

Traumatherapie in der Reittherapie mit Kindern und Jugendlichen: Geht das überhaupt?

In der Vergangenheit sind bereits mehrere ernstzunehmende Artikel über Traumapädagogik im Rahmen pferdegestützter Therapie veröffentlicht worden (I. Urmoneit, D. Baum, 2014, D. Hammer-schmidt, [Stand: 12.11.2015]). Ziel der Interventionen der pferdegestützten Traumapädagogik ist in der Regel die Stabilisierung des Klienten mit Hilfe des Pferdes. Das Pferd bietet durch seine Eigenart als Herdentier mehrere Möglichkeiten, die nützlich eingesetzt werden können. Schon allein die Pflege des Pferdes (Putzen, Ausmisten, Striegeln, Füttern usw.) erfordert ein hohes Maß an Verlässlichkeit und Kontinuität.

Das Pferd bekommt durch Mithilfe des Reittherapeuten einen versorgenden Halt, den ein traumatisiertes Kind zumindest in einer bestimmten Lebenssituation nicht gehabt hat. Es findet ein unbewusster Übertragungsprozess statt. Das Kind gibt dem Pferd etwas, was es selber – zumindest eine Zeit lang – nicht gehabt hat und macht dadurch eine Wirksamkeitserfahrung. In der Sprache der Traumatherapie dissoziiert¹⁾ das Kind das eigene Schutzbedürfnis. Idealerweise kann dann das Kind im Laufe der Zeit den Therapeuten selber als schutzgebend akzeptieren und über den Umweg Pferd auf sich selber übertragen. Die Dissoziation ist dann nicht mehr das störende Symptom, sondern wird eine Ressource. Es ist z.B. bekannt, dass Kinder von alkoholabhängigen Eltern früh schon Verantwortung für andere übernehmen und die eigenen Grundbedürfnisse nach Schutz, Halt und Zuwendung abspalten (Deutsche Hauptstelle gegen Suchtfahren, Stand 19.11.2015). Diese Kinder werden dann meistens in psychologischer Hinsicht viel zu früh erwachsen und verlieren dadurch in gewisser Weise ihre Kindheit. Wichtige versorgende Beziehungserfahrungen werden nicht ausreichend gemacht.

Dieser Mangel führt dann oft zu Problemen im weiteren Leben. Intime Beziehung zu anderen Menschen fallen ihnen schwer, müssen hart erarbeitet werden. Misstrauen, Aggression und Angst dominieren das Beziehungsgeschehen. Es können Folgeerkrankungen wie Depression, Sucht und Angststörungen entstehen. Deshalb brauchen diese Kinder Unterstützung. Aus Sicht der Traumatherapie ist die frühe Übernahme von Verantwortung für solche Kinder zwar destruktiv, macht aber Sinn. Das Kind erlebt das Gefühl von Wirksamkeit. Es ist ein Versuch, das eigene Leben unter Kontrolle zu bringen. „Alle

PTBS – Symptome sind ... nicht lediglich als Einschränkungen ... anzusehen, sondern vor allem als bestmögliche und bestmöglich dosierte Schritte zur Heilung.“ (G. Kahn, 2010, S. 45)

Selbstkontrolle als Ziel

Dieses Wiedererlernen von Selbstkontrolle ist auch Ziel jeder Traumatherapie. Die Versorgung des Pferdes ist also unter diesen Aspekten ein wichtiger Schritt, Eigenkontrolle zu entwickeln und Fürsorge annehmen zu können. Durch den Umgang mit dem Pferd erfährt das Kind etwas von sich selbst. Das Pferd ist als Fluchttier stark nach außen orientiert. Es wacht über die Umgebung, um Gefahren rechtzeitig lokalisieren zu können. Dadurch bekommt das Kind vom Pferd eine hohe Aufmerksamkeit, wenn es sich mit ihm beschäftigt. Es reagiert auf die Körperhaltung und auf Stimme des Kindes. Das Pferd bekommt eine Art Spiegelfunktion. Es ist so, wie

bei den meisten Menschen, die in den Spiegel schauen. Das Äußere wird kontrolliert und – falls notwendig – korrigiert. Die Interaktion zwischen Kind und Pferd verläuft meist automatisch. Das bedeutet also, dass das Kind lernt, Selbstkontrolle zu übernehmen, ohne es bewusst wahrzunehmen, es innerlich aber als Selbstwirksamkeitserfahrung verbuchen kann (K. Schley/S. Gerster, Offenburg 2009, S. 29). Theoretisch wird nun davon ausgegangen, dass mit Hilfe der Reitpädagogik die Vermittlung von Schutzempfinden, den damit zu-

sammenhängenden Halt und die Selbstwirksamkeitserfahrung die Heilung von Traumata vorangebracht werden kann. Vom Verständnis einer Trauma-Behandlung her ist diese Arbeit ein Teil der Stabilisierungsarbeit, die wiederum ein Teil des gesamten Behandlungskonzepts ist und meistens die Konfrontation mit dem belastenden Ereignis vorbereitet.

In diesem Bereich ist die Pädagogik des „sicheren Ortes“ eingebettet. In der Pädagogik des „sicheren Ortes“ (Martin Kühn, Stand 20.11.2015) geht es im Wesentlichen darum, von äußeren, sicheren Rahmenbedingungen (wie oben beschrieben) zu inneren Bildern zu

¹⁾Unter Dissoziation verstehen wir ... in der Psychologie die Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, welche normalerweise assoziiert sind. Hierdurch kann die integrative Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und der Identität beeinträchtigt werden“ (Wikipedia, Stand: 15.11.2015). Durch Dissoziation können Verhaltensweisen entstehen, die die Betroffenen dann selber nicht verstehen, weil sie zu einer bestimmten Situation nicht zu passen scheinen.

kommen, die ein Sicherheitsgefühl hervorrufen. Dieses Sicherheitsempfinden hat eine hirnpfysiologische Wirkung. Um das genauer verstehen zu können, müssen wir uns näher ansehen, was während und nach einem traumatischen Ereignis im Gehirn passiert.

Die Experimentelle Reittherapie

„Reittherapie“ in diesem Kontext ist als psychotherapeutisches Verfahren mit dem Medium Pferd zu verstehen. „Experimentell“ bedeutet frei übersetzt so viel wie erlebnisbezogen oder erlebnisorientiert. Der Begriff stammt aus dem Focusing und wurde von Eugene Gendlin geprägt (E. Gendlin, München 1998). Focusing versteht sich als ein therapeutisches Verfahren, das auf die inneren Selbstheilungskräfte eines Menschen vertraut und dadurch hilft, Probleme zu lösen. Durch das Erspüren verändert sich die innere Bedeutung des Problems. Davon sind dann die zum Problem gehörenden Emotionen, die Kognitionen und das Körperempfinden beeinflusst. Es wird einfach wahrgenommen und geschehen gelassen. Die Lösung findet sich im wahrsten Sinne des Wortes von selber. Kurt Schley und Silvia Gerster haben in ihrem Buch „Experimentelle Reittherapie“ plausibel beschrieben, wie Focusing in der Reittherapie angewendet werden kann (K. Schley, S. Gerster, Offenburg 2009).

Das Trauma

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde. Ursprünglich war damit die äußere Wunde gemeint. Heute wird der Begriff eher als innere Wunde verstanden, als Psychotrauma. Dem voraus geht eine oder mehrere Situationen, die für die Betroffenen als lebensbedrohlich empfunden wurden und bei denen sie nicht die gängigen Reaktionsmuster gegen eine Gefahr (Kampf oder

Flucht) konstruktiv einsetzen konnten. Es entwickelt sich ein Ohnmachtsgefühl, das zu einer inneren Starre und bei Chronifizierung zu einer Reihe von Symptomen führen kann (G. Kahn, 2010, S. 45 ff.).

Wenn ein Mensch mit einem bedrohlichen Ereignis konfrontiert wird, reagiert unser Gehirn mit einem Automatismus. Zunächst wird in Sekundenbruchteilen sortiert, wie groß die Gefahr ist. Diese Gefahr wird nicht kognitiv (Neocortex) eingeordnet, sondern intuitiv (Stammhirn). Dann, wenn die Gefahr nicht allzu bedrohlich wahrgenommen wird, übernimmt der Verstand und entscheidet, welches Verhalten gewählt wird. Wenn aber die Gefahr als existentiell bedrohlich wahrgenommen wird, übernimmt das Stammhirn die Regie.

Das Stammhirn kennt fünf intuitive Reaktionsmöglichkeiten. Zuerst wird das Bindungssystem abgerufen. Bei Kindern lässt sich das oft beobachten. Bei Gefahr (z. B. eine ungewohnte Situation) läuft ein Kind automatisch zu der Person, der es beziehungsmäßig am nächsten steht. Erwachsene verhalten sich in Gefahrensituation ähnlich. Die vorhandenen Schutzstrukturen werden abgerufen.

Wenn aber keine schutzbietende Bindungsperson da ist, wird auf die zweite Reaktionsmöglichkeit zurückgegriffen, den Kampf. Hierbei wird der Körper mit Noradrenalin überschwemmt, ein Neurotransmitter, der den Aktivitätspegel des Körpers erhöht. Wenn Kampf aber sinnlos erscheint, wird die dritte Reaktionsmöglichkeit abgerufen: die Flucht. Wenn auch die Flucht als aussichtslos erscheint, wird die letzte Reaktionsmöglichkeit benutzt: die Starre (A. Korittko, K.H. Pleyler, Göttingen 2010, S. 34 ff.). Im Volksmund sagt man auch „Totstellreflex“. Die Überschwemmung mit Noradrena-





lin muss im Körper rückgängig gemacht werden. Cortisol wird als Reaktion auf übermächtige Angst als „Bremsen“ in Massen produziert. Wir kennen viele Beispiele für diese Situation aus der Natur, etwa das berühmte Kaninchen, das vor Schreck vor der Schlange erstarrt.

Erst wenn die drei ersten Reaktionsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen, sprechen wir von einem Trauma. Den gerade beschriebenen Ablauf nennt man die „traumatische Zange“. Die Prozesse laufen komplett außerhalb der kognitiven Steuerungsfähigkeit, mit der wir normalerweise die Alltagsprobleme lösen. Es entsteht ein Ohnmachtsgefühl (B. van der Kolk, 2000).

Gerald Hüther (G. Hüther, Stand 16.11.2015) hat diesen Prozess als „Schacht traumatischer Erinnerungen“ beschrieben. Weil die Bedrohung als so groß empfunden wird, dass die normalen Konfliktlösungsmöglichkeiten (Neocortex, Limbisches System) nicht mehr greifen, werden die entsprechenden Hirnregionen einfach durchlaufen, ohne sie zu benutzen. Die vom Trauma Betroffenen fallen einfach durch die verschiedenen Schichten der Hirnregion und „landen“ im Stammhirnbereich, der ältesten Hirnregion. In der Traumatherapie kommt es jetzt darauf an, quasi den Schacht hinaufzuklettern, um die kognitive Handlungsfähigkeit wieder zu erlangen. Eigentlich ist der Begriff „Fahrstuhl“ (den G. Hüther an einer anderen Stelle auch benutzt) passender, weil er die Möglichkeit, wieder „raufzukommen“ eher bildlich vorstellbar macht. Wie das Bild eines Schachtes, in den man ja bekanntlich fällt und schlecht wieder heraus kommt.

Definition Trauma

Fischer und Riedesser definieren Trauma als: „[...] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (G. Fischer und P. Riedesser, München 1998, S. 79).

Das bei uns relevante Klassifikationssystem ICD-10 definiert ein Trauma als: „[...] ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (z. B. Naturkatastrophe oder menschlich verursachtes schweres Unheil – man-made disaster – Kampfeinsatz, schwerer Unfall, Beobachtung des gewaltsamen Todes anderer oder Opfersein von Folter, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen).“ (ICD 10, <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>).

Diagnostik Trauma

„Damit die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt werden kann, sollten bei einer Person die folgenden Merkmale vorhanden sein:

1. Traumatisches Erlebnis: es wurde ein traumatisches Ereignis erlebt oder beobachtet. Dieses Ereignis ging mit Gefahr, Verletzung oder sogar dem drohenden Tod der eigenen oder einer anderen Person einher. Auch die reale oder angenommene Bedrohung der psychischen Gesundheit kann zum Trauma werden.

2. Wiedererleben: das traumatische Erlebnis wird ungewollt wiedererlebt oder wiedererinnert. (z. B. durch Alpträume, Flashbacks, Anmerk. d. Verf.).

3. Vermeidung und/oder emotionale Taubheit: Situationen und Merkmale, die mit dem Trauma in irgendeiner Art und Weise verbunden sind, werden vermieden. Und/oder Emotionen können nicht mehr wie gewohnt empfunden werden. Eine Art emotionale Taubheit wird erlebt.

4. Erhöhte Erregung / Reizbarkeit: der Betroffene ist unruhiger, leichter erregbar oder reizbarer als vor dem traumatischen Erlebnis.

5. Beginn und Dauer der Symptome: die Symptome dauern länger als einen Monat nach dem Ereignis an. Bis zu drei Monate nach dem Erlebnis spricht man von einer akuten PTBS, darüber hinaus ist eine chronische PTBS zu diagnostizieren. In besonderen Einzelfällen kann es zu einem verspäteten Beginn kommen.

Das Ereignis liegt dann sechs Monate oder länger zurück. (Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie, http://www.c-d-k.de/psychotherapie-klinik/Stoerungen/posttraumatische_diagnose.html [Stand: 12.11.2015]).

Wir müssen bei der Diagnose der PTBS zwischen den Symptomen der Erwachsenen und denen der Kinder unterscheiden. Die drei oben genannten Kriterien stimmen für Erwachsene, für Kinder nicht. Kinder zeigen mitunter bei einer PTBS keinerlei erkennbare Symptome, die auf eine PTBS schließen lassen. Hier ist äußerste Vorsicht angezeigt. Laut Giacono und Kollegen erfüllen mehr als zwei Fünftel der Jugendlichen, die im Diagnoseschema DSM-III-R unter anderen Diagnosen aufgeführt sind, die Kriterien einer PTBS (R.M. Giacono, 2000, S. 25). Ebenso kann vermutet werden, dass viele Kinder mit der Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ eine PTBS haben. Eigene Erfahrungen in der Arbeit mit gewaltbereiten Jugendlichen belegen diese These. Hier war mehrmals zu erfahren, dass die Gewalttätigkeit als misslungener Konfliktlösungsversuch zu verstehen gewesen ist. Andererseits konnte sie als Dissoziation in Bezug auf die aus dem Trauma resultierten Gefühle gesehen werden. Die Jugendlichen haben im Grunde genommen die anderen Kriterien, die zu einer Diagnose der PTBS gehören, abgespalten. Kinder dissoziieren mitunter durch Anpassung. Sie tun so, als wäre alles in Ordnung, um die belasteten Eltern nicht noch mehr zu belasten, wie es oben schon am Beispiel Kinder suchtkranker Eltern beschrieben wurde.

Weiterhin müssen wir bei der Frage, ob EMDR in die Reittherapie integriert werden kann, zwischen Monotrauma und Komplextrauma unterscheiden. Als Monotrauma wird ein einmaliges Bedrohungsereignis verstanden, meist außerhalb der Familie geschehen (z. B. Verkehrsunfall). Komplextraumata sind Bedrohungssituationen, die mehrmals, manchmal seriell passiert sind, oft innerhalb der Familie oder in einem anderen vertrauten Rahmen. In diesem Fall stehen den Betroffenen elementare Schutzräume nicht mehr zu Verfügung. Vertraute Beziehungen können nicht als Hilfe abgerufen werden. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Trauma-Folgeschäden. Neben der PTBS können sich auch Suchterkrankungen, schwere Depressionen, Angstzustände, Essstörungen usw. entwickeln. Vereinfacht kann man feststellen: je besser (in qualitativer Hinsicht) und beschützender das Beziehungsgefüge eines Menschen ist, umso unwahrscheinlicher ist die Entwicklung

einer PTBS. Und je brüchiger der Bezugsrahmen eines Kindes ist, umso größer ist die Gefahr, dass sich eine komplexe Traumatisierung mit all den negativen Begleiterscheinungen entwickelt. Es gibt mehrere traumatherapeutische Methoden, die im Rahmen der Reittherapie durchgeführt werden können. An dieser Stelle soll aber nur EMDR beispielhaft thematisiert werden.

Die Traumabehandlung durch EMDR

Im Allgemeinen wird der Verlauf einer traumatherapeutischen Behandlung in drei Bereiche untergliedert: Die Stabilisierungsphase, die Konfrontationsphase und die Integrationsphase. Diese Dreiteilung ist in der Traumatherapie allgemein üblich. Sie unterscheidet sich in der Konfrontationsphase. Es gibt unterschiedliche Methoden, die oft entsprechend der Ausbildung des Psychotherapeuten angewendet werden. Unterschiedlich sind auch die Auffassungen, ob das traumatische Ereignis überhaupt konfrontiert werden muss. Verwiesen sei hier beispielhaft auf die sehr interessante Methode „Das-innere-Kind-retten“, die von Gabriele Kahn (G. Kahn, 2010) entwickelt wurde.

Die Stabilisierungsphase nimmt zeitlich meist den größten Raum in Anspruch. Der Klient soll in die Lage versetzt werden, mögliche Retraumatisierungen durch das Erlangen einer inneren Stabilität zu vermeiden. Dazu werden zuerst Entspannungsübungen eingeübt, deren Techniken aus der Hypnotherapie und dem Focusing stammen. Wohl in jeder Traumatherapie wird der sogenannte „sichere Ort“ (L. Reddemann, Stand: 24.11.2015) installiert. Der Klient soll sich vorstellen, dass es in seiner Fantasie einen Ort gibt, in dem er ganz sicher ist und den niemand ohne seine Erlaubnis betreten darf. Diesen Ort sollte es auf alle Fälle nur in der Fantasie geben, nicht in der Realität. Das ist deshalb wichtig, weil es in der Realität objektiv gesehen keinen sicheren Ort gibt. Kinder wählen als sicheren Ort z. B. mitunter das eigene Zimmer. Das eigene Zimmer aber kann jederzeit von den Eltern betreten werden, ist als nicht sicher im Sinne vom „sicheren Ort“.

Wenn die Kinder einen sicheren Ort gefunden haben, können sie ihn noch einmal in ihrer Fantasie verändern. Das Licht kann heller oder dunkler gestellt werden. Die Temperatur kann den eigenen Wünschen angepasst werden usw. Dann wird der Ort im Kind „verankert“. Es wird nach den Emotionen gefragt, die auftauchen, wenn es sich vorstellt, im „sicheren Ort“ zu sein. Dann wird, wenn die Entwicklungsreife des Kindes es zulässt, nach einem Gedanken oder einen Satz dazu gefragt, der zur Situation und zum Ort passt. Schließlich wird danach gefragt, wo im Körper das Kind die Emotion spürt. Es wird danach aufgefordert, dieses Gefühl, diesen Gedanken und die Vorstellung (inneres Bild) in sich aufzunehmen, etwa so wie man ein Dokument im PC speichert oder ein Foto in ein Album klebt. Das Kind wird aufgefordert, diese Aufgabe zu üben. Ziel ist es, bei dem späteren Konfrontationsverfahren die Möglichkeit zu besitzen, in der Fantasie zu dem inneren „sicheren Ort“ zu gehen, um sich reorganisieren zu können.

Um in die Konfrontationsphase übergehen zu können, sollte das Kind mit der Fähigkeit vertraut sein, sich durch Entspannung innerlich vom Traumageschehen distanzieren zu können. Günstig wäre es auch, weitere Imaginationstechniken zu beherrschen, z. B. die

Lichtstromübung. Bei dieser Übung kann sich das Kind vorstellen, es gehe ein heilendes Licht durch den Körper. Wenn mit EMDR gearbeitet werden soll, sollte das Verfahren erklärt werden.

EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing):

Francine Shapiro gilt als Entdeckerin von EMDR. Sie hat durch Zufall herausgefunden, dass durch Rechts-Linksstimulierung der Augen Belastungen reduziert werden können, bis hin zur vollkommenen Auflösung. Sie ist dieser Erfahrung nachgegangen und hat daraus die inzwischen weltweit anerkannte Methode EMDR entwickelt (Francine Shapiro, 2013.). Der theoretische Hintergrund ist wissenschaftlich nicht ganz geklärt. Am plausibelsten ist wohl die Theorie, dass durch die Rechts-Linksstimulierung Informationen im Gehirn miteinander verknüpft werden. Es wird angenommen, dass der Effekt ähnlich ist, wie in der REM (Rapid Eye Movement)-Schlafphase. Im Schlaf werden in dieser Phase Alltagserfahrungen verarbeitet. Im Grunde genommen wird demnach bei EMDR die REM-Schlafphase im Wachzustand imitiert. Es geht, wie in der REM-Schlafphase auch, um die Informationsverarbeitung.

Die EMDR Behandlung verläuft in acht Schritten:

- 1) Anamnese und Behandlungsplanung
- 2) Vorbereitung
- 3) Bewertung
- 4) Desensibilisierung
- 5) Verankerung
- 6) Körperrest
- 7) Abschluss
- 8) Überprüfung

Alle diese Phasen gelten auch für die EMDR-Behandlung von Kindern, jedoch in einer vereinfachten und abgewandelten Form (R. Tinker, S. Wilson, Paderborn 2000, S. 29.). Die ersten Schritte sind gleich wie in der Stabilisierungsphase der herkömmlichen Traumatherapie mit Anamneseehebung und Behandlungsplanung. In Punkt 3 wird nach der subjektiven Bewertung, der Kognition gefragt („Wenn du an die schlimme Situation denkst, welcher Gedanke taucht dann auf? Der Gedanke sollte mit: ‚Ich bin ...‘ anfangen.) Dann wird das Kind gefragt, was es lieber über sich denken will. Die Kinder benötigen bei dieser Frage meist Hilfestellung. Manchmal sind sie auch aufgrund ihrer Reife oder ihres Alters überfordert. Dann sollte auf die Arbeit mit den negativen/positiven Kognitionen verzichtet werden. Falls sie aber doch beantwortet werden können, wird nach einer Skalierung gefragt: „Wie sehr trifft der positive Gedanke jetzt schon zu?“ Das Kind soll sich dann eine Skala von 1 bis 7 (VOC: Validity of Cognition) vorstellen. 1 = trifft überhaupt nicht zu. 7 = trifft vollkommen zu. Die Skala kann auch durch Arm-bewegungen oder Smilies dargestellt werden.

Vor Beginn des Prozessierens wird nach dem schlimmsten Moment des Traumas gefragt, nach dem auftretenden Gefühl, der Körperempfindung und des Grades der Belastung auf einer Skala von 0 -10 dem sogenannten SUD (SUD: substance use disorders). Bei der eigentlichen EMDR Sitzung sitzt der Therapeut dem Klienten gegenüber. Er bewegt vor ihm (Abstand üblicherweise ca.1 - 1,5 m) mit zwei ausgestreckten Finger den Arm hin und her, ähnlich einem Scheibenwischer. Der Klient wird aufgefordert, der Hand mit den

Augen zu folgen. Durch die Augenbewegung soll die Hirnfunktion hinsichtlich der Verknüpfung stimuliert werden. Gleichzeitig soll sich der Klient den schlimmsten Moment des Traumas als Ausgangssituation vorstellen. Er wird aufgefordert, einfach die auftauchenden inneren Bilder wahrzunehmen und an sich vorbeiziehen zu lassen. Die inneren Bilder werden nicht benannt. Nach einer bestimmten Sequenz von Augenbewegungen wird eine kurze Halt gemacht und der Klienten gefragt, wo er jetzt steht und ob es etwas zum Mitteilen gibt. Dann wird weiter prozessiert. Erfahrungsgemäß treten im Laufe des Prozesses die belastenden Bilder immer mehr in den Hintergrund und die angenehmen Bilder in den Vordergrund. Dadurch sinkt auch der Belastungspegel, der am Ende der Sitzung auf den Punkt 0 zurückgegangen sein sollte.

Die Sitzung wird beendet mit der Frage nach dem momentanen Emotion und dem Körperempfinden. Die Belastung in allen Bereichen sollte zurückgegangen sein. In der darauffolgenden Sitzung wird noch einmal nach der positiven Kognition, der Emotion, dem Körpergefühl und der Skalierung gefragt.

Das Standardprotokoll ist auf Erwachsene konzipiert. Es sollte in der Arbeit mit Kindern – wie oben schon beschrieben – an den allgemeinen Reifestand angepasst werden. Das Prozessieren kann gut mit der Metapher „Eisenbahn“ erklärt werden: „Es ist so, als wenn du eine Zugfahrt machst. Zuerst ist der Zug am Bahnhof (der schlimmste Moment), dann fährt er los. Wenn du aus dem Fenster schaust, ziehst Landschaften (innere Bilder) an dir vorbei. Manchmal geht es durch einen Wald, manchmal über Wiesen, durch Städte usw. Manchmal fährst du durch einen Tunnel, dann siehst du gar nichts.“ Das Kind wird darüber informiert, dass es jederzeit einen „Stopp“ machen kann, wenn es das Gefühl hat, dass die Belastung zu stark ist. Als Metapher bietet sich die „Notbremse“ an. Im Falle einer überfordernden Belastung droht eine Re-Traumatisierung, die verhindert werden sollte. Es wird dann auf den „sicheren Ort“ zurückgegriffen, indem das Kind an diesen Ort erinnert und aufgefordert wird, sich vorzustellen, an diesem Ort zu sein. Als Unterstützung der Reorganisation kann das Kind auch aufgefordert werden, sich auf die eigene Atmung zu konzentrieren. Bewährt hat sich auch ein abrupter Themenwechsel, der durch die Konfusionstechnik² eingeleitet wird.

Beendet wird die EMDR-Sitzung, wenn der Belastungspegel auf „0“ ist. Falls das nicht der Fall ist, wird die Sitzung am nächsten Termin fortgesetzt. Die aufgetauchten, belastenden Bilder und Emotionen werden in einen imaginären Tresor verschlossen und erst in der nächsten Sitzung wieder hervorgeholt. Darüber hinaus wird die Aufmerksamkeit auf die Ressourcen gelenkt: „Was ist das Positivste, was du über die heutige Sitzung sagen kannst?“ Im Prinzip kann EMDR in jedem Alter durchgeführt werden. Höchst unterschiedlich ist der Umgang mit der Arbeit mit Kognition. Die Faustregel lautet: je jünger die Klientinnen sind, umso weniger ist es möglich. Stattdessen wird mehr mit Metaphern oder Geschichten gearbeitet.

² Konfusionstechnik: Ein hypnotherapeutisches Verfahren, das durch Herstellen einer kurzzeitigen Verwirrung zu einem Trancezustand führt. Hier kann es quasi entgegengesetzt eingesetzt werden, um die Problemlösung (Re-Traumatisierung) zu beenden. Ansonsten wird in der Arbeit mit Traumatisierten auf die Konfusionstechnik verzichtet. Sie ist kontraproduktiv.

Im Laufe der Zeit haben sich in der EMDR-Praxis mehrere Möglichkeiten der Links-Rechtsstimulierung etabliert. F. Shapiro nennt sie „alternative Stimuli“ (F. Shapiro, 2013, S. 63). Einige Trauma-Therapeuten benutzen akustische Stimulanzen, wie z. B. Musik aus zwei Richtungen, oder die Klientinnen klopfen mit ihren Händen im Rechts-Linksrhythmus auf ihre Oberschenkel, bzw. die Trauma-Therapeutin klopft (nach sorgfältiger Vorbesprechung) auf die Knie der Klienten. Ganz kleine Kinder können auf dem Arm von einer schützenden Person hin und her gewiegt werden, während ihm eine Methapergeschichte erzählt wird, die das traumatische Ereignis aufgreift und zu einem guten Ende führt. Eine andere häufig eingesetzte Methode ist der Butterfly. Der Klient verschränkt dabei die Arme vor der Brust und schlägt dann mit offener Hand im Links-Rechtsrhythmus auf den entsprechenden Oberarm und macht dabei Bewegungen wie ein Schmetterling. Aus diesen Erfahrungen heraus haben wir uns nun überlegt, dass das Schrittreiten auf dem Pferd ebenfalls als eine Rechts-Linksstimulierung des Gehirns eingesetzt werden kann und damit eine EMDR Behandlung durchgeführt werden kann.

Umsetzung der Traumatherapie durch EMDR in der Reittherapie

Bevor sich weiter mit der pferdegestützten Traumatherapie beschäftigt wird, sollten einige Grundvoraussetzungen geklärt werden: der Klient muss einen positiven Bezug zum Therapiepferd haben. Es muss als schutzgebend wahrgenommen werden. Dem Klienten sollte das Pferd vertraut sein, ebenfalls dem Reittherapeuten. Äußerliche Störungen, wie z. B. bedrohliche Wettereinwirkungen sollten vermieden werden. Die Stabilisierungsphase beginnt beim ersten Kontakt mit dem Pferd und entspricht den Prinzipien der Pädagogik des „sicheren Ortes“. Auch das Reiten gehört zu der Stabilisierungsphase. Das Kind macht z. B. durch den Einsatz der treibenden Hilfe wichtige Selbstwirksamkeitserfahrung. Die Konfrontationsphase wird sorgfältig vorbereitet. Die Methode EMDR wird erklärt (Eisenbahnmetapher), ebenso die einzelnen Schritte.

1. Schritt: Der Klient setzt sich auf das Pferd und geht einige Runden auf dem Reitplatz im Schritt. Das Pferd wird von dem Reittherapeuten geführt.

Dann beginnt die EMDR-Sitzung. Der Klient wird nach dem schlimmsten Moment der zu verarbeiteten traumatischen Situation gefragt. Eine Stichwortnennung genügt. Dann wird nach der aufkommenden Emotion gefragt und nach dem Körpergefühl. Der Klient wird aufgefordert, sich auf das innere Bild, das Gefühl, die vorher besprochene negative Kognition und das Körperempfinden zu fokussieren. Weiterhin wird der Klient aufgefordert, alles, was ab nun kommt, geschehen zu lassen, Gefühle, Gedanken und innere Bilder (i.S.v. experientiel). Dann beginnt der Reittherapeut mit der Führung des Pferdes. Das Pferd wird zügig geführt. Ein „Vor-sich-hin-trotten“ soll vermieden werden. Nach ca. 20 bis 30 Schritt-bewegungen wird ein Halt gemacht. Der Klient wird gefragt, was im Inneren aufgetaucht ist. Ein Dialog oder eine Reflexion wird vermieden. Das Gesagte wird empathisch aufgenommen und nur knapp kommentiert. Dem Klienten wird bestätigt, auf dem richtigen Weg zu sein. Dann wird er aufgefordert, die Prozesse weiter geschehen zu lassen. Schließlich wird das Pferd weiter geführt und

nach 20 bis 30 Schritten wird wieder ein Halt gemacht und nach dem inneren Prozess gefragt. Nach dem dritten oder vierten Halt wird nach dem aktuellen Belastungsgrad gefragt. Wenn der SUD unter „1“ ist, wird das Prozessieren beendet.

2. Schritt: Nun wird der Klient aufgefordert, sich noch einmal den schlimmsten Moment vorzustellen und die negative Kognition (falls vorhanden) und dem aktuellen Belastungsgrad. Wenn weiterhin der Wert unter „1“ ist, wird nach dem Körperempfinden gefragt. Wenn keine weiteren Belastungen erkennbar sind, wird noch einmal kurz prozessiert: das Kind sitzt immer noch auf dem Pferd, der Reittherapeut führt das Pferd, und das Kind soll sich auf das inzwischen aufgetretene gute Gefühl und auf die positive Kognition (falls vorhanden) konzentrieren. Dann wird das Pferd kurz – etwa zehn Schritte – deutlich langsamer als vorher geführt. Das Ziel der letzten Schritteinheit besteht darin, das gute Gefühl mit der positiven Kognition zu verankern.

3. Schritt: Die Sitzung sollte mit einer angenehmen Aktivität beendet werden. In der Reittherapie bietet es sich an, sich weiter mit dem Pferd zu beschäftigen, je nach Reitkompetenz des Kindes zu traben oder zu galoppieren. Allerdings sollten Risiken vermieden werden. In der darauffolgenden Sitzung wird wieder nach dem Belastungsgrad und dem Körpergefühl gefragt. Wenn keine Belastungen auftreten, ist die Behandlung beendet. Falls die Belastung wieder angestiegen ist, wird nach dem gleichen Vorgehen weiter behandelt.



ANZEIGEN



Mobile Aufsitzrampe

- für das therapeutische Reiten
- macht gehandicapte Reiter unabhängiger
- dient der Schonung und Sicherheit

Bitte fordern Sie Informationsmaterial an!

Syker Straße 203-213 • 27321 Thedinghausen
www.roewer-rueb.de • info@roewer-rueb.de
Tel. 04204/9140-0, Fax 9140-60

Röwer Rüb
PFERDESPORTSYSTEME



POHLIG
www.pohlig.net

Reiten ist Gefühl und Vertrauen.

Sie suchen eine unkomplizierte, schnelle und ansprechende Möglichkeit der Anzeigenschaltung?

Dann buchen Sie unsere digitale Annonce, verschickt über den großen E-Mail-Verteiler des DKThR.

Jederzeit möglich, keine Grafikkosten
– Sie liefern Ihren Anzeigentext als Fließtext; Logo/ Foto falls gewünscht, und wir übernehmen das Layout.

Kosten für Mitglieder des DKThR: € 35,70*

In Kombination mit einer Kleinanzeige im Magazin: € 59,50*
Kosten für Nichtmitglieder: € 71,40*
In Kombination mit einer Kleinanzeige im Magazin: € 95,20*

E-Mail an: elindner@fn-dokr.de oder telefonisch unter 02581-92 79 19-0



Bemerkungen:

Bei Kindern verlaufen die Prozesse oft sehr schnell, bei Erwachsenen manchmal sehr lange. Kinder sind immer an dem Entwicklungsstand abzuholen, an dem sie sich gerade befinden. Das kann auch bedeuten, dass sie sich nicht so sehr auf das innere Erleben konzentrieren wie Erwachsene es tun. Hier kann die Reittherapie außerordentlich hilfreich sein, weil Kinder auf dem Pferd erfahrungsgemäß viel konzentrierter sind, als z. B. in einem Therapiezimmer. Auch scheint es uns günstiger zu sein, zunächst konfrontationsorientierte Verfahren im Rahmen der Reittherapie bei Mono-traumata zu verwenden und nicht bei Komplextraumata, nicht zuletzt auch deshalb, weil diesbezüglich noch Erfahrungen fehlen. Ansonsten gelten die gleichen Regeln, wie in einer „normalen“ Traumatherapie und auch in der „normalen“ Reittherapie: safety first.

Die acht Schritte nach F. Shapiro können allesamt auf dem Pferd durchgeführt werden. Die Arbeit mit den Kognitionen sollte auf dem stehenden Pferd umgesetzt werden, die Verankerungen im Schritt. Ideal wäre es, wenn die reittherapeutische Traumabehandlung mit EMDR von zwei Personen durchgeführt wird, dem Traumatherapeuten und dem Pferdeführer. Der Trauma-Therapeut sollte neben seiner traumatherapeutischen Zusatzausbildung auch Kenntnisse in Reittherapie haben. Der Pferdeführer sollte auf alle Fälle zertifizierter Reittherapeut sein, der auch Kenntnisse in Traumabehandlung hat. Falls die Behandlung von einer Person durchgeführt wird, sollte diese in Traumatherapie und in Reittherapie ausgebildet sein. Wenn mit EMDR therapiert wird, sollte eine entsprechende Zusatzzertifizierung vorliegen.

Zu einer fundierten Reittherapieausbildung gehören neben der Pferdekompentz (Reiten, Longieren, Bodenarbeit, belegt durch Prüfungen reitlicher Verbände) auch solide Kenntnisse im (heil)pädagogischen, psychologischen und therapeutischen Handeln in Theorie und Praxis, Umgang mit schwierigen Klienten (Sucht, Trauma, Suizidgefahren) und Grundkenntnisse in den gängigen psychologischen Diagnoseverfahren. Außerdem sollten ausgebildete Reittherapeuten in der Lage sein, eine reittherapeutische Behandlungsstunde methodisch und didaktisch zu planen, durchzuführen und zu reflektieren.

Kontraindikationen

Wie bei anderen Psychotherapien auch sind z.B. akute Psychosen, akute Intoxikation (Alkohol oder Drogen) und akute Suizidalität Kontraindikationen. Auch eine negative Einstellung zum Pferd oder gar eine feindselige, aggressive Übertragung auf das Pferd wäre kontraindiziert. Das Pferd muss auf alle Fälle geschützt sein. Es darf keinesfalls Prellbock für die Aggression des Klienten sein. Aber das versteht sich ja im Grunde von selbst. Das Kind oder der Jugendliche sollte bei Beginn einer Therapie keinen Täterkontakt mehr haben, falls ein sogenanntes man-made-disaster vorliegt, meist bei Traumatisierung durch Misshandlung und sexueller Gewalt. Auch

* Trigger: Sinnesindrücke, die Erinnerungen an alte Erlebnisse wecken. Es fühlt sich dann für die Betroffenen so an, als würde die alte Situation gerade passieren. Die Reaktion ähnelt dann der Reaktion auf emotionaler, physiologischer und kognitiver Ebene von früher. Diese Erinnerung erfolgt meist plötzlich und mit großer Wucht. Die damaligen Gefühle werden unmittelbar erlebt (Flashback). Die aktuelle Realität wird nur noch verzerrt wahrgenommen. Die Sinnesindrücke können durch Bilder, Gerüche, Geräusche usw. hervorgeufen werden.

Zeugen könnten zum Täterkreis dazugehören, wenn sie z. B. nicht für den notwendigen Schutz gesorgt haben. Hier ist eine gründliche Exploration notwendig. Allerdings wird die Frage der Kontraindikation beim Umgang mit sexuellem Missbrauch schwieriger. Durch die Körpernähe zum Pferd, der Atmung und dem Geruch können traumatische Erfahrungen angetriggert³⁾ werden. Auch der Trab kann ein starker Trigger sein, wenn das Kind im Rahmen des Missbrauchs penetriert wurde. Durch den Trab entsteht der gleiche Rhythmus wie beim Geschlechtsverkehr und gleiche Körperteile werden aktiviert. Deshalb sollten diese Gefahren vor der Behandlung mit dem Kind besprochen werden. Die Haltung des Kindes zum Pferd ist von entscheidender Bedeutung. Wenn es schon längere Zeit einen guten Kontakt zum Pferd hatte, ohne angetriggert worden zu sein, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass im Durcharbeiten des Traumas das Kind retraumatisiert wird. Trotzdem sollten Trigger vorher exploriert werden, wie in anderen Traumabehandlungen auch. Dieses Erarbeiten vom Umgang mit Situationen, die an das Trauma erinnern, ist ein wesentlicher Teil der Stabilisierungsphase.

Andererseits ist ein Trigger auch eine Ressource. Wie früher Hirten und Jäger an den Lagerfeuern Geschichten erzählten und weiterzählten, wird heute in den Seminarräumen der psychotherapeutischen Weiterleitung der Satz, der wohl von dem Psychologen und Hypnotherapeuten Gunter Schmidt (G. Schmidt, https://www.meihei.de/dateien/institutsleiter_meihei.htm), 14.12.2015) stammt, weitergegeben: „Jedes Symptom ist ein wertzuschätzender Konfliktlösungsversuch“ (mündliche Überlieferung, schriftliche Quelle unbekannt). Wie schon oben erwähnt, hat Gabriele Kahn diese Sichtweise aufgenommen (G. Kahn, ebenda) und beschrieben, dass traumatisierte Patienten durch die Herbeiführung der Re-Traumatisierung auf unbewusster Ebene versuchen, die Selbstkontrolle wiederzuerlangen, indem sie sich wieder und wieder der Aufgabe stellen, um die innere Umgehensweise mit dem Trauma zu korrigieren. Aus dieser Überlegung heraus ergibt sich dann die Schlussfolgerung, dass die bewusste Konfrontation durch EMDR in der Therapie selber auch ein bewusstes Antriggern ist, mit dem Ziel, durch Übernahme von Selbstkontrolle endlich die alte Erfahrung innerlich zu den Akten legen zu können. Also ist der Trigger selber nicht das Problem, sondern wie damit umgegangen wird. Trigger in der Therapie sind dann nicht erwünscht, wenn die Reaktionen unkontrolliert verlaufen. Das gilt es zu verhindern. Deshalb ist die Diagnose PTBS nach sexuellem Missbrauch kein Kontraindikator. Aber eine Reittherapie macht keinen Sinn, wenn das Kind noch keine Erfahrungen mit dem Pferd gemacht hat oder es keine ausgesprochen positive Einstellung zum Pferd hat. Dann wäre es sinnvoller, eine nichtpferdegestützte Traumatherapie zu beginnen. Sie wäre in mehrfacher Hinsicht risikoärmer.

Zusammenfassung

Nach unseren Kenntnissen und Erfahrungen ist ein Durcharbeiten des traumatischen Geschehens im Rahmen der Reittherapie möglich. Von der Haltung her ist eine Trennungslinie zwischen pferdegestützter Trauma-Pädagogik und pferdegestützter Traumatherapie zu ziehen. Der Vorteil der Traumatherapie innerhalb der Reittherapie liegt darin, dass nicht zwischen pferdegestützter Trauma-Pädagogik und nicht pferdegestützter Traumatherapie, die

meist parallel verläuft, unterschieden werden muss. Die Behandlung bleibt in einer Hand und kann dadurch flexibler gestaltet werden. Bei Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern ist Vorsicht geboten, weil durch den starken Körperbezug zum Pferd eher eine unkontrollierte Re-Traumatisierung droht. Das Setting auf dem Pferderücken fördert die Methoden der experiellen Reittherapie. EMDR selber kann als „experiell“ angesehen werden, weil es ebenso wie beim Focusing und der Hypnotherapie auf Wachstum durch die inneren Kräfte vertraut. ■

Fotos: fotolia

Der Autor



Uwe Krause-Straky

Dipl. Sozialpädagoge

Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeut, Hypnotherapeut für Kinder und Jugendliche (MEG), Suchttherapeut (GSM), Traumatherapeut für Kinder und Jugendliche (mit EMDR), Ausbildung in Transaktionsanalyse

Tätigkeiten: Ausbildungsleiter bei IFERT, Institut für Experielle Reittherapie (Elzsch), Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche, Caritasverband Breisgau-Hochschwarzwald, Dozent an der Offenburger Akademie für Psychotherapie (OAP), Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, K. Schley (Offenburg).

Literatur

- Fischer, Gottfried, Riedesser, Peter, Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt Verlag, München 1998, S. 79).
- Genclin, Eugene, Focusing-orientierte Psychotherapie, ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode, 2. Auflage, Klett-Cotta Verlag, München 1998
- Giacona, Ruth Maria, traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents, in: Robert H. Tinker, Sandra Wilson, EMDR mit Kindern-ein Handbuch, Junfermann Verlag, Paderborn 2000.
- Kahn, Gabriele, Das Innere Kind-Retten, Psychosozial-Verlag, Gießen 2010.
- Kolk van der, Bessel, Der Körper vergisst nicht- Ansätze einer Psychophysiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung, in B.A. van der Kolk, A.C. MacFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.), Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (S. 195-217). Paderborn, Junfermann 2000, in: Alexander Korritko, Karl Heinz Pleyer, ebenda.
- Korritko, Alexander, Pleyer, Karl Heinz, Traumatischer Stress in der Familie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2010.
- Schley, Kurt / Gerster, Silvia, Experielle Reittherapie, Adebar-Verlag, Offenburg 2009
- Shapiro, Francine, EMDR- Grundlagen und Praxis, Junfermann Verlag, Paderborn 2013.
- Tinker, Robert / Wilson, Sandra, EMDR mit Kindern – ein Handbuch, Junfermann Verlag, Paderborn 2000.
- Urrmonet, Imke / Baum, Dirk, Interventionsgestaltung in der pferdegestützten systemischen Pädagogik, in: Therapeutisches Reiten, das Magazin des DKThR, Ausgabe 2/2014.

WEBlinks

- Christoph-Dornier-Klinik- für Psychotherapie, http://www.c-d-k.de/psychotherapie-klinik/Stoerungen/posttraumatische_diagnose.html, Stand: 12.11.2015.
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/kinder-aus-suchtfamilien.html>, Stand 19.11.2015.
- Hammerschmidt, Doreen, <http://www.pferdegestuetzte-therapie.de>, Stand: 12.11.2015.
- Hüther, Gerald in Die Zeit: „Nachts kehrt der Schrecken zurück“, <http://www.zeit.de/2010/46/M-Kriegstraumata/seite-2>, Stand 16.11.2015.
- ICD 10, <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>, Stand 29.11.2015.
- Kühn, Martin, http://www.hans-wendt-stiftung.de/fileadmin/Stiftung/Wohngruppen/csi-paedagogik_-_traumapaedagogik_in_der_praxis.pdf, Stand 20.11.2015.
- Reddemann, Luise, Stand: 24.11.2015) Der innere sichere Ort, http://www.opferhilfe-berlin.de/downloads/der_sichere_innere_ort.pdf [Stand: 24.11.2015].
- Schmidt, Gunter, https://www.meihei.de/dateien/institutsleiter_meihei.htm, Stand: 14.12.2015
- Wikipedia, [https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_\(Psychologie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_(Psychologie)), Stand: 15.11.2015