

*Hildegard Pruckner*

## „Du sollst nicht fragen, das Kind will nicht reden.....“

Psychodramatherapie mit traumatisierten Kindern

Hildegard Pruckner

Beratungslehrerin an der Univ. Kinderklinik Wien, Psychodrama-Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis; Lehrtherapeutin der Fachsektion Psychodrama im ÖAGG

### **Summary:**

“You shouldn’t ask, the child doesn’t want to speak...” Psychodrama therapy with traumatized children

The monodramatic procedure with heavily traumatized children that is designed and tested by the author is introduced by means of examples. The concept of three stages of work functions as a basis. Careful observation of the scene setting on the respective stage and of the interplay of the stages enables process oriented diagnostics and therapeutic action. Roles and attitude of the therapist as well as techniques have to be modified. Respective theses as well as questions concerning the body in psychodramatic work with trauma shall stimulate the discussion and further development of this disturbance specific methodology

### **Zusammenfassung**

„Du sollst nicht fragen, das Kind will nicht reden...“ Psychodramatherapie mit traumatisierten Kindern.

Die von der Autorin entworfene und erprobte Vorgangsweise für die monodramatische Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern wird an Hand von Beispielen vorgestellt. Grundlage ist das Konzept der drei Arbeits Bühnen. Die genaue Beobachtung des Szenenaufbaus auf der jeweiligen Bühne und des Zusammenspiels der Bühnen ermöglicht eine prozessuale Diagnostik und therapeutische Arbeit. Rollen und Haltung der Therapeutin sowie Techniken müssen modifiziert werden. Thesen dazu sowie Fragestellungen zum Bereich Körper in der psychodramatischen Traumarbeit sollen zur Diskussion und Weiterentwicklung dieser störungsspezifischen Methodik anregen.

## Einführung

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen – es gibt laufend Publikationen und Kongresse zum Thema. Ich finde und erlebe dabei etwas wieder, das ich auch schon aus der Zusammenarbeit mit KindertherapeutInnen kenne: die Intensität dieser Arbeit fordert, das Berührtwerden und An-die-Grenzen-Kommen verbindet. Kleinlicher Schulenstreit wird hintangestellt, das Wiedererkennen der eigenen Probleme und Fragen erleichtert. Ich bin dafür, „über den Teller- rand“ hinauszublicken, zusammenzuarbeiten, Teile unterschiedlicher Methoden zu integrieren. Ich bin aber auch überzeugte Psychodramatikerin. Als solche gilt es die Frage zu stellen: Was kann speziell das Psychodrama für die Arbeit mit traumatisierten Menschen bieten? Ich weiß um die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten unserer Methoden: im Bereich der Traumatherapie mit Erwachsenen, der Krisenintervention vor Ort, der Ausbildung und Unterstützung von Helfern und deren Familien, der Präventionsarbeit etc. Teilweise habe ich selbst Erfahrung damit, andere PsychodramatikerInnen arbeiten intensiv und erfolgreich in diesen Feldern. Publikationen und schriftliche Berichte darüber liegen bereits vor (u.a. Ottomeyer 1997, Farkas-Erlacher 2000, Kellermann/Hudgins 2001), weitere sollten folgen.

In der Psychotraumatologie werden Typologien von Traumata aufgelistet, auch solche für die spezielle Arbeit mit Kindern (u.a. Fischer/Riedesser 1998). Diese sind für die Differentialdiagnostik und den daraus resultierenden Therapieplan wichtig und hilfreich. Ich unterscheide für meine psychodramatische Traumaarbeit mit Kindern noch zusätzlich drei Kategorien:

- 1) Traumata, die vom Kind/vom Jugendlichen erinnert werden und besprechbar sind.
- 2) Traumata, die bewiesen sind, aber vom Kind/vom Jugendlichen nicht besprochen werden können bzw. wollen.
- 3) Traumata, die nicht bewiesen sind, vom Kind/vom Jugendlichen nicht besprechbar sind – also ausschließlich aufgrund der Symptomatik vermutet werden.

Ich möchte mich in diesem Artikel beschränken und bringe Fallbeispiele (1) aus der Arbeit mit Kindern, die über ihre Traumata nicht sprechen wollen bzw. können. Dies gilt zunächst einmal für den Beginn der Therapie, Besprechbarkeit kann im Lauf der Therapie möglich werden, muss es aber nicht. Ich arbeite mit diesen Kindern ausschließlich in der Einzeltherapie, in Österreich sprechen wir vom monodramatischen Setting. Für die Arbeit mit traumatisierten Kindern ist meine diesbezügliche Methode grundsätzlich gut geeignet, ich stelle sie an anderer Stelle ausführlich vor (Pruckner 2001). Für die störungsspezifische Arbeit mit traumatisierten Kindern der oben genannten Kat. 2 und 3 war es aber wichtig, methodische Modifikationen vorzunehmen.

Die Grundlage dieser störungsspezifischen Weiterentwicklung meiner Methode, das Modell der drei Arbeitsbühnen, stelle ich im ersten Teil des Artikels vor. Meine Methode der Traumatherapie mit Kindern fordert unterschiedliche Rollen des/der TherapeutIn und dazu gehörende Haltungen. Diese sind Inhalt des zweiten Teils. Im dritten Teil des

Artikels versuche ich mich dem Bereich Körper und Psychodrama zu nähern. Die diesbezügliche Forschung mit Traumaopfern bildet den Ansatzpunkte für erste Fragestellungen.

## Die Arbeits Bühnen

Für Moreno war die „Bühne“ Zeit seines Lebens zentral, nicht umsonst ließ er in Beacon und Washington für seine Arbeit spezielle Formen von Bühnen errichten, wir wissen auch um seine Beschäftigung damit bereits in der Wiener Zeit. Moreno bezeichnet Bühne aber auch als jeglichen Ort, „an dem sich psychodramatisches Geschehen abspielt“ (Hutter 2000, S.195). Schließlich steht Bühne auch für ein „zentrales Prinzip der therapeutischen Philosophie“ und setzt „verschiedene Realitätsebenen zueinander in Beziehung“ (ebd.).

Ich unterscheide in meiner monodramatischen Arbeit mit Kindern generell zwei Bühnen: die *Begegnungsbühne* und die *Spielbühne*. Für die Arbeit mit traumatisierten Kindern habe ich zusätzlich den Begriff *Soziale Bühne* eingeführt.

### 1) Der Szenenaufbau auf den drei Arbeits Bühnen

Für die Arbeit mit traumatisierten Kindern ist es entscheidend, nicht nur das „Spiel“ auf allen drei Bühnen wahrzunehmen und genau zu dokumentieren. Reinhard Krüger weist in seinem Buch auf die Wichtigkeit des Szenenaufbaus hin (Krüger 1997, S. 87 f.). Diesen auf allen drei Bühnen zu beobachten ist m.E. für die Prozessanalyse und damit den Verlauf einer Traumatherapie unverzichtbar.

#### Szenenaufbau auf der Spielbühne:

Psychodramatisch Arbeitende wissen um den Wert des Symbolspiels, sie wollen dieses Geschenk (womöglich auch den dazugehörigen Rollenwechsel) möglichst rasch ihren KlientInnen machen. Sie sind enttäuscht, wenn dieses Geschenk nicht angenommen wird, gerade traumatisierte Kinder nicht in Rollen hineingehen können und wollen.

Dabei übersieht man: In der Arbeit mit Traumatisierten ist der Szenenaufbau, die Ausgestaltung der Spielbühne zunächst oft bereits *die* Arbeit, jedenfalls ist es immer ein wesentlicher Teil, den es zu beachten gilt.

Ich betreue Birgit bereits während ihres stationären Aufenthaltes an der Kinderklinik. Wir spielen im Ambulanzzimmer, dort gibt es eine Schachtel mit Bauklötzen, ich habe meine hölzernen Biegepuppen mitgebracht. In der ersten Zeit ihres Langzeitaufenthaltes baut sie mit den Bauklötzen ein Haus, ich bekomme die Figur der Großmutter zugeteilt, sie ist „alle Kinder“, d.h. sie nimmt

die restlichen Figuren (die von ihrer Ausgestaltung keineswegs nur „Kinder“ sind) und schmeißt sie in das Haus hinein. Der Spielverlauf wiederholt sich in den folgenden Stunden: ich muss in meiner Rolle Einlass begehren, werde freundlich eingeladen und dann von einer Reihe von Figuren, die sie scheinbar wahllos nimmt, geschlagen, gedemütigt, beschimpft... Das „Haus“ bleibt dabei immer stehen. Während des Aufenthaltes stellt sich zunehmend die Frage, ob Birgit in ihre Herkunftsfamilie zurückkehren darf. Es ist eine Zeit großer Unsicherheit diesbezüglich, die sich lange hinzieht. Birgit baut in dieser Zeit noch immer mit denselben Bauklötzen, doch jetzt ist sie nicht fähig, ein stabiles „Haus“ zu bauen. Sie ist fast die ganze Zeit auf der Spielbühne damit beschäftigt, Mauern zu bauen, die sofort zusammenstürzen.

Nach ihrer Entlassung in eine therapeutische Wohngemeinschaft (mit Wochenendausgang nach Hause) übersiedeln wir mit unseren Stunden in meine Praxis. Trotzdem dort genügend Materialien zur Verfügung stehen, ist sie zunächst nicht bereit (und fähig), eine Bühne zu gestalten. Wir spielen mit Handpuppen auf dem Boden, jede noch so insistierende Frage, wo das denn sei und wie es da aussehe, wird mit „Na da, ich will jetzt spielen“ beantwortet – vom Szenenaufbau her herrscht totales Durcheinander, sie benötigt viele Handpuppen. Im Moment nicht gebrauchte Handpuppen liegen trotz meiner Verortungsversuche kreuz und quer herum.

Zwei Monate später greift sie plötzlich wieder zu den Biegepuppen, dazu will sie das Puppenhaus. Dieses begleitet uns dann über ein Jahr lang – zunächst verdreckt und verstaubt (ich darf es

dezidiert nicht putzen) und minimalistisch eingerichtet. Trotzdem Birgit noch immer viele Biegepuppen benötigt, bleibt sie längere Zeit in einer Rolle, einzelne Rollen werden spezifisch ausgestaltet. Parallel dazu bekommt das Haus eine Einrichtung, diese ist bald so kompliziert, dass das Ein- und Ausräumen am Ende der Einheit sehr lange dauert. Es wirkt zwar sehr chaotisch und auch überladen, sie weiß aber genau, wo was hingehört. Da sie auch noch spielen will – und die Spiele natürlich sehr wichtig sind, wird das Haus samt Einrichtung lange Zeit für sie reserviert. Sie kann sich zunächst auch von keinem der im Lauf der Zeit für das jeweilige Spiel gebrauchten Utensilien trennen. Das so gestaltete Haus muss sogar als „Nebenschauplatz“ im Hintergrund bleiben, als sie über viele Stunden mit den Handpuppen tief berührende „Heilungsszenen“ spielt und nun auch für diese immer aufwändigere Spielbühnen gestaltet.



Foto 1

Nach zwei Jahren ist Birgit beheimatet, in ihrer therapeutischen Wohngemeinschaft und auch in meiner Praxis. Sie kann nun das Puppenhaus mit einem anderen Kind teilen. Sie ist zwar nicht begeistert, als ich sie darum bitte, sagt aber zu. Wenn sie das Puppenhaus für ihr Spiel benötigt, baut sie nur rasch die Utensilien auf, die sie für das jeweilige Spiel braucht, dasselbe gilt für das Spiel mit den Handpuppen. Der komplizierte und langandauernde Bühnenaufbau hat sich auf unsere „Begegnungsbühne“ verlagert.

### Szenenaufbau auf der Begegnungsbühne:

Für die Begegnungsbühne gibt es in meiner Praxis eine klar von mir vorgegebene Struktur, d.i. ein Tisch mit zwei Sesseln, beides wird niemals in das Symbolspiel integriert. Ich beobachte zunehmend fasziniert, wie speziell traumatisierte Kinder diese Bühne ausgestalten – sie gestalten auch hier einen „Szenenaufbau“.

Ich habe in meiner Praxis Sessel in unterschiedlichen Farben, sie stehen gestapelt in der Ecke des Therapieraumes. Birgit sucht die Sessel für uns beide aus. Lange Zeit steht sie dafür mit geschlossenen Augen davor, murmelt oft sehr ausladende „Zaubersprüche“ und deutet dann auf einen Stapel. Ich darf sie dabei nicht unterbrechen oder zur Eile mahnen, sonst fängt sie nach einem Wutanfall von vorne an. Ich warte also am Beginn jeder Stunde, ob ich nun den braunen, grünen oder blauen Sessel zugewiesen bekomme.

Birgit und ich haben dann auf diesen Sesseln sitzend lange Zeit massive Konflikte: Ich übernehme in dieser Phase ihrer Therapie im Symbolspiel mit Intermediärobjekten so gut wie ausschließlich Rollen, in denen ich gedemütigt und entwürdigt werde. Dies versucht sie auch auf unserer Begegnungsbühne. Sie bezeichnet ihre verbalen, massiv abwertenden Angriffe als „lustig, ein Scherz“.

Ich erkläre ihr immer wieder, dass ich z.B. über ihre Bemerkungen über mein Aussehen („Du siehst aus wie eine alte Krähe“ o.ä.) ganz sicher nicht lachen könne. Im Lauf der Zeit beginnt sie zu verstehen, dass die immer wiederkehrenden Attacken für mich schmerzhaft und kränkend sind.

Sie kann das nicht verbalisieren, in dieser Zeit ändert sich aber unser „Sesselritual“. Nun muss ich mit geschlossenen Augen dastehen. Ich höre nur ihr Murmeln, Gesänge, sie eilt dabei in der Praxis herum. Wenn ich die Augen aufmachen darf, stehen zwei Sessel beim Tisch. Beide sind, so betont sie „wunderschön geschmückt“, d.h. sie hat aus meiner Verkleidungskiste die buntesten und schillerndsten Tücher zusammengesucht und sorgsam über beide Sessel gebreitet. Diese so von ihr gestaltete Begegnungsbühne ähnelt frappant der Ausgestaltung der Spielbühne in einer vorhergegangenen Phase ihrer Therapie, in der sie „Heilungsszenen“ gestaltete.



Foto 2: Spielbühne



*Foto 3: Begegnungsbühne*

Auf meinem geschmückten Sessel sitzend darf ich auch etwas mehr sagen. So erkläre ich ihr z.B., dass ich immer nervös werde und auch ein bisschen Angst bekomme, wenn ich irgendwo so lange die Augen nicht aufmachen darf. Auf meine Frage, ob sie das verstehe, nickt sie. Dann will sie allerdings wie immer nicht sprechen, sondern spielen.

Im dritten Jahr unserer Therapie ändert sich dieser Szenenaufbau wiederum. Das Aussuchen der Sessel wird immer rascher erledigt, schließlich ist die Botschaft: „Such dir deinen Sessel selbst aus, nimm dir, was du magst“. Die Sessel sind nun auch nicht mehr geschmückt, der Teleprozess auf unserer Begegnungsbühne ist in einer neuen Phase. Sie beobachtet mich sehr genau und fragt oft bezüglich meiner Reaktionen nach („Warum schaust du so?“). Sie versucht nun bewusst unterschiedliche Interaktionsmodi, u.a. möchte sie „wirklich lustige“ Bemerkungen machen. Meine diesbezüglichen Rückmeldungen interessieren sie, und wir diskutieren ernsthaft, ob das nun ein „guter Witz“ gewesen sei oder nicht. Manchmal lachen wir dabei gemeinsam sehr laut und herzlich.

In der Diskussion der KindertherapeutInnen werden Wünsche der Kinder nach oftmalig wiederholtem, scheinbar immer gleichem Stundenbeginn oder -ende als „Ritual“ bezeichnet, auch ich verwende diesen Ausdruck im Gespräch. Psychodramatisch gesprochen ist es ein Teil der Szene auf der Begegnungsbühne, also eine Ritualszene. Kinder wiederholen im freien Spiel, aber auch im therapeutischen Symbolspiel. Auf der Begegnungsbühne bleibt die Ritualszene auch längere Zeit gleich, der Zweck der Wiederholung ist ein anderer als auf der Spielbühne. Die hier oft wiederholte Inszenierung

dient der Vertrauensbildung, soll Sicherheit, Struktur geben. In der Erwachsenentherapie werden der Wunsch danach und Zweifel daran in der Regel verbalisiert, Kinder fordern und überprüfen handelnd. Ich bezeichne diese Handlungen auch als „interaktionale Konserve“ zwischen Kind und TherapeutIn, wobei ich den Begriff hier analog zur Rollenkonserve positiv besetze (siehe Schacht, in: PD 1/92, S. 101 f.). Es lohnt sich, nicht nur auf die gemeinsam gestaltete Ritualszene, sondern zunächst auf deren Aufbau und die dazugehörige Bühne zu achten. Dies ist bei Ritualen im alltäglichen Leben selbstverständlich. Ein wesentlicher Teil von inszenierten Ritualen in unterschiedlichen Kulturen ist dem bewussten Aufsuchen des dazugehörigen Ortes und der Bereitstellung der nötigen Utensilien gewidmet, erst dann kann das Ritual in Szene gesetzt werden.

Ich suche mit Thomas lange Zeit am Ende jeder Stunde meine Küche auf. Ich brauche dort Zitronen, da wir gemeinsam heiße Limonade herstellen und gleich dort im Stehen trinken. Bei der gemeinsamen Arbeit und dem Trinken plaudern wir und leiten zu seiner Rückkehr in sein reales soziales Atom über...

Für Rene, der normalerweise nach ihm kommt, benötige ich Apfelsaft. Der erste Weg nach der Verabschiedung von seiner Mutter im Vorraum führt ihn zum Kühlschrank. Ich muss mir auch etwas zu trinken nehmen, mit den Gläsern setzen wir uns zum Tisch im Arbeitszimmer und eröffnen mit einem Schluck unser dort stattfindendes Gespräch...

Ich schlage diese Bühnen, die Objekte und die Inszenierungen niemals vor. Sie ergeben sich aus unserem Zusammenspiel, meist gibt es einen einmaligen konkreten Anlass. Es ist wichtig, hier offen zu sein und zu erspüren: genau diese Szene mit der dazugehörigen Bühne brauchen wir öfter. Aus der ganz subtilen Umgestaltung oder dem plötzlichen Überflüssigwerden des Szenariums (das man auch erspüren sollte), sind wesentliche Änderungen auf unserer Begegnungsbühne ablesbar. Kein Kind sagt zur TherapeutIn: „Jetzt vertraue ich dir endlich“, Kinder geben diese Botschaft handelnd.

Birgit bekommt jede Stunde ein Pickerl [einen Sticker]. Dies ist lange Zeit ein Teil unserer aufwändigen Ritualszene am Ende der Therapiestunde. Es ist auch sehr wichtig, vor meinem Urlaub oder ihren Ferien mit dem Kalender festzustellen, wie viele Stunden ausfallen werden, diese Anzahl von Pickerl merken wir uns beide. Sie sucht sich die Pickerl aus, wenn sie wiederkommt. „Sagen sie ihr, sie bekommt ihr Pickerl nächste Stunde“, ist mein Standardsatz am Telefon, wenn eine Stunde überraschend ausfällt.

Das Auswahlverfahren aus der wohlgefüllten Schachtel dauert immer sehr lange, das Symbolspiel muss daher früher beendet werden. „Ich will heute in Ruhe fertig spielen“, sagt sie in einer Stunde auf meine Aufforderung das Spiel zu beenden, „ich such’ mir in der nächsten Stunde zwei Pickerl aus.“ Am Ende der Stunde schreibe ich nach ihrer Anweisung auf einen Zettel, den wir in die Pickerlschachtel legen: „Birgit bekommt in der nächsten Stunde zwei Pickerl.“ Als „Unterschrift“ zeichnet sie sich selbst dazu.

Ab diesem Zeitpunkt sucht sie „ihre“ Pickerl dann aus, wenn sie am Ende der Stunde nichts Wichtigeres zu tun hat, in der ersten Phase müssen wir noch jedes Mal einen Strich auf die angelegte Liste machen. Momentan wissen wir beide noch zirka, wie viele Pickerl ich ihr schulde und diskutieren darüber, wann wir uns Zeit zum Aussuchen nehmen.

## Szenenaufbau auf der sozialen Bühne:

Die Begegnung und das Spiel sind zentrale psychodramatische Begriffe. Beide sind unverzichtbare Kategorien in der Traumaaarbeit mit Kindern. PsychodramatikerInnen sind aber auch SoziometrikerInnen, der Netzwerkgedanke stammt von Moreno. Er hat im Flüchtlingslager in Mittendorf viel für die dort Lebenden getan. Er hat es ihnen als Ergebnis seiner soziometrischen Untersuchungen ermöglicht, in von ihnen gewünschten und bereits erprobten Sozialstrukturen zusammenzuleben, m.E. war das Schaffen dieser Lebensbühne für viele dieser Menschen die entscheidende Intervention.

Die Zusammenarbeit mit dem realen sozialen Atom des Kindes ist für psychodramatisch arbeitende KindertherapeutInnen selbstverständlich.

Prof. Hans Keilson, einer der Wegbereiter der Traumaaarbeit mit Kindern, wird nicht müde, auf das zentrale Ergebnis seiner bahnbrechenden Langzeitstudie hinzuweisen: das Wie des Lebensumfeldes nach der Traumatisierung ist für den weiteren Lebensweg traumatisierter Kinder entscheidend (Keilson, Referat, Kongress Kindheit und Trauma, 2000). Ich sehe das aus meiner bisherigen Erfahrung auch so. Oft sind auch Interventionen nötig, um dem Kind überhaupt erst eine Bühne zu schaffen, auf der es in der Therapie Erarbeitetes auch real in Szene setzen kann. Gesellschaftspolitisch nicht nur zu denken, sondern auch zu handeln ist eine genuin psychodramatische Grundhaltung. Bei traumatisierten Kindern heißt das oft für sie etwas zu fordern: die Möglichkeit oder die Verlängerung sozialtherapeutischer Unterbringung, eine Aufenthaltsgenehmigung, gegen eine Abschiebung...

Bei einer Therapie mit einem traumatisierten Kind arbeite ich aber in jedem Fall engmaschiger und vielfältiger mit dem Umfeld zusammen als in anderen störungsspezifischen Kindertherapien.

Omar ist ein mehrfach traumatisiertes Kind. Er ist zu einem Langzeitaufenthalt in der Klinik, ich bin bereits in dieser Zeit seine Einzeltherapeutin. In dieser Zeit ist die Zusammenarbeit mit den ihn in ihrer jeweiligen Profession Betreuenden Selbstverständlich. Er soll mit Ende des stationären Aufenthaltes eingeschult werden, in einem normalen Kindergarten war er wegen seiner unkontrollierten Ausbrüche nicht haltbar. Sein Verhalten hat sich sehr stabilisiert, er ist überdurchschnittlich intelligent. Trotzdem bleibt die Sorge, ob er großgruppenfähig sein wird. Zur Vorbereitung und Unterstützung besucht er parallel zur Einzeltherapie eine therapeutische Psychodrama-Kindergruppe, die Kollegin und ich stehen in engem Kontakt. Als die Entscheidung gefallen ist, den Schulbesuch in einer normalen Schule zu wagen, wird die dort arbeitende Beratungslehrerin informiert. Sie steht den KlassenlehrerInnen zur Unterstützung zur Verfügung, manchmal besucht sie ihn in seiner Klasse, manchmal begleitet er sie in ihren Raum, um dort mit ihr zu spielen. Der Kontakt zu ihr ist selbstverständlich ebenfalls wichtig, die Klassenlehrer möchten mich auch persönlich kennen lernen. Schließlich muss der Kontakt zum erziehenden Onkel und seiner Frau gewährleistet sein. Der Cousin, der ihn in die Therapien bringt, spricht ausschließlich Französisch, die an sich wichtige Kommunikation mit ihm ist daher sehr beschränkt. Schließlich steht für wichtige Fragen und Entscheidungen die fallführende Psychologin als Nachbetreuende der Klinik zur Verfügung. Viele Vernetzungen laufen über das Telefon, auch rasche Interventionsbe-



sprechungen bei Krisen. Daneben sind immer wieder Gesprächsrunden in unterschiedlichen Zusammensetzungen nötig. Omar hat in seinem Leben schon vielfältigste Beziehungsabbrüche erlebt, auch „Nichtkommunikation“ bzw. reales Nichtkennen von für ihn wichtigen Menschen. Daher ist gerade diese auch für ihn sichtbare Vernetzung seines Umfeldes entscheidend für die Bearbeitung seiner Traumata. Dies ist aber so neu für ihn, dass es ihn auch massiv verunsichert. Er muss immer wieder überprüfen, ob der Kontakt zu jedem von uns tragfähig ist und ob nicht wieder einmal von Erwachsenen für ihn nicht nachvollziehbare Entscheidungen getroffen werden.

## 2) Das Zusammenspiel der Bühnen

Beatrice wird als Zehnjährige von ihrer Schule in die Klinik überwiesen, da sie nach einem Jahr Aufenthalt in Österreich so gut wie keinen Spracherwerb in der deutschen Sprache zeigt, sie kann daher auch nicht lesen und schreiben lernen. Entwicklungsverzögerung wegen geistiger Behinderung wird vermutet. Auffällig ist neben ihrem Sprachdefizit eine massive motorische Beeinträchtigung, sowohl im grobmotorischen als auch im feinmotorischen Bereich. Sie trägt mit Vorliebe langärmelige Pullover, deren Ärmel sie über die Hände zieht.

Beatrice hat bis vor einem Jahr in ihrem Heimatland Ruanda gelebt, nach Angaben der Mutter spricht sie auch in ihrer Muttersprache äußerst rudimentär. Nach aufwändigen Recherchen ist klar, dass ihr dortiger Aufenthaltsort auch von Rebellenarmeen überfallen wurde. Dass dabei fürchterliche Gräueltaten geschahen, ist bekannt. Die Mutter sagt, dass Beatrice davon nichts mitbekommen habe. Die mit Dolmetscherin versuchte Traumaexploration wird wegen der deutlich spürbaren Verzweiflung des Mädchens und ihrer ebenso deutlich spürbaren Verbalisierungsunfähigkeit abgebrochen. Sie wird während ihres Langzeitaufenthaltes in der Klinik logopädisch, ergotherapeutisch und psychotherapeutisch betreut. Sie beginnt zu sprechen, sie nimmt an sportlichen Aktivitäten teil, ihre Gesichtsmuskulatur lockert sich deutlich sichtbar, alle Betreuenden lieben ihr herzliches Lachen.

Ihre Psychodrama-Psychotherapeutin betreut sie nach ihrer Entlassung weiter. Beatrice hat in der Klinik so gut wie nichts gezeichnet. Auf die Frage nach Afrika hatte sie ein Blatt Papier komplett schwarz angemalt. Im Verlauf der Therapie zeichnet sie zunehmend viel und gerne, ein Bild zeigt sie und ihre Therapeutin spielend unter einer Sonne auf einer Blumenwiese. Menschen zeichnet sie so gut wie immer ohne Hände. In einer Therapiestunde zeichnet sie ein Mädchen ohne Hände und übermalt dann das gesamte Blatt rot. Einige Stunden später erzählt sie ihrer Therapeutin die ihr zurzeit zur Verfügung stehende Traumaszene: Sie habe mit Kindern, u.a. ihrer besten Freundin gespielt, dann sei sie eingeschlafen. Als sie aufgeweckt wurde, seien die anderen Kinder tot gewesen, auch ihrer Freundin wurden Kopf und Hände abgehackt.

In einer späteren Phase der Therapie sind Themen aus dem Internatsalltag im Vordergrund. Beatrice ist nämlich in einen Buben aus ihrer Gruppe verliebt, das beschäftigt sie sehr. In eine dieser Stunden kommt sie zutiefst empört, der Knabe hat ihre beste Freundin beleidigt. Sie will ihm deswegen mit der Therapeutin einen Brief schreiben. Dieser Brief ist ihr deutlich spürbar sehr wichtig, die Therapeutin begleitet sie beim Verfassen. Sie schreibt schließlich:

*Lieber Peter!*

*Du hast Blödsinn gemacht. Du hast meine Freundin Kerstin geschimpft. Ich liebe dich. Aber du darfst keinen Blödsinn mehr machen. Okay?*

*Beatrice*

Beatrice hat ihre Freundin in Ruanda nicht schützen können. Ihrer jetzigen Freundin will sie helfen. Dieses „wahre zweite Mal“, bereitet sie im geschützten Rahmen ihrer Therapie vor – zunächst mit dem Intermediärojekt des geschriebenen Textes, mit den Ressourcen, die ihr nun zur Verfügung stehen. Diesmal steht ihr auch ein erwachsenes Hilfs-Ich unterstützend zur Seite: ihre Therapeutin hilft ihr beim Verfassen des Textes und bezieht auch auf der Begegnungsbühne klar Stellung. Mit der Vorbereitung auf den beiden Bühnen des therapeutischen Settings traut sie sich die Umsetzung auf der sozialen Bühne zu.

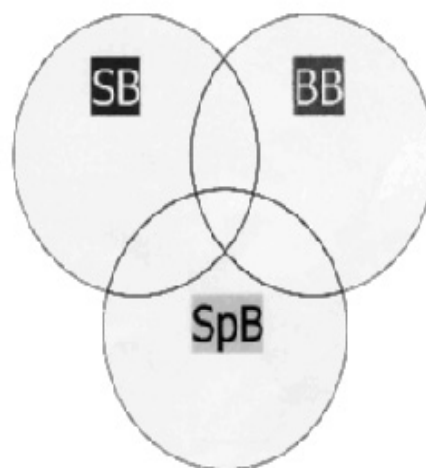
Das Zusammenspiel der Bühnen ist immer gegeben, manchmal sind Überlappungen sofort erkennbar, manchmal erst zeitverschoben. In meiner Methode trenne ich die Bühnen in der konkreten psychodramatischen Arbeit sehr genau. Die Exaktheit der Grenzziehung ist bei traumatisierten Kindern besonders wichtig. Anders ist erstens das Begleiten durch die Traumaszenarien des Kindes auf der Spielbühne nicht durchhaltbar, darauf werde ich noch genauer eingehen, wenn ich mich mit dem Bereich „Rollen und Haltung der TherapeutIn“ beschäftige. Zweitens neigen gerade traumatisierte Menschen dazu, die Bühnen ständig zu verwechseln, Fragmente ihrer Traumaszenarien auf unpassenden Bühnen zu präsentieren. Damit ist es für die gewünschte Rollenerweiterung des Kindes unerlässlich, den/die TherapeutIn auf der Begegnungsbühne bewusst wahrzunehmen. Das Kind kann so die unterschiedliche Ausübung von Rollenqualitäten erleben – die Rolle des stützenden Doppelgängers zeigt sich im Symbolspiel anders als auf der Begegnungsbühne. Damit hat das Kind ein Vorbild für das angestrebte Therapieziel, im Symbolspiel Erarbeitetes auch auf anderen Bühnen adäquat zu leben. Schlussendlich soll ja auf den beiden Bühnen des therapeutischen Settings Erprobtes in den Alltag integrierbar sein. Um dies im Prozessverlauf immer wieder überprüfen zu können, muss jede Bühne zunächst als eigenständiges Ganzes wahrgenommen werden. Trotzdem gehören die Bühnen natürlich zusammen, ergeben nur gemeinsam Sinn.

Psychodrama – Einzeltherapie mit Kindern

Hildegard PRUCKNER

## Das thematische Zusammenspiel der Bühnen

Schema



### Überschneldungen sind

- ▶ immer gegeben
- ▶ manchmal dem/der Therapeuten(in) und/oder dem Kind bewusst
- ▶ manchmal erst im Prozessverlauf ersichtlich
- ▶ niemals gleich groß
- ▶ keineswegs immer „geradlinig“ im Sinne des angestrebten Therapiezieles

Graphik 1

## Die Arbeitsbühnen



### **SOZIALE BÜHNE**

- Arbeit mit dem realen sozialen Atom des Kindes

**Ziel:** Informationsaustausch (unter Einbeziehung der Schweigepflicht)  
Interventionen als „Dolmetscherin“ des Kindes

**Rolle des/der Therapeuten(in):**  
Berufsrolle TherapeutIn, Hilfs-Ich-Rollen, der jeweiligen Situation angepasst

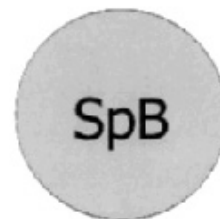


### **BEGEGNUNGSBÜHNE**

- Vorgabe der Struktur
- Einlassen auf Teleprozess

**Ziel:** gelungene Begegnung dem jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes angemessen

**Rolle des/der Therapeuten(in):**  
ProtagonistIn



### **SPIELBÜHNE**

- Symbolspiel mit Intermediärobjekten
- ressourcenorientierte soziometrische Arbeit

**Ziel:** szenische Bearbeitung, Rollenintegration

**Rolle des/der Therapeuten(in):**  
Vom Kind eingekleidetes, nach den Anweisungen des Kindes mitspielendes Hilfs-Ich

Graphik 2

Ich verwende diese Graphik seit einiger Zeit für mein Protokoll am Ende jeder Stunde. Die Überlappungen stellen sich dann natürlich jeweils anders dar, das Bild ändert sich von Stunde zu Stunde. Analog zu soziometrischen Darstellungen ist es eine Momentaufnahme zu einer bestimmten Fragestellung. Mein Fokus beim Protokollieren ist sehr schlicht: Wo sehe ich unmittelbar nach der Stunde augenscheinliche Zusammenhänge, wo sehe ich gar keine, und wie bewerte ich das?

Denn z.B. muss sich die Stimmung auf der Begegnungsbühne keineswegs immer auf der Symbolbühne widerspiegeln. Diesbezügliche Deutungsversuche sind oft konstruiert und manchmal sogar kontraproduktiv: gerade traumatisierte Kinder halten die positive Intimität einer Symbolszene meist nicht gut aus. Eine Entwürdigung und Kränkung auf der Begegnungsbühne habe ich gerade nach so einem Spiel nicht nur einmal erlebt. Das ergibt dann in meinem Verständnis eine deutliche Überlappung zwischen diesen beiden Bühnen. Sie wird von der TherapeutIn sicher niemals positiv erlebt, kann aber besser verstanden werden, wenn ich den Zusammenhang zwischen Spielbühne und Begegnungsbühne sehe.

Die Kreisdiagramme sind als methodische Hilfe gedacht, sie helfen bei der Selbstreflexion, für die Intervention oder Supervision. Oft wird zunächst Nichtverständliches erst bei der Prozessanalyse erklärbar, das ergibt dann eine neue Sichtweise. Die Kreisdiagramme sind – wie jede soziometrische Darstellung – niemals „objektiv“. Sie spiegeln aber für mich sehr aufschlussreich meine für einen bestimmten Zeitpunkt gültige Interpretation und die dazugehörige Bewertung meiner Anteile an der gemeinsamen Arbeit wieder.

## Rollen, Haltung und Techniken der TherapeutIn

Als ich therapeutisch zu arbeiten begann, war in der Psychodramaszene noch die gängige Meinung, dass „Heilung“ z.B. bei missbrauchten Kindern nur dann möglich ist, wenn „die Traumaszene“ gespielt worden sei, am besten mit Rollentausch Täter-Opfer. Man schloss sich auch der damals üblichen methodenübergreifenden Lehrmeinung an, dass Traumaopfer „darüber“ sprechen können müssten. Ich konnte mich sehr schwer dem Druck dieser Argumente entziehen. Sie standen aber schon damals in krassem Gegensatz zu dem, was ich in Kindertherapien als Bedürfnis der Kinder erlebte, aber auch zu meinen eigenen Ansichten, wie ich mit traumatisierten Kindern arbeiten wollte. Dabei habe ich mich nun in den vergangenen Jahren mehr oder weniger erfolgreich vorwärts getastet – in der praktischen Arbeit und deren theoretischer Begründung.

Traumatherapie wirft viele Fragen auf: zu grundlegenden ethischen und existentiellen Themen, zur persönlichen Lebensgeschichte des/der TherapeutIn und nicht zuletzt an die eigene therapeutische Methode. Sich dem zu stellen ist faszinierend und regt zu immer weiterführenden Fragestellungen an. (2) Dieser Prozess ist für mich sicherlich nicht abgeschlossen. Ich werde im Folgenden die mir zurzeit wesentlichen Punkte the-

senhaft skizzieren. Sie sind im Kontext meiner Methode schlüssig und mit der Theorie des Psychodramas kompatibel.

## 1: Der/die Psychodrama-TraumatherapeutIn muss nicht für das Kind „die“ Traumaszene reinszenieren.

Mitten im Schreiben dieses Artikels sehe ich im ORF eine Sendung zum Thema „Gewalt gegen Ausländer“. Kurz zuvor war folgende Geschichte durch die Zeitungen gegangen: ein Schwarzafrikaner, der mit seinem Kind über den Wiener Rathausplatz geht, wird von Hooligans verbal und körperlich attackiert, auch der ca. vierjährige Sohn wird dabei nicht verschont. In der Sendung wird nun die Szene wiederholt. Der Vater schildert mit dem Buben an der Hand nicht nur alles genau, er spielt es auch vor. Er fällt zu Boden, drückt auch seinen Sohn zu Boden, fallweise übernimmt er auch die Rolle eines Angreifers. Er macht (natürlich nur angedeutet) vor, wie ein Hooligan „Heil Hitler“ schreiend auf den aber auch jetzt beim Filmen real am Boden liegenden Knaben eintrat.

Mir ist nach dieser Sendung körperlich schlecht, ich weiß nicht, wohin ich meine Wut über diese Retraumatisierung des Kindes richten soll.

Kein Kind würde ein solches „Spiel“ selbst in Szene setzen wollen, davon bin ich hundertprozentig überzeugt. Werden Kinder zum Spielen solcher Szenen angeleitet, ist das wie im obigen Fall schädlich, in anderen Fällen zumindest bedenklich, hier teile ich alle Warnungen, die in der Literatur und im Gespräch auftauchen.

Ich gehe davon aus, dass Traumata die Fähigkeit zur sinnvollen Organisation zerstören, dies bedeutet psychodramatisch gesprochen: Diese Kinder sind dann in vielen emotional bedeutsamen Kontexten nicht fähig, sinnvolle Erfahrungseinheiten – also Szenen – zu konstruieren (siehe auch Schacht, unveröffentlichtes Manuskript). In dem von mir angewandten offenen Symbolspiel entscheiden die Kinder selbst, was sie auf die jeweilige Spielbühne bringen möchten. Manchmal gestalten sie Szenen, deren Inhalte nichts mit ihrer Traumaszene zu tun haben. Trotzdem lernen sie im szenischen Spiel für sie Entscheidendes, nämlich wieder sinnvolle Ganzheiten zu bilden.

Ich interveniere in meiner Methode auf der Spielbühne nicht, ich bin vom Kind eingekleidetes Hilfs-Ich und übernehme wie im klassischen ProtagonistInnenpiel des Erwachsenenpsychodramas die jeweilige Rolle als Hilfs-Ich. Um das konsequent zu handhaben, braucht man viel Geduld und vor allem Vertrauen in die Ressourcen der Kinder.

Traumatisierte Kinder bauen Sequenzen ihrer Traumaszenen in ihr Spiel ein, manchmal sind sie vom Szenenaufbau und -ablauf als solche erkennbar, manchmal erspüren wir die dazugehörigen Affekte in einzelnen Rollen. Alle Kinder gestalten Szenen, die auf uns Erwachsene sehr grausam wirken, bei traumatisierten Kindern verstärkt sich das oft sehr.

Wiederholen Kinder diese Szenen scheinbar immer wieder, macht uns das Angst. In nichtpsychodramatischer Literatur findet man, dass dieser „repetitive Ansatz in der Spieltherapie speziell für jüngere Kinder (unter neun Jahren) entwickelt wurde. Der sich

wiederholende Ausdruck des Traumas im Spiel könne hingegen gerade bei älteren Kindern einen zunehmend destruktiven Charakter annehmen, vorhandene Ängste noch verstärken und müsse daher eher unterbrochen als gefördert werden“ (Bräutigam 2000, S. 89). Bräutigam hat diese Thesen aus der einschlägigen Literatur übernommen, solche und ähnliche Behauptungen sind kein Einzelfall. Die Behauptung, dass vom Kind gewünschte Wiederholungsspiele schädlichen Einfluss hätten, ist für meine Form monodramatischen Arbeitens grundlegend falsch. Psychodramatisch inszenierte Spiele auf der Symbolbühne sind etwas total Anderes als die zurecht befürchtete bloße Reinszenierung, sie fördern diese auch keineswegs.

Bei den Fallbeispielen, die wir aus Morenos Hilfs-Welt-Technik kennen, beendeten die Patienten selbst ihren Wahn, man respektierte ihre Entscheidung. „Adolf Hitler“ bat selbst darum, wieder Karl genannt zu werden (d.i. ein 1939 beschriebenes und oft zitiertes Beispiel, siehe u.a. in Krüger 1997, S. 107ff.). Nirgends findet sich ein Hinweis, dass das oder irgendeine andere Rollenänderung (wie das Entfernen des Schnurrbartes) nach einer bestimmten Anzahl von Sitzungen zwingend von ihm erwartet wurde. In der Literatur findet man immer wieder Zahlenangaben, dass eine bestimmte Anzahl von „Wiederholungsspielen“ bei Kindern akzeptabel sei, ab dieser Grenze bestünde Gefahr der Retraumatisierung. Hier gilt es zu fragen: Warum schenkt man Kindern nicht das selbe Vertrauen, denselben Respekt wie Erwachsenen? Ich musste traumatisierte Kinder jedwedem Alters auf der Spielbühne noch niemals vor der selbstinszenierten Gefahr der Retraumatisierung schützen. Ich selbst verspürte allerdings in den mir zugeteilten Hilfs-Ich-Rollen viel: ein entsetzlich hohes Maß an Verletzlichkeit, eine kaum aushaltbare, unfassbare Brutalität, Verzweiflung... und oft genug den dringenden Wunsch, das alles beenden zu können. Irgendwann – also nach einer sehr unterschiedlichen Anzahl von scheinbaren Wiederholungen – wurden meine Rollen noch auf jeder Symbolbühne erträglicher. Das heißt weiter: Innerhalb der scheinbar gleichen Szenen gibt es sehr diffizile Rollenentwicklungen. Diese nimmt man allerdings oft nur wahr, wenn man sich nicht von seinen eigenen (Helfer-)Gefühlen überschwemmen lässt.

„Wie geht es dir mit Tamara?“ fragt mich eine junge Kollegin, die an unserer Station als Praktikantin arbeitete, ich habe sie zufällig getroffen. Sie hatte die Anfangsphase meiner Therapie mit Tamara, einem traumatisierten Mädchen, miterlebt. „Schlecht“, antworte ich prompt, „wir kommen seit Monaten nicht weiter, ewig spielen wir schon dasselbe.“ „Du weißt doch, was du uns immer gesagt hast“, antwortet sie lächelnd, „genau protokollieren und das Protokoll auch genau lesen.“ Dann plaudern wir noch kurz über andere Dinge.

Beim Weitergehen überlege ich, was mich zu dieser Antwort veranlasst hat. Ich spiele mit Tamara schon lange – so meine gedankliche Zusammenfassung – mit Handpuppen Täter-Opferszenen. Ich muss sie in meiner Rolle auf verschiedenste Art und Weise malträtieren. Vor einigen Monaten hat sie eine Katze als „Arzt“ eingeführt. Diese Rolle übernimmt sie, wenn ihre Opfer- Handpuppe knapp vor „dem Sterben“ ist. Der Arzt hat allerdings nicht die richtige Medizin mit, er geht zum Apotheker. Mit der Löwenpuppe muss ich nun immer im zweiten Teil den Apotheker spielen, der zwar Unmengen von Medizinen besitzt, die richtige aber nicht findet... Meine Frustration ist mir klar: natürlich hatte ich mir mit der Einführung des „Arztes“ Heilungs-

szenen erhofft, und die Rolle des unfähigen Apothekers macht mir nach der des Täters auch keinen besonderen Spaß, ich spule meine Hilfs-Ich-Rollen nur mehr auftragsgemäß herunter.

Zuhause nehme ich mir meine Protokollmappe über Tamara zur Hand und beginne zunächst recht unwillig darin herumzublättern. Dabei sehe ich zunächst, dass die gesamte Sequenz nicht länger als drei Monate dauert. Und ich sehe plötzlich sehr wohl eine Entwicklung: der Apotheker hat in der ersten Stunde „urvielen Medizin“, schaut nicht genau und darf das richtige Heilmittel ganz sicher nicht finden. Der nächste Auftrag beim Einrichten sind „1000 Medizinen“, dann kommen dreimal „100 Medizinen“. Dafür wird in einer dieser Stunden das Schaf als „Freundin“ eingeführt. Die Rolle spielt niemand, die Schaf-Puppe bleibt aber bei der armen Gequälten, während „Arzt“ und „Apotheker“ vergeblich nach der passenden Medizin suchen. Die Einführung dieses stützenden Doppelgängers hatte ich zwar protokolliert, bewusst wird sie mir erst beim Durchlesen. In der vorangegangenen Stunde ist der Auftrag an den „Apotheker“: „Du hast 10 Medizinen, du suchst sehr genau, damit du nicht die falsche erwischst, du findest sie noch immer nicht!“

Die Kinder zeigen es mir immer wieder: Sie finden für ihr jeweiliges Thema im Spiel ihren eigenen Weg der Verarbeitung, sie inszenieren die dazugehörigen Lösungen – allerdings zu ihrem Zeitpunkt. Jede Änderung, jedes Beenden einer brutalen Szene, jeder Rollenwechsel ist, wenn es vom Kind selbst bestimmt wird, damit ein „wahres zweites Mal“.

## **2: Der/die TraumatherapeutIn muss nicht jedes Symbolspiel (sofort) kognitiv verstehen. Er/Sie sollte es in der Hilfs-Ich-Rolle durchhalten.**

Ich habe als beginnende Kindertherapeutin versucht, nach jedem Symbolspiel kognitiv zu erfassen, ob es sich nun z.B. um die Repräsentation einer real erlebten Interaktion oder eine Darstellung von Selbstanteilen gehandelt habe. Traumatisierte Kinder haben mich gelehrt, dass das unmöglich ist. Sie haben Unverständliches erlebt, so stark, dass ihr Vertrauen in die sie umgebende Welt nachhaltig erschüttert ist. Ihr gelebtes Verhalten ist daher für ihr soziales Atom oft unverständlich, ihr Symbolspiel folgerichtig auch. Ich muss als Therapeutin die Kraft haben, sie gerade darin zu begleiten, nur dann nehme ich sie ernst. Moreno hat mit seiner „Hilfswelttechnik“ ein therapeutisches Vorgehen entwickelt, Psychotiker in und durch ihre Wahnwelt zu begleiten, Reinhard Krüger greift das auf und entwickelt es für die heutige Zeit weiter (Krüger 1997, S. 110-115). Meine Vorgangsweise als Therapeutin im Monodrama ist hier grundsätzlich ähnlich (Pruckner 2001, S. 78ff.). Bei traumatisierten Kindern arbeite ich ausschließlich mit Intermediärobjekten.

Ich bin, wie schon weiter oben gesagt, mit diesem Intermediärobjekt Hilfs-Ich im klassischen Sinn eines Protagonistenspieles, spiele also ausschließlich nach den Anweisungen des Kindes und zwar so lange und so oft das Kind es will (und es nach meinem Verständnis auch braucht). Die Rollenqualitäten sind unterschiedliche: In der Arbeit mit



traumatisierten Kindern sind es störungsspezifisch mehr Opfer- und Täterrollen als in anderen Kindertherapien, in den „Heilungsszenen“ aber auch sehr vielfältige Doppelgängerrollen. Die Rollen, die ich für das Symbolspiel zugeteilt bekomme, sind gerade bei traumatisierten Kindern oft sehr schwer durchzuspielen, darauf habe ich schon hingewiesen. Die Schutzfunktion des Intermediärobjektes ist mehr als nötig – für das jeweilige Kind und mindestens genauso für mich. Ich könnte viele dieser Rollen ganz sicher nicht spielen, würde ich mich vom Kind voll einkleiden lassen, dies gilt sowohl für Opfer- als auch Täterrollen. Daher müsste ich Rollen ablehnen. Diese Rollen enthalten aber für das traumatisierte Kind wesentliche Teilaspekte: etwas, zu dem das Kind gezwungen wurde, eine Handlung oder ein Affekt, mit dem ihm zentrale Menschen seines Lebens begegneten... Viele dieser Kinder wurden abgewertet, viele werden jetzt auf Grund ihres unverständlichen Verhaltens abgelehnt. Ich würde mit der Ablehnung einer Rollenannahme eine Wiederholung reinszenieren und zusätzlich die Botschaft vermitteln, dass ein solches (Er-)Leben nicht aushaltbar ist.

Die Intermediärobjekte sind in der Regel fertiggestaltet, Handpuppen, hölzerne Biegepuppen, Playmobil u.ä.m. Manchmal ist es für ein Kind wichtig, ein Objekt selbst zu gestalten. Dieser gemeinsame Prozess unterscheidet sich in seiner Qualität grundlegend von „Bastelstunden“ (s. auch Wicher 2000) und geschieht ebenfalls genau nach den Anweisungen des Kindes.

Birgit spielt seit über zwei Jahren mit den Materialien in meiner Praxis, mit bestimmten Handpuppen, die zeitweise für sie reserviert sind oder mit den hölzernen Biegepuppen und dem Puppenhaus. Am Beginn einer Stunde erklärt sie mir, dass sie „für die neue Serie“ ein „Monster“ brauche. Ich meine, sie solle sich eines aussuchen, aber sie weiß bereits, was sie möchte. Sie beginnt mir gleich ihre Anweisungen für den diesmaligen Materialeinkauf zu geben, nachdem sie ihre Vorstellung vom „Monster“ aufgezeichnet hat. Plötzlich hält sie inne. „Wir brauchen zuerst eine Bühne“, sagt sie sehr bestimmt, „ein Meer und einen Strand.“ Die dafür angebotenen üblichen Tücher reichen ebenfalls nicht. „Das müssen wir auch basteln, das wird unser erster gemeinsamer Strand, weil wir nicht mehr so viel streiten.“ Recht gerührt schreibe ich also auch die Anweisungen für die dafür nötigen Materialien auf. Da ich in der Praxis keine Nähmaschine habe, befinde ich mich die nächsten Stunden auf dem Boden meines Arbeitszimmers. Es sind keine großen Stoffteile, die sie mir jeweils gibt, ich muss viele kleine, von ihr genau ausgesuchte und zugeschnittene „Puzzleteile“ zu einem Meer und dem dazugehörigen „Strand“ händisch zusammennähen. Es ist eine sehr ruhige, besinnliche Stimmung dabei, was weder für sie noch für unsere sonstige Beziehung typisch ist. Anschließend macht sie sich an die Herstellung des „Monsters“. Birgit ist bewundernswert kreativ und normalerweise sehr rasch dabei. Die Arbeit am „Monster“ dauert allerdings fünf Stunden. Ich muss dabeisitzen, nur zuschauen, nichts reden und nicht fragen. Als das „Monster“ fertig ist, frage ich, ob wir nun damit am Strand spielen würden. „Nein, 'Sonnenschein' muss mitspielen“ erklärt sie mir. Wir haben sie vor ca. einem Jahr gestaltet. „Kein Problem, da ist sie ja!“ deutete ich zum Kasten. „Aber sie muss doch verstärkt werden“, ist die Antwort, „dafür kaufst du ein...“

Birgit spricht bis heute nicht über ihre Traumageschichte. Sie hat aber in vielen, vielen Symbolspielen Sequenzen ihrer Traumatisierung bearbeitet, sie hat immer wieder Täter- und Opferrollen gespielt. „Sonnenschein“ hat sie in einer Phase in ihre Therapie eingebaut, als sie, da bin

ich mir sicher, sehr von Flashbacks gequält wurde. Nun bereitet sie sich (und mich) mit allen ihr nun zur Verfügung stehenden Ressourcen auf eine offensichtlich zentrale Auseinandersetzung vor.

*Foto 4: Der Strand*



*Foto 5: Das Monster*



*Foto 6: Sonnenschein*



### 3: Heilung ist durch das psychodramatische Symbolspiel möglich, die Szene muss nicht unbedingt besprechbar sein.

Die Wichtigkeit des „Spiels“ für traumatisierte Kinder wird in der Literatur immer wieder erwähnt, ebenso die Bedeutung so genannter „imaginativer Verfahren“. Diesen Verfahren wird „Brückenfunktion“ zugesprochen – „indem sie über das Medium bildhaften Denkens Verhaltensinszenierungen und Körperempfindungen mit der Sphäre sprachlichen Ausdrucks und mit rationalem Verstehen vermitteln“ (Fischer/Riedesser 1998, S. 221). Das ist durch das psychodramatische Spiel natürlich gegeben, alle PsychodramatikerInnen kennen und schätzen das.

Nach vielen Reinszenierungsszenen von Traumasequenzen spielen Kinder „Heilungsszenen“. Jedes Kind wählt den Zeitpunkt und seine spezielle Bühne dafür selbst, manchmal sind es dieselben Figuren als Intermediärobjekte wie zuvor, manchmal andere. Diese Szenen berühren in ihrer Intensität zutiefst. Ich halte mich aber auch hier strikt an die Anleitungen des Kindes. Der Wunsch nach einem Mehr ist groß – mehr geben zu dürfen oder mehr von der neuen Gefühlsqualität spüren zu können. Für die TherapeutInnen wunderschöne vertrauensvolle Szenen ängstigen aber traumatisierte Kinder oft sehr. Sie alleine bestimmen also auch hier, wie viel sie im Moment aushalten können. Ich bin, und das ist ein dritter zentraler Punkt meiner Haltung, davon überzeugt, dass diese Szenen heilen. „Die Besprechung“, das Erzählen der konkreten Traumaszene ist nicht Voraussetzung dafür. Manche Kinder wollen und können darüber sprechen, anderen ist es unmöglich.

Birgit hat in den letzten Wochen viele Heilungsszenen gespielt – Verletzte werden versorgt und gesunden, sie ist in beiden Rollen, der Verletzten und der Heilenden. Der „Arzt“ (ein Hund, wir spielen mit Tier-Handpuppen) ist nun wirklich ein Heilender, nicht einer, der das nur behauptet, und dann seinerseits vergiftet. Sie hat auch ihre „Gesänge“ (in Gedichtform), mit denen sie das Symbolspiel traditionell beginnt und beendet umfunktioniert. Sie singt mit ihrer jeweiligen Handpuppe sehr meditative lange Geschichten mit teilweise rational schwer verständlichem Inhalt. Mehrere Sätze tauchen aber immer wieder auf: „Der Kreis hat sich geschlossen...“ und „... das Kind will nicht sprechen.“ Ich muss mit meiner jeweiligen Handpuppe „mitsingen“, bin also in der Rolle des stützenden Doppelgängers.

Ich bin tief berührt, glücklich und stolz auf uns beide – und warte (natürlich nicht bewusst) auf eine Fortsetzung ihrer Gesundung auf der Begegnungsbühne und der sozialen Bühne. Nach zwei Jahren Therapie kennt mich Birgit bestens, sie spürt den Druck auf meiner Seite früher als ich selbst. Sie ist am Beginn der Stunde jämmerlich, jammert über Kopfweh. „Du machst mir Kopfweh..., du machst mir so verrückte Gedanken im Kopf...“. Ich biete ihr an, sich auszurasen, kurz legt sie sich auf ein „Lager“ mit Decken, ich darf mich daneben setzen und aus einem Bilderbuch vorlesen. Sehr schnell springt sie wieder auf, wir sitzen am Tisch, sie jammert wieder über die verrückten Gedanken im Kopf, die sie bei mir bekäme. Ich sage ganz vorsichtig, dass es vielleicht gut wäre, darüber zu reden. Mehr brauche ich nicht: „Du sollst nicht fragen, weißt du nicht, das Kind will nicht reden!“ schreit sie mich an. Ich versichere ihr nun bestürzt, dass ich ihr nur gerne helfen würde und nicht wisse wie. „Ich zeichne dir auf, wie es mir geht!“ – damit greift sie zu ei-

nem weiteren für sie sehr wichtigen Intermediärobjekt. Nachdem sie jahrelang ausschließlich Phantasiegestalten gezeichnet hat, entstehen nun auf meinem Flipchart zwei Bilder.

Auf dem ersten Plakat zeichnet sie sich selbst, mich und den Zivildienstler ihrer Wohngemeinschaft samt Auto dazu. Bis jetzt gibt es in einem Stoß von Zeichnungen nur einmal ein reales Abbild von ihr selbst, nie eine Person aus ihrem sozialen Umfeld. Die verrückten Gedanken in ihrem Kopf zeichnet sie nun ebenfalls ein, wir beide weinen. Das erklärt sie mir während des blitzartigen Zeichnens, ich muss (wie immer, wenn sie zeichnet) schweigend dabei sitzen. Außerdem blute ich am Knie (ich hinke in dieser Stunde real aufgrund einer Sportverletzung). Dann kommt in Windeseile die zweite Zeichnung – mit den altbekannten skurrilen Figuren. Schließlich werde ich zum Schreiben der Überschriften herbeizitiert – bei diesen Titeln bin ich endgültig sprachlos. Ich muss über das Bild, das die reale Situation zeigt, schreiben: „Das ist eine Krankenzeichnung“. Das zweite Bild mit den wüsten Monstergestalten bekommt die Überschrift „Das Lebenszeichen“. So eindrücklich habe ich noch nie vor Augen geführt bekommen, wie angstbesetzt die Rückkehr in die „Normalität“ sein kann.

Kinder wählen ihren Weg, die TherapeutIn über ihre Befindlichkeit zu informieren, Sprache ist nicht wie in der Erwachsenenwelt ihr zentrales Medium. Manchmal ist es nötig, als erwachsene Therapeutin ein Kind um verbale Informationen zu ersuchen. Oft reicht es, das Medium der Kinder zu respektieren, man erfährt so mehr als bei quälenden Verbalisierungsversuchen.

#### **4: Der Rollenwechsel Täter-Opfer ist nicht nötig, wenn nicht sogar kontraindiziert.**

Diesen Punkt möchte ich noch einmal betonen, obwohl er sich aus dem bisher Gesagten logisch ergibt. Der Rollentausch soll grundsätzlich ein besseres Verständnis der Gegenrollen, ein Einfühlen in diese ermöglichen. In der monodramatischen Kindertherapie müsste nun, um Rollentausch konsequent zu inszenieren, der/die TherapeutIn die Opferrolle voll eingekleidet übernehmen, das Kind ebenso die TäterInnenrolle. Dies ist für mich unvorstellbar, speziell auch für den weiteren Prozessverlauf auf der Begegnungsbühne. Mit meiner Methode käme ausschließlich ein Rollenwechsel mit Intermediärobjekten in Frage. Ich halte auch eine solche, vom/von der TherapeutIn angeleitete Inszenierung für sehr bedenklich.

Dasselbe gilt für die daraus abgeleitete „Versöhnungsmöglichkeit“. Warum soll ein Kind aus Ruanda, das aus seinem Versteck das Händeschlagen seiner Spielgefährten beobachtet hat, sich in die Rolle der ausführenden Freischärler hineinversetzen? Jeder mit Bürgerkriegsszenarien Befasste weiß um die Notwendigkeit der Versöhnung der Ethnien für einen dauerhaften Frieden, dasselbe gilt für Familiensysteme. Davon betroffene Erwachsene nehmen für sich in Anspruch, den Weg dorthin selbst bestimmen zu dürfen, jeder noch so gut gemeinte Vermittlungsversuch scheitert, wenn er zum falschen Zeitpunkt erfolgt. Nicht mehr und nicht weniger haben wir Kindern zuzugestehen. Ich bin mir völlig bewusst, dass Kinder, die Opfer von Traumatisierungen wurden, genauso

wie wir alle auch TäterInnenanteile haben und die dazugehörigen Rollen leben. In den von ihnen gewählten Inszenierungen im Symbolspiel spielen sie Rollen mit diesen Täter-Qualitäten so lange durch, bis sie modifizierbar oder ablegbar sind. Dies ist wichtig, ebenso die Versöhnung mit dem eigenen Selbst, dem eigenen Körper, dann kann eine bewusste Entscheidung getroffen werden: Mit welchen Personen des Umfeldes ist auf der sozialen Bühne eine Versöhnung möglich und mit welchen zurzeit nicht. Die Auswahl und auch das Wie hat man als TraumatherapeutIn zu respektieren, man kann und soll das jeweilige Kind natürlich auch hier begleiten und unterstützen.

## 5: Traumatherapien verlangen vom/von der TherapeutIn die Bereitschaft zu existentieller Begegnung.

Ich bin früher in Traumatherapien immer wieder quasi hineingestolpert, in der Zwischenzeit übernehme ich sie sehr bewusst, manchmal übernehme ich sie nicht. Denn ich muss für diese Form der Arbeit bereit sein, bereit, mich auf einen langen, auch für mich immer wieder aufwühlenden und oft schmerzhaften Prozess einzulassen.

„Es tut so weh...“. Dies ist der Satz einer Psychodramatikerin, sie erzählt einer Kollegin dabei von ihrer therapeutischen Arbeit mit einem traumatisierten Mädchen. Nach einem Workshop berichten mir beide davon, wir sind uns einig, dass es anders nicht möglich ist: Will man diese Kinder wirklich auf ihrem Weg begleiten, werden ihre Gefühle massiv in die Interaktion einfließen und sehr berührend sein – in vielfacher und keineswegs immer kontrollierbarer oder gar erwünschter Art.

Omar wird von seinem Cousin eine Viertelstunde zu spät gebracht, ich höre sie schon auf der Treppe streiten, der Streit geht vor meiner Praxistüre weiter. Als ich Übersetzung einfordere, erklärt mir Omar, dass er seine Schultasche heute nicht mit in mein Vorzimmer nehmen werde, sein Cousin solle sie in der Zwischenzeit mit nach Hause nehmen. Die Forderung kann nicht erfüllt werden, da dieser in der zur Verfügung stehenden Zeit selbst wenn er wollte auch nicht nach Hause fahren könnte. Dies versuchen wir Omar zu erklären, der Cousin französisch, ich deutsch, beide immer ungeduldiger werdend. Omar wiederholt stereotyp, allerdings auch sehr lautstark seinen Wunsch. In der Zwischenzeit schaut auch meine Nachbarin mehrfach kopfschüttelnd bei ihrer Eingangstüre heraus, der Cousin beherrscht seinen Zorn nur mehr mühsam. In dieser Situation schicke ich ihn weg, schnappe die Schultasche und stelle sie in mein Vorzimmer. Omar saust schreiend hinterher, ich versuche ihm noch einmal zu erklären, dass...

Er kauert aber bereits auf dem einzigen Sessel im Vorzimmer, Gesicht zur Wand, in sich zusammengerollt und hält sich die Ohren zu. Sein zuerst artikuliertes wütendes Schreien wandelt sich rasch zu einem Wimmerton. Es ist nicht möglich, sich ihm zu nähern, weder emotional, zunächst auch nicht körperlich – er ist in seiner Haltung erstarrt, untermalt von seinem Dauerheulton. Ich versuche unsere Rituale anzubieten, der Heulton steigert sich. Ich biete Wasser zum Trinken an, er beginnt sich zusammengekauert hin und her zu schaukeln und wimmert stereotyp weiter.

Das hat nur mehr wenig mit dem Streit mit seinem Cousin und meinem aktiven Eingreifen zu tun. So viel ist mir klar, sonst zunächst nichts. Irgendwann lässt er dann doch zu, dass ich schweigend neben ihm kauere. Dabei überfluten mich sturzbachähnlich Gefühle und Bilder der Hilflosigkeit und totalen Verzweiflung. Omar war als Zweijähriger in der Wohnung gewesen, als sein Vater seine Mutter erstach. Offensichtlich teile ich reaktivierte Affekte mit ihm. Darauf war ich im derzeitigen Stand unseres Prozessverlaufes überhaupt nicht vorbereitet gewesen, umso wuchtiger trifft es mich.

Plötzlich fällt mir ein, dass seit unserer letzten Stunde ein Gespräch mit dem Onkel, der die Obsorge hat, stattgefunden hat, seine Gruppentherapeutin und seine Beratungslehrerin waren auch dabei gewesen. „Omar, ich wollte dir eigentlich erzählen, was wir besprochen haben“, beginne ich vorsichtig, „willst du es wissen?“ Er wimmert zwar weiter, nickt aber mit dem Kopf und ich berichte. Sein Wimmern wird ruhiger, die Stunde geht zu Ende, ich versuche im verbalen Kontakt zu bleiben. Er antwortet, allerdings mit Heulen und Wimmern. Ich erkläre ihm noch einmal, warum ich am Beginn der Stunde so gehandelt habe – wütendes Aufheulen. Ich erzähle ihm, wie hilflos ich mich gefühlt habe – leises Wimmern. Ich meine, dass sein Cousin jetzt gleich kommen würde und der seine jetzige „Sprache“ wohl nicht verstehen würde – wütendes nochmaliges Aufheulen, Kopfschütteln, Übergang zu Schweigen.

Als sein Cousin läutet, sitzen wir erschöpft nebeneinander im dunklen Vorzimmer. „Heute keine Therapie?“ fragt er. „Oh ja, das ist auch Therapie“, antworte ich, und „Omar, ich sehe dich nächste Woche wieder, okay?“

Nach der Stunde bin ich voll von Hilflosigkeits- und Schuldgefühlen, suche wider besseres Wissen nach dem „Warum“, nach meinen Fehlern, außerdem ist mir kurzzeitig auch körperlich übel. Nach besonders belastenden Stunden sind kurzfristig angesetzte Interventionsgespräche oder auch nur Telefonate eine von mir immer wieder in Anspruch genommene Möglichkeit. (2)

Man hat als TraumatherapeutIn besonders sorgsam mit sich umzugehen, lässt man die eigenen Warnsignale aus Zeit- oder sonstigen Gründen außer acht, kann es zur „Sekundären Traumatisierung der HelferIn“ (Butollo 1997, S. 219) kommen. Butollo nennt seine Arbeitshaltung „kontaktvolle Abgrenzung“ und meint sogar, dass dies in der Arbeit mit schwer Traumatisierten zur Überlebensaufgabe würde (ebd.). Wenn er gleichzeitig (wie viele TraumatherapeutInnen) betont, dass nicht die Therapiemethode, sondern die Qualität der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn das entscheidende Kriterium für eine Chance zur Heilung sei, ist dies für mich kein Widerspruch.

Das Ziel der therapeutischen Beziehung im Psychodrama ist die Begegnung. Der Weg dorthin ist getragen von der Bereitschaft der TherapeutIn, sich auf den Teleprozess einzulassen. In der Einzeltherapie mit schwer traumatisierten Kindern muss ich bereit sein, mich auf einen sehr langen, mühsamen, oft zunächst völlig unverständlichen Weg mit vielen vermeintlichen Stopps und auch Rückschritten einzulassen. Ich glaube, ich habe erst in der Intensivierung meiner Arbeit mit diesen Kindern begriffen, was Reinhard Krüger mit dem Begriff der „existentiellen Begegnung“ meint. Es ist wirklich ein „Stegreifspiel in der Realität der therapeutischen Beziehung, mit zwei Protagonisten, dem Therapeuten und dem Patienten. In diesem Spiel gibt es kein Falsch und kein Richtig. Alles darf sein und wird geprüft. Es gilt, was da ist.“ (Krüger in: Psychodrama 18/19, S. 75).

## Der Körper in der psychodramatischen Traumaarbeit

„Es gibt tatsächlich körperliche Folgeerscheinungen... Traumata lassen sich nachweisen bis in die letzte Zelle“ (Wolf zit. von Krüger 1999, S. 5). In Kriegsgebieten Arbeitende berichten über körperlich manifeste Folgen für dort (über)lebenden Kinder. So berichten Kinderpsychiatrer aus Exjugoslawien u.a. von psychogenen Atem- und Sprachstörungen, partiellen Lähmungen der Arme und Beine und sonstigen Konversionsstörungen (Bräutigam 2000, S. 47). Von den MitarbeiterInnen der SOS-Kinderdörfer in den Bürgerkriegszonen Afrikas werden eine Fülle psychischer und körperlicher Folgeerscheinungen geschildert (u.a. in Hilweg/Ulmann 1997). Ich kenne einige dieser Symptome von Kindern, mit denen ich gearbeitet habe, auch eine eingefrorene, verzerrte Mimik bzw. sehr seltsam wirkende Stereotypen beim Bewegungsablauf. Viele Kinder, die derartige Symptome zeigten, wurden bis vor nicht allzu langer Zeit als „behindert“ (geistig und/oder körperlich) eingestuft. Dies zu kritisieren ist keine Diskriminierung behinderter Menschen, es geht ausschließlich um die Art der Therapie und der Förderprogramme. Diese haben bei traumatisierten Kindern anders gestaltet zu sein.

Ich halte es nicht für zwingend nötig, als Traumatherapeutin in körperorientierten Techniken zusätzlich ausgebildet zu sein. Wichtig ist m.E. die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit KollegInnen anderer Therapieverfahren. Ich habe in meinem klinischen Umfeld mehrfach erlebt, wie befruchtend und förderlich das Zusammenspiel Psychotherapie, Logopädie und Ergotherapie sein kann, für das Kind, aber auch im Sinne eines besseren interdisziplinären Verständnisses. Neuere Strömungen in der Ergotherapie wie z.B. das OPM (Occupational Performance Model) verwenden u.a. auch die Idee von „Handlungsrollen“ (Stadler-Grillmaier 2000). Bei funktionierender Vernetzungsarbeit kann man hier z.B. als Psychodramatikerin gut anknüpfen, ebenso gibt es Gemeinsames in der Arbeit von LogopädInnen, die ihre Arbeit szenisch gestalten.

Der Bereich „Körper und Psychodrama“ ist ein sehr breit gefächertes, m.E. wird er in der theoretischen Auseinandersetzung auch recht stiefmütterlich behandelt. Ich stelle hier Fragen und versuche erste Antworten. Fundierte Weiterarbeit ist gerade in diesem Bereich dringend erforderlich.

### 1) Was kann psychodramatische Traumaarbeit zum Thema somatoforme Störungen beitragen?

Wolfgang Kämmerer, Chefarzt einer Psychosomatischen Klinik, beschreibt sehr anschaulich, wie das Körperbild eines Kindes durch die Interaktion mit seinem Umfeld geprägt wird (Kämmerer 1997, S. 100). Wir können eine Vielzahl diesbezüglicher Interaktionen z.B. auf jedem Kinderspielplatz beobachten: zwei Kinder rutschen beim raschen Laufen auf dem Kiesweg aus, die Handflächen sind wundgescheuert. Eine Mutter schimpft das Kind wegen seiner Ungeschicklichkeit, strafweise zerrt sie das weinende Kind sofort nach Hause. Die andere Mutter beschäftigt sich mit den verletzten Körper-

teilen: sie nimmt sie sorgfältig in ihre Hände, schaut sie an, bläst auf die Rötung oder streichelt sie. Dabei murmelt sie: „Das ist eine ganz arme Hand, aber sie war ganz geschickt. Sie hat dafür gesorgt, dass die Knie nicht verletzt wurden. Dafür müssen wir sie loben und ganz lieb zu ihr sein! Schau, sie freut sich, es geht ihr schon viel besser...“. Die Heilsamkeit dieser Szene ist augenscheinlich.

Verlaufen Szenen rund um den Körper eines Kindes immer wieder entwertend, diesen nicht beachtend, werden Kinder mit ihrem schmerzenden Körper alleingelassen, schreibt sich dies tief in das Körperverständnis, in den Bereich der somatischen Rollenebene ein. Es wird damit „deutlich, in welchem Ausmaß Traumata ohne Trost und Worte zu schmerzlichen und beschämenden Defiziten des Körperbildes, zu körperlichen Beschwerden führen.“ (Kämmerer 1996, S.100).

Die Wirksamkeit unserer Methode ist grundsätzlich für den Bereich Psychosomatik gut belegt. Wir wissen, wie wir mit der Symptombildung auf der Körperebene zu arbeiten haben. Offenes psychodramatisches Symbolspiel hilft Traumaopfern auch bei der Entwicklung eines anderen Zugangs zum Körper. Traumageschichten werden durch die szenische Bearbeitung umgeschrieben, „desorganisierte Rollenkonserven“ (Schacht, unveröff. Manuskript) werden in eine sinnvolles szenisches Ganzes integriert. Durch ein Schocktrauma entstandene erstarrte, quasi eingefrorene Körperhaltungen werden dadurch ebenfalls gelöst. Die Kinder entwickeln zunächst oft auf der Spielbühne eine andere Körpersprache.

In einem zweiten Schritt versuchen die Kinder, die neue Haltung, den fließenden Bewegungsablauf etc. auf andere Bühnen zu übernehmen. In dieser Phase ist das Thema „Körperlichkeit“ auf der Begegnungsbühne besonders präsent. Der/die TherapeutIn übernimmt mit den Rückmeldungen darüber auch auf dieser Bühne die Rolle des/der stützenden DoppelgängerIn. Dabei dürfen die TäterInnenanteile von traumatisierten Kindern nicht außer Acht gelassen werden. Diese Kinder wurden oft gerade im Bereich ihrer Körperlichkeit massiv gekränkt, stehen ihrem eigenen Aussehen und ihren körperlichen Fähigkeiten total abwertend gegenüber. Diese Abwertung bekommt auch die TherapeutIn in Bezug auf ihren Körper zu hören (und zu spüren).

Ich spiele mit Birgit seit einiger Zeit sehr intime, warme Heilungsszenen. Ich weiß, dass sie danach auf der Begegnungsbühne Distanz zwischen uns schaffen muss. In solchen Situationen hat sie sich schon mehrmals eine „schönere Therapeutin“ gewünscht oder mir befohlen: „Zieh dir doch endlich etwas Gescheites an!“ Ihre Verabschiedung im Vorzimmer lautet diesmal: „Ich will eine jüngere Therapeutin, du bist schon viel zu alt!“ Ich versuche das (wider besseres Wissen) zu ignorieren und öffne mit einem an den Zivildienst gerichteten „Also bis zur nächsten Woche“ die Praxistüre. „Du kannst ja nicht einmal mehr Radfahren und Tanzen!“ setzt Birgit nach. Ich versichere ihr (und dem wartenden Zivildienstler) lachend, dass ich das sehr wohl noch könne, gerade am Wochenende hätte ich eine lange Radtour gemacht... Der rechtfertigende Tonfall dabei fällt mir sofort auf, nach dem Schließen der Praxistüre hinter den beiden wird mir sehr rasch klar: das waren genau auf den Punkt gebrachte Zukunftsszenarien vor denen ich mich fürchte. Birgit hat keine Ahnung, dass ich bald fünfzig Jahre alt werde – ich beschäftige mich in dieser Zeit sehr viel mit meinem Alter und damit auch mit meinem alternden Körper.



Schließlich steht für die Kinder die Erprobung auf der sozialen Bühne an. Oft ist die Möglichkeit dafür zunächst sehr stark an die jeweilige Szene gebunden. Die Kinder fallen, so wird z.B. aus Schulen immer wieder berichtet, bei stark verunsichernden Situationen wieder in ihr altes körperliches Symptom zurück. Dies kann besprochen werden. Wichtig ist aber auf jeden Fall die Erfahrung, dass es ihnen nun möglich ist, ihr altes Muster wieder zu verändern, wenn die Stabilität ihres Umfeldes wiederhergestellt ist.

## 2) Können wir die neuesten Forschungsergebnisse aus der Gehirnforschung in unser Theoriegebäude und unsere konkrete Arbeit integrieren?

Wesentlichen Anstoß für ein störungsspezifisches Vorgehen bei TraumapatientInnen kommen aus dem Bereich der Neurophysiologie, darauf soll im Folgenden auch noch kurz eingegangen werden. In den letzten Jahren ist es durch den Einsatz neuer Verfahren möglich geworden, traumabezogene neurobiologische Prozesse zu verstehen, es gibt erste Literatur zur Verbindung von Psychologie und Psychobiologie von Kindheits-traumata (u.a. Kolk in Streeck-Fischer 1998). Die Beweisbarkeit der Einflüsse traumatisierender Ereignisse auf die beiden Gehirn-Hemisphären hat eine Fülle darauf basierender Therapieansätze zur Folge. Es gibt kaum eine TraumatherapeutIn, die heute nicht zumindest einige EMDR-Übungssequenzen miterlebt hat. Neurophysiologische Analysen und darauf fußende Verfahren sind neu und interessant, sie passen im Übrigen sehr gut zu den derzeit vorherrschenden wissenschaftlichen Paradigmen. Es spricht für seriöse Vertreter der EMDR- Technik, dass sie selbst davor warnen, ihre Methode als „Allheilmittel“ anzusehen und anwenden zu wollen (u.a. in Tinker/Wilson 2000).

Was bedeutet es in diesem Zusammenhang, wenn mit TraumapatientInnen arbeitende KollegInnen übereinstimmend berichten, dass sich während der Psychodramatherapie auch körperliche Manifestationen ihrer KlientInnen verändern bzw. sogar verschwinden? Genauere Studien dazu stehen noch aus, erste Thesen sind aber bereits möglich.

Traumata sind – so die Literatur – im Gehirn vor allem rechtshemisphärisch gespeichert, und zwar in Fragmenten. Zur Verarbeitung und Integration ist das Zusammenspiel mit der linken Hemisphäre nötig. Aus Bruchstücken, die unkontrollierbare Affekte hervorrufen, sollen „normale Erinnerungsgeschichten“ werden. Diese sind auch nach meiner Sichtweise, niemals frühere reale Ereignisse, sondern „dieses ‚normale‘ Gedächtnis ... spiegelt durch die dazu entwickelte Geschichte eine persönlich verarbeitete, also nicht mit der Realität des Geschehens identische Wirklichkeit wieder“ (Brief Krüger an Pruckner 2002).

Das szenische Spiel hilft grundsätzlich beim Aufbau solcher Geschichten, darauf habe ich schon mehrfach hingewiesen. Es ist aber auch anzunehmen, dass das Spiel, also das Handeln, eine Brücke aufbaut zwischen rechter und linker Hemisphäre des Gehirns. Damit entstehen auch in der linken Hemisphäre Repräsentanzen für das Trauma. Man weiß aus Evaluationsberichten einjähriger Therapien, dass körperliche Veränderungsprozesse oft erst später sichtbar werden. Der Grund könnte aus hirnpfysiologischer

Sicht sein, dass die Ausbreitung im Gehirn und die Verallgemeinerung der Erfahrung hin in die komplexeren übergeordneten Strukturen sehr viel Zeit braucht. Reinhard Krüger spricht davon, „dass wir im Spiel diese Abstraktionen vollziehen, indem wir einen Konflikt bis zu Ende ausspielen lassen und damit zu dem Konkreten das Allgemeine dazu erschaffen“ (Brief Krüger an Pruckner 2002). Für mich sind diese Thesen eine Bestätigung für die Wichtigkeit der so genannten „Wiederholungsspiele“. Ein vom/von der TherapeutIn vorschnell forcierendes Vorgehen kann demnach auch im Bereich der körperlichen Symptomatik zur Chronifizierung beitragen.

### 3) Wie (bewusst) setzen PsychodramatherapeutInnen ihren Körper ein? Wie gehen sie mit eigenen körperlichen Reaktionen um?

Schlussendlich stellt sich die Frage nach dem Umgang der TherapeutIn mit dem eigenen Körper speziell für Psychotherapien mit traumatisierten Menschen. „Von Anfang an der Begegnung mit unseren Klienten treten wir auch körperlich in Beziehung zueinander... Auf dem Wege des körperlichen Dialogs nehmen unbewusste, abgespaltene und verdrängte Persönlichkeitsanteile unseres Gegenübers unmittelbar auf uns Einfluss... Damit dieser körperliche Austausch stattfindet, muss keine manuelle Berührung stattfinden. Körperliche Austauschprozesse treten grundsätzlich auch in rein verbalen Psychotherapien auf, weil Beziehung nicht körperlos ist und sein kann.“ (Heinrich 2001, S. 65) Allen PsychodramatikerInnen ist vertraut, dass in Protagonistenspielen Hilfs-Ichs in ihren Rollen körperliche Symptome bemerken und im Rollenfeedback verbalisieren, nach dem Ende des Spiels ist es Aufgabe der Leitung, auch in diesem Bereich auf ein sorgsames Entrollen zu achten. Über körperliche Befindlichkeit der LeiterInnen und vor allem den Umgang damit kenne ich keine spezielle Literatur, dasselbe gilt für das Monodrama.

Auf der Spielbühne übernehme ich als TherapeutIn Hilfs-Ich-Rollen. Trotz des Schutzes eines Intermediärobjektes treten während einzelner Spiele immer wieder heftige körperliche Reaktionen auf. Ich darf beim anschließenden Entrollen in meiner Focussiertheit auf das Kind nicht auf mich selbst vergessen, d.i. mein eigenes sorgsames Entrollen auch auf der Körperebene.

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen werden auch bei der Arbeit auf der Begegnungsbühne körperliche Reaktionen ausgelöst, die oft erschreckend sind, sie gehen weit über allen TherapeutInnen vertraute Reaktionen, wie z.B. das verstärkte Gähnen hinaus. Alfred Drees beschreibt sehr anschaulich aus seiner Arbeit mit Folteropfern (Drees 1997, S. 21), dass solche Reaktionen nicht nur akut auftreten können, also direkt während der jeweiligen Therapiestunde. Sie können den Therapeuten auch später überschwemmen.

Passiert dies öfter und vor allem unreflektiert, belastet der/die TherapeutIn damit die Menschen auf der eigenen sozialen Bühne. Die Grenzen verschwimmen damit auch bei ihm. Seine Patienten sind ihm in sehr destruktiver Weise „Vorbild“.

## Abschließende Bemerkungen

Die Arbeit mit Traumaopfern fordert viel, aber sie fördert auch das Wachstum der mit ihnen Arbeitenden in vielen Lebensbereichen.

Traumatisierte Kinder werden oft wegen ihres unpassenden Verhaltens zunächst abgelehnt. Ist ihre Traumageschichte bekannt, versucht man ihnen mit Mitleid zu begegnen. Beides wird ihnen nicht gerecht. Wenn man sich in eine Tele-Beziehung zu ihnen einlässt, fordern sie viel, aber ihre Verhaltensweisen „erscheinen dann nicht länger als (vermutlich angeborene) Absonderlichkeiten einer 'verrückten' Person, sondern als in sich verständliche und oft kreative Antwort auf eine verrückte Situation, die im traumatischen Prozess immer wieder überarbeitet wird und zu einer funktionalen Lösung führen soll“ (Fischer/Riedesser 1998, S. 257).

Dieser Ansicht kann ich mich als Psychodramatikerin in mehrfacher Hinsicht anschließen, denn es „sieht der Psychodramatherapeut in dem Patienten immer jemand, der sich kreativ selbst organisiert. Mag seine Selbstorganisation noch so unbeholfen, zerfallen oder blockiert sein, wichtig ist zunächst nicht, wie frei oder kreativ sie gerade ist, sondern darauf zu vertrauen, dass sie überhaupt da ist, dass sie existiert. Dieses Vertrauen auf die Kreativität des Menschen macht die Grundhaltung des Psychodramatherapeuten aus.“ (Krüger 2001, S. 19)

Moreno bezeichnet sich selbst als „Ratgeber, Lehrer und Wanderstock der Kinder“ (Moreno zit. in Hutter 2000, S. 174). Mit dem Bild des Wanderstockes in seiner grundlegend unterstützenden, aber multifunktional einsetzbaren Qualität kann ich mich sehr gut identifizieren, vor allem in meiner Haltung und der Rollenausübung auf der Spielbühne. RatgeberIn und LehrerIn sind derzeit leider sehr negativ besetzte Begriffe. Selbst wenn ich mich von den Bewertungen des „Belehrens“ für Kinder freispiele, gerade bei traumatisierten Kindern komme ich auch dann mit diesen Begriffen nicht weiter. Bei dem, was ihnen geschehen ist, bin ich mindestens genauso ratlos wie sie: warum wurde ihnen das von anderen Menschen angetan? Ich kann (und will) es wirklich nicht erklären. Es stimmt daher auch nicht, wenn von der generell größeren Lebenserfahrung von Erwachsenen gesprochen wird, die Ratschläge für Kinder immer und überall nötig machen. Traumatisierte Kinder haben in so manchen Bereichen wesentlich mehr Lebenserfahrung als ich. Dass und wie sie diese Erfahrungen überlebt haben, nötigt mir hohe Achtung ab. Das fortwährende Bestreben und Ziel meiner Arbeit mit diesen Kindern ist es daher, Bühnen zu schaffen, auf denen wir voneinander lernen und uns in wechselseitigem Respekt und in Würde begegnen können.

## Anmerkungen

- 1 Die im Artikel vorkommenden Kinder, ihre Bezugspersonen und die Therapeutin von Beatrice, Gabriele Biegler-Vitek, haben mir die Erlaubnis zur Veröffentlichung von Therapieabschnitten gegeben. Birgit wollte ihre Zeichnung auf dem Titelblatt der Zeitung finden, diesen Wunsch kann ich leider nicht erfüllen. Beatrice konnte es nicht glauben, dass man aus ihrer Geschichte etwas lernen kann. Ich hoffe, ich kann vermitteln, dass zumindest ich viel durch sie gelernt habe. Ich habe mehrfache Anonymisierungsschritte vorgenommen. Sollte jemand trotzdem glauben, ein Kind zu erkennen, ersuche ich damit sorgsam umzugehen.
- 2 Werner Leixnering hat mir als Leiter der Station, an der ich arbeite, schwer traumatisierte Kinder zur Therapie anvertraut. Wir haben auch für mich sehr wichtige Diskussionen zu grundlegenden und ethischen Fragen geführt. Als Psychodrama-Kollegen gaben mir Reinhard Krüger, Michael Schacht und Kurt Weber immer wieder Anstöße zum Weiterdenken und Weiterschreiben. Ich danke dafür und zitiere auch aus unserem „Briefroman“.
- 3 Ich danke Gabriele Biegler-Vitek, Dagmar Formann-Bartik, Werner Leixnering und Maria-Theresia Schubert für die Unterstützung während der Traumatherapien der in diesem Artikel vorkommenden Kinder.

## Literatur

- BRÄUTIGAM, Barbara, Der ungelöste Schmerz. Perspektiven und Schwierigkeiten der therapeutischen Arbeit mit Kindern politisch verfolgter Menschen. Gießen 2000.
- BUTOLLO, Willi, Traumatherapie. Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen, München 1997.
- DREES, Alfred, Folter: Opfer, Täter, Therapeuten. Neue Konzepte der psychotherapeutischen Behandlung von Gewaltopfern, Gießen 1997.
- FARKAS-ERLACHER, Barbara, Psychologisch-psychotherapeutische Betreuung der Vertriebenen aus dem ehemaligen Jugoslawien, hier insbesondere aus Bosnien und Kosovo, mit der Methode des Psychodramas, Unveröffentlichtes Manuskript, Wien 2000.
- FISCHER, Gottfried/ RIEDESSER, Peter, Lehrbuch der Psychotraumatologie, München 1998.
- HEINRICH, V., Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie, in: Psychotherapie Forum Vol. 9, No.2, 2001, S. 62ff., Wien 2001.
- HILWEG Werner/ULLMANN Elisabeth, Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg, Göttingen 1997.
- HUTTER, Christoph, Psychodrama als experimentelle Theologie: Rekonstruktion der therapeutischen Philosophie Morenos aus praktisch-theologischer Perspektive, Münster 2000.
- KÄMMERER, Wolfgang, Der Psychosomatische Dialog als „Putz-Rede“. Die Spannung zwischen krankem Körper und Person zum Sprechen bringen, in: Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis & Gesellschaftskritik 1996, Opladen 1997.
- KEILSON, Hans, Die Entwicklung des Traumabegriffs, Eröffnungsvortrag „Kindheit und Trauma – Ist verwundetes Lebens heilbar?“, Batschuns 2000 (eigene Mitschrift).
- KELLERMANN Peter Felix/HUDGINS M.K., Psychodrama with Trauma Survivors, London 2000.
- KRÜGER, Reinhard, Begegnung als Rahmen psychodramatischen Denkens und Handelns in der Einzeltherapie, in: Psychodrama 18/19, S. 65-90.
- KRÜGER, Reinhard, Kreative Interaktion, Göttingen 1997.
- KRÜGER, Reinhard, Traumazentrierte Psychotherapie mit Psychodrama, Vortrag Braunschweig 1999 (unveröffentlichtes Manuskript).
- KRÜGER, Reinhard, Wie wirkt Psychodrama? Der kreative Prozess als theoretisches Konzept zur Begründung von Wirkungsweise und Indikation der Psychodrama-Techniken, unveröffentl. Manuskript, Großburgwedel 2001.

- 
- PRUCKNER, Hildegard, Das Spiel ist der Königsweg der Kinder. Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel mit Kindern, München 2001.
- OTTOMEYER, Klaus, Kriegstrauma, Identität und Vorurteil, Klagenfurt 1997.
- STADLER-GRILLMAIER, Johanna, Mein Leben als Mutter aus Sicht des Occupational Performance Model, in: ergotherapie 1/2000,
- SCHACHT, Michael, Zwischen Chaos und Ordnung, in: Psychodrama 1/92, S. 95ff.
- STREEK-FISCHER, Annette, Adoleszenz und Trauma, Göttingen 1998.
- TINKER Robert H./ WILSON, Sandra A., EMDR mit Kindern, Paderborn 2000.
- WICHER, Monika, Einladung zur Begegnung mittels IO. Intermediäre Objekte und deren Auswahl in Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel. Abschlussarbeit zum Psychotherapeutischen Fachspezifikum, Graz 2000.

*Anschrift der Autorin:* Hildegard Pruckner, Ottakringerstr. 49/2/8, A-1160 Wien