

„Meine Zeit hat sich verändert!“

Prozessanalyse einer Psychotherapie mit einem emotional verwaorsten Mädchen

Annina Paravicini

Liestal, Schweiz

Die Arbeit stellt eine gekürzte Form einer Prozessanalyse dar. Es wird die mehrjährige Therapie mit einer zu Beginn der Therapie 10½-jährigen Klientin mit Todesängsten, massiven Gefühlsausbrüchen und Kontrollzwängen nachgezeichnet und versucht, den Prozess zu erfassen, wie ihn die Therapeutin erlebt hat. Die Therapeutin war durch ihre personzentrierte Haltung stets bemüht, mit der Klientin so in Kontakt zu sein, dass diese sich in ihrem Erleben frei entfalten konnte und unterstützte so deren Selbstexploration. Sie verließ sich dabei vor allem auf die Aktualisierungstendenz und verzichtete bewusst auf gezieltes, technikgeleitetes Eingreifen, bot lediglich Spielmaterial zur Unterstützung der Symbolisierung des Erlebens. Es wird sichtbar, wie die Klientin in der Spieltherapie ihre innere Welt kennenlernt, indem sie sich ihrem inneren Erleben, ihren Bedürfnissen, Sehnsüchten, Enttäuschungen annähern kann und beginnt, sich behutsam mit diesem Erleben auseinanderzusetzen. Gleichzeitig zeigt die Arbeit, wie personzentrierte Spieltherapie ganz konkret vor sich geht. Die Namen der Personen und weitere Angaben, die Rückschlüsse auf die Klientin zulassen könnten, wurden geändert.

Schlüsselwörter: Prozessanalyse, therapeutischer Prozess, personzentrierte Spieltherapie, Selbstaktualisierung, Selbstentwicklung

“My time has changed”. **Process analysis with an emotional neglected child.** This work gives a shortened process analysis of a person-centered psychotherapy. The therapy with a 10½ year-old female client experiencing fears of death, emotional outbursts and symptoms of control compulsions is described – with one especial focus on the process the therapist has experienced. The therapist tried to be in contact with the client in a way, that the client could develop freely in her experience and supported in this way the client’s self-exploration. The therapist relied, above all, on the actualization tendency and consciously refrained from technically guided therapy interventions. She only offered game material to support the symbolization of the experience. In this play therapy the client becomes acquainted with her inner world by approaching her inner experience, needs, desires and disappointments. The paper shows very concretely how person-centered play therapy works. The names of the persons and other information that could allow conclusions about the client have been changed.

Keywords: process analysis, therapeutic process, personcentered playtherapy, self-actualisation, development of the self

Maria wird im Alter von 10½ Jahren vom Schulheim in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie angemeldet, wo ich im Delegationsverhältnis mit einem Kinder- und Jugendpsychiater arbeite.

Das Erstgespräch findet im Beisein der Mutter und der Bezugsperson des Schulheims statt. Seither kommt Maria regelmäßig in die Therapie, während eineinhalb Jahren einmal wöchentlich, danach alle zwei Wochen. Die Therapie ist zum

heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen und stellt für die inzwischen 14-jährige Jugendliche nach wie vor eine wichtige Konstante in ihrem Alltag dar. Die Therapeutin scheint eine wichtige, kontinuierliche Bezugsperson für Maria geworden zu sein.

Anmeldungsgrund / Ausgangslage

Die Anmeldung zur Psychotherapie bei uns in der Praxis erfolgte nach einem Abbruch einer vorhergehenden Psychotherapie, da Maria zum damaligen Psychotherapeuten kein Vertrauen fassen konnte.

Annina Paravicini lic.phil., geb. 1973, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/pca, arbeitet als delegierte Psychotherapeutin in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis in Liestal, Schweiz.
Kontakt: annina.paravicini@hin.ch

Maria habe laut Bezugsperson kein Urvertrauen entwickeln können, leide unter Kontrollzwängen, massiven Gefühlsausbrüchen mit panischen Ängsten, auch Todesängsten, vor allem in neuen, unbekanntem Situationen. Kleinigkeiten würden sie in Stress bringen, wobei Maria mit heftigem Weinen, Abwehr und Aussagen wie: „das wird mir alles zuviel“ reagiere. Das Mädchen wirke auch ständig wie „unter Strom“, innerlich sehr angespannt, unter Druck und sehr impulsiv.

Dazu komme, dass sie von ihrem um zwei Jahre älteren Bruder vor wenigen Monaten sexuell belästigt worden sei.

Maria sei ein sehr soziales Kind mit einem großen Gerechtigkeitsinn, verhalte sich insgesamt äußerst angepasst und denke eher zuerst an die anderen als an sich selbst, habe Mühe, ihre Bedürfnisse zu äußern. Sie zeige eine große Angst vor Konflikten und Auseinandersetzungen und ein übergroßes Harmoniebedürfnis. Ich erhalte einen ersten Eindruck, dass das Mädchen wahrscheinlich in zentralen Bedürfnissen zu kurz kommt und dass es in der Therapie u. a. auch darum gehen wird, ihm einen Raum zu bieten, wo es sich nicht anpassen muss und mit seinen Bedürfnissen selber im Mittelpunkt stehen kann.

Anamnese

Entwicklungsanamnese

Maria wurde als drittes Kind geboren. Geburt und Schwangerschaft seien komplikationslos verlaufen. Die Mutter habe Maria vier Monate lang gestillt. Die motorische und sprachliche Entwicklung seien massiv verzögert verlaufen. Mit drei Jahren habe Maria noch kein Wort gesprochen, nur wie ein Tier geschrien. Im Alter von dreieinhalb Jahren habe sie begonnen, in Ein- bis Zweiwortsätzen zu sprechen. Die Sauberkeitsentwicklung sei erst im Alter von ca. sechs Jahren abgeschlossen gewesen.

In einer Abklärung am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst wurden bei der damals knapp vierjährigen Maria nebst einer massiv verzögerten Sprach- und motorischen Entwicklung eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens und eine Bindungsstörung diagnostiziert, dazu unzureichende elterliche Steuerung und Grenzsetzung und seit Jahren bestehende Überforderung der Mutter. Maria erhielt daraufhin heilpädagogische Frühförderung. Es erfolgte die Einschulung in einen Sprachheilkindergarten und danach der Übertritt in die Einleitungsklasse einer Sprachheilschule.

Mit acht Jahren erfolgte der Übertritt in die zweite Klasse in ein Schulheim, vorerst ambulant. Zu diesem Zeitpunkt sei Maria laut Bezugsperson sehr verwahrlost gewesen, habe kaum mit Messer und Gabel essen können, sei sehr unruhig gewesen, habe sich kaum selbst beschäftigen können.

Mit neun Jahren erfolgte auf Wunsch der Mutter die Platzierung von Maria im Schulheim.

Familienanamnese

Die Mutter, in der Schweiz geboren und aufgewachsen, hat keine Ausbildung absolviert und heiratete mit 19 Jahren ihren ersten Mann, einen Asylbewerber. Aus dieser Ehe stammt der älteste Sohn, fünf Jahre älter als Maria. Der zweite Sohn, zwei Jahre älter als Maria, stammt aus der Ehe mit dem zweiten Mann, der ebenfalls einen Migrationshintergrund aufweist. Aufgrund von Gewalterfahrungen in der Ehe erfolgte erneut eine Scheidung und im selben Jahr die Hochzeit mit dem dritten Mann, dem leiblichen Vater von Maria, ebenfalls ein Mann mit Migrationshintergrund. Die Trennung vom Vater erfolgte kurz nach der Geburt von Maria. Zum Vater besteht seither kein Kontakt mehr.

Die Kindheit von Maria war geprägt von mehreren stationären Aufenthalten der Mutter in einer psychiatrischen Klinik aufgrund von psychischen Zusammenbrüchen und Suizidversuchen. In dieser Zeit wurde bei der Mutter eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Kinder wurden jeweils in einem Heim notfallplatziert. Auch kam es zu Hause immer wieder zu massiven Krisen zwischen der Mutter und dem ältesten Sohn, welcher, als Maria zwei Jahre alt war, nach mehreren Kriseninterventionen in einem Kinderheim notfallplatziert wurde. Der jüngere Sohn wurde von einem mit der Mutter befreundeten kinderlosen Ehepaar als Pflegekind aufgenommen. Zu diesem Ehepaar pflegte die Mutter über mehrere Jahre ein großes Abhängigkeitsverhältnis. Auch Maria wohnte immer wieder längere Zeiten bei „Patin“ und „Pate“, wie sie die beiden nennt und pflegte eine fast unzertrennliche Beziehung zu ihnen, währenddessen sie sich immer mehr von der Mutter distanzierte.

Die Mutter fühlte sich von dem ‚Patenehepaar‘ zunehmend bevormundet und dominiert und trennte sich nach einem erneuten psychischen Zusammenbruch von diesem. Maria litt sehr unter diesem plötzlichen Beziehungsabbruch zu ihren Pateneltern.

Therapieverlauf

Erste Therapiephase (1.–9. Std.):

Was willst du von mir? Die große Verunsicherung

Inhaltlicher Verlauf

Die erste Therapiephase dauert vier Monate.

Zu Beginn der Therapie nimmt Maria von sich aus kaum eine Beziehung auf, bleibt zurückhaltend-distanziert. Sie wirkt

innerlich enorm gehetzt, unter Druck, nervös und unsicher. Alles muss sehr schnell gehen. Sie weiß zu Beginn oft nicht, was sie spielen soll, was sie sichtlich irritiert.

Es entsteht teilweise ein flüchtiges Spiel, ‚Einkaufen‘ und ‚Kochen‘, wobei sie mein Mitspielen ausdrücklich wünscht. Maria spricht kaum dabei. Instruktionen gibt sie mir kaum, oft auch nicht auf mein Nachfragen. Alles geschieht sehr schnell. Das Ganze wirkt auf mich wie ein ‚leeres‘ Spiel.

Später stellt sie mit Kapla-Hölzchen und Puppenhaus-Zubehör im Sandkasten erstaunlich lange und vertieft immer wieder ein Haus, bzw. dessen Umrisse dar und richtet die Zimmer mit Möbel und Zubehör sorgfältig ein. Da sie nie so richtig zufrieden damit ist, stellt sie die Einrichtung aber immer wieder um. Es fällt auf, dass die Zimmer des Hauses nicht klar voneinander abgegrenzt sind und dass das Mädchen im Spiel das Bett meist mit jemandem teilen muss, mit dem Bruder oder mit irgendwelchen Freunden. Ich frage mich, ob dies Hinweise auf erlebte Grenzüberschreitungen sind.

Maria wählt ab der 5. Stunde nach dem Spiel im Sand meist noch Regelspiele, z. B. UNO, Jassen, Schwarzer Peter, wobei sie einen deutlich entspannteren Eindruck macht, eine mutigere, keckere und herausfordernde Seite von sich zeigt. So dreht sie die Regeln zu ihren Gunsten, verschafft sich somit immer wieder Vorteile. Gewinnen ist für sie sehr wichtig. Sie signalisiert mir sowohl nonverbal durch schadenfreudiges Lachen als auch verbal, dass ich gegen sie keine Chance habe und scheint das Gefühl der Überlegenheit zu genießen. Als ich sie auf das Verändern der Regel anspreche und ebenfalls ‚ihre‘ Regeln anwende, meint sie keck, das dürfe ich nicht, das sei nur *ihre* Regel.

Gegen Ende der ersten Phase wirkt Maria deutlich entspannter, weniger verunsichert, weiß zu Beginn der Stunden sofort, was sie spielen möchte. In der 8. Stunde entsteht nach langer Aufbauphase eine interaktive Playmobil-Spielsequenz, wo Maria erstmals eigene Rollen übernimmt und mir auch erstmals aktiv Rollen zuteilt. Ich soll Patientin spielen, eine Mutter von zwei Kindern, welche nach einem Unfall im Spital operiert werden muss. Gleichzeitig soll ich auch die Rollen der zwei Kinder übernehmen. Maria selbst übernimmt das Krankenauto und den Chirurgen. Maria gibt auch auf mein Nachfragen kaum Instruktionen zum Spiel, möchte, dass ich selbst entscheide. Von mir in der Rolle der Kinder ausgedrückte Gefühle der Angst um die Mutter und der Verunsicherung werden sofort durch einen Spitalclown, der die Kinder mit Kapriolen und Kunststücken ablenkt, weggemacht. Die Kinder erhalten außerdem einen „neuen Papi“ und ein „neues Haus“.

In der darauffolgenden Stunde möchte sie für ihre Mama eine Zeichnung machen, schreibt mit Zierschrift in ein großes Herz: „Liebe Mama, ich hab dich lieb“. Auf meine Fragen, ob sie sich Sorgen um die Mutter mache, geht sie nicht ein.

Während der ganzen ersten Phase zeigt Maria extrem kontrollierendes Verhalten, was die Pünktlichkeit des Stundenbeginns bzw. -endes betrifft. Kleinste Abweichungen bringen sie in Stress.

Äußere Veränderungen

Von der Bezugsperson erfahre ich, dass Maria zweimal auf dem Weg zu mir Todesängste geäußert habe („Ich habe Angst, dass ich jetzt sterben muss“), evt. ein Hinweis auf eine mögliche Überforderungsreaktion auf den offenen Rahmen der Spieltherapie.

Die Mutter muss aufgrund eines psychischen Zusammenbruchs und Suizidalität für zwei Monate in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Maria spricht mit mir nie darüber, ich erfahre dies erst später durch die Bezugsperson. Allgemein erweist es sich als unmöglich, mit Maria über äußere Ereignisse, Erfahrungen aus dem Alltag im Heim zu sprechen. Deshalb ist es umso wichtiger, dass ich mit der Bezugsperson in regelmäßigem, meist telefonischem Kontakt bin.

Auf Wunsch von Maria besuche ich sie einmal im Heim, worüber sie sich extrem freut. Aufgeregt führt sie mich durchs ganze Heim und stellt mir alle ihre Lehrer und Betreuungspersonen vor, denen wir begegnen.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw.

Verhaltens der Klientin

Zu Beginn der ersten Phase zeigt Maria ihre Strategien zur Bewältigung ihres Alltages auf, zeigt mir ihr Selbstkonzept: „Ich lasse mich nicht zu sehr ein“, „ich zeige mich nicht“, „ich wehre mich nicht“, vermutlich aus Angst, wieder verlassen zu werden.

Dies äußert sich in den ersten Stunden in ihrer emotionslosen Darstellung äußerer Erfahrungen, in ihrem „Sich-nicht-zeigen-Wollen“, in ihrem flüchtigen, hektischen, ja auch sprunghaften Spiel und ihrem schnellen Darüberhinweggehen. Als ob sie mir zeigen wollte, dass sie selbst, im Ausdruck ihres Erlebens, nicht beachtenswert ist. In der Therapiestunde im Mittelpunkt zu stehen und beobachtet zu werden scheint sie zu verunsichern, vermutlich aus Angst vor Bewertung. Außerdem ist es für sie eine ganz neue Erfahrung, die das Selbstbild bedroht.

Mitspielen lässt sie mich noch kaum. Diese Art von Nähe will sie noch nicht, da sie zu bedrohlich für sie ist. Fragen nach Gefühlen, Meinungen, Einstellungen von Personen weicht sie aus, indem sie mich dazu auffordert, selbst zu entscheiden. Es ist für mich jeweils eine Gratwanderung, zwar Eigeninitiative zu zeigen, dabei aber nicht zu viel Eigenes ins Spiel zu bringen und dadurch zu sehr ‚vor‘ sie zu gelangen.

Vermutlich werden bei ihr durch den offenen Rahmen der Spieltherapie, welche durch ihr Angebot von Freiheit und Selbstbestimmung die Zuwendung zu den eigenen Bedürfnissen anregt, Abwehrsymptome aktiviert, was zu ihrem verunsicherten,

misstrauischen, hektischen Verhalten führt. Ihre Angespanntheit sowie auch ihr extrem kontrollierendes Verhalten, was die Pünktlichkeit des Stundenbeginns und -endes betrifft, scheinen Ausdruck eines permanenten emotionalen Stresses zu sein, welcher durch den Versuch entsteht, Erlebtes gedanklich zu verarbeiten und sich mit ihren Ängsten und ihrer Bedürftigkeit auseinanderzusetzen.

Dies könnte auch der Grund sein, weshalb Maria nach wenigen Therapiestunden vermehrt Regelspiele wählt. Die Regelspiele geben ihr Struktur und Gewissheit, außerdem kann sie so durch ihre Überlegenheit die Kontrolle bewahren. Sie übernimmt in den Regelspielen klar die Führung und verändert Regeln so zu ihren Gunsten, dass nur sie gewinnen kann. Wie Behr (2012) vorschlägt, verhindere oder kritisiere ich das nicht, mache lediglich bedingungslos, wertschätzend transparent, was geschieht. Ich nehme an, dass sie mit dem dominierenden Verhalten ihre Bedürftigkeit kaschiert, durch die sie sich bedroht fühlt. Freude und Spaß am Gewinnen und auch Freude an ihrer Überlegenheit sind die ersten stärkeren Gefühle, die Maria in den Spielstunden äußert.

Die Regelspiele scheinen Maria zu entspannen, ihr genügend Sicherheit zu vermitteln, um Neues entstehen zu lassen, bzw. ihre realen Erfahrungen im Spiel auszudrücken: So z. B. als sie im Spiel mit der verunfallten Mutter, die im Krankenhaus operiert werden muss, vermutlich ihren realen Erfahrungen mit der Mutter, die zu dieser Zeit in die psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste, im symbolischen Spiel Raum gibt. Von mir in der Rolle der Kinder ausgedrückte Gefühle der Schwere, Trauer und Ungewissheit scheinen für Marias Selbstkonzept allerdings noch zu bedrohlich und müssen durch einen von ihr eingeführten Spitalclown abgewehrt werden. Das Spiel wirkt emotional leer, ein reines Inszenieren auf der Handlungsebene.

Ich bekomme eine erste leise Ahnung, wie sehr Maria vermutlich schon in ihrer frühen Kindheit gezwungen worden war, sich in ihrer gesamten Aufmerksamkeit ausschließlich auf ihre Borderline-Mutter zu konzentrieren und dabei gelernt hat, dass sie als eigenständiges Wesen nicht existiert, keine Chance hat, sich selbst zu spüren und zu erleben. Sie hat vermutlich innerhalb ihrer Familie nie unbedingte Wertschätzung, Angenommensein oder ausreichende Beachtung ihrer Bedürfnisse erfahren. Sie hat gelernt, sich zu ignorieren, eigene Bedürfnisse nicht durchzusetzen, beständig nachzugeben und ihre ganze Wahrnehmung auf andere zu richten, um möglichen Bedrohungen zu entgehen. Dazu Rösel (2013, S. 35): „Sie [Kinder von Borderline-Eltern] sind gezwungen, eigene Gefühle auszuschalten und müssen jegliche Impulse der Selbstfürsorge ignorieren und den Betroffenen ... retten und beschützen, um so auch Überlebenschance zu haben.“

Beziehung Therapeutin-Klientin

In den ersten Stunden geht von Maria etwas Verunsichertes, mich misstrauisch Beobachtendes aus. Ihr Blick scheint für mich auszudrücken: Was willst du von mir? Mach ich es richtig? Wie stehst du zu mir? Hast du mich gern oder verletzt du mich auch noch? Sie wirkt unter Druck, ihr Tonus ist gespannt, ihr Spiel enorm flüchtig und gehetzt. Sie äußert in diesen Stunden kaum ein Wort, lächelt zum Teil etwas gehemmt, beobachtet mich scharf.

Ich spüre ihren Druck enorm, fühle mich selbst unter Druck, oft unwohl, unsicher, wie ich mich im Spiel mit ihr verhalten soll, so dass ich sie nicht überfordere. Ihre nach außen gerichtete Aufmerksamkeit irritiert mich. Meine Unsicherheit, ob es ihr wohl ist, begleitet mich durch die Stunden und veranlassen mich immer wieder, ihre Befindlichkeit abzufragen, obwohl sie mir immer mit „gut“ antwortet. Aus der Tatsache, dass sie ab der 3. Stunde zu Beginn jeder Stunde ihre Schuhe auszieht und die Rollläden runter lässt und ihrem in der 4. Stunde geäußerten Wunsch, das im Sand aufgebaute Haus bis zu ihrer nächsten Stunde so stehen zu lassen, schließe ich, dass Maria gerne kommt und erstes Vertrauen in mich aufbauen konnte.

Veränderungs- und Lernprozesse der Therapeutin

Marias anfängliche Orientierungslosigkeit und Unsicherheit im Spiel spiegelt auch ihre Unsicherheit in der Beziehung zu mir. Diese Unsicherheit auszuhalten, ist sehr herausfordernd für mich. Ich spüre ihr „Mach-ich-es-richtig“, 1:1 auch bei mir, bzw. ihre Unsicherheit berührt auch ein mir sehr bekanntes Thema: Mache ich es richtig als Therapeutin? Bin ich gut genug? In einer Supervision wird mir deutlich, dass meine bedingungslos positive Beachtung zeitweise beeinträchtigt ist und ich aufpassen muss, die Klientin nicht unbewusst in die Rolle der erwachsenen Person zu manövrieren, die mir (Rolle des bedürftigen Kindes), beweisen muss, dass ihr die Therapie gut tut. Eine Rolle, die sie vermutlich in der Beziehungsgestaltung mit ihrer Mutter schon früh immer wieder übernehmen und dabei zu früh zu viel Verantwortung übernehmen musste. Durch dieses empathische Verständnis gelingt es mir, die beeinträchtigte bedingungslos positive Beachtung der Klientin gegenüber wieder aufzubringen (vgl. Eckert, 2006, S. 224ff).

In den Regelspielen begegne ich Maria primär im facilitativen Modus (Behr, 2012), spiele absichtlich nicht besonders gut, schone sie, konzentriere mich darauf, dass Maria Reflexionen ihres Verhaltens und ihrer Äußerungen erhält. Ich spüre, dass Verlieren zu verletzend und kritisch für Marias Selbstwert wäre. Ich versuche jedoch zunehmend und noch sehr behutsam, auch durch mein *Tun* Resonanz auf ihr Verhalten zu geben, ihr im interaktionellen Modus (Behr, 2012) zu begegnen. So z. B. bei spontanen Regeländerungen Marias zu ihren Gunsten, indem

ich die Vorteile der Regeländerung auch für meine eigenen Spielhandlungen in Anspruch nehme. Hier macht mir Maria allerdings unmissverständlich klar, dass dies nur *ihre* Regeln seien. Dass Maria sich wehrt, zeigt mir, dass ich sie zwischen- durch durchaus auch etwas herausfordern darf, sie nicht gleich zusammenbricht und sie mir schon Signale gibt, wenn sie's nicht aushält.

Zweite Therapiephase (10. – 33. Std.):

Aschenputtel: Ich lasse mir nicht alles gefallen

Inhaltlicher Verlauf

Durch diese Phase, die sich über einen Zeitraum von acht Monaten erstreckt, zieht sich das Mutter-Tochter-Rollenspiel wie ein roter Faden, immer wieder in leicht veränderter Form mit fließendem Übergang vom Rollenspiel mit den Puppenhausfiguren zum Rollenspiel mit ‚echten‘ Personen etwa um die Mitte der zweiten Phase. Maria, inzwischen gut 11-jährig, fordert mich nun jedes Mal auf, ebenfalls Rollen zu übernehmen, wobei sie praktisch immer die Rolle der „Teenager-Tochter“ Anna übernimmt, mit der sie sich deutlich zu identifizieren scheint, und mich die Mutter spielen lässt.

In der Rolle der Tochter Anna verhält sie sich unglaublich fürsorglich ihrer Mutter gegenüber, bekocht sie, kauft ihr schöne Kleider, plant mit ihr schöne Ausflüge, kauft für sich und die Mutter ein schönes Haus, unterstützt die Mutter in der Jobsuche. Ich hadere in der Rolle der Mutter sehr damit, das alles von einer erst „13-jährigen Tochter“ für mich machen zu lassen, verbalisiere nebst dem Lob für die Tochter immer mal wieder meine Sorge um sie, dass sie so viel für andere tut, so viel ‚krampft‘ und dass ich ihr gerne auch mal etwas zuliebe tun würde, ja dränge mich manchmal fast auf, mitzuhelfen. Maria lässt mich aber sehr genau spüren, dass sie nun exakt darin verstanden werden will, dass sie als fürsorgliche Tochter alles für die Mutter machen möchte, alleine, kompromisslos. So lehnt sie alle meine Unterstützungsversuche ab und ich kann als Mutter nur tatenlos und mich ausruhend zusehen.

Maria beginnt immer mal wieder direkt über Erfahrungen, Erlebnisse zu berichten. Das ist neu. So bringt sie zum ersten Mal ihren Ärger über den Zeitpunkt der Therapie zum Ausdruck und wünscht die Therapie an einem anderen Tag. Maria bringt den Wunsch ein, dass ich wöchentlich zur Therapie zu ihr ins Heim komme. „Und wenn's halt gar nicht geht“, meint sie einmal trotzig, „dann bringt es gar nichts, in Therapie zu kommen!“ Ich gebe diesem Ärger viel Raum, versuche, zeitliche Alternativen anzubieten, doch immer findet sie etwas, das sie stört. Eines Tages meint sie, es gäbe nach den Sommerferien ja einen neuen Stundenplan, dann sei alles anders.

Es ist erstaunlich, wie sie wagt, sich in ihren Befindlichkeiten und mit ihren Bedürfnissen zu zeigen. Rigide Selbst-

zurückhaltung wird weicher, Bedürfnisse finden mehr und mehr Platz im Selbstbild.

Nach unzähligen Mutter-Tochter-Rollenspielen folgen zwei intensive spieltherapeutische Stunden, wo sie, angeregt durch eine Aschenputtel-Plastik-Figur aus meiner Figurensammlung, das Märchen Cinderella im Sandkasten reinszeniert. Sie teilt mir die Rollen der bösen Stiefmutter und der verwöhnten Tochter Anastasia zu. Sie selbst übernimmt die Rolle von Cinderella, mit der sie sich auch deutlich zu identifizieren scheint. Sie instruiert mich, dass die Stiefmutter und Anastasia „ganz böse“ Cinderella gegenüber sein müssen und sie immer arbeiten und helfen lassen sollen. Es fällt mir anfänglich schwer, Aschenputtel so erniedrigen zu müssen, sie in ihrem aufkeimenden Trotz ersticken zu wollen, wie es Maria von mir verlangt. Doch es wird mir immer deutlicher, wie sehr Maria im Spiel diese heftige Abwertung braucht, um die in ihr schlummernden Kräfte freisetzen zu können. Aus einem zuerst nur leicht widerwilligen Erledigen des von ihr Verlangten entwickelt sich eine emotional sehr spürbare, sich mit lauter Stimme heftig wehrende und für sich einsetzende Cinderella. Auf die Bemerkung der von mir gespielten Stiefmutter: „So kenne ich Cinderella gar nicht, ich konnte sie immer herumbefehlen und sie hat immer gemacht, was ich wollte!“, antwortet Maria in der Rolle der Cinderella: „Ja, aber meine Zeit hat sich jetzt verändert!“

Äußere Veränderungen

Maria beginnt, den ganzen Therapieraum fürs Spiel einzunehmen und spricht nun vermehrt direkt in der Rolle der Figuren, bleibt nicht nur in der Kommentatorenrolle. Im Verlaufe der zweiten Phase instruiert sie mich deutlich mehr im Spiel und wird selbst in ihrer Rolle viel spürbarer, ihre Stimme wirkt kräftiger. Das Spiel wechselt vom Rollenspiel mit Puppenhausfiguren zum Rollenspiel mit uns als ‚echten‘ Personen.

Von der Bezugsperson erfahre ich, dass Maria im Heim nun ihre Bedürfnisse besser einbringen könne. Maria wirke belastet, öffne sich aber vermehrt und drücke ihre Gefühle und Sorgen aus. Sie weine oft und benötige dann viel Nähe zu den Bezugspersonen. Es sei aber ein anderes Weinen, als wenn sie aus panischer Angst weine. Die panischen Ängste kämen nur noch selten vor.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw.

Verhaltens der Klientin

Maria beginnt, sich unabhängig von anderen stärker wahrzunehmen, die Ich-Du-Grenzen werden klarer, sie erlaubt sich in der Therapie, mehr Raum für sich einzunehmen. Dies drückt sich einerseits in der Ausbreitung im ganzen Therapiezimmer aus, durch Darstellung von Wänden zwischen den Zimmern mit Kapla-Hölzern, aber auch in der Darstellung des größten und schönsten Zimmers für die Tochter, das sie besonders

sorgfältig einrichtet und mit einem goldenen Tuch als Teppich versieht. Ich bin berührt von der sich zeigenden Selbstfürsorge Marias.

Zentral scheint in dieser Phase aber die Sorge um die Mutter zu sein. Ich nehme an, dass Marias Umsorgen der Mutter und damit das Hintanstellen eigener Bedürfnisse eine Bewältigungsstrategie darstellt, um ein Stück Berechenbarkeit in ihr unberechenbares Leben mit der Mutter zu bringen, und um das eigene unerfüllte Bedürfnis nach Anerkennung nicht spüren zu müssen. Das Spüren des Bedürfnisses nach Anerkennung scheint eine Bedrohung für ihr Selbstkonzept zu sein und konnte bisher überhaupt nicht integriert werden, was zu großer Inkongruenz führte. Nachdem sie sich aber in vielen Rollenspielen in ihrer Sorge um die Mutter empathisch verstanden gefühlt hat und darin bedingungslos positiv wertgeschätzt worden ist, gelingt es ihr in den Folgestunden neue, der Entwicklung, bzw. Entfaltung des Organismus förderliche Selbsterfahrungen zu machen, z. B. im Ausdruck von Ärger oder indem sie sich abgrenzt.

Dies zeigt eine deutliche Entwicklung der Klientin in Richtung Autonomie, zu stärkerer Selbstbestimmung (vgl. Rogers, 1961a/2002, S. 171ff). Höger (2006, S. 42) meint, dass der Aspekt der Entfaltung dann ins Spiel kommt, wenn sich der Organismus in einer für ihn nicht bedrohlichen Situation im Zusammenspiel mit seiner Umwelt weiterentwickelt.

Eindrücklich kommt dies in der intensiven Identifikation Marias im Sandspiel mit der Figur „Aschenputtel“ zum Ausdruck. Dass sie gerade Aschenputtel gewählt hat, ist für mich kein Zufall. In Aschenputtel wird uns die seelische Verfassung eines Kindes gezeigt, das zu wenig mütterliche Nähe erfährt. Das Märchen hilft Maria, gewaltige innere Kräfte zu mobilisieren, mit denen sie sich aus ihrer gefangenen Lage befreien kann, um selbstbewusster ihren Platz im Leben einnehmen zu können. Dank besserem Zugang zu aggressiven Gefühlen im geschützten Rahmen der bedingungsfreien, wertschätzenden positiven Beachtung, können die Erfahrungen: „Ich bin jemand, der sich nicht alles gefallen lässt“, „ich bin jemand, der sich wehren kann“, symbolisiert werden, um später, so hoffe ich, in ihr Selbstkonzept integriert zu werden.

Die Therapie scheint ihr einen sicheren Rahmen für ihre Selbstexploration und Erweiterung ihres Selbstkonzepts zu geben. Einerseits kann sich ein sehr fragiles Selbst festigen und erste klare Konturen gewinnen, andererseits wird es möglich, dass Inkongruenzen verkleinert werden, bisher nicht integrierte Erfahrungen zu Selbsterfahrungen werden und Platz im Selbstkonzept finden (vgl. Biermann-Ratjen, 2006).

Beziehung Therapeutin-Klientin

Es ist für Maria in dieser zweiten Phase sehr wichtig, dass ich alles, was sie tut, aufmerksam wahrnehme und positiv beachte.

Schien ihr in der ersten Phase mein Beobachten noch unangenehm, ja fast störend und wohl beängstigend, weil Gefahr drohte, abgelehnt zu werden, fordert sie mich nun richtiggehend heraus, alles wahrzunehmen und weist mich aktiv darauf hin, wenn ich etwas ihr wichtig Erscheinendes, nicht kommentiere. Es kommt mir vor, als ob sie immer mehr erfahren möchte: „Ich bin es wert, beachtet zu werden“.

Dass Maria in dieser Phase immer mal wieder den Zeitpunkt der Therapie in Frage stellt, bringt mich nach anfänglicher Verunsicherung, nicht mehr aus der Ruhe, denn ich spüre, dass es Maria dabei nicht um das In-Frage-Stellen der Therapie an sich geht. Sie beginnt, sich in ihrer natürlichen und gesunden Bedürftigkeit zu zeigen. Indem sie mir ihren Unmut zumutet, drückt sie große Stärke aus und es zeigt mir auch, dass zwischen uns eine sichere, vertrauensvolle therapeutische Beziehung besteht.

Ich bin beeindruckt von Marias Fähigkeit, sich nonverbal auszudrücken und von den Kräften und Ressourcen, die in ihr schlummern. Ich spüre immer stärker, wie sehr mir dieses Mädchen ans Herz gewachsen ist und wie gerne ich die Therapie mit ihr mache. Die Tatsache, dass ich mich immer mehr leiten lassen kann vom Vertrauen in die sich entfaltenden Kräfte in ihr, in ihre Aktualisierungstendenz, lässt mich die Therapiestunden mit ihr deutlich entspannter und lustvoller erleben.

Veränderungs- und Lernprozesse der Therapeutin

Die therapeutische Herausforderung besteht für mich in dieser Phase immer wieder darin, die Durcharbeitungsprozesse von Maria im Spiel zunächst auf sich beruhen zu lassen und mich nicht unter Druck zu setzen, jeweils genau zu verstehen, was sie da inszeniert. Ich muss mir immer wieder explizit in Erinnerung rufen, dass der Prozess des Spielens und eine einfühlsame Begleitung wichtiger sind als Deutungen. Während des Spiels kann Maria ihre Erfahrungen organisieren. Es fordert Selbstaussdruck und fördert damit implizit das Selbstwertgefühl (Behr, 2012).

Ich sehe mich in dieser Phase oft mit großen, real erscheinenden und nicht nur ‚übertragenen‘ Beziehungsansprüchen konfrontiert im Sinne von: ‚sei du meine Mutter‘, was mich, aus Angst, in die Rolle eines Mutterersatzes gedrängt zu werden, oder zu sehr aus meinem inneren ‚mütterlichen‘ Bezugsrahmen zu handeln, zu Beginn eine eher ‚abstinente‘ Spielhaltung einnehmen lässt. Als Maria jedoch immer wieder deutlich und oft auch spürbar verärgert fordert, ich solle auch mal selber entscheiden, lasse ich mich stärker ins Spiel ein, vertrauend darauf, dass sie mir signalisiert, wenn sie sich nicht verstanden fühlt. Es wird mir in dieser Phase bewusst, wie wichtig es für Maria ist, dass sie anhand meiner Transparenz und aktiven Engagements in meiner Rolle daran teilnehmen kann, wie eine erwachsene Person (eine Mutter) innerlich funktioniert. Ich bin

wie ein Modell für die Klientin und übermittle die Botschaft, dass eine Person alle möglichen Gefühle und Gedanken haben kann und dass all diese Gefühle und Gedanken erlaubt sind. Ich spüre, dass ich mehr Interaktionsresonanz (vgl. Behr, 2012, S. 103ff) geben muss bzw. kann als in der ersten Phase, wo alles noch viel vorsichtiger und zurückhaltender war. Maria fordert mich als real präsente Person mit ihren ‚Muttergefühlen‘ heraus, sie möchte mich als authentisches Gegenüber spüren. Hufnagel (in Boeck-Singelmann et al., 2003, S. 246f) beschreibt, wie wichtig es in der Therapie mit Heimkindern ist, die ansonsten für Kindertherapeuten geltende Grundregel, sich nicht in die Gefahr zu begeben, die Rolle eines Elternsurrogats einzunehmen, zumindest phasenweise in Frage zu stellen.

Dritte Therapiephase (34.–79. Std.): Das verletzte Kind

Inhaltlicher Verlauf

Die dritte Therapiephase dauert insgesamt eineinhalb Jahre.

Maria kommt nach mehreren Wochen Sommerferien weinend und aufgelöst in die Stunde. Sie habe sich kürzlich am Knie verletzt, habe notfallmäßig genäht werden müssen und nun schmerze es beim Gehen. Trotzdem habe sie heute alleine zur Therapie kommen müssen. Maria ärgert sich über ihre Bezugsperson, wirft ihr vor, kein Verständnis zu haben. Gleichzeitig ärgert sie sich auch wieder über die Therapiezeit und über den neuen Stundenplan. Hinter all diesem Ärger zeigt sich ein hilfloses, zutiefst verunsichertes und verzweifertes Mädchen, und wir benötigen fast die ganze Therapiestunde dafür, ihrem aktuellen Zustand Raum zu geben. Heftig weinend sagt sie: „Weißt du, es tut einfach weh und niemand nimmt Rücksicht auf mich, nicht einmal mein Mami!“ Und sie gibt ihrer Enttäuschung Ausdruck über die Mutter, welche nicht einmal nachfrage, wie es ihr mit ihrem Knie gehe, immer nur mit ihren eigenen Dingen beschäftigt sei und sich allgemein gar nicht um Maria kümmere, wenn diese am Wochenende zu Hause sei.

In mehreren Tierarzt-Rollenspielen spielt Maria eine Tierärztin, die einen kranken Igel operiert, den ich verletzt auf der Straße gefunden hätte. Nach der Behandlung fragt mich die Tierärztin, ob ich das Tier zu Hause aufnehmen und pflegen könne. Ich müsse einfach damit rechnen, dass es dann bei mir bleiben wolle. Weiters behandelt sie ein verunglücktes Drachengebilde, welches die Drachemutter nicht mehr zurückhaben möchte, oder einen kleinen Delphin, der von seinem Besitzer nicht mehr abgeholt wird.

Es folgen Stunden, in denen mich Maria auffordert, die Rolle der Ärztin zu übernehmen. Maria selbst lässt sich in der Rolle einer jungen Frau mit einem verletzten Knie von der Ärztin behandeln. Maria liegt dabei lange sehr entspannt, aber mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit präsent da, scheint zu genießen, wenn ich sie bei Berührungen immer wieder frage, wie das für

sie sei, ob sie das schmerze oder nicht. Diese Art Rollenspiel erfolgt über mehrere Stunden.

Weiters folgen Reinszenierungen von Szenen aus dem Twilight Vampir-Jugendroman, eine Liebesgeschichte zwischen den Jugendlichen Bella und Edward, die ihren Platz in der Welt suchen, sich abgrenzen wollen von ihrem Leben als Kinder, aber auch nicht so werden wollen wie ihre Eltern. Maria möchte mit mir die Geschichte auf ihre eigene abgeänderte Art spielen. Dabei identifiziert sie sich deutlich mit der Hauptdarstellerin Bella, mit deren Hin- und Hergerissensein zwischen den um sie kämpfenden jungen Männern und mit den dazu gehörenden Hochs und Tiefs von Gefühlen. In der Rolle von zwei jugendlichen Schwestern spielen wir Themen durch, die den Alltag im Zusammenleben mit den Kindern und Jugendlichen im Heim darstellen (Liebesbeziehung, Sexualität, Freundschaft, Eifersucht, Abgrenzung zu den Eltern). Noch ist es für sie aber zu bedrohlich, direkt darüber zu sprechen. Sehr eindrücklich und berührend spielen wir in der Rolle der zwei Schwestern in mehreren Stunden unsere Vorbereitung auf einen Musik- und Gesangswettbewerb. Es entsteht ein sehr lustvolles gemeinsames Ausprobieren von Rhythmen mit Stimme, Xylophon und Trommeln. Maria singt, von mir rhythmisch begleitet, eine Mischung aus einem ihr bekannten Song und improvisiertem Text: „Was guckst du mich so an? Ich bin einfach ein normaler Mensch, nicht etwas Besonderes ... weil du mich jahrelang im Stich gelassen hast ... du hast mein Leben zur Hölle gemacht, lass mich in Ruhe ... es ist vorbei ... es ist vorbei.“ Ein anderes Mal improvisiert sie: „Ich habe einen Traum ... ich bin nicht allein, ich bin nicht allein, ich glaube an mich.“ Es gelingt Maria, sehr exakt auf den Punkt zu bringen, was in ihr ist, und auszusprechen, was sie früher nicht einmal zu fühlen wagte.

Äußere Veränderungen

Die Mutter verbringt in dieser Zeit zweimal mehrere Monate in einer psychiatrischen Klinik. Dazu kommen im Leben der Mutter immer wieder wechselnde Partner, was bei Maria für Unsicherheit sorgt.

Von der Bezugsperson erfahre ich, dass Maria im Heim vermehrt ihrer Enttäuschung Ausdruck geben könne, dass sie keine richtige Familie habe und dass die Bezugsperson nicht ihre Mami sei.

Maria sei viel gelöster, könne sich besser auf Neues einlassen, gerate dabei weniger in Stress. Sie grenze sich sehr von ihrer Mutter ab, äußere Bedürfnisse und Wünsche auch der Mutter gegenüber klarer. Die Mutter erlebe Maria zu Hause aufmüpfig und fordernd.

Im Heim sei Maria inzwischen sehr mit pubertären Themen beschäftigt, wie Kleider, Schminken oder den Fragen ‚wie komme ich bei Jungs an‘, ‚wie grenze ich mich ab‘. Es falle auf, wie sie, die sich permanent zurückgenommen habe und

Konflikten möglichst aus dem Weg gegangen sei, sich Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen stelle, ihre Meinung äußere und vor allem Jungen vermehrt ihre „Krallen“ zeige.

Maria verändert sich in dieser Phase auch körperlich sehr. Begegnete sie mir anfangs in der Therapie noch als Kind, welches kaum Wert auf Äußeres legte, entwickelt sie sich zur hübschen jungen Frau, die ihrer Weiblichkeit gerne in adretter, weiblicher Kleidung Ausdruck verleiht. Ab und zu erscheint sie auch dezent geschminkt.

Am Schluss dieser dritten Phase bringt Maria, inzwischen 13-jährig, den Wunsch ein, zukünftig nur noch alle zwei Wochen in Therapie zu kommen, damit sie schulisch nicht immer so viel verpasse.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw. Verhaltens der Klientin

Zu Beginn der dritten Phase wird sich Maria schmerzhaft gewahr, dass die Mutter sie mit ihren Bedürfnissen immer wieder im Stich lässt (Szene mit dem Drachen- und Delphinjungen, welche von ihren Müttern nicht mehr zurückgeholt werden). Die große Sehnsucht Marias, von der Mutter in ihren Bedürfnissen wahrgenommen zu werden und die Sehnsucht nach einer intakten Familie werden spürbar.

Ich vermute, dass Maria durch das Spiel Patientin-Ärztin mit dem verletzten, vernachlässigten und bedürftigen Kind in ihr in Kontakt gekommen ist. Diese Erfahrungen scheinen sie aber noch schnell zu überfordern, was sich in ihrem emotional nach wie vor sehr distanzierten Spiel und in dem abrupten Beenden des Spiels und dem Wechsel zu Regelspielen zeigt.

Die längere Sequenz mit den gemeinsamen Gesangsauftritten der beiden Schwestern zeigt, dass Maria manchmal die Therapie auch ganz einfach als eine Insel frei von Sorgen erleben und diese nicht mit den früheren oder gegenwärtigen Problemen belasten möchte. Maria kann ihrer Freude dabei ungehemmt Raum lassen. Beim Singen und Trommeln kommt Maria mit ihren inneren Ressourcen in Kontakt, wirkt in diesen Momenten besonders gelöst, entspannt und kreativ, scheint aus voller Kehle ihre Frustration herauszusingen, ein mich kathartisch anmutendes Moment. Eine innere Lebenskraft wird dabei spürbar, wie ich sie bei Maria noch nie erlebt habe.

Auch wenn Maria nach wie vor stark in der Abwehr ist, kann sie mehr von ihrem inneren Erleben zulassen. Das Rollenspiel wird intensiver, unmittelbarer, realitätsnaher. Sie macht auf mich in den Rollenspielen meist einen entspannten, präsenten und äußerst vertieften Eindruck, wirkt stärker nach innen zentriert, ganz im Hier und Jetzt, spürbarer in ihrem organismischen Erleben. Auch ihre Stimme ist kräftiger und modulierter.

Ihr Erleben scheint stärker im Fluss zu sein (vgl. Rogers, 1961a/2002, S. 143ff), ihr Selbst offener für neue Erfahrungen.

Sie beginnt, auch schmerzhaft Erfahrungen und Erfahrungen von Bedürftigkeit zu integrieren. Marias Selbstkonzept und ihre Erfahrungen werden kongruenter, sie wird innerlich freier für ihre neu auftauchenden Jugend-Themen.

Beziehung Therapeutin-Klientin

Ich spüre bei Maria kaum mehr Misstrauen, die Therapie scheint ein selbstverständlicher und wichtiger Bestandteil in ihrem Alltag geworden zu sein, und es ist ein vertrauensvolles Miteinander entstanden. Ihr, auf mein Nachfragen zu Beginn einer Stunde, was sie denn heute tun möchte, leicht vorwurfsvoller Ausruf: „Wie immer, Sie wissen es doch!“, zeugt davon.

In den Spielhandlungen verhält sie sich entschlossener, selbstsicherer, wenn auch nach wie vor sehr auf mich fokussiert, allerdings nicht mehr wie zu Beginn angepasst und achtsam, ob ich sie nicht ablehne, sondern eher mich als Rollenvorbild beobachtend. Ich spüre förmlich, wie sie meine Reaktionen, geäußerten Gedanken, Bedürfnisse, Gefühle aufsaugt und zunehmend mutiger wird, sich selbst zu zeigen. Sie übt sich förmlich im Sich-Abgrenzen, Behaupten, Streiten, Sich-Annähern.

Neu ist für mich auch, dass wir zeitweise völlig absorbiert durch das Spiel sind, in eine gemeinsame lustvolle Handlung vertieft, eingetaucht und gleichzeitig ganz im Hier und Jetzt – auch für mich eine sehr berührende Erfahrung, die unsere Beziehung weiter stärkt. Schwierig ist für mich aber immer noch, die nach Ausdruck strebenden, vitalen, kräftigen Symbole in vielen geheimnisvollen, verwirrenden Spielszenen als schlummernde, rätselhafte Kräfte stehen zu lassen. Dabei hilft mir die Aussage Behrs (2012), dass der Zugang beim dramatischen Spiel phänomenologisch ist und der Prozess des Spielens und die einfühlsame Begleitung wichtiger als Deutungen sind. Gleichzeitig spüre ich aber auch Freude in mir über die erwachende Überzeugung von Maria, ihr eigenes Leben aktiv mitgestalten zu können. Mein Vertrauen in ihre inneren Selbstheilungskräfte wird immer stärker. Ich zweifle keinen Augenblick mehr daran, dass Maria trotz schwierigster Entwicklungsbedingungen, denen sie von Geburt an ausgesetzt war und es auch heute immer noch ist, ihren Weg finden wird.

Veränderungs- und Lernprozesse der Therapeutin

Ihr kontrolliertes, sehr sachliches und emotionsloses Berichten von belastenden Inhalten irritiert mich immer wieder und zeigt mir, welch starkes Distanzieren bei ihr nach wie vor nötig ist, um alles auszuhalten. Ich vertraue aber darauf, dass das Mädchen schon weiß, wieviel sie erträgt und wo sie Distanz oder Abwehr braucht.

Eine große Herausforderung stellen für mich immer wieder die Rollenspiele dar, wie sie vor allem gegen Ende der dritten Phase vorkommen, wo Maria reale Situationen, Erfahrungen

aus ihrem Alltag in diese verpackt. Ich spüre dabei stark, wie orientierungslos Maria oft ist, gespannt meine Reaktionen abwartet und mich geradezu herausfordert, in meiner Rolle Stellung zu beziehen, bzw. eigene Standpunkte zu vertreten. So z. B. als die beiden Schwestern bei einem Spiel auf einer Party die Jungs intensiv auf den Mund küssen sollen. Hier weigere ich mich spontan, nachdem Maria selbst in ihrer Rolle abwartet und mir die Entscheidung überlässt, dieses Spiel mitzumachen, mit der Begründung, nicht jeden Jungen auf den Mund küssen zu wollen. Aus ihren spürbar erleichterten, ebenfalls sich abgrenzenden Reaktionen in ihrer Rolle entnehme ich, dass mein deutliches Handeln wichtig war, da sie die Abgrenzung alleine wohl nicht geschafft hätte.

Ich erlebe es immer wieder als enorme Gratwanderung, einerseits der Inszenierung Marias viel Entfaltungsraum zu geben, andererseits aber auch die Momente wahrzunehmen, in denen Maria tatsächlich meine eigene Haltung zu einem Thema erfahren möchte. Es wird mir bewusst, dass wir uns in der Therapie langsam am Übergang zu einer Jugendlichen-Therapie befinden, auch wenn Maria die Themen nach wie vor primär im Spiel bearbeiten möchte. Ich bin mit ihr anders als früher gefordert, eigene Standpunkte zu vertreten, mich selbst direkter einzubringen. Maria wünscht sich ein lebendiges und menschliches Gegenüber, das kongruent auf sie eingeht und als Person spürbar ist.

Vierte Therapiephase (80.–109. Std.): Verlassen der sicheren Distanz – Gespräche lösen Rollenspiele ab

Inhaltlicher Verlauf

Wir bearbeiten in dieser Phase, welche sich über einen Zeitraum von 9 Monaten erstreckt, Alltagsprobleme, z. B. spannungsreiche Beziehungen zu ihren Freunden.

Maria äußert klare Vorstellungen von Beziehungen, wünscht sich einen Freund, dem sie vertrauen kann, der „es ernst mit mir meint“ und „nicht nur das eine will“, der ihr zuhört, sie respektvoll und nicht wie „Spielzeug“ behandelt, treu ist und ihr genügend Freiraum lässt. Sie beginnt, sich mit ihrem zunehmend aufmüpfigen, „zickigen“ Verhalten anzufreunden, meint stolz, das sei ihre „temperamentvolle“ und „selbstbewusste“ Art. Parallel zu ihren zunehmenden Selbstbehauptungsversuchen, von denen sie wahrnehmen kann, dass sie ihr gut tun, wird Maria aber auch immer wieder von schlechtem Gewissen geplagt, fühlt sich schnell schuldig und als „egoistisches Girl“. Ich äußere die Vermutung, dass sie in frühen Beziehungserfahrungen mit der Mutter gelernt hat, verantwortlich zu sein für die Stimmung und das Wohlergehen der Mutter. Obwohl sie mir dabei interessiert zuhört, macht sie mir unmissverständlich klar, dass die Erfahrung von Autonomie und Abgrenzung in einer Beziehung erst als zartes Pflänzchen in ihrem Selbstkonzept

Fuß fassen konnte und noch stark gefährdet ist durch die hartnäckige Überzeugung, dass Abgrenzung Bedrohung bedeutet und egoistisch sei.

Die Beziehung zur Mutter und die Loslösung von ihr sind zentrale Themen dieser Phase. Maria ärgert sich über ihre Mutter, welche sie, die jetzt langsam erwachsen werde, nicht loslassen wolle. Sie benötige ihren Freiraum und wolle Mami beweisen, dass sie schon ein bisschen auf sich selbst aufpassen könne. Dann zeige sie halt manchmal ihre „zickige Seite“. In ihren Schilderungen schwingt schlechtes Gewissen mit, das sie aber, als ich es anspreche, vehement abstreitet. Als ich ihr psychoedukativ aufzeige, dass ihre absolut natürlichen Autonomiebestrebungen für die psychisch kranke Mutter vermutlich eine heftige Bedrohung darstellen und diese folglich ablehnend reagiere, was für Maria wiederum eine besondere Herausforderung darstelle, reagiert sie erleichtert. Ich zeige auch auf, dass die Mutter aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht genügend in der Lage zu sein scheint, ihr die Aufmerksamkeit und das Gefühl von ‚du bist mir wichtig‘ geben zu können, was sie so sehr bräuchte.

Spürbar betroffen kann Maria daraufhin immer besser wahrnehmen und äußern, dass sie sich der Mutter immer wieder „fremd“ fühle, dass sie sich so wenig zu sagen hätten und sie sich von ihrer Mutter oft „wie Luft behandelt“ fühle. Außerdem empfinde sie es als „sehr unangenehm“, dass die Mutter, wenn diese mit ihrem Freund Stress habe, oft heulend zu ihr komme und erwarte, dass Maria sie tröste.

Maria überlegt sich in dieser Phase sogar, ob sie überhaupt noch Kontakt mit ihrer Mutter haben möchte. Sie realisiert, wie hinderlich die Mutter für ihre Selbstentwicklung und Selbstentfaltung war und ist.

Sie kann zum ersten Mal spüren, dass es sie traurig macht, keine richtige Familie zu haben. Sie vermisst ihren Bruder, welcher sich auf einem Jugendschiff für schwererziehbare Jugendliche aufhält, und ihren Vater, den sie nur von einem Foto kennt.

Äußere Veränderungen

Eine neue Ära ist angebrochen, die Therapiestunden haben eine neue Qualität. Drückte Maria am Ende der dritten Phase ihre Themen noch primär in der ihr Sicherheit gebenden Distanz der Rollenspiele aus und war es nur sehr selten und nur über kurze Sequenzen möglich, mit ihr direkt ins Gespräch zu kommen, besteht die Therapie heute hauptsächlich aus langen Gesprächen.

Rang sie zu Beginn der vierten Phase noch richtiggehend nach Worten und sprach oft gepresst und abgehackt, spricht die bald 14-jährige Maria heute fließender, ruhiger. Auch beobachte ich, dass sie sich im Stuhl vermehrt entspannt nach hinten lehnt, seltener auf der Vorderkante sitzt, als ob sie gerade auf dem Sprung wäre.

Im Heim lasse sich Maria nach wie vor von Abweichungen des gewohnten Alltags verunsichern, die heftigen emotionalen Ausbrüche kämen jedoch nicht mehr vor. Maria gelinge es immer besser, stressige Situationen frühzeitig zu erkennen, diese zu benennen und gelernte Strategien anzuwenden.

Themen rund um die Pubertät beschäftigten Maria stark. Sie sei dabei, ihre eigene Werthaltung zu bilden und vermehrt für ihre Bedürfnisse einzustehen. Sie fordere auch Grenzen ein und teste deren Verbindlichkeit. Die Beziehung zur Mutter stelle sie immer öfter in Frage und ihre Sehnsucht nach der perfekten Familie spiegle sich in ihren Äußerungen im Alltag wider. Seit einiger Zeit interessiere sich Maria zunehmend für ihre ausländischen Wurzeln und ihren Vater.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw. Verhaltens der Klientin

Maria benötigt die sichere Distanz des Rollenspiels nicht mehr, es gelingt ihr, Erleben und Erfahrungen direkt zu äußern. Sie wirkt zwar emotional immer noch sehr kontrolliert und beherrscht. Selten kommt es zu unmittelbarem Erleben (z. B. den Tränen nahe sein oder seufzen). Dieses unmittelbare Erleben löst bei ihr noch viel Unbehagen und Schamgefühle aus. Die vielen Themen, die sie bringt, weisen darauf hin, dass sie aber viel weniger abwehren muss. So kann sie beispielsweise gut spüren und annehmen, dass sie zeitweise viel Belastendem ausgesetzt ist und dass es ihr deswegen immer wieder schlecht geht und sie sich überfordert fühlt.

Viele ihrer organismischen Erfahrungen („Ich bin jemand, der traurig, verärgert, enttäuscht sein kann; ich bin jemand, der eigene Bedürfnisse hat; ich darf auch annehmen, muss nicht nur geben; ich darf mich abgrenzen; ich bin auch jemand, der Scheiße macht“), welche nicht mit dem auf Anpassung, Unterordnung und Zurückhaltung ausgerichteten Selbstkonzept übereinstimmen und lange Zeit abgewehrt werden mussten, konnten im Verlauf der Therapie zur Sprache kommen, eine Symbolisierung erfahren und so zu Selbsterfahrungen werden. Sie muss in Beziehungen nicht mehr immer brav, angepasst, freundlich und zuvorkommend sein, sie darf auch mal missgelaunt, frech, überfordert, streitlustig oder gestresst sein. Durch ihren besseren Zugang zu eigenen Bedürfnissen und Empfindungen gelingt es ihr, auch in Beziehungen ihre Bedürfnisse besser einzubringen, sich vermehrt abzugrenzen und besser für sich einzutreten. Maria kann ihr inneres Erleben wertschätzender und akzeptierender annehmen, es zeigt sich eine wachsende Kommunikation mit sich selbst, d. h. eine Zunahme der Selbstexploration, der kritischen Reflexion eigenen Verhaltens und der Bewusstwerdung eigener Anteile an Problemen. Ihr Innenleben wird für andere erfahrbarer.

Beziehung Therapeutin Klientin / Veränderungsprozesse der Therapeutin

Die Beziehung zwischen uns ist auf eine Art vertraut und selbstverständlich geworden. Dies führt bei mir mehrheitlich zu einer inneren Entspannung, wie ich sie in meiner beruflichen Tätigkeit als Therapeutin nicht oft erfahre. Auch die zeitweise Verslossenheit und Ausdrucksgehemmtheit Marias oder Stunden, in denen wir mehrheitlich UNO spielen, bringen mich wenig aus der Fassung. Doch vermutlich ist es gerade diese gefühlte Entspannung, die doch auch immer wieder meinen inneren Kritiker laut werden lässt, ob ich mich denn genügend engagiere, die Therapie genügend reflektiere und die Themen der Klientin genügend erfasse.

Die Tatsache, dass die Phasen des gemeinsamen Spielens nun definitiv vorbei sind, löst eine starke Wehmut in mir aus, die mich zeitweise etwas darin hemmt, mich authentisch und kongruent auf die von der Klientin eingebrachten, mir zum Teil fremden Jugend-Themen einzulassen. Ich nehme einen Parallelprozess zu eigenen Themen wahr, wie ich sie aktuell mit meinen eigenen Kindern erlebe. Das bewusste innerliche Abschied-Nehmen vom Kind Maria hilft mir, mich wieder ganz auf die jetzige Klientin einzulassen und wieder die starke innere Verbundenheit zu ihr zu spüren, gerade *durch* die vergangene, so intensive, gemeinsam erlebte Spiel-Zeit.

Standortbestimmung

In einer kurzen Standortbestimmung meint Maria auf mein Nachfragen: „Ich finde die Stunden hier ziemlich gut, ich fühle mich wohl.“ Gut tue ihr, dass ich ihr so genau zuhöre und sie offen über ihre Probleme reden könne (sie rede sonst kaum mit jemandem darüber) und dass sie auch Tipps bekomme. Sie könne jetzt viel besser über Schwieriges sprechen, sagen, was sie wolle und sich besser wehren und abgrenzen.

Sie möchte mit der Therapie so wie bisher, im Zweiwochenrhythmus, weitermachen.

Eine differenziertere Reflexion mit ihr über Veränderungen, Ziele und Erwartungen gestaltet sich als schwierig und kaum möglich.

Schluss

In den vielen Spielstunden und später auch gesprächspsychotherapeutischen Sitzungen wurde sich Maria ihren Bedürfnissen, Sehnsüchten, Enttäuschungen gewahrer, lernte ihre innere Welt kennen und begann sich behutsam mit dieser auseinanderzusetzen. Sie gewann dadurch zunehmend an innerer Stärke, an Selbsteilungskraft, die sie befähigte, positiver und interessierter auf neue Herausforderungen zugehen zu können, ohne,

wie früher, in panische Ängste oder zwanghaftes Kontrollieren zu geraten.

Es war und ist für mich nach wie vor sehr beeindruckend, mitzuerleben, wie Maria durch den ganzen Prozess hindurch ihren Weg ging, mit welcher Fähigkeit und mit welchem Ausdrucksvermögen sie sich weiterentwickeln konnte und ich freue mich, sie weiter begleiten zu dürfen.

Der beschriebene Prozessverlauf zeigt einmal mehr auf, dass Spieltherapie unter den Rogerschen Bedingungen (vgl. Rogers, 1983/2013) durchgeführt, funktioniert, auch wenn sich das Verfahren von der Arbeit mit Erwachsenen unterscheidet. Es gelang, mit der Klientin in Kontakt zu kommen und sie konnte mein Angebot, ihr empathisch und wertschätzend zu begegnen, ihr ein echtes Gegenüber zu sein, wahrnehmen. Ich durfte miterleben, wie der blockierte Entwicklungsprozess des Mädchens im Spiel und im Gespräch wieder in Fluss kam und die unter den massiven Bewertungsbedingungen entstandenen Inkongruenzen vermindert wurden. Die Therapie ließ mich einmal mehr erfahren, dass Selbstentwicklung möglich wird, wenn es gelingt, wertschätzend zu bleiben und kongruent mitzuspielen, trotz der erschwerenden Bedingung, dass im Spiel oft nicht alles empathisch zu verstehen ist.

Literatur

- Behr, M. (2012): *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- 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). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J. (2006). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2006) Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 38–72). Heidelberg: Springer.
- Hufnagel G. (2003). Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Kontext von Heimerziehung. In C. Boeck-Singelmann et al., *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 3, (S. 237–255). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1961a/2002): *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1983/2013). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt / Main: Fischer. (Orig. ersch. 1975: *Client-centered psychotherapy*. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, II, Volume 2, pp. 1831–1843. Baltimore: Williams and Wilkins.)
- Rösel, M. (2013). *Mit zerbrochenen Flügeln. Kinder in Borderline-Beziehungen*. München: Starks-Sture Verlag.