutschen sowie Aggression und Rückzug sind häufige Verhaltensmuster.

Die Kinder ahmen nach, wie die Erwachsenen auf einen Notfall reagieren und sie spüren ganz genau die Unsicherheit bei den Erwachsenen. Die Körpersignale der Erwachsenen sind hier von immenser Bedeutung.

Kinder neigen in Notfällen dazu, Grenzen zu überschreiten. Hier sollen die Erwachsenen nicht vergessen, ihre eigenen

Grenzen deutlich auszudrücken. Das hilft allen Beteiligten, wieder zum Alltag zurückzukehren.

Eltern sollen Zuwendung und Nähe geben. Die Kinder sollen spüren, dass Schutz und Zuwendung möglich sind. Die Kinder brauchen ein Gefühl von Kontrolle.

4. AKUTBEHANDLUNG

Wie spricht man mit Kindern nach Notfällen?

Kinder sind sehr neugierig. Sie wollen gerne wissen, was in der Welt passiert.

Eltern oder andere Bezugspersonen sollen die Kinder ermutigen, Fragen zu stellen. Kinder zeigen Interesse, wenn sie oft die gleiche Frage stellen. Hier ist Geduld notwendig. Kinder reden nicht gerne mit anderen Kindern über das Ereignis. Hier benutzen sie Ablenkungsstrategien. Schildern Sie die Fakten wahrheitsgemäß. Die Kinder merken später, wenn sie nicht ernst genommen worden sind. Kinder nehmen auch viele Dinge wörtlich.

Die psychische erste Hilfe für Kinder ist altersabhängig. Bei Kleinkindern ist der Körperkontakt und das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit vorrangig. Die Kinder dieser Altersgruppe sind leicht irritierbar und brauchen

Schutz. Kindergartenkinder und Schulkinder können durch Erklärungen und durchgehende Betreuung ein Stück Sicherheit bekommen. Sie verlangen nach Informationen und Erklärungen. Hier ist es hilfreich, dass die kindlichen Reaktionen folgendermaßen beschrieben

BEI DER KRISENINTERVENTION MIT KINDERN NACH EINER TRAUMATISCHEN ERFAHRUNG SOLL ALS OBERSTES ZIEL EINE EMOTIONALE STABILISIERUNG ERREICHT WERDEN. DABEI STEHEN UNTERSTÜTZUNG UND STÄRKUNG DES SELBSTBEWUSSTSEINS DER KINDER IM MITTELPUNKT. ALS GRUNDLAGE MUSS JEDOCH GEWÄHRLEISTET SEIN, DASS EIN KIND VOR EINER MÖGLICHEN WIEDERHOLUNG DES TRAUMAS GESCHÜTZT IST.

werden: „Deine Reaktion ist normal, das Ereignis ist ungewöhnlich.“

Jugendliche zeigen oft ein erhöhtes Risikoverhalten. Hier ist es besonders schwierig, Sprechgelegenheiten zu schaffen. Jugendliche zeigen auch ein Rückzugsverhalten. Das Normalisieren der Reaktionen ist hier enorm hilfreich (vgl. Längle, 2006).

Therapeutische Methoden in der Arbeit

mit traumatisierten Kindern und deren Eltern

Bei der Krisenintervention mit Kindern nach einer traumatischen Erfahrung soll als oberstes Ziel eine emotionale Stabilisierung erreicht werden. Dabei stehen Unterstützung und Stärkung des Selbstbewusstseins der Kinder im Mittelpunkt. Als Grundlage muss jedoch gewährleistet sein, dass ein Kind vor einer möglichen Wiederholung des Traumas geschützt ist – also z. B. bei sexuellem Missbrauch vor dem Täter in Sicherheit gebracht wird. Die Intention der Krisenfachkraft ist es, an soziale Ressourcen, die für das Kind bereits vor dem Trauma wichtig waren, anzuknüpfen. Die Aufmerksamkeit des Kindes wird darauf gelenkt, dass es Strategien eingesetzt hat, die ihm beim Aushalten des traumatischen Ereignisses geholfen haben. Damit

wird das negative Bild des Kindes von sich selbst infrage gestellt. Das Kind kann aus der passiven Haltung heraustreten und seinen Handlungsspielraum erkennen. Es bekommt wieder das Gefühl, Kontrolle über das eigene Leben zu haben, was ein wichtiger Punkt in der Krisenintervention ist.

Zu beachten ist, dass sich Kinder auch sehr stark an den Reaktionen der Erwachsenen auf das Geschehen orientieren. Barbara Juen empfiehlt daher folgende Grundregeln für Erwachsene im Umgang mit traumatisierten Kindern:

Die erste Grundregel lautet: Offenheit erlauben. Damit ist gemeint, dass Erwachsene den Kindern, soweit es sinnvoll ist, auch ihre wahren Gefühle zeigen – aber gleichzeitig sollten Sicherheit und Ruhe vermittelt werden. Weiters hat es sich als wichtig herausgestellt, dass Fragen des Kindes offen, ehrlich und einfach beantwortet werden. Dabei sollte auf das Alter und den Entwicklungsstand des Kindes eingegangen werden, indem keine genaueren Erklärungen gegeben werden, wenn das Kind nicht danach fragt. Auch der Schmerz und die Ängste des Kindes sollten mit ihm geteilt werden, indem man versucht, diese zu verstehen. Oft besteht die Furcht des Kindes darin, dass sich das Ereignis wiederholen könnte, jemand getötet wird, es von der Familie getrennt wird oder allein gelassen werden könnte. Dabei ist zu beachten, dass auch fantasierte Ängste des Kindes akzeptiert werden sollen, denn für Kinder sind diese Ängste real.

Nach einem traumatischen Erlebnis ist es auch wichtig, dem Kind Zuwendung, Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln – oft haben Kinder nach einem traumatischen Ereignis das Bedürfnis nach mehr Nähe. Wichtig ist auch, den Alltag des Kindes beizubehalten, soweit dies möglich ist. Daraus können Kinder auch Sicherheit gewinnen. Auch Grenzen können für Kinder eine wichtige Orientierungshilfe sein und sollten daher auch nach einem Trauma gesetzt werden – vor allem auch, wenn sich das Kind als Reaktion auf das Trauma aggressiv verhält. Eine weitere Möglichkeit, die dem Kind das Gefühl von Kontrolle wiedergibt, besteht darin, es vielfach in familiäre Entscheidungen einzubinden (nach Juen, 2004).

Lackner beschreibt drei Dinge, die hier besonders wich-

tig sind: Das Erleben von Sicherheit, Kontrollierbarkeit und Normalität (nach Lackner, 2004).

5. BEHANDLUNG VON TRAUMAFOLGEN

A) BEHANDLUNG VON TRAUMAFOLGEN MIT RESSOURCENORIENTIERTEN VERFAHREN NACH DEM MODELL VON LUISE REDEMANN

Luise Reddemann beschreibt in ihrem Buch ein dreiphasiges Traumatherapiemodell. (Reddemann, 2004) Es ist dem Modell von Lutz Besser sehr ähnlich. Die Differenzierung liegt in der sogenannten Stabilisierungsphase. Hier hat Besser eine Aufteilung in Anamnese und Stabilisierung beschrieben.

Die drei Phasen nach Reddemann: Stabilisierungsphase, Phase der Begegnung mit dem Trauma und eine Phase der Integration.

Sie legt besonders darauf Wert, dass die Patienten die ganze Behandlung hindurch genügend innere Stabilität haben. Ihr Therapieansatz ist ein integrativer und theoretisch psychodynamisch begründeter.

Sie meint, dass die Psychoanalyse mit ihren Konzepten von Übertragung und Gegenübertragung und vom Unbewussten eine hilfreiche Verstehensgrundlage bietet, die psychoanalytischen Interventionen aber modifiziert werden müssen, um den Anforderungen, die traumatisierte Menschen an eine Behandlung stellen, gerecht zu werden.

Eine weitere Grundlage ihrer Arbeit ist die Berücksichtigung der Tatsache, dass wir jeden Tag so etwas wie neue Menschen – ein anderer Mensch – sind. Auch unser Körper verändert sich ständig.

„Das einzig Unveränderliche ist die Veränderung“, sagt Laotse.

Sie beschreibt damit eine große Chance – hier liegt ein großes Potenzial für Veränderungen.

Reddemann versteht unter der Stabilisierungsphase Ich-Stärkung. Das traumatisierte Ich ist kein Normal-Ich im Sinne Freuds, und daher ist eine Modifizierung der analytischen Vorgehensweise im Sinne der Ich-Stärkung notwendig. Deshalb ist Traumatherapie für sie kein spezielles Verfahren, sondern zieht lediglich Konsequenzen aus den Bedingungen, die Klienten mitbringen.

B) STABILISIERUNGSTECHNIKEN

Arne Hoffmann beschreibt: „Traumatherapie hat sechs Phasen: Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Traumakonfrontation sowie Trauern und Neubeginn.“

Der wesentlichste Aspekt der Traumatherapie ist also, die innere Stabilität zu finden. Der Einsatz von Ich-stabilisierenden imaginativen Techniken dient zur Stärkung und dem Aufbau von Ich-Funktionen.

Die Arbeit im Akutteam beschränkt sich auch meist auf den Zeitraum der Stabilisierung. Durch das Angebot von sechs möglichen Betreuungsstunden bleibt die Betreuung auch so gut wie immer in der Stabilisierungsphase. Das ist nach meiner Erfahrung in hunderten Betreuungsstunden auch die wesentlichste Zeit. Wie bereits erwähnt, ist es im Akutteam üblich, nach dieser Betreuung an niedergelassene Psychotherapeuten weiter zu verweisen. Dort kann auch die Stabilisierung weitergehen und dann mit der Traumabearbeitung gearbeitet werden.

Vieles aus der Stabilisierungsphase bleibt für die ganze Therapie wichtig und kann während der anderen Phasen weiter Verwendung finden.

„Wir regen grundsätzlich an, für eine Balance zwischen Schreckens- und ‚guten‘ Bildern zu sorgen.“ (Nach Reddemann, 2004)

Hilfreiche Interventionen

- *Gegenbilder zu Schreckensbildern finden:*
Viele Menschen berichten, sich nach einem schlimmen Ereignis „wie in einem schwarzen Loch“ zu fühlen. Diese Gedanken kommen und tauchen immer wieder auf. Es gibt Möglichkeiten, etwas mit den Gedanken zu tun. Eine Möglichkeit ist, bewusst an etwas anderes zu denken. Ein Gegenbild zu dem Schreckensbild wird gefunden und kann immer wieder verwendet werden. Das kann vieles sein: der blaue Himmel, ein schneebedeckter Berg oder ein weißes Licht. Wichtig ist, dass das Bild stimmig ist.
- *Achtsamkeit üben:*
Achtsamkeitsübungen sind auch bei Kindern sehr

hilfreich und unterstützend, wenn sie erlebnisnah angeleitet werden.

Achtsam sein bedeutet, gegenwärtig zu sein. Und wer in der Gegenwart lebt, wird von der Vergangenheit nicht so leicht erreicht. Achtsamkeit ist also ein Gegenmittel gegen Gedanken und Bilder und Gefühle, die eigentlich der Vergangenheit angehören. Somit ist Achtsamkeit ein wirksames Mittel gegen die quälenden Intrusionen (nach Morgan, 2003).

Im Fallbeispiel 2 wird eine Achtsamkeitsübung eingesetzt. Dabei erleben die Kinder den Unterschied zwischen Anspannen und Entspannen der Muskeln. Die Kinder erleben und spüren, dass sie Kräfte haben und etwas bewegen können.

- *Übung zum sicheren Ort:*
Die Anleitung zu dieser imaginativen Übung könnte wie folgt aussehen:
Versuchen Sie sich einen Ort vorzustellen, an dem Sie sich ganz sicher und geborgen fühlen können. Dieser Ort kann auf unserer Erde sein, er muss es aber nicht. Der Ort kann genauso gut Ihrer Fantasiewelt entspringen. Denken Sie darüber nach, ob Sie an diesem Ort lieber allein sein möchten oder ob Sie sich Gesellschaft wünschen. Möchten Sie einen bestimmten Menschen an diesen Ort einladen? Sie können an Ihren sicheren Ort auch hilfreiche Wesen einladen, die Ihnen zur Seite stehen – egal, was auch passiert. Sie können diese Wesen mit allen Eigenschaften ausstatten, die hilfreich für Sie sein können. Die Wesen können liebevoll, achtsam, gütig oder weise sein. Kinder wünschen sich auch Feen, Kobolde, Fabelwesen oder Comic-Figuren.
- *Übung mit einem hilfreichen inneren Wesen:*
Diese Abwandlung der Übung zum sicheren Ort ist auch bei Kindern gut anwendbar. Ein innerer Beschützer wird installiert, der immer wieder aufgerufen werden kann.
- *Gepäck abladen:*
Diese Übung bedient sich des Bildes einer Wanderung, auf der Ballast abgegeben werden kann. Viele Klienten und auch Kinder beschreiben, dass sie kör-

perlich spüren, wie es auf den Schultern leichter wird.

- *Regler-Übung:*
„Stellen Sie sich einen Regler vor, z. B. wie bei einer Heizung. Nun fragen Sie sich, bei welcher Einstellung sich Ihr Gefühl gerade befindet, und regeln Sie dann den Knopf ein wenig herunter oder gegebenenfalls auch herauf. Wie fühlt sich das an?“ (nach Reddemann, 2004)
Diese Übung kann verwendet werden, wenn Gefühle zu heftig und zu bedrängend sind, wie auch für Gefühle, die nicht genaugespürt werden.

Sabine Morgan (2003) beschreibt in ihrem Buch noch weitere Übungen:

- *Der innere Garten:*
Nach Traumatisierungen ist es oft schwer, sich überhaupt eine Zukunft vorzustellen. Nach dem Erleben einer traumatischen Situation kann es jedoch hilfreich sein, sich zu überlegen, wie man sich die Zukunft vorstellt. Wenn es einem nicht gelingt, sich die Zukunft vorzustellen, kann man sich ein Symbol dafür suchen und mithilfe dieses Symbols die Zukunft neu gestalten. Ein solches Symbol kann z. B. ein Garten sein.
Diese Übung ähnelt der des sicheren Ortes, doch ist sie weitreichender, weil Sie immer wieder Veränderungen des Gartens vornehmen können. Aus Altem entsteht immer wieder Neues. Beide Übungen können verbunden werden.
Michaela Huber hat darüber ein ausführliches Buch geschrieben: *Der innere Garten* (Huber, 2006).
- *Tresorübung*
Die Tresorübung ermöglicht es, Gedanken oder Bilder, die sehr belastend sind, zunächst einmal wegzuschließen. Die intrusiven Bilder werden also nicht mit Macht und Gewalt weggeschoben, was ja dazu führen würde, dass Sie sich uns wiederum mit Macht und Gewalt aufdrängen, sondern Sie werden für eine Zeit aufgehoben.
Stellen Sie sich einen Tresor vor, in den Sie alles, was

Sie belastet, und womit Sie im Moment nicht fertig werden, hineinlegen können. Sie können sich Bilder z. B. als Fotografie vorstellen. Wenn Sie immer wieder Filmszenen vor sich ablaufen sehen, können sie auch eine Videokassette in den Tresor legen. Manchmal reicht ein Tresor nicht, dann nimmt man eben mehrere.

Im EMDR wird die Tresorübung verwendet – wenn die Traumakonfrontation nur bruchstückartig gelungen ist – um die belastenden Reste in den Tresor zu legen.

C) KREST-MODELL VON LUTZ BESSER

Die Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie ist eine phasisch strukturierte, sanfte und ressourcenorientierte psychodynamisch-integrative Form der Traumatherapie, die auf dem Boden aktueller Erkenntnisse der Neurobiologie, Stress-, Bindungs-, Verhaltens- und Traumaforschung steht sowie systemische Aspekte (Partnerschaft, Familie, Helfersysteme, Gesellschaft) in die theoretische und therapeutische Arbeit mit einbezieht. Die veränderte Stress- und Informationsverarbeitung und Gedächtnisfunktion sowie emotionale und körperliche Reaktionsmuster nach traumatischen Erlebnissen bedürfen multidimensionaler therapeutischer Interventionen. Deshalb werden in dem 4-phasigen traumazentrierten Psychotherapie- und Beratungsmodell KReST tiefenpsychologische, behaviorale, imaginative, hypno- und körpertherapeutische Techniken zur Symptomreduktion und Heilung von psychischen Problemen, Symptomen und Persönlichkeitsstörungen genutzt.

Die vier Phasen lauten hier:

1. *Anamnese, Beziehungsaufbau, Diagnostik, Instruktion*
2. *Stabilisierung-/Vorbereitungs-Phase, Ressourcenmobilisation*
3. *Traumaexposition/Traumasyntese*
4. *Trauer- und Neuorientierungs-Phase*

Es werden hier auch psychotherapeutische und pädagogische Techniken eingesetzt, die die Entwicklung und Heilung des Körpers, und auch den Aufbau zusätzlicher Ressourcen der inneren und äußeren sozialen Beziehungssysteme unterstützen.

Lutz Besser beschreibt in seinem Artikel, dass er mit seiner Methode oft überraschend schnell Stabilisierung und Symptomreduktion erreichen konnte. Er beschreibt, dass er dadurch Entlastung und erfolgreicherer psychotherapeutischer Arbeit als in früheren Zeiten erlebt hat. Zuvor hat er zehn Jahre lang analytisch fundiert gearbeitet und viele Menschen ärztlich-psychotherapeutisch ein Stück ihres symptomreichen, schwierigen und schmerzlichen Weges begleitet (vgl. Besser, 2007).

D) TRAUMAKONFRONTATIVE VERFAHREN

Heute gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, die sich bewährt haben, eine traumatische Erfahrung durchzuarbeiten. Sie werden auf jeden Fall erst nach langer und ausreichender Stabilisierung angewendet und sollen hier der Vollständigkeit wegen kurz Erwähnung finden.

STI-Modell nach Dorothea Weinberg: Strukturierte Trauma-Intervention

Diese Intervention ist eine schonende Form einer Trauma-Exposition in sensu. Sie umfasst eine bis höchstens drei Sitzungen. Mittels eines genau vorgeschriebenen Weges wird die ursprüngliche Wahrnehmung und Perception eines traumatisierenden Erlebnisses rekonstruiert und bewältigt.

Diese Methode ist für Kinder ab etwa acht Jahren entwickelt worden. Jüngere Kinder brauchen Interventionsformen, die weniger Konzentration und Durchhaltevermögen verlangen. Zudem empfinden jüngere Kinder den Unterschied zwischen Empfindung/Fantasie auf der einen Seite und realer Erfahrung auf der anderen Seite als eher unklar. Für sie hat eine absichtliche Rückerinnerung deswegen ein wesentlich höheres Bedrohungspotenzial, das sie meist abzuwehren versuchen werden. Für Kinder von vier bis sieben Jahren setzt Dorothea Weinberg deswegen kürzere, spielerischere und punktuellere Methoden ein. Dies wird weiter unten noch beschrieben (Weinberg, 2008).

Die Strukturierte Trauma-Intervention basiert auf einer künstlichen Desintegration von sinnlichen Wahrneh-

mungsmodi, Gefühlen und Gedanken, also der psychischen Ebenen, die infolge einer traumatischen Erfahrung oft voneinander abgespalten werden. Das Ergebnis der STI ist die komplette Rekonstruktion und Integration des Erlebten.

Die Bildschirmtechnik

Dabei sitzen TherapeutIn und PatientIn nebeneinander und stellen sich einen imaginären Bildschirm vor, auf den beide schauen. Der Patient/die Patientin wird eingeladen zu beschreiben, was er/sie auf dem Bildschirm sieht. Die Beschreibung erfolgt so, als sei es eine andere Person, die auf dem Bildschirm erscheint. Er/sie spricht also nicht von „ich tue dort ...“, sondern von „das Kind oder das Mädchen ...“. Es wird empfohlen, die Möglichkeiten einer imaginären Fernbedienung zu nutzen, d.h., sie oder er kann das Bild kleiner machen, schwarz-weiß einstellen, den Ton abstellen und natürlich auch ganz abschalten. Diese Übung vermittelt ein sicheres Grundgefühl, denn der Patient/die Patientin kann mittels der Fernbedienung jederzeit aussteigen, wenn es ihm/ihr zu viel wird.

In einem zweiten Schritt kann der Klient/die Klientin dann allmählich mehr Gefühle zulassen. Das geht so

ARNE HOFFMANN BESCHREIBT: „TRAUMATHERAPIE HAT SECHS PHASEN: STABILISIERUNG, STABILISIERUNG, STABILISIERUNG, STABILISIERUNG, TRAUMAKONFRONTATION SOWIE TRAUERN UND NEUBEGINN.“

lange, bis eine Integration von Wort, Affekt, Bild und Körpererleben erfolgen kann.

Meist sind mehrere Sitzungen erforderlich. Aber selbst dann reicht die Zeit möglicherweise nicht aus, und das noch nicht durchgearbeitete Material muss noch einmal in den imaginativen Safe gepackt werden, um die Arbeit dann in einer nächsten Sitzung fortzusetzen (nach Reddemann 2004).

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMDR ist eine von Francine Shapiro entwickelte trau-

makonfrontative Psychotherapiemethode. Die Methode ist u. a. von der American Psychological Association (APA) und der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) als effektiv anerkannt und wird weltweit erfolgreich in der Behandlung von Erkrankungen infolge von traumatischen Erlebnissen eingesetzt. EMDR ist mit den Behandlungsplänen verschiedener Therapieformen vereinbar und setzt die Einbettung in ein grundsätzlich psychotraumatologisch orientiertes Behandlungskonzept und klinische Erfahrung voraus. Ursprünglich getestet und entwickelt für die effiziente Bearbeitung von traumatischen Erlebnissen, hat es inzwischen eine Vielzahl von Anwendungen erfahren - insbesondere in der effizienten Behandlung von Angst- und Selbstwertstörungen, Panikattacken, Phobien und Leistungsblockaden.

Im therapeutischen Gespräch wird daher die spezifische Problematik erhoben, die Bedürfnisse abgeklärt und ein individueller Behandlungsplan erstellt.

Die EMDR-Behandlung beinhaltet einen klar strukturierten Ablauf, der sowohl den KlientInnen als auch den TherapeutInnen einen sicheren Rahmen bietet. Es wird ermöglicht, sich dem auslösenden Ereignis anzunähern, ohne von den belastenden Gefühlen überflutet zu werden.

Alternierende beidseitige Sinnesreize (z. B. geleitete Augenbewegungen, Antippen der Hände, Schnippen mit den Fingern) bringen die Verarbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen neu in Gang und führen sie zu Ende.

Vor diesem Prozess werden jedoch Methoden zur Stabilisierung und Stärkung der KlientInnen eingesetzt und ein Zeichen vereinbart, mit dem die KlientInnen die Verarbeitung jederzeit stoppen können, wenn die Belastung zu groß werden sollte (nach Shapiro, 1998).

Methodisch folgt die EMDR-Methode einem Vorgehen in acht genau beschriebenen Phasen. Diese stellen eine praktische Detaillierung des üblichen vierphasigen Vorgehens in der Traumabehandlung – Anamnese, Stabilisierung, Traumabearbeitung, Neuorientierung und Integration – dar.

Bei Kindern ist es wesentlich, dass das systematische Protokoll erst angewendet werden kann, wenn Kontakt und Vertrauen aufgebaut sind. Eine Arbeit ist weiters

erst möglich und sinnvoll, wenn eine gute Instruktion und Stabilisierung erarbeitet werden konnte und Kooperation mit den Bezugspersonen möglich ist und das Kind Schutz vor weiteren Traumatisierungen hat.

E) TRAUMABEZOGENE SPIELTHERAPIE NACH DOROTHEA WEINBERG

Weinberg beschreibt ihre Sicht der Spieltherapie folgendermaßen:

Ich spiele nicht mit Kindern, um sie für ein bestimmtes Ziel zu gewinnen (stabiles Arbeitsbündnis, Appliance, spezifische Lernerfahrung in Trainings, ...), sondern damit wir spielen.

Das Konzept der Spieltherapie macht sich das natürliche Betätigungsfeld des Kindes, das Spiel, zunutze und arbeitet mit den fast unbegrenzten Möglichkeiten, die sich auf diesem Feld bieten.

Allgemein gilt, dass das Spiel so vielgestaltig wie das Leben selbst ist. Es kann ein Rollenspiel sein, ein Glücksspiel, ein Wettkampf. Spiel kann befreien, entspannen, in den Bann ziehen.

Im freien Spiel zeigt das Kind nicht, was von ihm erwartet wird, sondern wonach ihm zumute ist.

Die Spieltherapie nutzt nicht nur das Spiel als Vehikel, in dem man eigentlich etwas ganz anderes transportieren will, z. B. Trainings, hypnotherapeutische Übungen, Entspannungsverfahren etc. Es dient nicht als Lockmittel, um Kinder bei der Stange zu halten, wenn es unangenehm wird. Es wird nicht als Belohnung für gute Mitarbeit eingesetzt.

Für die Spieltherapie ist das Spiel die via regia zur Seele des Kindes und zur Genesung (Weinberg, 2008).

In der Arbeit beim Akutteam verwende ich das Spiel mit den Kindern sehr oft. In den Fallbeispielen wird dies noch weiter erläutert.

F) HEILSAME KINDERGESCHICHTEN NACH HELGA KERNSTOCK-REDL

Helga Kernstock-Redl beschreibt in ihrem für mich beeindruckenden Buch systemische Interventionen, die für Kinder, die eine Traumatisierung erlebt haben, gut einsetzbar sind (Kernstock-Redl, 2005):

- *Geschichten zum Wachsen und für die Zukunft*
- *Heilsame Geschichten über die Vergangenheit*
- *Geschichten für zukünftige Problemlösungen*
- *Lösungsweg-Geschichten*
- *Teile-Geschichten*

Außerdem wird hier auch die Methode des EMDR für Kinder praktisch ausgeführt.

6. BEISPIELE AUS DER ARBEIT MIT KINDERN UND DEREN ELTERN IM RAHMEN DES AKUTTEAMS – AKUTBEHANDLUNG UND PSYCHOTHERAPIE MIT SYSTEMISCHEN INTERVENTIONEN.

In der Arbeit beim Akutteam kommen die PSY-Kräfte (PsychotherapeutInnen, PsychologInnen) direkt in die Familien. Dort erleben sie, wie die Menschen ihr Zusammenleben gestalten. Das sind besondere Situationen. In der psychotherapeutischen Praxis erlebe ich nur einen Teil der Wirklichkeit des Klienten. Ich bin dann oftmals auf Schilderungen und Gedanken der Klienten angewiesen.

Durch die aufsuchende Arbeit des Akutteams ist dies anders. Wir erleben viel mehr Sinneseindrücke.

Es werden die Beziehungen, die Muster, die handlungsleitenden Prämissen und Glaubenssätze in diesem System oftmals sichtbar, ohne dass darüber explizit gesprochen wird. Die System-Perspektive ist gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eine enorme Erweiterung im Denken. Die Betroffenen nach einer Belastungssituation erleben die Unterstützung durch die PSY-Kräfte meist als Hilfe und Unterstützung. Die Familientherapie ist in der Arbeit mit Kindern die Methode der Wahl. Die Schwierigkeit besteht jedoch manchmal darin, die Kinder genug einzubeziehen. Das ist in den Fortbildungen im Akutteam auch immer wieder ein Thema. Daher werden dort oft Methoden im Umgang mit Kindern gelehrt und eingeübt. Über

die Betreuung der Kinder können die Eltern dann oft in die gemeinsame familientherapeutische Arbeit einsteigen.

Viele Kinder haben andere Formen des Kommunizierens als Erwachsene. Die Sprache der Kinder ist vorwiegend konkret, anschaulich und reich an Bildern. In ihrer Gedankenwelt sind sie noch freier und flexibler. Viele Kinder sind voll von kreativen Ideen, wenn man sie denn anzusprechen weiß. Kinder lieben Ausflüge in imaginäre Welten und schätzen es, eigene Gefühle, Ängste und Hoffnungen über Tier- und Menschengestalten gespiegelt zu sehen.

Die Motivation der Kinder zur therapeutischen Arbeit hängt davon ab, ob es gelingt, ihre speziellen Kinderressourcen anzusprechen und zu wecken (nach Rotthaus, 2002).

Ich denke, die Arbeit mit Kindern ist gar nicht so

KINDER UNTERSCHIEDEN SICH VON ERWACHSENEN U.A. DADURCH, DASS SIE FÜR MANCHE SCHWIERIGKEITEN AUS MANGEL AN ERFAHRUNG NICHT IMMER AUF DIE PASSENDEN LÖSUNGSSRESSOURCEN ZURÜCKGREIFEN KÖNNEN. AUCH LIEGEN LÖSUNGEN FÜR KINDER OFT IM VERANTWORTUNGSBEREICH DER ELTERN. KINDLICHE PROBLEME SOLLTEN AUCH NICHT ABSEITS IHRER FAMILIÄREN EINGEBUNDENHEIT BETRACHTET WERDEN. SIE MACHEN SINN IN IHRER VERNETZTHEIT.

schwer. Es reicht meiner Meinung nach aus, wenn man sich mit Kindern passend verständigen kann. Christoph Thoma hat dies auch in seinem Buch *Zutrauen, Zumuten, Zulassen* beschrieben.

Kinder unterscheiden sich von Erwachsenen u.a. dadurch, dass sie für manche Schwierigkeiten aus Mangel an Erfahrung nicht immer auf die passenden Lösungsressourcen zurückgreifen können. Auch liegen Lösungen für Kinder oft im Verantwortungsbereich der Eltern. Kindliche Probleme sollten auch nicht abseits ih-

rer familiären Eingebundenheit betrachtet werden. Sie machen Sinn in ihrer Vernetztheit.

In den folgenden Fällen möchte ich beschreiben, wie ich die Arbeit erlebt, und was ich als hilfreich empfunden habe.

FALLBEISPIELE:

Die Namen der betroffenen Kinder wurden geändert.

Fall 1:

Jessica, 3,5 a, muss in einem Kaufhaus zusehen, wie der Opa umgefallen und mit der Rettung ins Spital gebracht worden ist. Er hat ihr zuvor gesagt, sie soll auf die Einkaufstasche aufpassen. Sie blieb dann auf dieser Stelle wie angewurzelt stehen. Die Mutter wird im Kaufhaus ausgerufen, und das Kind ist bis dahin alleine.

Einer meiner ersten Einsätze im Rahmen des Akutteams war in der Familie dieses Kindes. Der Opa hatte einen Schlaganfall und hat ihn gut überstanden. Die Traumatisierung in der Familie war jedoch groß. Die Eltern haben das Mädchen zur Diagnostik gebracht. Ergebnis: F43.8 – Reaktion auf schwere Belastung

Der Vorfall im Supermarkt liegt nun schon zwei Monate zurück. Die Eltern schildern, dass Jessica Einschlafprobleme zeigt. Sie sei unruhig und oft fahrig. Mit Nägelbeißen habe sie vor Kurzem auch begonnen. Dies habe auch die Kindergärtnerin gemeldet.

In der ersten Stunde habe ich mit den Eltern und mit Jessica gemeinsam Ressourcen erarbeitet. Jessica hat vielen Puppen und Kuscheltiere. Wir verwenden sie als gute Helfer für Jessica. Der Vater ist sehr besorgt um seine Tochter, die Mutter auch. Jessica klammert sehr an ihrer Mama. Ich nutze dies, und wir erarbeiten gemeinsam eine Geschichte – eine Bären Geschichte.

Dabei bitte ich die Mutter, die Hände von Jessica zu halten und abwechselnd zu drücken.

Die Idee des Festhaltens ist es, dass die Mutter etwas für ihre Tochter tun kann. Der Vater holt seinen mp3-Player und nimmt die Geschichte auf Band auf.

Ich ersuche die Eltern, die Geschichte abends Jessica zu erzählen. Die Einbeziehung beider Elternteile halte ich für sehr wichtig.

Jessica will mir dann etwas zeichnen und zeichnet ein Rettungsauto mit geöffneter Türe.



Das Bild ist mit Buntstiften gezeichnet – deshalb sind die Umrisse nicht genau erkennbar. Jessica hat sich selber nicht ins Bild gezeichnet. Sie erklärt das folgendermaßen: Das habe ich mit den Augen fotografiert.

Ich schenke Jessica einen kleinen Bären, der auf sie aufpassen soll.

In der zweiten Stunde schildern die Eltern, dass Jessica nun nachts besser geschlafen habe. Sie hätten die Aufgabe gemacht, hätten jeden Abend die Bären Geschichte – mit Drücken der Hände – erzählt.

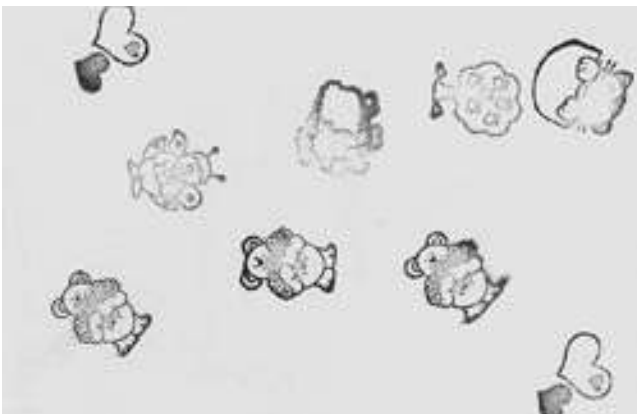
Die Mutter beschreibt sie nun als ausgeglichener. Ich frage Jessica, wie sie sich das erklären könne. Sie meint darauf, der Bär habe das gemacht.

Dann erzählt sie mir ihre Bären Geschichte – sie kann sich gut daran erinnern. Heute schauen wir uns das Bild an, das sie gezeichnet hat. Sie erzählt mir, wie sie den Opa in den Krankenwagen geschoben hätten und sie nicht hingehen konnte – weil sie das ja dem Opa versprochen habe. Bei diesen Schilderungen bitte ich den Papa, sie zu halten. Das gibt beiden Sicherheit und der Vater hat das Gefühl von Kontrollierbarkeit.

Die Eltern erzählen, wie es ihrer Beziehung nun gut tue, etwas tun zu können. Sie berichten, dass sie beide ständig auf die Tochter gestarrt hätten. Durch den Wechsel der Blickrichtung – Richtung hilfreicher Bär – seien sie nun gelöster.

Ich frage sie, um wie viel Prozent sie nun selber besser schlafen könnten. Sie berichten beide, dass sie nun um mehr als 50 % ausgeruhter seien, als vor einem Monat. Ich ersuche sie nun zu beobachten, wie es ihrem Partner gehe. Der Fokus solle nicht allein auf das Kind gerichtet sein.

In der nächsten Stunde berichten die Eltern, dass es ihnen nun sehr gut gehe. Jessica habe seit dem letzten Treffen immer durchgeschlafen. Auch am Nachmittag brauche sie kaum noch einen Mittagsschlaf. Sie habe mit dem Nägelbeißen fast völlig aufgehört. Nur einmal habe sie es gemacht, als sie mit dem Opa mitgefahren sei. Jessica bestätigt diese Geschichte. Sie hat für mich ein Blatt mit vielen Stempeln vorbereitet. Sie meint, das seien ihre Bärenpunkte – die ihr helfen würden.



Auf dem Bild sind Stempel von Bären und Katzen, ein Maikäfer, ein Herz und ein Baum. Ich nutze die Stempel und bitte sie, immer, wenn sie etwas Tolles geschafft habe, viele Stempel zu machen.

In der letzten Stunde bringt mir Jessica unzählige Blätter mit vielen Stempeln.

Die Mama erzählt noch immer abends die Geschichte, die wir beim ersten Treffen kreierte haben. Heute wirkt Jessica sehr unbekümmert und agil auf mich. Das können mir auch die Eltern bestätigen. Ich bespreche mit ihr nochmals die belastenden Ereignisse und bitte um eine Skalierung der Belastung mittels Handzeichen (Hand oben = große Belastung bis Hand zeigt nach unten = kleine Belastung). Sie zeigt mir eine geringe Belastung. Dies können auch die Eltern bestätigen.

Das ist für mich ein Zeichen, dass bereits eine Bearbeitung eingesetzt hat. Jessica kann nun mit dem Ereignis gut umgehen. Die Eltern haben auch Strategien im Umgang mit ihr dazugelernt. Sie hätten auch das Rauchen in der Wohnung aufgegeben, schildert mir die Mutter voller Stolz.

Einen Monat später berichten die Eltern nach einem Anruf von mir, dass die Situation noch immer so sei.

Fall 2:

Hochwasser in Dürnkrot 2006 – viele Kinder erleben, wie das Hochwasser plötzlich kommt und wie die Häuser wochenlang unter Wasser stehen. Fast alle ihrer Sachen werden dabei kaputt.

Nach dem Hochwasser am 3. 4. 2006 waren viele Kinder betroffen. Lea lebte mit ihren Eltern in der Feldgasse in Dürnkrot. Sie ist acht Jahre alt. Nach dem Hochwasser mussten sie umziehen. Sie fanden Unterkunft bei Freunden. Sie wohnen nun in einem ehemaligen Tattoo-Studio, das gerade unbewohnt ist. Die Eltern sind voll von Existenzsorgen, und nun leben sie auf engstem Raum.

Als ich eine Woche nach dem Hochwasser komme, sitzt ihre Mutter mit ihr am Küchentisch – im Haus der Freunde, das sie nun bewohnen dürfen. Die Wohnung hier schaut sehr unaufgeräumt aus. Die Mutter raucht sehr viel und sitzt bei einem Glas Cola. In einem Nebenraum liegen Matratzen auf dem Boden. Hier schlafen alle in einem Raum: der Vater, die Mutter und die beiden Schwestern. Die kleine Lea ist sehr aufgeregt und plaudert munter drauflos. Ich habe sie am Tag zuvor in der Schule gesehen. Dort habe ich mit allen betroffenen Kindern in der Schulklasse gesprochen.

Die Mutter hat davon erfahren und bat um Unterstützung für Lea und für die Familie.

Die Mutter hat mich zuvor angerufen und mir mitgeteilt, dass Lea in der Nacht ins Bett gemacht habe und seit dem Hochwasser sehr überdreht sei.

Der Vater zeigt mir Bilder ihres früheren Hauses, als er einige Minuten später dazukommt. Die kleine Schwester setzt sich auch dazu.

Seit einer Woche leben sie nun nicht mehr in ihrem Haus. Die meisten Sachen sind nun unbrauchbar, da

das Wasser bis zur Decke stand. Das Kinderzimmer der kleinen Lea wurde verwüstet und ihre meisten Sachen sind weg.

Mit Lea rede ich über ihre Erlebnisse. Die Eltern hören zu und die kleine Schwester auch (3,5 a). Lea redet dabei wie ein „Wasserfall“ und ihre Mutter freut sich und ist stolz auf die kleine, kluge Tochter.

Ich habe Fingerpuppen mit und beginne, auch die kleine Schwester mit einzubeziehen. Durch die Wirkung der Fingerpuppen kann Lea ein wenig ruhiger werden und sich entspannen. Lea gibt dabei der Puppe ihre Stimme. Diese Übung kommt aus der hypnotherapeutischen Arbeit, und ich wende sie gerne mit Kindern an. Zuvor war sie noch höchst angespannt und erregt. Nach etwa zehn Minuten verändert sich ihre Stimme und sie redet ruhiger. Sie hat sich eine Katze ausgesucht – und mir einen Affen gegeben. Der Vater und die Mutter schauen zu. Die kleine Schwester nimmt sich den Hund.

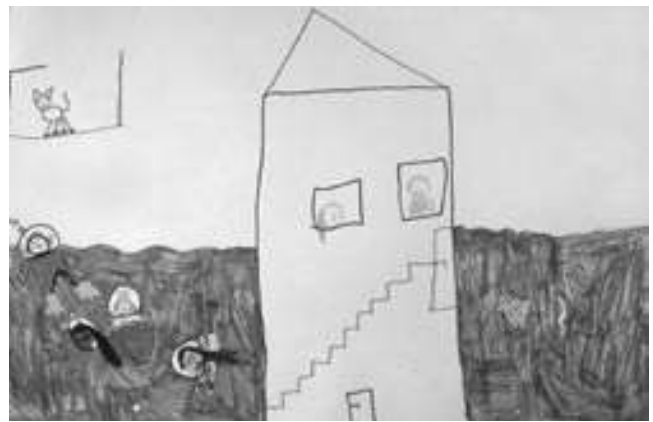
Ich frage dabei nach hilfreichen Eigenschaften der Tiere – und was die Menschen von ihnen lernen könnten. Da berichtet Lea, dass sie Ruhe und Gemütlichkeit von der Katze lernen kann. Die Schwester meint, sie könne vom Hund lernen, so richtig laut zu sein (wird umgedeutet – mutig sein). Am Ende der Stunde bekommen alle in der Familie Beobachtungsaufgaben – ob sie das auch bemerken (Ruhe, Mut).

Die Eltern berichten ein paar Tage später, dass sich bereits viel getan habe. Beim Einschlafen sei Lea ruhiger seit dem letzten Besuch, und das Bett sei nur einmal nass gewesen. Lea ist ganz stolz darauf. Ich lasse die Eltern die verschiedenen Tage skalieren – welche Veränderungen es bereits gibt.

Sie bemerken, dass sie wenig gemeinsam unternehmen. Der Vater arbeitet beim Wiederaufbau, und die Frau und die Kinder sind hier. Die Anspannung ist noch bei allen spürbar. Der Fernseher ist den ganzen Tag eingeschaltet. Die Möglichkeit von Bewegung an der frischen Luft wird besprochen. Die Idee finden die Kinder gut. Nun machen wir alle gemeinsam Achtsamkeitsübungen (siehe oben) und auch Bewegungsübungen – nach Jacobson. Wir achten auf die Atmung, Muskelbewegungen, den Platz im Raum und auf den Unterschied zwischen Spannung erleben und Loslassen spüren. Der Va-

ter macht auch mit. Ich ersuche die Eltern, sich das gut zu merken und immer wieder zu probieren. Die Übungen gefallen auch den Eltern.

Die beiden Mädchen wollen dann ein Bild malen. Ich lade sie dazu ein. Lea hat dieses Bild gemalt:



Man sieht darauf ihre Katze – sie wurde gerettet und wohnt nun auch bei ihnen. Die Puppen haben eine Taucherglocke, damit sie Luft bekommen und ihnen nichts passiert. Aus den Fenstern schauen die beiden Mädchen heraus.

Die Eltern sind ganz stolz auf die Zeichnung ihrer Tochter und schildern, dass das Familienleben nun besser geworden sei.

Wir besprechen, wie sie die Zeit erlebt hat, und die Eltern lauschen ganz neugierig. Auch die kleine Schwester hört zu. Wir besprechen dann auch ihr Bild:



Auf diesem Bild hat sie viel Wasser gezeichnet. Das erklärt sie auch ganz deutlich.

Die Eltern sind sehr beeindruckt, wie ihre Kinder sich ausdrücken können.

Wir besprechen, was das Hochwasser für jeden bedeutet. Die Mutter macht sich unendlich viel Sorgen um Lea, nicht um die kleine Schwester. Der Vater hat seine Gedanken bei der Renovierung und Finanzierung. Lea freut sich, dass sie etwas herzeigen kann (die Zeichnung) und auch die Schwester Pia (Name wurde geändert).

Als ich folgenden Satz sage: „Das sind alles Reaktionen von völlig normalen Menschen auf ein außergewöhnliches Ereignis“, sind sie ein wenig beruhigt. Es darf sein, dass in dieser Situation die Reaktionen extremer sind.

Wieder wird eine Aufgabe gestellt – ein Experiment: Am Sonntag einen Ausflug machen – und bewusst den Ort wechseln. Dabei genau nachspüren, was das mit mir und den anderen macht.

Eine Woche später berichten sie, dass der Ausflug gemacht worden sei. Es habe allen gut getan, die Luftveränderung sei gut gewesen.

Die Schule hat nun begonnen und es gibt alltägliche Probleme.

Nach einem Anruf – einen Monat später – hat sich die Situation bereits sehr verändert. Es gibt Hoffnung, dass das Haus wieder bewohnbar gemacht werden kann, der Vater hat konkrete Ziele und arbeitet fieberhaft daran. Den Kindern geht es soweit gut. Sie werden in der Schule in einer Gruppe weiterbetreut.

7. RÜCKBLICK UND VORSCHAU

Die Arbeit beim Akutteam ist sehr anstrengend und zeitintensiv. Durch viele unplanbare Situationen wird viel Flexibilität gefordert.

Ich erlebe viele positive Rückmeldungen der Betroffenen und eine große Bereitschaft der Menschen, sich mit Psychotherapie zu befassen.

Für mich ist diese Arbeit auch ein Schritt, Menschen die Erfahrung näher zu bringen, dass Psychotherapie hilfreich ist und Möglichkeiten des Wachstums bietet.

Eine Traumatherapie mit Traumakonfrontation ist in dieser Akut-Arbeit fast nie möglich – und auch nicht

erforderlich. Es geht viel um Stabilisierung, Erkennen und Herausarbeiten von Ressourcen – zentrale Bereiche der systemischen Therapie.

Durch die plötzliche Lebensveränderung sind die Betroffenen oft gezwungen, sich neu zu orientieren. Mit der Hilfe des Akutteams kann dabei die Erfahrung gemacht werden, dass es auf diesem Stück des Weges hilfreiche BegleiterInnen gibt.

MAG. HEINZ LÄNGLE

ist Psychologin, Psychotherapeutin SF, Beratungslehrerin, Musikerin, Mitarbeiterin beim NÖ Akutteam, Absolventin des LG 18 der la:sf.
www.laengles.at

LITERATUR

- Besser, L.-U. (2007) Trauma, Gehirn und Persönlichkeitsentwicklung. In Tagungsband Trauma bei Kindern und Jugendlichen, NÖ Landesdruckerei, St. Pölten
- Kernstock-Redl, H. (2005) Heilsame Kindergeschichten. ÖBV, Wien
- Lackner, R. (2004) Wie Pippa wieder lachen lernte. Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder. Springer, Wien
- Längle, H. (2006) Trauma bei Kindern und Jugendlichen. Klinische Symptomatik bei traumatisierten Kindern und kindgerechte Akutinterventionen. In: Tagungsband der NÖ Kinder & Jugendanwaltschaft. St. Pölten
- Juen, Barbara et al. (2004): Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für psychosoziale Fachkräfte. Studia, Innsbruck
- Morgan S. (2003) Wenn das Unfassbare geschieht – Vom Umgang mit seelischen Traumatisierungen. Kohlhammer, Stuttgart
- Pal-Handl, K., Lachker, R., Lueger-Schuster, B. (2004) Wie Pippa wieder lachen lernte. - Ein Bilderbuch für Kinder. Springer, Wien
- Reddemann, L. (2004) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer - Verlag, Stuttgart
- Rotthaus, W. (2002) (Hrsg.): Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie. Carl Auer, Heidelberg
- Shapiro, F. (1998): EMDR-Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann
- Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Mit einem Geleitwort von E. Ringel. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Weinberg, D. (2008) Traumatherapie mit Kindern. Klett-Cotta, Stuttgart