

Christine Wakolbinger

Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie

Zusammenfassung: Anhand der Falldarstellung einer dreijährigen Kindertherapie mit bislang 100 Therapiestunden wird der umfassende Verstehensprozess in einer personenzentrierten¹ Psychotherapie besprochen. Im Vordergrund steht die Gestaltung einer entwicklungsförderlichen und hilfreichen Beziehung: Wie geht die Therapeutin auf die unterschiedlichen Beziehungswünsche und Beziehungsanforderungen des Kindes ein? Welche Theorien und Verstehenshypothesen helfen ihr, in personenzentrierter Art und Weise auf das Kind zu reagieren? Welche Gedanken, Gefühle und Motive hat sie während und nach den Therapiestunden? Die Aufgabe der Therapeutin² ist es, sich immer wieder um die Herstellung einer heilsamen Beziehung zu dem Kind zu bemühen. Dabei nutzt sie ihre persönliche Resonanz und ihr theoretisches Wissen, um das Kind verstehen und wertschätzen zu können. Die besondere Herausforderung in der Kindertherapie besteht darin, dass die Therapeutin ihren individuellen Verstehensprozess in konkrete (Spiel-)handlungen umsetzen kann.

Schlüsselwörter: Spieltherapie, therapeutische Beziehungsgestaltung, therapeutische Resonanz, heilsame Beziehung

Abstract: The Healing Relationship: Therapeutic Resonance as Basis of Empathic Understanding and Positive Regard in Person Centered Therapy. Based on the case study of a three-year child therapy of more than 100 sessions, the comprehensive process of understanding in a person-centered psychotherapy is discussed. The emphasis is placed on forming a relationship which is helpful and conducive to development. How does the therapist respond to the child's various needs and demands in the relationship? Which theories and hypotheses of understanding assist the therapist in being responsive to the child in a person-centered way? Which thoughts, feelings, and motives does the therapist have during and after therapy sessions? It is the task of the therapist to make consistent efforts to establish a helpful relationship with the child. In doing so, the therapist uses personal resonance and theoretical knowledge in order to give empathic understanding and unconditional positive regard to the child. Child therapy specifically challenges the therapist to transform an individual process of understanding into concrete interactions and play.

Key words: play therapy, therapeutic relationship, therapeutic resonance, healing relationship

Einleitung

„... es dürfte die Beschaffenheit der persönlichen Begegnung auf lange Sicht das Element sein, welches bestimmt, bis zu welchem Grad es zu einem Erleben kommt, das Entwicklungen freisetzt und Wachstum fördert“ (Rogers, 1962/1983, S. 211, 212). Diese bei Rogers bereits 1962 nachzulesende Aussage hat bis heute nichts an

Gültigkeit verloren. Im Gegenteil, neuere Studien bestätigen und belegen vielfach, dass „... Aspekte des Beziehungsgeschehens diejenigen Merkmale des Therapieprozesses (sind), deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist“ (Grawe et al. 1994, S. 775; vgl. auch Orlinsky et al., 1994; Fröhlich-Gildhoff, 2007).

Wie sieht nun eine entwicklungsfördernde Beziehungsgestaltung in einer personenzentrierten Psychotherapie genauer aus? Rogers hat in seinen Schriften viel Wert auf die therapeutische Haltung und die Einstellung der Therapeutin in der Begegnung mit dem Klienten³ gelegt. Eine Konkretisierung dieser Haltung in der therapeutischen Praxis war ihm nicht so wichtig. Gerade der Bereich

1 In diesem Artikel wurde die offizielle Zusatzbezeichnung „personenzentriert“ entsprechend der vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit geführten Psychotherapeutenliste gewählt.

2 Zur leichteren Lesbarkeit wurde hier die weibliche Form „Therapeutin“ gewählt. Frauen und Männer sollen jedoch mit diesem Text gleichermaßen angesprochen werden.

3 Auch mit „Klient“ sind selbstverständlich beide Geschlechter angesprochen.

der Kinderpsychotherapie stellt die Therapeutin jedoch vor die große Herausforderung, die therapeutisch wirksamen Variablen in konkrete Handlungen umzusetzen, da ca. 90% der Therapiezeit in Kindertherapien mit Spieltätigkeit zugebracht wird (vgl. Schmidtchen, 1996). Die Aufgabe einer Kindertherapeutin ist es, auf jedes Therapiekind mit einem hoch individuellen, maßgeschneiderten, theoriegeleiteten und an der personenzentrierten Haltung orientierten Beziehungs- und Spielangebot einzugehen, mit dem Ziel, dem Kind neue, emotional korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

Um im Folgenden den umfassenden Verstehensprozess in einer personenzentrierten Psychotherapie anschaulich darzustellen, werde ich verschiedene Therapiesequenzen der ersten beiden Therapiejahre mit einem institutionell untergebrachten Kind im Hinblick darauf ausführlich besprechen, wie sich der Aufbau einer förderlichen und heilsamen Beziehung ganz konkret in der Praxis gestalten kann.

1. Erstkontakt: Passen wir beide zusammen?

Robert⁴ ist 7,4 Jahre alt, als er zum Erstgespräch mit seiner Bezugsbetreuerin kommt. Robert ist seit seinem 4. Lebensjahr in einer Institution untergebracht. Aufgrund extrem aggressiver Ausbrüche war er im Alter von 5 bis 6 Jahren ein Jahr in psychotherapeutischer Behandlung.

Die Betreuerin berichtete, dass sich mit dem Schuleintritt die Verhaltensauffälligkeiten von Robert wieder akut verschlimmert hätten. Er habe keine Frustrationstoleranz und wieder sehr heftige aggressive Durchbrüche, wobei er auf Kinder und Erzieher unkontrolliert einschlage, sie beiße, kratze und kaum zu beruhigen sei. Robert brauche sehr lange, bis er ruhiger werde, er habe auch große Probleme beim Einschlafen. Manchmal nässe Robert auch ein. Die Hausaufgabensituation sei immer wieder extrem belastend, Robert habe Probleme, sich länger zu konzentrieren und weigere sich oft, die Aufgaben zu machen. Es sei immer wieder ein Kampf und brauche Stunden, bis die Hausaufgaben erledigt seien. Gegen seine Hyperaktivität bekomme Robert regelmäßig Ritalin.

Bei der klinisch-psychologischen Diagnostik wurden eine reaktive Bindungsstörung F 94.1, eine posttraumatische Belastungsstörung F 43.1, und eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F 90.1 nach ICD-10 diagnostiziert.

Die Anamnese ergab, dass Robert bei der Übernahme in die Institution verwaorlost wirkte, ihn der Vater oft geschlagen habe und die Mutter mit den Kindern überfordert gewesen sei (Robert hat noch mehrere Geschwister). Die Kinder seien oft stundenlang sich selbst überlassen gewesen. Anlass für die Fremdunterbringung sei ein gewaltsamer Streit zwischen den Eltern gewesen. Derzeit

verbüße der Vater eine Haftstrafe, Robert habe schon seit drei Jahren keinerlei Kontakt zu ihm. Die Mutter besuche Robert im Heim nur sehr selten und unregelmäßig.

Beim Erstgespräch sitzt mir ein lebhafter, hübscher blonder Bursche gegenüber. Er ist neugierig und aufgeschlossen, beantwortet bereitwillig meine Fragen und freut sich sichtlich, dass er im Mittelpunkt steht. Er ist nach Beantwortung der Fragen sofort bereit, mit mir ins Spieltherapiezimmer zu gehen und schaut sich begeistert um, was es denn da alles gibt. Sehr bald geht er die Stufen zur Zwischenebene hinauf, wo Bücher, Decken, Matratzen und Kuscheltiere liegen und sagt: „Das erinnert mich an zuhause, wir haben dort auch ein Hochbett, von dem ich einmal hinuntergefallen bin, und bald bin ich wieder zuhause.“

Ich mag diesen Burschen sofort, er wirkt lebendig, neugierig und fröhlich auf mich und erinnert mich an meinen Sohn, der ein Jahr jünger ist als Robert. Trotzdem überlege ich gut, ob ich auch genug Kapazität für Robert habe, aufgrund der Anamnese muss ich mit einer längerfristigen, wahrscheinlich auch teilweise anstrengenden Therapie rechnen.

1.1 Diagnostische Überlegungen zum Erstkontakt

Bei Robert wurde eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, die durch frühe und anhaltende Traumatisierungen in den ersten vier Lebensjahren entstanden ist. Hier helfen die Erklärungsmodelle von Weinberg (2005) und Heinerth (2007) zum besseren Verständnis der verschiedenen Symptome von Robert. Robert wurde stark vernachlässigt und immer wieder vom Vater verprügelt, er konnte mit hoher Wahrscheinlichkeit als Reaktion auf diese akuten Bedrohungen sein genetisches Notfallprogramm des Kämpfens und Kontrollierens nicht bzw. nicht erfolgreich ausagieren. In der Folge kam es zu einer akuten Belastungsreaktion mit Ärger und Überreaktivität im Anschluss an die überlebten Notfälle. Da dieser Zustand unbehandelt blieb (die Mutter konnte Robert nicht schützen bzw. auf seine Gefühle nicht adäquat eingehen), entwickelte sich eine posttraumatische Belastungsstörung. Dazu gehören Symptome wie Schlafstörungen, Unruhe, Misstrauen, Dauerwachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Wut, Konzentrationsschwierigkeiten, Aufsässigkeit und Trotz, Hyperaktivität und extreme und schnelle Stimmungswechsel (vgl. Weinberg, 2005, S. 98).

Robert hat für seine traumatischen Erfahrungen in den ersten vier Lebensjahren nicht genügend Empathie erfahren und dadurch Gefühle wie Hilflosigkeit, Verzweiflung, Angst, Bedrohung und Ausgeliefertsein nicht symbolisieren können. Meine Aufgabe wird es sein, meine Beziehung zu Robert so zu gestalten, dass diese „gesperrte Symbolisierungsfähigkeit“ (vgl. Heinerth, 2007, S. 120), wie sie bei posttraumatischen Belastungsstörungen zu finden ist, aufgehoben wird und sein Selbstkonzept wieder wachsen kann.

⁴ Die Daten des Kindes sind soweit verändert, dass die Anonymität gewahrt bleibt.

1.2 Beziehungsebene

Da die Beziehungsgestaltung zu Kindern beim ersten Kennenlernen direkter und unmittelbarer als mit erwachsenen Klienten verläuft, erlebe ich sie oftmals als anspruchsvoller als in der Erwachsenentherapie (vgl. Wakolbinger, 2000; 2009; Weinberger, 2008). Schon Axline hat 1947 betont, dass die Therapeutin Kinder gern haben und ihnen mit Achtung und Annahme gegenüber treten muss. Kinder spüren sofort, ob die Therapeutin wirklich gerne mit ihnen zusammen ist oder dies nur vorgibt. Sie reagieren klar und eindeutig mit einer Verweigerung der Therapie, wenn grundsätzliche Freude über den Kontakt mit ihnen nicht vorhanden ist. Daher ist es beim Erstkontakt gerade in Kindertherapien nicht nur wichtig, einen Kontakt zum Kind herzustellen und zu überprüfen, ob das Kind mit dem therapeutischen Beziehungsangebot erreicht werden kann. Die Therapeutin muss sich auch ehrlich fragen: Ist mir dieses Kind sympathisch? Denn es ist nicht nur die Spielebene, die in der Arbeit mit Kindern zählt, es laufen zwischen Kind und Therapeutin ständig Interaktionen ab, die ich als wesentlich für den Beziehungsaufbau und den Fortschritt in der Therapie erachte.

2. Sicherheit: Was braucht dieses Kind, um sich bei mir sicher zu fühlen?

In den ersten Stunden kann sich Robert gar nicht entscheiden, was er tun will. Dauernd findet er etwas Neues, will es ausprobieren, legt es nach kurzer Zeit wieder weg. Er fragt immer wieder, ob er die Schwerter, die Autos, den Ball etc. mitnehmen darf. Dazwischen steckt er einen Schnuller in den Mund und meint, dass er und sein Bruder Schnuller sehr gerne gehabt hätten. Er nimmt jede Stunde die zur Verfügung stehenden Plastikschwerter, ersticht schnell und kurz die Puppen und wirft sie weg. Daraufhin will er immer wieder mit mir kämpfen, und mich kurz und bündig töten. Ich komme mit dem Tempo der Handlungen kaum mit, es gelingt mir nur selten, etwas aufzugreifen, schon ist Robert bei der nächsten Sache. Durchgängig kommt die Frage, ob er etwas mitnehmen darf und immer wieder finden kurze schnelle Kämpfe statt, bei denen er mich tötet. Wenn Robert geht, ist das Therapiezimmer buchstäblich ein einziges Schlachtfeld.

2.1 Das Therapiezimmer als sicherer Ort für das Kind

Auf der Spielebene ist Robert eindeutig überfordert mit dem Spielangebot im Zimmer, und es stellt sich rasch heraus, dass er einen engeren Rahmen braucht, der ihm Halt und Sicherheit gibt. Da misshandelte und vernachlässigte Kinder häufig ein Übermaß oder einen Mangel an Stimulation in ihrer Kindheit erlebt haben, fehlt ihnen oftmals die Fähigkeit, ihre Umgebung zu erkunden, auszuprobieren und zu spielen (vgl. Gil, 1993). Auch haben diese Kinder

kaum Kompetenzen zur Selbstregulation ausgebildet und stehen unter (Dauer-)Stress (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 41). Daher entscheide ich mich dazu, ab der 3. Stunde einige Spielsachen in den Kasten zu räumen und nur mehr ausgewähltes Spielmaterial offen und sichtbar zur Verfügung zu stellen.

Auf der Beziehungsebene gibt es die durchgängig massive Forderung an mich, ihm doch zu erlauben, Spielsachen mitzunehmen. Mir fällt auf, dass Robert nach einem Nein von mir sichtlich enttäuscht ist und mich immer wieder sofort erschießt oder mit Schwertern tötet. Wiederholt sage ich Robert, dass ich seinen Wunsch verstehen kann, diese tollen Sachen mitnehmen zu wollen. Ich verstehe, dass sie ihm sehr gut gefallen und kann gut nachvollziehen, dass er sie sehr gerne den anderen Kindern im Heim zeigen möchte. Ich betone aber, dass dies leider nicht möglich ist, da hier die Regel gilt, dass alle Sachen im Spielzimmer bleiben und nur die Dinge mitgenommen werden können, die wir basteln. Ich sage Robert, dass ich merke, wie enttäuscht er darüber ist, und wenn mich Robert daraufhin erschießt, melde ich ihm zurück, dass er jetzt wütend auf mich ist und mich daher tötet.

3. Auftauchen erster Inkongruenzen: Was will verstanden werden?

Beim Aufräumen nach der 3. Stunde fällt mir auf, dass ein Auto fehlt. Kann es sein, dass Robert es eingesteckt hat? Ich bin mir nicht sicher, eventuell hat es vorher schon gefehlt, dennoch nehme ich mir vor, in der nächsten Stunde etwas wachsamer zu sein.

In der 4. Stunde beobachte ich, wie Robert eine Kugel einsteckt, und spreche das auch an. Erst streitet er es ab, dann gibt er widerwillig die Kugel heraus. Danach will er verstecken spielen und ich soll bloß nicht schauen, was er macht. Beim Aufräumen merke ich, dass wieder ein Auto fehlt. Nun ist mir klar, dass Robert es eingesteckt hat und auch, welchen Zweck unser Versteckspiel hatte. Ich ärgere mich und bin ziemlich wütend, dass Robert mich mit dem Versteckspiel so austricksen konnte.

3.1 Überlegungen zum Verständnis der Handlungen von Robert

Besonders Kindertherapien sind viel mehr durch (Spiel-)Handlungen als durch Worte bestimmt. „Kinder inszenieren im Spiel, was sie seelisch beschäftigt; indem sie spielen, arbeiten sie ein Problem, eine Bedrohung, einen Aspekt ihres Selbst, eine Beziehungserfahrung, einen Wunsch oder eine Emotion durch“ (Behr, 2007, S. 153). An anderer Stelle (Wakolbinger, 2009) habe ich jenen Prozess, der in mir abläuft, wenn ich zu verstehen versuche, was ein Kind mit seinen (Spiel-)Handlungen ausdrücken möchte, „Übersetzungsarbeit“ genannt (vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2007). Ich versuche dabei, nicht

nur mit dem Kind empathisch mitzuschwingen, sondern gleichzeitig die Symbolsprache Spiel in mein Erwachsenenverstehen zu transformieren, indem ich mein aktuelles Verständnis der konkreten Entwicklung und Lebenssituation des Kindes nutze. Weiters versuche ich, von einem theoretischen Standpunkt aus zu verstehen, wie sich Selbstkonzept und Aktualisierungstendenz im kindlichen Spiel bzw. in den Handlungen ausdrücken, und worin sich organismuserhaltende bzw. -entfaltende Tendenzen zeigen.

Das Ergebnis meiner Übersetzungsarbeit in diesem frühen Stadium der Therapie sieht folgendermaßen aus:

Robert hat mir am Anfang der 4. Stunde erzählt, dass er Micky-Maus-Bücher liebt, aber Dagobert hasst, weil der so böse ist und nie etwas hergibt. Von seiner Bezugsbetreuerin weiß ich, dass es Robert mit seinem Charme immer wieder schafft, Süßigkeiten von fremden Menschen geschenkt zu bekommen, und dabei sehr viel Energie und Einsatz entwickelt. So kaufte ihm der Zivildienner, der ihn zur letzten Therapiestunde brachte, am Weg zu mir Pringles und Eistee, die mir Robert stolz zeigte. Kann es sein, dass ich dieser Sequenz zuwenig Beachtung geschenkt habe? Robert wirkt auf mich sehr bedürftig, eventuell ist es seine Strategie, sich über Essen und Spielsachen die Zuwendung zu holen, die er braucht. Wenn Robert so sein Zuwendungsbedürfnis stillt, kann es auch sein, dass er deshalb das Auto mitgenommen hat. Sollte meine Hypothese stimmen, stellt mich das vor die Frage, wie ich mit dieser großen Bedürftigkeit umgehen soll. Was kann ich Robert anbieten, das für mich passt und gleichzeitig ihm hilft, seine Bedürftigkeit etwas zu stillen?

Oder hat Robert deshalb die Autos eingesteckt, weil er von mir als Person zuwenig Resonanz bekommt? Mir wird bewusst, dass ich bisher zu wenig auf die große Bedürftigkeit von Robert eingegangen bin, sie wohl auch noch nicht wirklich ganz verstanden habe.

3.2 Persönliche Resonanz der Therapeutin

Immer wieder lösen Kinder durch ihre Handlungen oftmals auch intensive Reaktionen auf der Therapeutinnenseite aus. Durch das Vorherrschen der Handlungs-/Spielebene in Kindertherapien erlebe ich häufiger als in der Erwachsenentherapie, dass eigene Anteile von mir aktiviert werden. Therapeutinnen müssen ihre typischen Reaktionsmuster kennen, denn nur dann ist es ihnen möglich, ihre eigenen Gefühle in der Therapie zu nutzen und sich als Resonanzboden für die Klienten zur Verfügung zu stellen (vgl. Beckmann-Herfurth, 1996, S. 205). Um sich gut in ein Kind einfühlen zu können, muss die Therapeutin auch ihr eigenes inneres Erleben gut spüren können. So kann sie bemerken, was das Kind in ihr auslöst und wie sie gefühlsmäßig zu ihm steht. Nur dann, wenn die Therapeutin wirklich offen zu sich selbst sein kann, sie kongruent in der Beziehung mit dem Kind ist, kann sie dem Kind als ganze Person gegenüberreten, und ihm aus ihrer Betroffenheit und ihrem Erleben heraus antworten.

In der Analyse meiner emotionalen Reaktionen merke ich, wie sehr meine Wertschätzung für Robert momentan leidet. Ich bin ziemlich wütend auf ihn und will die beiden Autos zurück haben, besonders weil auch andere Therapiekinder sehr gerne damit spielen und ich ihnen erklären muss, dass sie verschwunden sind. Ich bin auch wütend auf mich selbst, da ich mich so leicht habe austricksen lassen. Ich mag das Gefühl nicht, die „Blöde“ zu sein. Das ist unangenehm und ich bemerke in mir die Tendenz, dieses Gefühl schnell wieder beiseite zu schieben. Ich weiß, dass ich empfindlich darauf reagiere, belogen und für eigene Zwecke benutzt zu werden. Hier wird eine alte Verletzungsgeschichte bei mir aktiviert, die ich gut kenne, die aber mit sehr unangenehmen Gefühlen verbunden ist. Ich versuche nun, meine eigene Geschichte, meine eigenen Gefühle und die Beziehung und das Geschehen mit Robert auseinander zu halten. So kann ich meinen Ärger dazu nutzen, besser zu verstehen, was sich zwischen Robert und mir auf der Beziehungsebene abspielt. Warum belügt er mich? Was wünscht er sich von mir, das er derzeit nur über seinen Diebstahl ausdrücken kann?

Mir wird bewusst, dass meine bisherigen verbal-empathischen Verstehensversuche, als Reaktion auf seinen Wunsch, Spielsachen mitzunehmen, für Robert zu kurz gegriffen haben. In diesem Punkt verstehe ich ihn noch nicht oder übersehe etwas Wichtiges. Kinder gehen erst dann einen Schritt weiter, wenn sie voll und ganz in ihrem Erleben verstanden wurden. So gesehen ist das Einstecken des Autos ein Ausdruck davon, dass ich etwas Wesentliches bei Robert noch nicht verstanden oder gespürt habe. Wahrscheinlich muss ich noch genauer und verständnisvoller auf seine Wut und Verzweiflung eingehen, wenn seine Wünsche nach Mitnehmen von Spielsachen nicht erfüllt werden.

3.3 Erste Verstehenshypothesen

Robert ist ein sehr bedürftiges Kind, dies zeigt sich unter anderem in seinem dringenden Bedürfnis, Spielsachen mitnehmen zu wollen. Wenn diese Wünsche nicht verstanden und erfüllt werden, ist er völlig verzweifelt, gerät außer sich und reagiert in der Folge mit massiver Aggression, wenn auch seine Verzweiflung nicht verstanden wird. Daher muss ich einerseits darauf achten, Robert in seiner Verzweiflung wirklich anzunehmen und andererseits auf seine hohe Bedürftigkeit besser eingehen.

4. Arbeit mit den Bezugspersonen

Vor der 7. Stunde erhalte ich einen Anruf der Bezugsbetreuerin, dass Robert mit einem größeren Kind seiner Gruppe über Nacht verschwunden sei, beide Buben seien stehlen gegangen. Robert sei auch aus der Schule davongelaufen und die Institution überlege ernsthaft, ob sie ihn noch in der Einrichtung behalten könne.

Ich spreche Robert in der Stunde darauf an, teile ihm mit, was die Bezugsbetreuerin mir erzählt hat. Er meint, er hätte das getan, weil er im Heim nicht genug spielen darf.

4.1 Bezugspersonenarbeit als wesentlicher Bestandteil von Kindertherapien

Die Arbeit mit den Bezugspersonen des Kindes ist ein wesentlicher Teil von Kindertherapien. Da die Mutter von Robert den Kontakt zu mir ablehnt, habe ich von Beginn der Therapie an regelmäßigen Kontakt zur Bezugsbetreuerin von Robert. Diese Gespräche dienen einerseits dazu, für mich wichtige Informationen zu bekommen, andererseits geht es darum, die Bezugspersonen dabei zu unterstützen, mehr Verständnis für das Kind zu entwickeln.

In dieser Therapiephase sind meinerseits auch Gespräche mit der pädagogischen Leitung der Institution notwendig, um den drohenden „Hinauswurf“ von Robert aus der Institution zu verhindern.

4.2 Transparenz gegenüber dem Kind

Wenn ich Informationen über ein Therapiekind erhalte, teile ich diese dem Kind mit. So vermeide ich den Eindruck, dass ich Geheimnisse mit den Erwachsenen habe und brauche auch meine Informationen vor dem Kind nicht zu verheimlichen, was unsere Beziehung beeinträchtigen würde.

5. Halt geben: Klare Grenzen sind wichtig

Bei einem Spiel mit kleinen Ritterfiguren steckt Robert die Artusfigur ein und will sie nicht mehr hergeben. Erst nachdem ich mehrmals sage, wie schwer es für Robert sein muss, etwas zu sehen, das ihm gefällt und es dann nicht haben zu können, kann Robert die Figur wieder aus seiner Hosentasche „herauszaubern“. Er nimmt daraufhin die Pistole, erschießt mich, und nimmt dann noch die Schwerter, um mich zu köpfen. Er sagt: „So kannst du nicht sehen, wenn ich etwas nehme“. Ich sage: „Ah, du möchtest nicht, dass ich es merke, wenn du etwas einsteckst.“ Dann will Robert verstecken spielen und ich sage ihm, dass ich in den letzten Stunden bemerkt habe, wie sehr ihn das Versteckspiel verleitet, etwas von mir einzustecken und dass ich das Spiel deshalb nicht mehr mit ihm spielen will, um ihm zu helfen, nichts mehr bei mir einzustecken. Robert reagiert darauf ärgerlich, aber irgendwie auch erleichtert. Er sagt: „Das ist gemein!“, wirkt aber gleichzeitig nicht mehr so fahrig und etwas ruhiger auf mich. Daraufhin schlage ich Robert vor, gemeinsam einen Pudding zu kochen, den wir dann auch essen können. Robert ist begeistert: „Das muss ich unbedingt im Heim erzählen“, und gesteht mir dann, dass er noch ein paar Dinge von mir in den letzten Stunden eingesteckt hat. Er will mir zwar nicht sagen, was es ist, verspricht aber, mir diese Dinge beim nächsten Mal mitzubringen.

Am Ende der Stunde umarmt Robert mich kurz und ich bleibe mit dem Gefühl zurück, dass ich mit meinen Handlungen Robert erstmals wirklich voll und ganz erreicht habe, und auch etwas Essentielles von ihm verstanden habe.

5.1 Umgang mit Grenzsetzungen

Klare Grenzen sind wichtig in der Therapie. Sie schaffen Sicherheit, Orientierung und Vertrauen und ermöglichen die gegenseitige Achtung von Kind und Therapeutin. Grenzen sollen aus Achtung und Verantwortung für den anderen heraus gesetzt werden und nicht nur zur Bewältigung der eigenen Angst. Damit bleibt Spielraum für Nähe und Distanz (vgl. auch Axline, 1990, S. 127; Weinberger, 2001, S. 209 ff, Wakolbinger, 2009, S. 72 ff, Hüsson, 2009, S. 258).

5.2 Grenzsetzungen helfen

In diesem Fall hat meine klare Grenzsetzung uns beiden geholfen, mehr Vertrauen und gegenseitige Achtung zu entwickeln. Mir hilft diese klare Grenze, wieder wertschätzend für Robert da zu sein. Es gelingt mir gut, zu verstehen, dass Robert hinter Lügen und Stehlen seine hohe Bedürftigkeit verbirgt, und dies jene Verhaltensweisen sind, die er entwickelt hat, um überleben zu können. Mein Gefühl, Robert erstmals wirklich in seinem Inneren berührt zu haben, hilft mir, mich besser einfühlen zu können, wie es im Inneren von Robert aussehen könnte.

Auch in verschiedenen anderen Situationen merke ich, wie wichtig klare Grenzen für Robert sind. Ein gutes Beispiel dafür ist meine Zuckerldose. Robert hat sie sehr schnell entdeckt, und in den ersten Stunden hatten wir immer wieder die Diskussion, ob er mehr als ein Zuckerl haben kann. Die Regel lautet jedoch: ein Zuckerl pro Therapiestunde. Versuchsweise habe ich ihm einmal zwei Zuckerln erlaubt, als er in einer der ersten Stunden sehr heftig darum bettelte. Das Resultat war, dass Robert den Rest der Stunde wieder haltloser und fahriger wurde, und ich sehr schnell erkannt habe, wie wichtig meine Festigkeit und ruhiges Betonen der Regel: „Ein Zuckerl pro Therapiestunde“, für ihn ist. Eine weitere Regel, die ich für Robert gefunden habe, lautet: „Du darfst eine Packung Milch pro Therapiestunde verbrauchen“. Wenn wir gemeinsam Pudding kochen und nachher essen, bestehe ich darauf, dass ich meine 2 Portionen auch wirklich selbst esse und sie nicht an ihn abgebe, auch wenn er noch so bettelt und sagt, er habe Hunger. Bis heute ist das gemeinsame Pudding kochen wichtig für Robert. Heute kann ich ihm sagen: „Nein, das glaube ich nicht, dass du Hunger hast, ich glaube, du bist einfach nur gierig auf meine Portion“ – und Robert grinst daraufhin.

Gerade in solchen, manchmal fälschlicherweise als „Nebenschauplatz“ oder als „nicht therapeutisch“ verstandenen Situationen, zeigt sich, ob die Therapeutin wirklich präsent ist und sich

als kongruentes Gegenüber zeigt. In Kindertherapien passiert es meiner Ansicht nach durch die vorherrschende Handlungsebene leichter, nicht ganz genau und gut überlegt zu reagieren, sondern z. B. auch einmal zu schnell etwas zu erlauben. Aber es ist die Herausforderung an die Therapeutin, „... nicht „nachzugeben“ und dem Klienten die Konfrontation mit „dem Anderen“ zu ersparen, nicht das Objekt dessen zu werden, wie der Klient die Beziehung anlegt, „designt“, in Szene setzt. Es geht darum, nicht vom Klienten dazu verwendet zu werden, die Begegnung zu vermeiden, indem allfällig zugewiesene Rollen übernommen werden.“ (Schmid, 2008, S. 25). Nur wenn die Therapeutin auch in vermeintlich „nebensächlichen“ Situationen achtsam und im Sinne des therapeutischen Auftrags handelt, nämlich unmittelbar gegenwärtig zu sein und ein verlässliches Gegenüber zu bieten, kann sie ein durchgängiges Beziehungsangebot zur Verfügung stellen, das seine heilsame Wirkung entfalten kann.

6. Selbstwertbedrohliche Erfahrungen und Abwehrverhalten

In der nächsten Stunde will Robert zu Beginn Mikado spielen. Aber er erträgt es überhaupt nicht, wenn ich auch nur annähernd so gut bin wie er, sofort zählt er falsch oder beendet das Spiel. Danach erschießt er mich kurz mit der Pistole und ich verstehe, dass er eigene Unzulänglichkeiten sofort mit Aggressionen bekämpft. Er muss mich dann töten, mich ausschalten. Danach spielen wir Baby, Robert setzt sich mit Schnuller in den Puppenbuggy und ich fahre ihn herum. Er genießt es, dass ich wie mit einem ganz kleinen Kind mit ihm spreche und ihn herumkutschiere. Danach sehen wir Bilderbücher für kleine Kinder an und ich lese Robert vor. Gegen Ende der Stunde hilft Robert mir erstmals, aufzuräumen und verrät mir, wo er das blaue Rennauto versteckt hat, das mir seit vier Stunden fehlt.

6.1 Einfühlung der Therapeutin

In dieser Stunde habe ich gespürt, wie verletzlich Robert ist, wie schnell er sich bedroht und ohnmächtig fühlt und dann Grenzen verletzt, um sich wieder mächtiger und stärker fühlen zu können. Von seiner Bezugsbetreuerin weiß ich, dass Robert im Heim von vielen Kindern abgelehnt wird. Teilweise haben diese Kinder Angst vor ihm, und darauf ist Robert stolz. Es ist ihm wichtig, dass er sich nichts von anderen gefallen lässt, immer wieder erzählt er mir davon, wie er sich mit größeren Burschen „anlegt“, auch wenn sie stärker sind als er. Auch von den Bezugsbetreuern lässt er sich nichts gefallen, wenn er sich ungerecht behandelt fühlt, verweigert er die an ihn gestellten Anforderungen, und nimmt die Konsequenzen in Kauf. In diesen Situationen wünscht sich Robert von mir, dass ich anerkenne, wie mutig er ist, wie er sich absolut nichts gefallen lässt.

Gerade aggressive Kinder müssen Erfahrungen von Verletzlichkeit oder Schwäche abwehren. Sie haben ein sehr geringes Selbstwertgefühl und müssen daher ihre Interessen aggressiv durchsetzen (vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 227). So ist es für Robert sehr bedrohlich, sich schwach oder unfähig zu fühlen. D. h. ganz konkret, im Spiel zu verlieren, bedroht ihn massiv. Er hat in solchen Situationen keine andere Möglichkeit, als aggressiv zu reagieren und sein Gegenüber auszuschalten.

Immer wieder gibt es Sequenzen, wo Robert aus einem Spiel heraus mich persönlich tätlich angreifen, schlagen oder absichtlich verletzen will. Hier versuche ich, sehr schnell zu reagieren, indem ich z. B. sage: „Ich merke, du hast jetzt große Lust, mir in echt eine drüberzuhauen. Das geht nicht, hier ist die Regel: Wir tun einander nicht weh. Du kannst dafür den großen Bären nehmen“, oder „ich hänge dir dafür den Boxsack auf“.

6.2 Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen

Bei Kindern, die zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten neigen, „... hat sich eine erhöhte Gewaltbereitschaft als stabile Form der Weltbegegnung herausgebildet, die als stabiler Anteil des Selbstkonzepts handlungsleitend ist“ (Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 222).

Ich merke, wie wichtig mein konsequentes Verhalten und mein ruhiges und bestimmtes Einfordern von Grenzen ist. Robert ist zwar deshalb manchmal ärgerlich, aber er wird mit der Zeit ruhiger und fühlt sich sichtlich sicherer bei mir.

„Infolge früher Beziehungserfahrungen – vor allem Erfahrungen von fehlender Regelmäßigkeit, die zu unsicheren Bindungsrepräsentationen führen, fehlender Unterstützung bei der Affektregulation und fehlenden Selbstwirksamkeitserfahrungen – kommt es zu einer verzerrten Symbolisierung von Erfahrungen im Selbstkonzept. Folge und Ausdruck hierfür sind eine „aggressiv gepolte“ Fremd- und Selbstwahrnehmung, eine unzureichende Selbststeuerung und ein geringes Selbstwert(erleben) ...“ (Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 234). Fröhlich-Gildhoff nennt Wertschätzung und Konfrontation der Therapeutin als jene wesentlichen Variablen, um Kindern mit aggressiven Verhaltensweisen die Möglichkeit zu neuen Beziehungserfahrungen zu geben.

Robert kann Regelspiele eigentlich nicht spielen, auch wenn er sich offensichtlich immer wieder darum bemüht. Ich verstehe in der Zwischenzeit sehr gut, dass bei drohendem Verlieren sofort direkt sein Selbstwertgefühl betroffen und seine gesamte Person in Frage gestellt ist, was er nicht erträgt und dann massiv aggressiv reagiert. Ich verstehe auch, dass es Robert hilft, sich kurzfristig besser zu fühlen, wenn er nach einer für ihn frustrierenden Situation oder Erfahrung mich erschießt oder tötet. Ein Kind, das destruktive Verhaltensweisen zeigt, ist im Grunde „... ein Kind, das tief in seinem Inneren sehr zornig ist, sich zurückgewiesen, unsicher, ängstlich und verletzt fühlt und oft nur ein schwach ausgeprägtes

Selbstgefühl besitzt. Auch hat es eine sehr schlechte Meinung von dem Teil seines Selbst, den es kennt“ (Oaklander, 1992, S. 258).

Ich bemühe mich daher, Robert mehr Erfahrungen zu ermöglichen, die nicht frustrierend sind, sondern selbstwertstärkend. Gleichzeitig versuche ich, ihn dabei zu unterstützen, zu lernen, bei frustrierten Erfahrungen auch anders als mit Aggression zu reagieren. Ich strenge mich bei Regelspielen nicht sonderlich an, damit Robert gewinnen kann oder ich schlage Regelveränderungen vor, sodass es mehr um ein gemeinsames Punkte sammeln geht. Dies hilft ihm einerseits zwar, andererseits will Robert sich wirklich mit mir messen.

Nach ein paar Wochen beginnen wir, miteinander Fußball zu spielen, und fast 2 Jahre lang spielen wir jede Therapiestunde eine Sequenz Fußball miteinander. Hier ist Robert wirklich gut, ich muss mich anstrengen, damit ich ihm auch Tore schießen kann, und Robert genießt auch kleine Rangeleien mit mir, wenn wir um den Ball kämpfen. Immer wenn ich ihm ein Tor schieße oder er nicht gleich einen Treffer bei mir landet, braucht er einen Schluck Milch aus der Babyflasche, um „Kraft zu kriegen“, um „wieder stark zu sein“ und um durchzuhalten. Mit der Zeit helfen auch Tiere mit, nicht gleich aufzugeben, wenn er mal keinen Treffer landet. Hier, beim Fußballspielen, gelingt es Robert erstmals nach einem Therapiejahr, es zu ertragen, dass ich gleich viele Tore schieße und zu sagen: „Du bist echt gut im Fußball“.

7. Regressive Bedürfnisse

Mir wird immer klarer, dass es für Robert ganz wichtig ist, dass ich ihm einerseits festen Halt und klare Grenzen biete, andererseits aber genug Raum und Möglichkeiten zur Verfügung stelle, damit er seine regressiven Bedürfnisse befriedigen kann.

Da Robert ein Kind ist, das zuwenig an feinfühligem Eingehen auf seine Bedürfnisse in den ersten Lebensjahren erfahren hat, ist auch ein „nachholen können“ in der Therapie wichtig. In verschiedenen Studien hat sich Feinfühligkeit als die wichtigste Variable mütterlichen Verhaltens für sichere Bindung und gesunde kindliche Entwicklung erwiesen (vgl. auch Schmücker/Buchheim, 2002, S. 182; Grossmann/Grossmann, 2002, S. 299).

Robert spielt sehr gerne regressive Spiele. Er kann in diesen Situationen mein Beziehungsangebot voll und ganz annehmen, wenn ich sehr einfühlsam darauf reagiere, was er genau jetzt braucht, sei es eine Decke um sich zuzudecken, die Flasche um zu trinken oder das Kuschneln beim Vorlesen. In diesen Situationen wächst das Vertrauen zwischen uns und ich spüre, dass hier das voll und ganz angenommen sein für Robert essentiell ist.

8. Bindungsbeziehung

Kommen und gehen sind im ersten Therapiejahr schwierige Situationen für Robert. So versteckt er sich am Beginn der ersten Therapiestunden öfters in einer Ecke im Wartezimmer und hat die Jacke über den Kopf gezogen. Wie soll ich darauf reagieren? Wie einen Kontakt zu ihm herstellen? Ich versuche es auf verschiedene Art und Weise: Zuerst setze ich mich neben ihn auf den Boden und warte einfach ab, was passiert. Aber das hilft Robert nicht weiter. Dann berühre ich ihn und sage: „Hallo, Robert, fein dass du da bist“, aber auch darauf bekomme ich keine Reaktion von ihm. Erst als ich auf seinem Rücken klopfte und sage: „Hallo, da ist die Christine, ist da jemand zuhause?“, reagiert Robert, grinst, springt auf und läuft ins Therapiezimmer. Manchmal sieht Robert Micky-Maus-Hefte an und reagiert nicht auf mich. Er begrüßt mich nicht und sieht mich nicht an. Ich versuche, Kontakt zu ihm herzustellen, indem ich mich zu ihm setze, mit ihm ins Heft schaue, manchmal einen Kommentar zu den Bildern gebe und warte, bis er bereit ist, von sich aus Kontakt zu mir aufzunehmen. So ist es Robert möglich, mit mir über das Micky-Maus-Heft in Kontakt zu treten und wir gehen in der Folge nach einigen Minuten ins Therapiezimmer.

Auch das Gehen ist oft schwierig für Robert. Manchmal will er einfach nicht gehen, weil wir gerade ein tolles Spiel spielen, er unbedingt noch etwas tun muss und sich schwer trennen kann. Die Ankündigung, dass die Stunde in fünf Minuten zu Ende ist, greift bei ihm zu kurz. Gerade dann, wenn es ihm nicht so gut geht, ist das Beenden der Therapiestunde besonders schwierig. Vor drei Jahren habe ich ihm in solchen Momenten angeboten, ihn auf meinem Rücken hinauszutragen, in der Zwischenzeit ist er mir aber zu schwer geworden. Also ziehe ich ihn an den Beinen hinaus, und das ist ein lustvolles Spiel zwischen uns geworden. Wir plaudern dann noch, während Robert sich die Schuhe anzieht. Robert wünscht sich manchmal, dass ich ihm die Schuhe anziehe, was ich jedoch ablehne. Ich reiche sie ihm lieber zu, sie ihm auch anzuziehen, wäre mir zuviel. Zum Abschied gibt es eine kurze Umarmung oder ein Aufeinanderklatschen der Hände, früher hat er immer noch von der Haustüre unten ein „Tschüss“ in die Gegensprechanlage gerufen. Diese Rituale helfen Robert, die für ihn immer wieder schwierige Abschiedssituation zu meistern.

8.1 Überlegungen zur Bindung

Anhand des Verhaltens eines Kindes beim Erstkontakt, beim Begrüßen und Verabschieden lassen sich oftmals gute Rückschlüsse auf das Bindungsmuster und Bindungsverhalten des Kindes ziehen. Dieses Bindungsverhalten wird in unsicheren Situationen aktiviert. Erst wenn eine Situation sicher für ein Kind geworden ist, kann Explorationsverhalten stattfinden (vgl. Ainsworth & Bell, 1974). Dann wird durch die Anwesenheit einer stabilen Bindungsperson, durch ihr feinfühliges und reflektiertes „Begegnen“, die gesunde Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten ermöglicht

(vgl. auch Gahleitner, 2008, S. 48). In den seltensten Fällen haben es Therapeutinnen in der Kindertherapie mit sicher gebundenen Kindern zu tun. Es ist ihre Aufgabe, den Kindern eine verlässliche Beziehung und eine sichere Bindung anzubieten, die dann nur allzu oft getestet und auf ihre Verlässlichkeit hin überprüft wird. Kinder treten mit ihrem Bindungsmuster, Bindungsverhalten und Bindungserwartungen mit der Therapeutin in Interaktion. Deren Aufgabe ist es nun, so auf das Bindungsverhalten des Kindes einzugehen, dass es neue, emotional korrigierende Erfahrungen machen kann und in der Folge immer mehr an Bindungssicherheit und sicherer Basis zwischen der Therapeutin und dem Kind entsteht. Erst wenn es ihr gelungen ist, mit ihrem Beziehungsangebot eine bedeutsame andere Person für das Kind zu sein, können innere Erfahrungen neu strukturiert werden. Dies ist nur möglich, indem die Therapeutin auf das oft sehr schwierige Beziehungsangebot und agierende Bindungsverhalten eines Kindes einfühlsam verstehend und wertschätzend reagiert. Dazu ist es notwendig, dass die Therapeutin ihr eigenes Bindungsmuster gut kennt und auch gut einschätzen kann, welche Gefühle bei den Kindern in bindungsrelevanten Situationen von ihr verstanden werden wollen⁵.

8.2 Bindungsverhalten von Robert

Bei Robert kann ich klar erkennen, dass Angst und Abwehr beim Kommen und Kummer und Protest beim Gehen jene Gefühle sind, die von mir empathisch verstanden und bedingungslos positiv beachtet werden sollen. Robert ist ganz zu Beginn völlig problemlos und freudig mit mir ins Therapiezimmer gegangen, obwohl er mich überhaupt nicht kannte. Er hat, ohne mich besonders zu beachten, sofort mit der Exploration des Zimmers begonnen. Dies war ein deutlicher Hinweis auf einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil, der dann entwickelt wird, wenn das Kind in Belastungssituationen zurückgewiesen wurde und keine verlässliche Unterstützung erlebt hat. Solche Kinder lernen, ihre Ängste in Angst auslösenden Trennungssituationen nicht mehr zu spüren, indem sie als Vermeidungsstrategie z. B. ständiges Explorationsverhalten zeigen.

9. Wertschätzung: Magst Du mich wirklich?

Immer wieder fragt mich Robert, ob er nicht ausnahmsweise etwas vom Therapiezimmer mitnehmen kann. Er versucht mir glaubhaft und eindringlich zu versichern, dass er diesen Gegenstand (ein Schwert, einen Ring, ein Auto etc.) ganz dringend braucht. Er hat in den letzten Stunden nichts mehr heimlich eingesteckt, im Gegenteil, manchmal bat er mich, mich neben ihn zu stellen, damit er beim Kramen in der Autoschachtel oder der Schachtel mit den

kleinen Figuren nichts einsteckt. Als er mich wieder einmal fragt und danach wissen will, was andere Kinder bei mir spielen und ob diese Spiele lustiger für mich sind, verstehe ich plötzlich, worum es Robert geht. Er will wissen, ob er wirklich wichtig für mich ist, ob ich ihn ehrlich mag.

9.1 Ausdruck von Wertschätzung

Ich weiß, dass gerade sehr verhaltensauffällige Kinder eigentlich immer mit einem grundlegenden Gefühl der Minderwertigkeit kämpfen, das sie um jeden Preis mit auffälligem Verhalten zu überspielen versuchen. Robert hat weder Erfolgserlebnisse in der Schule, noch gibt es ein gutes Miteinander im Heim für ihn. Seine Mutter besucht Robert nur selten und unverlässlich im Heim und auch damit kämpft Robert sehr. Er idealisiert seine Mutter sehr stark und kann es nicht ertragen, wenn Betreuer etwas Negatives über sie sagen. Gleichzeitig reagiert er mit heftigen aggressiven Ausbrüchen bei nichtigen Anlässen, wenn sie wieder einmal nicht zum vereinbarten Termin am Wochenende zu Besuch gekommen ist. Dies alles verstehend, versuche ich, auf der Handlungsebene darauf einzugehen. Ich bereite für die nächste Therapiestunde eine Schachtel mit verschiedenen Dingen (Rennauto, Bärenbruder, Flugzeug, Batman, Buzz Lightyear) vor. Robert freut sich riesig, als ich ihm erkläre, dass diese Schachtel hier bei mir nur für ihn da ist, nur er damit spielen darf und wir die Schachtel dann bis zur nächsten Stunde im Kasten verstecken. Er legt noch einen Ring von sich aus dazu und viele Stunden lang holt er die Schachtel, wenn auch nur kurz, hervor, überprüft, ob alles noch da ist und spielt mit „seinem Schatz“.

10. Achtung und Respekt

Robert versucht immer wieder, mich von Beginn der Stunde an herumzukommandieren, mir Befehle zu erteilen, z. B.: „Bring mir die Milch!“, „Zieh mir die Schuhe aus!“ etc. Ich merke, dass dies sehr unangenehme Gefühle in mir auslöst und beginne, sehr genau zwischen Realebene und Spielebene zu unterscheiden. So sage ich z. B.: „Du möchtest mich heute herumkommandieren. Wir können gerne spielen, dass du der König bist und ich deine Dienerin“.

10.1 Etablierung von Respekt

Ich merke, wie wichtig mir die klare Trennung von Realebene und Spielebene in der Beziehung mit Robert ist. Auf der Spielebene macht es mir nichts aus, herumkommandiert, schikaniert und schlecht behandelt zu werden. Ich kann dann gut meine Gefühle von Unterlegenheit, Ohnmacht und Ausgeliefert-Sein verbalisieren, und Robert kann es genießen, in diesem Spiel der Stärkere und Mächtigere zu sein.

⁵ Zum Thema der eigenen Bindungssicherheit vgl. Höger, 2007, wo sich sehr fundierte Anregungen zum Bindungsmuster von Therapeutinnen finden lassen.

Aber auf der Realebene möchte ich, dass wir beide respektvoll miteinander umgehen und uns gegenseitig achten können. Robert ist anfangs irritiert davon, manchmal auch ärgerlich, wenn ich diese Unterscheidung der Ebenen vehementer einfordere. Aber es hilft ihm mit der Zeit, selbst klarer und strukturierter zu werden und damit auch mehr an Ruhe zu gewinnen. Damit ist es uns möglich, in intensiven Spielen an Themen wie Macht, Ohnmacht, Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit zu arbeiten.

11. Wachsen in der Begegnung

Über eine lange Strecke im Therapieprozess geht es um das Selbstwertgefühl von Robert. Er hat eine zutiefst schlechte Meinung von sich selbst, er hält sich im Grunde für absolut wertlos und unnützig. Wenn er jedoch auch nur ein bisschen Gefahr läuft, diese tiefe Minderwertigkeit zu spüren, reagiert er mit aggressivem, hyperaktivem Verhalten. Dies ist sein Schema der Alltagsbewältigung. Nichts ist bedrohlicher für ihn als dieses „ich bin scheiße“, wie er es im zweiten Therapiejahr manchmal von sich selbst sagt, zu spüren. Indem ich Robert im ersten Therapiejahr bei Spielen gewinnen lasse, ihn schummeln lasse, nähre ich seine fragile Selbststruktur. Aber Robert braucht mehr an selbstwertstärkenden Erfahrungen. Immer wieder sucht er die Bestätigung von mir, überprüft mich, ob er mir wirklich etwas wert ist. Dies zeigt sich im Nachsehen, ob „seine Milch“ da ist, ob alle Gegenstände in „seiner Schachtel“ sicher verwahrt sind, oder an seinem Geburtstag, wo er sichtlich völlig überrascht ist, dass er den gewünschten Wilde-Kerle-Fußball wirklich von mir geschenkt bekommt. Immer wieder spielen wir Versorgungsspiele, wo Robert ein Baby ist und sich von mir verwöhnen lässt. Manchmal bettelt und jammert er, wie arm er denn sei, dass er kein zweites Zuckerl haben kann. Dieses Verhalten war bisher seine Strategie, um sich wertvoll zu fühlen, nämlich viel von anderen Menschen zu bekommen. Er ist dann jedoch sichtlich beruhigt, wenn ich klar und deutlich antworte: „Nein, du weißt, das ist gegen die Regel“. Es ist nicht so leicht für Robert, dieses tief verwurzelte negative Selbstbild von sich zu verändern. Dabei helfen ihm taktile und motorische Erfahrungen, wie Fußball zu spielen, mit dem Boxsack zu kämpfen, Sand zu spielen oder mit Knete zu arbeiten, sich selbst mehr zu spüren und damit sein Selbstwertgefühl langsam zu steigern.

12. Arbeit am Trauma

Immer wieder erschreckt mich Robert in den Therapiestunden, sei es ganz überraschend mitten in einem Spiel, indem er „Huh!“ macht, oder indem er vor ins Therapiezimmer läuft, sich hinter der Tür versteckt und mich erschreckt, wenn ich hineingehe. Meine Verbalisierungen, wie: „Du erschreckst mich gerne“, oder „Es macht dir

Spaß, mich zu erschrecken“ etc. greifen zu kurz und sind irgendwie unbefriedigend für uns beide.

12.1 Überlegungen zu manchmal unverständlichen Verhaltensweisen

Immer wieder verstehe ich als Therapeutin nicht sofort oder auch über einen längeren Zeitraum nicht, was ein Kind mit einem speziellen Verhalten oder einem Spiel ausdrücken will. Aber ich habe im Laufe meiner jahrelangen Tätigkeit gelernt, dass jede Verhaltensweise, so komisch und befremdlich sie auch für mich sein mag, immer einen Sinn für das Kind hat und nie etwas nur zufällig passiert. Daher kann ich auch für sehr seltsame und manchmal mühsame oder ärgerliche Verhaltensweisen von Kindern Verständnis aufbringen und sie nicht nur als Provokation oder Ärgernis erleben.

Robert bemüht sich sichtlich, mich wirklich zu erschrecken und zu überraschen, das verstehe ich. Aber was möchte er mit seinem Verhalten noch ausdrücken? Lange Zeit verstehe ich den tieferen Sinn seines Verhaltens nicht. Erst im zweiten Therapiejahr gibt es eine Sequenz, wo ich das Gefühl habe, hier geschieht ein weiterer essentieller Schritt.

Ich komme gerade mit einer Klientin aus dem Erwachsenentherapiezimmer und will sie verabschieden. Robert hat sich heimlich aus dem Wartezimmer zur Tür des Erwachsenentherapiezimmers geschlichen und schreit: „Huh!“. Ich erschrecke fürchterlich, weil ich ihn nicht gesehen habe und meine spontane Reaktion sieht so aus, dass ich ihn in den Arm nehme, beutle und sage: „Ma, du Lauser, mich so zu erschrecken, Wahnsinn!“ Robert lacht und freut sich riesig, dass es ihm endlich gelungen ist, mich ordentlich zu erschrecken; und ich bin froh, dass die Klientin, mit der ich gerade aus dem Therapiezimmer gekommen bin, eine Ausbildungskandidatin ist, die über diese Situation nur herzlich lacht. In der Therapiestunde mit Robert spreche ich diese Situation dann an und sage, dass es ihm diesmal wirklich gelungen ist, mich ordentlich zu erschrecken. Er meint, dass er froh ist, dass ich darüber nicht böse bin und gelacht habe. Ich sage: „Ja, das ist nicht immer so, wenn man jemanden erschreckt, dass diese Person dann lacht“. Robert nickt, ist plötzlich sehr ernst, sagt aber nichts weiter dazu. Einige Stunden später wird mir dann klar, was Robert hier bearbeitet hat, als wir uns in einem Spiel (wir sind Brüder) anschleichen und den Vater erschrecken, der auf dem Sofa liegt. Roberts Vater muss damals auf das erschreckt werden durch die Kinder mit heftiger Wut reagiert und die Kinder wahrscheinlich verprügelt haben.

Gerade schwer traumatisierte Kinder zeigen manchmal irritierende Verhaltensweisen. Nachdem sich Sicherheit im Therapiezimmer etabliert hat, das Kind sich verstanden und angenommen fühlt, kommt es zur Bearbeitung der ursprünglichen Traumata. Oft geschieht das symbolisch in einem Spiel. Kinder symbolisieren nicht

sprachlich wie Erwachsene, sondern indem sie handelnd im Spiel ihren inneren Impulsen, Anmutungen, Affekten und Zuständen folgen. Mit diesem Wissen von der Vielfalt von Symbolisierungsprozessen gelingt es der Therapeutin besser, geduldig zu bleiben, auch mit sich selbst, und darauf zu vertrauen, dass Entwicklung stattfindet, auch wenn sie nicht gleich immer alles versteht. Ihr Bemühen und Ringen um Kontakt und um Beziehung trägt, neben ihrem Verständnis und ihrer Empathie, die gemeinsame Arbeit und ist für das Kind spürbar und wichtig. Kinder wiederholen ihre Verhaltensweisen immer wieder, spielen ein Spiel so lange, bis die Therapeutin endlich versteht und es dadurch einen Schritt weitergehen kann und Symbolisierung stattfindet. Hier zeigt sich die ungeheure Kraft der Aktualisierungstendenz.

Robert hat mir mit seinem unermüdlichen Bemühen, mich zu erschrecken, zeigen wollen, wie sehr er sich in seinen frühen Jahren ausgeliefert gefühlt haben muss, wie unberechenbar und unzuverlässig er seine Bezugspersonen erlebt hat.

13. Etablierung von Gegenseitigkeit: Wir beide gemeinsam

Jetzt, im dritten Therapiejahr, geht es hauptsächlich um die Aufarbeitung der ursprünglichen Traumata von Robert. Immer wieder spielen wir Kampfszenarien, in denen es darum geht, sich selbst schützen zu können und beschützt zu werden. Drache und Bärenbruder helfen im Kampf und in der Zwischenzeit kämpfen wir Seite an Seite gegen diverse Feinde. Robert muss nicht mehr, so wie zu Beginn der Therapie, der Aggressor sein, um überleben zu können. Wichtig für ihn ist dabei, dass er, wie eine Kollegin in der Intervention so schön ausdrückte, „... eine Therapeutin hat, die ihn schützt und die sich selbst gut schützen kann. Nur so kann man mit ihr gemeinsam an den Ort des Grauens gehen“. Ein gutes Beispiel dafür ist folgende Sequenz:

Ich stehe in der Küche und bin gerade dabei, den Pudding umzurühren. Robert geht ins angrenzende Kindertherapiezimmer, nimmt zwei Kasperlfiguren und lässt sie beide miteinander spielen. Plötzlich verändert er seine Stimme und sagt: „Na, Arschloch und Missgeburt, jetzt bring ich euch um!“ und beginnt, auf die zwei Figuren einzuschlagen. Ich reagiere darauf folgendermaßen: „Heast Oida, lass die Kinder in Ruh’!“. Daraufhin wirft Robert die Figuren weg, beginnt heftig zu lachen, kommt zu mir in die Küche, umarmt mich und meint: „Du bist echt toll, ich komme so gerne zu dir“.

Heute kann Robert z. B. beim Unospiel auch verlieren. Er wirft zwar die Karten weg und ärgert sich heftig, aber er erträgt es, nicht immer zu gewinnen. Im Sinne des dynamischen Widerstandes und des Haltgebens lasse ich ihn auch nicht mehr so wie früher gewinnen,

sondern spiele mit vollem Einsatz. Ich kann mich selbst als Person Robert mehr zumuten. Zwischen uns hat sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt. Robert hat gelernt, auf der Realebene respektvoll mit mir umzugehen, was sich z. B. in „bitte“ und „danke“ mir gegenüber äußert. Er hat gelernt, sich selbst mehr zu schätzen. Er kann nun unter anderem wirklich stolz sein auf sein fußballerisches Talent und spielt in der Zwischenzeit auch tatsächlich in einem Verein. Er kennt seine schwachen Seiten und weiß, dass er in manchen Dingen wirklich nicht gut ist, aber er reagiert darauf nicht mehr mit aggressiven Ausbrüchen. In den nächsten Monaten wird der Abschied auf uns zukommen. Ich weiß, dass ich gerade bei Robert diese Phase behutsam gestalten muss, aber ich weiß auch, dass Robert es schaffen wird, sich gut von mir zu trennen.

14. Schlussbemerkung

Ich lerne aus jeder Begegnung, und eigentlich am meisten von den sehr beeinträchtigten und traumatisierten Menschen. Bei Robert berührt mich sein unbändiger Lebenswille sehr, der ihn auch die schlimmsten Dinge auf seine Art und Weise bewältigen und in seiner Entwicklung weitergehen ließ. Ich habe sehr um die Beziehung zu ihm gekämpft, denn er hat mich immer wieder mit seinen Verhaltensweisen an meine persönlichen Grenzen gebracht. Aber wir haben beide nicht aufgegeben, Robert nicht, der bislang keine einzige Stunde versäumt hat und mir stundenlang geduldig seine Verhaltensweisen gezeigt hat, bis ich endlich verstanden habe. Auch ich habe ihn nicht aufgegeben und ihn nicht als untherapierbar, asozial und delinquent abgeschoben. In meinem Bemühen, immer wieder eine hilfreiche Beziehung zu Robert herzustellen, habe ich gelernt, sehr kreativ zu sein, um mein wertschätzendes Verstehen über viele Handlungen auszudrücken. Selten war es in einer Therapie für mich so deutlich zu spüren wie in der Beziehung zu Robert, dass ich erst dann, wenn ich wirklich vollständig und uneingeschränkt präsent bin, mich als ganze Person auf diesen Menschen einlasse und mich berühren lasse, wirklich hilfreich sein und aus meiner Berührtheit heraus kongruent antworten kann. Für diese Erkenntnis bin ich Robert sehr dankbar.

Abschließen möchte ich mit einem Zitat von Rogers, das mir im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit sehr wichtig geworden ist: „Der Grad, in dem ich Beziehungen eingehen kann, die die Entfaltung anderer als eigenständige Menschen fördern, entspricht in dem Maß der Entfaltung, die ich in mir selbst erreicht habe. Das ist in einiger Hinsicht ein beunruhigender, aber auch vielversprechender und anregender Gedanke. Er bedeutet, dass ich, wenn ich daran interessiert bin, hilfreiche Beziehungen zu schaffen, eine faszinierende, lebenslange Arbeit vor mir habe, in der ich meine Anlagen auf Entfaltung hin ausrichte und entwickle“ (Rogers, 1961/1988, S. 70).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S.; Bell, S. M. (1974). Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In: Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (Hrsg.), (2003), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung* (S. 217–241). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Axline, V. (1990/1947). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (7. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Beckmann-Herfurth, E. (1996). Zur Person des Therapeuten. In C. Böck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Bd. I.* (S. 195–216). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Spieltherapeutische Konzepte und Praxis eines personenzentriert-interaktionellen Vorgehens. In J. Kriz & T. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 151–166). Wien: Facultas.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3. Jg., H. 4, 9–11.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2009). Gewalttätige Kinder und Jugendliche – Ein Forschungssurvey zu den Ursachen und ein personenzentriertes Interventionskonzept. In Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Gahleitner, S. (2008). Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem „allgemeinen Wirkfaktor“. *Person*, 1, 12. Jg., 46–57.
- Gil, E. (1993). *Die heilende Kraft des Spiels. Spieltherapie mit missbrauchten Kindern*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Hogrefe.
- Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (2002). Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In Strauß, B.; Buchheim, A.; Kächele, H. (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Heinerth, K. (2007). Das Trauma der frühen Störung. In GwG Akademie (Hrsg), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (2007). Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Person*, 1, 11. Jg., 5–12.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie. In Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Oaklander, V. (1992). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Klett-Cotta.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In Bergin, A. E., Garfield, L. S. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270–376). New York: Wiley.
- Rogers, C. R. (1983/1962). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In Rogers, C. R. *Therapeut und Klient*. Fischer tb.
- Rogers, C. R. (1988/1961). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz-Konfrontation-Austausch. Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *Person*, 1, 12. Jg., 22–34.
- Schmidtchen, S. (1996). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In J. Eckert, E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Heidelberg: Springer.
- Schmücker, G.; Buchheim, A. (2002). Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In Strauß, B.; Buchheim, A.; Kächele, H. (Hrsg.). *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Wakolbinger, C. (2000). Der Therapieprozess in der Personenzentrierten Kindertherapie. *Person*, 1, 4. Jg., 52–62.
- Wakolbinger, C. (2009). Die präesente Therapeutenperson: Authentizität als entscheidender Faktor in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.) *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen*. Weinheim: Beltz.
- Weinberger, S. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim und München: Juventa.

Autorin:

Christine Wakolbinger, Mag., geb. 1960, klinische Psychologin und personenzentrierte Psychotherapeutin. Arbeit in freier Praxis und als Ausbilderin für personenzentrierte Psychotherapie, sowie als Leiterin des Weiterbildungscurriculums für personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP) in Wien. Langjährige Tätigkeit im Wiener Krankenanstaltenverbund (AKH). Arbeitsschwerpunkte sind – neben der Ausbilderinnentätigkeit – die personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und die Supervision. Publikationen zu Angststörungen, Psychosomatik, frauenspezifischen Themen und zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Korrespondenzadresse:

Mag. Christine Wakolbinger
 Fillgradergasse 9/9
 1060 Wien
 Österreich
 E-Mail: chr.wakolbinger@chello.at