

# Halt geben ab der ersten Minute

## Personzentrierte Beziehungsgestaltung mit komplex traumatisierten Kindern

Christine Wakolbinger

Wien

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, die sehr früh und anhaltend traumatisiert wurden, stellt die Beziehungsgestaltung in der personzentrierten Spieltherapie eine besondere Herausforderung dar. Was brauchen komplex traumatisierte Kinder an konkreten (Spiel)antworten der\*des Therapeut\*in von Anfang an, um sich verstanden zu fühlen? Was braucht der\*die Therapeut\*in an Wissen und persönlichen Fähigkeiten, um auf die durchaus herausfordernden Beziehungswünsche und Beziehungsanforderungen dieser Kinder auf eine hilfreiche Art und Weise eingehen zu können? Dieser Prozess beginnt ab dem ersten Moment der Begegnung. In den ersten Kontakten zwischen Kind und Therapeut\*in werden die entscheidenden Weichenstellungen für den weiteren Therapieverlauf gelegt. Anhand der detaillierten Darstellung der ersten Therapiestunden einer personzentrierten Kinderpsychotherapie mit einem komplex traumatisierten Buben wird der für diese Arbeit notwendige umfassende Verstehensprozess und die damit verbundene hochspezifische Beziehungsgestaltung besprochen.

*Schlüsselwörter:* Spieltherapie, therapeutische Beziehungsgestaltung, Therapiebeginn, komplex traumatisierte Kinder

**Support from the very beginning — personcentered relationship with children with complex trauma.** The psychotherapeutic work with early and persistently traumatized children is a special challenge for the relationship design in personcentered play therapy. Which precise (play)answers do children with complex trauma need from the therapist to feel understood? Which knowledge and personal skills does the therapist need to respond to the challenging relationship wishes and requirements in a helpful way? This process starts from the moment of first encounter. During the first contacts between child and therapist the decisive course for further therapy is set. Based on accurate descriptions of the first therapy sessions of a personcentered child therapy with a complexly traumatized boy, the comprehensive cognitive process and the highly specific relationship design for this work is discussed.

*Keywords:* play therapy, therapeutic relationship, start of therapy, children with complex trauma

In den vergangenen Jahren ist eine starke Zunahme an Anfragen aus therapeutischen Wohngemeinschaften zu verzeichnen, die dringend Psychotherapeut\*innen suchen, die mit ihren dort fremduntergebrachten, häufig komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch arbeiten wollen und können. Zunehmend werden Psychotherapeut\*innen gesucht, die bindungsorientiert arbeiten, da immer mehr Bewusstsein dafür entsteht, dass diese Kinder unter schweren

Bindungsstörungen leiden und die Traumatherapie mit früh vernachlässigten, misshandelten oder missbrauchten Kindern im Grunde Bindungstherapie bedeutet (Brisch, 1999; Weinberg, 2010). Es geht vor allem darum, den langwierigen und zähen, aber einzig erfolgversprechenden Weg vom Bindungstrauma hin zum Aufbau einer sicheren Bindung zu gestalten und zu begleiten. Gahleitner betont in diesem Zusammenhang, dass gerade „in der Therapie mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen positive Bindungserfahrungen das Zentrum des therapeutischen Bemühens darstellen“ (Gahleitner, 2011, S. 25). Dieser Beziehungsaufbau muss von Beginn des ersten Kontakts an erfolgen.

Der gemeinsame Weg ist dabei individuell sehr unterschiedlich, je nach den speziellen Bindungs- und Lebenserfahrungen, den individuellen Ressourcen und den spezifischen

---

Christine Wakolbinger, Mag., geb. 1960, klinische Psychologin und personzentrierte Psychotherapeutin. Arbeit in freier Praxis und als Ausbilderin für personzentrierte Psychotherapie, sowie als Leiterin des Weiterbildungscurriculums für personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP) in Wien. Kontakt: Mag. Christine Wakolbinger, Fillgradergasse 9/9, 1060 Wien, Österreich, E-Mail: chr.wakolbinger@chello.at

Verletzungen des Kindes. Zorzi spricht in diesem Zusammenhang davon, dass sich „völlig unterschiedliche Therapieverläufe ergeben, die sich in kein standardisiertes Manual übersetzen bzw. generalisieren lassen“ (Zorzi, 2019, S. 11). Für diesen Prozess scheint mir gerade die personenzentrierte Psychotherapie besonders geeignet zu sein, da die personenzentrierte Kinderpsychotherapie zunehmend mehr als hochindividuelle Entwicklungsförderung verstanden wird, indem der\*die Therapeut\*in für das jeweilige Kind im Hier und Jetzt der Therapiestunde sichere Rahmenbedingungen und ein entwicklungsförderliches Beziehungsangebot schafft (Fröhlich-Gildhoff et al., 2020; Weinberger, 2011, 2015; Behr, 2012; Hüsson, 2011; Wakolbinger, 2010; Jofer-Ernstberger, 2020). Dafür gibt es keine Manuals oder Handlungsanleitungen, sondern es gilt: „Das Handlungskonzept ist vom Wissen, vom Können, vom Verstehen und damit von der Person der Spieltherapeut\*in und ihren Kompetenzen abhängig.“ (Jofer-Ernstberger, 2020, S. 60)

Neben einer reifen Therapeut\*innenpersönlichkeit, die ihre eigenen wunden Punkte, ihren Bindungsstil, ihre Stärken und Schwächen gut kennt (Wakolbinger, 2009), braucht es fundiertes Wissen über die Folgen von frühen Traumatisierungen, um die vielen Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder richtig einordnen und das Beziehungsangebot dementsprechend gestalten zu können (Weinberger, 2011). Wissen über Bindung und Bindungsstörungen ist notwendig, um in der Therapie sichere Rahmenbedingungen zu schaffen. Eines der ersten Ziele in der therapeutischen Begegnung ist es ja, das Kind dabei zu unterstützen, sich langsam sicherer zu fühlen, sich zu entspannen und damit neue, heilsame Erfahrungen machen zu können. Einige personenzentrierte Kinderpsychotherapeut\*innen haben sich in den vergangenen Jahren auf Traumafolgestörungen spezialisiert und es steht fundierte Literatur zur vertieften Auseinandersetzung mit dieser Thematik zur Verfügung (Döring 2007; Gahleitner, 2005, 2011, 2019; Hüsson, 2009, 2011, 2016; Hüsson et al., 2012; Rust und Hammer, 2017; Weinberger, 2011). Im deutschen Sprachraum haben sich Weinberg und Zorzi auf die Behandlung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen spezialisiert und, aufbauend auf ihrer personenzentrierten Spieltherapieausbildung, die traumazentrierte Spieltherapie bzw. die Psychotherapie mit komplex traumatisierten Jugendlichen weiterentwickelt (Weinberg, 2005, 2010, 2015; Weinberg und Hensel, 2008; Zorzi, 2019).

In der Traumatherapie wird immer wieder betont, dass am Beginn einer Psychotherapie mit traumatisierten Menschen über einen langen Zeitraum die Stabilisierung der Klient\*innen im Vordergrund steht, und zwar über Wochen und Monate (vgl. Weinberg & Hensel, 2008). Wie sieht nun diese Stabilisierungsphase in einer personenzentrierten Kinderpsychotherapie aus, in der weniger gesprochen, sondern ganz viel im Spiel und im Miteinander gehandelt wird? Wie drückt sich mein Verstehen

des zutiefst verletzten und in seiner psychischen Entwicklung gehemmten und verzögerten Kindes in ganz konkreten (Spiel) handlungen aus? Behr (2012, S. 82ff) spricht von dem facilitativen und dem interaktionellen Modus in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Im facilitativen Modus wird das Kind im Spiel einfühlsam und wertschätzend begleitet und kann so seine Erfahrungen neu organisieren und damit kongruenter werden. Im interaktionellen Modus kann das Kind mit dem\*der Therapeut\*in neue Beziehungserfahrungen erleben, indem sich die Therapeut\*innenperson als „realer Beziehungspartner anbietet, mit dem der junge Mensch seine Beziehungsmuster ändern kann“ (Behr, 2012, S. 82). Für beide Modi arbeitet Behr prozessaktivierende Interventionen heraus, die ein vertieftes und differenzierendes Erleben des Kindes ermöglichen sollen.

Mit früh traumatisierten Kindern wird von Beginn an vorwiegend im facilitativen Modus gearbeitet, da ein\*e Therapeut\*in, die sich als reale Beziehungspartner\*in anbietet, eine viel zu große Gefahr für die brüchige Selbststruktur des Kindes bedeuten würde. Behr weist darauf hin, dass in Fällen, „bei denen die Selbststruktur in sich brüchig ist, Kinder und Jugendliche, die sich schnell und oft übergangslos bedroht fühlen und dann mit heftigen Aggressionen antworten“, manche Formen der Interaktionsresonanz gegenindiziert sind (Behr, 2012, S. 103f). Keil spricht bei komplex traumatisierten Klient\*innen von einer nachbeelternden therapeutischen Beziehung, in der es darum geht, Selbststrukturen aufzubauen (Keil, 2019, S. 119). Der\*die Therapeut\*in wird daher zu Beginn weniger Interventionen zum Austausch und gemeinsamen Spiel setzen, sondern ihren Fokus darauf legen, dass sich das Kind sicher fühlen kann. Denn erst wenn sich das Kind stabilisiert hat, kann „das eigentliche ‚Thema‘ sichtbar werden“ (Weinberger, 2011, S. 207) und die Aktualisierungstendenz vom erhaltenden in den entfaltenden Modus wechseln. Daher wird sich dieser Artikel in der Folge mit sicherheitsaktivierenden und stabilisierenden Interventionen beschäftigen, die meiner Ansicht nach zu Therapiebeginn notwendig sind, um neue, sichere Beziehungserfahrungen für das Kind zu ermöglichen.

Da die personenzentrierte Psychotherapie am besten in der Verschränkung von Theorie und Praxis vermittelt werden kann, werde ich im Folgenden die ersten Therapiestunden einer Spieltherapie mit einem komplex traumatisierten Buben genauer beschreiben und darstellen, wie diese hochindividuelle Beziehungsgestaltung in der Praxis aussehen kann. Dabei lege ich den Fokus auf meinen Verstehensprozess, und wie es zunehmend gelingt, sichere Rahmenbedingungen für das Kind zu schaffen und eine Beziehung anzubieten, die entwicklungsförderlich ist. Ich konzentriere mich dabei sehr bewusst auf die Gestaltung der ersten Therapiestunden, da meiner Erfahrung

nach hier schon die entscheidenden Weichenstellungen für den weiteren Therapieverlauf gelegt werden und ich sie daher für zentral halte.

Es handelt sich um eine Fallgeschichte aus meiner Praxis. Die Daten des Kindes wurden so abgeändert, dass die Anonymität gewahrt bleibt.

**Erstkontakt:** Der Erstkontakt mit der Bezugsbetreuerin von Mario erfolgt telefonisch. Sie fragt bei mir an, ob ich einen 10-jährigen Buben in Spieltherapie übernehmen möchte. Er sei erst seit kurzem in der Wohngemeinschaft für Kinder mit erhöhtem sozialtherapeutischem Förderbedarf. Mario zeige sehr auffälliges, vor allem aggressives, Verhalten gegenüber den anderen Kindern und den Betreuer\*innen. Er wünsche sich dezidiert eine Spieltherapie. Dieser Wunsch nach einer Spieltherapie von einem bereits zehn Jahre alten Buben macht mich neugierig und ich lade die Betreuerin und Mario zu einem Erstgespräch ein.

**Erstgespräch:** Bei der Begrüßung steht mir ein stämmiger, für sein Alter groß gewachsener Bursche gegenüber, der mir schon im Vorzimmer sofort erklärt, dass er hier gerne spielen will – ohne mich überhaupt noch zu kennen. Das ist für mich ein erster Hinweis auf eine Bindungsproblematik. Brisch spricht in diesem Zusammenhang von „enthemmter distanzloser Kontaktfreudigkeit gegenüber verschiedensten Bezugspersonen“ bei einer Bindungsstörung mit Enthemmung (Brisch, 1999, S. 81).

Ich bitte die beiden in mein Besprechungszimmer und versuche, eine Anamnese zu erstellen. Dabei erfahre ich, dass Mario seit drei Wochen in dieser neuen Wohngemeinschaft lebt. Zuvor war er ein Monat in einem Krisenzentrum untergebracht, davor für circa drei Monate in einer anderen sozialpädagogischen Wohngemeinschaft. Dort musste er ausziehen, weil er „zu viel Stress“ hatte – dieses „zu viel Stress haben“ will mir Mario nicht genauer erzählen, es ist ihm sichtlich unangenehm, darüber zu reden. Dieses ihm unangenehme Gefühl greife ich auf, melde es ihm zurück und frage ihn dann, ob die Betreuerin es mir erzählen darf und soll. An dieser Stelle kann ich erstmals meine Wertschätzung und Empathie vermitteln und sehe, wie sich Mario dabei entspannt, was für mich ein gutes prognostisches Zeichen ist. Er stimmt zu und die Betreuerin erzählt, dass Mario seinen Ärger und seine Wut ganz schlecht kontrollieren könne. Er schlage dann unkontrolliert auf andere ein, zerstöre Gegenstände, beiße und kratze, schreie stundenlang laut herum und sei nicht zu beruhigen. Danach tue es Mario leid. Ich frage ihn, ob das so stimme, wie es die Betreuerin erzählt. Mario nickt und auf meine Nachfrage, ob es denn einen Grund gäbe, warum er so wütend wird, sagt er sofort: „Ja, weil ich provoziert worden bin.“ In diesem Moment spüre ich eine wilde, unbändige Kraft bei Mario, der mich nicht ansieht und seinen Blick ins Leere richtet. Bei meiner Nachfrage, ob es stimme, dass es ihm hinterher leidtue, dass er andere verletzt habe oder

dass etwas kaputtgegangen sei, sagt er ganz kleinkindhaft: „Ja.“ Dabei hält er Blickkontakt mit mir und ich spüre in mir den Impuls, ihn in den Arm nehmen und trösten zu wollen. „Spannend“, denke ich mir an dieser Stelle. Keil (1997) bezeichnet diesen inneren Prozess als hermeneutische Empathie. Das bedeutet, der\*die Therapeut\*in nutzt die Gefühle, die sie in der Begegnung mit dem\*der Klient\*in in sich spürt, zum besseren Verständnis des inneren Bezugsrahmens ihres Gegenübers. Ich verstehe an dieser Stelle, dass Mario selbst zutiefst erschrocken über seine Impulsdurchbrüche ist. Er versteht vermutlich Kritik oder Anforderungen jeglicher Art als Aggression des anderen, gegen die er sich sofort massiv wehren muss.

### *Exkurs zu Aggression aus personzentrierter Sicht*

Fröhlich-Gildhoff (2006) hat diese Verhaltensweise als aggressive Weltbegegnung bezeichnet: „Bei Kindern und Jugendlichen, die häufig durch aggressives/gewalttätiges Handeln auffallen, hat sich eine erhöhte Gewaltbereitschaft als stabile Form der Weltbegegnung herausgebildet, die als stabiler Anteil des Selbst-Konzepts handlungsleitend ist.“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 153) Laut Fröhlich-Gildhoff (2006; 2009) gibt es drei mögliche Mechanismen, wie auf Anforderungen bzw. Entwicklungsaufgaben reagiert werden kann, die sich im Zusammenspiel von biologischen Ausgangsbedingungen, frühkindlichen Beziehungserfahrungen und individueller Selbststruktur herausbilden: angemessen entwicklungs-/selbstwertförderlich, mit Rückzug/Selbsteinschränkung oder externalisierend mit hoher Aggressivität. Bei frühen Beziehungserfahrungen von „fehlender Regelmäßigkeit, die zu unsicheren Bindungsrepräsentationen führen, fehlender Unterstützung bei der Affektregulation und fehlenden Selbstwirksamkeitserfahrungen kommt es zu einer verzerrten Symbolisierung von Erfahrungen im Selbstkonzept. Folge und Ausdruck hierfür sind eine ‚aggressiv gepolte‘ Fremd- und Selbstwahrnehmung“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 161), mit der auch auf alltägliche Anforderungen reagiert wird.

Über seine Familie erfahre ich, dass Mario noch zwei Brüder hat, einer ist ein Jahr älter und der andere ein Jahr jünger als er. Die beiden leben nach wie vor in jener Wohngemeinschaft, in die alle drei nach der Abnahme von den Eltern gekommen sind. Mario war damals fünf Jahre alt. Er sieht seine Mutter alle drei Wochen. Bei diesem Thema zeigt mir Mario ganz deutlich, wie sehr er sich wünschen würde, wieder bei seiner Mutter zu sein. Hier kann er meine diesbezügliche Empathie sehr gut annehmen und ich merke, wie langsam eine Verbindung zwischen uns entsteht. Seinen Vater hat Mario seit einem halben Jahr nicht mehr gesehen. Er wünscht es sich zwar, allerdings sei der Vater derzeit nach einem kurzen Aufenthalt in Freiheit wieder im Gefängnis.

Als ich nach der **Schule** frage, sagt mir Mario, dass er derzeit nicht hingehet, weil er dort Stress gehabt habe. Die Betreuerin erzählt mir, dass er derzeit für drei Wochen suspendiert sei, weil er der Lehrerin ein blaues Auge geschlagen habe. Ich frage Mario, ob das stimmt. Er bejaht. Auf meine Frage nach dem Grund erzählt er mir, dass er total wütend gewesen sei, dass er aus der alten Schule (eine normale Regelschule, wo er die 4. Klasse Volksschule besuchte) weggehen musste und in eine neue Schule (Förderklasse) gekommen sei, die er nicht mag.

Ich frage Mario dann, was er gerne an sich ändern möchte und was er noch als schwierig bei sich erlebe. Ich erfahre, dass er in der Nacht ganz viel Angst hat, Monster sieht und dann nicht schlafen kann. Zudem möchte er lernen, nicht mehr so auszuflüpfen.

Ich zeige Mario das Spieltherapiezimmer, er ist begeistert von den vielen Sachen. Meine Frage, ob er es sich vorstellen könne, regelmäßig zu mir zu kommen, bejaht er sofort, weil er spielen will. Ich kann mir eine Therapie mit Mario ebenfalls vorstellen (über meine Beweggründe dazu noch später) und sage es ihm auch. Die Betreuerin ist sichtlich erleichtert und verspricht, mir in den nächsten Tagen alle Befunde von Mario zuzusenden, um die ich sie im Vorfeld gebeten hatte.

In den nächsten Tagen erhalte ich insgesamt 18 Befunde und Berichte, die Marios Entwicklungsgeschichte vom 5. Lebensjahr bis heute dokumentieren. Diesen Befunden entnehme ich, dass Mario mit fünf Jahren, zusammen mit seinen beiden Brüdern, den Eltern aufgrund einer Gefährdungsmeldung des Kindergartens abgenommen wurde. Alle drei Kinder wirkten stark verwahrlost. Mario hatte damals viele, auch ältere, Narben am ganzen Körper, war in einem pflegerisch sehr schlechten Zustand und unterernährt. In der psychologischen Testung zeigte sich eine starke Entwicklungsverzögerung, vor allem im sprachlichen Bereich: Seine Sprache war nur sehr schwer zu verstehen und er bildete nur kurze fehlerhafte Sätze. Weiters zeigte er distanzloses Verhalten, machte einen angstbesetzten Eindruck, nässte und kotete ein, hatte Impulsdurchbrüche, zeigte große Unruhe, hatte Ein- und Durchschlafschwierigkeiten und Alpträume. Er kam nach der Abnahme für zwei Monate auf eine psychosomatische Station und wurde wegen seiner Impulsdurchbrüche medikamentös mit Risperidon behandelt. Die Entlassungsdiagnosen lauteten: Reaktive Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2), Enuresis (F98), Artikulationsstörung (F80). Er erhielt daraufhin zwei Jahre lang eine spieltherapeutische Behandlung (leider war nicht mehr eruierbar, nach welchem Konzept die Spieltherapie erfolgte).

Nach dem Krankenhausaufenthalt kam Mario zu seinen beiden Brüdern in eine Wohngemeinschaft und ging in eine Regelvolksschule, in der er bis zum 9. Lebensjahr durchschnittliche Leistungen erbringen konnte. Er sah seine Mutter regelmäßig, der Vater kam nach der Kindesabnahme ins Gefängnis. Mario

hatte vier Jahre lang (5.–9. Lebensjahr) bis zu dessen Entlassung vor einem guten halben Jahr keinen Kontakt zu ihm.

Der nächste ausführliche psychologische Befund wurde erhoben, als Mario neun Jahre alt war. Mario zeigte im Leistungsbereich zu diesem Zeitpunkt ein altersentsprechendes Leistungsniveau, nur seine Konzentrationsfähigkeit wurde als schwankend beschrieben. In Schule, Wohngemeinschaft und Fußballclub zeigte er seit ein paar Wochen massive impulsive Durchbrüche, vereinzelt auch mit Polizeieinsatz und Sedierung auf der Psychiatrie. Er hätte keine Frustrationstoleranz, sei leicht zu provozieren, labil, unruhig und extrem angespannt gewesen. Zeitlich fielen diese Auffälligkeiten mit der Entlassung des Vaters aus dem Gefängnis zusammen, dem trotz aggressiven Auftretens in der Wohngemeinschaft wieder Kontakt zu den Kindern gewährt wurde. In der Persönlichkeitsdiagnostik zeigte sich bei Mario eine massive Ambivalenz dem Vater gegenüber.

In der Folge nahmen Selbstgefährdung (Mario schlägt sich bei eigenen Fehlern den Kopf blutig) und Fremdgefährdung weiter zu, fast monatlich kam es nach aggressiven Impulsdurchbrüchen von Mario zu Rettungs- oder Polizeieinsätzen, immer wieder auch zur Vorstellung auf der Ambulanz der Kinderpsychiatrie. Die Enuresis war ebenfalls wieder vorhanden. Er bekam Strattera (ADHS), Risperidon und Deparkine (Antipsychotikum) verschrieben – entweder war Mario dann so müde, dass er ständig einschlief oder die Medikamente zeigten kaum Wirkung.

Mario musste die Wohngemeinschaft verlassen, nachdem er dort seine Betreuer\*innen mehrmals verletzt hatte. Er wurde kurz im Krisenzentrum untergebracht und kam von dort in eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft, bis er auch diese wegen massiver Verletzungen der Betreuer\*innen verlassen musste. Zuletzt kam er in die Wohngemeinschaft für Kinder mit erhöhtem sozialtherapeutischem Förderbedarf, die mich kontaktiert hat.

Mario musste die 4. Klasse Volksschule verlassen, nachdem er seiner Lehrerin das Bein gebrochen und der Direktorin in die Hand gebissen hatte. Er besuchte dann für ein paar Wochen eine Förderklasse. Nachdem er der dortigen Lehrerin ein blaues Auge geschlagen hatte, wurde er entlassen und bekam einen Schulplatz im Zentrum für Inklusiv- und Sonderpädagogik.

Drei Monate nachdem ich Mario kennengelernt habe, bekomme ich einen Anruf seiner Bezugsbetreuerin. Sie schildert, dass zwar die Finanzierung der Therapie bei mir noch immer nicht genehmigt wurde, die Wohngemeinschaft aber trotzdem dringend beginnen möchte. Der Grund dafür ist, dass Mario immer wieder massivste aggressive Impulsdurchbrüche habe, Betreuer\*innen verletze und in der neuen Schule aufgrund von Verletzungen von Mitschüler\*innen derzeit zwei Wochen suspendiert sei.

Ich vereinbare daraufhin eine wöchentlich stattfindende Psychotherapie mit Mario, inklusive regelmäßiger Gespräche mit den Bezugsbetreuer\*innen, die in Folge über einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig stattfindet.

### *Erste Verstehenshypothesen*

Welche Beweggründe habe ich, Mario in Therapie zu übernehmen? Was weiß ich zum jetzigen Zeitpunkt von Mario bzw. was habe ich nach den Informationen aus dem Erstgespräch und den vorgelegten Befunden an Verstehenshypothesen bilden können?

### *Persönliche Reflexion des\*der Therapeut\*in*

Es muss für den\*die Therapeut\*in gut vorstellbar sein, mit dem jeweiligen Kind zu arbeiten. Sie muss „anspringen“ und eine erste positive Resonanz auf das Kind in sich selbst wahrnehmen. Gerade in der Kindertherapie ist es sehr wichtig, dass der\*die Therapeut\*in ein Kind auch wirklich mag und es von Beginn an sympathisch findet (Wakolbinger, 2010). Meine Motivation, mit Mario zu arbeiten, war folgende: Ich fand es bemerkenswert, dass sich ein 10-jähriger Bursche, in seiner offensichtlich sehr großen Not, unbedingt wünscht, zu spielen. Das hat mich neugierig auf ihn gemacht. Mario hat sich vermutlich an die positive Erfahrung seiner Spieltherapie nach der Abnahme von seinen Eltern erinnert. Das hat mich emotional berührt und mit ihm in Kontakt gebracht. Im direkten Kontakt beim Erstgespräch habe ich Mario als distanzlos, neugierig, sympathisch und offen erlebt, ich spürte seine starke Bedürftigkeit, aber auch seine riesige Haltlosigkeit. Darauf bin ich „angesprungen“ und habe eine Verbindung zu dem Kind Mario in mir aufgenommen. Da es mir sehr lohnend, wenn auch herausfordernd, erschien, folgender therapierelevante Frage auf den Grund zu gehen: Wie gelingt es mir, auf diesen Spagat von Haltlosigkeit und Bedürftigkeit einerseits, und aggressiver Weltbegegnung andererseits, hilfreich zu antworten? Für mich war wichtig, dass ich gleich im Erstgespräch einen guten Zugang zu seinem Blick auf die Welt gefunden habe, mich einfühlend konnte und Mario sich auf meine ersten Verstehensangebote hin merklich ein wenig entspannen konnte. Um mein empathisches Verständnis zu vertiefen, haben mir einerseits die Befunde mit den Informationen aus seinem Leben geholfen, andererseits mein theoretisches Wissen über frühkindliche Traumatisierung und ihre Folgen, die ich in der Folge darstellen möchte. Zusätzlich war mir wichtig, dass eine gute Zusammenarbeit mit der Wohngemeinschaft und den Bezugsbetreuer\*innen gesichert ist, die ich gerade bei traumatisierten Kindern als sehr wichtig erachte.

### Exkurs Merkmale komplex traumatisierter Kinder

Dorothea Weinberg hat mit ihrem 2010 erschienenen Buch „Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern“ einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis von früh und anhaltend traumatisierten Kindern geleistet. Komplex traumatisiert bedeutet, dass die betroffenen Kinder von ihrer frühen Kindheit an, meist ab dem Babyalter, verschiedenste Traumata erlitten haben. Das können Erfahrungen von Gewalt, Verwahrlosung, diversen Bindungsabbrüchen und/oder Missbrauch sein. Diese Kinder können sich nicht erinnern oder in Worte fassen, was ihnen alles passiert ist, sie zeigen es uns aber anhand massiver Symptome (vgl. Weinberg 2005, 2010, 2015):

- sie werden von ihren Affekten überflutet, haben immer wieder Affektdurchbrüche und können ihre Impulse nicht kontrollieren, oftmals toben sie bis zur körperlichen Erschöpfung
- sie können ihre Aufmerksamkeit nicht steuern, so ist z. B. eine Stunde lang konzentriert Hausaufgaben machen nicht möglich, oder sie können an einem Spiel nicht länger teilnehmen
- sie leiden unter ständigen inneren Anspannungsgefühlen oder an Gefühlen von dauernder Langeweile und quälender innerer Leere und erleben einen ständigen inneren Ausnahmezustand
- sie sind leicht reizbar und werden schnell wütend, da Aggression oft ihre einzige Bewältigungsstrategie darstellt
- sie haben Probleme mit Grenzen und können diese nicht einhalten
- sie sind misstrauisch und argwöhnisch und erwarten von der Umwelt andauernd Gefahr
- sie leiden unter Schlafstörungen (besonders beim Einschlafen, oft liegen sie stundenlang wach) oder haben Alpträume
- sie leiden unter Essstörungen oder Somatisierungsstörungen
- sie haben eine eingeschränkte Selbstwahrnehmungsfähigkeit und Körperwahrnehmung und damit auch kein realistisches Bild von sich selbst; sie kennen sich mit ihren körperlichen und emotionalen Bedürfnissen nicht aus, z. B. spüren sie Hunger nicht oder erkennen ihre Müdigkeit nicht
- sie haben wenig Einfühlungsvermögen in andere, da ihr Empathievermögen mangelhaft oder kaum vorhanden ist
- sie erleben diffuse Ängste
- sie sind manchmal sozial zurückgezogen
- und sie zeigen oftmals eine starke Anstrengungsverweigerung, was darin münden kann, dass sie die Schule, aber auch angenehme Unternehmungen komplett verweigern.

Die Bedingungen der ersten Lebensjahre von komplex traumatisierten Kindern führen dazu, dass diese Kinder keine verlässlichen und stabilen Beziehungserfahrungen machen können

und so ihr existentielles Bindungsbedürfnis nicht gestillt wird. Sie können dadurch in der Folge kein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt entwickeln, was laut Brisch (1999) oft zur einer Bindungsstörung führt. Brisch weist darauf hin, dass 80 Prozent aller Kinder mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen desorganisiert gebunden sind.

Aus der Traumaforschung wissen wir, dass Kinder, denen nicht geholfen wurde, ihre traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten, unter einer ständigen inneren Anspannung leiden (Gahleitner, 2011, S. 23ff). Sie sind nie entspannt, daher können sie auch nicht einschlafen. Ihr Bindungssystem ist fast ständig stark aktiviert, sie sind immer auf der Suche nach Sicherheit und Beruhigung ihrer Ängste, auch wenn man das als außenstehende\*r Betrachter\*in manchmal gar nicht so wahrnimmt. Die Verarbeitung von Erlebnissen, aber natürlich auch Lernen und Spielen, kann erst dann stattfinden, wenn ein Kind sich in einem ruhigen inneren Zustand befindet, entspannt ist und sich sicher fühlt. Daher steht zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung bei traumatisierten Kindern die Vermittlung von Sicherheit als zentrale Aufgabe im Vordergrund. Erst wenn es gelungen ist, dass sich ein Kind in der Beziehung zum\*zur Therapeut\*in sicher fühlt, sich entspannen kann und keine Angst vor Bewertung oder Zurückweisung hat, ist eine Bearbeitung seiner Traumata möglich. Der\*die Therapeut\*in fungiert dann als sichere Basis für das Kind, von der aus es sich mit dem, was es emotional belastet, beschäftigen kann.

### *Theoretische Überlegungen zum Verstehensprozess*

Aus theoretischer Sicht hat sich mit diesem Wissen für mich ein recht klares Bild ergeben: Mario ist ein komplex traumatisiertes Kind nach bindungsrelevanter Frühtraumatisierung. Eine der Grundüberzeugungen im Selbstkonzept dieser Kinder lautet: Ich kann mich auf niemanden verlassen, ich kann und darf niemandem vertrauen, ich bin ganz allein und die Welt ist ein Ort latenter Bedrohung (Weinberg, 2015, S. 23).

Das vergangene Jahr muss für Mario sehr schlimm gewesen sein. Er hat eine Reihe von Beziehungsabbrüchen erlebt, seine Wohngemeinschaft, seine Schule und damit seine ganze, nach der Kindesabnahme erworbene, neue Orientierung verloren. Ich vermute, dass der Kontakt zum Vater nach dessen Gefängnisaufenthalt von vier Jahren Mario massiv geschadet hat. Niemand hat den Kontakt zu seinem Vater untersagt, auch weil Mario angibt, seinen Vater sehen zu wollen – was traumatherapeutisch auf eine Bindungsstörung hinweist. Weinberg hat 2010 explizit die Bindungsstörungskategorien von Brisch durch die Kategorie eines „täuschenden Bindungsverhaltens bei Täterkontakt“ erweitert. Sie beschreibt diese Kategorie als vierte Stressreaktion neben Kampf, Flucht und Erstarrung, wobei die Täuschung dazu dient, „einerseits den Aggressor zu befrieden“

und andererseits „eine traumatische Bindung einzugehen und so seinen Platz im Leben zu sichern“ (Weinberg, 2010, S. 31ff). Sie beschreibt die Täuschung als „perfekte Instinktreaktion zur Lebensrettung“, indem sich die Kinder dem Misshandler und seinen Erwartungen anpassen. Weinberg (2015) beschreibt anhand von Fallbeispielen sehr genau, wie schwer Unterwerfung und instinktive Täuschung als vierte Stressreaktion auf Bedrohung für Außenstehende erkennbar sind. Bei dieser Bindung scheinen die Kinder mit dem Täter glücklich zu sein, nach dem Kontakt brechen sie allerdings zusammen und sind tagelang in einem Ausnahmezustand – dies dürfte bei Mario der Fall sein, da er im Kontakt mit dem Vater als lieb, nett und unterwürfig beschrieben wurde, danach allerdings tagelange heftigste Stresssymptome mit massiven aggressiven Durchbrüchen, Verzweiflungstürmen, suizidalen Äußerungen, Alpträumen und Einnässen zeigte. So zeigt sich die innere Not bei Mario, die immer stärker wird. Personenzentriert ist das täuschende Bindungsverhalten so zu verstehen, dass Mario seinen Vater ob seiner Macht und Stärke wahrscheinlich auch bewundert und sich in seiner Fantasie mit seiner Macht identifiziert. Rogers (1959, S. 53) hat diese Abwehr des Selbsterlebens von Schwäche und Ohnmacht durch fantasierte Selbsterhöhung beschrieben. Gleichzeitig wurde Mario von seinem Vater laut Anamnese in seinen ersten fünf Lebensjahren regelmäßig verprügelt bzw. ließ ihn der Vater tagelang hungern. Ich gehe davon aus, dass Mario die traumatischen Erfahrungen mit seinem Vater nicht in sein Selbstkonzept integriert, sondern bisher erfolgreich abgewehrt hat. Jetzt erlebt er viele Situationen als gefährlich, da wahrscheinlich sehr viele Alltagssituationen frühere traumatische Erlebnisse aktualisieren. Es müssen Erfahrungen von tiefer existentieller Verzweiflung, ohnmächtigem Ausgeliefertsein, starker Hilflosigkeit, Todesangst, Verhungern, Verlassenheit und Einsamkeit sein, die nun nicht mehr komplett abgewehrt werden können. Biermann-Ratjen spricht in diesem Zusammenhang von Intrusionen, „die auch ausgelöst – ,angetriggert‘ werden durch Reize, die an die belastende Situation erinnern“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 97).

Aus der Perspektive einer personenzentrierten Persönlichkeitstheorie lässt sich die Not von Mario so verstehen, dass durch den neuerlichen Kontakt mit dem Vater das Selbstkonzept die Symbolisierung der damals existentiell bedrohlichen Erfahrungen nicht mehr ganz abwehren kann, diese ins Bewusstsein drängen und damit seine Selbststruktur massiv bedrohen. Rogers beschreibt 1951 Angst als die gefühlsmäßige Reaktion auf eine Bedrohung der Selbststruktur, die eine Abwehrreaktion des Organismus zur Folge hat (Rogers, 1983, S. 444). „Angst ist phänomenologisch ein Zustand des Unwohlseins und der Spannung, dessen Ursache unbekannt ist. Von einem äußeren Bezugsrahmen betrachtet, ist Angst der Zustand, in dem sich die Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und dem Gesamt der

Erfahrung der Gewährwerdung nähert. Wenn Erfahrung offensichtlich vom Selbstkonzept abweicht, dann wird eine Abwehrreaktion gegen diese Bedrohung immer schwieriger. Angst ist dann die Antwort des Organismus auf die unterschwellige Wahrnehmung, eine solche Diskrepanz könnte gewahrt werden und würde in der Folge eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen.“ (Rogers, 1987, S. 30) Rogers meint, dass die Abwehrprozesse des Organismus dann versagen können, wenn ein hohes Ausmaß an Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung vorliegt, und bestimmte Erfahrungen, die diese Inkongruenz beinhalten, plötzlich oder sehr deutlich in Erscheinung treten. „In der Folge wird Angst erlebt und die Inkongruenz unterschwellig wahrgenommen. Das Ausmaß der Angst ist abhängig vom Ausmaß der Bedrohung der Selbststruktur. Bleibt der Abwehrprozess erfolglos, dann wird die Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert, und die Gestalt der Selbststruktur zerbricht an dieser wahr gewordenen Erfahrung von Inkongruenz. Hieraus resultiert ein Zustand der Desorganisation.“ (Rogers, 1987, S. 54)

So erkläre ich mir auch theoretisch die, seit dem Kontakt mit dem Vater immer stärker auftretenden, affektiven Durchbrüche von Mario. Die Beschreibungen seiner Durchbrüche klingen so, als ob er sehr oft durch einen Auslösereiz getriggert wird, die daraufhin verspürte innere Panik mit massiver Aggression zu bewältigen versucht und dann bis zur totalen körperlichen Erschöpfung im Aggressionsaffekt hängen bleibt. Das verstehe ich als Zusammenbruch seiner Selbststruktur, die dann auch in einem körperlichen Zusammenbruch endet. Biermann-Ratjen (2006, S. 97) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass auf Erfahrungen, die inkompatibel mit dem Selbstkonzept sind, „wie auf einen Angriff von außen reagiert wird, z. B. mit aggressiver Verteidigungsbereitschaft“.

Mario erlebt wahrscheinlich, dass nichts von dem, was er tun kann, hilft, das Schlimme in ihm abzuwenden, auch nicht seine aggressiven Ausbrüche. Dieses Erleben bedingt, dass er auch bei Anforderungen sehr schnell aufgibt, was sich zunehmend im schulischen Kontext zeigt und später auch bei mir in der Therapie.

### *Reflexionen nach dem Erstgespräch:*

Im Erstgespräch war wichtig, dass Mario erleben konnte, dass ich bei den Schilderungen seiner vielen Impulsdurchbrüche und deren Folgen gelassen geblieben bin, mich nicht ängstigte, nicht urteilte und ihn nicht verurteilte, sondern versuchte zu verstehen, warum ihm diese Durchbrüche passieren. Ich gab auch eine klare Struktur vor und legte fest, dass bei diesem Termin nur ein erstes Kennenlernen stattfindet und nicht sofort gespielt wird, da ich auch genauer wissen und verstehen musste, wobei und warum Mario Unterstützung braucht. Damit zeigte

ich ihm schon von Beginn an, welche Art von Beziehung ihn hier bei mir erwartet.

Ich vereinbarte daraufhin eine Therapiestunde pro Woche, immer an einem bestimmten Tag zu einer bestimmten Stunde. Damit schuf ich erste Voraussetzungen dafür, mit klaren Rahmenbedingungen und meiner Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung, für Mario zu einer sicheren, vorhersagbaren und vertrauenswürdigen Person zu werden. Für Kinder mit frühen Bindungsstörungen ist genau das enorm wichtig (Weinberger, 2011; Wakolbinger, 2010). Jofer-Ernstberger meint in diesem Zusammenhang: „Die Spieltherapeutin gestaltet einen Schutzraum als ‚schützende Inselerfahrung‘ durch die gleichbleibenden, zuverlässigen und vorhersehbaren Beziehungs- und Spielbedingungen.“ (Jofer-Ernstberger, 2020, S. 60)

Wie sich diese klaren und vorhersehbaren Beziehungs- und Spielbedingungen gestalten, werde ich nun anhand der ersten sechs Therapiestunden genauer darstellen. Bei der Beschreibung der Stunden werden dabei die wichtigen Spielinterventionen extra hervorgehoben.

Mit den klaren und sicheren Rahmenbedingungen – **gleiche Zeit, gleicher Ort, das Spielzeug ist immer komplett vorhanden und befindet sich immer an demselben Ort** – schaffe ich schon eine erste sicherheitsstiftende Intervention.

### *1. Therapiestunde*

Mario kommt mit seinem Betreuer zur Stunde, er geht sofort ins Spieltherapiezimmer in die Kuschelecke. Dort möchte er gemeinsam mit mir „Mensch ärgere dich nicht“ spielen; er gewinnt das Spiel und freut sich. Das Spiel liegend lassend, will er sofort mit den großen Plüschschlangen weiterspielen. Ich sage: „Stopp, ich muss erst das ‚Mensch ärgere dich nicht‘ wegräumen, sonst haben wir hier nicht genug Platz für das nächste Spiel. Warte mal auf mich, bis ich wieder da bin, damit ich dann gut mitspielen kann.“ Mario ist überrascht, wartet aber auf mich, bis ich das zuvor verwendete Spiel weggeräumt habe. (*Hintergrund meiner Intervention ist der, dass ich weiß, welches innere Chaos oft in Mario herrscht und dass wir dem nur mit einer Temporeduktion begegnen können. Daher nehme ich von Anfang an das Tempo heraus und setze einen klaren Beginn und ein klares Ende der Spiele.*)

Dann nimmt Mario die großen Schlangen: Es gibt Vater, Mutter und Kind. Mario spielt die Vaterschlange, er tötet alle vorhandenen Kuscheltiere und frisst sie auf, weil sie ihn provoziert haben; die Vaterschlange schläft dann satt und zufrieden. Ich begleite das Spiel verbal. Mario nimmt dann die Tochterschlange, sie kriecht zu einem Schwein. „Das ist ihr Freund“, sagt er und spielt mit ihr. Ich unterbreche das Spiel mit: „Stopp, das Schwein ist doch tot und aufgefressen von der Vaterschlange, wie geht das?“ Mario meint, dass dies jetzt ein

neues Spiel sei, ich antworte: „Ah ok, warte mal.“ und räume die Plüschtiere an ihren Ort zurück. (*Tempo herausnehmen, klarer Beginn und Ende des Spiels, es gibt keine Vermischungen, keine Irrationalitäten. Ich vermittele damit, dass hier bei mir Ordnung, Ruhe und Klarheit herrschen und schaffe damit ein Gegengewicht zur Innenwelt von Mario. Und ich führe schon hier ein: Es gibt kein Hinwegschummeln über den Tod, sondern eine Anerkennung des Totseins. Ich lege schon hier die Weichen, dass später traumatische Reinszenierungen im Spiel, aber nicht direkt in der therapeutischen Beziehung stattfinden können* [Weinberg, 2010, S.144ff]).

Mario spielt dann, dass die Tochterschlange mit dem Schweinchen spielt, sie haben beide Freude miteinander. Ich begleite verbal das freudige Spiel.

Die Stunde zu beenden, ist kein Problem. Beim Hinausgehen kommt er im Durchgangszimmer an meinen alten Schreibmaschinen vorbei, sie gefallen ihm und er will damit schreiben. Ich sage ihm, dass er alles, was im Spieltherapiezimmer vorhanden ist, verwenden kann, aber in diesem Zimmer leider nichts, weil das nicht mehr zum Therapiezimmer dazugehört (*und zeige Mario damit, dass es klare Grenzen bei mir gibt*).

## 2. Therapiestunde

Ich bekomme zu Beginn einen Anruf, dass Mario in der Wohngemeinschaft einen Impulsdurchbruch hatte und mit der Polizei ins Krankenhaus gebracht wurde. Die Betreuerin sei mit Mario und seiner Mutter nun am Weg vom Krankenhaus zu mir, sie hätten aber Verspätung.

Mario stürmt mit 20 Minuten Verspätung in die Praxis herein, er ist total unter Strom und wirkt massiv angetrieben. Die Betreuerin entschuldigt sich für die Verspätung, die Mutter steht überfordert und hilflos in der Eingangstüre. Ich begrüße alle drei, Mario zieht seine Mutter zur Türe herein und will ihr alles hier bei mir zeigen. Ich sage zu ihm: „Langsam Mario, deine Mama kennt sich hier ja nicht aus. Wenn du willst, zeigen wir ihr gemeinsam das Beratungszimmer und das Spielzimmer.“ (*Ich bleibe ruhig und gehe auf seinen Wunsch ein, aber ich bestimme, wie es geht, und gebe damit der Handlung Struktur.*) Die Mutter ist unsicher, ob es okay ist, sie will lieber gehen; die Betreuerin sagt, dass sie selbst gleich gehen muss. Ich versichere der Mutter, dass es in Ordnung ist, sich umzusehen, und ich bitte die Betreuerin, kurz zu warten, damit wir das Abholprozedere noch besprechen können (*auch bei den Bezugspersonen gebe ich eine Handlungsstruktur vor*).

Mario zeigt seiner Mutter begeistert die beiden Räume und die Schlangen, mit denen er beim letzten Mal gespielt hat. Es ist ihr sichtlich unangenehm, so stark involviert zu werden und sie flüchtet nach einer kurzen Verabschiedung von Mario aus der Praxis. Die Betreuerin vereinbart mit Mario, dass er alleine

zur Wohngemeinschaft zurückgehen soll, weil er den Weg ja schon kennt. Mario hat auf seinem Handy nach dem Abschied der Mutter Musik eingeschaltet und fordert mich dringend auf, sie anzuhören. Ich sage: „Komm, wir gehen ins Spielzimmer.“ und wir machen es uns gemütlich, hören die Musik an, summen ein bisschen dazu und reden über das Musikstück. Langsam wird Mario ruhiger (*durch meine Ruhe und mein Situationsmanagement habe ich Mario Halt vermitteln können und seine Möglichkeit zur Affektregulierung, nämlich Musik zu hören, aufgegriffen, als Ressource verstanden und weiter unterstützt*).

Dann schlage ich ihm vor, dass wir uns hier gemeinsam einen sicheren Ort bauen, wo uns niemand stören kann, wir ganz sicher sind und es gemütlich haben. Nach anfänglicher Unsicherheit macht Mario begeistert mit, baut aus Decken eine Höhle neben den Kuschtieren und legt sich dann in der gebauten Höhle schlafen. Ich soll noch die drei großen Schlangen um die Höhle herumlegen, die ihn beschützen. Ich sitze draußen und kommentiere einfach, wie sicher und gemütlich es Mario in seiner Höhle hat (*Ich habe ein sicherheitsvermittelndes Spiel vorgeschlagen, um Mario zu zeigen, wie er noch zur Ruhe kommen kann. Das aktive Bauen eines sicheren Ortes hilft in der Regel allen Kindern, um ruhiger zu werden und sich sicherer zu fühlen*).

Das Gehen am Stundenende fällt Mario diesmal schwer. Er hat Durst und bekommt von mir ein Glas Wasser, dann will er sich noch die Schreibmaschinen ansehen. Ich sage ihm, dass ich verstehen kann, dass es für ihn heute schwer ist zu gehen, er geht ja erstmals alleine zur Wohngemeinschaft zurück. Mario nickt und ich frage ihn, ob er sich den Weg gemerkt hat. Darauf kann Mario sagen, dass er sich nicht ganz sicher ist, wie viele U-Bahnhaltestellen es zur Wohngemeinschaft sind. Wir besprechen das noch genauer und ich biete ihm an, dass ich ihm noch vom Fenster zum Abschied winke, wenn er über die Straße vor der Praxis geht. Das hilft ihm, sich zu verabschieden (*Ich habe gut verstehen und anerkennen können, dass ihm an diesem Tag das nach Hause gehen schwerfällt – durch das Aufgreifen seiner Unsicherheit bezüglich des Weges, der Abklärung und dem gleichzeitigen Halt geben mit einem Vorschlag zum besseren Abschied*). Das Winken vom Fenster wird dann auch zu unserem Abschiedsritual nach jeder Therapiestunde.

## 3. Therapiestunde

Ich bekomme einen Anruf von einem Betreuer: Es gab Streit in der Wohngemeinschaft, Mario ist davongelaufen, der Betreuer bittet um Nachricht, ob er zur Therapiestunde gekommen ist. Mario kommt mit ein paar Minuten Verspätung zur Stunde, er wirkt bedrückt. Ich sage ihm, dass sein Betreuer mich angerufen und gebeten hat, ihm mitzuteilen, ob er da ist, und tue es dann auch vor Mario (*mir ist Transparenz wichtig, Mario soll*

*über die Telefonate Bescheid wissen*). Ich spreche dann an, dass er auf mich bedrückt wirkt und frage nach: „Wegen dem Streit mit deinem Betreuer?“ Ja, er hatte Streit mit dem Betreuer, weil er sein Handy nicht bekommen hat, und nicht wusste, warum er es nicht bekommt. Ich frage nach: „Hast du dich dann geärgert? Hast du nicht verstehen können, warum der Betreuer dir dein Handy nicht gibt?“, Mario nickt. Ich: „Und was ist dann passiert?“ Mario erzählt mir, dass er den Betreuer angespuckt und gebissen hat. Ich: „Aha, so sehr hast du dich geärgert!“ Mario sagt: „Ja!“ Ich: „Und wie geht es dir jetzt damit?“ Mario sagt, dass er sehr wütend auf ihn ist, aber es ihm auch leidtut, weil er den Betreuer ja mag. Ich: „Das ist echt blöd, da ist ja jetzt so beides da: dein Ärger auf ihn und auch, dass es dir leidtut, dass du ihn gebissen hast“. Mario sagt: „Ja, genau.“ und will dann mit den Autos spielen (*diese Sequenz ist ganz klassisches personzentriertes Vorgehen im facilitativen Modus, ich stehe an Marios Seite und versuche, ihn ehrlich wertschätzend und empathisch zu begleiten*).

Dann spielen wir mit den Autos. Es finden Autorennen statt und dauernd passieren Unfälle und Zusammenstöße. Ich verlangsame den Spielprozess indem ich sage: „Warte mal, ich nehme den Transporter und bringe die kaputten Autos in die Werkstatt, wo soll die denn im Spiel sein?“ und bringe dann zweimal die kaputten Autos in die Werkstatt. Dann übernimmt Mario den Transporter. Er lässt zuerst die Zusammenstöße geschehen und transportiert dann die kaputten Autos ab. Ich soll die Autos in der Werkstatt reparieren, dann kommen sie wieder zu den Rennen, wo erneut Zusammenstöße passieren. Das Spiel geht so weiter bis zum Stundenende (*Einführung von reparierenden Orten im Spiel und damit die Vermittlung: Reparieren, auch von Beziehung, ist möglich. Damit geschieht auch ein Aufbau guter innerer Instanzen im Kind*).

#### 4. Therapiestunde

Mario kommt mit seinem Betreuer und möchte, dass dieser mitspielt. Ich frage: „Warum?“ Mario meint, weil er ihn so gerne hat und daher möchte, dass er einmal mitspielen darf. Es ist jener Betreuer, den er vergangene Woche gebissen hat. Ich sage Mario, dass die Stunde bei mir für ihn reserviert ist, wir aber gerne ein Spiel gemeinsam mit dem Betreuer spielen können, weil ich merke, dass es ihm wichtig ist (*auf den Wunsch eingehen, aber klare Grenzen setzen*). Mario sucht sich ein Spiel aus, bei dem vier Nilpferde um Kugeln kämpfen, um sie zu fressen. Mein Nilpferd gewinnt das Spiel und hat die meisten Kugeln, das Nilpferd von Mario und des Betreuers haben nur ganz wenige Kugeln gefangen. Daraufhin meint Mario, mein Nilpferd sei die Mama, seines der Vater, die beiden anderen Nilpferde seien die Babys. Er will Gerechtigkeit für die Babys, ich soll ihnen Futter geben und meine gewonnenen Kugeln unter

den beiden Nilpferden aufteilen. Ich willige ein und will es tun, aber dann nimmt Mario selbst die Kugeln und gibt sie alle seinem Vaternilpferd. Die Babys bekommen nichts. Ich sage: „Oh, die armen Babys bekommen jetzt doch nichts zu essen.“ Mario grinst, das Spiel ist aus und der Betreuer geht hinaus. Ich vermute, dass Mario hier dem Betreuer und mir eines seiner Traumata gezeigt hat: Er musste als Baby oder kleines Kind hungern, weil der Vater alles für sich beanspruchte, was er als extrem ungerecht empfunden haben muss. Die weitere Stunde verbringen wir mit verschiedenen Versorgungsspielen, so ist Mario z. B. ein kleiner Babyhund, den ich oft füttern, bürsten und mit ihm spielen soll und der darüber ganz glücklich ist. Beim Verabschieden umarmt mich Mario und will mir zum Abschied noch zum Fenster hinaufwinken (*ein sicheres Zeichen, dass ich Mario heute richtig verstanden habe und dass unsere Beziehung dadurch ein Stück gewachsen ist*).

#### 5. Therapiestunde

Mario kommt zu spät mit einer Betreuerin, die mir erklärt, dass Mario vorher einen Impulsdurchbruch hatte und nicht kommen, sondern lieber mit seinem Handy spielen wollte. Ich versuche, ihn darauf anzusprechen, er möchte aber nichts dazu sagen. Mario geht zur Kuschelecke, nimmt einige Tiere und beginnt sofort, mich mit ihnen zu nerven und zu bewerfen. Ich sage: „Stopp, was willst du genau spielen?“ Wir sollen spielen, dass die Tiere mich nerven, ich soll dabei gereizt und wütend sein. Das spielen wir dann auch (*ich führe eine klare Trennung von Real- und Spielebene ein. Auf der Spielebene ist das Nerven total in Ordnung, auf der Realebene nicht. Da möchte ich, dass wir respektvoll miteinander umgehen; Traumata können so im Spiel gut reinszeniert und bearbeitet werden, da durch die Spielebene immer eine gewisse Distanz zum Erlebten gegeben ist; zudem setze ich eine klare Grenze: Auf der Realebene lasse ich keine Beschimpfungen oder aggressives Verhalten mir gegenüber zu. Das ermöglicht, gerade bei grenzüberschreitenden Kindern, die Erfahrung von Sicherheit und Halt und schützt in der Folge das Kind und unsere Beziehung bzw. können nur so Wertschätzung und Empathie für das Kind gut aufrechterhalten werden [Fröhlich-Gildhoff et al, 2020, S. 54; Weinberger, 2011, S. 210] und ich nehme Tempo heraus*). Der Reihe nach nerven und foppen mich alle Tiere, ich reagiere im Spiel abwechselnd wütend, gereizt und genervt. Mario hat großen Spaß dabei (*damit gebe ich seiner Wut darüber Raum, dass er zur Therapie kommen musste, ohne dass er sie direkt mit mir austragen muss; das wäre für unsere Beziehung auf der Realebene derzeit viel zu gefährlich; zusätzlich kann er mir zeigen, als wie nervig er oft die anderen empfindet, wenn sie etwas von ihm wollen*). Danach spielt er, dass die Schlangenfamilie und der Schweinchenfreund der Tochterschlange von den anderen Tieren gefoppt werden. Er

übernimmt die Rolle der vielen foppenden Tiere und hat großen Spaß beim Ärgern der Schlangen und des Schweinchens. Plötzlich nimmt er die Vaterschlange und tötet alle foppenden Tiere. Ich kommentiere: „Oh, stopp, warte mal. Jetzt kenne ich mich nicht aus: Du spielst jetzt die Vaterschlange und nicht mehr die foppenden Tiere?“ Mario bejaht und ich antworte mit: „Ah okay.“ (*ich lasse nicht zu, dass plötzlich unkommentiert die Rollen getauscht werden oder gehe darüber hinweg, dass eine gute Figur plötzlich böse wird; ich zeige deutlich meine Verwirrung über den plötzlichen Rollenwechsel; das ist wichtig, weil hier ein älteres Thema bei Mario aktualisiert wurde: es muss früher immer wieder mal der plötzliche Wechsel von gut zu böse bei Bezugspersonen vorgekommen sein*) Dann frage ich weiter: „Heißt das, dass die Papaschlange plötzlich wütend geworden ist über die foppenden Tiere?“ (*noch ein zweites Thema kann hier bearbeitet werden: es gibt immer einen Grund, warum man plötzlich wütend wird*). Mario bejaht. Die Vaterschlange tötet alle Fopper und lässt die getöteten Tiere zusätzlich in einen giftigen Brunnen fallen, der sie nochmals „zur Sicherheit“ tötet. Ich kommentiere: „Aha, die Papaschlange will ganz sicher sein, dass sie nun Ruhe hat von den nervigen Tieren“.

Beim Reflektieren über die Stunde verstehe ich, dass Mario sehr wahrscheinlich unter anderem auch frühere Erlebnisse nachgespielt hat: den plötzlichen Stimmungswechsel des Vaters, der zuerst mit den Kindern gespielt und dann unerwartet in massive Aggression gekippt sein muss. Ich kann nachvollziehen, wie unverständlich, verwirrend und bedrohlich das für Mario gewesen sein muss (*meistens erlebe ich es so: wenn ich im Spiel verwirrt bin, zeigen mir die Kinder, wie verwirrend bestimmte Lebenssituationen für sie gewesen sind*).

## 6. Therapiestunde

Mario kommt mit seinem Betreuer und wirkt sehr angespannt. Im Therapiezimmer entdeckt er die Schwerter und will kämpfen, dabei versucht er sofort auf mich einzustechen. Ich sage: „Stopp, sag mal, wie du das Kämpfen spielen willst. Wer bist du im Spiel und wer soll ich sein?“ (*Tempo herausnehmen, klare Trennung von Real- und Spielebene*). Mario ist ein König, ich soll ein Ritter sein. Ich schlage vor, dass wir uns die entsprechende Verkleidung dafür noch suchen; dann bespreche ich, wie der Kampf ausgehen soll. Mario meint, wir sollen kurz kämpfen, bis er mich tötet, und das spielen wir dann auch (*bei Kampfspielen gibt es ein ganz klares Drehbuch, damit vermeide ich Eskalation und Impulsdurchbrüche und Mario kann sich in seiner Rolle als König stark und mächtig fühlen; Mario soll Interaktionen anders erleben können als in seinem Alltag, er soll sich innerhalb klarer Grenzen als stark erleben können, ohne andere zu verletzen, weil dieses Gefühl für ihn als Ausgleich zu den vielen Ohnmachtserfahrungen von früher wichtig ist; zudem*

*soll er erleben, dass er etwas aushandeln kann, ohne dabei vernichtet oder entwertet zu werden*).

Mario genießt es, im Spiel so ein starker König zu sein, mich immer wieder schnell zu besiegen und zu töten. Mit der Zeit liegt eine beträchtliche Sammlung toter Ritter am Boden (*ich nehme für jeden getöteten Ritter eine stellvertretende Puppe und Mario genießt es, so stark und unbesiegbar zu sein. Ich vermute, dass Mario hier seine existentiellen (Todes-)Ängste inszeniert, von denen er sich immer wieder aggressiv zu befreien versucht. Indem ich in der Ritterrolle jedesmal angstvoll und wehklagend sterbe, vermittele ich ihm mein empathisches Verstehen*). Dann will er, dass ich sein Freund bin und mit ihm trainiere. Ab diesem Zeitpunkt kämpfen wir immer wieder mal, oft gemeinsam gegen die Feinde, oder wir trainieren und üben, um stärker zu werden für unsere Kämpfe gegen die Feinde.

So viel zu den ersten sechs Stunden und den darin liegenden wichtigen Weichenstellungen für den weiteren Therapieverlauf.

Die vielen Stunden danach waren intensiv, wir haben auch viel miteinander gelacht und die Betreuer\*innen meldeten immer wieder zurück, dass er nach den Stunden zunehmend entspannter wurde.

Die einzige Schwierigkeit, die ich im ersten halben Therapiejahr hatte, war der Umstand, dass Mario immer wieder nicht zur Stunde gekommen ist – und ich den Grund dafür länger nicht verstanden habe. Daher zum Abschluss der Darstellung noch einige Gedanken zur Anstrengungsvermeidung bei frühtraumatisierten Kindern und was ich darüber in der Therapie mit Mario gelernt habe, wofür ich ihm dankbar bin.

Mario kam immer wieder mal nicht zur vereinbarten Stunde, obwohl wir in den Stunden immer sehr gut miteinander gearbeitet haben. Zu Beginn habe ich das auch persönlich genommen und mich gekränkt. Ich konnte nicht verstehen, wieso er nicht kommen wollte, obwohl er mich regelmäßig umarmte und unsere gute Verbindung spürbar war.

Nachdem die Bezugsbetreuerin mir erzählte, dass Mario auch andere, ihm wohlthuende Aktivitäten immer wieder verweigerte, versuchte ich, diese Diskrepanz besser zu verstehen und bin auf das Phänomen der Anstrengungsverweigerung gestoßen, das bei frühtraumatisierten Kindern mit einer Bindungs- und Gewalttraumatisierung gehäuft auftritt (Bonus, 2008). Immer dann, wenn diese Kinder etwas tun sollen, das ihnen nicht ganz unmittelbar gefällt, verweigern sie und bei den kleinsten Anforderungen eskaliert die Situation. Bei Kleinkindern äußert sich das in Form von Davonlaufen und vor Wut toben und schreien, bei Jugendlichen in Form von Schulverweigerung und einer radikalen Ablehnung jeglicher Ausbildung.

Bonus (2008) beschreibt, dass im Selbstkonzept dieser Kinder die Überzeugung verankert ist: „Ich bin ein Fehler auf dieser Welt.“ Jedes spätere Scheitern – auch ein belangloses und

verständliches – bestätigt dann diese Selbstüberzeugung, was extrem schmerzhaft ist. Um diesen Schmerz zu vermeiden, werden Anstrengungen vermieden (z. B. sich aufzuraffen und zu mir zu kommen), meist auch gepaart mit Aggression (sich heftig dagegen wehren) und Abwertung (ist eh nur langweilig, bringt nichts). Der innere Widerstand wird immer größer, die Angst, Fehler zu machen oder wieder zu scheitern, ebenfalls. Und so versuche ich Mario dann auch zu verstehen: Er hat seine erste Schule und seine ursprüngliche Wohngemeinschaft verloren, ist von einer normalen Volksschule innerhalb eines Jahres in einem sonderpädagogischen Zentrum gelandet und erlebt immer wieder, dass er durch seine aggressiven Ausbrüche Menschen verliert, die er gerne mag. All das ist in seinen Augen „seine Schuld“. Ich denke, dass sich dieses Gefühl, ein Fehler auf dieser Welt zu sein, bei ihm im Laufe des vergangenen Jahres immer mehr verfestigt haben muss.

Mit diesem Verständnis kann ich Mario dann auch anders begegnen: Ich zeige ihm deutlich meine Freude, dass er es geschafft hat, zu kommen, wenn er da ist. Es ist nicht selbstverständlich für mich, dass er zur Therapiestunde kommt. Zusätzlich schreibe ich ihm verlässlich einen Tag vor seiner Therapiestunde ein Erinnerungs-SMS. Dieses Verständnis hat geholfen: Nach einem Jahr Therapie ist er nur noch ganz selten nicht zur vereinbarten Stunde gekommen und es hat unsere Beziehung weiter vertieft.

### Abschließende Bemerkungen

Als hoch qualifizierte Expert\*innen für Beziehung vertrauen personenzentrierte Therapeut\*innen auf die Aktualisierungstendenz ihrer Klient\*innen. Sie wissen, dass das freie, selbstbestimmte Spiel des Kindes die Ressource schlechthin darstellt. Sie vertrauen darauf, dass das Kind seine traumatischen Erfahrungen im Spiel und in der Begegnung mit uns in seinem Tempo zeigen wird, in der Hoffnung, darin wahrgenommen und verstanden zu werden. Wenn es uns gelingt, sichere und haltgebende Bedingungen herzustellen, sodass das Kind sich bei uns entspannt und mit der Zeit sicher fühlt, kann der entfaltende Modus der Aktualisierungstendenz wirksam werden. Dann findet Entwicklung und Verarbeitung statt, bei denen die inneren Ängste und Nöte des Kindes abnehmen und das Selbstkonzept des Kindes durch eine größere Symbolisierungsfähigkeit erweitert wird, wodurch die konstruktiven Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes zunehmen. Als Kinderpsychotherapeut\*innen benötigen wir ausreichend viel Wissen über frühe und komplexe Bindungstraumatisierung und ihre Folgen, um das jeweilige Kind bestmöglich „abholen“ und unterstützen zu können. Es ist wichtig zu wissen, dass es in der Therapie mit schwer traumatisierten Kindern vor allem um den

Aufbau von Selbststrukturen geht, und darum, ihrem aktuellen Erleben eine sichere Bedeutung geben zu lernen (für erwachsene Klient\*innen hat das Keil 2019 sehr gut beschrieben). Es braucht eine fundierte Aus-/bzw. Weiterbildung in personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, um das Kind in seinem Ausdruck zu verstehen und zu übersetzen, was ein konkretes Spiel bedeutet (vgl. Wakolbinger 2009 zur Übersetzungsarbeit). Damit kann gut wahrgenommen werden, wann ein Kind in ein blockierendes posttraumatisches Spiel rutscht. Denn dann braucht es eine spezifische therapeutische Intervention, um wieder heilungsfördernd spielen zu können, ohne die therapeutische Beziehung in Gefahr zu bringen. Es braucht darüber hinaus eine Offenheit, sich persönlich berühren zu lassen, die Fähigkeit, das Gespürte in ein erweitertes (auch theoriegeleitetes) Empathieverständnis umzusetzen sowie die persönliche Bereitschaft, sich ständig weiterzuentwickeln, nicht aufzuhören, neugierig zu sein, sich überraschen zu lassen und sich immer wieder frisch auf die Begegnung mit dem Kind einzulassen. Denn gerade diese Kinder brauchen ein authentisches Gegenüber, dann wird die Therapie zu einer heilsamen Beziehungserfahrung für sie werden.

Zusätzlich muss es uns gelingen, Bezugspersonen des Kindes beratend zu begleiten, damit sie ein vertieftes Verständnis für die inneren Nöte des Kindes entwickeln und sie dabei unterstützen, ihr jeweiliges Beziehungsangebot an das Kind empathisch und authentisch zu gestalten. Dann werden die krisenhaften Situationen mit Impulsdurchbrüchen abnehmen und auch auf der Ebene der realen Beziehungserfahrungen im Rahmen der Fremdunterbringung zunehmend Halt, Sicherheit und Zuversicht ihren Platz bekommen. Damit kann das Kind nicht nur im therapeutischen Kontext, sondern auch in seiner realen Lebenswelt neue Beziehungserfahrungen zur Basis einer positiven Sicht auf die Welt machen und sich aus den Fesseln seiner frühen Bindungstraumatisierung befreien und weiterentwickeln.

Mir ist es knapp zwei Jahre lang gut gelungen, mit der Bezugsbetreuerin von Mario eng zusammenzuarbeiten und so zu seiner zunehmenden Stabilisierung beizutragen. Leider kam es nach zwei Jahren zu einem größeren Wechsel des Personals, worauf Mario heftig reagierte. Die neuen Betreuer\*innen empfanden Mario als zu schwierig für die Wohngemeinschaft, eine Zusammenarbeit mit mir wurde leider nicht unterstützt und er wurde in einer Wohngemeinschaft in einem anderen Bundesland untergebracht. In einer letzten Stunde konnten wir uns tränenreich und mit vielen Umarmungen gut voneinander verabschieden, was für ein bindungstraumatisiertes Kind nicht selbstverständlich ist. So denke ich, dass die Therapie für Mario zumindest zu einer „schützenden Insel Erfahrung“ (Gahleitner, 2005) geworden ist, die ihn sein weiteres Leben begleiten und ihn unterstützen wird.

## Literatur

- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bonus, B. (2008). *Mit den Augen der Kinder sehen lernen. Bd. 2: Die Anstrengungsverweigerung*. Norderstedt: Books on Demand.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Berlin: Springer.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Döring, E. (2007). Traumatherapie mit Kindern. Was hilft das Spielen im Umgang mit traumatisierten Kindern? In GwG-Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 47–68). Köln: GwG-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. *PERSON 10*(2), 151–163.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2009). Gewalttätige Kinder und Jugendliche – Ein Forschungssurvey zu den Ursachen und ein personzentriertes Interventionskonzept. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson, (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 219–240). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON 16*(1), 46–58.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Maiworm, M., Riedel, K. & Steinhauser, H. (2020). Die Aktivität der Therapeut\*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Wann ist diese sinnvoll, nötig und „erlaubt“? *PERSON 24*(1), 46–59.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2011). Neue Bindungen wagen: Personzentrierte Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. (S. 21–38). Books on Demand.
- Gahleitner, S. B. (2019). Traumatherapie im kreativen Beziehungsraum mit Kindern und Jugendlichen. In M. Thielen & W. Eberwein (Hrsg.), *Fühlen und Erleben in der Humanistischen Psychotherapie* (Reihe: Therapie & Beratung; S. 135–146). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 243–264). Göttingen: Hogrefe.
- Hüsson, D. (2011). Personzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. (S. 239–256). Norderstedt: Books on Demand.
- Hüsson, D., Döring, E., & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen. *PERSON 16*(1), 59–70.
- Hüsson, D. (2016). Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis: Sina – ein traumatisiertes Kind erhält Spieltherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 47*(1), 13–17.
- Jofer-Ernstberger S. (2020.) Von der Praxis, der Könnerschaft und der spieltherapeutischen Lehrkunst. *PERSON 24*(1), 60–70.
- Keil W. (1997.) Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON 1*(1), 5–13.
- Keil, S. (2019). Das personzentrierte Verständnis von Psychotrauma – Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personzentrierte Konzept. *PERSON 23*(2), 110–121.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Dt.: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer (1983).
- Rogers, C. R. (1959). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag (1987).
- Rust, H. & Hammer, A. (2017). Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung: Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Beratung und Therapie mit betroffenen Jugendlichen. *PERSON 21*(1), 5–22.
- Wakolbinger, C. (2009). Die präsenste Therapeutenperson: Authentizität als entscheidender Faktor in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 59–77). Göttingen: Hogrefe.
- Wakolbinger, C. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *PERSON 14*(1), 21–31.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberg, D. (2010). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2015). *Verletzte Kinderseele*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. & Hensel, T. (2008). Traumazentrierte Spieltherapie. In M. Landolt & T. Hensel (2008), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 111–134). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2011). Wieviel Traumatherapie steckt in der personenzentrierten Spieltherapie? In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. (S. 205–218). Norderstedt: Books on Demand.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen – Einführung in die Personzentrierte Spielpsychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Zorzi, H. (2019). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.