

Monika Zollmann
Psychologische Psychotherapeutin
Wilhelmstr. 54
52070 Aachen
Tel. 0241/22667

Dr. med. Eva-Maria Spormann
Kinderärztin
Kinder-und Jugendpsychiaterin
Hauptstr. 112
58332 Schwelm

Erschienen in: FORUM 13. Jahrgang, Heft 3/2003

Der Einsatz der Haltetherapie im Rahmen einer komplexen kinderpsychiatrisch - therapeutischen Behandlung über mehrere Jahre

In diesem Bericht stellen die Autorinnen die Haltetherapie als eine erfolgreiche Möglichkeit der Bindungstherapie vor, die mit verschiedenartigen therapeutischen Verfahren verbunden werden kann. Im vorliegenden Fallbericht wird die Haltetherapie durch die Erziehungsberatung der Mutter ergänzt. Hinzu kamen die Einbeziehung von Hilfeplangesprächen in Schule und Hort, von Pädagogischem Halten durch die Erzieher im Hort sowie einer Ritalinbehandlung. Danach erfolgt eine kinderanalytische Behandlung. Der Fall wird in seinem chronologischen Verlauf von Dezember 1996 bis Juli 2000 dargestellt und endet mit einem Kontrollgespräch im Sommer 2003.

1. Theoretische Darstellung

Je mehr wir als psychosozial Tätige, ausgehend von der Säuglingsforschung, über die Bedeutung einer sicheren Bindung für eine gesunde, ressourcenorientierte Entwicklung des Kindes wissen, desto notwendiger erscheint es, eine praktikable Bindungstherapie im Rahmen der ambulanten Praxis durchzuführen.

Ausgehend von verschiedenen Wurzeln entwickelte sich über mehr als 20 Jahre hinweg in Deutschland, vor allem durch die Arbeit von Frau Dr. Jirina Prekop, die Festhaltetherapie. Über Weiterentwicklungen durch Therapeuten entstand aus ambulanter Berufspraxis die Haltetherapie als zusätzliches Angebot, welches sich in unterschiedliche Kinder- und Familientherapien mit Schwerpunkt Eltern-Kind-Halten integrieren lässt.

Haltetherapie ist eine ganzheitliche, emotional-körpertherapeutische Beziehungstherapie zwischen Eltern und Kindern bzw. Stief-, Adoptiv- und Pflegeeltern sowie den ihnen anvertrauten Kindern. Im Rahmen des haltetherapeutischen Prozesses hält ein Elternteil sein Kind solange liebevoll, sicher und fest im Arm, bis bei beiden die eher trennenden Gefühle von Angst, Wut, Schmerz, Sorge, Verzweiflung, Eifersucht und Einsamkeit in Wechselbeziehung ausgedrückt werden. Indem diese Gefühle abfließen, entsteht innerlicher Raum für Liebe, Freude, Zugehörigkeit und Mitgefühl. Die neu gespürten Regungen können nunmehr ihren Ausdruck finden. Elternteil und Kind können sich wieder anschauen, aushalten, liebhaben und sich aneinander freuen. Dieser Prozess kann in einer oder mehreren Sitzungen geschehen. Der Therapeut leitet an und begleitet in die „tiefen Strudel“ der Gefühle, indem er Elternteil und Kind verbal anleitet. Er lässt sich emphatisch berühren, spiegelt und übersetzt die emotionalen Botschaften aller Beteiligten gleichermaßen souverän. Mit dieser therapeutischen Hilfe kann die hohe Dramatik zu einem „beginnenden Liebesfluss“ zwischen Elternteil und Kind werden.

Vor einer Haltesitzung sind Anamnese und Diagnostik des Kindes sowie die gründliche Vorbereitung aller Beteiligten erforderlich. Dies kann in Form von unterschiedlichen therapeutischen Verfahren geschehen, die der jeweilige Therapeut beherrscht. Das bedeutet, dass alle Schritte, die vor, während

und nach den Haltesitzungen notwendig sind, über verschiedene *Therapieverfahren* erfolgen. So sind die Haltesitzungen „Bausteine“, die als *Bindungstherapie* unterbrochene oder geschwächte Eltern-Kind-Beziehungen stärken.

Das Pädagogische Halten stellt eine pädagogische Handlung im Rahmen einer haltgebenden und konsequenten Erziehung dar, wenn andere pädagogische Interventionen nicht mehr greifen, weil das Kind in seiner heftigen und lautstarken Wut dafür nicht mehr zugänglich ist. Das Kind, das außer sich gerät, dabei sich und andere Personen verletzt oder Sachwerte beschädigt, wird von einer gerade anwesenden Erziehungsperson oder möglichst von seinem Bezugserzieher gehalten.

In Bezug auf die Haltung des Pädagogischen Haltens bedeutet dies: das Kind sitzt mit dem Rücken zum Bauch des Erziehers, der am sichersten auf dem Boden sitzt und sich gegen eine Wand lehnt. Er hält das Kind an beiden Armen/Händen, die über Kreuz gefaltet sind, um die aggressiven Handlungen des Kindes in Grenzen zu halten. Bei Bedarf kreuzt er seine Beine über diejenigen des Kindes, z.B. wenn das Kind tritt. Das Kind hat den Blick nach vorne frei und offen. Damit behält es die Kontrolle über den Raum. Der Erzieher ermutigt das Kind, seine Wut oder Verzweiflung hinauszuschreien. Sowie die heftige Emotion vorüber ist, folgt wie von selbst eine kurze Entspannungsphase in fast der gleichen, gelockerten Haltung (Rücken an Bauch). Das Kind ist wieder zugänglich für ein Gespräch. Dieses Krisen-Halten dauert erfahrungsgemäß 15 bis 30 Minuten. Die Bindung zwischen Erzieher und Kind wächst, so wie sie sich bereits durch die haltgebende Erziehung verstärkt hat.

Das Pädagogische Halten kann mehrmals am Tag im Rahmen der haltgebenden Erziehung eingesetzt werden, wenn Konflikte in körperlicher Weise begrenzt werden müssen. Es bedarf in einer Institution der Absprache im Team und das Eingebundensein in konzeptionelle Überlegungen. Für diese Form des Pädagogischen Haltens ist die Zustimmung der Eltern wünschenswert, aber nicht erforderlich. Die persönliche Bindung ist geringer, als wenn das Halten als Therapie zwischen Eltern und Kind durchgeführt wird.

2. Problembeschreibung von Frau A. und ihrer Tochter Martha (7,2 Jahre) - Dezember 1996

Frau A. berichtet, daß ihre Tochter Martha zur Zeit täglich zu Hause und in der Schule Schreianfälle habe. In der ersten Klasse der Grundschule renne Martha aus der Klasse, lasse sich nicht anfassen. Sie kratze und beiße die Lehrer, wenn diese versuchten, das Mädchen am Weglaufen zu hindern. Letztlich sei Martha in derartigen "Anfallssituationen" nicht ansprechbar. Schon 1994, als ihre Tochter fünf Jahre alt war, habe Frau A. sich wegen ähnlicher, im Kindergarten aufgetretener Schreianfälle an die Erziehungsberatungsstelle gewandt. Dort habe man ihr empfohlen, diese zu ignorieren. Erst nach der endgültigen Trennung der Eltern im Juli 1994 verschwanden die Schreianfälle vollständig. Im März 1996 traten sie lediglich im Kindergarten wieder auf. Der äußere Anlass war, daß der neue Partner der Mutter, Herr B., erstmals bei ihr übernachtet hatte. Außerdem hatte die Gruppenleiterin des Kindergartens gekündigt.

In der Schule, so schilderte Frau A., erfülle Martha in allen Lernbereichen leistungsmäßig die Anforderungen. Seit Schulbeginn gehe sie täglich bis 16 Uhr in den Hort. Dort komme sie gut zurecht und sei hilfsbereit zu kleineren Kindern. Gleichaltrige Kinder versuche sie stark zu bestimmen. Bei der Erledigung der Hausaufgaben im Hort sei sie sehr langsam, aber selbständig.

Anders als früher gehe sie seit drei bis vier Monaten nicht mehr aus dem Haus, um mit Kindern zu spielen, sondern sehe fern, male fortwährend und könne sich auch ansonsten gut allein beschäftigen. Sie habe bis vor zwei Jahren noch ausdauernd "hysterisch" geschrien, wenn sie ihren Willen nicht bekommen habe. Mittlerweile akzeptiere sie das Nein eher.

Sie mische sich ständig in die häuslichen Gespräche der Erwachsenen ein, was die Mutter oft auch zulasse. Körperliche Nähe lasse sie nur bei eigener Bereitschaft zu; sonst lehne sie die Nähe der Mutter ab.

3. Familienanamnese

Mutter: Rechtsanwaltsgehilfin; Berufstätigkeit täglich bis 13.30 Uhr. Vater: Bauarbeiter. Er befindet sich zum Zeitpunkt von Marthas Therapiebeginn wegen Gewalttätigkeiten gegen Frau A. und einem Mordversuch an seinem Vater im Gefängnis. Er nimmt außerdem an einer stationären Therapie teil. Sein Aufenthaltsort ist der Mutter unbekannt. Seit dieser Zeit hat Frau A. keine Verbindung mehr zu ihrem Mann und seiner Ursprungsfamilie. Das alleinige Sorgerecht wurde Frau A. zuerkannt. Es gibt keine Besuchskontakte zwischen Vater und Tochter. 1996 lernte Frau A. ihren neuen Freund und späteren zweiten Ehemann, Herrn B. kennen. Dessen erste Ehe war ebenfalls geschieden. Er hatte aus seiner früheren Ehe zwei Kinder im Alter von 6 und 9 Jahren, die bei der leiblichen Mutter leben. Hier bestehen regelmäßige Besuchskontakte.

4. Eigenanamnese

Die Schwangerschaft mit Martha war für die Mutter auf Grund der Ehezwistigkeiten psychisch sehr belastend. Die Geburt erfolgte zum Termin, 3300 g Geburtsgewicht, Nahrungsaufnahme über Flasche und Infusionen, kein Stillen.

01.-03. LW Brutkasten wegen Fruchtwasser-Aspiration und Blutvergiftung

05.-10. LW Krankenhausaufenthalt wegen Magen-Darm-Infekt

12.-13. LW Krankenhausaufenthalt wegen Rückfall

19.-21. LW Krankenhausaufenthalt wegen Virus-Meningitis mit Racheninfekt

Bei allen Krankenhausaufenthalten habe die Mutter die Tochter täglich besucht, nachts aber in ihrer eigenen Wohnung geschlafen. Psychisch sei die Mutter nach ihren Angaben im Wochenbett sehr depressiv gewesen.

Die statomotorische Entwicklung des Kindes verlief früh; laufen lernte es mit 10 Monaten. Frau A. erlebte ihre Tochter als ein Kind mit geringer motorischer Anstrengungsbereitschaft bis hin zur Faulheit. Martha lernte das Fahrradfahren mit 5 1/2 Jahren, ohne zu üben, zeigte dann aber kein Interesse mehr daran. Auf Spielplätzen kletterte sie sehr vorsichtig, schaukelte und rutschte insgesamt altersgemäß. Die Sprachentwicklung begann sehr früh und verlief unauffällig. Dennoch falle sie heute mit häufigen Satzverdrehern auf. Eine ambulante Sprachtherapie sei zu keiner Zeit erforderlich gewesen. Die Sauberkeitsgewöhnung konnte mit 2 1/2 Jahren sicher erreicht werden. Auf ihre Erziehungshaltung angesprochen, berichtete Frau A., daß sie sich darüber nie mit ihrem Mann habe einigen können.

5. Diagnostik

Körperlich und motorisch: altersgemäß und unauffällig

Labyrinth-Test (Kramer): LA: 7,1 Jahre, EA: 10 Jahre

CPM (Sprachfreier Intelligenz-Test): IQ 110. Durchschnittliche Auffassungsgabe, Arbeitsverhalten unauffällig.

Haus-Baum-Mann-Test: altersgemäße Darstellung.

Familien-in-Tieren-Test: Hier zeichnet Martha sich zunächst selbst linksseitig als die kleinste Person

und dann unter sich ihre Katze. Rechts daneben, etwas größer, stellt sie den neuen Papa B. dar und darunter ihn sehr klein als Häschen. Daneben erscheint ihre Mutter als große Person und diese als Hund zwischen ihren eigenen Beinen, Rechts daneben malt sie den leiblichen Vater als größte Figur mit einem auffallend dicken Hals und nur einem Bein ohne Tierdarstellung. Beim Zeichnen berichtet Martha ohne Umschweife, daß ihre Eltern sich nicht mögen. Sie ihrerseits möge den Vater nicht, weil er die Mutter geschlagen habe.

Praxis-Videoaufnahme (nach Dr. Jansen) Januar 1997

Mutter und Kind in einer Spiel-, Lern- und Gesprächssituation: Martha fällt durch eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik auf. Sie ist ständig außenorientiert, nie im Blickkontakt, extrem motorisch unruhig-zappelig mit großem ungesteuertem Rededrang. Sie kann Aufgabenstellungen kaum abwarten und handelt sehr impulsiv. Die Mutter verhält sich sanft und abwartend hilflos. Sie läßt sich völlig vom Kind bestimmen, sie ist traurig, ernst, passiv und äußert keinerlei eigene Wünsche. Sie ist gänzlich auf die Wünsche ihrer Tochter ausgerichtet.

Schule: Die Lehrerin berichtet, daß Martha sich sehr häufig mit ihren Mitschülern streite. Nach einem Kampf habe sie gellend und durchdringend geschrien. Sie habe dabei eine ausgeprägt fäkale Sprache benutzt. Als die Lehrerin versucht habe, sie im Flur aufzuhalten, habe Martha sie gekratzt, getreten und mit haßerfülltem Blick angesehen. Besonders im Sportunterricht verliere sie die Selbstkontrolle. Sie rede viel und reagiere auf Korrektur und Kritik überempfindlich. Ständig gebe es Machtkämpfe, bei denen sie ihren Willen durchzusetzen versuche.

Hort: Nach den Herbstferien sei Martha im Hort durch drei heftige Schreianfälle aufgefallen. Der Hort forderte daher die Mutter auf, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Seit Januar 1997 habe sie fast täglich Schreianfälle. Bei geordnetem Tagesablauf gebe es die Auslöser dafür seltener. Martha provoziere im Hort stark und werde daher zur Zeit milder als die anderen behandelt, um derartige Anfälle zu vermeiden. Bei den Schreianfällen ziehe sich Martha mittlerweile allein in den Waschraum zurück. Danach suche sie Kontakt zu den Erziehern und sei sehr anlehnungsbedürftig. Sie entschuldige sich dann schuldbewußt und sage, sie wisse nicht, was sie tue. In der Gruppe sei Martha sehr kontaktfreudig bis distanzlos, auch zu fremden Menschen.

6. Pädagogisches Halten in der Spielstunde durch die Kinderpsychiaterin

Es war eine Spielstunde zur Beobachtung anberaumt worden. Die Kinderpsychiaterin berichtet: "Kaum hatte Frau A. die Haustür hinter sich geschlossen, rast Martha in den Flur, nimmt sich dort einen Kinderstuhl, um ihn mir entgegenzuwerfen. Sie nimmt weitere, gerade greifbare Gegenstände. Auf verbale Interventionen reagiert sie nicht mehr. Ich greife handfest ein nach den Regeln des Pädagogischen Haltens, auf dem Boden der Praxis sitzend. Martha sitzt mit dem Rücken zu mir zwischen meinen Beinen. Ich halte ihre Arme mit meinen Armen. Ihre Beine werden von meinen Beinen begrenzt. Martha schreit wütend, beißt mich rasend schnell und schmerzhaft in den Unterarm durch meinen Pullover hindurch, tritt, spuckt und beschimpft mich in fäkaler Sprache aufs heftigste. Sie zeigt eine fast "mörderische Wut", sagt, sie liebe den Papa, sei aber wegen der Mutter froh, daß er im Gefängnis sitze; denn sie habe Angst um die Mutter. Sie schimpft, droht, bettelt und äußert (real nicht vorhandene) Luftnot, dies alles in ständigem schnellem Wechsel. Nach 15-20 Minuten wird Martha von selbst ruhiger und erzählt in geordneter Weise von den Problemen in der Schule. Sie fühle sich von der Mutter im Stich gelassen, wenn die leiblichen Kinder von Herrn B. die Familie an den Wochenenden besuchten. Im Wechsel weint sie, erzählt weiter, teilweise auf meinem Schoß sitzend, teilweise neben mir. Sie ist locker und froh entspannt. Als die Mutter nach einer Stunde wieder erscheint, wirkt Martha offen und gelassen. Sie erzählt der Mutter von einer schönen Spielstunde und daß ich sie im Schoß festgehalten hätte."

Im Nachfolgegespräch wird das Pädagogische Halten mit der Mutter als Krisenintervention eingeordnet.

7. Diagnose und differentialdiagnostische Überlegungen

Diagnostisch handelt es sich um ein Mädchen mit früher schwerer Bindungsstörung, ADHS, oppositionellem, aufsässigem Verhalten und Gewalterfahrung bei Verdacht auf eine kindliche Borderline-Struktur.

Die erste Trennung von der Mutter erfolgte direkt nach der Geburt durch die Aufnahme in den Brutkasten. Zusätzlich wurde die Vereinsamung des Kindes verstärkt durch die Depressivität der Mutter und die dadurch bedingte eingeschränkte Fähigkeit, den Säugling angemessen in seinen emotionalen Bedürfnissen anzunehmen und zu spiegeln. Dann erfolgten mehrfache Bindungsunterbrechungen durch Erkrankungen und stationäre Krankenhausaufenthalte, die den Aufbau eines stabilen sicheren Bindungsgefüges verhinderten. Zusätzlich litt die Mutter unter der Gewaltätigkeit ihres Mannes.

Dieses chaotische familiäre Umfeld mit traumatisierender Gewalterfahrung führte in der Folgezeit zu tyrannischen Verhaltensweisen bei Martha, mit denen sie sich Sicherheit und Geborgenheit zu verschaffen versuchte, wie dies durch das erste ungewollte Pädagogische Halten bestätigt wurde. Therapieschritte: 1) Haltetherapie zwischen Mutter und Tochter unter therapeutischer Begleitung, um eine annähernd sichere Bindung aufzubauen 2) begleitende Erziehungsberatung von Frau A. und Herrn B. 3) Pädagogisches Halten im Hort, wenn es als Krisenintervention erforderlich sein sollte, sowie Erziehungsberatungsgespräche und Hilfeplangespräche 4) Beratung der Lehrer 5) Ritalintherapie und Einzeltherapie für Martha, falls notwendig.

8. Haltetherapeutischer Prozeß in elf Sitzungen mit ergänzenden Maßnahmen

Alle Haltesitzungen finden unter therapeutischer Anleitung der Kinderpsychiaterin und der Kindertherapeutin statt, die beide ausgebildete Haltetherapeutinnen sind.

21.02.97 Erste Haltesitzung

Die Mutter befindet sich in Begleitung ihres Freundes, Herrn B. Noch während des Vorgesprächs muß Martha von der Mutter pädagogisch gehalten werden, denn das Kind ist äußerst unruhig, will ständig den Raum verlassen und versucht, das Geschehen unangemessen zu steuern.

Auf der Matratze hält die Mutter seitlich liegend ihr Kind, das nach innen gewandt zu ihr liegt. Sofort schreit Martha, sie spuckt, benutzt ordinäre Ausdrücke in zahlreichen Variationen. Sie beschimpft auch die Ärztin gezielt und bespuckt sie. Zur Mutter äußert sie: "Ich töte dich" und "Oma soll meine Mutter sein". Der Wutausdruck ist übermäßig ausgeprägt und wirkt fast vernichtend. Frau A. fühlt sich hilflos, sie will wissen, was sie falsch gemacht habe. Sie ist über lange Zeit überwiegend stumm und verzweifelt, hält aber mit verbaler therapeutischer Unterstützung weiter, bis Martha sich körperlich entspannt und dann an die Mutter anknüpft. Nach zwei Stunden ist Martha ruhig, freundlich, zugewandt und lebendig. - Herr B. artikuliert das Positive dieser Situation so, dass Martha hier ihre Mutter zum ersten Mal nicht wie zu Hause habe wegstoßen können.

Die "mörderische" Wut interpretieren die Therapeutinnen zunächst dahingehend, daß Martha die Abwertung des Vaters gegenüber der Mutter, den Haß des Vaters auf seine Frau und den eigenen Vater übernommen habe.

Auf der Rückfahrt erzählt Martha im Auto ununterbrochen vom leiblichen Vater, der lange in der Familie kein Thema war.

25.02.97 Zweite Haltesitzung

In der Praxis erfolgt zur ersten Haltesitzung ein Integrationsgespräch. Beim Abschied entsteht ein derart massives Gerangel, dass die Mutter Martha wieder halten muß. In den nächsten 45 Minuten wird die Mutter intensiv beschimpft. Martha droht, sich am nächsten Tag umzubringen. Allmählich tritt dann eine Entspannung ein. An deren Ende äußert sie den Wunsch, einmal beim Papa sein zu dürfen.

Die Mutter wirkt in dieser außerplanmäßigen Sitzung schon viel klarer und kann sich auch emotional besser in das Kind einfühlen. Ihr wird deutlich, daß Martha schon sehr früh ihre körperliche Nähe nicht gewollt und sie diese gegen den Wunsch des Kindes nicht herbeigeführt habe. Dies wurde von therapeutischer Seite als "unterbrochene Hinbewegung" der Mutter aufgefaßt.

Zwischenbericht

Martha sucht die Nähe der Mutter und deren Halt; Schmusen morgens im Bett, wenn Herr B. das Haus verlassen hat.

07.03.97. Dritte Haltesitzung

Auf der Matratze hält die Mutter ihr Kind wie in der ersten Sitzung. Martha beleidigt die Mutter in Fäkalsprache und droht, zur Oma umzuziehen; sie spuckt. Auffallend sind übermäßiges Würgen und Spucken von großer Rachensekretmenge ohne Infektzeichen.

Die Mutter berichtet später, sie habe große Wut auf Martha und fühle sich von ihr nicht akzeptiert. Sie verspüre noch viel von der alten Wut auf ihren ersten Mann und hätte ihn lange Zeit nach der Trennung »erwürgen« können. Jetzt fühle sie keinen Haß mehr. Um zu verhindern, dass sich die Wut der Mutter auf ihren früheren Mann auf Martha überträgt, vereinbaren die Therapeutin und Frau A. vor einem nächsten Kinderhalten mehrere traumatherapeutisch orientierte Gespräche allein mit der Mutter, mit dem Ziel der Stabilisierung, Entlastung und Integration.

15.03.97 Zwischenbericht

Frau A. berichtet, Martha sei zu Hause offener geworden und spreche viel über den leiblichen Vater. Sie akzeptiere Verbote und Regeln jetzt leichter. Auch suche sie verstärkt die mütterliche Nähe und könne den Stiefvater B. akzeptieren. In der Schule sind die Leistungen gut. Sie lasse sich aber oft ablenken und rede zu viel und zu falschen Zeiten.

21.03.97 Vierte Haltesitzung

Frau A. hält Martha, indem sie, auf dem Rücken liegend, das Mädchen, das auf ihrem Bauch liegt, mit beiden Armen liebevoll umfaßt. Es ist ein ruhiges Halten, begleitet von traurigem Gesichtsausdruck des Mädchens. Bei Änderung von der Rücken- zur Seitenlage kommt es zu heftiger Abwehr. Martha jammert, klagt, beißt ihre Mutter in den Hals und droht: »Ich bringe mich um«, ohne von Frau A.'s Traurigkeit und Verletztheit betroffen zu sein.

Plötzlich zieht Martha ihre Strumpfhose herunter und versucht dies auch mit der Unterhose, faßt sich in Schrittnähe und klagt dort über Schmerzen. Nach Aufforderung der Mutter, genau zu zeigen, wo es weh tue, setzt sie sich aufrecht hin und zeigt auf verschiedene Körperteile unter Ausschluß der Genitalien. Später liegt sie wieder relativ unruhig auf dem Bauch ihrer Mutter und ist traurig und weinerlich. Im Arm der Mutter jammert sie noch lange und kommt dann langsam zur Ruhe.

Der Verdacht auf sexuellen Mißbrauch wird von der Therapeutin nicht offen ausgesprochen, wohl aber die Schutzbedürftigkeit des Kindes. Die Therapeutin erklärt der Mutter später, daß Martha sich in ihrer großer Einsamkeit von den Erwachsenen nicht geschützt gefühlt habe. Sie müsse große Angst durchlitten haben.

Statt ihre Angst zu zeigen, lege sie diese in Form von Aggression offen. - Der sexuelle Mißbrauch bestätigt sich später nicht. -

10.04.97 Zwischenbericht

Im Hort kommt nach einem Streit über Spielzeug zu einem heftigen Schreianfall. Martha hatte sich im Waschraum eingesperrt, sich bis auf die Unterwäsche ausgezogen und getobt. In der Schule erfolgten im Sportunterricht mehrere Eskalationen, was zu kurzzeitigem Sportausschluß führte. Auch zu Hause sei sie wieder erheblich unruhig. Gelegentlich halte die Mutter sie pädagogisch zu Hause.

14.04.97 Fünfte Haltesitzung

Wegen heftiger körperlicher Abwehr legt sich Frau A., ihr Gewicht kontrollierend, auf das Kind, um es zu halten. Sie wird von ihm heftig mit großer Schnelligkeit in die Wange gebissen. Frau A. weint, zutiefst verletzt und betroffen, worauf Martha nicht reagiert. Sie versucht ständig, ihre Mutter verbal zu kontrollieren. Sie jammert über verschiedene Körperteile, die weh täten. Die Mutter müsse daher ihre Haltung ändern.

Bei einer Konfrontation von Gesicht zu Gesicht versucht Martha, weiterhin die Oberhand zu gewinnen. Dabei fällt es der Mutter sehr schwer, die Botschaft "Ich lasse mich von Dir nicht mehr beschimpfen" zu vermitteln. Sie beginnt dann, Marthas Kopf zu halten und sie zu streicheln. Das löst bei Martha ein starkes Weinen aus, das die Mutter liebevoll auffängt. Am Ende, als Martha entspannt ist, können beide über Konfliktsituationen in der Schule Lösungen finden, was bis dahin nicht möglich war. An die Mutter geht die erneute Empfehlung, bei großen Unruhe die Tochter täglich pädagogisch zu halten.

18.04.97 Sechste Haltesitzung

In der Haltesituation jammert und mäkelte Martha. Sie äußert fortwährend Veränderungswünsche hinsichtlich der Haltelage der Mutter und macht ihr Vorwürfe. Der Mutter gelingt es mit größerer Ruhe und Gelassenheit, den ständigen Forderungen mit zunehmender Eindeutigkeit zu begegnen. Häufig klagt Martha über Juckreiz bei bekannter Neurodermitis, die äußerlich z.Zt. nicht zu erkennen ist. Sie will sich dann öfter entkleiden, was die Mutter liebevoll, aber unmißverständlich abwendet.

25.04.97 Siebte Haltesitzung

In der Haltesituation entwickelt Martha wieder große Mengen von Rachensekret und spuckt dieses aktiv zur Mutter hinüber. Im Rahmen dieser Konfliktentwicklung spricht die Tochter aus, daß sie nicht mehr bei der Mutter leben möchte. Frau A.'s eindeutige Botschaft - "Du lebst bei mir" und "Ich Sorge für Dich" - führt dazu, dass Martha ruhiger wird. Anschließend erzählt sie, wie sie im Konflikt mit dem Vater von diesem auf das Bett geworfen worden sei. Auch sei sie von ihm mit der Mutter zusammen im Badezimmer eingesperrt worden. In dieser Sitzung zeigt sie, im Gegensatz zu früher, Ängste. In der Entspannungsphase teilt ihr die Mutter mit, der Vater sei aus dem Gefängnis entlassen worden. Darauf reagiert die Tochter ambivalent.

02.05.97 Achte Haltesitzung

Beim Halten liegt Martha zum erstenmal 45 Minuten lang ruhig, entspannt und konfliktfrei auf dem Bauch der Mutter. Auch die Mutter wirkt ausgeglichen und verhält sich so feinfühlig zu ihrem Kind wie selten. Martha wird nicht verbal ausfällig und brüllt nicht. In der Entspannungsphase näßt sie plötzlich ein. Die Mutter ist glücklich, ihre Tochter einmal ohne Kampf so lange zugewandt und anlehnsbedürftig erlebt zu haben.

Zwischenbericht

Zu Hause gibt es weniger Konflikte. Schul- und Hortbesuch verlaufen zufriedenstellend.

23.05.97 und 30.05.97 Neunte und zehnte Haltesitzung

Die Haltesituationen verlaufen konfliktfrei. Mutter und Kind genießen die Zeit miteinander und sind sich emotional zugetan. Die Mutter erscheint stärker und sicherer. Die Tochter fühlt sich ebenfalls angenommen und geborgen. Ohne Konflikte schläft Martha auf dem Bauch der Mutter ein. Sie ist entspannt und zufrieden.

Zwischenbericht

Seit dem letzten Wochenendbesuch der Kinder von Herrn B. habe sich Marthas Verhalten zu Hause verschlechtert. Sie sei aggressiv, gehorche nicht und wolle keine Hausaufgaben machen. Nach den Sommerferien kommt es Ende August 1997 zu einem Krisengespräch. In der Schule hat sich Martha in einen "Amoklauf" hineingesteigert, so dass die Schulleitung sofort einen 14tägigen Schulausschluß aussprach. Zuvor war Martha mit einigen Kindern vom Hort zur Schule gegangen und als "Brillenschlange" gehänselt worden. Dies führte zu einer heftigen körperlichen Auseinandersetzung, an denen mehrere Mädchen beteiligt waren. Als Klassenkameradinnen der Lehrerin von dem Vorfall berichteten, empfand Martha dies als Petzen und rastete aus. Sie zog sich nackt aus, warf ihre Kleidung über das Flurgeländer und rannte laut schreiend auf den Pausenhof hinaus. Dort beschimpfte sie Mütter von Erstklässlern und biß eine Mutter, die versuchte, sie zurückzuhalten. Später habe sie sich in den Toilettenräumen wieder angekleidet.

Im Gespräch der Mutter wies der Schulleiter darauf hin, er werde jetzt das Jugendamt einschalten und einen Antrag auf VO - SF (Sonderpädagogische Förderung) für die Schule für Erziehungshilfe stellen.

29.08.97 Elfte und letzte Haltesitzung

Die Haltesitzung findet zwei Tage nach dem "Amoklauf" statt. Martha erscheint fröhlich, unbeschwert und mit offenem Gesicht. Sie legt sich ohne Kampf auf den Bauch der Mutter und läßt sie wissen, wie gerne sie sie habe und daß sie die Mutter dringend brauche. Frau A. ist sehr einfühlsam. Sie teilt der Tochter mit, sie wisse, dass diese ihre Wut noch nicht gut steuern könne. Sie kenne und verstehe ihre Not. Der Halteprozeß verläuft ruhig. An dessen Ende ist ein Konfliktgespräch zwischen Mutter und Tochter über den "Amoklauf" in der Schule möglich.

Die durch das Halten erworbene stabile und gute Mutter-Kind-Beziehung besteht weiterhin und ist durch den Vorfall in der Schule nicht in Frage gestellt worden. Der "Amoklauf" wurde durch den Kontakt zu Kindern ausgelöst. Dabei kam es zu einem Impulskontrollverlust bei geringer Frustrationsschwelle.

Da die Möglichkeiten der Mutter erschöpft sind, über eine stabile Bindung zu Martha deren Defizite auszugleichen, wird Frau A. empfohlen, eine analytische Spieltherapie zu beantragen. Der Besuch der Sonderschule für Erziehungshilfe wird als hilfreich und notwendig erachtet.

9. Weiterer Therapieverlauf

- => ab 10/1997 Ritalintherapie mit einer Gabe 1 1/2 zweimal täglich
- in 08/1999 Erste Reduzierung von Ritalin auf eine Gabe von 1 einmal täglich
- in 04/2000 Absetzen der Ritalingabe
- => in 09/1997 Umschulung auf die Schule für Erziehungshilfe
- in 03/1998 Erste mehrtägige Klassenfahrt
- in 08/2000 Umschulung auf die Gesamtschule

- => in 10/19 Beginn der probatorischen Sitzungen im Rahmen der kinderanalytischen Behandlung
- in 08/1997 Beginn der analytischen Spieltherapie, die zweimal wöchentlich stattfindet
- => in 08/1998 Geburt der Halbschwester und langfristig gute Veränderung des Familiensystems
- in 03/1999 Entlassung des Vaters aus dem Gefängnis.
- => bis 12/1999 regelmäßige Hilfeplangespräche mit den Horterziehern

Sommer 2003: Martha (13,8 Jahre) besucht die Siebte Klasse der Gesamtschule. Verhalten und Leistung sind relativ unauffällig. Gelegentlich kommt es noch zu kleineren Impulsdurchbrüchen gegenüber Klassenkameraden. Die Beziehungen innerhalb der neuen Familie haben sich positiv verändert. Frau A. hat im Laufe der Jahre viel an Erziehungskompetenz hinzugewonnen und die haltgebende Erziehung gut in den Alltag integriert. Martha ist ein willensstarkes, inzwischen pubertierendes Mädchen. Manchmal finden auch zu Hause kleinere Impulsdurchbrüche statt, die sich jedoch handhaben lassen. Die Anbahnung zum leiblichen Vater scheiterte, da dieser die Beziehung zu Martha innerpsychisch und äußerlich nicht aufrechterhalten konnte.

Rückschau der Kinderanalytikerin 2003: Durch die Haltetherapie habe Martha den Anderen als vorhanden und deshalb bedeutungsvoll erleben können. Dadurch sei die Bindung an ihre Mutter gefestigt und Martha überhaupt erst therapiefähig geworden. Auch in der Kinderanalyse gebe es Schwankungen. Nach guten Erfolgen stelle Martha alles in Frage. Die Ich-strukturelle Störung, die Martha aufweise, verändere sich langsam.

10. Psychodynamik des Erlebens und das Zusammenwirken der verschiedenen Maßnahmen

Es handelt sich bei Martha um ein polytraumatisiertes Mädchen mit mehrfachen Bindungsunterbrechungen. Es erlebte schon in der frühen Säuglingszeit körperliche Gewalt zwischen seinen Eltern und in der Vater-Kind-Beziehung. Inwieweit aufgrund der Alkoholproblematik des Mannes auch eine hirnrorganische Schädigung primär seit Konzeption vorliegt, läßt sich nicht sicher klären.

Zur Mutter entwickelte sich sehr früh eine hochgradig ambivalente unsichere Bindung, da Frau A. dem Säugling nicht mit Feinfühligkeit, Klarheit und Eindeutigkeit begegnen konnte. Die Abhängigkeit vom Ehemann und Vater des Kindes, dessen Alkoholkonsum und Impulsdurchbrüche erschwerten der Mutter zusätzlich die Betreuung des Säuglings. Die Mutter war weder für sich noch für den Säugling in der Lage, Schutz vor der Unberechenbarkeit des Mannes zu gewährleisten.

Die Trennung vom Ehemann und sein Auszug aus der gemeinsamen Wohnung wurde vom Kind nur kurzfristig als Erleichterung empfunden; denn der Mann schlich sich kurz nach der Trennung nachts ins Haus und wurde auf lebensbedrohliche Weise gegen die Frau gewalttätig, was Martha miterleben mußte. Marthas gellendes Schreien ließ den Vater innehalten und die Flucht ergreifen. Somit war sie zur "Retterin der Mutter" geworden, was einer Umkehr der systemischen-familiären Ordnung entspricht. Erst infolge der Einlieferung des Mannes ins Gefängnis, nach Anzeige durch seine Eltern, hatten Frau A. und ihre Tochter die Gewißheit, von ihm nicht mehr attackiert zu werden.

Martha offenbarte ihre Belastungsgrenze sehr früh über das Symptom der Schreianfälle. Sie erfuhr daraufhin zwar Zuwendung und Hilfe, wurde jedoch nicht wirklich verstanden. Aus verschiedenen Gründen und aus Mitleid war Frau A. in der Erziehung eher nachsichtig und weich, so dass Martha ihre tyrannische Position festigen konnte, die sie schon mit 1 1/2 Jahren eingenommen hatte.

Die Anforderung, alleinerziehend für den Unterhalt der Familie zu sorgen und dabei ein schwieriges Kind zu erziehen, brachte Frau A. an die Grenze der eigenen psychischen und körperlichen

Belastbarkeit. Die Schreianfälle traten mit vier Jahren erneut auf. Pädagogische Ratschläge halfen nur kurzfristig, stabilisierten aber die Mutter zeitweise.

Die Aufnahme in den Kindergarten war für Martha ein einschneidendes Ereignis. Die Menge der Kinder, die vielen auf sie einströmenden wechselnden Eindrücke überforderten das Mädchen rasch. Sie reagierte abermals mit Schreianfällen, die letztlich wieder nicht verstanden wurden. Seitdem galt sie als schwieriges Kind, das man schonte, zunächst ohne größeren Erfolg. Mehrere Gespräche motivierten die Mutter, fachspezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Phasenweise kam Ruhe in das labile Gleichgewicht, und die Schreianfälle ließen nach.

Frau A.'s Beziehung zu Herrn B. bedeutete eine weitere Belastung für Martha, da das Kind seine Position als »Prinzessin« und Mittelpunkt der Familie in Frage gestellt sah. Die Wochenendbesuche der beiden Kinder von Herrn B. wurden von Martha als hochgradig belastend erlebt.

Erst die erneuten Schwierigkeiten im Sozialkontakt in der Ersten Klasse führten zur Vorstellung bei der Kinder- und Jugendpsychiaterin. Anamnestisch und testpsychologisch zeigte sich das Bild eines körperlich und geistig altersgemäß entwickelten siebenjährigen Mädchens mit Aufmerksamkeitsstörung bei mittlerer oder überlagerter Hyperaktivität. Die hochgradige emotionale Unreife mit nicht situationsangemessenen Impulsdurchbrüchen schien zunächst Ausdruck einer sehr frühen Bindungsstörung zu sein, fehlverstärkt durch die erheblich belastete Ehe der Eltern und fehlende Erziehungskompetenz auf beiden Seiten.

Aufgrund der frühen Bindungsstörung wurde als erster therapeutischer Schritt die Haltetherapie empfohlen. In der Praxis kam es - günstigerweise - noch vor Therapiebeginn zu einer situationsbedingten pädagogischen Haltesituation durch die Kinderpsychiaterin. Dies führte zu einer verlässlichen Bindung zwischen der Ärztin und Martha, die noch heute besteht.

Im weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses konnte durch elf angeleitete Sitzungen von Mutter und Kind die Bindungsstörung reduziert und eine stabilere Beziehung des Kindes zur Mutter aufgebaut werden. Dabei galt es zunächst, der "mörderischen" Wut des Kindes Raum zu geben, ohne in moralische Bewertung zu verfallen oder die Aggressivität durch strikte Reglementierung zu unterbinden. Aus heutiger Sicht waren es schwierige, oftmals dramatische Sitzungen. Das Ausmaß des Hasses, den ihr Kind entwickelte, überrollte und schwächte die Mutter wiederholt. Die Wut der Mutter als emotionale Antwort löste die Wut des Kindes nicht auf. Erst als es gelang, an der Wut vorbei zum tiefen Schmerz des Kindes vorzudringen, konnte Martha ihr Herz öffnen. Die Mutter hat in bewundernswerter Weise mit großer Stärke um die Liebe ihres Kindes gekämpft. Ihr Partner hat sie ausdauernd unterstützt, indem er bei allen Haltesitzungen still anwesend war und sie ermutigte. Gleichzeitig zerriß es ihm fast das Herz, die Aggressivität des Kindes gegenüber seiner Partnerin zu erleben und nicht eingreifen zu dürfen.

Die positive Bindung zur Mutter reichte nicht aus, die schulischen Belastungen und Frustrationen angemessen zu bewältigen. Der "Amoklauf" in der Schule war ein weiteres einschneidendes Ereignis, welches auf zusätzliche Faktoren hinwies, die das Mädchen am Aufbau einer altersgemäßen sozialen Kompetenz hinderten. Nach und nach wurde der ADHS-Komplex bestehend aus hochgradiger Unruhe, leichter Reizbarkeit und Überempfindlichkeit auf wechselnde äußere Stimulationen als eigenständig zu behandelnde Symptomatik deutlich. Die Ritalineinstellung wurde notwendig. Sie führte zu einer deutlichen Verbesserung der sozialen Kompetenz und der Aufmerksamkeit zu Hause, in der Schule und im Hort. Die schulische Situation war durch den raschen Wechsel auf die Sonderschule für Erziehungshilfe positiv geregelt. Von Anfang an war Martha dort ein relativ unauffälliges Kind. Bis heute geht sie gern zur Schule und erreicht gute Leistungen.

Wegen der frühen posttraumatischen Belastungsstörung bei Verdacht auf eine Borderline-Symptomatik wurde zusätzlich eine analytische Spieltherapie in ortsnaher Umgebung begonnen, die bis heute andauert.

11. Resümee

Das therapeutische Gesamtkonzept der Haltetherapie hat seit über fünfzehn Jahren auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Ärzten, Psychologen und Therapeuten zunehmend Beachtung gefunden. Die Haltetherapie hat auch der ärztlichen/therapeutischen Arbeit der Autorinnen entscheidende Impulse vermittelt. Im Hinblick auf die frühen Bindungsstörungen bei immer jüngeren Kindern und deren verunsicherten Eltern zeigt sie neue Wege auf. Dabei hat die Haltetherapie bei den Autorinnen ein tiefes Verständnis für die Not und Verzweiflung in den Seelen vieler Kinder geweckt. Sie eröffnet einen unmittelbaren Zugang zu deren Anliegen. Den Eltern bietet sie die Möglichkeit aktiver Teilnahme bei dem Bestreben, die Bindung zu ihrem Kind wiederaufzubauen und zu stärken.

Anschriften der Verfasserinnen:

Monika Zollmann
Psychologische Psychotherapeutin
Wilhelmstr. 54
52070 Aachen

Dr. med. Eva-Maria Spormann
Kinderärztin
Kinder- und Jugendpsychiaterin
Hauptstr. 112
58332 Schwelm

Tel. 0241/22667
www.zollmann-aachen.de
e-Mail: monika.zollmann@t-online.de

Tel. 02336/83793
www.haltetherapie.de