



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master 's Thesis

„Auf der Flucht – Bewegte Kindheit“

Traumabarbeitung von geflüchteten Kindern mithilfe
der Psychomotorik

verfasst von / submitted by

Lea Bauer

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

A 992 795

Universitätslehrgang lt. Studienblatt:

Psychomotorik

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	3
2	Einleitung	4
3	Auf der Flucht	6
3.1	Die UN-Flüchtlingsorganisation – UNHCR	6
3.1.1	UNHCR-Bericht	6
3.1.2	Genfer Flüchtlingskonvention	12
3.2	Migration in Österreich	15
3.3	Kultursensibilität	15
3.3.1	Die Relevanz kultureller Aspekte.....	16
3.3.2	Hintergrundwissen	16
3.3.3	Transkulturelle Kompetenz.....	17
4	Bewegte Kindheit – Trauma	19
4.1	Seele und Körper im Ausnahmezustand	19
4.2	Traumafolgestörungen nach ICD-10	21
4.2.1	Akute Belastungsstörung.....	22
4.2.2	Posttraumatische Belastungsstörung – PTBS.....	23
4.2.3	Disorder of extreme stress not otherwise specified – DESNOS.....	23
4.3	Psychotraumatologie	24
4.4	Notfallprogramm	27
4.5	Verarbeitung und Speicherung.....	27
4.6	Jugendliche und Kinder	30
4.6.1	Trauerarbeit.....	31
4.6.2	Kindspezifische traumatische Symptome.....	31
4.6.3	Schutz- und Risikofaktoren kindlicher Entwicklung	33
5	Psychomotorik	36
5.1	Ursprung.....	36
5.2	Psychomotorik als Meisterlehre.....	38
5.3	Psychomotorik als Wissenschaftsdiziplin	40
5.3.1	Menschenbild der Psychomotorik.....	41
5.3.2	Ansätze der Psychomotorik.....	42
5.3.3	Die psychosoziale Entwicklung nach Erikson.....	46
6	Aufeinander zubewegen.....	47
6.1	Trauma, Körper und Bewegung im Zusammenhang.....	47
6.2	Das Stufenmodell	49
6.2.1	Stabilisation	50
6.2.2	Konfrontation	53
6.2.3	Inklusion	54
6.3	Movi Kune Projekt	54
7	Praxisbausteine	56
7.1	Themenzentriertes und freies Spiel.....	57
7.2	Symbolisches Spiel	57
7.3	Imaginationsübungen	57
7.4	Sinneserfahrungen und Tanz	58
7.5	Bewegungslandschaft und Bewegungsbaustelle	58
7.6	Kreative Medien.....	59
7.7	Entspannung	59
7.8	Trampolin.....	60
8	Diskussion	61
8.1.1	Rahmenbedingungen	61
8.1.2	Grenzen wahren	63
8.1.3	Grundhaltung des Psychomotorikers/der Psychomotorikerin.....	64
9	Zusammenfassung	69

Literaturverzeichnis	72
Abbildungsverzeichnis.....	76
Anhang 77	

1 Vorwort

Mein Interesse für Psychomotorik entdeckte ich vor allem durch meine persönliche Vorliebe für Bewegung. Bereits in meiner frühen Kindheit wurde bei mir Skoliose diagnostiziert. Dem ärztlichen Rat zufolge, Sport zu betreiben, um die Rückenmuskulatur zu stärken, probierte ich einige Sportarten wie Tennis, Volleyball oder Badminton und begann zu volltagieren. Schlussendlich wurde ich auf die Sportart Rope Skipping aufmerksam, die ich mittlerweile seit über 17 Jahren ausübe und zu meinen Leidenschaften zähle. Da meine Trainerin Frau DI Tina Kretschmer Referentin der bewegten Klasse ist, konnte ich mir bereits in frühen Kindheitstagen Einblicke in den Bereich der Motopädagogik verschaffen – vielen Dank hierfür.

Durch meine pädagogische Ausbildung an der Kirchlich Pädagogischen Hochschule Wien-Strebersdorf und meine Zusatzausbildungen in Sport und Montessori erkannte ich fortlaufend, wie bedeutend die Arbeit mit jedem einzelnen Menschen für mich persönlich ist. Mein Hauptaugenmerk liegt vermehrt auf jenen Kindern, die von anderen vermutlich als „schwierig“ und „auffällig“ beschrieben werden. Zurzeit arbeite ich gerne mit Kindern zusammen, welche aufgrund von Kriegen zur Flucht ihrer Heimatländer gezwungen wurden. Während meiner Freiwilligenarbeit mit Flüchtlingen erkannte ich, dass eine genaue Auseinandersetzung mit der Fachliteratur erforderlich ist, um den Herausforderungen in diesem Bereich gerecht zu werden. Verschiedenste Aspekte der Psychomotorik, wie zum Beispiel der ganzheitliche Ansatz, konnten mir wichtige Antworten auf meine Fragen geben.

Im gemeinsamen Gespräch mit Mag. Nina Stuppacher, Bakk. und Mag. Dr. Michael Methlagl wurde die Idee, sich mit der aktuellen Flüchtlingsthematik genauer auseinanderzusetzen, geboren. Bei Mag. Dr. Michael Methlagl bedanke ich mich für die Kooperation und Offenheit gegenüber dieser Arbeit. Mit diesem Thema kann ich meine bisherigen Erfahrungen mit jenen, die ich durch das Studium der Psychomotorik gewonnen habe, vereinen. Ich kann behaupten, dass das Studium der Psychomotorik mich sowohl in meiner professionellen Rolle als Lehrerin, als auch in der meiner privaten Rolle ganzheitlich erfüllt.

An dieser Stelle möchte ich mich auch sehr herzlich bei meinem Betreuer Univ.-Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß bedanken, der mir den Weg in die Psychomotorik geöffnet hat.

Zuletzt geht mein größter Dank an meine Familie und meine Freunde, die immer an meiner Seite gestanden haben. Sie haben mich in jeder Hinsicht tatkräftig unterstützt und motiviert, wofür ich ihnen für immer zutiefst verbunden bin. Ich bin sehr froh, euch zu haben. Danke für alles!

2 Einleitung

In der Motologie und Psychomotorik scheint das Thema *Flüchtlingshilfe* zunehmend an Bedeutung zu gewinnen. Zurzeit bilden sich immer neue Projekte, die Flüchtlingen dabei helfen, Anschluss in unserer westlichen Gesellschaft zu finden. Das Projekt „Movi Kune“ (siehe Kapitel 6.3.1), welches zum Ziel hat, bewegungsfördernde Interventionen mit Folter- und Kriegsüberlebenden zu planen, umzusetzen und zu evaluieren, sei hier nur als Beispiel genannt (Ley et al., 2014).

Das Verständnis für die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und der Beeinträchtigung verschiedener sozialer, biologischer und psychischer Funktionen ist in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich gestiegen. Nicht nur physische, sondern insbesondere auch psychische Verletzungen haben zumeist Auswirkungen auf die Kindesentwicklung. Das Gleichnis zwischen seelischen und körperlichen Verletzungen spiegelt folgendes Beispiel auf berührende Weise wider: „mein Herz brennt, wenn ich jetzt daran denke“ (Ruf, 2008; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 64).

Die Psychotraumatologie des Kindesalters ist eine junge Wissenschaft mit noch vielen offenen Fragestellungen, speziell im Gebiet der kindspezifischen Angebote. In der vorliegenden Arbeit soll der Themenkomplex aus psychomotorischer Sicht, mit dem Fokus auf Bewegung, beleuchtet werden. Folgende Forschungsfragen werden im Vorhinein gestellt:

- Ist die angewandte Motologie und Psychomotorik für die Arbeit mit traumatisierten Kindern förderlich?
- Wenn ja, welche traumaspezifischen Fördermöglichkeiten lassen sich in den Bereichen der angewandten Motologie und Psychomotorik wiederfinden?

Ziel dieser Arbeit ist es, die Forschungsfrage über eine differenzierte Auseinandersetzung mit der aktuellen Literatur zum Thema hermeneutisch zu bearbeiten.

Zu Beginn werden die Begriffe Flüchtlingskrise, Trauma und Psychomotorik vorgestellt und analysiert. In weiterer Folge werden einzelne psychomotorische Fördermöglichkeiten und Praxiskonzepte angeführt. Diese Arbeit soll einen klaren Unterschied zwischen Förderung und Therapie aufzeigen. Personen ohne etwaige psychotherapeutische Zusatzausbildung wird empfohlen, sich an Tipps, Hilfestellungen, aber auch den Grenzen der folgenden Kapitel zu orientieren.

Im Laufe der Masterarbeit werden fortlaufend einzelne Beispiele zum besseren Verständnis aufgeführt. Die Namen der ausgewählten Personen wurden entfremdet, um Anonymität zu gewährleisten.

Weiters muss explizit darauf hingewiesen werden, dass die Begriffe *Flüchtlinge* sowie *der Traumatisierte/die Traumatisierte* ausschließlich zur Vermeidung von Wortwiederholungen oder als Abkürzungsform verwendet werden. Im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen darf der Mensch niemals ausschließlich als der Traumatisierte/die Traumatisierte oder als Flüchtling *abgestempelt* werden. Die Psychomotorik betrachtet immer den Menschen als Gesamtes, welcher alle beschriebenen Grundgedanken des holistischen Menschenbildes (siehe Kapitel 5.3.1) erfüllt.

3 Auf der Flucht

3.1 Die UN-Flüchtlingsorganisation – UNHCR

Die UNHCR setzt sich auf Grundlage der 1951 erfassten Genfer Flüchtlingskonvention global dafür ein, dass Menschen, welche von Verfolgung betroffen sind, in anderen Ländern Asyl erhalten. Weiters hat die *United Nations High Commissioner for Refugees* laut seinem Mandat auch die Aufgabe, anhaltende Lösungen für Flüchtlinge zu suchen (UNHCR, 2017)¹. Dazu zählen die Integration im Aufnahmeland, die Neuansiedlung in einem weiteren Drittland oder die freiwillige Rückkehr in das Heimatland. In zahlreichen Staaten betreibt die UNHCR humanitäre Hilfeleistungen für Rückkehrer/Rückkehrerinnen, Flüchtlinge und Binnenvertriebene (UN Refugee Agency, 2017).²

Am 14. Dezember 1950 wurde die UNHCR von der Vollversammlung der Vereinten Nationen gegründet, um infolge des Zweiten Weltkrieges den Flüchtlingen Hilfe zu leisten. Am 1. Jänner des Folgejahres nahm die UNHCR ihre Arbeit erstmalig auf. Aufgrund der weltweit verschärften Flüchtlingssituation in den nachfolgenden Jahrzehnten wurde das UNHCR-Mandat um zunächst fünf weitere Jahre verlängert. Im Jahre 2003 erhielt die UNHCR ein unbeschränktes Mandat von der UN-Vollversammlung. Bis heute stehen in etwa 36,4 Millionen Menschen unter seinem Schutz (UN Refugee Agency, 2017).³

Die UNHCR hat seit seiner Gründung über 50 Millionen Menschen dabei geholfen, sich ein neues Leben aufzubauen. Diese Leistung wurde 1951 sowie 1981 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet (UN Refugee Agency, 2017).⁴

3.1.1 UNHCR-Bericht

Armut, Krieg und Verfolgung zwingen so viele Menschen wie noch nie, ihre Heimat zu verlassen. Statistisch gesehen, ist derzeit jeder 113. Mensch weltweit Flüchtling, binnenvertrieben oder sucht Asyl – das zeigt der Jahresbericht 2015 des Flüchtlingswerks der

¹Zugriff am 20.08.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/at/ueber-uns>

²Zugriff am 20.08.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/at/ueber-uns>

³Zugriff am 20.08.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/at/ueber-uns>

⁴Zugriff am 20.08.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/at/ueber-uns>

Vereinten Nationen UNHCR⁵. Demnach sind weltweit 65,3 Millionen Menschen auf der Flucht. Wären alle Personen auf der Flucht Bürger/Bürgerinnen eines einzigen Landes, wäre dieses Land die 24. größte Nation der Welt – das entspricht in etwa der gesamten Einwohnerzahl Großbritanniens. Im Vergleich hierzu waren es Ende 2014 noch 59,5 Millionen, noch ein weiteres Jahr zuvor 51,2 Millionen und vor zehn Jahren 37,5 Millionen Flüchtlinge. Erstmals sei im vergangenen Jahr die 60-Millionen-Marke überschritten worden. Der Anstieg von 2013 auf 2014 war der höchste, der jemals im Verlauf eines Jahres von der UNHCR festgehalten wurde (UN Refugee Agency, 2015)⁶.

2011 begann diese Entwicklung mit dem Beginn des Krieges in Syrien, welcher, global gesehen, mittlerweile die größten Flüchtlingsbewegungen verursacht hat. Im Jahr 2014 wurden weltweit im Durchschnitt 42.500 Menschen pro Tag zu Flüchtlingen, Binnenvertriebenen oder Asylsuchenden: „Das entspricht einer Vervierfachung über die letzten vier Jahre“ (UN Refugee Agency, 2015).⁷

UN-Flüchtlingshochkommissar Guterres äußert sich zu den aktuellen Zahlen und Fakten folgend:

„Wir werden aktuell Zeugen eines Paradigmenwechsels. Wir geraten in eine Epoche, in der das Ausmaß der globalen Flucht und Vertreibung sowie die zu deren Bewältigung notwendigen Reaktionen alles davor Gewesene in den Schatten stellen. Es ist erschreckend zu beobachten, dass jene straflos bleiben, die Konflikte auslösen. Gleichzeitig scheint die internationale Gemeinschaft unfähig zur Zusammenarbeit, um Kriege zu beenden sowie Frieden zu schaffen und zu sichern“ (UN Refugee Agency, 2015)⁸.

⁵ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

⁶ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

⁷ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

⁸ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

Des Weiteren zeigt der UNHCR-Bericht auf, dass sowohl die Zahl der Flüchtlinge als auch die Zahl der Binnenvertriebenen in allen Regionen ansteigen. Mindestens 14 neue Konflikte sind in den letzten fünf Jahren ausgebrochen oder wieder aufgeflammt:

- Sieben in Afrika: Côte d' Ivoire, Libyen, Nordost Nigeria, Mali, Burundi, Südsudan, Zentralafrikanische Republik
- Drei im Nahen Osten: Jemen, Syrien und Irak
- Drei in Asien: Kirgisistan, sowie Gebiete in Pakistan und Myanmar
- Und einer in Europa: Ukraine (UN Refugee Agency, 2015)⁹

Nur wenige dieser Krisen konnten beigelegt werden, die Mehrzahl verursacht nach wie vor Vertreibung und Flucht. Aus diesen Gründen konnten im vergangenen Jahr (2016) nur 126.800 Flüchtlinge in ihre Heimat zurückkehren – dies ist die niedrigste Zahl seit 31 Jahren. Jahrzehntelange Konflikte und Instabilität in Ländern wie Somalia oder Afghanistan bedeuten, dass Millionen Menschen weiterhin als Binnenvertriebene oder Flüchtlinge mit ungewisser Zukunft am Rande der Gesellschaft leben müssen (UN Refugee Agency, 2015).¹⁰

Aktuelle sichtbare Auswirkung der globalen Konflikte und dem damit verbundenen unvorstellbaren Leid ist die drastisch ansteigende und gefährliche Flucht über das Meer: das Mittelmeer, das Rote Meer und den Golf von Aden oder über südostasiatische Gewässer (UN Refugee Agency, 2015).¹¹

Dem Global Trend Report zufolge wurden im Jahr 2014 13,9 Millionen Menschen zu Binnenvertriebenen oder Flüchtlingen – 2010 waren es viermal weniger. Im letzten Jahr gab es weltweit 38,2 Millionen Binnenvertriebene (33,3 Millionen in 2013), 19,5 Millionen Flüchtlinge (16,7 Millionen in 2013) und 1,8 Millionen Asylsuchende (1,2 Millionen in 2013), welche noch auf den Ausgang ihres Asylverfahrens warten. Alarmierend hierbei: „Breits mehr als die Hälfte aller Vertriebenen weltweit sind Kinder“ (UNHCR, 2016, S. 7).

In Syrien hat der Krieg die meisten Menschen weltweit zur Flucht gezwungen, sowohl innerhalb des Landes 7,6 Millionen, als auch außerhalb 3,88 Millionen. Dem folgen Af-

⁹ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

¹⁰ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

¹¹ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

ghanistan mit 2,59 Millionen und Somalia mit 1,1 Millionen Flüchtlingen (UNHCR, 2016, S. 7ff)

Sogar in Zeiten von stark ansteigender Zahlen sind Flüchtlinge global sehr ungleich verteilt: „Reichere Länder nehmen weit weniger Flüchtlinge auf als weniger reiche“ (UN Refugee Agency, 2017)¹². Diese ungleiche Verteilung lässt sich auch in nachstehender Abbildung klar erkennen.

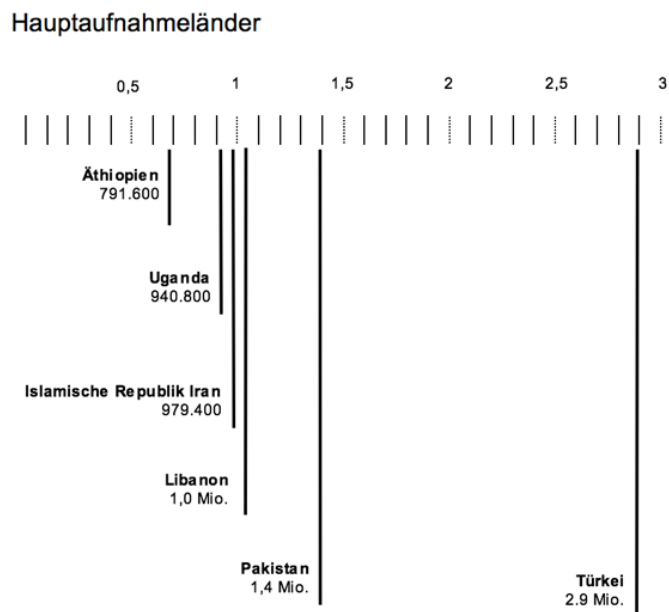


Abbildung 1: Hauptaufnahmeländer (mod. n. UN Refugee Agency, 2017)¹³

2014 befanden sich 86 Prozent, was neun von zehn Flüchtlingen entspricht, in Staaten, welche als wirtschaftlich weniger entwickelt gelten. Ein Viertel war in Ländern, welche auf der UN-Liste der am schlechtesten entwickelten Staaten zu finden sind. Nachdenklich äußert sich Guterres hierzu:

„Riesige Defizite bei der Finanzierung und große Lücken im globalen System zum Schutz von zivilen Kriegsoptionen führen dazu, dass Menschen im Stich gelassen werden, die Mitgefühl, Unterstützung und sichere Zuflucht benötigen. In einer Zeit der beispiellosen Massenflucht

¹² Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

¹³ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

und -vertreibung brauchen wir eine ebenso beispiellose humanitäre Unterstützung und ein erneuertes globales Bekenntnis zu Toleranz und Schutz für Menschen auf der Flucht vor Krieg und Verfolgung“ (UN Refugee Agency, 2015).¹⁴

3.1.1.1 Europa plus 51 Prozent

Die hohe Zahl syrischer Flüchtlinge in der Türkei (mit 2,9 Mio. zurzeit das größte Flüchtlingsaufnahmeland), der Konflikt in der Ukraine sowie 219.000 Mittelmeerüberquerungen, lenken seit geraumer Zeit sowohl im positiven Sinne als auch im negativen vermehrt Aufmerksamkeit auf Flüchtlingsfragen. Die meisten Asylanträge wurden innerhalb der Europäischen Union in Schweden und Deutschland gestellt. In Europa wurden insgesamt mit Ende des Jahres 2016 6,7 Millionen Personen gezählt, die ihre Heimatregionen zwangsweise verlassen mussten: Syrische Flüchtlinge in der Türkei machen dabei fast ein Viertel davon aus. Vergleichsweise waren es 2013 in Europa noch insgesamt 4,4 Millionen Menschen (UN Refugee Agency, 2015).¹⁵

3.1.1.2 Nordafrika und Naher Osten plus 19 Prozent

Allein der Syrienkrieg mit 3,88 Millionen Flüchtlingen und 7,6 Millionen Binnenvertriebenen machen den Nahen Osten zu einer riesigen Herkunftsregion. Neben den erschreckenden Zahlen aus Syrien zählt auch der Irak erneut zu den Brennpunkten: Hier mussten im letzten Jahr 2,6 Millionen Menschen aus ihren Heimatgemeinden fliehen. Auch aus Libyen mussten geschätzt 300.000 Personen fliehen (UN Refugee Agency, 2015).¹⁶

¹⁴ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

¹⁵ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

¹⁶ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

3.1.1.3 Afrika plus 17 Prozent (Subsahara exklusive Nigeria)

Die Konflikte in Afrika wie beispielsweise in Somalia, der Zentralafrikanischen Republik, der Demokratischen Republik Kongo und dem Sudan werden zumeist übersehen. Gleichermassen haben diese zahlreichen Konflikte einen immensen Anstieg an Flüchtlingsbewegungen ausgelöst, welcher kaum geringer ist als der des Nahen Ostens. Ganzheitlich gab es damit in den Subsahara Ländern 11,4 Millionen Binnenvertriebene und 3,7 Millionen Flüchtlinge. Daten für Nigeria sind hier ausgenommen, da dort 2014 die statistischen Erhebungsmethoden geändert wurden. Äthiopien ist größtes Aufnahmeland und hat damit Kenia abgelöst, Äthiopien befindet sich mittlerweile global gesehen auf Rang Nummer fünf (UN Refugee Agency, 2015).¹⁷

3.1.1.4 Asien plus 31 Prozent

Im letzten Jahr ist die Zahl der Flüchtlinge und Binnenvertriebenen in Asien um 31 Prozent gestiegen. Afghanistan war lange Zeit das Hauptherkunftsland von Flüchtlingen, gab diese Führung jedoch an Syrien ab. Aus und in Myanmar wurden fortdauernde Fluchtbewegungen registriert, darunter aus den nördlichen Sha-Regionen und Kachinregionen sowie aus dem westlichen Rahine Staat. Pakistan und Iran zählen weiterhin zu den führenden vier Flüchtlingsaufnahmeländern (UN Refugee Agency, 2015).¹⁸

3.1.1.5 Amerika plus 12 Prozent

Auch der amerikanische Kontinent hat einen Anstieg an Vertreibung und Flucht verzeichnet. Um 36.300 ist die Zahl der kolumbianischen Flüchtlinge zwar gefallen, dies ist aber hauptsächlich auf die Zahlenberichtigung venezolanischer Behörden zurückzuführen. Mit weiterhin sechs Millionen Binnenvertriebenen gehört Kolumbien trotz alledem zu jenen Staaten, in welchen die meisten Personen innerhalb ihres eigenen Heimatlandes flüchten. In Zentralamerika flohen Menschen verstärkt vor Bandenkriegen, was zu einem Anstieg der Zahl der Schutzsuchenden in den Vereinigten Staaten von Amerika geführt hat:

¹⁷ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

¹⁸ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

36.800 Asylanträge wurden gestellt, dies bedeutet ein Plus von 44 Prozent gegenüber dem Vorjahr (UN Refugee Agency, 2015).¹⁹

3.1.2 Genfer Flüchtlingskonvention

Laut Genfer Flüchtlingskonvention wird ein Flüchtling als jene Person bezeichnet, welche

"aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will" (Genfer Flüchtlingskonvention, 1951; zit. n. UN Refugee Agency, 2017)²⁰.

Menschen verlassen aus verschiedensten Gründen ihre Heimat. Naturkatastrophen, Verfolgung, Krieg oder die Sehnsucht nach einem besseren Leben bewegen Menschen dazu, Schutz und Zuflucht in anderen Ländern zu suchen. Aus völkerrechtlichen Gründen muss zwischen jenen, die aus ihrem Heimatland flüchten mussten und jenen, welche freiwillig ihre Heimat verlassen haben, unterschieden werden (UN Refugee Agency, 2017).²¹

3.1.2.1 Flüchtling versus Migrant

Während Flüchtlinge zur Flucht gezwungen werden, suchen Migranten/Migrantinnen meist aus eigenem Antrieb heraus Chancen, ihren eigenen wirtschaftlichen Status zu verbessern. Gleichmaßen sind sogenannte „Boatpeople“ (UN Refugee Agency, 2017)²², welche sich mithilfe von Booten von Afrika auf den Weg zur europäischen Küste machen, auch überwiegend Migranten/Migrantinnen.

¹⁹ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/6514-weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html>

²⁰ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/fluechtlinge>

²¹ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/unser-mandat/die-genfer-fluechtlingskonvention>

²² Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/fluechtlinge>

Personen, die aufgrund von wirtschaftlichen Faktoren die Entscheidung fällen, auszuwandern, werden noch durch ihre Heimatstaaten geschützt, Flüchtlinge hingegen müssen ihre Heimatländer verlassen, weil ihre Heimatstaaten sie nicht länger schützen können beziehungsweise wollen. Diese unterschiedlichen Beweggründe und Schicksale wirken sich im Ankunftsland auf die rechtliche Stellung aus. Staaten sind durch internationale Abkommen dazu verpflichtet, Flüchtlingen Schutz zu garantieren, während Staaten betreffend den Migranten/Migrantinnen weitestgehend frei über deren Aufnahme entscheiden können (UN Refugee Agency, 2017).²³ „Jeder hat das Recht, sich innerhalb eines Staates frei zu bewegen und seinen Aufenthaltsort frei zu wählen. Jeder hat das Recht, jedes Land, einschließlich seines eigenen, zu verlassen und in sein eigenes Land zurückzukehren“ (UNO-Menschenrechtserklärung; zit. n. Gritsch, 2016, S. 124).

Flüchtlinge müssen meist risikoreiche Wege in Kauf nehmen, um Schutz in einem anderen Staat zu finden. Da sie ihre Heimatländer oft überstürzt verlassen müssen beziehungsweise Behörden im Heimatland fehlen, haben Flüchtlinge selten Reisedokumente bei sich. Aus diesen Gründen bleibt den Flüchtlingen oft keine andere Wahl, als sich sogenannten Schleppern/Schlepperinnen anzuvertrauen, welche sie über die Grenzen bringen. Eine Vielzahl von Menschen bezahlt für die Reise nicht nur viel Geld, sondern bezahlt diese Reise auch mit ihrem Leben (UN Refugee Agency, 2017).²⁴

Die Vorläuferorganisation der Vereinten Nationen, der Völkerbund, hat bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Erarbeitung einer international geltenden Rechtsbasis zum Schutze aller Flüchtlinge begonnen. Der anfängliche Titel der Genfer Flüchtlingskonvention *Abkommen über die Rechtstellung der Flüchtlinge* wurde 1951 verabschiedet. Bis jetzt gilt die Genfer Flüchtlingskonvention als das bedeutendste Schriftstück für den Flüchtlingsschutz (UN Refugee Agency, 2017).²⁵

Die Abmachung definiert klar, wer als Flüchtling gilt, welche Hilfe, welchen rechtlichen Schutz und welche sozialen Rechte der Flüchtling von allen Unterzeichnerstaaten bekommen sollte. Des Weiteren legt die Konvention eindeutig fest, welche Pflichten ein Flüchtling dem Gaststaat gegenüber erfüllen muss, damit werden bestimmte Gruppen (wie zum Beispiel Kriegsverbrecher) vom Flüchtlingsstatus ausgeschlossen (UN Refugee Agency, 2017).²⁶

²³ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/fluechtlinge>

²⁴ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/fluechtlinge>

²⁵ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/fluechtlinge>

²⁶ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/wem-wir-helfen/fluechtlinge>

3.1.2.2 Die Genfer Flüchtlingskonvention – Protokoll von 1967

Die Genfer Flüchtlingskonvention war in erster Linie dafür gedacht, europäische Flüchtlinge nach dem Zweiten Weltkrieg zu schützen. 1967 wurde das Protokoll sowohl geographisch als auch zeitlich erweitert, um den veränderten Flüchtlingsbedingungen gerecht zu werden. Dem Protokoll von 1967 sind bis heute insgesamt 147 Länder beigetreten (UN Refugee Agency, 2017).²⁷

In Ländern, die weder das Protokoll noch die Konvention unterzeichnet haben, kann der Schutz von Flüchtlingen nicht gewährleistet werden:

„Flüchtlinge erhalten in diesen Staaten häufig keinen adäquaten Aufenthaltsstatus, werden nur vorübergehend geduldet oder sind in geschlossenen Flüchtlingslagern untergebracht und dort Bedrohungen ihrer grundlegenden Menschenrechte ausgesetzt. In vielen Fällen haben sie keinen Zugang zu wichtigen, in der Genfer Flüchtlingskonvention verbürgten Rechten, wie beispielsweise der Zugang zu medizinischer Versorgung, Bildung und Sozialleistungen“ (UN Refugee Agency, 2017)²⁸.

3.1.2.3 Bedeutung der Genfer Flüchtlingskonvention

Aufgrund der Steigerung der Flüchtlingszahlen und des Wandels der weltweiten Migrationsbewegungen wird die Relevanz der Genfer Flüchtlingskonvention vermehrt in Frage gestellt. Nicht zuletzt aufgrund der großen Akzeptanz durch die zahlreichen Unterzeichnerländer, ist die UNHCR nach wie vor davon überzeugt, dass diese Konvention weiterhin als beste Grundlage für den Flüchtlingsschutz dient. Bis heute hat die Konvention zum Schutz von zirka 50 Millionen Menschen beigetragen. Die UNHCR legt Nahe: „solange Menschen verfolgt werden, kann auf die Genfer Flüchtlingskonvention nicht verzichtet werden“ (UN Refugee Agency, 2017)²⁹.

²⁷ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/unser-mandat/die-genfer-fluechtlingskonvention>

²⁸ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/unser-mandat/die-genfer-fluechtlingskonvention>

²⁹ Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/unser-mandat/die-genfer-fluechtlingskonvention>

3.2 Migration in Österreich

„Ja, es stimmt. Eine rasante Zuwanderung führt zu kulturellem Untergang. Das beste Beispiel hierfür ist New York. Zwischen 1830 und 1890 verzehnfachte sich die Einwohnerzahl aufgrund der immensen Zuwanderung. Die Folgen waren verheerend. Die Stadt brach zusammen. Heute ist New York ein unbedeutendes Fischerdorf an der Ostküste der USA“ (Gritsch, 2016, S. 19).

Als wesentlicher Bestandteil unserer heutigen Gesellschaft ist Migration nicht erst seit Anfang des 21. Jahrhunderts eine weltweit aktuelle Thematik, auch wenn wir uns laut Castles und Miller (2003) momentan im Zeitalter der Migrationsbewegung befinden. Internationale Wanderungsverläufe hat es immer wieder gegeben, jedoch haben sich im Laufe der Zeit Migrationspolitiken und Migrationsformen im Einklang mit Globalisierungsprozessen verändert (Strasser, 2009, S. 15).

Eine *Flüchtlingskrise* gibt es nicht. Diese Wortmeldung suggeriert, dass für die Krise ausschließlich Flüchtlinge verantwortlich sind und somit ein Problem darstellen. Dabei ist Migration das Symptom der Krise. Die eigentlichen Ursachen liegen unter anderem in der Zerstörung lebenswichtiger Grundlagen, den Folgen des Klimawandels, der neoliberalen Globalisierung und den Kriegen (Gritsch, 2016, S. 1).

In erster Linie bedarf es an Aufklärung, da sich komplexere Herausforderungen nicht populistisch lösen. Österreich war schon immer ein Einwanderungsland. Migration kann gelingen, wenn über kulturbedingte Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten reflektiert wird. Diese Kultursensibilität wird im nachstehenden Kapitel genauer beschrieben.

„Flüchtlinge, die in Wien sind, sind gar keine Flüchtlinge mehr. Das sind jetzt ja Wienlinge“³⁰

3.3 Kultursensibilität

In den folgenden Unterkapiteln werden Anforderungen und Herausforderungen aufgezeigt, welche für die Zusammenarbeit mit Flüchtlingen (speziell Kinder) von grundsätzlicher Relevanz sind. Einleitend werden Haltungsfragen im interkulturellen Kontext aufgezeigt: Welche Missverständnisse können auftauchen? Welche spezifischen Kompetenzen sollen Fachkräfte in Umgang mit Flüchtlingen haben? Welche eingeschränkte Sichtweise entsteht einerseits durch eine Nicht-Beachtung anderer Sozialisationen, die religiös und

³⁰ Zugriff am 10.10.17 unter <http://www.das-buendnis.at/>

kulturell mitgeprägt ist und welche Verengung des Blickes entsteht durch kulturalistische Zuschreibung, andererseits?

3.3.1 Die Relevanz kultureller Aspekte

Im Umgang mit Flüchtlingskindern spielen die Vielzahl der Ursprungsländer, die Sprachvielfalt, die unterschiedlichen Fluchterfahrungen und -gründe, die jeweiligen religiösen und kulturellen Hintergründe und die soziale Herkunft der Kinder eine entscheidende Rolle. In Anbetracht anderer Kulturen wird in vielen Fällen der Fehler begangen und auf klischeehafte Erklärungsmuster zurückgegriffen sowie leichtfertig kulturalistische Sichtweisen herangezogen. Oftmalig wird Kultur mit Nationalkultur gleichgestellt, sozialstrukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen werden gänzlich außer Acht gelassen: Wobei durchaus erkennbar ist, dass ein Studentenjunge aus Kabul und ein Hirtenjunge aus Syrien nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind. Bei unreflektierter Bezugnahme auf ethisch-kulturelle Beziehungsmuster besteht die Gefahr, den einzelnen jungen Flüchtling in verschiedenste Schubladen zu stecken und hierbei seiner/ihrer individuellen Sozialisation und seinem/ihrer konkreten Handeln nicht ausreichend Beachtung zu schenken (Gravelmann, 2016, S. 57).

3.3.2 Hintergrundwissen

In der Arbeit mit minderjährigen Flüchtlingen ist ein bestimmtes Hintergrundwissen über religiöse Einflüsse, Denkmuster und Sozialisationserfahrungen bedeutsam. Dabei geht es nicht um Vorurteile, sondern um Kenntnisse der einzelnen Lebenswelten, aus denen die Kinder stammen (Gravelmann, 2016, S. 60). Nachstehende exemplarische Beispiele sollen dies bekräftigen.

Andere Rituale:

In arabischen Ländern werden Angebote zweimal höflich abgelehnt, da erst die dritte Anfrage als aufrichtig empfunden wird.³¹

- Andere Auffassung von Nähe und Distanz:

³¹ Zugriff am 26.09.17 unter http://www.cross-cultures.de/pdf/Business_Etiquette_Arab_web.pdf

Während in Österreich ein warmer, kräftiger Händedruck oft als ein Zeichen von Durchsetzungsfähigkeit aufgenommen wird, wird in arabischen Ländern das Händedrücken als unangenehm empfunden. Es ist nicht üblich, dass Männer Frauen die Hand reichen.³²

- Andere Vorstellung von Reinlichkeit und Schmutz:

Für gläubige Muslime ist das Essen von Schweinefleisch mit der eigenen Religion nicht vereinbar. Diese Tiere gelten als unsauber. Das Wissen darüber hat sich bereits bis in unsere Gesellschaftsmitte verbreitet. Ebenso ist weitgehend bekannt, dass Muslime ihre Straßenschuhe vor der Tür ausziehen. Durch den Kontakt mit der dreckigen Erde sind die Schuhe nämlich beschmutzt. Auch Hunde im Haushalt oder in Einrichtungen können ein Problem darstellen. Hunde gelten im arabischen Raum als schmutzig, sie sind keine Haustiere (Gravelmann, 2016, S. 62).

- Andere Esskultur:

Während bei gläubigen Hindus die Kuh/das Rind als heilig gilt und demnach nicht gegessen werden darf, nehmen Juden nur koscheres Essen zu sich. Die meisten Flüchtlinge stammen aus arabischen und vorderasiatischen Ländern, in denen viele Moslems leben. Lebensmittel müssen für sie *halal* sein. Dieser Begriff bedeutet übersetzt so viel wie „erlaubt“. In der Arbeit mit Flüchtlingen ist es daher ratsam, sich ein gewisses Grundwissen von *halal* beziehungsweise *haram* („verboten“) Lebensmitteln anzueignen. Schweinefleisch allgemein und jegliche Produkte vom Schwein (wie beispielsweise Gelatine) sind tabu. Ebenso wie das Fleisch von anderen Tieren, welche nicht nach islamischen Ritualen geschlachtet wurde. Auch Alkohol oder Gerichte mit Blut sind verboten.³³

Im arabischen Raum gilt die linke Hand als unsauber, weshalb zum Essen die rechte Hand verwendet wird. In aufgestellten Wasserschalen findet zwischendurch immer wieder eine Reinigung statt (Gravelmann, 2016, S. 62).

3.3.3 Transkulturelle Kompetenz

Unter dem Begriff transkulturelle Kompetenz versteht man ein Durchbrechen beziehungsweise Überschreiten von kulturellen Grenzen. Transkulturelle Kompetenz beinhaltet den Willen und die Offenheit, Vorhandenes weiterzuentwickeln und Neues zu integrieren, aber auch die Fähigkeit, Widersprüche stehen zu lassen (Domenig, 2007, S. 174).

³² Zugriff am 26.09.17 unter http://www.cross-cultures.de/pdf/Business_Etiquette_Arab_web.pdf

³³ Zugriff am 24.09.2017 unter <http://www.islamologie.info>

Des Weiteren definiert transkulturelle Kompetenz die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in unterschiedlichen Kontexten und in der spezifischen Situation zu erfassen, nachzuvollziehen und angepasste, entsprechende Handlungsweisen hieraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachkräfte reflektieren eigene Vorurteile und lebensweltliche Prägungen, haben die Gabe, die Perspektive anderer einzunehmen und zu deuten. Weiters vermeiden sie Stereotypisierungen und Kulturalisierungen von bestimmten Gruppen (Domenig, 2007, S. 174).

Bereits die wenigen Exemplare aus vorangegangenen Kapiteln zeigen, dass Wissen über die Religion, Kultur und/oder die Sozialisation hilfreich ist, um Verhaltensweisen, Entscheidungen und Reaktionen von Flüchtlingen verstehen zu können. Kulturelles Verständnis ist zwar nicht immer leicht herstellbar, dennoch kann das Beobachten von kulturellen Gebräuchen guter Anlass eines Gesprächs sein, das dem jungen Flüchtling Interesse an seiner/ihrer vorangegangenen Sozialisation, Kulturation und ihrem/seinem Lebensraum signalisiert (Gravelmann, 2016, S. 62f).

4 Bewegte Kindheit – Trauma

Die Erlebnisse von Folter und Krieg in den Herkunftsländern und die dramatische monatelange Flucht nach Österreich belasten vor allem Kinder in hohem Maß. Auch Erfahrungen von Ausgrenzungen und ein zunächst nicht sicherer Aufenthalt in Europa können zusätzliche Stressoren für ein Kind sein. Folglich haben fast alle Flüchtlingskinder potentiell traumatische Situationen erfahren, aber nicht jedes Kind, welches mit diesen Erfahrungen in Europa ankommt, entwickelt traumaspezifische Symptome oder Folgeerkrankungen. Speziell die Aufnahme des Kindes in sichere Strukturen oder die baldige Rückkehr sowie die Professionalität von Psychomotorikern/Psychomotorikerinnen schaffen gute Voraussetzungen für Flüchtlingskinder, traumatische Ereignisse bewältigen zu können (UNHCR, 2016, S. 17).

Je nach Autoren/Autorinnen und den jeweiligen zeitlichen Einflüssen und Umständen werden bei dem Versuch, den Begriff *Trauma* zu definieren, verschiedene Aspekte betont. Das folgende Kapitel versucht daher, den Ausdruck einzugrenzen. Die Herkunft des Terminus kommt von dem griechischen Wort „traūma“ (Genitiv: traúmatos), welches mit dem deutschen Wort „Wunde“ zu übersetzen ist.

Bei der Klärung des Begriffs *psychisches Trauma* ist es unumgänglich, die objektive Dimension, welche an das Stressor-Kriterium gebunden ist, um die subjektive Perspektive auszudehnen. Somit kann sichergestellt werden, dass individuelle Erlebnisqualitäten berücksichtigt werden (Schüürmann, 2013, S. 64).

4.1 Seele und Körper im Ausnahmezustand

Ein Erlebnis kann traumatisch sein, „wenn es (lebens-) bedrohlich ist und uns in einer Art und Weise überwältigt, dass auch unsere üblichen Abwehr- und Bewältigungsmechanismen (zum Beispiel Flucht, Angriff oder Verteidigung) nicht mehr ausreichen, weil wir mit der Heftigkeit dieses Ereignisses überfordert sind“ (UNHCR, 2016, S. 17).

Ähnlich ausgedrückt, ist eine traumatische Erfahrung oder ein psychisches Trauma ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und den bedrohlichen Situationsfaktoren, welches mit Gefühlen von schutzloser Preisgabe und Hilflosigkeit einhergeht und eine dauerhafte Erschütterung von Welt- und Selbstverständnis bewirkt (Fischer & Riedesser, 2009; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 64).

Traumatische Erlebnisse überwältigen Kinder regelrecht. Ihr Welt- und Selbstverständnis („Die Erde ist gerecht, sicher und gut etc.“) wird erschüttert. Durch Verfolgung und Krieg

werden zudem auch ihr positives Menschenbild und das positive Bild von der Gesellschaft („anderen Menschen kann man vertrauen etc.“) zerbrochen. Da Kinder gerade erst ihr Bild von der Welt und von sich selbst aufbauen, sind traumatische Ereignisse schwerwiegende Einschnitte. Eine traumatische Situation führt demnach zur seelischen Verletzung und unterteilt das Leben aller Betroffenen in ein klares Vorher und Nachher. Nach beziehungsweise seit diesem Erlebnis ist nichts mehr so, wie es zuvor war. Alles verändert sich (UNHCR, 2016, S. 17).

Folgende Regel kann im Bezug zu Traumata aufgestellt werden: Je jünger ein Kind ist, je enger die Beziehung zwischen betroffenem Kind und Verursacher ist, je länger ein Trauma anhält, desto weitreichender sind seine Folgen (Teegen, 2008; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 64).

Dieser Zusammenhang lässt sich auch in nachfolgender Abbildung erkennen. Die Tabelle stellt die Häufigkeit der Traumatisierungen der Art von Traumatisierungen gegenüber. Hierbei wird verdeutlicht, dass Misshandlungen und Vernachlässigungen im Kindesalter eine hohe Häufigkeit späterer Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) (siehe Kapitel 4.2.2) aufweisen. Weiters zeigt sich, dass nach Kriegserfahrungen rund 40 Prozent und nach Vergewaltigungen rund 60 Prozent der Betroffenen später an PTBS leiden. Haben die Betroffenen bereits ein Trauma erfahren, besteht laut Kessler et al. (1995) beim nächsten Trauma eine Wahrscheinlichkeit von 14 Prozent, dass erneut eine PTBS auftritt (Haas, 2017).

Tabelle 1: Art und Häufigkeit der PTBS (mod. n. Kessler et al. 1995; zit. n. Haas, 2017, S. 3)

Art	Häufigkeit PTBS in %
Mindestens ein Trauma	14,2
Naturkatastrophen	4,5
Zeuge von Gewalt und Unfällen	7,0
Unfälle	7,6
Körperliche Gewalt	11,5
Androhung von Waffengewalt	17,2
Sexuelle Belästigung	19,3
Vernachlässigung in der Kindheit	21,8
Misshandlungen in der Kindheit	35,5
Kriegserfahrungen	38,8
Vergewaltigung	55,5

4.2 Traumafolgestörungen nach ICD-10

Die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme wurde von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht und dient der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der stationären und ambulanten Versorgung. In Österreich müssen seit Jänner 1989 Entlassungsdiagnosen aller in stationärer Behandlung befindlichen Patienten/Patientinnen bundeseinheitlich nach der Internationalen Klassifikation (ICD) in der jeweiligen aktuellen Fassung des für die Gesundheit zuständigen Bundesministeriums erfasst werden (BMGF, 2017)³⁴.

Traumafolgestörungen werden nach der ICD-10 in der Gruppe *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* unter dem Begriff *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F 43.xx) aufgelistet. Hierzu zählen neben den Anpassungsstörungen (F 43.2) und den akuten Belastungsreaktionen (F 43.0) auch die PTBS (F 43.1,

³⁴ Zugriff am 01.03.17 unter

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/icd-10_bmgf_2017_-_systematisches_verzeichnis_sp1_neu.pdf

PTBS) sowie sonstige Reaktionen auf außergewöhnliche Belastungen (F 43.9) (BMGF, 2017)³⁵.

Nachstehende Abbildung und folgende Unterkapitel sollen den Unterschied zwischen einer akuten Belastungsstörung und einer PTBS klären.

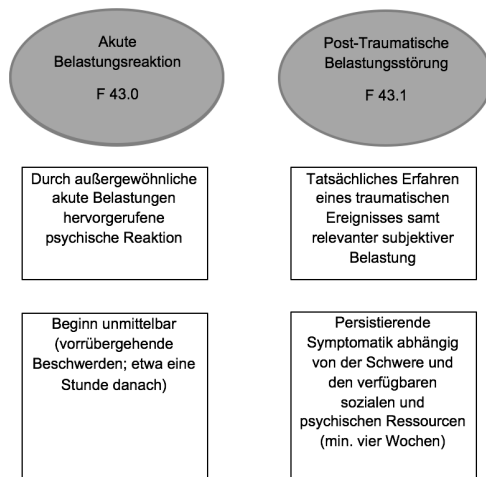


Abbildung 2: ICD 10 (mod. n. Sack, 2013, S. 244)

4.2.1 Akute Belastungsstörung

Innerhalb des ersten Monats nach einem traumatischen Erlebnis können Symptome auftreten, welche aber nach einiger Zeit der Verarbeitung wieder abklingen und letzten Endes ganz verschwinden. Dabei handelt es sich um eine akute Schockreaktion, welche beispielsweise durch Desorientierung, emotionale Schwankungen, Schlaflosigkeit etc. gekennzeichnet ist. Die Stärke dieser Reaktionen ist vom emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklungsstand des Betroffenen abhängig. Eine akute Belastungsstörung (F43.0) liegt laut ICD-10 dann vor, wenn folgende Symptomkriterien ab einer Stunde nach dem traumatischen Erlebnis beobachtbar sind:

- Wiedererleben des Traumas durch Träume oder Erinnerungen
- Unfähigkeit sich an bedeutsame Aspekte des Traumas zurückzuerinnern
- Emotionale Abgestumpftheit
- Vermeidung von Situationen, welche dem Trauma ähneln

³⁵ Zugriff am 01.03.17 unter

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/icd-10_bmgf_2017_-_systematisches_verzeichnis_sp1_neu.pdf

- Erhöhte Erregungsniveau
- Angstsymptome (Haas, 2017)

4.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung – PTBS

Sind diese Symptome innerhalb von sechs Monaten nach der traumatischen Situation aufgetreten, spricht man von einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Eine PTBS (F43.1) liegt zusätzlich dann vor, wenn folgende Symptome nach dem Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung auftreten:

- Innere Bedrängnis und sich wiederholende Träume
- Wiedererleben der Nachhallerinnerungen oder anhaltende Erinnerungen
- Teilweise beziehungsweise vollständige Unfähigkeit sich zurückzuerinnern
- Anhaltende Symptome wie: Wutausbrüche, erhöhte Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Hypervigilanz, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Sensitivität (Haas, 2017)

Nachstehende Komorbiditäten und Risikofaktoren von PTBS können im Wesentlichen laut Sack (2013) festgehalten werden:

Komorbiditäten:

- Depressive Störungen
- Abhängigkeit, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen und weitere Angststörungen

Risikofaktoren:

- Vorsätzliche, absichtsvolle Traumatisierung durch Menschen
- Vortraumatisierungen (Sack, 2013, S. 246)

4.2.3 Disorder of extreme stress not otherwise specified – DESNOS

Neben der klassischen PTBS – die englische Abkürzung lautet PTSD für posttraumatic stress disorder – welche drei Charakteristika aufweist:

- Vermeidungssymptome
- Übererregungssymptome
- Wiedererleben von traumatischen Erlebnissen (Sequenzen davon),

leiden chronisch traumatisierte Personen oftmals unter der komplexeren Form, welche amerikanische Kollegen/Kolleginnen unter *disorder of extreme stress not otherwise specified – DESNOS* definieren (DSM 5, 2017)³⁶.

Im Gegensatz zur einfachen PTBS weist diese Form mehr wesentliche Symptombereiche auf, unter anderem Selbstverletzung/Selbstbeschädigung, Probleme bei der Gefühlsregulation, Empfindungen von Hoffnungs-/Sinnlosigkeit bis hin zu Suizidgedanken (Huber, 2012, S. 23).

Heutzutage gibt es, basierend auf den Erkenntnissen der Neurowissenschaft, effektive Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene. Hierbei wird untersucht, wie sich Traumata im Gehirn niederschlagen und welche Konsequenzen sie auf Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und Einstellungen haben. Als sinnvollstes Vorgehen hat sich das *schulenübergreifende Verfahren* herausgestellt. Techniken zur Regulation von Gefühlen werden ebenso gebraucht wie das Verständnis für traumatisierte Beziehungs-/Objektstrukturen und heilsame Bindungserfahrungen. Huber betont hier, dass die Optionen der Steuerung von Lebenserfahrungen wie die Ebene der Körperreaktionen und die Förderung der Motorik eine tiefere Einsicht gewinnen müssen (Huber, 2012, S. 24).

Bei der Betrachtung verschiedenster Traumafolgestörungen und deren Symptombilder, gilt es herauszufinden, inwieweit die diagnostischen Kriterien auch für Kinder geltend sind. Spezielle kindspezifische Faktoren werden in Kapitel 4.6. ergänzt, um unter anderem der mangelhaften Sprach- und Introspektionsfähigkeit dieser Altersgruppe gerecht zu werden.

Haas betont ausdrücklich, dass Traumata nie als *Krankheiten abgestempelt* werden sollten. Ihr zufolge ist ein Trauma vielmehr eine ganz normale Reaktion auf eine abnormale Situation (Haas, 2017). Hellinger unterstreicht dies mit den Worten „Die Seele hat ihre eigenen Grenzen, diese muss man achten“ (Hellinger, 2008; zit. n. Haas, 2017).

4.3 Psychotraumatologie

Als auslösender Funke für die Entwicklung der Psychotraumatologie wird oft der Anblick der noch sehr jungen Soldaten, die aus dem Krieg zurückkamen, körperlich wiederaufgebaut werden konnten, aber sichtbar verstört blieben, genannt. Hätte es die Kriegsveteranen aus dem Ersten, dem Zweiten und dem Vietnamkrieg nicht gegeben, wären wahrscheinlich zur damaligen Zeit weit weniger in private und staatliche Forschungsgelder investiert worden und somit gäbe es heute kein spezifischeres Wissen über Traumage-

³⁶ Zugriff am 01.10.17 unter [http://www.isst-d.org/downloads/MEMODocs/DSM-5website\(c\).pdf](http://www.isst-d.org/downloads/MEMODocs/DSM-5website(c).pdf)

dächtnis, Traumatherapiemöglichkeiten und Möglichkeiten der Intervention (Huber, 2012, S. 29).

Aufgrund der Diskussionen nach den Kriegen über den „Granatenschock“, über „Kriegszitterer“ und „Kriegsneurosen“, verwendete Kardiner erstmalig den Begriff „Physioneurose“ unter Anbetracht der Zusammenbrüche von Soldaten, um zugleich den seelischen, wie körperlichen Beeinträchtigungsprozess nach Traumata zu umschreiben (Huber, 2012, S. 29). Damit war der Grundstein für die moderne Psychotraumatologie gelegt. Diese befasst sich damit, dass sich Extremstresserfahrungen auch in den Stoffwechsellmustern und im Gehirn des Betroffenen/der Betroffenen abzeichnen. Unzählige Erkrankungen und Störungen können daraus resultieren, Beeinträchtigungen der Gefühlsregulation, des Leistungsvermögens und der Konzentration können erfolgen. Ebenso können die Beziehungsstrukturen von Betroffenen Schaden nehmen sowie deren basale Einstellung zum Leben, hinsichtlich ihrer Spiritualität und des Lebenssinns hinterfragt werden (Huber, 2012, S. 29). Betroffene fallen in einem tiefen Abgrund und sitzen fest.

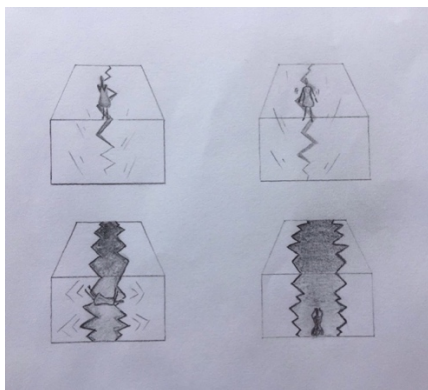


Abbildung 3: Abgrund (mod. n. Huber, 2012, S. 19)

Der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage bezüglich Traumata zufolge können nicht nur Katastrophen, Kriege, zwischenmenschliche Gewalt und Unfälle die Entstehung einer PTBS auslösen. Auch Aids, Herzinfarkt und Krebs sowie die Trennung der Eltern und das Aufwachen während einer Operation können PTBS bewirken. Özkan erwähnt explizit, dass speziell auch das Angehören einer ethnischen Minderheit in einem fremden Staat und die Folgen von Migration traumatisierend sein können (Özkan, 2002; zit. n. Huber, 2012, S. 31).

Huber (2012) macht darauf aufmerksam, dass bei Traumabetroffenen oft Wirkung und Ursache miteinander vertauscht werden. Oftmalig werden nur die Störformen bei Überlebenden enorm stressreicher Erfahrungen wahrgenommen und darauf vergessen die einzelnen Hintergründe zu erkennen beziehungsweise anzuerkennen. So passiert es, dass

Einzelne als *psychisch krank* abgestempelt werden. Dabei können Traumatisierungserfahrungen eine Destabilisierung der Persönlichkeit zur Folge haben, wenn einzelne Traumata zu schnell aufgerollt werden. Janet versucht dies wie folgt zu erklären: „Diese Menschen werden von etwas verfolgt, und man muss sorgfältig nachforschen, um bis zur Wurzel zu gelangen“ (Janet, o.J.; zit. n. Collin et al., 2012, S. 55).

Moderne Traumabehandlung setzt sich daher als Ziel, immer behutsam vorwärts zu gehen. Huber beschreibt ein Beispiel hierzu folgend: „Erzählen Sie mir nur grobe Zusammenhänge, keine Einzelheiten, weil diese Sie sonst möglicherweise in die Wiedererlebensqualität führen werden, was wir zunächst vermeiden wollen“ (Huber, 2012, S. 32). Des Weiteren rät sie, dass der Druck, alles rauslassen zu müssen, zunächst umgelenkt werden sollte, indem man den Fokus auf neue Erfahrungen legt. Ein Beispiel hierfür wäre „Erzählen Sie mal! – und was fühlen Sie jetzt?“ (Huber, 2012, S. 32).

Hermans (2003) Arbeiten in den siebziger Jahren haben die Methode der Dreiteilung in der Traumabehandlung bestärkt:

- Stabilisierung
- Konfrontation
- Integration

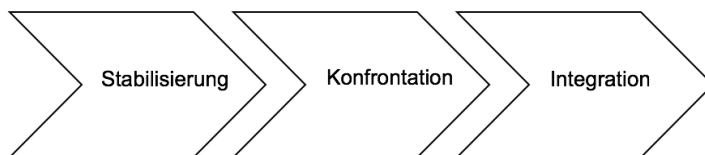


Abbildung 4: Behandlung der PTBS (mod. n. van der Kolk, 2016; zit. n. Haas, 2017, S. 5)

Bei komplexeren Traumaerfahrungen muss noch ein weiteres Stadium ergänzt werden. Hier wird zwischen Stabilisation und Traumakonfrontation, der Umgang mit dem Traumamaterial (Alpträume, Schmerzzustände, belastende Erinnerungen etc.) eingefügt. Dieses soll zu Beginn in ausreichende Distanz verschoben werden. Erst in späterer Folge kann in vielen Fällen die Geschichte des Traumas aufgearbeitet werden – dennoch keineswegs in allen Fällen. Entscheidend ist hierbei, wie stabil die einzelne Person ist (Huber, 2012, S. 32).

Wird ein Trauma im Erwachsenenalter erlebt, so kann an frühere Lebensfreuden leichter angeknüpft werden. Liegt jedoch eine ganze Kindheit voller Gewalt hinter einer Person, muss zunächst gelernt werden, wie ein Leben ohne Traumageschichte aussehen kann.

Eine ehemalige Klientin von Huber beschreibt diesen Zustand folgend: „Nun stehe ich an der offenen Käfigtür – und jetzt hab ich Angst, da rauszugehen“ (Huber, 2012, S. 33).

4.4 Notfallprogramm

Im kommenden Beispiel erlebt die betroffene Person eine Extremsituation. Eine Situation, die ihre Bewältigungsmechanismen überfordert und auf die sie nicht vorbereitet ist. In der Psychotraumatologie wird dies *Überflutung mit aversiven Reizen* genannt (Huber, 2012, S. 40). Die Situation kann als Opferrolle, als Täterrolle oder Rolle des Zeugen/der Zeugin erlebt werden. Das folgende Beispiel beschreibt die Situation kurz und skizziert anschließend mögliche aversiven Reize dazu:

Beispiel:

Situation: Ein kleines Mädchen muss zusehen, wie eine Gruppe von Taliban ihren Vater brutal zusammenschlägt.

Möglicher Reiz: Fühlen und sehen, dass die Männer völlig außer Kontrolle sind und den Vater töten könnten; Verzweiflung, Ohnmacht und Scham darüber, selbst nicht eingreifen zu können.

Das Beispiel lässt klar erkennen, dass dies eine Situation darstellt, in der es kaum möglich ist, ruhig und entspannt zu reagieren. Es ist ersichtlich, dass die Situation das Potenzial besitzt, das gesamte weitere Leben zu verändern. Traumatische Ereignisse wie diese bewirken ein körperliches Geschehen, welches eine Hand voll anderer psychischen Auswirkungen mit sich bringt. Unser Körper reagiert auf überwältigende Bedrohungen mit einer unkontrollierbaren Stressreaktion. Es kommt zu Änderungen der Gehirnfunktionen beziehungsweise zu einer Brechung des normalen Informationsflusses. Unterbrochen wird das Einordnen der Information mithilfe des Großhirns, da die Verbindung zwischen Hippocampus und Amygdala getrennt wird. Hierdurch kommt es zu Störungen bei der Speicherung und der Verarbeitung von Informationen. Informationen bleiben im emotionalen Gedächtnis, in der Amygdala stecken. Ein Notfallprogramm wurde eingeleitet. (UN-HCR, 2016, S. 17)

4.5 Verarbeitung und Speicherung

Die neuen bildgebenden Verfahren PET-Scan, MRT etc. ermöglichen den Forschern/den Forscherinnen dem Gehirn bei seiner Arbeit zuzusehen. Natürlich ist es nicht möglich, während einer Traumatisierung zuzusehen, dennoch lässt sich vieles erkennen, wenn

Menschen sich an traumatisierende Erlebnisse zurückerinnern. So kann unmittelbar beobachtet und gemessen werden, wie eine Person auf diesen speziellen äußeren Reiz reagiert. Reagieren viele Menschen ähnlich, handelt es sich höchstwahrscheinlich, um ein typisches Muster (Huber, 2012, S. 44).

Ist der Mensch mit einer gefährlichen, überwältigenden Situation konfrontiert, trifft diese Information zuerst im Stammhirn ein, welches die Information an die Amygdala leitet. Diese versetzt ihn in Alarmbereitschaft. Durch eine Ausschüttung von Hormonen wie Cortisol und Noradrenalin kommt es zu Kampf- oder Fluchtreaktionen. Dies geschieht ohne Zutun des Großhirns. Entscheidungsfindungen durch das Großhirn werden folglich unterbunden, um rascher reagieren zu können (UNHCR, 2016, S. 17).

Bei traumatischen Erlebnissen, zumeist ohne Möglichkeit zum Kampf oder zur Flucht leitet unser Körper ein Notfallprogramm ein. Der Körper wirkt inaktiv und erstarrt (*freeze*): der Blutdruck ist niedrig, der Muskeltonus ist schlaff – es wird unmöglich, zu schreien oder sich zu wehren. Doch verringert sich die Energie, die den Körper des Betroffenen/der Betroffenen auf Kampf oder Flucht vorbereitet hat, nicht, sondern bleibt weiterhin im Körper und ist Auslöser für Aggressivität, Muskelverspannungen oder körperliche Unruhe. Dies gilt auch, wenn Flucht- oder Kampfpulse unterdrückt wurden oder unterdrückt werden mussten (wenn zum Beispiel Kinder sich leise verhalten mussten, um nicht gesehen zu werden, obwohl sie wegrennen oder schreien wollten) (UNHCR, 2016, S. 17).

Beispiel:

„Sarah ließ im Kindergarten alles mit sich machen. Sie hatte wache Augen, las und spielte gerne, leise für sich, aber sehr intensiv. Doch wenn jemand aggressiv wurde, erstarrte sie und ergab sich dem, was um sie herum geschah. Fast so, als wäre sie gar nicht da. Wenn ihr jemand etwas wegnahm, dann ließ sie es geschehen, verteidigte es nicht und beschwerte sich nicht. Sie erduldet es einfach“ (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 19).

Des Weiteren kann es sein, dass Eindrücke wie Bilder, Geräusche, Gerüche oder Schmerzen ausgeblendet werden, um die schreckliche Situation aushalten zu können. Dieser Vorgang wird als *Dissoziation* (Abspaltung) bezeichnet. Die Verbindung zwischen Gedächtnis und Wahrnehmungsinhalten wird getrennt. Kinder können, um das Schreckliche zu überstehen, das Gefühl haben, von ihrem Körper losgelöst zu sein oder aus ihrem

Körper herauszutreten, sich klar abzuspalten und die Rolle eines Beobachters einzunehmen (UNHCR, 2016, S. 17).

Im Gehirn kommt es zu einer Umschaltung des normalen Entscheidungs- und Informationsflusses. Wenn die schweren Belastungen überhandnehmen, unterbricht die Amygdala die Weiterleitung. Informationen über dieses traumatische Ereignis werden nicht weiterverarbeitet, sondern bleiben im emotionalen Gedächtnis (in der Amygdala). Die Abspeicherung und eine Integration dieser Erlebnisse in die eigene Lebensgeschichte, also eine Einordnung im Großhirn, sind folglich nicht mehr möglich. Der gesamte Körper bleibt in einer „nicht zu Ende gebrachten Stressreaktion“ stecken (Huber, 2012, S. 44).

Hier liegt auch der Ursprung einer andauernden Übererregbarkeit *Hypervigilanz* (siehe auch Kapitel 4.6.1.2) von traumatisierten Kinder. Bleiben Details ohne entsprechende Abspeicherung aufgesplittert hängen, kommt es zu einer sogenannten *Fragmentierung* der Erinnerungen, zu Erinnerungsfetzen und Gedankensplittern, welche nicht in logischen Worten und in logischer Abfolge wiedergegeben werden können. „Der Vergleich eines Spiegels, der im Augenblick des traumatischen Stressgipfels zerspringt, macht deutlich, dass die zurückbleibenden Spiegelsplitter nicht mehr erkennen lassen, was passiert ist, sondern nur noch, dass etwas passiert ist“ (Besser, 2004, S. 180).

Betroffene haben für ihre Empfindungen keine Sprache und können diese nicht in einen Zusammenhang mit alltäglichen Lebensinhalten bringen. Zudem kann es passieren, dass Traumatisierte scheinbar unberührt schrecklichste Situationen schildern können, da sie ausschließlich auf die bildlichen Erinnerungen zugreifen. Die anderen Teile der Erinnerung sind weiterhin in der Amygdala und überkommen die Betroffenen ungesteuert und unwillkürlich (UNHCR, 2016, S. 18).

Traumatische Ereignisse können demnach auch folgeschwere Veränderungen im Gehirn hinterlassen. Die positive Nachricht: Unser menschliches Gehirn ist sehr plastisch, kann sich ein Leben lang verändern und verfügt über eine gute Anpassungsfähigkeit. Die menschliche Lernfähigkeit ist groß. Mithilfe professioneller Begleitung und tragfähiger Beziehungen können sich Betroffene mit der Zeit regenerieren. Dies verlangt jedoch viel Geduld, Verlerntes muss wieder erlernt und Entwicklungsphasen müssen nachgeholt werden (UNHCR, 2016, S. 18).

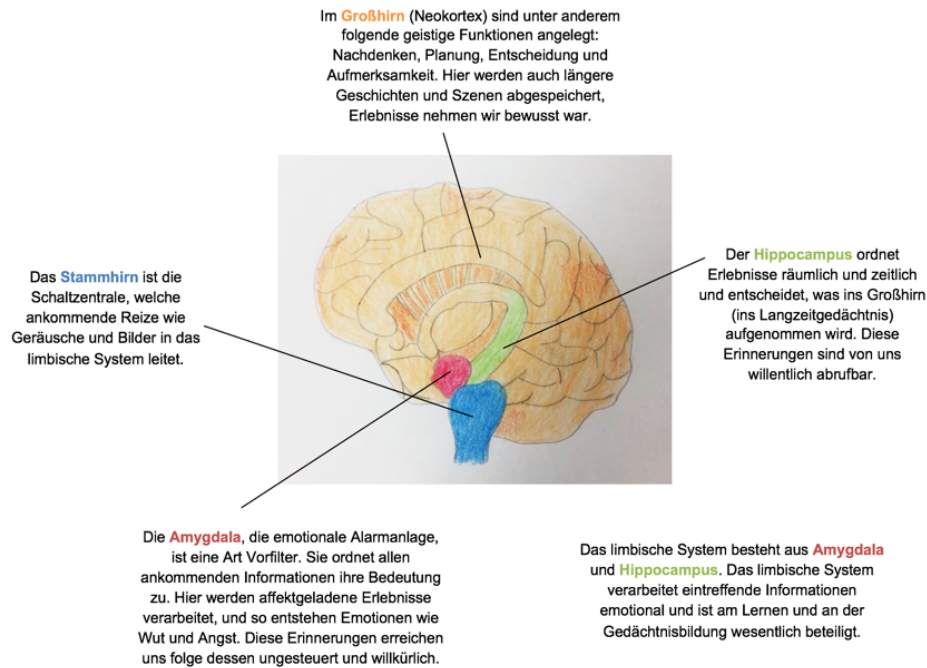


Abbildung 5: Das Gehirn (mod. n. UNHCR, 2016, S. 18)

4.6 Jugendliche und Kinder

Für Jugendliche und Kinder kann es für die Verarbeitung von einem Trauma hilfreich sein, nachzuvollziehen, was in unserem Gehirn in solchen Stresssituationen passiert. Ein kindgerechter Erklärungsversuch kann zum Beispiel folgendermaßen aussehen:

Unser Gehirn besteht aus drei unterschiedlichen Teilen, welche im Idealfall gut miteinander zusammenarbeiten. Ein Teil, manche sagen *Reptiliengehirn*, weil es der älteste Teil ist (Stammhirn oder Gehirnstamm), ist der Kern eines Apfels. Dieser Teil hat viele Aufgaben, er stellt unter anderem Energien bereit, um zu flüchten oder zu kämpfen und reagiert auf Gefahr. Sein Ausdrucksmittel sind die Empfindungen, wie zum Beispiel große Aufregung oder nasse Hände (Weiß, 2013, S. 170).

Der zweite Teil des Apfels, das Fruchtfleisch, heißt auch *Amygdala* oder *Mittelhirn*. Dieser Teil ist für Emotionen und das Gedächtnis verantwortlich, sein Ausdrucksmittel sind die Gefühle. Das Mittelhirn oder die Amygdala ist die Warnzentrale im Gehirn (Weiß, 2013, S. 170).

Der dritte Teil, die Schale des Apfels, kann als *denkendes Hirn* betrachtet werden. Im Normalfall ist das denkende Gehirn der Chef. Hat man aber sehr viel Angst, schaltet die Warnzentrale (=Fruchtfleisch) das Reptiliengehirn (=Apfelkern) ein. Nun stellt der Apfelkern genug Energie zur Verfügung, dass man sich wehren kann. In dieser Zeit ist das

denkende Hirn (=Apfelschale) abgeschaltet. Passiert dies oft, meldet die Amygdala Gefahr, obwohl diese längst vorüber ist. Das Reptiliengehirn bleibt eingeschaltet und setzt den Körper weiterhin unter Strom, damit man flüchten oder sich wehren kann. Man bekommt nasse Hände und Angst und wird vielleicht nervös oder rastet sogar aus (Weiß, 2013, S. 170).

4.6.1 Trauerarbeit

Die Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und Kindern unterscheiden sich klar von jenen der Erwachsenen, so ist es auch beim Trauerprozess. Dieser Prozess verläuft bei Jugendlichen und Kindern diskontinuierlich, das bedeutet, sie unterbrechen ihre Trauer immer wieder und nehmen sie zu späteren Zeitpunkten wieder auf. Allgemein hält diese Phase daher länger an als bei Erwachsenen (Juen, Warger & Rosner, 2015 S. 125f).

Darüber hinaus werden Trauerprozesse bei Flüchtlingskindern durch Flucht und Verfolgung unterbrochen. Darum können wichtige Rituale der Trauer (Beerdigung etc.) nicht stattfinden. Trauerarbeit muss sich immer der Entwicklungsstufe und dem Alter der Kinder anpassen. Bei jüngeren Kindern muss oft zu anderen Ausdrucksformen (zum Beispiel: dem Spiel) gegriffen werden, da sie sich sprachlich häufig nicht klar ausdrücken können (UNHCR, 2016, S. 21).

4.6.2 Kindspezifische traumatische Symptome

Mit Blick auf Diagnosekriterien merken Simons und Herpertz-Dahlmann (2008) an, dass bei PTBS im Kindesalter die Verhaltensweisen nach traumatischen Ereignissen auch agiert, aufgelöst, monoton oder repetitiv sein können. Weiters können bei Kindern Spiele aufkommen, in denen vermehrt Themen des Traumas Anklang finden (*posttraumatisches Spiel*). Andererseits kann auch die Fähigkeit des Spiels stark eingeschränkt werden, ebenso können traumaspezifische Neuinszenierungen und beängstigende Träume zur Symptomatik zählen (Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008, S. 151f).

Darüber hinaus beschreibt die Arbeitsgruppe um Scheeringa et al. (2003) alterstypische Symptome und damit einhergehend auch entwicklungsangemessene Kriterien, wie unter anderem Alpträume, die Angst, schlafen zu gehen, neue Trennungsängste, neuartige Ängste ohne ersichtlichen Bezug zum Trauma, neu auftretende aggressive Verhaltensweisen, selbstverletzendes Verhalten, Verlust bereits erworbener Fähigkeiten (Mutismus, rückläufige Sprachentwicklung, Einnässen etc.), Abflachung der Reagibilität sowie der *Omenbildung* (der Glaube, Ereignisse aus der Zukunft vorhersehen zu können). Vor allem

Störungen in den Bereichen der Empathie-, Bindungs- und Metallisierungsfähigkeit und eine regressive Symptomatik sowie die Beziehung zum eigenen Körper und die Emotionsregulation sind prägend (Schüürmann, 2013, S. 65).

Allgemein können laut UNHCR 2016 vier maßgebliche Symptomgruppen bei Jugendlichen und Kindern festgemacht werden:

- Aufdrängende und Wiederkehrende Erinnerungen:

Jugendliche und Kinder leiden nach traumatischen Situationen häufig an aufdrängenden, nicht kontrollierbaren Gedanken und Erinnerungen. Diese werden auch als *Intrusionen* bezeichnet. Sie können als Bilder, akustische sowie taktile Geräusche oder Empfindungen auftreten. Manche Erinnerungen können Oberhand über die gegenwärtige Situation gewinnen. Betroffene Jugendliche und Kinder erfahren das Trauma, als ob das traumatische Ereignis im Hier und Jetzt stattfindet (Erinnerungsblitze oder Flashbacks) (UNHCR, 2016, S. 27ff).

- Wiederholende, repetitive Verhaltensweisen:

Betroffene Jugendliche und Kinder reinszenieren Teilaspekte traumatischer Situationen, indem sie die Situation etwa nachzeichnen oder nachspielen (als Rollenspiel). Wenn diese Kinder diese Spiele oder Zeichnungen oftmalig wiederholen oder sie zwanghaft vollzieht, nennt man dies *posttraumatisches Spiel*. Dieses monotone Spielen ist für Erwachsene oft schwer zu ertragen. Für betroffene Jugendliche und Kinder ist dieses Spiel jedoch ein Versuch, das traumatische Erlebnis zu verarbeiten (und diesem Erlebnis somit einen anderen Ausgang zu geben) (UNHCR, 2016, S. 27ff).

- Ängste:

Viele Jugendliche und Kinder zeigen nach Trauma *generalisierte, spezifische Ängste*. Kinder im Alter zwischen sechs und zehn Jahren haben verstärkt Angst vor fremden Menschen, Dunkelheit und davor, verlassen zu werden. Diese Kinder haben Angst, dass zu jeder Zeit wieder etwas Gefährliches oder Schlimmes passieren kann. Die Ängste der Jugendlichen und Kinder werden auch dahingehend deutlich, dass sie vermehrt Fragen zu Themen wie Sterben und Tod haben. *Traumaspesifische Ängste* sind immer an das ursprüngliche Trauma gebunden. So können Jugendliche und Kinder zum Beispiel vor Tieren Angst haben, die an der traumatischen Situation beteiligt waren oder sie an dieses Ereignis erinnern (UNHCR, 2016, S. 27ff).

- Veränderte Einstellung:

Als Zeichen der Veränderung des kindlichen Selbstverständnisses verlieren gerade Jugendliche und Kinder auf der Flucht und im Krieg das Vertrauen zu Menschen. Sie haben

negative oder keine Erwartungen an ihr Leben und an ihre Zukunft. Viele sind davon überzeugt, bald sterben zu müssen. Diese negative Erwartung dient als Schutz, um sich vor weiteren Gefahren und Enttäuschungen zu schützen. Dieses Symptom zeigt sich speziell bei Kindern, die einen oder gar beide Elternteile verloren haben (UNHCR, 2016, S. 27ff).

- Weitere Symptome:

Vermeidung: Das Vermeiden stellt einen Versuch dar, sich nicht nochmals mit bestimmten Gefühlen auseinanderzusetzen. Eine Abflachung der Emotionen, eine Art Taubheit (*numbing*) dient ebenso diesem Zweck (UNHCR, 2016, S. 27ff).

Dissoziation: Kinder nehmen das Erlebte nicht als Ganzes wahr und verarbeiten infolgedessen auch nicht zusammenhängend. Betroffene Jugendliche und Kinder wirken oft gedankenverloren oder abwesend (UNHCR, 2016, S. 27ff).

Hypervigilanz: Betroffene Jugendliche und Kinder zeigen nach traumatischen Erfahrungen oftmals ein erhöhtes Erregungsniveau, man bezeichnet dies als Hypervigilanz. Ein Großteil der Kinder leidet an Schlafstörungen und motorischer Unruhe. Bewegung kann hilfreich sein, um solche Anspannungen abzubauen (UNHCR, 2016, S. 27ff).

Regressive Verhalten: Ein regressives Verhalten können im Besonderen jüngere Kinder zeigen und in vorherige Entwicklungsstadien zurückfallen (zum Beispiel neuerliches Daumenlutschen oder Bettnässen) (UNHCR, 2016, S. 27ff).

Schuldgefühle: Jugendliche und Kinder haben Schuldgefühle zumeist in Form von Überlebensschuld. Sie fühlen sich oft schuldig, weil sie selbst in Sicherheit leben und andere noch immer in Gefahr sind (UNHCR, 2016, S. 27ff).

Körperliche Beschwerden: Oftmals treten körperliche Beschwerden auf, welche nach Ende des traumatischen Erlebnisses weiterhin bestehen bleiben (zum Beispiel Herzrasen). Jugendliche und Kinder klagen oft über Appetitlosigkeit, Übelkeit Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen und Rückenschmerzen (UNHCR, 2016, S. 27ff).

4.6.3 Schutz- und Risikofaktoren kindlicher Entwicklung

Die meistzitierte und bekannteste Längsschnittstudie, welche sich mit der Balance von Widerstandskraft und Verwundbarkeit und der Wirkung von Schutz- und Risikofaktoren beschäftigt, ist die Kauai-Studie von Werner (1995; zit. n. Zimmer, 2012, S. 32). In dieser Untersuchung wurden alle Kinder, die 1995 auf der Insel Kauai (zu Hawaii gehörend) geboren wurden, über dreißig Jahre in ihrer Entwicklung mitbegleitet. Ein Drittel der Kinder

galt als Risikokinder. Diese waren schon sehr früh mehreren (mindestens vier) Risikofaktoren ausgesetzt, unter anderem: lebensbedrohliche Erkrankungen, Alkoholprobleme der Eltern oder permanente Konflikte. Nach Meinung der Forscher ließe solche Vielzahl an Risikofaktoren mit großer Wahrscheinlichkeit Verhaltens- und Entwicklungsstörungen erwarten. Zwei Drittel der Risikogruppe zeigten tatsächlich in einem Alter von 10 vorausgesagte Anzeichen. Ein Drittel der Risikokinder wuchs allerdings zu selbstbewussten, kompetenten jungen Erwachsenen heran, ohne Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen. Diese Kinder wurden als *unverwüstliche Kinder* bezeichnet – ihnen galt das Hauptinteresse der Untersuchung. Folgende Schutzfaktoren wurden identifiziert, welche den positiven Entwicklungsverlauf der stressresistenten Kinder maßgebend beeinflussten:

- Die Persönlichkeitsmerkmale der Kinder: Diese Kinder zeigten bereits im Kleinkindalter die Tendenz, Probleme alleine zu lösen, Dinge selbstständig zu tun und ein hohes Aktivitätsniveau. Untersucher/Untersucherinnen beschrieben sie als selbstbewusst, fröhlich und aufgeweckt.
- Das soziale Umfeld der Kinder: Diese Kinder verfügten über eine vertrauensvolle und intensive Bindung zu zumindest einem Erwachsenen.

Bei den Schutzfaktoren handelte es sich vordergründlich um, in der frühen Kindheit erworbenen Verhaltensmerkmale und Eigenschaften. Durch die Erziehung kann der Aufbau von Selbstständigkeit, der Umgang mit Problemen und der Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls gestärkt werden. Somit können Erzieher/Erzieherinnen, Lehrer/Lehrerinnen, Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen und Eltern das Kompetenzbewusstsein der Kinder unterstützen. Die Ergebnisse der Studie über Schutz- und Risikofaktoren verdeutlichen, dass die Entwicklung eines Kindes nicht ausschließlich ein Wechselspiel zwischen Umwelt und Anlage darstellt, sondern vielmehr als ein Prozess angesehen werden kann, in dem die Eigenständigkeit und die produktive Verarbeitung der Wirklichkeit des Kindes eine bedeutsame Rolle spielen (Zimmer, 2012, S. 36).

Unter diesen Faktoren gilt es speziell die Schutzfaktoren ins Auge zu fassen, die bewirken, dass Kinder sich trotz ungünstiger und belastender Lebensbedingungen positiv und gesund entwickeln und mit stark belastenden Lebenssituationen umzugehen lernen. Jedem Kind sollten demnach seine Ressourcen und Stärken bewusstgemacht werden, entscheidend ist es, jeweilige Potentiale zu erkennen und zu entfalten. Laut Zimmer (2012) erstrecken sich gesundheitswirksame Ressourcen, welche über die Bewegung und den Körper unterstützt werden, über diese unterschiedlichen Bereiche:

- Stärkung sozialer Ressourcen
- Stärkung physischer Ressourcen

- Stärkung personaler Ressourcen

Die Gesundheitsressourcen im sozialen Bereich beziehen sich darauf, in einer Gruppe von Menschen angenommen und akzeptiert zu werden sowie auf die Unterstützung von Familie und Freunden (Zimmer, 2012, S. 36).

Die physischen Gesundheitsressourcen umfassen unter anderem die Kräftigung der Muskulatur und des Immunsystems sowie die Leistungsfähigkeit des Herzkreislaufsystems und die Stärkung des Bewegungs- und Haltungsapparats (Zimmer, 2012, S. 36).

Die Stärkung personaler Gesundheitsressourcen beinhaltet die Hilfestellung beim Aufbau eines gesunden Selbstkonzeptes, dem Erfahren von Kompetenzbewusstsein und die Vermittlung von Selbstvertrauen (Zimmer, 2012, S. 36).

Psychomotorische Förderung (auf die sich das folgende Kapitel bezieht) zielt im Besonderen auf die Stärkung aller personalen Ressourcen. Zu den personalen Ressourcen zählen Einstellungen des Menschen zu seiner eigenen Person, wie zum Beispiel selbst etwas bewirken zu können und nicht machtlos ausgeliefert zu sein. Zu den wichtigsten personalen Ressourcen gehören laut Hurrelmann (1998):

- Psychische Stabilität
- Positives Selbstbild
- Kompetenzbewusstsein
- Ich-Stärke

Genau diese Ressourcen stellen ein gutes Fundament für eine erfolgversprechende Auseinandersetzung mit internen und externen Belastungsfaktoren dar (Hurrelmann, 1998).

5 Psychomotorik

Voglsinger (2016) zufolge ist Psychomotorik zusammengefasst ein integrativ ganzheitliches Konzept zur Entwicklungsförderung über das Medium Bewegung.

5.1 Ursprung

Konzepte wachsen meist aus einem praxisbezogenen Hintergrund. Das Erkenntnisinteresse des Wissenschaftlers/der Wissenschaftlerin ist primär praxisfeld- und erfahrungsbezogen. Erst in einem weiteren Schritt wird versucht, durch Theoriebezüge eine Stimmigkeit des Verhältnisses zwischen Theorie und Praxis herzustellen und das fachliche Handeln zu rechtfertigen. Ein Konzept durchläuft also eine prozesshafte Entwicklung aus verschiedensten Erfahrungen, Theoremen und Ideen, welche geordnet, zusammengefasst und weiterentwickelt werden (Fischer, 2009, S. 13).

Auch die Psychomotorik hat einen solchen Entwicklungsweg bestritten. Betrachtet man die unterschiedlichen Quellen der Psychomotorik, so erkennt man, dass das psychomotorische Gedankengut einer langen Tradition von sport-, heil- und sonderpädagogischer Vorstellung entspricht, welches über die Relevanz der Bewegung für die Entwicklungsförderung von Kindern handelt. Das ursprüngliche psychomotorische Konzept von Hünnekens und Kiphard vereinigt Elemente der Gymnastikbewegung, der Leibeserziehung, der rhythmische Erziehung und der Sinnes- und Bewegungsschulung und macht diese Komponenten für die Förderung motorisch beeinträchtigter Menschen individuell nutzbar (Fischer, 2009, S. 13).

Kiphard definiert *Psychomotorik* als ganzheitlich-humanistische, kind- und entwicklungsgemäße Art der Bewegungserziehung. Statt einer Produkt- und Leistungsorientiertheit, welche häufig die Bedürfnisse der Kinder nicht ausreichend berücksichtigt, statt einer Defektorientiertheit, welche nur Defizite, Mangel und Störungen sieht, setzt die Psychomotorik Kiphards auf Persönlichkeits- und Erlebnisorientierung. Psychomotorische Förderung ist demnach eine Methodik, die die Identität psychischer und motorischer Prozesse zur Basis erzieherischen Handelns macht (Kiphard, 1983, S. 49).

In der jugend- und kinderpsychiatrischen Klinikpraxis beobachtet Kiphard, dass viele seiner Patienten/Patientinnen Beeinträchtigungen in ihren Bewegungs- und Wahrnehmungsmustern aufweisen und er versucht ihnen die Gelegenheit zu geben, einzelne Entwicklungsprozesse nachzuholen. Theoretische Begründung und praktische Anregung holt er sich aus der Arbeit Itards, Sequins und Montessoris. Diese publizierten bereits Mitte des 19. Jahrhunderts ihre Ideen: dass die Förderung der Bewegung und der Wahrneh-

mung eine bedeutende Rolle für die Erziehung von Kindern spielt. Der französische Arzt Itard entwickelte aus seinen Experimenten mit einem Jungen, der in Wäldern aufwuchs, eine spezielle Erziehungsmethode, bei der die Sinneserziehung im Fokus liegt. Er versucht mit gezielten Übungen die Sinnesfunktionen, die affektiven und intellektuellen Fähigkeiten des scheinbar wilden Kindes zu fördern. Dabei findet er heraus, dass die isolierte Stimulation der Sinne eine positive Wirkung auf die Entwicklung des Kindes hat. Genau dieses Prinzip empfehlen Jahre später auch Montessori und Kiphard. Sequin greift Itards Ideengut auf und erweitert deren Anwendungskonzept: Er nimmt an, dass der Intellekt des Menschen auf der Wahrnehmungsentwicklung aufbaut. Er entwickelt ein System zur Förderung mit speziellen Übungen (zum Beispiel Geschicklichkeitsübungen) und Materialien zur Ausbildung und Schulung von Muskeln, der Sinne und Nerven als Basis der Entwicklung von Wille und Intellekt (Fischer, 2009, S. 14).

„Wenn Sequin als Voraussetzung für eine gezielte Förderung die Analyse der psychologischen und physiologischen Voraussetzung der Kinder fordert, so erkennt er bereits den Wert dessen, was später als Diagnostik beschrieben wird“ (Irmischer, 1993; zit. n. Fischer, 2009, S. 14).

Montessori greift das Gedankengut der beiden Franzosen weiter auf und integriert diese in ihr eigenes Erziehungskonzept. Die Erziehung der Bewegung und der Sinne werden von ihr in den Vordergrund gerückt, dazu entwickelt sie vielfältigste Sinnesmaterialien (zum Beispiel die Tastbretter). Montessori betont stets das Selbstlernen und die Selbsttätigkeit des Kindes, worauf in weiterer Folge auch Kiphard eingeht. Während das Spiel von Montessori noch als unnützer Zeitvertreib abgelehnt wird, hilft es in der angewandten Motologie als bedeutende Tätigkeitsform, Ausdrucksform und therapeutisches Medium (Irmischer, 1993; zit. n. Fischer, 2009, S. 14).

In Deutschland bewirkte die Auseinandersetzung mit den Arbeiten Montessoris das Entstehen der geistig-orthopädischen Übungen (Lesemann, 1972; zit. n. Fischer, 2009, S. 15), welche die Sonderpädagogik bis in die fünfziger Jahre prägten. Lesemann weist der motorischen Förderung schon sehr früh einen großen Stellenwert zu, um ein gezielteres Entgegensteuern physischer Gebrechen sowie Beeinträchtigungen zu erzielen. In der besten Vorsätzlichkeit, die ganzheitliche Persönlichkeit des Kindes zu thematisieren, können diese Ansichten als ein Beweis für die defektologische Auffassung der Heilpädagogik der früheren Zeit und als ein Nachweis für die Parallelen des psychomotorischen Entwurfs der Anfangszeit gesehen werden (Fischer, 2009, S. 15).

Von Anbeginn wird das Entstehen der Psychomotorik stark durch die Rhythmik stark geprägt. Bis heute sind Elemente der Rhythmik nennenswerte Bestandteile psychomotori-

scher Arbeiten. Pfeffer und Schreiblauer versuchen, einfühlsam und phantasievoll mit Hilfe der Rhythmik, die ganzheitliche Entwicklung der Bewegung ihrer beeinträchtigten Kinder zu fördern (Schäfer, 1993; zit. n. Fischer, 2009, S. 15).

Die Bewegungserziehung entwicklungsverzögerter Kinder wurde schließlich um gezielte psychotherapeutische Aspekte bereichert. Charakteristisch für diese therapeutischen Absichten ist es, die individualisierten Zielsetzungen intensiver in den Förderprozess miteinzubeziehen. Auffälligen Kindern soll kein fremdbestimmter Lehrplan übergestülpt werden, um eine Verhaltensregulation zu bewirken. Unruhige, ängstliche und gehemmte Kinder brauchen stattdessen einen behutsamen Weg, welcher die Wertschätzung der Persönlichkeit des Einzelnen in den Vordergrund stellt. Diese Strukturelemente sind heutzutage unter dem Begriff der *konzentrierten Bewegungserziehung* allgegenwärtig und bilden die Wesenszüge des Konzepts der Psychomotorik (Fischer, 2009, S. 16).

Weitere grundlegende Impulse erfährt die Psychomotorik durch die Leibeserziehung. Mester (1952; zit. n. Fischer, 2009, S. 16) hat unter anderem die Entwicklung und die Entstehung der Psychomotorik beeinflusst und als Ziel der Leibesübung die „Erziehung durch Bewegung“ (Fischer, 2009, S. 16) bestimmt.

„Die großen Erfolge der Psychomotorischen Übungsbehandlung und Erziehung in der Förderung beeinträchtigter Kinder, die zu der großen Verbreitung dieser Methode führten, sind sicherlich darauf zurückzuführen, daß sie in besondere Weise die enge Verbindung von Wahrnehmen, Bewegen, Denken und Erleben und in das Zentrum praktischer Arbeit stellte“ (Irmischer, 1993; zit. n. Fischer, 2009, S. 14).

5.2 Psychomotorik als Meisterlehre

Der Terminus *Psychomotorik* ist speziell in Deutschland eng mit dem Namen Kiphard verbunden, welcher oftmals als „Seele“ und „Urvater“ der Psychomotorik bezeichnet wird (Fischer, 2009, S. 16). Alle fundamentalen Grundzüge der Psychomotorik wurden von ihm im Laufe seiner jahrelangen Tätigkeit am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm entwickelt. In Zusammenarbeit mit Hünneken verknüpft er im klinischen Kontext die Zusammenhänge zwischen seelischen Behinderungen, Entwicklungsstörungen und motorischen Retardierungen mit der Anwendung der psychomotorischen Übungsbehandlung. Zu Beginn der konzeptionellen Entwicklung steht in Deutschland in den fünfziger und sechziger Jahren die Praxis und nicht die Theorie (Zimmer, 2012, S. 15f).

Das Sozialministerium Nordrhein-Westfalen gibt in den Jahren 1957 und 1958 einen Forschungsauftrag zur Überprüfung der Effizienz der damaligen Psychomotorischen Übungsbehandlung auf. Die Ergebnisse werden im Jahrbuch der Psychiatrie 1960 veröffentlicht. Im selben Jahr erscheint auch die erste Auflage von Kiphards Buch „Bewegung heilt“ (Fischer, 2009, S. 17), in welchem versucht wird, die Grundzüge der praktischen Arbeiten in systematische Form zu bringen. Festgelegtes Ziel ist, über die Motorik eine Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit und eine leibseelische Harmonisierung der ihm anvertrauten Patienten/Patientinnen zu bewirken. Damit werden Übungen zur Selbstbeherrschung, der Sinnesschulung, Raum-, und Körperwahrnehmung, rhythmisch-musikalischen Schulung, Behutsamkeit und zum Körperausdruck spielerisch in Kleingruppen umgesetzt (Fischer, 2009, S. 17).

In jahrelanger interdisziplinärer Teamarbeit entwickelt Kiphard zusammen mit Hünneken und dem Psychologen Schilling verschiedenste Testverfahren, welche die bisherigen Verfahren erweitern sollten:

- KTK: Körperkoordinations- Test für Kinder
- TKT: Trampolin-Körperkoordinations-Test
- Sensorisches Entwicklungsgitter (Fischer, 2009, S. 18)

Ein diagnostisches Fundament ist für eine interdisziplinäre Anerkennung wesentlich, welches sich im Laufe der Differenzierung des Fachgebiets weiter zu einem motodiagnostischen umfassenden Konzept entwickelt. Die psychomotorische Übungsbehandlung unter Kiphard bleibt dennoch bekannt – als Leitbild der praxeologisch orientierten Entwicklungslinie der Psychomotorik. Eine systematische Zuordnung zu Therapie oder Pädagogik ist nicht eindeutig erkennbar, vielmehr soll mit Hilfe einer darstellenden und spielerischen Methodik Hilfe zur Selbsterziehung bereitgestellt werden. In Kiphards Werken spiegeln sich in seinen Werken die paradigmatischen Entwicklungen der Psychomotorik wider. Ausgehend von einer psychiatrisch-medizinischen Sichtweise hat er sich im Laufe der Zeit einem ganzheitlichen Paradigma verstärkt verschrieben. Dabei beruft er sich vor allem auf die Rhythmikerziehung und auf die Reformpädagogik. Insgesamt ist Kiphards Meisterlehre hauptsächlich als praxeologisches Konzept aufzufassen, da das Selbstverständnis nur wenig aus theoretischen Begründungen und vielmehr aus den Praxiszusammenhängen gewonnen wird (Fischer, 2009, S. 18). Im Grundentwurf seines Ansatzes bleibt sich Kiphard lebenslang treu. Betrachtend der persönlichen Rückblicke der letzten Lebensjahre Kiphards ist zu erkennen, dass „Bewegung und Spiel als kindgerechte Elemente pädagogisch-therapeutischer Interventionen verbunden mit einem Schuss Freude, Humor und Clownerie immer ihre Wirkkraft entfalten“ (Fischer, 2009, S. 19). Gerade in Zeiten der Verknappung des kindlichen Spielverhaltens müssen freudvolle Aktivitäten als Bereiche-

rung des Lebens bereitgestellt werden. Demnach weisen Kiphards Lebenswerke Zukunftsperspektive auf (Fischer, 2009, S. 19).

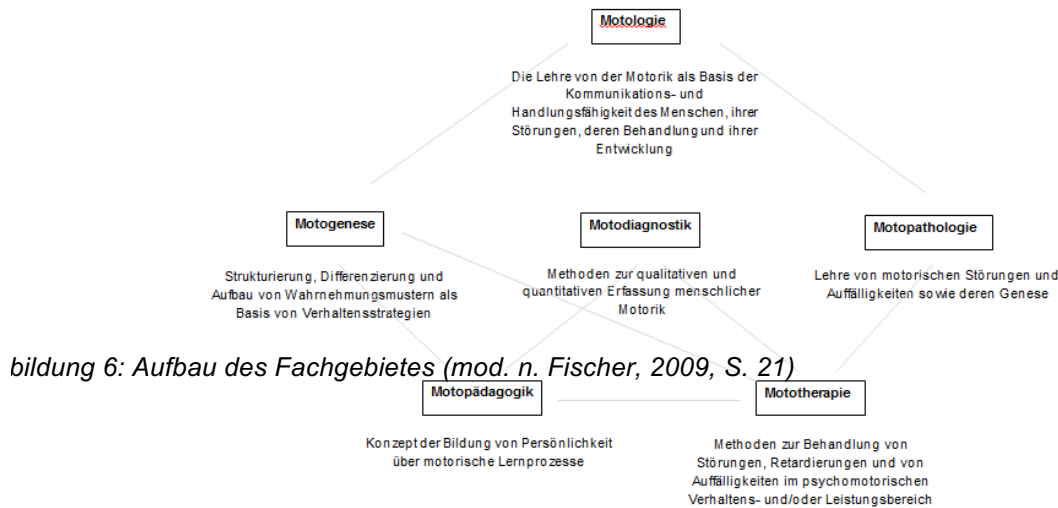
5.3 Psychomotorik als Wissenschaftsdiziplin

In der Anfangszeit ist die Verwissenschaftlichung von Kiphards Meisterlehre an die Etablierung des Aktionskreises Psychomotorik gebunden, welcher 1976 als Verein in Hamm gegründet wurde. Die Bezeichnung Psychomotorik unterstreicht – innerhalb der Motorik des Menschen – den Zusammenhang von Erleben, Wahrnehmen, Handeln und Erfahren. Der Gegenstandsbereich ist damit als Ausdruck der Persönlichkeit des einzelnen Menschen programmatisch gesichert und als interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft aus Disziplinen wie Medizin, Pädagogik und Psychologie ausgewiesen (Zimmer, 2012, S. 14f).

Der Vereinsgründung vorausgegangen ist eine gesteigerte Aufmerksamkeit gegenüber den Erfolgen und Themen der psychomotorischen Arbeit. Das erste Internationale-Motorik-Symposium findet 1968 in Hamm auf Initiative von Kiphard statt. Weitere Symposien entfachen weiter nationales und internationales Interesse. Die Kongressberichte werden in mehrere Sprachen übersetzt und so zu Anknüpfungspunkten interdisziplinärer Fachgespräche (Fischer, 2009, S. 19).

Das Wissenschaftsgebiet der Motologie befasst sich mit der „Lehre von der Motorik als Grundlage der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Menschen, ihrer Entwicklung, ihrer Störungen und deren Behandlung“ (Schilling, 1981; zit. n. Zimmer, 2012, S. 19).

Es unterteilt sich in die Bereiche der Mototherapie, der Motodiagnostik und der Motogenese sowie in der Umsetzung von Fördermaßnahmen in Mototherapie und Motopädagogik. Folgende Abbildung soll einen groben Überblick über das Grundgerüst der Motologie geben.



bildung 6: Aufbau des Fachgebietes (mod. n. Fischer, 2009, S. 21)

Mototherapie und Motopädagogik formen die angewandte Motologie und umfassen die abgeleiteten Methoden und Ziele der Grunddisziplin zur Persönlichkeitstherapie und -bildung über die Bewegung. Die Erkenntnisse über die menschliche Entwicklung (=Motogenese) mithilfe diagnostischer Ableitungen und Maßnahmen aus Theorien (=Motodiagnostik) ist für motopädagogisches Handeln essentiell (Fischer, 2009, S. 22).

5.3.1 Menschenbild der Psychomotorik

Jedem praktischen Handeln und jedem theoretischen Konzept liegt ein spezielles Menschenbild zugrunde. Hierbei handelt es sich um Ansichten über das menschliche Wesen, welche aus naturwissenschaftlicher oder auch philosophischer Überzeugung abgeleitet werden. Die Psychomotorik fühlt sich einem Bild des Menschen, so wie es in der humanistischen Psychologie aufgefasst wird, verpflichtet. Laut Zimmer (2012) können die Grundgedanken folgendermaßen beschrieben werden:

- Soziale Interpendenz und Autonomie:

Jeder Mensch ist zu Beginn seines Lebens in sehr hohem Maße von seiner gesamten Umwelt abhängig, mit stetiger Beherrschung seines Körpers will er jedoch zunehmend nach Unabhängigkeit streben. Die Entwicklung eines aktiven Selbst ermöglicht es, selbst zunehmend in die persönliche Entwicklung einzugreifen und die Verantwortung für sein eigenes Leben zu übernehmen. Autonomie muss immer in Verbindung mit der sozialen Interpendenz gesehen werden, da der Mensch immer in eine soziale Gemeinschaft, den Freundeskreis, die Familie eingebunden sind und nur in einem Austausch mit ihr kann eine Entwicklung der autonomen Persönlichkeit stattfinden (Zimmer, 2012, S. 26).

- Selbstverwirklichung:

Der Mensch wird als ein unternehmungslustiges, lebendiges und aktives Wesen betrachtet. Dieser hat das Bedürfnis, nach Wissen zu streben, seine schöpferischen Fertigkeiten und Fähigkeiten zu entfalten und seine Umwelt zu erkunden (Zimmer, 2012, S. 26).

- Sinn- und Zielorientierung:

Der Mensch strebt nach Bedürfnisbefriedigung, nach Selbsterhaltung und nach einem erfüllten sowie sinnvollen Dasein. Vorausgesetzt wird hierbei, dass alle elementaren Bedürfnisse nach Liebe und Sicherheit befriedigt sind (Zimmer, 2012, S. 26).

- Ganzheit:

Der Mensch wird ganzheitlich betrachtet. Kognitive, soziale, emotionale, somatische und psychische Teilprozesse stehen miteinander in Wechselwirkung. An jeder noch so kleinen Handlung ist immer der gesamte Mensch beteiligt. Seele und Leib, Vernunft und Gefühl werden als eine Einheit betrachtet. Aus humanistischem Blickwinkel ist der Mensch ein psychisches, soziales, handelndes und biologisches Wesen (Zimmer, 2012, S. 27).

Das Kind wird in der Psychomotorik als handelndes Subjekt gesehen, welches in bestimmtem Ausmaß und Situationen für sich selbst Entscheidungen fällen sowie Verantwortung übernehmen kann. All seine Entscheidungen werden vom Erwachsenen respektiert und ernst genommen. Damit wird eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Handeln nicht nur zu einem Ziel, das am Ende einer positiv verlaufenden Förderung steht, sondern es wird zugleich bereits Methode der Förderung. Im Zentrum steht die Fragestellung, wie der Erwachsene dem Kind helfen kann, so dass es sich entsprechend seiner Möglichkeiten mit seinen vorhandenen Problemen gut zurechtfinden, seine Handlungskompetenzen ausbauen und diese richtig anwenden kann. Die Befähigung zum (in hohen Maße) eigenständigen Handeln sowohl auf motorischer als auch auf kognitiver und sozial-emotionaler Ebene, tritt hier an die Stelle einer Behandlung. Ein Anliegen der Psychomotorik ist es, das Kind zu stärken, seine Ressourcen aufzudecken und seine Potentiale zu entfalten (Zimmer, 2012, S. 30).

5.3.2 Ansätze der Psychomotorik

In der Psychomotorik haben sich mit der Verbreitung des psychomotorischen Gedankenguts nicht nur die diversen Einsatzbereiche erweitert, sondern sich auch verschiedene konzeptionelle Ansätze herausdifferenziert. Diese verschreiben sich zwar allesamt einer ganzheitlichen Bewegungsförderung von Kindern (zumeist mit speziellen Bedürfnissen

und Entwicklungsbeeinträchtigungen), verfolgen jedoch im Einzelnen doch unterschiedliche handlungsleitende Konzepte (Zimmer, 2012, S. 38).

Im Folgenden werden nun zwei psychomotorische Richtungen detaillierter vorgestellt, welche für die Arbeit mit traumatisierten Kindern von entscheidender Bedeutung sind. Im Anschluss daran werden weitere Ansätze der Motologie zusammengefasst und deren Konsequenzen für die psychomotorische Praxis diskutiert (Zimmer, 2012, S. 38).

5.3.2.1 Der verstehende Ansatz

Der verstehende Ansatz hat einige Väter/Mütter, wird aber im Wesentlichen von Seewald konturiert. Dieser wurde von ihm speziell im erklärenden Ansatz von Schilling „als Antithese zum vorherrschenden empirisch-analytischen Denken“ (Seewald, 2004; zit. n. Fischer, 2009; S. 230) konzipiert. Die naturwissenschaftliche Auffassung von Persönlichkeit und Bewegung wird dabei von Seewald kritisiert, da diese Sichtweise die subjektive Bedeutung und den subjektiven Sinn für jeden Einzelnen nicht erschließen kann. So komme es, laut Seewald, zu einer Entsubjektivierung, einer Verallgemeinerung und damit letzten Endes zu einer Trennung zwischen Praxis und Theorie (Fischer, 2009, S. 231).

Das Menschenbild welches dem verstehenden Ansatz zugrunde liegt, rückt das Verstehenwollen und die Sinnfindung in das Zentrum des Menschseins. Der Ansatz versucht, den Menschen in seiner individuellen Einzigartigkeit zu erfassen und versteht ihn als Sinnproduzenten. Die Sinnfindung erfolgt durch Bewegung und über den Leib, vollzieht sich in der Entwicklung von Geschichten und Spielen und ist von zwischenmenschlichen Beziehungen abhängig. Es wird versucht Geschichten, Spielversuche und Bewegungen zu verstehen. Hierbei wird zwischen dem Verstehen als wissenschaftliche und dem Verstehen als menschliche Fähigkeit unterschieden. Im wissenschaftlichen Sinne bedeutet dies, auf Theorien zurückzugreifen und methodisch zu reflektieren (Fischer, 2009, S. 231). Der Sinn kann methodisch auf drei unterschiedlichen Ebenen verstanden werden:

- Phänomenologisches Verstehen: Dieses Verstehen umfasst das Subjektive im Handeln der Kinder, wie zum Beispiel Körperhaltung, Ausdruck und Ausstrahlung (leibliche Wahrnehmung); Verstehen im implizierten Sinn
- Hermeneutisches Verstehen: Dieses Verstehen betrachtet zum Beispiel das objektiv erfassbare Handeln des Kindes; Verstehen im expliziten Sinn
- Tiefenhermeneutisches Verstehen: Dieses Verstehen ist das Verstehen des scheinbaren Unsinnns oder des verdrehten Sinns: Zum Beispiel sucht ein Kind nach Anerkennung und Liebe, verhält sich jedoch gegensätzlich, so dass es Ablehnung erfährt (Fischer, 2009, S. 231)

Verstehen ist ein Prozess der ausschließlich zwischenmenschlich verläuft, der notwendig subjektiv und aus diesem Grund schwer überprüfbar ist. Gelingt es jedoch einem Erwachsenen, die Botschaft und das Kind in seinem Verhaltens- und Lebenszusammenhang zu verstehen, so können Wege gefunden werden, um Schwierigkeiten zusammen mit dem Kind aufzuarbeiten (Zimmer, 2012, S. 47).

Abschließend ist zu erwähnen, dass für die Verwendung des verstehenden Ansatzes spezielle psychotherapeutische Qualifikationen ratsam sind (Fischer, 2009, S. 234).

5.3.2.2 Der kindzentrierte Ansatz

Bei der kindzentrierten psychomotorischen Förderung werden Spiel und Bewegung als wichtige Medien angesehen, mit deren Hilfe Zugang zu betroffenen Kindern und Jugendlichen gesucht wird und durch welche die Betroffenen eine positive Einschätzung ihrer eigenen Person erlangen. Psychomotorische Förderung wird dabei im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe aufgefasst (Zimmer, 2012, S. 44).

Der Fokus liegt hier nicht auf der Verbesserung der motorischen Funktionen und auf einem Abbau von Beeinträchtigungen in der Bewegung, sondern auf einer Veränderung der Selbstwahrnehmung jedes einzelnen Kindes. Mithilfe der Stärkung des Selbstwertgefühls soll es dem Kind gelingen, bei der Arbeit an seinen Schwächen mitzuhelfen und da einige Beeinträchtigungen nicht gänzlich aufzuheben sind, zu lernen, angemessen mit ihnen umgehen zu lernen. Der Erwachsene begleitet die Kinder auf diesem Weg, bringt ihnen seine Wertschätzung gegenüber und kommentiert ihre Handlungen so, dass die Verstärkung von der Sache an sich ausgeht, anstatt von Bewertung und Lob (Zimmer, 2012, S. 44).

In einem kindzentrierten Vorgehen stellen Bewegungs- und Körpererfahrung entscheidende Medien der Aneignung der Realität dar, daher werden sie auch als Basis der Identitätsentwicklung des Kindes gesehen. Dementsprechend besteht eine wesentliche Aufgabe psychomotorischer Förderung darin, ein positives Selbstkonzept aufzubauen. Dem Interaktionsgeschehen zwischen dem Erwachsenen und dem Kind wird dabei besondere Beachtung geschenkt (Zimmer, 2012, S. 45).

5.3.2.3 Weitere konzeptionelle Ansätze

Der allgemeinen Einteilung der psychomotorisch-motologischen Ansätze Seewalds folgend, kann außerdem zwischen dem kompetenztheoretischen, dem neuropsychologi-

schen Ansatz sowie der systematischen Ansätze differenziert werden (Seewald, 2010). Die nachstehende Abbildung fasst die wichtigsten Aspekte der einzelnen Ansätze in Bezug auf die Auseinandersetzung mit traumatisierten Kindern zusammen.



Abbildung 7: Psychomotorik mit traumatisierten Kindern (mod. n. Schüürmann, 2013, S. 67)

Das verflochtene psychophysische Problemspektrum kann von keinem der einzelnen Ansätze in seiner Ganzheit abgedeckt werden. Dennoch kann in Bezug auf das erschütterte Selbst- und Weltverständnis sowie bezogen auf die unterschiedlichen Symptomcluster (vegetative Übererregtheit, Wiedererleben und Vermeidungsverhalten) der einzelnen Ansätze beachtlicher Erfolg bei der Steigerung der biopsychosozialen Lebensqualität erzielt werden (Schüürmann, 2013, S. 66).

5.3.3 Die psychosoziale Entwicklung nach Erikson

In Bezug auf die Arbeit mit dem Kind ist es unabdingbar, sich mit dem Entwicklungsverlauf des Kindes zu beschäftigen. Erikson (1995) beschreibt die Entwicklung des Menschen als Persönlichkeitsentwicklung mit dem Endziel des Aufbaues der persönlichen Identität. Während der freudsche Ansatz seinen Fokus auf die Beschreibung der psychosexuellen Faktoren der Entwicklung des Kindes legt, spielen in den Erklärungen Eriksons soziale Systeme und Bezugspersonen eine ebenso große Rolle, immer wieder wird die Bedeutung der Interaktion zwischen Umwelt und dem Kind für die Persönlichkeitsentwicklung betont (Fischer, 2009, S. 151). Erikson meint, dass sich die gesamte Entwicklung nach einem Plan universal gültiger Entwicklungskrisen und –stufen erstreckt. Diese sind geprägt durch phasenspezifische Auseinandersetzungen, die zum einen durch veränderte Ansprüche des sozialen Umfeldes, zum anderen durch die erweiterten Fähigkeiten und die damit einhergehenden Wünsche und Bedürfnisse des Individuums charakterisiert sind. Jeder einzelne psychische Konflikt wird durch zwei Gegenpole definiert, welche untereinander in Konkurrenz stehen:

- Vertrauen versus Missvertrauen (1. Lebensjahr)
- Autonomie versus Scham und Zweifel (2.-3. Lebensjahr)
- Initiative versus Schuldgefühle (4.-5. Lebensjahr)
- Werksinn versus Minderwertigkeit (6.-12. Lebensjahr)
- Identität versus Identitätsdiffusion (13.-18. Lebensjahr)
- Intimität versus Isolierung
- Generativität versus Stagnierung
- Integrität versus Verzweiflung und Ekel (Erikson, 1995)

Eine angemessene Bewältigung von Krisen besteht in der Balance solch gegenteiliger Anforderungen und wird als Entwicklungsaufgabe angesehen. Bleiben diese unerledigt, wird damit der weitere Entwicklungsverlauf belastet. Erikson geht jedoch davon aus, dass ungelöste psychosoziale Konflikte in nachfolgenden Lebensphasen aufgearbeitet werden können. Genau hier kann psychomotorische Förderung ansetzen. Es gilt, Themen oder Inhalte zu finden, deren Bewältigung beim Kind auch eine identitätsfördernde Funktion aufweisen (Fischer, 2009, S. 153).

6 Aufeinander zubewegen

Dieses Kapitel beschreibt unter dem Titel *Aufeinander zubewegen* zunächst den engen Zusammenhang zwischen Trauma, Körper und Bewegung und zeigt anschließend die Wichtigkeit des Zusammenwirkens unterschiedlichster Fachdisziplinen auf. Die Behandlung einer Traumafolgestörung kann nie im Alleingang geschehen, sie benötigt immer ein Aufeinander zubewegen verschiedenster Fachrichtungen, Ansätze, Methoden etc.

Die folgenden Absätze beschäftigen sich mit der aktuellen Literatur zum Thema Psychomotorik und Traumaarbeit bei Flüchtlingskindern. In diesem Kontext soll es gelingen, eine Antwort auf die erste Forschungsfrage „Ist die angewandte Motologie und Psychomotorik für die Arbeit mit traumatisierten Kindern förderlich?“ zu finden. Damit einhergehend kann auch geklärt werden, welche Rolle Psychomotorik im Behandlungsprozess einnimmt.

6.1 Trauma, Körper und Bewegung im Zusammenhang

Körper und Trauma stehen in enger Wechselwirkung zueinander. Für die Traumaarbeit ist es daher wichtig den Körper in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen. Prägende Reaktionen sind im Körper fest verankert, aus diesem Grund scheint es sogar unumgänglich, körperorientiert zu arbeiten. Van der Kolk (2016; zit. n. Haas, 2017) beschreibt: „Eine wirkliche Veränderung findet nur statt, wenn der Körper lernt, dass die Gefahr vorüber ist“.

Haas (2017) zur Folge nennen Traumabetroffene folgende Zusammenhänge zwischen Körper und Trauma:

- Verspannungen, Bewegungseinschränkung, steife Körperhaltung, chronische Schmerzen
- Erhöhte Blutwerte, Magen-Darm-Probleme
- Hypo-/Hyperarousal
- Essstörung
- Selbstschädigendes Verhalten
- Mangel an interozeptivem Gewahrsein (sich nicht spüren können)
- Kraftlosigkeit, Schlafstörungen, körperliche Erschöpfung
- Schmerzhafter Geschlechtsverkehr, Beeinträchtigung in der Sexualität
- Körperphobie, Körperhass, sich an speziellen Stellen nicht anfassen können
- Dissoziative Anfälle, dissoziative Bewegungsstörungen (Haas, 2017)

Diese ersichtlichen Zusammenhänge machen deutlich, warum die Körperdimension bei seelischer Traumatisierung in die Behandlung mitaufgenommen wird und immer häufiger

ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerät. Auch Aichinger untermauert dies in seinem Artikel: „Der Körper eines traumatisierten Kindes ist ein implizierter Speicher der traumatischen Erfahrung und lässt als Diagnostikum viel über das Kind und seine Erfahrungen erfahren“ (Aichinger, 2008, S. 65). Der Körper fungiert unter anderem auch als enorme Ressourcenquelle, da er als Sprachrohr des Körpers weiterhelfen kann, wenn die verbale Sprache nicht ausreicht beziehungsweise versagt. Aichinger äußert sich entsprechend folgend: „Und je weniger sie die Sprache als Ausdrucksmittel zur Verfügung haben, desto beredter sind ihr Leib, ihre Körpersprache und ihre ganzkörperlichen Inszenierungen“ (Aichinger, 2008, S. 65).

Im Körper liegt entwicklungspsychologisch betrachtet der „Kern des Selbst“, dadurch erfährt er als entwicklungsfördernde Maßnahme bedeutungsvolle Relevanz (Opitz-Gertz, 2008; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 66). In Fällen in denen der Körper der Ort des Traumas ist, wurde die Körperlichkeit oft drastisch gekränkt. Daher muss der Körper im Falle eines psychophysischen Ereignisses als Basis des individuellen Seins immer in Förderung und Therapie berücksichtigt werden (Eckert, 2008, S. 20).

Die an traumatische Erfahrungen gebundenen Emotionen können sich durch Körperstrategien im Ausdruck des Kinderkörpers manifestieren (zum Beispiel: Körperhaltung, Atemmuster und erhöhter Muskeltonus). Alle gemachten Erfahrungen sind stets gegenwärtig und nehmen Einfluss auf das Sein, Denken, Handeln und Fühlen des Kindes (Pacholek, 2006; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 66). Die Betonung der Körperlichkeit umfasst nicht nur Schutz und das Gefühl des *Wieder-Wohlfühlens*, sondern auch eine Abgrenzung des Körpers im Sinne eines klar abgegrenzten Raumes. Damit soll es gelingen, sich das Trauma „vom Leib zu halten“ (Schüürmann, 2013, S. 66).

Überdies erschließt das Kind die Welt über seine Bewegung und seinen Körper. Damit bilden sich die Identität des Kindes und genau diese Identität ist bei traumatisierten Kindern vermehrt instabil (Fischer, 2009, S. 58).

Seewald (1997) nennt in seinem Werk zum Verstehenden Ansatz Bewegung als „Mittler zu Welt“, als bedeutsame Art der Weltzuwendung. Schüürmann führt hierzu an: „in und durch Bewegung leiben wir uns die Welt ein“ (Schüürmann, 2013, S. 66). Damit kann die Bewegung zu den menschlichen Existenzialen gezählt werden und ist somit mehr als nur ein einfaches Medium – vielmehr *sind* wir unsere Bewegungen (Seewald, 2007, S. 32; Seewald, 1997, S. 9).

Nicht nur in der Spieltherapie, sondern auch in der Förderung traumatisierter Kinder insgesamt, kommt dem Spiel und seiner entwicklungsfördernden und seiner heilsamen Wirkung besondere Wertigkeit zu. Die Option des Aufbaus eines intermediären Raumes, die

Konstruktion einer erweiterten Realität, das Erlebnis, konstruktiver Mitgestalter zu sein und die Möglichkeit des Be-, Ver- und Durcharbeitens traumatischer Kontexte, unterschiedlichster Beziehungs- und Entwicklungsthemen und spezifischer Probleme im geschützten Rahmen, beinhalten enormes Potential – für Menschen im Allgemeinen und insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Kindern (Schüürmann, 2013, S. 66).

Die Bewegung, der Körper und damit einhergehend auch das kindliche Spiel als fundamentale Bestandteile der angewandten Motologie umfassen somit immense Möglichkeiten für eine entwicklungsunterstützende Begleitung traumatisierter Flüchtlingskinder. Die erste Forschungsfrage „Ist die angewandte Motologie und Psychomotorik für die Arbeit mit traumatisierten Kindern förderlich?“, kann somit mit einem klaren „ja, sie ist förderlich“ beantwortet werden. Spezielle psychomotorische Praxisbausteine, Methoden und Beispiele werden in später Folge (siehe auch Kapitel 7.) genauer betrachtet.

6.2 Das Stufenmodell

Wie bereits in Kapitel 4.3 kurz erwähnt, setzt sich die Behandlung akuter Traumafolgestörungen aus drei sich aufbauenden Schritten zusammen:

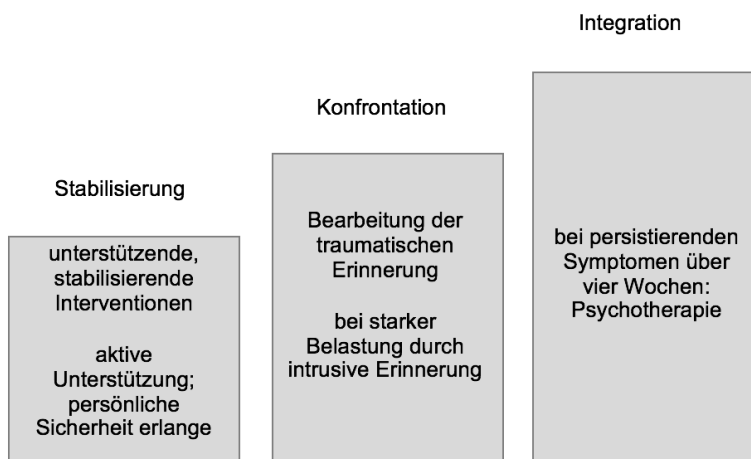


Abbildung 8: Behandlung bei akuter Traumafolgestörung (mod. n. van der Kolk, 2016; zit. n. Haas, 2017, S. 5)

Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung sollten ihre Arbeit ausschließlich auf der Stufe der Stabilisierung ansetzen. Diese Stufe wird im folgenden Kapitel genauer beschrieben.

6.2.1 Stabilisation

Während Therapeuten/Therapeutinnen und Psychologen/Psychologinnen ihr Wissen über Psychotraumata und deren Folgeerscheinungen aufgrund neuer Kenntnisse in der Forschung ausbauen konnten, stellen andere Fachkräfte in den letzten Jahren fest, dass sie sich im Umgang mit traumatisierten Kindern und den damit einhergehenden Herausforderungen nicht ausreichend vorbereitet beziehungsweise ausgebildet fühlen. Auch Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen kennen das Gefühl der Überforderung in diesem Zusammenhang (UNHCR, 2016, S. 33).

Der Bedarf an therapeutischer Begleitung für Flüchtlingskinder aus Krisen- und Kriegsgebieten ist so hoch wie nie zuvor, doch Therapieplätze wurden bislang noch nicht in ausreichender Anzahl geschaffen (UNHCR, 2016, S. 33).

Während das Ziel der Traumatherapie ist, traumatisierte Personen bei der erneuerten Erlangung ihrer inneren Stabilität zu helfen (durch die Entwicklung und Entdeckung von Ressourcen) und, sobald diese innere Stabilität annähernd erlangt wurde, die traumatisierenden Erlebnisse Schritt für Schritt zu bearbeiten, sollte eine psychomotorische Förderung neben der physischen und psychischen Stabilisierung der Jugendlichen und Kinder, eine gemeinsame Suche nach erarbeiteten Bewältigungsstrategien und Ressourcen (Schutzfaktoren etc.) sein, ohne sich der traumatischen Situation, dem Trauma an sich zuzuwenden. Dabei bedient sie sich zum Beispiel pädagogischer Methoden und bezieht sich auf die Kenntnisse ihrer Nachbardisziplinen, zum Beispiel der Soziologie, der (Entwicklungs-) Psychologie und der Neurobiologie (UNHCR, 2016, S. 33).

Die Psychomotorik schafft im Bereich der Stabilisierung einen wichtigen Grundstein für jede weitere Behandlung der Traumafolgestörung. Die beschriebene Stabilisation vollzieht sich immer auf zwei Ebenen. Einerseits hilft die Psychomotorik bei der Entwicklung von Strategien, also beim Erlangen von Kontrolle (Möglichkeiten zur Selbstberuhigung etc.), andererseits unterstützt sie bei Techniken der Distanzierung von traumatischen Erinnerungsinhalt, also der Vermeidung von Kontrollverlust. Nachstehende Abbildung beschreibt diese zwei Ebenen (Haas, 2017).

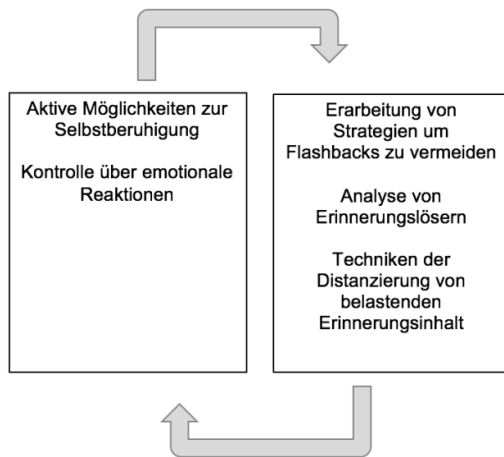


Abbildung 9: Stabilisation (mod. n. Haas, 2017, S. 7)

Bewegungs- und körperzentrierte psychomotorische praktische Intentionen beinhalten stets die Gefahr, sich als Auslöser psychischer Reaktionen zu entwickeln – sogenannte *Triggerreize*: wie zum Beispiel schneller Herzschlag oder erhöhte Atemfrequenz. Eine sorgfältige Beobachtung des Kindes samt seinen Reaktionen ist aus diesem Grund unabdingbar. Während der Fördereinheit muss der Psychomotoriker/die Psychomotorikerin die Kinder stets im Auge behalten. Sinnliche Reize können zu jeder Zeit das limbische System anregen und eine belastende Erinnerung auslösen. Diese Flashbacks bedeuten einen unbeeinflussbaren Kontrollverlust für die Kinder. Wiederholungen von Flashbacks sollen daher unbedingt vermieden werden. Gemeinsam mit den Kindern werden Strategien entwickelt, die bei einem erhöhten Erregungsniveau Kontrolle hervorrufen und Kontrollverluste vermeiden (Haas, 2017).

Nach einem erlebten Trauma nimmt dieser erhöhte Erregungszustand oft nicht ab. Haben die Kinder zu wenig oder gar keine Unterstützung, können sie die einzelnen Traumata nicht verarbeiten, und die Zustände der Spannung verfestigen sich weiter. Das psychische und physische Leid wird chronisch. Um Betroffenen zu helfen, stehen dem Psychomotoriker/der Psychomotorikerin verschiedenste Methoden zur Verfügung (siehe auch Kapitel 7.). Hierzu gehören unter anderem viel Zuspruch und Lob, Entspannungsübungen, Achtsamkeitsübungen, Koordinationsübungen, das Erlangen zwischenmenschlicher Fähigkeiten und die Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen. Diese Entwicklung der inneren Sicherheit stabilisiert und fördert die Schutzfaktoren der Kinder. (UNHCR, 2016, S. 81)

Das Gefühl von Sicherheit lässt sich zum Beispiel durch die Entdeckung sogenannter Safe Places (sichere Orte) und durch innere Helfer (Kinder brauchen verstärkt reale Hel-

fer) gut vermitteln. Metallisierungen können gezielt eingesetzt werden, um das Gefühl von Sicherheit weiter auszubauen: „Jetzt ist alles in Ordnung, jetzt bist du in Sicherheit“.

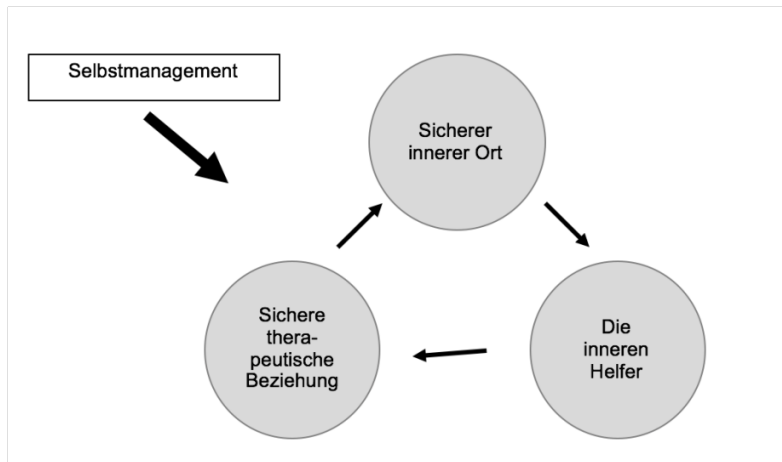


Abbildung 10: Stabilisation (mod. n. Sachsse, 2004; zit. n. Haas, 2017, S. 7)

Dennoch kann es vorkommen, dass ein Kind plötzlich eines der beschriebenen Symptome (siehe Kapitel 7.) zeigt. Zum Beispiel beginnt das Kind sich selbst wehzutun oder ist wie weggetreten. Folgende Maßnahmen können helfen, Betroffene wieder zurück in die Gegenwart zu holen:

- Augenkontakt halten
- Ruhe bewahren
- Kind mit dem Namen ansprechen
- Berührungen ankündigen
- Sinnesreize setzen (klatschen, pfeifen etc.)
- Reorientieren: Namen des Kindes, du bist in Österreich, du hast gerade Psychomotrik, heute ist Freitag, der 20. Oktober 2017 (UNHCR, 2016, S. 29).

Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen sind jedoch nicht mit Therapeuten/Therapeutinnen gleichzusetzen. Sie können den Kindern Geduld und Wertschätzung entgegenbringen, ihre Fördereinheit auf die Arbeit mit Flüchtlingen abstimmen, Räumlichkeiten freundlich gestalten etc. Die Heilung der Betroffenen obliegt ihnen jedoch nicht, dies wäre nur in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen in Orientierung an die Traumatherapiephasen möglich.

6.2.2 Konfrontation

Die Konfrontation mit dem Trauma sollte ausschließlich von ausgebildeten Fachkräften mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation durchgeführt werden. Psychomotorikern/Psychomotorikerinnen ohne dieses spezifische Fachwissen ist dringend davon abzuraten. Haben sie jedoch diese Qualifikation, eignet sich die Psychomotorik in der Therapie ebenso wie in der Förderung.

In dieser Phase wird gezielt versucht, sich an das erlebte Trauma zurückzuerinnern. Dieses Wiedererinnern findet über Tonbandaufzeichnungen, Erzählungen etc. statt und soll den Betroffenen zeigen, dass die Gefahr, diese Situation vorbei ist.

Das Ziel der Therapie besteht darin, die kindlichen Verarbeitungsmechanismen zu potenzieren und das Kind dabei zu unterstützen, seine phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben zu meistern (Fischer & Riedesser, 2009; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 65).

In Anbetracht psychomotorischer Interventionen lassen sich zunächst einige Grundprinzipien hervorheben, welche entscheidenden Einfluss auf die Erfolgsergebnisse der Therapiemöglichkeiten haben (Schüürmann, 2013, S. 65).

Eine große Bedeutung hat zudem die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes, insbesondere der Eltern und sollte daher, wenn möglich, Teil des Therapieplanes sein. Folgende Auflistung zeigt einen Überblick über bereits anerkannte traumaspezifische Therapieverfahren aus unterschiedlichsten Fachkreisen (Schüürmann, 2013, S. 65).

- Pharmakotherapie
- Kognitiv- verhaltenstherapeutische Verfahren
 - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
 - Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET)
 - Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche (T-KVT)
- Körper- und bewegungstherapeutisch orientierte Verfahren
 - Körpertherapeutisch orientierte Traumatherapie (Somatic Trauma Therapie, STT)
 - Somatic Experiencing (SE)
 - Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie
- Psychodynamische Verfahren
 - Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ)
 - Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT_KID)
 - Traumazentrierte Spieltherapie (Schüürmann, 2013, S. 65)

„Die Integration körperorientierter Verfahren wird in Zukunft sicher auch bei Kindern [...] noch mehr Raum einnehmen, da diese die körperliche Dimension des Leidens auch dann gezielter integrieren, wenn nicht der Körper primär beschädigt wurde“ (Krüger, 2008; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 66).

6.2.3 Inklusion

In der Wiederanknüpfungsphase wird das traumatische Ereignis und das Anerkennen der Verletzung als Teil der Weltsicht akzeptiert und schlussendlich in die eigene Biografie integriert. Nun soll, was geschehen ist und was gewünscht wird, nebeneinanderstehen können. Zu beachten ist hierbei, dass die Auseinandersetzung mit Scham, zum Opfer gemacht worden zu sein, immer mit einer Arbeit an Wut und Trauer verbunden ist. Gefühle der Isoliertheit, der Unverbundenheit und der Sinnlosigkeit können immer wieder in den Vordergrund treten (Haas, 2017).

Das Zusammenwirken unterschiedlichster Fachrichtungen, Professionen und Theorien und vorwiegend der Einbezug der Bewegungs- und Körperdimension stellt voraussichtlich die aussichtsreichste Versorgung dar und wird künftig zu einer integrativen Ausrichtung in der sachgemäßen Begleitung traumatisierter Jugendlicher und Kinder führen (Maercker, 2008, S. 246f).

Neben dem ganzheitlichen Menschenbild und der interdisziplinären Ausrichtung von Therapie und Betreuung wird, ungebunden an das eingesetzte Verfahren, weitgehend phasenorientiert gearbeitet. Dies umfasst Elemente der Integration, der Stabilisierung und der Beschaffenheit der Traumbearbeitung (Schüürmann, 2013, S. 65).

6.3 Movi Kune Projekt

Das Thema Flüchtlingshilfe scheint in der Psychomotorik immer bedeutender zu werden. Momentan entstehen immer neue Projekte, die Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten helfen sollen, Anschlüsse in unserer westlichen Gesellschaft zu knüpfen. Folgend wird beispielhaft ein Projekt vorgestellt.

Bei dem Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ handelt es sich um eine klinische Forschung mit bewegungstherapeutischer Praxis für Folter- und Kriegsüberlebende. Das Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende Hemayat (arabisch: Schutz, Betreuung) führt in Zusammenarbeit mit der Abteilung Sportpsychologie der Universität Wien

seit 2013 bewegungstherapeutische Programme durch, welche mit qualitativen Methoden erforscht werden (Ley et al., 2014, S. 71).

Mit Hilfe von salutogenen Anteilen wird eine Stigmatisierung als *krank* umgangen und die Ressourcen der einzelnen Personen damit in den Mittelpunkt gerückt. Da die Folgen und die Bedingungen von Traumafolgestörungen großteils im psychosozialen Bereich liegen (physiologische und genetische Bedingungen werden dabei nicht ignoriert), würde eine rein physiologisch ausgelegte Trainingstherapie einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen nicht gerecht werden. Das Projekt „Movi Kune – gemeinsam bewegen“ vertritt aus beschriebenen Gründen daher einen ganzheitlichen und salutogenetischen Ansatz (Ley et al., 2014, S. 73).

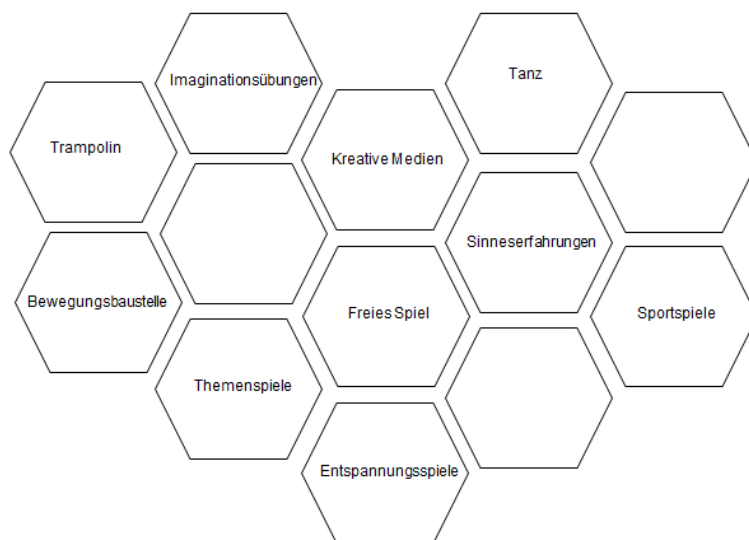
Die Ergebnisse der Forschung (im Speziellen die der Experten-/Expertinneninterviews) zeigen auf, wie die Gestaltung von entsprechenden Bewegungsprogrammen aus Sicht von Traumaexperten/Traumexpertinnen konzipiert sein soll. Des Weiteren zeigen die Auswertungen, dass im Rahmen dieses Projekts der Fokus weiterhin auf „Ressourcen aktivieren“ und „Sicherheit erleben“ liegen sollte. Demnach sollte das Programm ausschließlich in der ersten Phase der Traumatherapie Anwendung finden. Anhand zweier Fallstudien werden Ergebnisse zu Effekten, Wirkstoffen und Durchführung dargelegt. Hierbei werden die Relevanz des positiven Selbsterlebens, Nachspürens, des bewegten und selbstaktiven Mitgestaltens und Tuns und das Erfahren von Kontrolle, Freude, Erfolg und Sicherheit sowie die Beziehungsgestaltung und die Wirkung des Gruppenerlebens deutlich (Ley et al., 2014, S. 71).

7 Praxisbausteine

Auf die Forschungsfrage: „Welche traumaspezifischen Fördermöglichkeiten lassen sich in den Bereichen der angewandten Motologie und Psychomotorik wiederfinden?“ gibt es mehrere Antworten. Die dargelegten Praxisbausteine stellen eine reine Auswahl dar. Sie zeigen Machbares auf, das teilweise auf bereits Bekanntes zurückgreift und gleichzeitig auch Neues erprobt. Zentrale Entscheidungskriterien und abstrahierbare Methoden, die für den Umgang mit Flüchtlingskindern bedeutsam sind, können hierdurch abgeleitet werden. Diese Beispiele sind nicht als Kopiervorlage oder als „die einzig wahre Lösung“ zu verstehen, sie zeigen lediglich einen Katalog an potenziellen Lösungen auf.

Das Hauptaugenmerk soll folgend auf die Darstellung inhaltlicher Praxisbausteine gerichtet werden, die im Besonderen bei Kindern mit Traumafolgestörungen vielversprechend erscheinen. In der nachstehenden Abbildung versucht Schüürmann psychomotorische Praxisbausteine nach einem integrativen Ansatz darzustellen. Die Darstellung zeigt deutlich, dass es auch offene Felder gibt, die es zukünftig zu füllen gilt – sie beinhalten Raum für neuartige Inhalte. Es können alle Bausteine zum Einsatz kommen – müssen aber nicht – überdies können sie, je nach Bedürfnislage, variabel miteinander kombiniert werden. Schwerpunkte im entspannenden/imaginativen, sensorischen, kreativen, sportlich-bewegungsorientierten oder spielerischen Bereich können bestimmt werden (Schüür-

Abbildung 11: Praxisbausteine (Schüürmann, 2013, S. 67)



7.1 Themenzentriertes und freies Spiel

Das themenzentrierte (Bewegungsspiele) und das freie Spiel können bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen helfen. Themen wie Macht/Ohnmacht, Nähe/Distanz, Vertrauen, Kampf, Kooperation oder Kontrolle eignen sich gut dazu, vorstrukturierte Angebote bereitzustellen (Müller, 2004, S. 481f.).

Als ein Beispiel sei hierfür das Spiel „Rollbrett-Fangen“ genannt. Ein Kind sitzt auf dem Rollbrett, ein weiteres Kind bringt mithilfe eines verbindenden Elements (Seil, Holzstange etc.) das sitzende Kind auf dem Rollbrett in Bewegung. Nun versucht dieses Paar die anderen Mitspieler/Mitspielerinnen zu fangen. Dieses sehr bewegungsintensive Spiel behandelt vor allem die Themen: Vertrauen, Kooperation und Selbstwirksamkeit. Mit Hilfe dieses Spiels lernen die Kinder, wieder jemandem Vertrauen zu schenken. Durch das freie Spiel wird dem Kind die Möglichkeit gegeben, den Spielraum in emotionaler Hinsicht auf verschiedenste Arten und Weisen zu füllen, sowie seinen Bedürfnissen wieder Beachtung zu schenken (Schüürmann, 2013, S. 68).

7.2 Symbolisches Spiel

In Anlehnung an den Verstehenden Ansatz (Seewald, 1997) steht im Zentrum das symbolische Spiel. Da dessen Ausdrucksmöglichkeiten einen entscheidenden Heilfaktor für Kinder mit traumatischen Erlebnissen darstellen kann. Erlebte Ereignisse und Situationen können mittels zur Verfügung stehender Materialien nachgespielt, in Szene gesetzt und verarbeitet werden. Dabei kann, wie in dem beschriebenen Fallbeispiel von Hammer „von einem Feuerball getroffen“ das traumatisierte Kind selbst gegen die Monster kämpfen und somit selbst zum Starken werden. Die Kinder können sichere Höhlen bauen, in denen sie Schutz finden oder zum Abbau von Aggression symbolische Gewalt nutzen. Positive Erfahrungen mit solchen Reinszenierungen macht vor allem Eckert im Symbol- und Rollenspiel (Eckert, 2008, S. 22).

7.3 Imaginationsübungen

Ein weiterer Baustein psychomotorischer Interventionen bei schwer traumatisierten Kindern könnte die Imaginationsübung oder auch Achtsamkeitsübung sein. Imaginationsübungen wie zum Beispiel die *Inneren Helfer* oder *Safe Place* wurden insbesondere von Reddemann erprobt und weiterentwickelt (Reddemann, 2011; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 68). Sie eignen sich im Speziellen in der Stabilisierungsphase, da sie dem Kind das

Gefühl des Schutzes, des Urvertrauens und der Sicherheit vermitteln können (Landolt & Hensel, 2008, S. 21; Dreiner, 2008, S.176). Weitere Aspekte wären die positive Identifikationsmöglichkeiten (die gute Fee sei hiermit als Beispiel angeführt) und die Stärkung der Ich-Funktionen. Kinder sind nach Reddemann wahre Meister der Imagination. Sie verfügen über ausgeprägte Phantasien, weshalb diese Techniken bei Kindern außergewöhnlich gewinnbringend einzusetzen und damit unverzichtbar sind (Reedemann, 2010; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 68).

Achtsamkeitsübungen helfen dem Kind abgelenkt und klar zu erfahren, was im eigenen Körper zu spüren ist, welche Gedanken zirkulieren, wie das eigene Handeln aussieht und welche Gefühle vorherrschen. Über dieses Bewusstwerden ist eine Verknüpfung separater Fragmente möglich. Die Körperreise wäre hier unter anderem eine kindgerechte Form. Zimmerli empfiehlt speziell bei einer PTBS Zentrierungs- und Groundingübungen als förderliche Elemente. Diese Übungen werden von ihm zwar für die Erwachsenenarbeit beschrieben, können aber in abgeänderter Form auch für Kinder aufgegriffen werden. Sie symbolisieren das *Wieder-Fuß-Fassen* und machen Sicherheit, Standfestigkeit und innere Kohärenz wieder spürbar. Achtsamkeits- und Imaginationsübungen können speziell bei körperlicher Überregung als Erscheinung einer Traumafolgestörung das Kontrollgefühl und die Selbstregulation fördern (Zimmerli, 2010; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 69).

7.4 Sinneserfahrungen und Tanz

Weitere ergänzende Themenkomplexe können Sinneserfahrung und Tanz sein. Der Tanz ist nicht nur ein anerkanntes Instrument der Kommunikation, sondern auch ein spontaner Ausdruck des Selbst – somit wird Bewegung zur Primärsprache. Bezüglich der Sinneserfahrung ist vor allen Dingen erwähnenswert, dass sowohl Aichinger als auch Eckert den Einfluss der körpernahen Sinne (Tiefensensibilität, Tastsinn und Gleichgewichtssinn) hervorheben. Diese sind für die Aktivierung der Selbstgestaltungs- und Selbstheilungskräfte und die Entfaltung der Selbstregulation, sowie die Identitätsentwicklung von entscheidender Bedeutung (Eckert, 2008, S. 22; Aichinger, 2008, S. 77).

7.5 Bewegungslandschaft und Bewegungsbaustelle

Bewegungslandschaft und Bewegungsbaustelle können primär dem kompetenztheoretischen Ansatz zugeordnet werden. Zum einen können sie den Raumvorstrukturieren und somit Anlässe für freie Spielkreationen bieten, zum anderen können durch das Bespielen und Bauen von Bewegungsbaustellen die Selbstwirksamkeit, das Selbstvertrauen und

das Erleben des Tuns und Handelns vermittelt werden. Kooperation, Organisation und Handlungsplanung mit anderen Kindern fallen einigen psychisch stark belasteten Kindern nicht leicht – diese Fähigkeiten werden hier nun spielerisch erlernt. Insbesondere wird die Auseinandersetzung mit ungeordneten Zuständen und komplexen Strukturen (beides oft typische Charakteristika von Traumapatient/Traumapatientinnen) geschult und angeregt. Das Bewegungshandeln ist in soziale Situationen eingebettet und unterstützt damit die soziale Interaktion (Miedzinski & Fischer, 2009; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 70).

7.6 Kreative Medien

Aus der Tatsache heraus, dass bei Kindern mit traumatischen Erlebnissen oft der verbale Zugang blockiert ist, scheint der Einsatz von kreativen Medien logisch. Die Symbolisierung mittels kreativer Medien wie Musik, Leinwand, Ton, Speckstein und Farbe kann eine entscheidende Ressource in der Arbeit mit Kindern sein. Auch das Schreiben und Zeichnen sind geeignete Ausdrucksformen, besonders bei Kindern im Vorschulalter. Eine weitere gute Einsatzmöglichkeit bietet sich im Zusammenhang mit einer Reflexion. Im Anschluss einer Psychomotorikstunde kann mit Hilfe kreativer Medien das Erlebte mit etwas Distanz dargestellt und anschließend auch reflektiert werden. Diese Vorgehensweise ist Teil der Psychomotorik nach Aucouturier, bei der als Abschluss gebaut, geknetet oder gemalt werden kann (Esser, 1992, S. 52).

Malen sowie andere kreative Medien bieten die Möglichkeit, Schreckensbilder ein wenig loszulassen, ihnen in Skulpturen Form zu verleihen oder sie auf Papier zu bringen. Damit allein ist der Schrecken zwar nicht verschwunden, jedoch werden die Kraft und der Druck des Schreckens eingedämmt (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 21).

7.7 Entspannung

Entspannung kann laut Quante (2003) die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen nicht verändern, sie kann jedoch Betrag dazu leisten, dass Stressfaktoren besser aufgearbeitet und Spannungen abgebaut werden.

Abwechslungsreiche Entspannungsübungen können zu einer Verbesserung der Körperwahrnehmung, zu positiven Gedanken und zu einer allgemeinen Ausgeglichenheit führen. Sie tragen ohnedies zur Konstruktion eines positiven Selbstkonzeptes bei. Dabei scheinen Kinder Entspannungsreaktionen ohne viel Übung hervorrufen zu können (Quante, 2003). All diese Faktoren betonen die Eignung und die Notwendigkeit dieses Bausteines für die Arbeit mit traumatisierten Kindern, die als Folge ihrer traumatischen Erfahrungen

zumeist unter hohem psychischen und körperlichen Stress stehen. Auch Hordvik betont, wie wichtig es ist, traumatisierten Kindern Pausen zu gönnen, ihnen Zeit zu geben, um zu vergessen. Den Kindern somit Zeit zu geben, einfach nur Kind zu sein (Hordvik, 1997; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 69). Besonders gut lassen sich diese Pausen mit aktiver und passiver Entspannung, an die kindlichen Bedürfnisse angepasst, gestalten. Mittlerweile gibt es für Kinder eine Vielzahl an Entspannungsspielen, Entspannungsgeschichten, Fantasiereisen, systematischen Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation etc.) und kindgerechte Massagen, welche positive Körpererfahrungen ermöglichen und zu einem psychophysischen Ausgleich führen können (Lackner, 2004; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 69).

7.8 Trampolin

Entspannung ist in unterschiedlichsten Varianten umsetzbar, unter anderem auch auf dem Trampolin. Stäbler beschreibt noch weitere psychische, physische und pädagogische Übungseffekte, welche durch das Trampolin bewirkt werden können und somit auch für diesem Kontext Relevanz haben. Neben der Koordinations- und Bewegungsschulung und dem lustvollen Fliegen und Schweben, dem Spaß- und Motivationsfaktor und dem Gefühl der Schwerelosigkeit, findet das Trampolin Einsatz, um seelische Ängste und Hemmungen zu überwinden. Das Trampolin hilft auch psychische Aggressionen motorisch abzureagieren und ziellose Impulse sowie Antriebe in geordnete Bewegungsbahnen zu überführen. Ebenso werden rein über die Materie des Übungsgeräts die Selbstkontrolle und die Eigensteuerung gefördert (Stäbler, 1996; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 69).

Stäbler fügt folgendes hinzu: „Das Erfolgserlebnis des Eigenkönnens fördert Selbstvertrauen, Mut und Willenskraft in einem Maße, daß sogar Antriebsgehemmte zu einem kraftbetonten, überschäumenden `Bewegungsrausch` kommen, der zu einer generellen Antriebsstärkung führt [sic!]“ (Stäbler, 1996; zit. n. Schüürmann, 2013, S. 69)

Sowohl für aktive – teils aggressive – Kinder mit mangelnder Eigen- und Impulssteuerung infolge traumatischer Erlebnisse, als auch für ängstliche Kinder mit vermindertem Antrieb und mangelndem Selbstvertrauen empfiehlt sich das Trampolin als psychomotorisches Gerät. Der Einsatz von unterschiedlichsten Materialien, Erlebnisgeschichten, Spielen etc. sind auf dem Trampolin vorstellbar (Schüürmann, 2013, S. 69). „Im übertragenen Sinn kann dem Kind durch das Trampolinspringen die Möglichkeit gegeben werden, äußerlich und innerlich wieder ins Gleichgewicht zu kommen“ (Schüürmann, 2013, S. 69f).

8 Diskussion

Ziel dieser Masterarbeit ist es, Antworten auf die folgenden zwei Forschungsfragen zu finden:

- Ist die angewandte Motologie und Psychomotorik für die Arbeit mit traumatisierten Kindern förderlich?
- Wenn ja, welche traumaspezifischen Fördermöglichkeiten lassen sich in den Bereichen der angewandten Motologie und Psychomotorik wiederfinden?

Die Beantwortung dieser Fragen ist komplex, da die Psychomotorik in der Arbeit mit Flüchtlingskindern mehrere Aspekte berücksichtigen muss. Im Umgang mit Flüchtlingen gibt es jedoch Eckpunkte, die helfen, den Weg für eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Parteien zu bahnen. Das abschließende Kapitel versucht daher in einer Diskussion die wichtigsten Anforderungen und Ansprüche, welche sowohl an die psychomotorische Fördereinheit als auch an die psychomotorische Fachkraft gestellt werden, aufzuzeigen. Des Weiteren untersucht dieses Kapitel, ob das Ziel der Masterarbeit, die Beantwortung der Forschungsfragen, erreicht wurde.

8.1.1 Rahmenbedingungen

Nachstehende Rahmenbedingungen sind in der Arbeit mit Flüchtlingen besonders zu beachten. In den nachstehenden Unterkapiteln wird speziell auf die Zusammenarbeit mit Kindern eingegangen, dennoch finden sich zahlreiche Hinweise, welche auch für die Arbeit mit Erwachsenen geltend sind.

Der Bewegungsraum sollte hell und freundlich sein. Störungen und Lärm sind so gut als möglich auszuschalten. Therapeuten/Therapeutinnen nehmen außerdem an, dass speziell Frauen sich in geschützter Atmosphäre, welche geschlossene Räume eher aufweisen, wohler fühlen. Informationen über Räumlichkeiten und Ort sind schon im Vorhinein zu liefern. Wie im Falle des Projekts „MoviKune – gemeinsam bewegen“ (siehe auch Kapitel 6.3.) werden Ausflüge ins Grüne von Experten/Expertinnen befürwortet. Die strikte Geschlechtertrennung, die im Zusammenhang mit der Flüchtlingsarbeit oft empfohlen wird, kann im Rahmen von Familienausflügen aufgehoben werden. Bewegung und Sport ist dadurch sowohl drinnen als auch draußen möglich. In Anbetracht der verschiedensten Bedürfnisse der Kinder wird eine Berücksichtigung der einzelnen Wünsche bezüglich des Settings empfohlen (Ley et al., 2014, S. 87).

Für Interventionseinheiten haben sich in Zusammenarbeit mit Flüchtlingen folgende Zeiten befürwortet:

- Kinder: nachmittags (sind vormittags in der Schule)
- Frauen: vormittags (da die Kinder um diese Uhrzeit in der Schule sind)
- Männer: nachmittags bis abends

Generell ist von Zeiten vor neun Uhr am Morgen abzuraten, da viele Flüchtlinge mit Schlafproblemen zu kämpfen haben und erst spät abends einschlafen können. Die Betreuung der Kleinkinder beziehungsweise Kinder stellt bei Frauen oft einen Grund für die Nichtteilhabe an Programmen und Projekten dar. Andere auswertige Termine der Flüchtlinge, wie in etwa Amtstermine beziehungsweise unkontrollierbare Ereignisse (schlechte psychische Verfassung, Briefe des Asylgerichts etc.), stellen weitere Gründe für ein Fernbleiben der Flüchtlinge dar. Nicht außer Acht zu lassen ist auch die finanzielle Situation der Zielgruppe, welche eine regelmäßige Teilnahme an Interventionen weiter erschweren könnte (Sportgewand, Fahrscheine etc.) (Ley et al., 2014, S. 87).

Vermieden werden sollten unbedingt folgende Stress induzierende Aspekte: Kellerräume, Lärm, ausgeprägter Konkurrenzgedanke, Bezüge zu Drill und Militär, Kontrollverlust (während einer Entspannungsübung die Augen schließen müssen oder den Bewegungsraum nicht verlassen dürfen), mangelnde Informationen (wo sind die Fluchtmöglichkeiten, wo befindet sich die Toilette etc.), das Hereinplatzen von fremden Personen und Faktoren, welche mit dem Trauma in Bezug gesetzt werden können (zum Beispiel Foltermethoden: Seile, Wald, Wasser etc.). Zwei Aspekte werden von Experten/Expertinnen genannt, um einen bestmöglichen Umgang mit stressauslösenden Faktoren zu finden:

- Ausreichende subjektive Kontrollmöglichkeiten
- Weitergabe von Informationen (Ley et al., 2014, S. 87).

Ein geschützter Bewegungsraum stellt des Weiteren eine gute Möglichkeit dar, fremdes und eigenes Verhalten sowie Erleben zu erfahren, neuartige Handlungen zu erproben und bedeutende Erfahrungen zu erleben – welche positive Wirkung auf das Kohärenzgefühl haben (Ley et al., 2014, S. 77).

Überdies sollen kognitive Verhaltensstrategien vermittelt, Kompetenzen für eine selbstständige Aufrechterhaltung und Durchführung gesundheitsorientierter körperlicher Aktivitäten gefördert und der Umgang mit Emotionen und Stressoren geschult werden. Darüber hinaus bietet die Psychomotorik die Möglichkeit des Aufbaus von Beziehungen, die Einbindung in soziale Netzwerke und die Möglichkeit der sozialen Integration. Eine Verzahnung des psychomotorischen mit einem integrativen Ansatz, um langanhaltende Kompetenzen und Effekte zur selbstständigen Weiterführung der einzelnen Aktivitäten zu erzie-

len, wäre wünschenswert, dies lässt sich leider nur vereinzelt in der Forschungsliteratur und in praktischen Interventionen wiederfinden. (Ley et al., 2014, S. 77).

8.1.2 Grenzen wahren

Baer und Frick-Baer (2016) stellen in ihrem Buch *Flucht und Trauma* einen Leitsatz auf, der Helfenden in der Arbeit mit traumatisierten Personen begleiten soll: „die anderen würdigen, sich selbst würdigen und die Bindung zwischen beiden würdigen“ (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 204). Dieser Grundsatz beinhaltet aus gutem Grund, sich selbst zu würdigen und ernst zu nehmen. So wundervoll es ist, dass tausende Menschen in Österreich und anderswo sich in der Hilfe von Flüchtlingskindern engagieren, so bedeutsam ist es auch, darauf hinzuweisen, dass man sich selbst, seine eigenen Kräfte und Grenzen ernst nimmt (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 204).

Unabkömmlich zu wissen ist auch, dass Traumafolgen sich auf andere Menschen übertragen können. Speziell dann, wenn es sich um empfindsame Personen handelt, was bei den meisten Menschen, die in der Flüchtlingshilfe tätig sind, durchaus der Fall sein könnte. Nicht die Traumata an sich sind ansteckend, sondern deren Folgen – besonders die Gefühle. Diese Emotionen können in der Luft liegen und von dem Psychomotoriker/der Psychomotorikerin gespürt und unbewusst übernommen werden. Aus diesem Grund: „Nehmen Sie sich und Ihr Erleben ernst, so gut es geht“ (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 203)!

Hierzu gehört, das Recht zu sagen: „Ich kann das nicht, ich kenne jemanden der Ihnen ab jetzt besser helfen kann“. Der Psychomotoriker/ Die Psychomotorikerin sollte sich daher ein verstricktes Netzwerk an Kontakten aufbauen. Diverse Anlaufstellen können aus dem Anhang dieser Masterarbeit entnommen werden. Eigene Begrenzungen müssen gesetzt werden, um sich selbst zu schützen.

Auf jeden/jede der/die mit traumatisierten Flüchtlingen zusammenarbeitet, strömen zahlreiche Klagen, Fragen, Eindrücke und Informationen ein. Wie bereits erwähnt, ist es zwar wichtig im Umgang mit Flüchtlingen immer neugierig zu sein und viele Fragen zu stellen, dennoch gibt es auch hier Grenzen. Wenn das Aufnahmevermögen und der Kopf überfüllt sind, hat man das Recht „Stopp! ich kann Ihnen nicht mehr folgen“ (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 204) zu sagen. Hierbei sollte man sich wiederum am besten auf sein eigenes Gefühl verlassen. Darum sollte sich die Fachkraft in jedem Fall selbst ernst nehmen und wahrnehmen (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 204).

Allein kann der Psychomotoriker/die Psychomotorikerin Flüchtlingen bei der Behandlung von Traumafolgestörungen nicht helfen. Dies kann nur in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften geschehen. Psychomotorik kann als Begleitung, als Ergänzung zur Psychotherapie gesehen werden. Es erfordert in jedem Fall einen interdisziplinären Zugang!

Superversion heißt übersetzt *Darüberschauen*. Gute Supervision erteilt keine Ratschläge, sie legt nicht dar, wie man besser handeln sollte, sondern reflektiert das, was man tut aus erweitertem Augenwinkel – unter Beachtung der Rahmenbedingungen und jeglichen Belastungen, welche mit der Arbeit mit Flüchtlingskindern einhergehen (Baer & Frick-Baer, 2016, S. 210).

Zusammenfassend muss der Helfende/die Helfende daher folgendes beachten:

- Sich selbst ernst nehmen
- Sich selbst wahrnehmen (eigene Aufnahmefähigkeit, eigene Ängste und eigenes Befinden)
- Nein sagen, wenn es zu viel wird
- Supervision fordern und nutzen
- Interdisziplinär arbeiten
- Fortbilden und Weiterbilden

8.1.3 Grundhaltung des Psychomotorikers/der Psychomotorikerin

Die Grundhaltung des Psychomotorikers/der Psychomotorikerin zeichnet sich durch Kongruenz, Akzeptanz, Empathie und eine positive Wertschätzung aus. Transparenz über Interventionsinhalte, -ziele und Entscheidungsspielräume muss vermittelt werden. Aufklärung und genaue Informationen über das Programm sind bereits im Vorfeld dringend erforderlich, um allen Teilnehmern/Teilnehmerinnen ein Gefühl der Sicherheit geben zu können (Ley et al., 2014, S. 80).

Alle Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen, die mit traumatisierten Flüchtlingen zusammenarbeiten, sollten über tiefgreifende fachliche Kompetenzen und Wissen verfügen, kritisch über Grenzen und Methoden ihrer eigenen Arbeit zu reflektieren. Hierzu zählen auch die Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit den eigenen geschlechtsspezifischen und soziokulturellen Verhaltens- und Wahrnehmungsmustern sowie eine reflektierte Gestaltung der Beziehungs- und Interaktionsebene zu allen Beteiligten. Die anleitende Person muss neben psychomotorischem und didaktischem Wissen und ebensolchen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch über ein spezifisches Wissen zu Trauma und traumabezo-

genen Verhaltensweisen und Symptomen sowie ausreichend Sensibilität und Kompetenz (auch kulturbezogen) in Arbeit mit traumatisierten Personen verfügen. Erstrebenswert wäre eine kontinuierliche Superversion für den Psychomotoriker/ die Psychomotorikerin (Ley et al., 2014, S. 80).

Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen sollten die Bereitschaft aufbringen, immer wieder neu zwischen kulturellem Universalismus und kulturellen Relativismus zu reflektieren. Gleitet man zu stark in kulturrelativistische Sichtweisen ab, besteht die Gefahr, dass sich die gleiche Gültigkeit von Kulturen in Gleichgültigkeit verwandelt. Überwiegen hingegen universalistische Positionen, kann dies zu Ethnozentrismen und kulturellen Dominanzbildungen führen (Bolten, 2012, S. 116).

Zusammenfassend sind im Kontext kultureller Aspekte für Fachkräfte nach Gravelmann (2016) folgende Hinweise und Überlegungen relevant:

- Wissen über die Herkunftsländer, die religiösen, politischen oder ethischen Gegebenheiten sind hilfreich. Diese erleichtern Gespräche und fördern zumeist das Verstehen von bestimmten Handlungen.
- Der Psychomotoriker/Die Psychomotorikerin benötigt die Fähigkeit, fremdkulturelles Handeln und Denken nachzuvollziehen. Die Kultur darf hierbei aber keinesfalls als das allein prägende Merkmal des einzelnen Menschen aufgefasst werden. Zudem ist bei jedem Flüchtling die Relevanz seiner kulturellen Hintergründe unterschiedlich ausgeprägt und daher auch unterschiedlich zu betrachten.
- In Bezug auf traumatisierte Kinder ist gezielte Förderung bei einem offenen Blick möglich. Ein regelmäßiger Austausch mit Kollegen/Kolleginnen erweitert den eigenen Blickwinkel.
- Auch in der nonverbalen Kommunikation drückt sich interkulturelle Kompetenz aus. Jede einzelne Kultur verfügt über nonverbale Verständnissymbole und Normen. Aus diesem Grund ist es zur Kommunikation und zur Konfliktvermeidung notwendig, den Bedeutungsinhalt von Symbolen und Gesten zu kennen. Diese lassen sich nämlich nicht ohne Weiteres aus der eigenen Kultur übertragen.
- Für jede Fachkraft erfordert der Umgang mit anderen normativen Überzeugungen der Flüchtlingskinder eine hohe Fähigkeit, mit den möglichen Ambivalenzen umzugehen.
- Nötig ist eine Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit und die Reflexion der eigenen kulturellen Prägungen.
- Bedeutsam ist auch die Bereitschaft, für andere Kulturen offen zu sein und nicht nur seine eigene Kultur zu vermitteln.

- Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen sollten sich die Neugierde für unterschiedliche Denkmuster, Lebenserfahrungen und Lebensformen bewahren. Dies kann den Zugang zu den Kindern erleichtern.
- Die Förderung der eigenen interkulturellen Kompetenzen durch Fortbildungen, Supervisionen oder Austauschen stellt eine wichtige Unterstützung der eigenen Arbeit dar.
- „wir müssen wirklich sämtliche verfügbaren Kanäle öffnen und alle Antennen meilenweit ausfahren, um unsere Fremdenwahrnehmung noch deutlicher zu spüren“ (Asci, 2012, S. 13).

Die gemachten Aufzählungen beziehen sich im Besondern auf die Aufgaben und die Rolle der Fachkraft. Im Wesentlichen ist es hilfreich, als Psychomotoriker/Psychomotorikerin die Perspektive der Kinder einzunehmen. Wie fassen sie das Leben in Österreich auf, welche Anpassungs- und Interpretationsleistungen müssen sie erbringen und welche alltagspraktischen Aufgaben müssen sie bewältigen? Flüchtlingskinder sind mit fremden politischen und sozialen Strukturen konfrontiert. Sie treffen auf vorwiegend ungewohnte kulturelle Normen (Frauen in Männerberufen, Küssen an öffentlichen Plätzen). Des Weiteren erleben die Kinder ein völlig anders strukturiertes Schulsystem; die sprachliche Barriere stellt ein zusätzliches Hindernis dar. Unzureichende Kenntnisse über Herausforderungen und Belastungen können das Gefühl von Hilflosigkeit hervorrufen oder sogar ein Gefühl von Fremdheit erzeugen (Gravelmann, 2016, S. 64). „Um bei Erwachsenen etwas zu ändern, ist es zu spät – wir müssen bei den Kindern ansetzen“ (Dolto, o. J.; zit. n. Collin et. al., 2012, S. 279).

Grundlegende Kenntnisse über die Herkunft und die Kultur der Flüchtlingskinder haben entscheidenden Einfluss auf die in der Fördereinheit gewählte Methode. Als einfaches Beispiel sei hier die Wahl des Aufwärmspiels genannt. Der Psychomotoriker/die Psychomotorikerin kann zu Beginn der psychomotorischen Förderung mit Spielen arbeiten, welche die Kinder aus ihren Heimatländern bereits kennen und somit eine vertraute Ausgangsbasis schaffen (Haas, 2017).

Unter Beachtung der universalen Entwicklungsstufen von Erikson können in der Förderung spezielle Themen und Inhalte gewählt werden, deren Bewältigung auch identitätsfördernde Funktionen haben. Vertrauen, Autonomie und Initiative bilden die Basis der kindlichen Entwicklung (siehe Kapitel 5.3.3.). Das Kind soll lernen, Vertrauen zu anderen und zu sich selbst aufzubauen. Weiters soll das Kind selbst kontrollieren und entscheiden dürfen (Autonomie), neue Aufgaben entwickeln und übernehmen können (Initiative) und in all seinen Facetten respektiert und unterstützt werden. Mit Hilfe der Bewegung und mit Hilfe des eignen Körpers können die einzelnen Kinder an diese Entwicklungsaufgaben heran-

getastet werden. Hierin liegt die einzigartige Bedeutung der Kategorien Bewegung und Körper für eine identitätsbildende Förderung des Kindes (Fischer, 2009, S. 156).

Die Fachkraft muss sich mit allen Erfahrungen der Kinder individuell auseinandersetzen und einen Weg finden, selbst mit den zahlreichen kulturellen Unterschieden aber auch Gemeinsamkeiten umzugehen. Jede einzelne Person der Fördereinheit kann etwas aus den Kulturdifferenzen lernen und für sich selbst mitnehmen. Durch diese Sichtweise wird nebenbei die soziale Kompetenz der am Prozess beteiligten Personen gefördert (Gravelmann, 2016, S. 64).

Zusätzlich ist anzuführen, dass vor allem dem verstehenden Ansatz in der psychomotorischen Arbeit mit traumatisierten Kindern entscheidende Relevanz zugestanden werden sollte, da er insbesondere in der Phase der Bearbeitung und der Integration Gelegenheiten bietet, das Thema *Trauma* in die eigene Lebensgeschichte einzufügen – überwundene Ereignisse können somit in eine erzählte Geschichte umgewandelt werden und das eigene Selbst, welches durch die traumatische Erfahrung erschüttert wurde, bekommt einen neuen Entfaltungsspielraum, in dem es aus der Unordnung des Traumas heraus eine psychophysische Ordnung erfährt (Seewald, 1992, S. 220). Dennoch ist zu beachten, „dass nur ein Zusammenwirken und Ineinandergreifen verschiedener Komponenten aus allen Ansätzen eine bestmögliche psychomotorische Intervention und Förderung für traumatisierte Kinder darstellen kann“ (Schüürmann, 2013, S. 66).

Abschließend kann festgehalten werden, dass das Ziel der Masterarbeit, die Beantwortung der Forschungsfragen, erreicht wurde. Die beschriebenen Literaturvergleiche zeigen deutlich, dass die angewandte Motologie und Psychomotorik für die Arbeit mit traumatisierten Kindern förderlich ist und ausreichend traumaspezifische Fördermöglichkeiten in diesem Bereich bieten kann. Die Auseinandersetzung mit der aktuellen Thematik hat gezeigt, dass Psychomotorik vor allem im Bereich der Stabilisation interessante Möglichkeiten der Förderung aufzeigt. Lamprecht bestätigt dies „man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, dass die Einbeziehung des Leibes in die Traumaarbeit zunehmend an Bedeutung gewinnen wird“ (Lamprecht, 2007, S. 14).

Bisherige Studien und Erfahrungen lassen erkennen, dass Sport- und Bewegungsprogramme bei Flüchtlingen mit Traumata insbesondere:

- stabilisierend wirken
- Ressourcen fördern
- psychosoziale und körperliche Risikofaktoren und Symptome lindern
- im Umgang mit Emotionen und Erlebnissen unterstützend wirken.

Zusammenfassend kann sich die Psychomotorik im Umgang mit Flüchtlingskindern an diesen Zielen orientieren:

- auflösen im Körper blockierter und gestörter Stressenergien
- verbessern des Selbstgewahrseins
- verbessern der Regulationsfähigkeit von Hypoarousal- beziehungsweise Hyperarousalzuständen
- verringern und Überwinden der Phobie vom Erleben und Spüren
- sich im eigenen Körper wieder wohl fühlen
- Einsetzen und Erleben des Körpers als Ausgangsplatz für adaptives Handeln
- den Körper wieder als Ressource erleben
- besiegen des *Feindes* (eigenen Körper ablehnen)
- angstfreier, selbstbestimmter und achtsamer Umgang mit Bedürfnissen, Körper und Sexualität (Haas, 2017)

Obwohl die Schlussfolgerungen dieser Masterarbeit zu einer klaren Antwort der beiden Forschungsfragen geführt haben, muss festgehalten werden, dass am Ende jeder Betroffene/ jede Betroffene selbst die Entscheidung treffen muss, ob eine psychomotorische Förderung für ihn/sie persönlich in Frage kommt.

Die Grenzen dieser Masterarbeit zeigen sich in Bezug der fachlichen Kompetenzen auf. In Zukunft wäre eine vergleichbare Arbeit aus Sicht einer anderen Fachkraft (zum Beispiel: Psychotherapeut/Psychotherapeutin etc.) wünschenswert, um interdisziplinäres Arbeiten zu fördern.

9 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass es für Kinder mit traumatischen Erfahrungen einen immensen Handlungsbedarf gibt und die angewandte Motologie sowie die Psychomotorik, aus Sicht verschiedenster Ansätze, interessante Anknüpfungspunkte bereitstellen kann, welche zukünftig noch weiter ausgebaut werden sollten. Sich physisch und physiologisch aus einem Trauma herauszubewegen, sich mit Hilfe von Angeboten weiterzubewegen, welche einen sicheren Rahmen zur Symbolisierung schaffen, bietet Potenzial für motologische-psychomotorische Traumaarbeit.

Zu Beginn dieser Arbeit wurden die Begriffe Flüchtlingskrise, Trauma und Psychomotorik definiert und in engen Zusammenhang zueinander gestellt. Die Genfer Flüchtlingskonvention bildet die Grundlage in der Arbeit mit geflüchteten Personen. Zurzeit befinden sich weltweit 65,3 Millionen Menschen auf der Flucht. Mithilfe der UNHCR gelang es seit der Gründung, 50 Millionen Menschen dabei zu helfen, sich ein neues Leben aufzubauen. Migration ist nicht erst seit Anfang des 21. Jahrhunderts eine weltweit aktuelle Thematik. Internationale Wanderungsverläufe hat es immer wieder gegeben, jedoch haben sich mit der Zeit Migrationsformen und Migrationspolitiken im Einklang mit Globalisierungsprozessen verändert. Diese Arbeit zeigt auf, dass Migration gelingen kann, wenn über kulturbedingte Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede reflektiert wird.

Die Erlebnisse von Krieg und Folter in den Herkunftsländern und die dramatische monatelange Flucht nach Österreich belasten vor allem Kinder in hohem Maße. Folglich haben fast alle Flüchtlingskinder potentiell traumatische Situationen erfahren. Eine traumatische Erfahrung wird als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und den bedrohlichen Situationsfaktoren definiert und kann mit Gefühlen von schutzloser Preisgabe und Hilflosigkeit einhergehen. Die Aufnahme des Kindes in sichere Strukturen, eine baldige Rückkehr sowie die Professionalität von Psychomotoriker/Psychomotorikerin schaffen gute Voraussetzungen für Flüchtlingskinder, traumatische Erlebnisse bewältigen zu können.

Körper und Trauma stehen in enger Wechselwirkung zueinander. Für die Traumaarbeit ist es daher wichtig, immer den Körper in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen! Eine Behandlung akuter Traumafolgestörungen setzt sich aus drei aufbauenden Schritten (Stabilisierung – Konfrontation – Integration) zusammen. Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung sollten ihre Arbeit ausschließlich auf der Stufe der Stabilisierung ansetzen. Diese Stufe sollte eine gemeinsame Suche nach erarbeiteten Bewältigungsstrategien und Ressourcen (Schutzfak-

toren etc.) beinhalten, ohne sich der traumatischen Situation, dem Trauma an sich zuzuwenden.

Die Erwartungen an die Psychomotoriker/die Psychomotorikerinnen, welche mit Flüchtlingskindern arbeiten, sind ausgesprochen anspruchsvoll und vielfältig. In dieser Masterarbeit wurde aufgezeigt, wie notwendig ein umfangreiches Fach- und Hintergrundwissen ist, wie fundiert die psychomotorischen Kenntnisse sein sollten, wie bedeutsam interkulturelle Kompetenz ist und wie vielförmig die konkreten Handlungsoptionen sind, welche es umzusetzen gilt. Es wurden Erfordernisse benannt, Hürden deutlich, Gefährdungen offensichtlich, Handlungsbedarfe aufgezeigt und Grenzen offenbart.

Gefordert ist eine belastbare, mitdenkende, flexible, engagierte, einfühlsame und reflektierte Fachkraft, die individuell unterstützend gleichermaßen Nähe und Distanz bewahrt. Darüber hinaus sollte der Psychomotoriker/die Psychomotorikerin zusammenfassend:

- interkulturelle Kompetenzen aufweisen
- eigene Normen und Werte vermitteln
- gleichzeitig die andere Einstellung akzeptieren
- Traumata auffangen können
- über ein ausreichendes Methodenrepertoire verfügen
- sich ständig weiter- und fortbilden

Es wurden Anregungen gegeben und Aufgaben benannt, welche aber selbstverständlich nicht alle, von ein und demselben Menschen und schon gar nicht zeitgleich geleistet werden können/sollen. Dennoch stellen sie einen Anforderungs- und Anregungskatalog dar, dem sich die einzelne Fachkraft stellen sollte.

Zweifelsohne fordert die Arbeit mit Flüchtlingskindern den Psychomotoriker/die Psychomotorikerin heraus. Aber viele in dieser Masterarbeit komprimiert aufgezeigten Ansprüche und Anforderungen sind Teil der sozial und pädagogischen Alltagsarbeit.

Besonders herausgefordert sind jedoch die Flüchtlingskinder. Sie sind einerseits Kinder wie andere in Österreich lebende Kinder auch – sie haben unterschiedlichste Bedürfnisse, Hoffnungen, Wünsche, Potentiale, sie spiegeln eine ebenso große Vielfalt wider sowie haben sie alterstypische Probleme und Sorgen. Andererseits unterliegen sie besonderen Sozialisationsbedingungen, haben ihr Heimatland verlassen müssen und zumeist traumatische Erlebnisse gemacht, sie haben eingeschränkte Optionen (gesellschaftlich), einen eingeschränkten Handlungsrahmen, begrenzte Teilhabechancen und sind in einem für sie fremden Staat (Gravelmann, 2016, S. 165).

Mit dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, einen kleinen Betrag zum Verständnis der besonderen Herausforderungen im Kontext der Arbeit mit Flüchtlingskindern aufzu-

zeigen und konkrete Anregungen für die psychomotorische Förderung zu geben. Die zentralen Ergebnisse dieser Arbeit zeigen klar, dass Psychomotorik im Umgang mit traumatisierten Kindern geeignet ist und eine bedeutende Stellung in der Traumabehandlung einnehmen kann. Psychomotorische Förderung bietet geflüchteten Kindern Normalität, oft wird dadurch Alltagsroutine nach längerer Zeit wieder neu erlebt. Die Struktur der Förderereinheit, die gleichbleibenden Abläufe und Rituale, aber auch der/die Psychomotoriker/Psychomotorikerinnen als Bezugsperson, geben den Kindern Geborgenheit und Halt.

Neben den Kindern und den Psychomotorikern/den Psychomotorikerinnen vor Ort sind alle gesellschaftlichen Akteure dazu aufgerufen, die neuen Aufgaben der Gegenwart zu bewältigen. Alles im allem keine leicht zu meisternde Herausforderung! Dennoch: „Die einen bauen Mauern, wenn der Wind der Veränderung weht, die anderen Windmühlen“ (Gravelmann, 2016, S. 167). Diese Masterarbeit soll einen Betrag zum Beflügeln leisten.

Literaturverzeichnis

- Aichinger, A. (2008). Sie beißen und zerfetzen, sie wollen gefüttert und gestreichelt werden. Der Einsatz des Körpers im Psychodrama mit Kindern. *Zeitschrift für Psychodrama & Soziometrie*, 7(1), 63-79.
- Asci, M. (2012). Evaluation – zwischen Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung. In Lebenswelt GmbH (Hrsg.), *Perspektiven Vielfalt* (S. 11-16). Berlin: Lebenswelt.
- Baer, U. & Frick-Baer, G. (2016). *Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Besser, L. (2004). Vom Vergessen und Wiederholen medizinischer Traumata zum heilsamen Erinnern. Posttraumatischer belastungs- und Somatisierungsstörungen bei Frühgeborenen und Kleinkindern. In U. Sachsse, I. Özkan & A. Streek-Fischer (Hrsg.), *Traumatherapie – Was ist erfolgreich?* (S. 177-196). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bolten, J. (2012). *Interkulturelle Kompetenz*. Thüringen: Landeszentrale für politische Bildung.
- BMGF (2017). Zugriff am 10.01.17 unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/icd-10_bmgf_2017_-_systematisches_verzeichnis_sp1_neu.pdf.
- BUENDNIS (2017). Zugriff am 30.10.17 unter <http://www.das-buendnis.at/>.
- Castles, S. & Miller, M. (2003). *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*. New York: Guilford.
- Collin, C., Benson, N., Ginsburg, J., Grand, V. & Lazyan M. (2012). *Das Psychologiebuch. Wichtige Theorien einfach erklärt*. München: Dorling Kindersley GmbH.
- Dreiner, M. (2008). Die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In M. Landolt (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 223-241). Göttingen: Hogrefe.
- Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.), *Professionelle Transkulturelle Pflege* (S. 173-179). Bern: Hans Huber.
- DSM 5 (2017). Zugriff am 01.10.17 unter [http://www.isst-d.org/downloads/MEMODocs/DSM-5website\(c\).pdf](http://www.isst-d.org/downloads/MEMODocs/DSM-5website(c).pdf).
- Eckert, A. (2008). Trauma-Gewalt-Autonomie. Psychomotorische Gewaltprävention als Hilfe zur Verarbeitung erlebter Traumatisierung. *Motorik*, 31(1), 18-24.

- Erikson, E. (1995). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Esser, M. (1992). *Beweg-Gründe: Psychomotorik nach Bernard Aucouturier* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Fischer, K. (2009). *Einführung in die Psychomotorik* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Gritsch, K. (2016). *Vom Kommen und Gehen. Migration in Südtirol*. Bozen: raeta.
- Gravelmann, R. (2016). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Kinder- und Jugendhilfe. Orientierung für die praktische Arbeit*. München: Ernst Reinhardt.
- Haas, R. (2017). *Traumafolgestörungen*. Lehrveranstaltungsunterlagen zum Universitätslehrgang Psychomotorik, Universität Wien, Wien.
- Herman, J. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Hurrelmann, K. (1998). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim, München: Juventa.
- Juen, B., Warger, R. & Rosner, R. (2015). Akute Krisen bei Kindern und Jugendlichen. In J. Gerngroß (Hrsg.), *Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement* (S. 125-146). Stuttgart: Schattauer.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kiphard, E. J. (1983). *Mototherapie II*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Lamprecht, F. (2007). *Einführung. Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landolt, M. & Hensel, T. (2008). Grundlagen der Traumatherapie. In M. Landolt (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 15-30). Göttingen: Hogrefe.
- Ley C., Lintl E. & Movi Kune Team (2014). "Movi Kune – gemeinsam bewegen": Bewegungstherapie mit Kriegs- und Folterüberlebenden. *Spectrum*, 26, 71-97.
- Maercker, A. (2008). Ich bin Psychotherapeutin, die traumatisierte Menschen behandelt, nicht Traumatherapeutin. Ein Gespräch mit Luise Reddemann. *Trauma & Gewalt*, (3), 246-251.
- Ministerium Frauen Gesundheit (2017). Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.bmgf.gv.at/>.

- Müller, W. (2004). „Ich will doch nur spielen!“ - Psychomotorische Entwicklungsbegleitung von Kindern im Heimbereich. In H. Köckenberger & R. Hammer (Hrsg.), *Psychomotorik - Ansätze und Arbeitsfelder: ein Lehrbuch* (S. 475-494). Dortmund: Verl. Modernes Lernen.
- Quante, S. (2003). *Was Kinder gut tut! Handbuch der erlebnisorientierten Entspannung*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Sack, M. (2013). Traumafolgestörungen. In G. Rudolf & P. Hennigsen (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik* (S. 244-249). Stuttgart: Thieme.
- Scheeringa, M. Zeanah, C. Myers, L. & Putnam, F. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561-570.
- Seewald, J. (1992). Vorläufiges zu einer „Verstehenden Motologie“. *Motorik*, (4), 204-221.
- Seewald, J. (1997). Der „Verstehende Ansatz“ und seine Stellung in der Theorieland-schaft der Psychomotorik. *Praxis der Psychomotorik*, 22(1), 4-15.
- Seewald, J. (2007). *Der Verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie*. München: Reinhardt.
- Seewald, J. (2010). Motologie und Körperpsychotherapie – Ergänzung oder Unvereinbarkeit. *Motorik*, 33(2), 52-54.
- Simons, M. & Herpertz-Dahlmann, B. (2008): Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische Übersicht zu Klassifikation und diagnostischen Kriterien. *Zeitschriften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(3), 151-161.
- Schüürmann, L. (2013). Aus dem Trauma bewegen – Psychomotorische Interventionsmöglichkeiten in der Arbeit mit traumatisierten Kindern. *Praxis der Psychomotorik*, (2), 64-71.
- Strasser, E. (2009). Was ist Migration. In M. Six-Hohenbalken & J. Tomic (Hrsg.), *Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte* (S. 15-28). Wien: Facultas.
- UNHCR (2016). Flucht und Trauma im Kontext Schule. Handbuch für PädagogInnen. Wien: UNHCR Österreich.
- UN Refugee Agency (2015). Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.de/>.
- UN Refugee Agency (2017). Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.unhcr.de/>.

- Verein zur Bewegungsförderung und Psychomotorik e.V. Marburg (2017). Zugriff am 01.03.17 unter <http://www.psychomotorik-marburg.de/>.
- Voglsinger, J. (2016). *Allgemeine Psychomotorik*. Lehrveranstaltungsunterlagen zum Universitätslehrgang Psychomotorik, Universität Wien, Wien.
- Weiß, W. (2013). Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In J. Baumsum, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 167-181). Weinheim: Basel.
- Zimmer, R. (2012). *Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung*. Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptaufnahmeländer (mod. n. UN Refugee Agency, 2017).....	9
Abbildung 2: ICD 10 (mod. n. Sack, 2013, S. 244)	22
Abbildung 3: Abgrund (mod. n. Huber, 2012, S. 19)	25
Abbildung 4: Behandlung der PTBS (mod. n. Van Der Kolk, 2016; zit. n. Haas, 2017, S. 5)	26
Abbildung 5: Das Gehirn (mod. n. Unhcr, 2016, S. 18).....	30
Abbildung 6: Aufbau des Fachgebietes (mod. n. Fischer, 2009, S. 21)	41
Abbildung 7: Psychomotorik mit traumatisierten Kindern (mod. n. Schüürmann, 2013, S. 67)	45
Abbildung 8: Behandlung bei akuter Traumafolgestörung (mod. n. Van Der Kolk, 2016; zit. n. Haas, 2017, S. 5)	49
Abbildung 9: Stabilisation (mod. n. Haas, 2017, S. 7).....	51
Abbildung 10: Stabilisation (mod. n. Sachsse, 2004; Zit. N. Haas, 2017, S. 7)	52
Abbildung 11: Bausteine (mod. n. Schüürmann, 2013, S. 67)	56

Anhang

ALAUFSTELLEN IN ÖSTERREICH – ALLGEMEIN

- Bundesverband österreichischer Kinderschutzzentren
www.oe.kinderschutzzentren.at
- Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
www.oegkjp.at/versorgung
- Kinder- und Jugendanwaltschaft
www.kija.at
- Notfallpsychologischer Dienst Österreich (NDÖ)
www.notfallpsychologie.at
- Rat auf Draht
www.rataufdraht.at
Telefonnummer: 147 (ohne Vorwahl)
- ÖTPZ – Traumapädagogikzentrum
www.traumapaedagogik.at
- Asylkoordination Österreich
www.asyl.at
- umF/unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
www.umf.asyl.at
- NIPE – Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung
www.nipe.or.at
- Österreichisches Netzwerk für Traumtherapie ÖNT
www.oent.at
- Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching ÖVS
www.oevs.or.at

ALAUFGSTELLEN IN BURGENLAND

- Kinder- und Jugendanwaltschaft Burgenland

www.burgenland.at/kija

Interkulturelle Psychotherapie Burgenland MIP, Verein Menschen leben

www.menschen-leben.at/einrichtungen/mobile-interkulturelle-psychotherapie-mip.at

ALAUFGSTELLEN IN KÄRNTEN

- ASPIS – Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer von Gewalt

www.aspis.at

- Kinder- und Jugendanwaltschaft

www.kija.ktn.gv.at

ALAUFGSTELLEN IN NIEDERÖSTERREICH

- JEFIRA – Interkulturelles Psychotherapiezentrum NÖ, Diakonie, Flüchtlingsdienst

www.fluechtlingsdienst.diakonie.at/einrichtung/jefira-interkulturelles-psychotherapiezentrum-niederösterreich

- SINTEM

www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-interaktion/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/?L=0

- NÖ Kinder- und Jugendanwaltschaft

www.kija-noe.at

ALAUFGSTELLEN IN OBERÖSTERREICH

- OASIS – Therapiezentrum der Volkshilfe Oberösterreich

www.volkshilfe-ooe.at/erwachsene/gesundheit-und-betreuung/psychosoziale-betreuung-fuer-fluechtlinge

- Kinder- und Jugendanwaltschaft

www.kija-ooe.at

ALAUFSTELLEN IN SALZBURG

- SOTIRIA – Krisenintervention und Psychotherapie für AsylwerberInnen
www.cariatas-salzburg.at/hilfe-angebote/asyl-und-integration/krisenintervention-und-psychotherapie-fuer-asylwerbende/?L=0
- Kinder- und Jugendanwaltschaft
www.kija-sbg.at

ALAUFSTELLEN IN STEIERMARK

- Mobiles Unterstützungsteam Steiermark
www.mut.steiermark.at
- ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum
www.zebra.or.at
- OMEGA – Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration
www.nadua.at
- Kinder- und Jugendanwaltschaft Steiermark
www.kinderanwalt.at

ALAUFSTELLEN IN TIROL

- ANKYRA – Zentrum für interkulturelle Psychotherapie in Tirol
www.fluechtlingsdienst.diakonie.at/einrichtung/ankyra-zentrum-fuer-interkulturelle-psychotherapie-tirol
- Kinder- und Jugendanwaltschaft Tirol
www.kija-tirol.at

ALAUFSTELLEN IN VORARLBERG

- Kinder- und Jugendanwaltschaft Vorarlberg
www.vorarlberg.kija.at

ALAUFGSTELLEN IN WIEN

- Psychosoziales Zentrum ESRA

www.esra.at

- HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende

www.hemayat.org

- SINTEM – Caritas Familienzentrum Wien

www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/?=0

- Die Boje – Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen

www.die-boje.at

- Psychosozialer Dienst (PSD) Wien

www.psd-wien.at

- Jugendarbeit der Männerberatung Wien

www.maenner.at/jugendarbeit

- FEM Frauengesundheitszentrum in der Semmelweis-Frauenklinik

www.fem.at/FEM/fem.htm

- FEM Süd Frauengesundheitszentrum im Kaiser-Franz-Josef-Spital

www.fem.at/FEM_Sued/femsued.htm

- Männergesundheitszentrum MEN im Kaiser-Franz-Josef-Spital

www.men-center.at

- LEFÖ – Beratung, Bildung und Begleitung für MigrantInnen

www.lefoe.at

- Orient Express – Beratung, Bildungs- und Kulturinitiative für Frauen

www.orientexpress-wien.com

- Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien

www.kija.at

Abstract

Globale sozialpolitische Entwicklungen der letzten Jahre definieren unter anderem die aktuelle Flüchtlingssituation in Österreich und erweitern folglich die Anforderungen an die Psychomotorik. Unter dem Titel „Auf der Flucht – Bewegte Kindheit“ beleuchtet die vorliegende Arbeit zu Beginn zunächst die gegenwärtige Flüchtlingsthematik, Migration in Österreich und die Bedeutung von Kultursensibilität. In weiterer Folge wird durch eine Vorstellung und im Anschluss durch eine Gegenüberstellung von Trauma und Bewegung beziehungsweise Trauma und Körper der enge Zusammenhang zwischen beiden Faktoren ersichtlich. Die vorgestellten Praxisbausteine repräsentieren ein psychomotorisches Methodenrepertoire und können als Lösungsvorschläge aufgefasst werden. Vor allem im Bereich der Stabilisation kann die Psychomotorik in der Traumabehandlung große Fortschritte verzeichnen. Dies unterstreichen auch die Ergebnisse der Literaturvergleiche, sie bestätigen letzten Endes die angewandte Motologie und Psychomotorik für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingskindern als förderlich. Als Abschluss dieser Arbeit werden wesentliche Hinweise hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Flüchtlingen genannt, sowie Anforderungen an den Psychomotoriker/die Psychomotorikerin und Ansprüche an die psychomotorische Fördereinheit angeführt.

Schlüsselwörter: Psychomotorik, Kinder, PTBS, Trauma, Bewegung, Stabilisation