

Beziehung in der Kinderpsychotherapie: Erfahrungen aus der Betreuung traumatisierter Kinder

(Ein Beitrag zur Forumsveranstaltung:
„Abstinenz und Beziehung in der (Kinder-) Psychotherapie“,
14. April 2007 am Universitätsspital Zürich)

Einleitung

Beziehung und ebenso die therapeutische Beziehung sind etwas Lebendiges, Dynamisches und ausgesprochen Untheoretisches; daher möchte ich diesen kurzen Vortrag nicht unnötig mit Theorie beschweren. Das Thema von Abstinenz und Beziehung in der Psychotherapie beschäftigt mich seit langem. Spätestens vor einigen Jahren, als ich das erste Mal mit körperlich oder geistig verhinderten Kinder zusammentraf, wurde mir klar, dass Beziehung ein Phänomen ist, welches so viele Aspekte hat, wie die Menschen, denen wir begegnen.

Auch bin ich als Psychotherapeut dazu ausgebildet, dem Phänomen Beziehung mit der nötigen professionellen Distanz einerseits und der notwendigen fachlichen Empathie andererseits zu begegnen. Oder wie das Sprichwort sagt: „So fern wie möglich und so nah wie nötig“¹. Auf diese Art kann ich als Therapeut den Unterschied zwischen Sympathie² und Empathie³ erkennen.

Das Thema im Dialog

Ich möchte das Thema hier nicht so sehr im Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz, sondern vielmehr in Form eines Dialogs zwischen Nähe und Distanz angehen. Beziehung ist wohl eine der Grundformen von Dialog und bietet somit alle Variationen innerhalb des Spektrums von Distanz und Nähe.

Es ist grundsätzlich sehr schwierig, über einen angeblich korrekten Mittelweg zwischen Abstinenz und Symbiose zu sprechen. Jedes Kind, jeder Mensch, der uns in der Therapie begegnet, verdient – mit den Worten von ROGERS⁴ - Echtheit, Wertschätzung und emotional warmes Einfühlungsvermögen. Ohne diesen urmenschlichen Nährboden ist jegliche Entwicklung erst gar nicht denkbar. Andererseits kann dieser Nährboden der menschlichen Existenz auch zu einem undurchdringbaren Dschungel von chaotischem Wildwuchs und toxischen Gefahren werden. So ist ein Nährboden durch die lebensgeschichtliche Erfahrung eines

¹ Diese Formulierung unterscheidet sich spezifisch vom notfallseelsorgerischen Grundsatz: „So nah wie möglich / so fern wie nötig“. Siehe hierzu H.-E. Rückert & H. von Wietersheim. In <http://www.notalfallseelsorge.de/arbeitsbl.html>

² Sympathie ist hier im Sinne *distanzierten Wohlwollens* zu verstehen. Das Wort ist ein Hinweis darauf, dass bestimmte Empfindungen zwischen zwei Sympathieträgern gemeinsam erlebt werden, so z. B. Mitleid.

³ Empathie bezeichnet hier die Fähigkeit eines Menschen, sich kognitiv und emotional in einen anderen Menschen zu versetzen, seine Gefühle zwar zu teilen, sich jedoch nicht damit zu identifizieren. Empathie verhilft dem mitfühlenden Beobachter zu einer Haltung des Verstehens und somit zur Möglichkeit, über Inhalte und Handeln zu reflektieren.

⁴ Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationship. In S. Koch (Ed.). *Psychology: A Study of a Science. I. Vol. 3*, pp. 184 - 256. New York: McGraw Hill

gewaltsamen Übergriffs z. B. „chemisch verseucht“; durch Vereinsamung wird ein Nährboden bitter verbrannt und lässt „verbrannte Erde“ entstehen.

Unendliche Allegorien liessen sich hier finden. Alle haben sie eines gemeinsam: Sie bilden einerseits die psychische und physische Realität unserer Klienten; andererseits ist es diese Wirklichkeit, auf die wir uns beziehen müssen, wenn wir Beziehung aufnehmen. Wenn es in der Therapie so etwas wie rechtliche Grundsätze in der Art einer Verfassung gäbe, dann wäre das erste Gesetz der „Respekt vor“ und die „Achtung“ der psychischen Realität des Menschen. Das zweite Gesetz wäre demnach das Gebot, die Bedürfnisse des Klienten nicht zu missbrauchen und diese ebenso wenig mit den eigenen Bedürfnissen zu vermischen.

Psychische Realität

Was genau stellt „psychische Realität“ dar?

JANUSZ KORCZAK ist dieser Frage aufgrund seiner Erfahrung mit Kindern sehr trefflich und berührend nachgegangen. Vielleicht dürfen wir sagen, dass eine Form, den „Respekt vor der psychischen Realität“ zu beschreiben, mit J. KORCZAK⁵ als das „Recht des Kindes auf Achtung“ bezeichnet werden kann. J. KORCZAK forderte vehement grundsätzliche Rechte für das Kind und somit auch für den Menschen überhaupt ein und formulierte unter dem Recht auf Achtung der Kindheit verschiedene Einzelrechte: Achtung der Unwissenheit des Kindes, Achtung der Wissbegierde des Kindes, Achtung der Misserfolge und Tränen des Kindes, Achtung des Eigentums des Kindes sowie das Recht des Kindes, so zu sein, wie es ist. Seine Pädagogik ist ein Appell an Erwachsene, ihre Haltung dem Kind gegenüber zu überprüfen und sich selbst, statt nur den Anderen, zu ändern. Natürlich könnte lange darüber diskutiert werden, wie diese Grundsätze zu verstehen sind und welche Konsequenzen sie haben. Da solch ausführliche Erörterungen den Rahmen dieses Vortrages sprengen, soll hier eher das Gebot betont werden, den Bedürfnissen, welche unsere Klienten oft nur ungeschützt und missverständlich auszudrücken vermögen, als verantwortliche Person zu begegnen.

Während S. FREUD⁶ unter psychischer Realität vor allem Vorstellungen verstand, die unbewusst werden und dadurch für das Subjekt einen "Realitätswert" erlangen, erweiterte C. G. JUNG⁷ diese Auffassung. Er beschrieb die Natur psychischer Realität unter dem Titel „psychische Wirklichkeit“. Psychisches - und daher psychische Wirklichkeit - umfasst in der Analytischen Psychologie die bewusste und die unbewusste Psyche und prägt dadurch das Verständnis dessen, was psychisch wirklich und wirkend bzw. wirksam ist. Der Begriff der psychischen Wirklichkeit umfasst alles, was ein Mensch bewusst und unbewusst erfährt und erlebt, was dem Menschen als subjektiv wirklich begegnet, ihn als wirklich überzeugt oder auf ihn wirkt:

⁵ Korczak, J. (1970). *Das Recht des Kindes auf Achtung*. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.

⁶ Vgl. Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1996). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

⁷ Jung, Carl Gustav (1992). *Praxis der Psychotherapie. Gesammelte Werke Band 16*. Olten: Walter-Verlag.

»Die Seele kümmert sich wahrscheinlich nicht um unsere Wirklichkeitskategorien. Für sie scheint in erster Linie wirklich zu sein, was wirkt ... Man muss im Gegenteil noch entdecken, wie verschieden die Seele vom Bewusstsein ist, um sie erkennen zu können. Nichts ist daher möglicher, als dass jenes, das für uns Illusion heisst, für sie Wirklichkeit ist, weshalb nichts inkommensurabler wäre, als die seelische Wirklichkeit an unserer Bewusstseinswirklichkeit zu messen ... Im Seelischen sind, wie überall in unserer Erfahrung, wirkende Dinge Wirklichkeiten, gleichgültig, welche Namen ihnen der Mensch gibt.«⁸

Wir können somit zusammenfassend sagen, dass Respekt vor der psychischen Realität im weitesten Sinne mit der vorbehaltlosen Akzeptanz der individuellen Subjektivität und damit, grob gesagt, mit der persönlichen Erlebniswelt eines Kindes zu tun hat. In dieser sind unbewusste und bewusste Inhalte in der Regel gleichwertig real und wirksam. Hier möchte ich ein Beispiel aus der Praxis anfügen: Ich war zusammen mit einem leicht mobilitätsbehinderten achtjährigen Jungen mitten in ein altersgemässes Spiel mit Miniaturtieren auf dem Boden des Praxiszimmers vertieft, als der Knabe plötzlich auf den Boden zeigte und erregt rief: „Schau mal!“. Verwundert schaute ich hin und fragte: „Was siehst du denn?“. Da antwortete der Junge: „Siehst du nicht? Da sind die tiefen Fussstapfen eines Dinosauriers im Boden, so gross wie der Tisch! Eben ist er vorbeigelaufen... Hast du das nicht gehört?!“. Als ich, gleichsam in seine Wahrnehmung hineinschlüpfend, die Fussstapfen sah, stimmte ich ihm zu und fragte ihn, was wir denn nun zu tun hätten. Er meinte: „Lass uns schnell nach draussen gehen, um zu schauen“. Im Freien angekommen, deutete er zum Himmel, weit über dem Dach eines Nachbarhauses, und sagte ganz aufgeregt: „Schau mal! Wie gross dieser Dinosaurier doch ist! Grösser als alle Häuser weit und breit“. Auch wenn das alles merkwürdig klingen mag, so zeigt dieses Beispiel, wie sinnlos und zugleich destruktiv es wäre, die Wirklichkeit dieses grossen Dinosauriers zu leugnen. Mit einer solchen Auffassung war C.G. JUNG längst nicht allein. Viele Denker vor ihm und besonders die Neurobiologen ein halbes Jahrhundert später können uns heute vieles über die Wirklichkeit des obigen Vorkommnisses erzählen.

Wollen wir dieser absoluten Wirklichkeit in der konkreten Beziehung mit Respekt begegnen, müssen wir uns etwas von unserer Professionalität entfernen - hin zu dem, was MARLIES PÖRTNER⁹ „Mitmenschlichkeit“ genannt hat. Merkwürdige Erscheinungen psychischen Lebens, wie der erwähnte Dinosaurier, müssen wertfrei als „a priori“ Kategorien individueller Subjektivität anerkannt werden. Wir dürfen nicht ständig in Referenz zur Altersnorm von „Störungen“ sprechen, diese evaluieren und das Kind wieder auf die rechte, der Altersnorm entsprechende, durchschnittliche Bahn bringen wollen, auch wenn die Psychopathologie, also die Lehre von den Erkrankungen der Seele, solche Erscheinungen als Störungen bezeichnet und kategorisiert. Wir müssen zuerst respektvoll und voller Achtung vor dieser Welt in die Welt unseres Gegenübers eintauchen.

Diese Aufgabe ist nicht leicht, insbesondere in Anbetracht des heutigen Trends in der Entwicklungspsychologie, auf der Ebene gegenwärtiger Deskriptionen

⁸ ebenda §111.

⁹ Pörtner, Marlies (2003). *Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten*. Stuttgart: Klett Cotta.

Erscheinungen psychischen Lebens im Vergleich zur Alternorm vorschnell als psychische Störungen zu quantifizieren. Dazu schreibt R. OERTER¹⁰:

„Kliniker beziehen sich zuallererst bei der Nutzung entwicklungspsychologischen Wissens auf Entwicklungsnormen, denn von altersnormierten Daten lässt sich rasch und quantitativ fassbar eine Abweichung, eine „Anomalie“ feststellen. Entwicklungsnormen haben trotz ihrer Relativierung nach wie vor ihre Bedeutung, insbesondere in der frühen Kindheit. [...] Entwicklungsnormen sind aber nicht nur Testnormen der oben beschriebenen Art, sondern auch qualitative (kategoriale) Angaben über einen erreichten Entwicklungsstand. So lassen sich [...] eine Fülle von entwicklungstypischen Leistungen ausmachen, an denen der jeweilige Stand eines Kindes gemessen werden kann.“

Meine Erfahrung ist, dass wir einen auf solche Art festgestellten Psychostatus in der Kinderpsychotherapie, anders als in der Kinderpsychologie, besser beiseite lassen sollten, wenn wir dem Phänomen der angemessenen Beziehung näher kommen wollen. Selbstverständlich bedingt allein schon die Tatsache, dass ein Klient eine therapeutische Begleitung sucht, dass es etwas gibt, aufgrund dessen er oder sie der Begleitung bedarf, und ich bezeichne dieses „es“ nun mal als Not. Ebenso nachvollziehbar ist es, dass diese Not einen Namen erhalten muss, in gewissem Sinne eine psychodynamische Diagnose. Das Ausmass und die Beschaffenheit der Not sind aber nicht immer so schnell und direkt zugänglich, wie R. OERTER es in der quantitativen Diagnostik psychischer Störungen beschreibt. Sie beginnt aus psychodynamischer Sicht primär mit der Entdeckung der individuellen Subjektivität unseres Klienten und nur sekundär mit der Beschreibung seiner äusseren Erscheinung.

Eine noch grössere Schwierigkeit beim therapeutischen Eintauchen in die Welt unseres Gegenübers besteht in den Gefühlen, die wir dabei in der Therapie selber erfahren. Je nach Wirklichkeit des Gegenübers können hier Gefühle von Zerrissenheit, Verzweiflung und Trauer entstehen und unsere eigenen Fähigkeiten, diese intensiven Erlebnisse auszuhalten, arg ins Schwanken bringen.

Befriedigung von Bedürfnissen

Was das obgenannte zweite therapeutische Gesetz betrifft, nämlich die Verantwortung des Therapeuten, den Bedürfnissen des Patienten korrekt zu begegnen und diese nicht mit eigenen zu vermischen, so ist die Aufgabe ähnlich gross und schwer. Dazu möchte ich auf das Konzept der „Dual Relationship“ von O. ZUR & A. LAZARUS¹¹ verweisen, wonach die Beziehung in der Therapie mit symmetrischen Rechten und Pflichten besetzt ist. Obwohl der Befriedigung jedweder therapeutischer Bedürfnisse Einhalt geboten werden muss, hat der Therapeut dennoch die Pflicht, sich gegenüber seinem Klienten menschlich zu

¹⁰ Oerter, R. (2003). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In G. Esser (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Thieme: Stuttgart.

¹¹ Lazarus, A. A., Zur, O. (Hrsg.) (2002). *Dual Relationships and Psychotherapy*. New York: Springer.

verhalten und nicht aus einer übergeordneten Position heraus zu handeln. Er ist quasi verpflichtet, auf therapeutische Macht und Besserwisserei sowie den angeblichen Vorsprung akademischen Wissens über seinen Klienten zu verzichten und muss als verantwortliches Individuum den Klienten auf seinem Weg begleiten. O. ZUR¹² betont hierbei den schwierigen und selbstkritischen Prozess ständiger Infragestellung der eigenen Bedürfnisse und Motive des Therapeuten. Der Therapeut befindet sich demnach in einem ständigen Prozess von Fremd- und Selbstreflexion und Entscheidungsfindung, ob seine therapeutischen Handlungen frei von persönlicher Bedürfnisbefriedigung und Machtwünschen sind. Andererseits ist er verpflichtet, den Bedürfnissen des Patienten wo nötig mit Abstinenz und wo hilfreich mit menschlicher Empathie zu begegnen.

Der korrekte Umgang mit der Bedürfnislage ist oft äusserst anspruchsvoll. Wo der Nährboden für Beziehung z.B. in der Kindheit verbrannt wurde, entsteht im Klienten nicht selten eine grosse Sehnsucht, diese Beziehung nachzuholen. Auch wenn anfänglich in der Therapie Abwehr gegen den Wunsch vorhanden ist, in einer Beziehung gesehen zu werden, kann sich dies schnell in einen Herzenswunsch wandeln, das Loch zu füllen. Niemand, der je mit solchen Menschen gearbeitet hat, könnte behaupten, dass diese Sehnsucht nicht auch ein Bedürfnis darstellt, dem wir in der Therapie auf besondere Art begegnen müssen. Vielleicht entstehen in solchen Momenten am ehesten Situationen, in denen FREUDs Imperativ der „optimalen Frustration“ des Klienten angebracht zu sein scheint. Wie wir nun schon seit längerem wissen, hat H. KOHUT¹³ seither deutlich gemacht, dass es nicht um die „optimale Frustration“, sondern um die „optimale responsiveness“¹⁴ geht, also um Responsivität oder Antwort auf die Bedürfnislage des Patienten.

Im Falle aufschreiender Sehnsucht nach Nähe aufgrund nie erlebter Beziehung oder nach Heilung verletzter Beziehung ist die optimale Antwort nicht in der Befriedigung des Bedürfnisses nach Nähe zu sehen; das Problem erweist sich im Gegenteil als viel komplizierter: Ist der Nährboden für Entwicklung in einem Menschen, wie vorher erwähnt, einer „verbrannten Erde“ gleich, so ist in der Beziehung einfühlsame Vorsicht geboten. Diese durch tiefe Verletzung entstandene Wunde bedarf keiner invasiven Chirurgie, sondern heilsamer Pflege und Achtung. Es ist nämlich nicht zu übersehen, dass selbst bei erfolgreicher therapeutischer Behandlung, Durcharbeitung und Individuation angesichts schwerer Verwundungen im Kindesalter die Tatsache solcher Wunden für den Rest des Lebens bestehen bleibt. Vielleicht ist dies das von J. KORCZAK erwähnte Recht des Kindes auf „weinen“. Wir können z.B. nicht die durch frühe Scheidung verloren gegangene Selbstachtung als Väter in der Therapie ersetzen; ebenso wenig können wir die Wärme ersetzen für vermisste mütterliche Geborgenheit ev. aufgrund körperlicher Entstellung des Kindes. Das Gesetz der psychischen Realität besagt, dass wir den Respekt vor der subjektiven Wirklichkeit unserer Klienten befolgen müssen,

¹² Zur, O. *Boundary Crossings and Dual Relationships in Psychotherapy*. In <http://www.drzur.com/boundariesbrochure.pdf>, sowie Zur, O. (2007). *Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Exploitations*. American Psychological Association: APA Books.

¹³ Vgl. Kohut, H. (1979). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.

¹⁴ Bacal, H. A. (1985). *Optimal Responsiveness and the Therapeutic Process*. *Progress in Self Psychology*, 1: 206-277.

weshalb wir folglich in die Patsche geraten: Wozu sind wir denn in der Therapie noch da, wenn wir ja nicht verändern, „heilen“ oder „wiedergutmachen“ können?

Mögliche Antworten auf diese Frage habe ich in der Therapie mit schwerstbehinderten Kindern durch das erlebt, was ich „professionelle Geduld“ nennen möchte. Es ist die Bereitschaft des Therapeuten, die psychische Wirklichkeit voller Anteilnahme lange genug mitzuerleben und mit-„auszusitzen“, bis sich aus dem Innersten des Klienten ein Weg eröffnet, welcher ihm in seinem Leid und seiner Bedrängnis Hoffnung gibt - Hoffnung auf das individuelle Erlebnis von Ganzheit, welches vorhandene Versehrtheit aufnimmt und dem Individuum Lebensqualität verspricht.

Lebensqualität soll hier ähnlich der neueren Definition der WHO als Gesundheit verstanden werden. Daher liesse sich „professionelle Geduld“ wie folgt beschreiben: als das Wissen um die Möglichkeit spontaner Entwicklung, kreativer Lösungen, gleichsam kleiner Evolutionen, welche mal schnell, mal ganz langsam der Psyche unserer Klienten entspringen und für deren geduldige Unterstützung und menschliche Anteilnahme es einer therapeutischen Begleitperson bedarf.

Wir müssen also das Bedürfnis nach Heilung und Veränderung, unter Umständen das Bedürfnis nach Nähe unserer Klienten, reflektieren und eine ganz neue Antwort¹⁵ suchen. Ich möchte diese Antwort wie folgt umschreiben:

„Ja, ich stehe neben Dir, stütze Dich und bin auch bereit, Dich vor Klippen zu halten; ich werde aber mit Dir fallen, mit Dir fühlen und nach menschlichem Ermessen begrenzt und unvollkommen sein. Heilen kann ich Dich nicht; dafür setze ich mich mit Dir an den Wegrand und warte bis uns ein neuer Windhauch aus Deiner Welt in eine sinnvolle Richtung weist. Erst dann gehe ich mit Dir den Weg, bewege ich mich mit Dir in Deinem Tempo. Immer bin ich mir der Verantwortung bewusst, dass ich durch ständige Reflexion unsere Zusammenarbeit überprüfe und mich durch die Macht Deiner Erscheinungen, statt durch eigene rigide Bedürfnisse an Wirklichkeit und Gesundheit leiten lasse.“...

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[Falldarstellung: „Auch wer nicht spricht, hat viel zu sagen!“

Am Schluss des Vortrages folgte die Falldarstellung eines elfjährigen lautsprachlosen geistig behinderten Mädchens mit Down-Syndrom. Der Entfaltung von Kommunikation und der Aufnahme von Beziehung unter non-verbale Bedingungen wurde in der Falldarstellung besondere Aufmerksamkeit geschenkt.]

¹⁵ Ursula Haupt (S. 186ff.) stellt diesen Weg als „Neue Sicht“ in den rehabilitativen Massnahmen dar. Sie beschreibt Entwicklung als von innen gesteuert und von aussen beeinflusst. Gemäss dem afrikanischen Sprichwort, dass das Gras nicht schneller wachse, wenn man daran zieht, fordert sie ein Umdenken in der Begleitung schwerst belasteter Kinder. Die Fähigkeit von Kindern, unter optimalen Unterstützungsbedingungen ihre eigene Entwicklung zu gestalten werde zu oft verkannt. Für Haupt sind Ziel und Weg von Therapie und Förderung nicht „Normalität“ oder sogenanntes „Un-Behindert-Sein“ (S. 188), sondern Lebensgestaltung und Hinwendung zum natürlichen Leben. Auch hier steht die Qualität der Zusammenarbeit im Vordergrund. Nicht das Erreichen von Entwicklungsfortschritten, sondern die Verantwortung für die Angebote, für die Beziehungsqualität zum Kind sowie für die Qualität der Zusammenarbeit auf einem gemeinsamen Weg bedeutet fachliche Unterstützung.
Haupt, U. (2006). Kinder mit Spina Bifida. In K. Kallenbach (Hrsg.). *Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch rehabilitative Massnahmen*. Bad-Heilbrunn: Klinkhardt. S. 179-195.

Zürich, 14. April 2007

Robin Mindell, lic. phil.
Psychotherapeut SBAP./GedaP, Psychologe SBAP./FSP

E-Mail: r.mindell@swissonline.ch

Web: www.robinmindell.ch