

Christine Wakolbinger

Der Therapieprozess in der Personzentrierten Kindertherapie

Zusammenfassung: *In diesem Aufsatz hält die Autorin den Therapieverlauf einer Personzentrierten Kindertherapie in ihren wesentlichen Schritten fest. Der Schwerpunkt wird dabei auf die sich laufend verändernde Beziehung zwischen Kind und Therapeutin gelegt. Weiters werden charakteristische Merkmale der einzelnen Therapiephasen anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet.*

Stichwörter: *Personzentrierte Kindertherapie, Spieltherapie, therapeutische Beziehung, Therapiephasen*

Einleitung

In der Theorieentwicklung zur Klientenzentrierten Psychotherapie wurden von Rogers schon recht bald die Therapieprinzipien auch auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ausgedehnt (vgl. Rogers 1942a; 1951a).

Virginia Axline, eine Vorreiterin auf diesem Gebiet, schrieb in ihrem Standardwerk zur Kinder-Spieltherapie 1947: „Die Spieltherapie geht davon aus, dass das Spiel ein natürliches Mittel zur Selbstdarstellung der Kinder ist. Sie gibt dem Kind die Gelegenheit, seine Gefühle und Konflikte ‚auszuspielen‘ – genauso wie der Erwachsene sich in bestimmten Arten von Therapie über seine Schwierigkeiten ausspricht“ (Axline 1990, 14).

Unter den therapeutisch günstigen Bedingungen kommt es dabei beim Kind zu Wachstums- und Reifungsprozessen. „Da das Spiel das natürliche Medium für seine Selbstdarstellung ist, wird dem Kind die Möglichkeit geboten, angesammelte Gefühle von Spannungen, Frustration, Unsicherheit, Angst, Aggression und Verwirrung ‚auszuspielen‘. Dadurch gelangen Emotionen an die Oberfläche: das Kind stellt sich ihnen, lernt sie beherrschen oder aufgeben. Ist eine psychische Druckentlastung erreicht, beginnt es, seine Fähigkeit zu entdecken, eine eigenständige Persönlichkeit zu sein, selber zu denken, zu entscheiden und zu reifen und dadurch sich selbst zu verwirklichen.“ (Axline 1990, 20)

Wie nun diese Reifungsprozesse vor sich gehen bzw. was eigentlich Heilsames in einer Personzentrierten Kindertherapie geschieht, soll im Folgenden genauer betrachtet werden.

1. Grundsätzliches zum Therapieprozess

Axline nannte bereits 1947 die therapeutische Beziehung als heilsames Agens in der Therapie. Neben einem tiefen Vertrauen der Therapeutin in die Fähigkeit zur Selbstentwicklung eines jeden Kindes nennt sie die Beziehung als entscheidenden Faktor. „Während der Spieltherapie bildet sich zwischen dem Therapeuten und dem Kind eine Beziehung, die es dem Kind möglich macht, dem Therapeuten sein eigentliches Selbst zu zeigen. Ist dieses Selbst vom Therapeuten angenommen, und hat das Kind auf diese Weise etwas an Selbstvertrauen gewonnen, kann es die Grenzen für die Darstellung seiner Persönlichkeit weiter stecken.“ (Axline 1990, 28)

Untersucht man die aktuelle Literatur zur Personzentrierten Kindertherapie, so findet man immer wieder deutliche Hinweise darauf, dass die entscheidende Wirkvariable des therapeutischen Prozesses die Beziehung zwischen Therapeutin und Kind ist (vgl. auch Dauner/Fröhlich-Gildhoff 1995).

Götze (1981) meinte in seinem Aufsatz zur Personenzentrierten Spieltherapie: „Jede personale Beziehung wird mit unterschiedlicher Geschwindigkeit die Stadien ‚nichtdirektiv‘, ‚klientenzentriert‘, ‚personbezogen‘ durchlaufen. Das Ziel der Spieltherapie ist also in jedem Falle, möglichst schnell eine personenbezogene Beziehung zwischen den Beteiligten aufzubauen, eine Beziehung, die durch Partnerschaftlichkeit, gegenseitige Achtung, soziale Reversibilität im Sprechen und Handeln, wechselseitige Hilfe und Anteilnahme, Offenheit und Aufrichtigkeit gekennzeichnet ist.“ (Götze 1981, 42)

Dabei steht das Selbst des Klienten im Mittelpunkt, „das sich über die sich entwickelnde Beziehung zwischen Therapeut und Klient

und die sich entwickelnde Beziehung des Klienten zu sich selbst neu organisiert“ (Stumm 1992, 241).

Rogers sah den Therapieprozess als fließenden Prozess, auch wenn er versuchte, ihn in Stufen oder Phasen einzuteilen und Gesetzmäßigkeiten im Prozess darzustellen.

Gerade in der Kindertherapie ist solch ein Prozessgeschehen auch deutlich erlebbar, wobei im Kind ein Wachstums- und Reifungsprozess in Gang kommt, der es ihm schlussendlich ermöglicht, mit sich selbst in personenzentrierter Art und Weise umzugehen.

In der Theorie der Personzentrierten Kindertherapie wird nun davon ausgegangen, dass die Symptome und Verhaltensweisen eines Kindes, so unmöglich und unangemessen sie uns auch erscheinen mögen, den individuellen Versuch des Kindes darstellen, sein Problem zu lösen. Als Therapeutin verstehe ich diese Auffälligkeiten als die im Moment bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation vor dem Hintergrund dessen, was das Kind bisher erlebt hat. Ich spüre und merke daran, wie das Kind in Interaktion mit mir tritt, welche Fähigkeiten zu denken, zu handeln, zu fühlen es bisher entwickeln konnte.

In der therapeutischen Situation zeigen die Kinder deutlich, in welcher Entwicklungsphase sie in ihrem psychischen Wachstumsprozess unterbrochen wurden und sich eine starre Selbststruktur gebildet hat. Sie nehmen eine Beziehung zur Therapeutin auf, die genau jener entspricht, die sie zu ihren Bezugspersonen bzw. zu sich selbst haben und die zu den immer wieder gleichen Schwierigkeiten führt. So paradox es klingen mag, aber diese Art der Beziehungsaufnahme stellt den (oft verzweifelten) Versuch des Kindes dar, sein Problem, sein Defizit zu lösen, weiter zu reifen, indem es mit seinem Problemverhalten immer wieder darauf hinweist, dass es hier Schwierigkeiten hat.

Es lohnt sich, genauer hinzuspüren, was die Botschaft mir sagen will. Lange anhaltende Symptome sind immer eine Folge von Einschränkungen in der Entwicklung des Selbst, sind Zeichen der Inkongruenz, wenn wichtige Gefühle, Bedeutungen nicht gelebt werden können.

Das Kind wählt die bestmögliche Ausdrucksform für sich selbst, z. B. indem es auf unerträgliche Lebensumstände oder Missbrauchserfahrungen mit psychotischen Zuständen reagiert und sich so dadurch auch schützt. Es entwickelt eine charakteristische Form der Abwehr, und die ursprüngliche Verletzung wird nicht mehr gespürt. Diese Abwehr ermöglicht es dem Kind auch, in die nächste Entwicklungsphase einzutreten. Es versucht so auf seine Weise, mit den Problemen und Schwierigkeiten in seinem Leben zurechtzukommen.

Im Therapieprozess nehmen personenzentrierte Therapeutinnen das Kind so an, wie es sich im Augenblick präsentiert, wobei meistens eine der drei Basisvariablen von Rogers besonders gefordert ist. Das Kind zeigt eine für sich selbst charakteristische Form seiner Bedürftigkeit, die Therapeutin antwortet darauf besonders empathisch, wertschätzend oder kongruent.

Biermann-Ratjen (1993) hat in ihrem Modell der personenzentrierten Entwicklungspsychologie postuliert, dass in bestimmten Entwicklungsphasen des Kindes ganz bestimmte Anforderungen an die Bezugspersonen gestellt werden. So ist in den ersten sechs Lebensmonaten das Angenommenwerden, die uneingeschränkte Wertschätzung von besonderer Bedeutung, bis zum dritten Lebensjahr das Richtig-verstanden-Werden und danach ist die Kongruenz bzw. Inkongruenz der wichtigen Bezugspersonen der wichtigste Faktor für die kindliche Selbstentwicklung. „Wir gehen also davon aus, dass bei der Selbstentwicklung zu zunehmender Differenziertheit zunächst ‚positive regard‘ ganz allgemein und elementar eine Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des psychischen Lebens darstellt; dass bei der Integration von selbstreflexiver Erfahrung in das Selbstkonzept die Identifizierungen des kindlichen Erlebens durch wichtige Andere eine große Bedeutung haben und dass bei der Entwicklung der individuellen Identität des Kindes – in der Unterscheidung von anderen z. B. – an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung vor allem unbewußter Art durch die bedeutungsvollen Anderen Art und Ausmaß der Selbstentwicklung sehr stark beeinflussen.“ (Biermann-Ratjen 1993, 86)

Wenn das Kind nun zur Therapie kommt, gibt es Bereiche in seinem psychischen Erleben, die voll sind von Inkongruenzen, wo eine Weiterentwicklung nicht stattgefunden hat. Dazu kommen andere Bereiche, in denen das Kind kongruente Erfahrungen gemacht hat und in seiner psychischen Entwicklung fortgeschritten ist. Mit seinem auffälligen Verhalten nimmt es zur Therapeutin genau jene Art der Beziehung auf, die immer wieder zum Scheitern, zum Nicht-angenommen-Werden, zum Steckenbleiben im Prozess der Selbstentwicklung geführt hat und führt. Es zeigt seine charakteristische Form der Abwehr.

Indem nun die Therapeutin nicht wie die anderen Bezugspersonen oder das Kind selbst reagiert, sondern versucht, das Kind so anzunehmen, wie es ist, es zu verstehen und eine transparente Auseinandersetzung mit ihm zu fördern, ermöglicht sie dem Kind, ganz neue Beziehungserfahrungen zu machen. Damit werden steckengebliebene Entwicklungsprozesse wieder in Gang gebracht und es kommt zu einer „Bearbeitung von Beziehungsstörungen in und mittels einer aktuellen Beziehung“ (Pfeiffer 1993, 29).

Ein gutes Beispiel dafür ist der 8-jährige Stefan, dem ich in den Therapiestunden stundenlang Bilderbücher vorlas. Stefan nuckelte dabei am Schnuller und ließ sich von mir im Arm wiegen. Im Elterngespräch erfuhr ich später, dass Stefan in der Schule nach einigen Wochen sein mutistisches Verhalten aufgeben konnte und seine Außenseiterposition in der Klassengemeinschaft eine Verbesserung erfahren hatte, obwohl wir in unseren Stunden nie über die Schule gesprochen hatten.

Kinder provozieren oft Gefühle und Reaktionen der Therapeutin, die ihnen vertraut sind. So ist bei misshandelten Kindern immer wieder zu beobachten, dass sie die Therapeutin mit aggressivem Ver-

halten wie Schlagen, Beißen, Treten, etc. provozieren, damit sie sie ebenfalls schlägt. Oberflächlich gesehen scheint es so, als ob sie damit die ihnen vertraute Bestrafung hervorrufen wollten. Hier ist zuallererst die Empathie der Therapeutin gefragt, sie muss verstehen, dass hinter diesem Verhalten der tieferliegende dringende Wunsch steht, sich in der therapeutischen Situation sicherer zu fühlen, da gerade misshandelte Kinder das freundliche Therapeutenverhalten auch als bedrohlich und ängstigend empfinden, weil sie oftmals Vertraulichkeit in der Beziehung mit Bedrohung gleichsetzen. Weiters muss dem Kind trotz seines Verhaltens Wertschätzung entgegengebracht werden, und zu allerletzt darf die Therapeutin sich nicht zu (versteckt) aggressiven Handlungen herausfordern lassen. Hier wird die Therapeutin als ganze Person gefordert, sie kann sich nicht hinter einer therapeutischen Rolle verstecken.

Wenn man dem Entwicklungsmodell von Biermann-Ratjen folgt, so kann das Kind in jeder Phase der Selbstentwicklung spezifische Inkongruenzen entwickeln. Es bleibt im Wachstumsprozess stecken, Abwehrprozesse finden statt, es wird auffällig, verhält sich „nicht altersentsprechend“. Es bleibt in seinem ungelösten Lebensthema und seinem dazugehörigen Kompensationsmuster haften.

In der personenzentrierten Kindertherapie ist es daher wichtig, das Kind genauso anzunehmen, wie es sich im Augenblick präsentiert und sich als ganze Person auf diese ganz spezielle Beziehung zum Kind einzulassen. Die Therapeutin hat dabei großes Vertrauen in die Selbstbestimmtheit und das Potential des Kindes.

Therapieverlauf an Hand eines Beispiels

Im Folgenden soll nun versucht werden, an Hand eines konkreten Therapieverlaufes mit einem achtjährigen Buben die einzelnen Phasen und Stadien einer Personenzentrierten Kindertherapie zu beschreiben, um so die theoretischen Inhalte auch anschaulich zu gestalten. Dabei wurden einige Daten soweit verändert, dass die Anonymität der Betroffenen gewahrt bleibt.

In der Einteilung des Therapieprozesses in drei Phasen folge ich dem Modell von Mearns und Thorne (1988). Sie unterscheiden Beginn, Mittel- und Endphase im therapeutischen Prozess.

Alfred ist 7,4 Jahre alt, als seine Mutter mit ihm in die Praxis kommt. Er kotet seit 6 Monaten fast täglich ein, allerdings nur zuhause. In einem einwöchigen Krankenhausaufenthalt konnten keine organischen Ursachen für die Enkopresis gefunden werden. Vom behandelnden Arzt wird der Mutter daraufhin empfohlen, mit Alfred eine Psychologin aufzusuchen.

Die Eltern von Alfred hatten sich vor 8 Monaten scheiden lassen, 2 Monate später begann Alfred einzukoten. Die Zeit vor der Trennung sei für alle Beteiligten sehr schwierig gewesen, es habe viel Streit unter den Ehepartnern gegeben. Alfreds Mutter hatte die Scheidung nach einigen außerehelichen Affären und Alkoholproblemen ihres Gatten eingereicht, als es ihr „endgültig reichte“. Sie drängte auch sehr

darauf, dass Alfreds Vater nach der Scheidung aus dem gemeinsamen Haushalt auszog. Kurz nachdem der Vater endgültig ausgezogen war, kotete Alfred zum ersten Mal ein.

Alfred hat noch einen 20-jährigen Bruder, der mit ihm bei seiner Mutter lebt. Mutter und Bruder empfinden die Trennung als große Erleichterung und sind sehr zufrieden mit ihrer jetzigen Situation.

Sorge bereiten der Mutter neben dem Einkoten auch die in letzter Zeit gehäuften Vorwürfe Alfreds, niemand hätte ihn lieb, er hätte große Angst, verlassen zu werden und wenig Selbstvertrauen.

Seit der Scheidung gibt es auch in der Schule gehäuft Probleme. Alfred besucht die 2. Klasse. Seine Lehrerin beschwert sich über Alfreds Unkonzentriertheit, er sei zu langsam, störe den Unterricht, raufe viel und folge ihr nicht.

Beginn der Therapie: Das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses

Die erste Therapiephase beginnt mit dem Kennenlernen des Kindes, wobei die Therapeutin Kontakt mit dem Kind aufnimmt und möglichst bald einen „Draht“ zum Kind bekommen sollte. Eine ganz wichtige Grundlage für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung ist dabei die Akzeptanz und Sympathie der Therapeutin dem Kind gegenüber.

Götze meint dazu: „Ziel ist es, das Kind so akzeptieren zu lernen, wie es sich momentan darstellt, obwohl es u. U. massive Verhaltensstörungen zeigt.“ (Götze 1981, 43)

Dabei hält sich die Therapeutin selbst eher zurück, bringt wenig von sich selbst ein, das Kind soll zuallererst seinen therapeutischen Freiraum erfahren. Götze nennt dieses Therapeutenverhalten nicht-direktiv. Dies bedeutet, dass die Therapeutin aus einer personenzentrierten Haltung heraus sich voll und ganz auf das Kind konzentriert, und sehr nahe am Erleben des Kindes bleibt. Das Kind muss ansatzweise spüren, dass es hier bei mir einen Entwicklungsraum hat, der gut und heilsam für es sein könnte.

Die Ausgangssituation einer Kindertherapie ist dabei grundlegend anders als in der Erwachsenentherapie. Das Kind fragt sich nicht, ob es in Therapie kommen möchte, sondern es wird von den Eltern geschickt. Das Kind kommt auch nicht von sich aus zur Therapie, es hat keinen Wunsch zur Veränderung, seine Probleme werden von ihm auch nicht als solche erkannt.

In der Erwachsenentherapie übernimmt der Klient die Verantwortung für sein Kommen, auch die Verantwortung für seine Problemlösung liegt bei ihm. In der Kindertherapie ist einerseits manchmal intensive Elternarbeit erforderlich, andererseits ist es unbedingt notwendig, dass das Kind auch eigenmotiviert wird, es gerne zur Therapie kommt. Es muss also in relativ kurzer Zeit eine Übereinkunft, ein Arbeitsbündnis mit dem Kind entstehen.

Alfred ist für sein Alter sehr groß und kräftig gebaut. Er wirkt neugierig und etwas verlegen, als ich ihn begrüße. Bald nach Beginn des Gesprächs klettert er auf den Schoß seiner Mutter und beginnt, mit ihr zu schmuse, und später, ihr die Bluse aufzuknöpfen und sich anzukuscheln. Wenn ich ihn direkt anspreche, überlegt Alfred lange, seine Antworten sind durcheinander und schwer verständlich. Er wirkt in dieser Situation auf mich wie ein kleines Kind, das die unbedingte Zuwendung seiner Mutter sucht und dabei nicht gestört werden möchte.

Als wir zum Thema Schule kommen, ändert sich das Verhalten Alfreds. Er geht nicht gerne in die Schule, fühlt sich von der Lehrerin ungerecht behandelt und ist sehr enttäuscht über seine schlechten Noten im Jahreszeugnis. Mir fällt auf, dass Alfred sich neben seine Mutter setzt, als er von der Schule erzählt. Er spricht nun auch völlig klar und deutlich, und ich habe seit unserer Begrüßung zum ersten Mal das Gefühl, zu ihm einen direkten Kontakt zu haben.

Später, als ich Alfred nach seinem Vater frage, setzt er sich auf einen eigenen Sessel. Stolz erzählt er, dass sein Vater Feuerwehrmann ist. Alfred besucht seinen Vater sehr gerne, er ruft ihn oft an, aber der Vater hat nur wenig Zeit für ihn, worüber Alfred sehr traurig ist. Seit der Scheidung sieht er ihn nur unregelmäßig, da das Besuchsrecht nicht eindeutig geregelt wurde.

Ich habe den Eindruck, dass Alfred sehr unter der Trennung von seinem Vater leidet, aber in seiner Familie wenig Platz für seine Trauer darüber ist. Mutter und Bruder sind zufrieden mit der jetzigen Situation; der Vater ist froh, dass er ausgezogen ist und lebt nun sein eigenes Leben, wo wenig Zeit für Alfred bleibt. Alfred vermisst den Vater sehr und wünscht ihn sich zurück.

Ich glaube, dass Alfred eigentlich sehr wütend über die Trennung seiner Eltern sein müsste und eventuell auch seine Mutter dafür verantwortlich machen könnte, da sie ja die Scheidung eingereicht hatte und Alfred miterlebt hat, wie sie darauf drängte, dass der Vater auszieht. Als Alfred von der Trennung von seinem Vater erzählt, sind jedoch Gefühle von Wut oder Zorn nicht spürbar, nur große Traurigkeit. Es scheint Alfred unmöglich zu sein, diese Gefühle zu spüren bzw. zu zeigen.

Die Beziehung zwischen Alfred und seiner Mutter ist sehr eng, und die Mutter schätzt am meisten seine Anhänglichkeit und Liebesbedürftigkeit. Wenn er ihr offen seine Wut und seinen Zorn zeigen würde, müsste er befürchten, seine Mutter zu verletzen und eventuell auch noch zu verlieren, so wie seinen Vater. Dies löst sicherlich große Ängste aus. Ich glaube, dass Alfred sich selbst wütende oder zornige Gefühle über die Trennung bzw. auf beide Elternteile nicht eingestehen kann. Ich vermute es deshalb, weil einerseits die Angst zu groß ist, auch von der Mutter verlassen zu werden, aber auch, weil Alfred zumindest zu seiner Mutter eine so enge Beziehung hat, dass aggressive Gefühle keinen Platz haben. So bekämpft er seine aufkeimende Wut mit noch anhänglicherem Verhalten und noch größerer Liebesbedürftigkeit, vielleicht auch aus der Angst heraus, seine Mutter würde dahinterkommen, dass er so zornig auf sie ist bzw. auch aus daraus resultierenden Schuldgefühlen.

Alfred ist Mamas Schmusekind, anhänglich, lieb und eher klein-kindhaft. Da passen aggressive Gefühle gar nicht dazu. Nur Traurigkeit und das Gefühl, dass niemand ihn wirklich lieb hat, kann Alfred empfinden. Da aber seine Gefühle von Wut und Enttäuschung so stark sind, dass sie einen Ausdruck brauchen, kotet Alfred ein, um zu zeigen, wie „beschissen“ es ihm geht. Da er nur zuhause und nie in der Schule einkotet, vermute ich, dass dieser Ausdruck seiner Gefühlswelt speziell gegen die Mutter bzw. die häusliche Situation gerichtet ist.

Alfred dürfte unbewusst sehr mit diesen Gefühlen beschäftigt sein, so lässt sich auch die Langsamkeit und Auffälligkeit in der Schule erklären.

Ich vereinbare eine wöchentlich stattfindende Spieltherapie mit Alfred, die insgesamt 24 Stunden dauert, und begleitende Gespräche mit der Mutter in größeren Abständen. Insgesamt fanden drei Gespräche statt.

Von Vorteil ist, dass kleinere Kinder es durchaus gewohnt sind, dass die Eltern bestimmen, was es tut oder wohin es gehen soll, z. B. in die Schule, zum Turnunterricht, etc. Aus Sicht der Therapeutin ist es wichtig, dem Kind klar zu sagen, wozu man da ist. Einer meiner Standardsätze zur Erklärung meiner Aufgabe ist: „Ich rede mit Kindern über ihre Gefühle und Probleme oder ich spiele mit ihnen, wenn sie Lust dazu haben.“ Gerade mit älteren Kindern klar zu besprechen, warum sie hier sind, ist wichtig. Eine Aufklärung über Rahmenbedingungen, Zeitstruktur und die Schweigepflicht sind erste Gesprächspunkte, die dem Kind etwas an Sicherheit in der Beziehung zur Therapeutin geben.

Barrett-Lennard (1990) meint, dass die Anerkennung der eigenen Verantwortung für den Therapieverlauf entscheidend ist. Bei Kindern sagt die personzentrierte Therapeutin zu Beginn oft Folgendes in vielleicht abgeänderter Weise: „Du bestimmst, was wir hier in dieser Stunde gemeinsam tun, es gibt nur einige wenige Regeln. Es ist deine Stunde.“ Dies ist eine oft völlig neue Situation für das Kind, und manchmal haben die Kinder ein Problem mit dieser Freiheit, dann ist mehr Struktur seitens der Therapeutin notwendig. Meistens jedoch wird nach anfänglichem Zögern ausprobiert und getestet, ob es auch wirklich stimmt, was die Therapeutin versprochen hat.

Manchmal haben Kinder einen starken Leidensdruck, zum Beispiel wenn sie einnässen oder einkoten und deshalb von anderen Kindern ausgespottet werden. Hier gelingt es meist leicht, in die Therapie einzusteigen. Oft aber ist es so, dass die Kinder misstrauisch sind, unwillig, verschlossen und böse, weil sie wieder einmal zu einem „Doktor“ geschleppt wurden. Sie stellen zwar ein ständiges Ärgernis für Eltern und Lehrer dar, haben selbst jedoch keinen Leidensdruck wegen ihres sogenannten „auffälligen Verhaltens“.

Auf jeden Fall muss es in den allerersten Stunden gelingen, ein Arbeitsbündnis herzustellen, oder die Kinder verweigern die Therapie. Hier sind sie oftmals viel ehrlicher und direkter als erwachsene Klienten.

Wie gelingt es nun, eine Beziehung zum Kind herzustellen, was geschieht genau, damit ein Kind im Therapiezimmer beginnen kann, Vertrauen zu fassen, etwas von seinen Gefühlen zu zeigen, um später Zugang zu seinen Verletzungen zu finden, zu seinen falschen Symbolisierungen und Inkongruenzen?

Im Unterschied zur Erwachsenentherapie ist die Therapie mit Kindern viel mehr durch Handlungen als durch Worte definiert. Das Interesse und die Zuneigung der Therapeutin wird ebenfalls eher durch ihre Handlungen deutlich. Die Therapeutin akzeptiert alle Äußerungen und Handlungen des Kindes, es gibt nur sehr wenige Regeln, wodurch das Kind lernt, dass im Therapiezimmer gestattet und akzeptiert wird, was normalerweise "draußen" untersagt ist. Die Therapeutin wird alles ernst nehmen und darauf reagieren, was auch immer vom Kind kommt, z. B. wenn es nicht mit ins Therapiezimmer will, die Mutter dabei haben will, das Spielen verweigert.

Mearns und Thorne (1988) erwähnen in diesem Zusammenhang für den Therapiebeginn die Gegenwärtigkeit des Therapeuten: er ist zuverlässig da und wehrt so wenig wie möglich vom Klienten ab. So kann vom Kind langsam mehr und mehr Vertrauen in der Beziehung entwickelt werden.

Alfred nimmt von der ersten Therapiestunde an eine sehr intensive Beziehung zu mir auf. Anfänglich ist es ihm sehr wichtig, alles ganz genau nach Vorlage zu spielen, er korrigiert mich oft im Spiel und ist sehr unzufrieden, wenn ich nicht genau das tue, was er sich von mir wünscht. Er hat wenig Freude am Spiel, es geht ihm eher um Ordnung und Genauigkeit. Er räumt alles sofort wieder ordentlich weg. Manchmal bittet er mich sehr verschämt um Hilfe, wenn ihm etwas nicht gelingt.

Ich habe den Eindruck, dass es Alfred sehr wichtig ist, alles richtig zu machen und im Spiel gut zu sein. Er möchte zwar unbedingt, dass ich auch gut spiele und droht mir Strafen an, wenn ich nicht gut genug bin, gleichzeitig hält er es aber nicht aus, wenn ich auch einmal ein Spiel gewinne. Ich werde dann sofort bestraft oder Alfred sucht sich ein anderes Spiel aus. Später erfahre ich von Alfred, dass er viele ältere Freunde hat, die sich oft über ihn lustig machen, wenn er nicht mithalten kann, und von seinem großen Bruder, der vom Vater bevorzugt wird, weil er schon älter und vertrauenswürdiger ist.

Am Ende der ersten Stunden läuft Alfred hinaus und begrüßt seine Mutter überschwenglich. Er geht des Öfteren während der Stunde hinaus, um nachzusehen, ob es der Mutter gut geht und ihr nicht langweilig ist.

Die Therapeutin muss das Kind annehmen können, so wie es sich im Moment präsentiert. Für das Kind ist es eine oftmals ganz neue Erfahrung, nicht sofort gemäßregelt und verurteilt zu werden. Die Therapeutin ist zu Beginn nur auf das Kind gerichtet, sie wartet ab,

was kommt, und versucht, sich auf das Kind einzustellen. Sie geht auf alles ein, was kommt und nimmt alles ernst.

Die Therapeutin zeigt auch Respekt vor dem Kind, dadurch spürt es, dass es hier sein wahres Selbst zeigen kann. Dies geschieht oft durch subtile Verhaltensweisen der Therapeutin, wie z. B. in der Therapiestunde nicht zum Telefon zu gehen, die Stunden einhalten, aufräumen, fünf Minuten vor Schluss das Ende der Stunde ankündigen.

Es wird auf das Kind kein Druck ausgeübt, was und wie es in den Stunden spielen soll. Dadurch kommt es zu einer schrittweisen Entspannung des Kindes, es kann die Echtheit des therapeutischen Klimas erleben und sich langsam freier und offener ausdrücken.

Das Kind steht im Mittelpunkt, es kann über sich selbst und die Situation verfügen. Es entdeckt, dass es sich selbst entfalten darf und tun kann, was es will, es wird trotzdem angenommen. Zuerst ist das Kind misstrauisch, oft auch neugierig, es ist eine ungewohnte Situation. Dann werden erste tastende Versuche unternommen. Wenn hier die Therapeutin adäquat reagieren kann, indem sie erstens die Signale und Versuche bemerkt, sie zweitens annehmen kann und drittens dem Kind zeigt, dass sie es verstanden hat, ist ein erster wesentlicher Schritt getan.

In der zweiten Therapiestunde hat Alfred einen Streckverband am rechten Zeigefinger. Auf meine Frage, was passiert sei, erzählt er mir, dass er sich mit der Brotschneidemaschine geschnitten hat. Ich merke, dass da noch etwas ist und frage noch genauer nach. Da bricht es aus Alfred heraus, dass er doch genau wisse, wie man Brot schneidet und dass er doch nur nicht gewußt hätte, dass man beim Brotscherzschneiden den Schieber verwenden muss. So sei es ihm passiert, dass er sich geschnitten hat. Er ist ganz verzweifelt und weint beinahe, weil ihm die Mutter nun streng verboten hat, die Maschine jemals wieder anzugreifen und sie ihm nicht glaubt, dass die Verletzung nur durch Unwissenheit passiert ist.

Nachdem Alfred Verständnis und Annahme seiner Kränkung und Traurigkeit über den Vorfall gefunden hat, beruhigt er sich schnell und sucht sich ein Spiel aus.

Dieses Eingehen und Annehmen geschieht durch feine Affektabstimmungen der Therapeutin auf das kindliche Spiel und die kindlichen Gefühle. Diese Gefühle, die bisher nicht gehört wurden oder keine Resonanz gefunden haben, wurden vom Kind aufgrund seines starken Bedürfnisses nach emotionaler Zuwendung seitens der Bezugspersonen verleugnet und abgewehrt und führten so zu den Inkongruenzen.

Die Affektabstimmung ist heilsam, sie schafft Gemeinsamkeit mit dem Kind, und es kommt zu einem ersten Ausdruck seiner bislang nicht ausgedrückten Gefühle.

In diesem Zusammenhang sind Untersuchungen von Säuglingsforschern interessant, die feststellten, dass in der Interaktion zwischen Mutter und Kind feine Gefühlsabstimmungen passieren, die rhythmisch ablaufen. Da Inkongruenzen in Beziehungen entstanden

sind, also Beziehungsverletzungen darstellen, ist eine Heilung auch nur durch Beziehung möglich. In der Kindertherapie sind diese Feinabstimmungen der Therapeutin auf das Kind oftmals schön erlebbar, indem beide im Spiel aufgehen und sehr intensiv oft auch nur ganz banale Dinge gemeinsam tun. So etwa mit dem 6-jährigen Christoph, der mit mir in einer der ersten Therapiestunden immer wieder mit Begeisterung farbige Kugeln aufs Papier malte. Er entdeckte die Welt der Farben und Farbmischungen für sich und war fasziniert, welche Farben bei ihm und mir beim Auftragen herauskommen konnten. In dieser gemeinsamen Begeisterung darüber entstand zwischen uns so etwas wie eine erste Gemeinsamkeit oder Berührung.

Behr (1996) zieht in diesem Zusammenhang starke Parallelen zwischen dem Konzept der Affektabstimmung von Stern bzw. dem der Feinfühligkeit von Ainsworth und dem klientenzentrierten Konzept der Empathie. Er meint, dass diese beiden Konstrukte den Empathiebegriff „weiter auf eine nicht-sprachliche Ebene von Handlungen, Blickkontakt, Mimik, Körperberührungen, Lautmalereien, Spielverhalten, usw.“ transportieren (Behr 1996, 49).

In der vierten Stunde bringt Alfred einen Katalog mit und zeigt mir, welche Spielsachen er zuhause hat. Dann entdeckt er die Fingerfarben und wir machen Fingerabdrücke, wobei es Alfred nach anfänglichem Zögern großen Spaß macht, sich selbst und mir die Finger anzuschmieren. Er behält sich meinen Abdruck und bringt ihn stolz seiner Mutter hinaus. Später sagt Alfred zu mir: „In den ersten Stunden war ich ängstlich, aber jetzt gefällt es mir bei dir“, nimmt sich ein Spiel, bei dem Krokodile nach Kugeln schnappen, schnappt im Kampf mit mir „wie ein Verrückter“ nach den Kugeln und schreit dabei. Danach ist er körperlich erschöpft, wischt sich den Schweiß von der Stirne, wirkt aber ruhig und zufrieden.

Beim Abholen begrüßt Alfred freudig seine Mutter, sie geht aber nicht darauf ein, sondern schimpft mit ihm, weil er seinen Katalog im Therapiezimmer vergessen hat. Da wirft Alfred seiner Mutter ihre Tasche an den Kopf und läuft hinaus.

Beim Kind tauchen in der Therapiestunde langsam vage, ungelebte, nicht integrierte und unangenehme Gefühle auf, auf die die Therapeutin im Spiel und in der Interaktion adäquat reagiert. Dadurch kommt es zur Symbolisierung einer ungelebten Möglichkeit, wobei sich das Kind als Urheber seiner Handlungen empfindet. Das Beispiel von Alfred in der vierten Stunde zeigt, dass plötzlich aggressive Gefühle auftauchen, einen Raum bekommen, wobei sie später auch der Mutter gegenüber, aber noch sehr unkontrolliert und unreflektiert, zum Durchbruch kommen.

Pawlowsky (1992) bezeichnet den Therapeuten als die Wachs-tums-umgebung des Kindes. Es geschehen sehr differenzierte, feinfühlig Affektabstimmungen zwischen Klient und Therapeut, die oftmals auch auf einer nonverbalen Ebene ablaufen.

In manchen Kindertherapien wird viel gesprochen, in manchen

gar nichts und trotzdem findet im Kind ein Heilungsprozess statt. Davon ausgehend liegt der Schluss nahe, dass Veränderung auch durch nonverbale Symbolisierungsprozesse möglich ist.

Das Kind macht in der Therapie Interaktionserfahrungen, die zunächst noch nicht verbal symbolisiert werden können. Erst ist ein auf die kindlichen Inszenierungen „... abgestimmtes, in jedem Fall zugleich authentisches Verhalten der Therapeutenperson ...“ gefordert. „Gelingen solche Prozesse, so kommt es zu Symbolisierungen grundsätzlicherer Bedeutung, die in den Therapien meist einen bedeutsamen Schritt markieren. Es konnte in der Therapie Beziehung erlebt werden.“ (Behr 1996, 52)

Vor der nächsten Stunde sagt mir Alfreds Mutter, dass Alfred heute nicht gerne gekommen ist. In der Therapiestunde holt sich Alfred den Scenokasten und plagt sich sehr, mit den Bausteinen Eisenbahnschienen aufzulegen. Er ist sehr böse mit sich selbst, dass es nicht so recht klappen will und sagt mehrmals: „Aber jetzt bringe ich mich wirklich um, wenn es nicht klappt“, so verzweifelt ist er. Als er es dann doch endlich geschafft hat, soll ich der Lokführer sein, aber der Zug und das Haus gehören Alfred. Ich darf nur am Haus vorbeifahren und auf-tanken. Dann kommt ein Sturm und alles wird weggefegt. Alfred wirkt jetzt sehr zufrieden und räumt mit mir auf.

Von dieser Stunde an verhält sich Alfred seiner Mutter gegenüber anders. Er sitzt vor Therapiebeginn nicht mehr auf ihrem Schoß, geht auch während der Stunden nicht mehr hinaus und beginnt, sich bei der Eingangstüre zu verstecken und seine Mutter beim Weggehen zu erschrecken (ein beliebtes Spiel, das ich auch immer wieder bei anderen Kindern beobachte).

Barrett-Lennard (1990) erwähnt für die Eingangsphase der Therapie, dass die aufkommende Bewusstheit beim Klienten, dass seine Gefühle am wichtigsten sind, zum zentralen Therapiefortschritt zählt. Bei Kindern sieht es so aus, dass die Erfahrung: „Ich werde angenommen, so wie ich gerade bin, auch mit meinen ganzen Eigenheiten und Schwierigkeiten“ Vertrauen schafft und zum Weitergehen im Therapieprozess führt.

Das Kind erzählt oder zeigt teilweise etwas von seinem Problem, und wenn die Therapeutin darauf eingehen kann, verbal oder nonverbal, wächst das Vertrauen in die therapeutische Beziehung. Ein Klima des Akzeptiertwerdens sorgt dafür, dass das Kind sich als anerkannt erfährt, und es kommt zu einer Auflockerung seines als Reaktion auf Bedrohungen erstarrten und verfestigten Selbst.

Mearns und Thorne (1988) weisen darauf hin, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Länge des Therapiebeginns und der Bereitschaft zur Therapie beim Klienten besteht. Der Therapiebeginn dauert manchmal lange, erst wenn sich ausreichend Vertrauen in der therapeutischen Beziehung etabliert hat, sind weitere Schritte möglich und die Klienten wagen sich auf unbekannte Gebiete vor.

Mittelteil der Therapie: Gegenseitigkeit entsteht

In ihrem Standardwerk beschreibt Axline, wie wichtig eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeutin und Kind ist. „Haben sie erst einmal Vertrauen zu einem Therapeuten gefaßt und diesen ebenso angenommen wie er sie, dann gewähren sie ihm Einblick in ihre Gefühlswelt, wodurch der Horizont von beiden, vom Kind und vom Therapeuten, eine Ausweitung erfährt.“ (Axline 1990, 29)

Dieser Satz von Axline steht für den gesamten Mittelteil der Therapie. Darin steckt nicht nur die Betonung der Wichtigkeit einer vertrauensvollen Beziehung. Es klingt so leicht und bedeutet oft monatelange intensive Arbeit miteinander, bis das Kind die Therapeutin auch ebenso annehmen kann wie sie das Kind. Gerade wenn erstes Vertrauen geweckt wurde, wird die Therapeutin getestet, ihre Grenzen werden ausgelotet, sie wird im Spiel ermordet und geschlachtet, Befehle werden ausgeteilt und es wird keinerlei Rücksicht auf Wünsche oder Bedürfnisse der Therapeutin genommen. Immer wieder kommt es zur Konfrontation der Therapeutin mit dem Symptomverhalten des Kindes, bis die Inkongruenz aufgelöst werden kann und bislang abgewehrte Erfahrungen im Selbstkonzept integriert werden können.

Erst am Ende dieser intensiven Phase des Arbeitens miteinander wird beim Kind der Blick frei für die Therapeutin als eigenständigen Menschen mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen.

Die Auseinandersetzung mit dem Symptom, der Inkongruenz

Dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Kind und TherapeutIn entstanden ist, äußert sich im Spielverhalten. So ist in dieser Phase oft ein Übergang von Regelspielen zu mehr Rollenspielen oder Phantasiespielen zu beobachten. Dies ist ein entscheidender Punkt, das Kind kann die Sicherheit des Regelspiels zugunsten von Phantasiespielen verlassen und sich auf neues Terrain vorwagen.

In der Beziehung zur Therapeutin werden dabei jene Interaktionsmuster wiederholt, die das Beziehungsverhalten zur Umwelt und zu sich selbst prägen. Sie sind oft festgefahren und beim Kind aus Gefühlen der Unzulänglichkeit, der Wut, des Sich-nicht-Verstanden-fühlens entstanden. Der Klient löst im Therapeuten oft Gefühle aus, die dessen privater Logik entsprechen. Die Kind-Therapeutinnen-Beziehung hat dabei immer eine Doppelfunktion. Die der realen Beziehung, die z. B. im Regelspiel herauskommt oder bei der Begrüßung, und die Übertragungsbeziehung, die oft in Rollenspielen deutlich wird. Alte Beziehungsmuster werden dabei in der therapeutischen Situation immer wieder durchgespielt.

In einer gelungenen Spieltherapie ist es dem Kind möglich, neue Beziehungserfahrungen zu machen und damit ein Stück mehr an Selbstakzeptanz zu erreichen, sich weiterzuentwickeln. Die Therapeutin spürt beim Spiel, was das Kind in ihr auslöst, und sie arbeitet mit diesen Gefühlen, indem sie sie dazu nützt, sich besser in die

kindliche Gefühlswelt hineinzusetzen und zu verstehen, worum es dem Kind im Spiel geht. Sie ist somit eine Art Resonanzkörper zum kindlichen Gefühlserleben.

Mit ihren Handlungen und verbalen Rückmeldungen zeigt sie, dass sie verstanden hat, worum es dem Kind geht.

Behr (1996) schlägt den Begriff Interaktionsresonanz für die spieltherapeutischen Interventionen der Therapeutin vor. Er versteht darunter eine Erweiterung und Modifikation des Empathiebegriffes. Die Therapeutin reagiert „handelnd und beziehungsorientiert auf das Handeln des Kindes, indem sie sich als präzente Person zeigt und sich innerhalb der Beziehung in die Waagschale gibt“ (Behr 1996, 53).

Ab der neunten Stunde spielen wir oft Fußball oder Handball, wobei ich bestraft werde, wenn ich nicht ordentlich spiele, gleichzeitig aber kaum eine Chance habe, weil Alfred mich ständig beim Punkte zählen oder beim Toreschießen austrickt. Ich fühle mich in meiner Rolle chancenlos, auch einmal zu gewinnen, und dem goodwill von Alfred ausgeliefert. Kaum könnte ich gewinnen, ändert Alfred wieder die Spielregeln. Langsam begreife ich, dass Alfred hier seinem eigenen als minderwertig erlebten Selbst Ausdruck verleiht. Ich zeige im Spiel meinen Ärger und meine Frustration über meine Versagerrolle und Alfred beobachtet mich dabei sehr aufmerksam. Er genießt es, dass ich mich ärgere und dass er der Stärkere ist. In der 11. Stunde kommt er mit kleinen Plastikfiguren, wie einem Sportlehrer und Schülern, und Alfred spielt den Superman-Sportlehrer, der alles kann und von allen bewundert wird. Er genießt es, so stark zu sein und meint, dass er, wenn er groß ist, gerne ein so tüchtiger Sportlehrer werden möchte.

Kinder schneiden von sich aus im Spiel eine Vielzahl von Themen an, die sie beschäftigen, und sie lassen sich dabei so weit ein, wie sie können. Wenn die Therapeutin verstehen kann, was hier gespielt wird, worum es geht, sind weitere Schritte und ein weiteres Einlassen möglich. Das Kind zeigt dann mehr von den sonst nicht geäußerten Gefühlen. Sie werden dann oft zur Seite gelegt und eventuell Stunden später wieder aufgegriffen. Kinder bestimmen ihr Tempo selbst, wie weit sie gehen wollen und können. Dies entspricht auch einer Grundidee in der Personzentrierten Kindertherapie: „Kinder werden ihre Probleme dann lösen, wenn die Bedingungen es zulassen und sie dazu bereit sind, und sie tun es dann auf ihre Weise.“ (Dاونert/Fröhlich-Gildhoff 1995, 38)

In der personzentrierten Theorie wird davon ausgegangen, dass eine frühe Beziehungsstörung zwischen Kind und Eltern zum Entstehen von Inkongruenz geführt hat. Durch die neuen Beziehungserfahrungen, die das Kind in der therapeutischen Beziehung macht, „kann es zu einer schrittweisen Selbstveränderung und auf diesem Wege zu einem Abbau von Inkongruenz ..., d. h. einer Zunahme von Kongruenz und der Fähigkeit angemessener Symbolisierung, kommen“ (Dاونert/Fröhlich-Gildhoff 1995, 43).

Oft ist es so, dass die Kinder der Therapeutin Anweisungen geben, wie sie sich in einer Rolle zu verhalten hat. Manchmal spielen die Kinder dabei ihre Macht und ihre starke Position aus, indem sie die Therapeutin herumkommandieren. Hier wird die Therapeutin auf die Omnipotenz- und Machtgefühle des Kindes eingehen.

Manchmal ist es jedoch auch so, dass das Kind der Therapeutin im Rollenspiel zeigen will, wie es ihm in seinem Leben geht, indem es ihr all das antut, was es selbst aushalten muss. Hier wird die Therapeutin ihre eigenen Gefühle zeigen, wie es ihr in dieser Rolle geht, um stellvertretend für das Kind seine Gefühle auszudrücken. Beim Kind entsteht hier oft zum ersten Mal der Eindruck, dass es einen Menschen gibt, der es versteht, und gleichzeitig hat es die Sicherheit, dass alles nur ein Spiel ist und es nicht erzählen muss, wie hilflos, minderwertig, elend es sich fühlt. Trotzdem ist gerade eine solche Vorgangsweise hilfreich, auch wenn das Zugeben-Können erst später kommt.

In Kindertherapien ist es ähnlich wie in den Erwachsenentherapien, ein Problem muss immer wieder bis auf den schlimmsten, tiefsten Punkt durchgearbeitet und erfahren werden. So wird dasselbe Spiel immer wieder wiederholt, darin finden sich kleine Veränderungen, bis das Thema erledigt ist. Bei passender Resonanz der Therapeutin geht das Kind dann einen Schritt weiter im therapeutischen Prozess.

Manchmal wird ein Spiel auch deshalb immer wieder gespielt, damit die Therapeutin endlich versteht, worum es geht. Pawlowsky (1992, 131) meint dazu, dass das Nicht-Verstehen des Therapeuten den Klienten ermutigt, weiter zu suchen und neues Material zu liefern, solange, bis der Therapeut versteht. Gleichzeitig wird beim Klienten etwas gelöst und in dem Suchprozess wird Selbststruktur gebildet. Dabei ist die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient entscheidend, d. h. eine gute Beziehung zum Kind wird das Kind immer wieder ermutigen weiterzusuchen, es wird durch das Nicht-Verstehen des Therapeuten nicht entmutigt.

Oft genug versteht die Therapeutin die komplexe symbolische Ausdrucksweise des Kindes nicht sofort, aber sie lässt das Kind gewähren in dem Vertrauen, dass das Spiel seine Berechtigung hat. Das Kind spürt dieses Vertrauen und fühlt sich trotz des Unverständnisses der Therapeutin damit angenommen und zeigt es ihr immer wieder, bis die Therapeutin endlich versteht, wobei dieses Verstehen auf verbaler oder nonverbaler Ebene stattfinden kann.

In dieser Therapiephase stellen Kinder oftmals Grausiges dar, Morde passieren, es wird aufgeschlitzt, zerstoßen, erwürgt, etc. Danach wirken sie oft erleichtert, und es scheint so, als ob sie durch diese konkreten Handlungen und Darstellungen ihre Ängste neutralisieren konnten.

Götze (1981) bezeichnet das Verhalten der Therapeutin in dieser Phase als klientenzentriert. Sie folgt dem Kind und geht auf die

im Spiel zum Thema werdenden Probleme des Kindes ein. Die Haltung und Einstellung der Therapeutin ist personzentriert, das heißt, sie stellt sich als Person zur Verfügung, sie nützt ihre in der Beziehung entstehenden Gefühle zum Verständnis der Beziehung zum Kind und der im Kind ablaufenden Prozesse. Sie lässt sich als Person ganz auf die Beziehung zum Kind ein und spürt genau nach, was sie z. B. beim „immer wieder erschossen werden“ empfindet, um ihre Empfindungen zu nutzen, besser zu verstehen, welchen Anteilen seiner Person das Kind hier Ausdruck verleihen will. Sie versucht, so einfühlsam wie möglich die kindliche Gefühlswelt zu erfassen und zu verstehen.

Neben dem Verstehen des Kindes und dem empathischen Rückmelden, das zu immer größer werdendem Vertrauen und Angenommensein beim Kind führt, wird in der Literatur immer wieder beschrieben, dass Grenzsetzungen zu einer entscheidenden Veränderung in der therapeutischen Beziehung führen (vgl. Dorfmann 1951; Daunert 1995). Rogers betont schon 1942 in Bezug auf Kindertherapien, dass eine klar definierte und gut strukturierte Situation hilfreich für das Kind sei, wozu auch klare Grenzen, die vom Therapeuten gesetzt werden, gehören (Rogers 1942a, 99ff). In einzelnen Fallbeispielen zur Kindertherapie weist er darauf hin, dass das Kind zwar die Erlaubnis hat, so wütend auf den Therapeuten zu sein, wie es nur möchte, aber klar ist, dass es den Therapeuten nicht schlagen darf. Er meint, dass diese Grenzen, wenn sie klar und deutlich formuliert werden, vom Kind durchaus akzeptiert werden und nur dann, wenn die therapeutische Beziehung mangelhaft gehandhabt wird, nicht akzeptiert werden können. Implizit weist Rogers schon in diesem sehr frühen Werk, ohne es jedoch deutlicher herauszustreichen, darauf hin, dass die Authentizität und die Transparenz des Therapeuten wesentlich für eine gelungene therapeutische Beziehung sind. Grenzen, die vom Therapeuten in Bezug auf Zeiten, Raum, Aggressionen, Geschenke, etc. gesetzt werden, tragen dazu bei, dass der Therapeut in eine personale Beziehung zum Kind tritt, wobei das Kind lernen soll, „dass Zuneigung wie Ablehnung Teile einer Beziehung sein können und dass die Beziehung selbst mit ihren Begrenzungen eine befriedigende Beziehung sein kann“ (Rogers 1942a, 101).

Rogers betont weiter, dass es wichtig ist, die negativen Gefühle des Kindes auf Begrenzungen des Therapeuten voll zu akzeptieren als Reaktion auf klare Grenzsetzungen. Mit dem heutigen Verständnis als personzentrierte Therapeutin gelesen heißt es nichts weiter, als dass Rogers implizit schon 1942 auf die Authentizität und die Transparenz des Therapeuten hingewiesen hat und eine personale Begegnung und Auseinandersetzung von Kind und TherapeutIn innerhalb der therapeutischen Beziehung als wirksamstes Agens des therapeutischen Prozesses formuliert hat. Gerade in der Kindertherapie ist die Therapeutin als Person gefordert, indem sie dem Kind ein echtes Gegenüber bietet.

Sie muss die Aggressionen gegen sich aushalten, sie akzeptieren und gleichzeitig klar und fest die Einhaltung der Grenzen vom Kind

fordern. Wenn es die Therapeutin schafft, hier einerseits die Beziehung zum Kind nicht abbrechen zu lassen und andererseits klar und fest zu bleiben, so ist ein großer Schritt getan. Das Kind erfährt, dass es trotz seiner Wut auf die Therapeutin nicht abgelehnt oder bestraft wird, seinen Zorn zeigen darf. Gleichzeitig erlebt es, dass die Therapeutin seine Wut auch aushält und sich selbst als Person nicht aufgibt. Damit bietet sie dem Kind jenen Halt, den es braucht, um sich nicht in seiner Wut zu verlieren und um sich in der Beziehung zur Therapeutin sicher zu fühlen. Nach solchen konstruktiven Auseinandersetzungen nehmen die Kinder oft von sich aus Rücksicht auf die Therapeutin und sind um ihr Wohlergehen besorgt (sehr schön nachzulesen in einem Fallbeispiel bei Dorfmann 1951). Eine personbezogene Beziehung nimmt hier ihren Anfang, und die Therapeutin wird immer mehr als Partnerin erlebt.

In der 12. Stunde will Alfred am Ende nicht gehen, er will unbedingt weiterspielen und so lange bleiben, bis er das Spiel gewonnen hat. Als ich ihm sage, dass es die letzten fünf Minuten der Stunde sind und wir leider nicht fertigspielen können, greift er zu den Schwertern und beginnt, mir zu drohen und auf mich einzustechen. Ich sage ihm, dass ich verstehe, wie wütend es ihn macht, jetzt aufhören zu müssen, aber wir auch ausgemacht haben, dass wir uns hier nicht absichtlich wehtun. Auf meine Frage: „Heute ist es sehr schwierig für dich, aufzuhören?“ antwortet Alfred: „Ja, weil ich jetzt zwei Wochen nicht komme“ (dies wusste ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht). Daraufhin mache ich den Vorschlag, dass Alfred die Schwerter in den (Polster)felsen schlagen soll und wir uns beide auf die nächste Stunde in drei Wochen freuen. Damit ist Alfred zufrieden, donnert die Schwerter in den Polster und läuft hinaus.

Durch diese konstruktiven Auseinandersetzungen, in der die Therapeutin als Person für das Kind spürbarer wird, aber auch durch das Verstehen- und Annehmen-Können von allem, was vom Kind kommt, entsteht immer mehr an Nähe und Intimität zwischen Kind und Therapeutin. Immer mehr inkongruente Erfahrungen werden aufgelöst und können korrekt symbolisiert in das Selbst integriert werden.

Mearns und Thorne meinen, dass in dieser Phase das Vertrauen in die Beziehung der wichtigste Punkt sei. Durch wachsendes Vertrauen entsteht mehr an Nähe und Intimität zwischen Klient und Therapeut und führt zum Weitergehen im therapeutischen Prozess.

Das wahre Selbst zeigt sich

Auch von Seiten der Therapeutin geschieht eine Beziehungsveränderung. Sie wird offener und verständnisvoller und sie zeigt mehr von ihrer Person, wodurch die Therapie immer mehr zu einem gemeinsamen Unternehmen wird. Furcht und Abwehr werden geringer, und die Kinder stellen oft Fragen, die sie schon lange beschäftigten,

in der Gewissheit, eine ehrliche Antwort zu bekommen. Diese Fragen und die ehrlichen Antworten der Therapeutin sind ein weiterer wichtiger Punkt im therapeutischen Prozess.

Kinder stellen oft Fragen, die ihnen sehr wichtig sind und die sie in dieser Form vielleicht noch niemals stellen konnten, da der Zugang dazu fehlte. So das 10-jährige Adoptivkind Florian, das zu Ende einer Therapiestunde, in der es hauptsächlich gespuckt, gefurzt und gerülpst hatte und es genossen hatte, dass ich in meiner Rolle als seine Sklavin alles für es tun musste (kochen, waschen, schlafen legen, etc.) mich sehr zaghaft fragte, ob ich ihn nun noch mögen könnte. Meine ehrliche Antwort, dass ich ihn gerne hätte, aber der Gestank von seiner Furzerei ziemlich unerträglich für mich sei, führte dazu, dass Florian mir anvertraute, wie wenig liebenswert er sich fühlte, und eine erste Auseinandersetzung mit der Frage, warum seine leibliche Mutter ihn nicht gewollt hatte, begann. Er furzte übrigens seitdem nie mehr in den Therapiestunden.

Solche für das Kind elementaren Fragen, die meistens darum kreisen, ob man auch liebenswert sei, berühren immer auch die Selbstakzeptanz.

In der 14. Stunde erzählt mir Alfred gleich zu Beginn, dass er seinen Vater zufällig aus dem Auto auf der Straße gesehen hat und sehr traurig darüber ist, dass seine Mutter nicht stehen blieb. Er klagt auch, dass er seinen Vater viel zuwenig sieht. Etwas später spielen wir ein Spiel, wobei Alfred sich an mich kuschelt und zum ersten Mal nicht unbedingt gewinnen muß. Ich beginne zu verstehen, dass dieser Drang, immer der Bessere sein zu müssen, bei Alfred auch damit zu tun hat, dass er sich oft abgelehnt fühlt und so diese Enttäuschungen zu überwinden sucht.

In der darauffolgenden Therapiestunde ist Alfred sehr unruhig, er nimmt sich ein Spiel, legt es bald wieder weg und weiß nicht so recht, was er tun soll. Auf meine Frage, ob ihn etwas bedrücke, zeichnet Alfred ein Bild, das einen Apfelbaum zeigt, der Vater die Äpfel abnimmt und Mutter, Alfred und der Bruder helfen, sie in Körbe zu geben. Er erzählt, wie sehr er sich wünschen würde, dass sie wieder eine Familie seien. Später erfahre ich, dass Alfred zu diesem Zeitpunkt einige Tage bei seinem Vater wohnte und dessen neue Freundin dort kennenlernte.

In dem sicheren therapeutischen Klima lernen die Kinder, auf sich selbst zu hören, und sich selbst mehr wahrzunehmen. Sie können auch erschreckende und bedrohliche Anteile bloßlegen, die Therapeutin akzeptiert auch diese, und das Kind lernt dadurch, sie selbst mehr wahrzunehmen und sich selbst auch mit diesen schrecklichen Anteilen mehr zu akzeptieren. Dadurch steigt die Kongruenz und die Selbstakzeptanz um so mehr.

Das Kind fühlt sich in der Therapiesituation verstanden, es holt verborgeneres Material hervor, es fühlt sich sicher, mit allem was es tut, respektiert und angenommen zu werden.

Neue Arten von Gefühlen und Verhaltensweisen können nun erforscht werden, die Therapeutin folgt dabei dem Kind, sie akzeptiert und respektiert das Kind, wodurch bislang zurückgewiesene Aspekte der Persönlichkeit nach außen gebracht und gemeinsam mit den akzeptierten Anteilen ins Selbst integriert werden können.

Der personzentrierten Theorie folgend wird damit die Eigenpersönlichkeit des Kindes gefördert, was über die Symptombeseitigung hinausgeht.

Es folgen nun einige Stunden, in denen sich Alfred viel mit seinen älteren Freunden auseinandersetzt. Er will mit ihnen unbedingt mithalten und von ihnen akzeptiert werden. Dabei kränkt es ihn sehr, dass sie immer wieder „Kleiner“ oder „Dicker“ zu ihm sagen. Gemeinsam entwickeln wir Strategien, wie er besser mit ihnen zurechtkommen könnte, und Alfred übt regelmäßig Händedrücker mit mir, da er dabei wirklich sehr stark ist und nicht nur mich, sondern auch seine großen Freunde immer wieder besiegt.

In dieser nun recht gefestigten Beziehung hat sich Gegenseitigkeit etabliert. Die Distanz des Kindes zu sich selbst hat abgenommen, und die Beziehung zur Therapeutin wird wichtiger. Eigene Problementeile werden anerkannt. Beim Kind sieht es so aus, dass es sich nicht mehr durch seine Verhaltensauffälligkeiten vor seinen Gefühlen, Ängsten und Nöten schützen muss, es kann sich der Therapeutin zeigen, wird offener für sich selbst und für die eigenen, verborgenen Nöte. So ist es plötzlich nicht mehr nötig, immer gewinnen zu müssen, und die Therapeutin kann es dem Kind auch zumuten, es verlieren zu lassen.

Zusammenfassend lässt sich über die mittlere Therapiephase sagen, dass durch ehrliche Auseinandersetzungen von Person zu Person, die über Grenzen, Fragen, Verstehen und Wertschätzen läuft, der Kern zur Selbstakzeptanz beim Kind gelegt wird. Das Symptomverhalten ist nicht mehr notwendig, übermäßig aggressives, dominierendes oder ängstliches Verhalten verschwindet, das bislang Abwehr- und Schutzfunktion hatte, und eine Auseinandersetzung mit dem, wer es wirklich ist, schreitet voran.

Endphase der Therapie: Neue Interessen entstehen

Die Therapeutin ist nun ein voller Partner des Kindes geworden, sie kann sich selbst ins Spielgeschehen einbringen, da eine belastungsfähige Beziehung aufgebaut ist. Intensives Erleben geschieht nicht nur beim Reflektieren der Gefühle, sondern auch beim Kochen, Spielen, Basteln, etc. Kind und Therapeutin sind nun gleichberechtigt mit eigenen Wünschen, Gefühlen, Vorschlägen, etc. (vgl. Götze 1981, 43). Es ist eine personzentrierte Beziehung entstanden.

Die Therapeutin ist oft am Ende aktiver, da mehr Gegenseitigkeit da ist und das Kind inzwischen die Freiheit hat, für sich Unpassendes abzulehnen. Es findet mehr und mehr Dialog statt.

In den letzten Therapiestunden hat sich die Beziehung zwischen Alfred und mir verändert. Sie ist viel partnerschaftlicher geworden. So bekomme ich beim Fußballspielen eine Torvorgabe, damit ich gegen ihn auch eine Chance habe. Es ist Alfred auch nicht mehr so wichtig, unbedingt bei Spielen zu gewinnen. Er lässt sich in den letzten Stunden öfters von mir Spiele erklären, die er noch nicht kennt und erzählt mir viel von seinen Freunden, die ihn nun auch mehr akzeptieren als früher.

In den Gesprächen mit der Mutter habe ich erfahren, dass Alfred nach der zweiten Therapiestunde aufgehört hat einzukoten. Von sich aus hat er sich in letzter Zeit darum bemüht, den Pfadfindern und einem Judoclub beizutreten. In der Schule ist Alfred viel besser geworden, er stört nicht mehr, und seine Lehrerin sagt, dass er gut im Unterricht mitkommt. Der Vater kümmert sich noch immer sehr wenig um Alfred, aber es gibt jetzt fixe Tage, an denen er ihn besucht, und Alfred hat einen Kalender, wo er die Besuchstage einträgt und so auf die Einhaltung bestehen kann.

Eine personzentrierte Beziehung ist entstanden, wobei wesentliche Inkongruenzen bearbeitet wurden und das Kind sich nun anderem zuwenden kann. Mearns und Thorne (1988) erwähnen drei Punkte, die am Ende einer Therapie spürbar sind: Es wurde eine erhöhte Selbstakzeptanz erreicht, Gefühle, die ein aktives Leben verhinderten, sind verschwunden und der Klient hat die Freiheit zu wählen, seinen eigenen Weg zu gehen.

Die Kinder mögen sich nun mehr, sie fühlen sich freier und befreiter, da sie viel von ihrer Wut, Ohnmacht, Hass und Zorn im Therapiezimmer lassen konnten und dadurch freier und offener für neue Anforderungen in ihrem Leben wurden.

Sie entdecken nun auch andere Dinge, die ihnen wichtig sind. Dies ist stimmig für die Therapeutin, sie ist nicht böse deshalb. Die Direktheit in der therapeutischen Beziehung ist dabei charakteristisch für das Ende, Gefühle werden unmittelbar erlebt und ausgedrückt. Das Kind hat Freude an seiner eigenen Kraft und Vertrauen in den eigenen Organismus, es ist spontan und frei geworden.

Literatur:

- Axline, Virginia (1990), Play therapy. The inner dynamics of childhood, Boston (Houghton Mifflin) 1947; dt.: Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren, München (Reinhardt Verlag) 1990
- Barrett-Lennard, Godfrey (1990), The therapy pathway reformulated, in: Lietaer, G. / Rombauts, J. / van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven (Leuven University Press) 1990, 123-153
- Behr, Michael (1996), Therapie als Erleben der Beziehung, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christane (Hg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte, 1, Göttingen (Hogrefe) 1996, 41-68
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria (1993), Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, in: Eckert, Jochen / Höger, Dieter / Linster, Hans (Hg.), Die Entwicklung der Per-

- son und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG) 1993, 99-107
- Daunert, Christiane / Fröhlich-Gildhoff, Klaus (1995), „Max“ – Beschreibung einer personenzentrierten Kinderpsychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 97 (1995), 34-43
- Dorfman, Elaine (1951), Play therapy, in: Rogers, Carl R. 1951a, 219-254; dt.: Spieltherapie, in: Rogers, Carl R., Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt / M. (Fischer) 1983, 219-254
- Goetze, Herbert (Hg.) (1981), Personenzentrierte Spieltherapie. Grundlagen, Erfahrungen und Perspektiven einer Kindertherapie nach Carl Rogers, Göttingen (Hogrefe) 1981
- Mearns, Dave / Thorne, Brian (1988), Person-centred counselling in action, London (Sage) 1988
- Pawlowsky, Gerhard (1992), Die Heilung: Wie werde ich wieder gesund. Wie heilt der Personenzierte Ansatz?, in: Frenzel, Peter / Schmid, Peter F. / Winkler, Marietta (Hg.), Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1992, 127-136
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1993), Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen, in: Teusch, Ludwig / Finke, Jobst (Hg.), Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung, Heidelberg (Asanger) 1993, 19-40
- Rogers, Carl R. (1942a): Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: Die nicht-direktive Beratung, Frankfurt/M. (Fischer) 1985
- Rogers, Carl R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin) 1951; dt.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Frankfurt/M. (Fischer) 1983

Biografie:

Mag. Christine Wakolbinger, geb. 1960, klinische Psychologin und Psychotherapeutin in freier Praxis. Mitarbeiterin in der psychologischen Beratungsstelle für auszubildendes Krankenpflegepersonal und med. techn. Personal. Lehrtherapeutin für die Beraterausbildung der VRP.

Korrespondenzadresse:

*Mag. Christine Wakolbinger
A-1060 Wien
Fillgradergasse 9/9*