

Doris Lange

Die Bedeutung der Gegenübertragungsregulation in der Körperpsychotherapie mit Kindern

Vortrag, gehalten auf der dgk-Fachtagung am 01.12.12 in Frankfurt a.M.

In den letzten Jahren habe ich mich aus persönlichem Anlass, aber auch aufgrund meiner KollegInnen-Erfahrungen in meinen Workshopleitungen auf Psychotherapie-Kongressen und in Supervisionen von WeiterbildungskandidatInnen zunehmend mit Phänomenen der BurnOut-Gefährdung unseres Berufsstandes und mit Resilienzforschung beschäftigt.

Da ich bei meinem Vortrag hier keine Folien und auch keine Video-Mitschnitte benutze, mache ich Ihnen –passend zum Thema- ein körperorientiertes praktisches Angebot:

Sie "müssen" ja jetzt nichts sehen, könnten also während des Zuhörens Ihre Augen entlasten.

Ihr Augapfel liegt wie in einer Schale, gehalten hinten von einer Rückwand und unten von einem Boden. Wenn Sie diese "haltgebenden Funktionen" Ihres eigenen Körpers nutzen, können Sie Ihre Augenspannung "nach hinten/unten loslassen" (wenn man ein Kamera-Synonym benutzt: den ZOOM zurückfahren).

Was macht das mit Ihrer Kieferspannung? Kann der Unterkiefer dann auch mehr "hängen"?

Wenn Sie dieses "sich hinten/unten halten lassen" auch mit Ihrem Rücken, mit Ihrer Sitzfläche, mit Ihren Füßen fortsetzen: was passiert? was macht das mit Ihrer Körperspannung? mit Ihrem Atem? mit Ihrem "Da-Sein"? mit Ihrer Anstrengung nach so vielen Vorträgen heute?

Sie können also, während Sie mir zuhören, sich gleichzeitig sich selbst zuwenden, für sich sorgen, sich regulieren. Wir sind "mitten im Thema".

Als weiteres "Warming Up" zitiere ich aus einer Studie an der Gießener Psychosomatik in den 90er Jahren "Zur Lebensqualität von Psychotherapeuten": "Aufgrund ihrer Ausbildung sind Psychotherapeuten hinsichtlich des Umgangs mit Belastungen qualifiziert. Allerdings scheinen sie ihr Wissen in Bezug auf ihre eigene Person oft nicht anzuwenden". (REIMER/JURKAT, S.107)

Mit einem besonders besorgt-fürsorglichen Blick schaue ich dabei auf die außerordentliche Belastung von Kindertherapeuten. Sie haben es nie nur mit einem Gegenüber zu tun wie in der Erwachsenentherapie. In ihr inneres und äußeres "Containment" müssen auch noch leibliche Eltern, manchmal Pflegeeltern oder Adoptiveltern, Geschwister, zunehmend auch Patchworkfamilienangehörige (nicht selten mit getrennten Partnern heftig zerstritten), Lehrer, Jugendamtsmitarbeiter, Heimerzieher, Familienhelfer, Kinderärzte usw. Platz finden. Es entstehen mehrere Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen gleichzeitig, die bewusstgemacht, gespürt und in der Therapeutenperson verarbeitet werden müssen. Es ist nicht selten, dass man das Gefühl hat, es platzt einem der Schädel (oder das Herz, je nachdem). Eine weitere, wirklich nicht zu unterschätzende Belastungsquelle ist, dass wir es meist nicht mit in der Vergangenheit stattgefundenen Schädigungserfahrungen und deren Folgen zu tun haben wie in der Erwachsenentherapie, sondern: das Elend, das Trauma, findet sozusagen im "life stream" vor unseren Augen statt. Im schlimmsten aller Fälle müssen wir erleben, dass vernachlässigende, sadistische, manipulierende Eltern am längeren Hebel sitzen. Ein weiterer erschwerender Aspekt: Kinder kommen durch den Kontakt mit einer nährenden, schützenden, ermutigenden therapeutischen Bezugsperson nicht selten in einen Loyalitätskonflikt mit ihrer Anhänglichkeit zu ihren wie auch immer beschaffenen Eltern; die Spannungswirkung dieses Loyalitätskonfliktes ist in vielen Therapiesitzungen zu spüren. Kindertherapeuten müssen sehr sehr viel aushalten. Die gute Nachricht ist, dass Kinder ungeheure Ressourcen haben - und dass es so viel Spaß macht, mit ihnen zu arbeiten.

Wenn wir im psychodynamischen Grundverständnis arbeiten, arbeiten wir in und auch mit dem Prozess einer therapeutischen Beziehung. Es ist eine ganz besondere Behandlungskunst, leibhaftig anwesender Teil eines realen Vorgangs zwischen zwei Menschen zu sein, gleichzeitig aber auch sozusagen in die Vogelperspektive zu gehen und den Vorgang von außen, mit Abstand zu sich selbst und zum anderen, reflektierend zu beobachten; und dann wollen wir auch noch beim anderen und bei uns selbst einen Körper spüren und regulieren. Das erscheint "viel verlangt". Um mit Begriffen der Funktionellen Entspannung zu sprechen: wir brauchen außen und innen viel Raum, wir brauchen inneren und äußeren Halt, wir brauchen einen tragenden Boden, und wir brauchen einen langen Atem.

Es ist für unser kindliches oder jugendliches Gegenüber not-wendend, dass wir uns einlassen, dass wir "berührt sind", wie es so schön heißt.

Wenn ich vermitteln möchte, wie komplex das Geschehen ist, das sich in der therapeutischen Beziehung und vor allem auch in der Therapeutenperson ereignet, nehme ich gern den Begriff der "traumatisierenden Übertragung" von Hans Holderegger zu Hilfe. Er versteht darunter "eine ganz spezielle Form der projektiven Übertragung" (Holderegger, S.19). (Projektion ist eine 'frühe', archaische Form der Abwehr, darauf kann ich aus Zeitgründen jetzt nicht näher eingehen). "Es scheint so, als würde die 'Aufgabe', die (unaushaltbaren, Einfügung d.Verf.) Gefühle des traumatisierten Kindes zu empfinden und zu äußern, dem ... (Behandler) zugewiesen. Er wird mit z.T. schwer erträglichen Affekten konfrontiert, deren Integration dem Ich des Patienten bisher nicht möglich war. Der Patient setzt den ... (Behandler) der von ihm erlebten Traumatisierung aus, ... so dass dieser in irgendeiner Weise, die der Patient übrigens sehr aufmerksam registriert, reagieren muss." (Holderegger, S.23f.) Wir alle kennen diese uns quälenden Zustände von Hilflosigkeit, Verwirrung, Ängstigung, Besorgnis, diese Gefühle des Schwimmens, des Schwebens, des Nichtverstehens, des Nicht-bei-sich-Seins.

An dieser Schnittstelle des therapeutischen Prozesses setzt mein Vorschlag zur Selbstregulation in der Gegenübertragung ein.

Die Spannungen und Verwerfungen in meinem Gegenüber gehen ja, wenn ich so arbeite wie ich arbeite, permanent auch durch meinen eigenen Organismus hindurch, wie durch einen Halbleiter oder Seismographen. In (für mich) emotional hoch aufgeladenen Situationen schüttet mein Körper das Stresshormon Cortisol aus, mein Herz schlägt schneller, mein Blutdruck steigt evtl. an, meine Muskeln ziehen sich zur Körpermitte hin zusammen und üben dabei einen feinen Zug auf die Sehnen an den Gelenken aus, mein Atem wird eng. Wenn Sie sich das aus "Körper-Szene" vorstellen, dann sehen Sie jemanden "auf dem Sprung", im Präfrontal-Cortex aktiv, im sympathikotonen Spannungszustand des "Flüchtens oder Angreifens". Wenn wir zu häufig in einem solchen Alarm-Modus verweilen, können Bluthochdruck, Schulter-Nacken-Schmerzen, Schlafstörungen und ähnliche somatoforme Beschwerden die Folge sein.

Wenn mein Gegenüber über den Weg der projektiven Identifikation seine Spannungen in mich hineinverlagert, muss ich mich also in seiner Anwesenheit regulieren, um nicht krank zu werden, nicht erst hinterher, in der Pause oder nach Feierabend oder gar erst am Wochenende (was ja auch sehr wichtig ist, ohne Frage). Hilfreich ist es für mich, wenn ich sozusagen in einer "Parallelspur" mich hinter meiner eigenen Haut nicht "aus den Augen verliere", in Anwesenheit des Anderen mich selbst spüre, mich frage "Was ist?", "Was braucht's?" Die fürsorgliche Haltung, die Selbstempathie über den Körper ist mir sowohl für meine Patienten als auch für mich selbst ein unverzichtbares Anliegen. Ein "Einschlupf" in meine Propriozeption/meine Tiefenwahrnehmung kann sein: mein Atem (wieviel Platz ist da, wieviel Durchlässigkeit für das Einatmen, für das Ausatmen), - meine Muskelspannung (ziehe ich mich zusammen? oder nehme ich Platz? kann ich loslassen?), - die Durchlässigkeit meiner Gelenke (fühlen sich meine Bewegungen geschmeidig genug an? halte ich irgendwo fest?), - der Kontakt zum Boden sein (ist er da? ist er gut?), -- je nachdem, was zuerst in den Fokus

meiner Wahrnehmung kommt. Auf diese spontanen, authentischen, nicht-"gemachten" Impulse kann ich mich verlassen.

Mir ist es selbstschützend wichtig, so oft ich kann, aus ungunstigen sympathikotonen Zuständen in's parasympathische System zu wechseln.

Ich habe drei Fallbeispiele ausgewählt, um unterschiedliche Prozesse therapeutischer Selbst-Regulation zu veranschaulichen und in ihrer Wirkung auf das therapeutische Geschehen zu verdeutlichen: eine Mutter-Kind-Behandlung, eine Szene aus der Behandlung eines 6jhr. Jungen mit ADHS und das Erstgespräch mit einem 16jhr. Jugendlichen.

Neurobiologische Forschungsergebnisse zeigen, dass selbst (nur) gedachte Bewegungen und Empfindungen in bildgebenden Verfahren nachweisbar sind. Ich biete Ihnen an, für sich selbst mitzuspüren, mitzutun, wenn Ihnen danach ist, während Sie mir zuhören.

Fall 1

Nina und ihre Mutter

Montagsmorgens höre ich eine sehr jung klingende Frau auf meinem Anrufbeantworter in der Praxis mit der verzweifelten, sehr nachdrücklich und auch sehr fordernd klingenden Ankündigung einer Notsituation: "Ich kann nicht mehr. Ich brauche dringend einen Therapieplatz für mein Kind! Ich drehe sonst durch!" Ihre Stimme kippt, klingt metallisch und laut, ähnlich dann auch beim Telefonat: sie sei gestern kurz davor gewesen, ihre Tochter zu schlagen, weil sie sich von ihr tyrannisiert fühle. "Sie ist unwahrscheinlich wild, bleibt beim Essen nicht sitzen, hat Verstopfung und Bauchschmerzen, sie hört nicht, und vor allem: sie schläft ewig nicht ein, schreit wie am Spieß, wacht mehrmals in der Nacht auf und bleibt nicht in ihrem Bett." Die vorgetragenen Auffälligkeiten des Kindes werden nicht wie dessen "Nöte" beschrieben, sondern klingen schon am Telefon wie eine Anklage der Mutter an's Kind, wie eine Litanei von Vorwürfen. In mir entsteht das Bild eines Vorschulkindes. Ich frage, wie alt ihre Tochter sei: "Zwei" sagt Frau F. knapp. - Nach kurzem Überlegen bitte ich sie, zum Erstgespräch allein zu kommen, weil ich ihr, der Mutter, gern Zeit geben möchte, ihre Lebenssituation zu schildern, damit ich den gesamten Zusammenhang verstehen lernen könne. Während ich das sage, wundere ich mich über mich selbst, denn normalerweise vereinbare ich zur Indikationsstellung ein Familien-Erstgespräch mit beiden Eltern und allen Kindern, um einen übergreifenden szenischen Eindruck zu bekommen und zu allen Kontakt aufnehmen zu können. Ich frage nicht einmal nach, wer noch alles zur Familie gehört, sondern nehme zuallererst einmal die junge Frau als Einzelwesen in den Vordergrund meiner Aufmerksamkeit. Dieser intuitive Impuls in mir führt zu einer Veränderung in ihrer Stimme am Telefon: sie wird ruhig, geordnet, sie spricht tiefer und leiser; bei der Terminvereinbarung fragt sie sachlich nach einer Wegbeschreibung zu meiner Praxis. Ihre Aufregung hat sich 'gelegt'.

In mir läuft parallel ein ähnlicher Vorgang ab: bei der ersten Konfrontation mit dieser sehr scharfen Stimme schießt mein Erregungsniveau schlagartig nach oben; ich ziehe mich zu meiner Körpermitte zusammen, spüre heftig meinen Puls, mein Kopf überhitzt, mein Atem bleibt hinter dem Brustbein arretiert. Ich fühle mich unter Druck, sofort und auf der Stelle helfen zu müssen und "bloß nichts falsch machen" zu dürfen, um nicht die Wut der jungen Frau auszulösen. Die Angst vor der unkontrollierten Wut des Anderen ist ein für mich typisches (sicher nicht für Sie alle hier Anwesende), biografisch herleitbares, besonders verletzliches Gegenübertragungsgefühl.

Als ich Frau F. bitte, erst einmal allein zu kommen und dies mit der mir notwendig erscheinenden Zuwendung für sie selbst begründe, habe ich sozusagen ihr eigenes "Schreien" für-wahr-genommen und den ersten Schritt getan, das schreiende "innere Kind" in dieser jungen Mutter zu beruhigen. Es entsteht eine Passung unserer beider Bedürfnisse: ihres Bedürfnisses nach Aufmerksamkeit für ihre eigene Not und meines Bedürfnisses nach einem verlangsamten, überschaubaren Setting, in dem noch Raum bleibt, mich zu spüren. Ihre sofortige Beruhigung klärt und beruhigt wiederum auch mich. Ich spüre mein Aufatmen nach

vorn zur Schreibtischkante hin, spüre dadurch angenehm meine Körpergrenze, wenn sich meine Rippen aufdehnen und mir einen angenehmen Abstand zum Gegenüber spürbar machen. Von unten, vom Steißbein her kommt ein Impuls, mich aufzurichten. Ich habe danach wieder einen 'klaren Kopf'. Eine wechselseitige gute Regulation hat am Telefon stattgefunden.

Frau F., 22 J.alt, wirkt auf den ersten Blick mädchenhaft zierlich, sehr jung, mit harten Gesichtskanten, blass ohne Lächeln, überstreckt noch vor der Tür ihren Arm ruckartig und gibt einen sehr festen und forschenden Händedruck; sie schaut mich mit einem bitteren Blick an, mit leicht vorgeschobenem Unterkiefer. Ihr Gang ist laut und hart. Mein Angebot an sie, drei verschiedene Sitzmöglichkeiten auszuprobieren, wie ich das immer mache, schlägt sie aus. Sie steuert auf das Sofa zu, setzt sich auf die Kante und fängt sofort an zu reden, die Tasche noch in der Hand. – Ich spüre, dass ich gereizt reagiere. "Ich würde Ihnen gern etwas erklären", sage ich.-- Sie stutzt, lächelt unsicher und fragt: "Bin ich zu schnell?" --"Ich möchte Ihnen nur meine Berufserfahrung zukommen lassen: Ich weiß, dass man, wenn man gut und möglichst entspannt sitzt, sich besser fühlt und dann auch besser denken kann." -- "Klingt plausibel. Und was muss ich jetzt machen?"--"Nehmen Sie sich Zeit, die drei Sitzgelegenheiten auszuprobieren und die auszuwählen, die zu Ihnen passt." -- Sie wirkt neugierig, etwas unschlüssig, entscheidet sich dann für einen kleineren Sessel. "Hier sitze ich am besten."--"Wie fühlt sich das Bessersitzen für Sie an?"--"Ich kann gut meine Ellbogen auflegen."--"Wenn Sie die Ellenbogen auflegen können, was ist daran so angenehm?"--"Dann geht irgendwie Druck weg."--"Wo in Ihrem Körper geht Druck weg?"--"Vorn. Und gleichzeitig sitze ich fester."--"Wo fühlt sich's jetzt fester an?"--"Hinten am Rücken. Und auch auf der Sitzfläche sitze ich tiefer."--"Können Sie sich noch erinnern, wie Sie vorhin auf der Sofakante gesessen haben und wie sich das angefühlt hat?"--"Hektisch."--"Und wie war Ihre Stimmung und wie ist sie jetzt?"--"Vorhin war ich geladen und ich hatte Angst vor der Therapie. Jetzt ist das weg."--"Und was ist jetzt da?"--"Mehr Ruhe." Die Stimme der Patientin drückt diese Veränderung auch deutlich aus. Sie lächelt weicher mit einem tieferen und weiteren Blick. Ich fange an, sie zu mögen, was mir vorher schwer fiel, ohne dass es aber nicht "geht".

Frau F. erzählt dann sehr kompakt und präzise ihre Geschichte, die ich aus Zeitgründen nicht ausführen kann. Wichtig ist, dass sie mit 17J. einen stationären Aufenthalt wegen Bulimie hatte und in zwei Kliniken die Körpertherapiegruppen als hilfreich erlebte. Schon die unerwünschte Schwangerschaft mit 21 hatte sie als fremdbestimmend und ihren Körper zerstörend erlebt, ihr Kind jetzt als vereinnahmend, sie beherrschend und ausschließlich tyrannisierend. Ich arbeite mit ihr zunächst einzeln, in unregelmäßig eingeschobenen Stunden, im Sinne einer Krisen-Intervention. In mir bildet sich ein zunehmendes Gefühl des "Gelingens". Sie äußert den Wunsch, Nina mitbringen zu können.

Die erste Mutter-Kind-Sitzung:

Bei der Begrüßung strahlt mich Frau F. an und streckt mir die Hand hin; das Kind steht vor ihr in der Tür, ohne Körperkontakt zur Mutter, schaut unter sich, an der Hand baumelt eine Babypuppe: eine sehr krass 'unabgestimmte' Interaktion. Auffallend ist der permanent belehrende, scharfe Ton in dem, was sie zu Nina sagt. Diese reagiert wie ein kleiner Roboter: zieht ihre Jacke aus, zieht ihre Schuhe aus, geht in's Spielzimmer. Der große Raum animiert sie zum Rennen; Mutter und Tochter drehen auf; die Kleine stößt sich an einer Regalecke und fängt an zu schreien (nicht zu weinen, das ist etwas Anderes!). "Sehen Sie, so ist das immer!" sagt Frau F. zu mir. Auf Nina redet sie auch in diesem "Siehst Du!"-Modus ein, zieht sie heftig auf ihren Schoß und lenkt sie ab, indem sie ihr Spielsachen hinhält. Die Kleine ist zunächst im Zustand des "freezing", ausdruckslos, bewegungslos, in sich gekehrt, ohne Blickkontakt. Ich erschrecke über dieses Ausmaß der Bindungsstörung; der therapeutische Prozess in den Einzelstunden hatte in mir Illusionen geweckt, die sich jetzt auflösen. Ich stehe mitten im Raum, wie hingestellt, die Hände in den Hosentaschen. Als mir das bewusst wird, beende ich meine Erstarrung und setze mich auf einen Petzi-Ball, auf dem ich ganz minimal in's Schwingen komme. Das Kind bewegt sich wieder, fängt an, das Regal auszuräumen, das Puppenbett. Die Mutter sitzt mitten im Raum auf dem Boden, ihre Gesichtszüge wirken leer und müde. Sie ist "in einem anderen Film", wie Karl-Heinz BRISCH, der Münchner Bindungsforscher, einmal eine Video-Sequenz einer Mutter-Kind-Szene kommentierte. Daran muss ich denken, als ich

"meiner" Mutter-Kind-Interaktion zuschauen. Ich bin "außen vor", die kleine Tochter auch, die immer lauter und fordernder wird. Die Mutter reagiert, indem sie all' die Dinge benennt, die die Kleine anfängt, ihr zu bringen: "Das ist eine Puppe; das ist ein Ball" usw. Nina wiederholt wie ein Echo "Puppe", "Ball". Die Mutter sagt unvermittelt: "Das müssen wir nachher auch alles wieder aufräumen!" Das wirkt wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Die Kleine schreit wieder und fängt an zu toben, Sachen durch die Gegend zu werfen. -- Da werde ich munter und stehe auf: "Heute machen wir das 'mal so, dass ausnahmsweise ich aufräume, wenn Sie nachher weg sind." Das entspannt die Atmosphäre. Ich setze mich zu ihr auf den Boden und frage sie, was sie von sich spürt? -- "Nichts", antwortet sie. -- Ob sie spüren könne, dass sie atmet? -- Doch, das schon. Sie lächelt. "Na ja, ich weiß schon, was Sie meinen". -- Sie schaut ihr Kind an. Zum ersten Mal 'macht' sie nichts, sondern lässt etwas geschehen. Es entsteht der erste gut gelingende Kontakt zwischen beiden in dieser Stunde. Sie schaukelt Nina auf ihrem Schoß, etwas zu heftig für meinen Geschmack, aber ohne sie zu sehr zu stimulieren. Ich kommentiere es nicht, frage nur nach ihrem Kontakt zum Boden. "Ich sitze gut", sagt sie. Die Kleine stößt sich ab und holt sich ihren Schnuller aus der Tasche, steckt ihn sich in den Mund und kuschelt wieder. Frau F. schaut nur zu, wendet sich dann an mich und sagt, es tue ihr gut, am Boden zu sitzen. Nina ist dabei still, lässt sich halten und schaut tief und ruhig in die Augen der Mutter. -- Ich spiegele der Mutter, was ich sehe: wenn sie sich vom Boden gehalten fühlt, lässt sich ihr Kind von ihr halten und auch vom Schnuller beruhigen. Sie fragt nach der Bedeutung eines Schnullers und wie lange man ihn geben dürfe. "So lange, wie er gebraucht wird", antworte ich und erkläre meine Antwort noch etwas. Ich sitze gut am Boden im Schneidersitz, habe die Arme verschränkt, lehne mich am Regal an und spüre eine ruhige Sicherheit, dass jetzt nichts mehr eskalieren wird. Die Stunde endet entspannt inmitten eines chaotischen Spielzimmers. Es tut mir gut, danach in Ruhe aufzuräumen und mich selbst dabei zu 'sortieren'.

Fall 2

Kevin

Kevin ist gerade eingeschult, wird von der Lehrerin geschickt, weil sie öfter in der Pause beobachtet, dass er wehrlos dastehe und von anderen verprügelt werde. Er war schon stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist durchgetestet, wurde trotz leicht überdurchschnittlicher Intelligenz wegen Entwicklungsrückständen und ADHS in die Sonderschule für Lernbehinderte (so hieß sie damals noch) eingeschult. Er habe oft blaue Flecken. Sie habe das auch schon dem Jugendamt gemeldet. Dort sei die Familie bekannt. Die Vorgeschichte, die Familiengespräche und die vorangegangenen Kontakte führe ich nicht aus.

Ich schildere jetzt hier nur die erste Stunde mit ihm. Kevin steht 10min. vor'm Termin allein vor der Tür, klingelt Sturm, schnauft, strahlt, freut sich offensichtlich, stürmt an mir vorbei in's Spielzimmer. Ich laufe hinterher. Als ich in der Tür stehe, sehe ich gerade noch, wie er den großen, fest aufgeblasenen Petzi-Ball vor sich herrollt, mit Anlauf sich drauffallen lässt, abprallt und im hohen Bogen durch die Luft fliegt und mit Kopf und Schultern gegen das Regal knallt. Er springt sofort auf. Ich weiß nicht mehr, was ich gerufen habe, nur noch, dass ich auf ihn zulief. Er schlägt meine hingestreckte Hand weg, läuft in die Zimmerecke, dreht mir den Rücken und bleibt dort stehen.

Ich setze mich in die Mitte des Zimmers, schaue wie gebannt zu ihm hin und sage: "Das muss doch unheimlich weh tun!" Ich weiß noch, dass ich mit meiner Hand an meinen Hinterkopf dabei fasste. Er dreht sich um, kommt zu mir und legt sich in ca 1m Entfernung mit dem Bauch auf den Boden, ohne mich anzuschauen. Ich stehe auf und lege ihm ein Kissen unter den Kopf und setze mich wieder hin, weiß nicht, wie ich mich setzen soll, habe Rückenschmerzen. Um meine Unruhe zu kanalisieren, frage ich ihn, ob ich noch mehr Kissen und auch Decken für ihn holen dürfe. Er lässt zu, dass ich ihn entlang seiner Körperkonturen auspolstere, zum Schluss lege ich eine Decke über ihn. Er dreht sich darunter auf den Rücken, liegt steif wie ein Strich auf dem Boden, schaut zur Decke. Ich bin ratlos, setze mich neben ihn, weiß nicht, was ich sagen oder tun könnte. Es breitet sich ein großes Unsicherheitsgefühl in mir aus, so als wäre ich leicht, klein, eher kindlich, alles andere als mütterlich-versorgend, wie man vielleicht

erwarten könnte. Er fragt mit dünner Stimme: "Kann ich aufstehen?" Ich springe auf: "Na klar!", wieder unsicher, wie ertappt, dass ich etwas falsch mache. Er deutet auf den großen Berg an Schaumstoffteilen: Würfel, Matten, dicke Kissen, und fragt, was man damit machen kann. "Vielleicht etwas bauen?" antworte ich. Als er anfängt, einen Turm mitten im Raum aufzuschichten, helfe ich ihm, reiche ich ihm die Teile an. Ich spüre meine Hände, kraftvoll. Der Turm wächst über seinen Kopf in die Höhe. Er fängt an, dagegen zu boxen, der Turm fällt um. Er schaut mich an und lächelt. "Noch mal?" frage ich. Ich fühle mich wie beim Spiel mit einem Kleinkind, entspannt und mit ihm neugierig-erkundend. Wir bauen wieder, ich frage: "Soll ich?" und setze noch 2 Klötze höher obendrauf, über seinen Kopf hinaus. Er tritt dagegen und fällt in den Berg aus Klötzen hinein, zwar weich, aber es ist ihm peinlich. "Soll ich Dir zeigen, wie man nicht umfällt?" Ich zeige ihm, wie man "auf drei Beinen steht": sich breit auf die Fußsohlen stellen, sich vorstellen, dass die Wirbelsäule eine Verlängerung bis zum Boden hat – ich frage nach seinem Einverständnis und mache sozusagen einen "Abdruck" von seiner Wirbelsäule mit meinen Händen auf seinem Rücken, von oben nach unten, eine hinter der anderen, ganz langsam, sozusagen als "Spürhilfe" für ihn – auf deren Verlängerung zum Boden man sich dann wie auf ein drittes Bein leicht aufsetzt. Er geht intuitiv ein ganz klein wenig in die Knie. Ich freue mich und bestärke ihn: "Ja genau! Prima!" Ich mache ihm vor, wie man auf einem Fuß und gleichzeitig auf dem dritten Bein steht und den zweiten Fuß vom Boden abhebt. Er probiert und tritt in die Luft, ohne umzufallen. Ohne weiter zu sprechen, entwickelt sich daraus so eine Art 'Schattenboxen'. Wir bewegen uns zunächst im Zeitlupentempo. Ich spüre dabei sehr klar meine eigene Achse. (Um Missverständnissen vorzubeugen: ich habe keine Ahnung von Kampfkunst, Judo oder dergleichen; ich habe auch nie Leistungssport betrieben; diese Bewegungen haben sich alle aus Spielimpulsen entwickelt). Wir boxen und treten in die Luft. Ich mache Töne wie: "Boff!" "Ha!" "Hu!" u.ä. Er greift das auf, übertönt mich. Ich stehe breit und fest im Raum, trete und boxe in alle Richtungen, genieße dieses innere feste Gefühl im Körper. Er tritt und boxt gegen neue Türme, ohne umzufallen. Die Stunde ist zu Ende. Wir räumen auf. Er fragt: "Kann ich jetzt Kung Fu?" Ich muss lachen, antworte: "Ja, vielleicht".

Im Elterngespräch fragt die Mutter, ob das stimme, dass Kevin bei mir Kung Fu mache. In einer späteren Stunde erzählt er, er mache jetzt auch auf dem Schulhof Kung Fu. Auf meine Nachfrage bestätigt er dann, dass er jetzt in der Schule nicht mehr verhaun wird. - Das war natürlich nur die erste kleine Baustelle in seinem Leben.

Eine Zwischenbemerkung: in der Therapie mit schwer bindungsgestörten Kindern gehe ich sehr vorsichtig mit emotionaler und auch körperlicher Nähe in der therapeutischen Beziehung um; da sie sich bei ständig wechselnden professionellen Betreuungspersonen immer werden trennen müssen, ist es mir wichtig, diese Kinder eher 'in sich' zu festigen als sie auf eine 'dichte' Übertragungsbeziehung auszurichten. Die funktionelle Entspannung in ihrem großen Spür-Repertoire der 'Hilfe zur Selbsthilfe' ist mir ein großer Fundus hierfür.

Nach einem halben Jahr war Kevin so weit gefestigt, dass er im Jugendamt aussagen konnte, dass er zu Hause geschlagen werde. Das hätte er früher nicht geschafft. Er kam mit seiner Zustimmung in eine Wochengruppe des Albert-Schweitzer-Kinderdorfes. Meine Bedingung, dass er einmal wöchentlich zur Therapiesitzung gebracht wird, konnte ich durchsetzen. Diese innere Ich-Achse, die sich bei mir in der ersten Stunde aufbaute, war, glaube ich, das Wichtigste, das ich ihm mitgeben konnte.

Fall 3

Alex

Damals 17 Jahre alt. Er wurde von seinem Patenonkel angemeldet. Sein Neffe habe einen "Autounfall" gehabt; es sei ihm nicht viel passiert, aber der Polizeipsychologe habe eine Psychotherapie empfohlen. Alex gehe seitdem nicht zur Schule. Es sei dringend! –

An der Tür steht mir ein sehr kleingewachsener, schwächlicher, blasser, unbeholfen-kindlich wirkender junger Mann gegenüber, der mich nicht anschaut, nur kurz murmelt: "Ich bin der

Alex", meine ausgestreckte Hand übersieht, an mir vorbeigeht und sich auf die Sesselkante setzt. Er starrt auf den Boden wie in Panik, mit eingezogenem Nacken, reibt seine schweißverklebten Hände an den Knien ab und versucht damit auch gleichzeitig, das Wippen des rechten Beines zu unterdrücken, dessen Fuß auf der Schuhspitze steht. "Was soll ich erzählen?" fragt er. "Vielleicht das, was Du dem Polizeipsychologen erzählt hast?" antworte ich. "Das ist eine lange Liste", sagt er und fängt tatsächlich chronologisch beim Anfang seiner Leidensgeschichte an. Er redet leise, fast ohne mich anzuschauen, ohne Punkt und Komma, und auch ohne Bezug zu mir.

Der Vater verließ die Familie wegen einer anderen Frau, als Alex drei Jahre alt war, und gründete eine neue Familie mit 2 neuen Kindern. Seine Mutter habe das nicht verkraftet, sie habe Vollzeit arbeiten gehen müssen, was nicht gut gewesen sei. Seinem Bruder, 2J. älter, sei das alles egal gewesen. In mir entsteht das Bild einer Mutter, die in einem Klima ängstlich-depressiver Separationsverhinderung die Kinder eng an sich gebunden hat, mit stark aufbegehrender älterer Tochter und einem sich reaktiv-passiv auf die Mutter einstellenden feinfühligem Jungen. Beide Geschwister sind Gymnasiasten, Alex mit guten Noten in den Naturwissenschaften. Nach schweren Auseinandersetzungen sei der Bruder vor einem Jahr nach seinem Abitur ausgezogen. Seitdem gehe er nicht mehr zum Handball, ziehe sich nur noch in sein Zimmer zurück; er esse auch dort, allein. Seine Freundin habe Schluss gemacht, er wisse bis heute nicht, warum. Er mache seitdem keine Hausaufgaben mehr, habe Angst vor dem Abitur. Es sind Tics und Zwänge bei ihm eruierbar. Beide Eltern machten ihm nur Vorwürfe und Druck.

An dem besagten Abend habe er mit Freunden "vorgetrunken", wie immer, wenn sie zusammen in die Disco gingen. Er habe zum ersten Mal viel Wodka getrunken; er wisse nichts mehr von diesem Abend. Beim Gehen nach der Disco habe er offenbar seinem Freund im Spaß dessen Autoschlüssel weggenommen, sei in dessen Auto gestiegen und habe mit Vollgas mehrere Autos gerammt. Ihm sei nichts passiert. Er habe sich wirklich nicht umbringen wollen, ehrlich. Ohne Alkohol könne er nicht in die Disco gehen und sich nicht mit Freunden verabreden. Führerschein könne er jetzt auch keinen machen wie geplant, das sei fast das Schlimmste von allem. Die Freunde hätten sich "zu Recht" von ihm zurückgezogen. Er könne nicht in die Schule gehen, weil er dort ja jetzt nur noch gemobbt werde. Das, was er schon seit vielen Jahren mache, viele Stunden am Tag zu 'zocken', mache er jetzt nur noch. Auf Befragen nannte er "Counterstrike" oder "W-O-W" (World of Warcraft), die anderen kannte ich nicht, auch Ego-Shooter, nahm ich an. -- Als er meinen Blick sah, wurde er wütend: das mache nicht aggressiv, das sei Blödsinn! Und wenn ich ihm das ausreden wolle, komme er nicht mehr.

Spüren Sie mal in sich hinein?

Während des Zuhörens hatte ich, ohne es zu merken, zunehmend den Kontakt zu mir selbst verloren. Ich spürte mich kaum, hatte ein Gefühl, als würde ich schweben. Mir ging wie ein quälendes perpetuum mobile ständig durch den Kopf: "Wo soll ich denn da bloß ansetzen?" Von seinem letzten Satz fühlte ich mich schachmatt gesetzt. Mir fiel nichts ein.

"Puuh! Da muss ich erst mal durchatmen. Das ist ja viel auf einmal", sagte ich, ohne zu überlegen, und drückte mich aus einem inneren Impuls heraus mit den Händen von den Armlehnen ab, kam dadurch mit den Füßen fest auf dem Boden auf, hob mich ca 1cm von der Sitzfläche ab, ließ mich nach hinten in den Sessellknick fallen und atmete dabei kräftig aus. Durch den kleinen 'Plumps' saß ich sozusagen wieder 'fest im Sattel'. Beim Erinnern an diese Szene jetzt beim Schreiben habe ich ein Bild, als hätte dieses "Puuh!" auf meinem Zwerchfell wie auf einem Trampolin aufgedotzt (ich finde kein hochsprachliches Wort dafür). Die Erschütterung ging durch alle Gelenke. Ich hatte meine "Ich-Achse", wie wir es in der Funktionellen Entspannung nennen, wieder. Meine Ellbogen lagen auf den Armlehnen, dadurch hatte ich mehr Raum zum Atmen. Es wurde ruhig und klar in mir. Ich konnte wieder denken.

Ich schaute ihn wieder an. Er saß verändert, hatte sich angelehnt und die Arme und Hände auf der Sessellehne neben sich abgelegt. Sein Bein wippte nicht mehr. Er hatte beide Füße

auf dem Boden. Er schaute mir zum ersten Mal voll in die Augen, lächelte schüchtern. "Und jetzt?" fragte er.

Die Arbeit mit diesem Patienten war "Knochenarbeit". Ich kam mir oft wie eine "Verfolgerin" vor mit meinen Fragen an ein sprechungsgewohntes Gegenüber und mit meinen Spür- und Fühl-Angeboten. Es mutete oft wie skalierende Fragebogen-Fragen an (ist es so oder so? oder mehr so? oder anders?), half ihm aber, wie er sagte. Die Wiederaneignung eines realen Lebens mit aus-zu-halten-müssenden Ängsten, mit enormen Selbstunsicherheiten, mit desillusionierenden Bauchlandungen, "die Rückkehr aus dem CyberSpace", geschah in winzig kleinen Schritten. Wir haben sozusagen gemeinsam sein reales Leben neu erfunden.

Ich habe noch nie so oft in einer Therapiestunde den Satz gehört: "Das geht gaaar nicht!" oder "Keine Ahnung!" Ich hatte häufig das Gefühl, zu "schwimmen" oder zu "schweben", ohnmächtig, hilflos, inkompetent und unwirksam zu sein. Immer wenn ich beim Hören, beim Denken, beim Sprechen dann in meine Füße spürte, Bodenkontakt bekam, ging's mir besser. Es war ganz oft so, dass ich, wenn ich mich selbst erst einmal innerlich ordnete, auch ihm zu mehr Struktur verhalf.

Die Behandlung mit Alex ging nach gut 2 Jahren zu Ende. Alkohol war für ihn ein Genussmittel, kein Rauschmittel mehr. Zum Wochenende gehörte auch mal eine Nacht Online-Spielen am PC. Er bestand sein Abitur besser als erwartet. Er studierte dann an einer Fachhochschule, schaffte seine Klausuren. Er hatte eine Freundin, Schülerin, die ihn sehr "beschäftigte": sie hatte Neurodermitis, hyperventilierte, war extrem eifersüchtig. Er hat ihr "das mit den Füßen" beigebracht. "Das hilft", sagte er. Wenn's ihr ganz schlecht ging, kaufte er ihr ein Kuscheltier, so klein, dass es in ihre Hand passte. "Das hilft auch", sagte er.

Mir war es ein Anliegen, Ihnen die Bedeutsamkeit der Gegenübertragungsreflexion, wie ich sie in meinen verschiedenen Therapieausbildungen gewohnt bin zu pflegen, aus unterschiedlichen Perspektiven zugänglich zu machen:

- aus der Perspektive der Beziehungsdynamik, die in der Arbeit mit Kindern immer sehr komplex und oft schwer überschaubar ist und viele "Fallen" für Verwicklung bietet
- aus der Perspektive der intrapsychischen Belastung der Therapeutenpersönlichkeit, psychisch und physisch, wenn wir neurobiologisch denken
- daraus resultierend die Notwendigkeit der Selbstregulation in der Gegenübertragung: bei ausreichend viel körperpsychotherapeutischer Selbsterfahrung gelingt vielleicht die Selbstempathie über den Körper rascher als emotional oder mental?

Daraus entwickelt sich nicht selten im Behandlungsprozess die Chance, auch in meinem Gegenüber heilsame Impulse auszulösen.

Da wird's dann körperpsychotherapeutisch besonders "spannend", finde ich.

Zum Abschluss zitiere ich Irvin Yalom, dem ich kürzlich auf dem Gründungskongress der Arbeitsgemeinschaft Humanistischer Psychotherapien in Berlin per Videokonferenz-Life-Schaltung auf Großbildleinwand zuhören und zuschauen konnte (das Zitat habe ich dem Tagungsprogramm des AGHPT-Kongresses, S.20, entnommen):

"Wir sind nach einem Wort von Schopenhauer 'Leidensgefährten'. Therapeuten müssen sich vom Patienten berühren lassen, denn letztlich bedeutend in einer Therapie ist die Beziehung

zwischen Patient und Therapeut. Ein Lohn der therapeutischen Arbeit ist, dass man sich täglich einen Sinn im Leben gibt."

Literatur:

- BURISCH, M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung.
Berlin: Springer 1989
- FENGLER, J. Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation.
München: Pfeiffer 2002
- HERBERTH, F., MAURER, J. (Hrsg.) Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Praxis.
Frankfurt: Brandes & Apsel 1997
- HOLDEREGGER, H. Der Umgang mit dem Trauma.
Stuttgart: Klett-Cotta 1993
- KERNBERG, O.F., DULZ, B., ECKERT, J. (Hrsg.) WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf.
Stuttgart: Schattauer 2006
- REIMER, C., JURKAT, H. Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in: Psychotherapeut, 50, 107-114
- FUCHS, M. Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens.
Stuttgart: Hippokrates 1997 6.Aufl.
- FUCHS, M., ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.) Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie.
Basel: Reinhardt 1996
- HERHOLZ, I., JOHNEN, R., SCHWEITZER, D. (Hrsg.) Funktionelle Entspannung – Das Praxisbuch.
Stuttgart: Schattauer 2009

Autorenlegende:

- Doris Lange Dipl.Psych., Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Lehrbeauftragte der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung
Praxis: Badbornngasse 1A, 35510 Butzbach