

Monika Zollmann

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

Erschienen im Psychotherapeuten FORUM, Heft 05/2003

Zusammenfassung:

Im vorliegenden Fallbericht wird eine erfolgreiche und praktikable Bindungstherapie, die Haltetherapie, bei einem 4.1 Jahre alten Mädchen mit einer reaktiven Bindungsstörung mit beginnender enkopretischer Symptomatik vorgestellt. Die Haltetherapie kann mit verschiedenen Therapieverfahren kombiniert werden.

Einsatz der Haltetherapie in einer kindertherapeutischen Praxis

Je mehr wir, 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 kindertherapeutischen Praxis durchzuführen. Im vorliegenden Bericht stellt die Autorin die Haltetherapie als eine erfolgreiche Möglichkeit der Bindungstherapie vor, die mit den verschiedensten therapeutischen Verfahren verbunden werden kann. Sie kombiniert die Haltetherapie, im vorliegenden Fall mit verhaltenstherapeutischer Erziehungsberatung, kognitiv-emotionaler Umstrukturierung von Schuldgefühlen und hypnotherapeutischer Körperarbeit der Mutter.

Ausgehend von verschiedenen Wurzeln (R. Zaslav 1965, M. Welch 1978, N. Tinbergen 1981), 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 Therapeutinnen und 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 wieder neu gespürt und ausgedrückt werden. Elternteil und Kind können sich wieder anschauen, aushalten, liebhaben und sich aneinander freuen.

Dieser Prozess kann in einer oder mehreren Sitzungen geschehen. Die Therapeutin / der Therapeut leitet an und begleitet in die "tiefen Strudel" der Gefühle, indem sie/er Elternteil und Kind verbal anleitet. Sie/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 die jeweilige Therapeutin / der 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.

Im vorliegenden Fallbericht wird die Haltetherapie in einem von mehreren möglichen Therapiesettings dargestellt.

Fallbericht eines Kindes mit reaktiver Bindungsstörung und beginnender enkopretischer Symptomatik

Die Eltern A. meldeten sich mit ihrer Tochter (4,1 Jahre), Einzelkind, mit folgenden Symptomen:

- Sie habe Angst vor dem alleine sein,
- Sie klammere sehr stark und lasse die Mutter nicht alleine.
- Bei der Mutter diskutiere sie immerzu und tue nicht das, was diese ihr sage.
- Sie halte ihren Stuhl bis zu einer Woche fest und gehe nicht auf die Toilette, wolle keine Windeln, sondern mache ihren Stuhl draußen in einer Ecke in die Hose und melde sich dann bei der Mutter.
- Sie traue sich körperlich wenig zu, zum Beispiel Rutschen. Sie habe auch als Kleinkind noch nie am Vater geturnt. Sie könne den Vierfüßlergang nur schwer bewerkstelligen, traue sich nicht zu fallen und klettere daher wenig.
- Sie brauche bei den Mahlzeiten sehr lange, circa eine dreiviertel Stunde, bis sie ihren Teller leer gegessen habe, kaue sehr lange und trödle herum,
- Im Außenbereich habe sie ein schlechtes Selbstbewusstsein, sei sehr schüchtern und zurückhaltend.

Alles in Allem erlebe sich die Mutter als völlig überanstrengt und werde immer mehr von Inkompetenzgefühlen, Hilflosigkeit und Verzweiflung überwältigt. Der Vater fühle sich ebenfalls unangemessen belastet.

Vorgeschichte:

Beide Eltern (32 und 33 Jahre) arbeiten im sozialen Feld und waren bereits mehrere Jahre verheiratet, als die Mutter schwanger wurde. Es handelte sich um eine problematische Schwangerschaft.

Ab der 20. Woche lag Frau A. dauerhaft im Krankenhaus mit Placenta-Insuffizienz.

Sie hatte in dieser Zeit viel Angst und Stress um das Kind. Es wurde dann fünf Wochen zu früh, aber normal geboren und musste sofort für zwei Wochen in den Brutkasten, wo es mit Infusionen behandelt wurde. Frau A. durfte es immer wieder auf der Frühgeborenenstation besuchen und kurz auf den Arm nehmen.

Nachdem sie aus dem Krankenhaus entlassen worden war, schrie ihre Tochter ca. elf Monate lang täglich sieben bis zehn Stunden. Sie konnte nur 20 bis 30 Minuten durchschlafen. Die Mutter konnte sie nicht beruhigen. Die Eltern probierten alles und wurden mehrfach beim Kinderarzt vorstellig, der ihre Not nicht ernst nahm und sie nur vertröstete. Ein Anruf bei einer Schreiambulanz führte zum gleichen Ergebnis.

Auf Grund der Überforderungssituation und des eigenen Schlafmangels entwickelte die Mutter ein starkes Erschöpfungssyndrom mit zunehmenden auf das Kind bezogene Tötungsfantasien, um dem Gefühl des Überfordertseins und der Ohnmacht zu entgehen. Da sie über eine gesunde Persönlichkeit mit Ich-Grenzen verfügt, war es ihr immer wieder möglich, jeden dieser Impulse zu unterdrücken.

Mit Hilfe des Vaters, der über das normale Maß hinaus steuernde und unterstützende Funktionen übernahm, gelang es ihr, diese Zeit durchzustehen.

Als das Kind ein Alter von zehn Monaten erreicht hatte, waren die Eltern fast entschlossen, ihr Kind mit Hilfe des Jugendamtes in eine Pflegefamilie zu geben, da sie keine Möglichkeit mehr sahen, ihre Tochter zu beruhigen. In ihrer Not wandte sich die Mutter noch einmal mit Nachdruck an ihren Hausarzt, der sie und ihr Kind zu einer klassischen Homöopathin überwies.

Auf Grund einer wirkungsvollen homöopathischen Behandlung, in deren Rahmen eine Engiftung der in der Schwangerschaft eingesetzten wehenhemmenden Mittel erfolgte, begann das Kind erstmalig durchzuschlafen, sodass von da an eine generelle Entspannung eintrat.

Auch die Eltern konnten wieder durchschlafen, und ihr Leben begann sich zu normalisieren.

Auf die Mutter wirkten die ersten elf Lebensmonate des Kindes wie ein Horror-Szenario. Sie leidet noch heute unter Schuldgefühlen, dass sie keine gute Mutter sei, und versucht deshalb, ihrer Tochter an vielen Stellen nachzugeben. Bei dem Mädchen fällt weiterhin auf, dass sie sich fast ununterbrochen an die Mutter klammert und im Kindergarten nur schwer Kontakt findet. Dennoch ist sie dort nicht besonders auffällig.

Diagnostik:

Die Therapeutin hatte in zwei Spielstunden das Kind kennen gelernt. Es stellte sich als ein schüchternes, zurückhaltendes Mädchen dar, das sich anfänglich sehr an die Mutter klammerte, später jedoch auf die Spielangebote der Therapeutin eingehen konnte. Hervorzuheben ist, dass sie die Macht verkörpernden Puppen, wie Krokodil, Monster und Räuber, sehr interessierten und sie gerne Verfolgungsspiele mit ihnen spielte. Zum anderen wurde eine motorische Unsicherheit deutlich (Vierfüßlergang).

Hypothese:

Die Therapeutin bewertete das Ganze – die Symptomatik des Mädchens – als Folge einer frühkindlichen Bindungsunterbrechung. Zunächst war die Mutter auf Grund des langen Krankenhausaufenthaltes sehr verunsichert und darüber hinaus in ihren mütterlichen Instinkten irritiert.

Außerdem erlebte das Kind über den Brutkasten eine zweiwöchige Trennung und konnte somit an den unmittelbaren Körpererfahrungen seiner Mutter nicht teilhaben, was wiederum beide irritierte. Die langen Schreiphasen, verbunden mit massiven Insuffizienzgefühlen der Mutter, ließen keine stabile Bindung aufkommen, so dass die Tochter versuchte, durch ständiges Klammern die mütterliche Bindungsschwäche zu kompensieren. Daraus entstand ein Teufelskreis, der wiederum zu einem inneren Rückzug der Mutter führte und damit das Klammern des Kindes verstärkte.

Im Rahmen meiner kindertherapeutischen Behandlung schlug ich den Eltern die Haltetherapie vor und erklärte ihnen diese ausführlich, ebenso die notwendigen therapeutischen Vorarbeiten.

Behandlungsschritt 1: Erziehungsberatung

Es fanden mehrere Sitzungen mit verhaltenstherapeutischer Erziehungsberatung der Eltern statt. Die Mutter konnte die Diskussionen um die alltäglichen Dinge, wie Anziehen, Zähne putzen, Zimmer aufräumen, mit Hilfe von klaren eindeutigen Aufforderungen, verbunden mit Körper- und Blickkontakt, weitgehend reduzieren. Über ein Token-System wurde die Essenszeit um zwei Drittel auf ein kindgemäßes Maß verkürzt. Bereits über diese konsequente, haltgebende Erziehung begann sich die Tochter zu verändern, weil sie besonders bei ihrer Mutter Sicherheit fand.

Behandlungsschritt 2: Hypnotherapeutische Körperarbeit mit der Mutter

Zunächst stand die emotionale Stabilisierung der Mutter im Vordergrund. Die Autorin ging davon aus, dass die Mutter von der Trauer der langen Krankenhauszeit, der Verzweiflung und großen Kränkung der ersten elf Monate überschwemmt würde, wenn sie das Kind zur ersten Haltesitzung im Arm hielte. Dadurch könnte sie dem Kind keine stabile Bindung anbieten.

Deshalb wurde ihr vorgeschlagen, diese Zeit im Arm ihres Mannes unter angeleiteter Visualisierung noch einmal emotional durchzuerleben. Nach der kathartischen Entlastung könnten Ressourcen und positive Einstellungen geankert werden. Dies fand ihre Zustimmung.

Der Mann hielt seine Frau fest im Arm. Während der angeleiteten Visualisierung konnte sie sich an die Krankenhauszeit, ihre Not, ihre Sorgen und an die tief sitzende Angst, ihr Kind zu verlieren, erinnern. Ebenfalls konnte Frau A. ihren Mut, ihr Durchhaltevermögen und das Mitgefühl ihres Mannes nacherleben. Sie weinte beinahe die ganze Zeit hindurch.

Im Verlauf der Visualisierung erreichte sie den Punkt der Geburt. Im Gegensatz zum realen Erleben, als ihr die Tochter sofort entzogen und auf die Frühgeborenen-Station gebracht werden musste, war es ihr nunmehr möglich, von sich aus die mütterliche Bindung aufzubauen, indem sie eine Puppe als Ersatzobjekt in den Arm schloss. Diese positive Konnotation und Veränderung des erlebten Schreckens bewirkte eine Teilentlastung, ein tiefes Verstehen und Freude zwischen den Eheleuten. Im Anschluss an die Sitzung erkrankte Frau A. an einer Grippe, die homöopathisch behandelt wurde.

Im Rahmen der nächsten Elternsitzung sollte die Zeit nach der Geburt des Kindes aufgearbeitet werden. Angesichts der Frage, was für die Mutter der schlimmste Aspekt gewesen sei (Vorwegnahme der negativsten Kognition), schilderte sie erstmalig das Ausmaß ihrer Tötungsfantasien. Es wurde deutlich, dass sie sich wie eine verhinderte Kindsmörderin fühlte, die sich innerlich bereits verurteilt hatte und nur auf den äußeren Schuldspruch wartete. Um diese innere Schuld auszugleichen, gab Frau A. ständig ihrer Tochter in Diskussionen nach und versuchte herauszufinden, ob diese sie noch liebe.

In dem emotional sehr angespannten Gespräch bekannte sich die Mutter erstmalig zum Ausmaß ihrer Schuld, mit der sie sich selbst belastete. Je deutlicher wir jedoch den Unterschied zwischen Tötungsfantasien als letzte Fluchtmöglichkeit, um einen unerträglichen Zustand zu beenden, und vernichtenden Mordgedanken herausarbeiteten und somit ihre Impulskontrolle als Ressource umdeuteten, um so mehr konnte sie sich selbst frei sprechen.

Der Vater war in der Lage, die Tötungsfantasien als Not und Überforderung seiner Frau zu sehen, in denen keine Anteile von Vernichtungsabsicht enthalten waren. Er selbst hatte sie innerlich bereits frei gesprochen, da er in jener Zeit ihr enormes Bemühen erlebt hatte, ihre Impulse vollständig unter Kontrolle zu halten.

Erst nachdem die Mutter sich vergeben und sich frei gesprochen hatte, war es möglich, die erste Haltesitzung einzuleiten.

Behandlungsschritt 3: Haltesitzungen mit Mutter und Kind

Innerhalb der Spielstunden hatte das Mädchen so viel Vertrauen in das Setting gefasst, dass die erste Haltesitzung stattfinden konnte, woran auch der Vater teilnahm. Der Halteprozess wurde ihr im Puppenspiel symbolhaft vermittelt, und sie legte sich bereitwillig auf einer Matratze zu ihrer Mutter in den Arm. Beide lagen Bauch an Bauch. Die Mutter hielt das Kind, das seine Arme innen vor den Bauch gelegt hatte. Der Vater war wohlwollend und energetisch unterstützend zugegen ohne eine eigene Funktion auszuüben. Er reichte Taschentücher und wischte den Schweiß ab.

In der ersten Phase des zweistündigen Prozesses versuchte das Mädchen seine Kraft zu demonstrieren und die Mutter von der Matratze zu schieben. Je mehr es ermutigt wurde, seine Kraft zu zeigen, desto deutlicher konnte es die Stabilität seiner Mutter wahrnehmen. Dies wirkte wie eine innere Erlaubnis. Es begann zu weinen und zu schreien. So wurde viel von seiner inneren Not deutlich, "auf die Mutter aufgepassen zu müssen".

Die Mutter selbst wuchs im Laufe des Prozesses in eine zunehmend mütterliche Haltung hinein. Sie konnte das Kind gut und sicher mit archaisch unterlegten Bewegungsimpulsen halten. Nachdem das Kind sich etwas ausgeweint hatte, schaute es die Mutter an und fragte vorsichtig, ob es einschlafen dürfe. Die Mutter bejahte es ihr und innerhalb von drei Minuten war die Tochter zur Frühnachmittagszeit tief eingeschlafen. Die Mutter brach darüber in Tränen aus, weil sie genau das im ersten Lebensjahr des Mädchens nicht erlebt hatte. Es sei damals bei ihr im Arm nicht zur Ruhe gekommen und habe nicht einschlafen können. Auch in den späteren Jahren sei dies nur sehr selten geschehen. Während die Mutter weinte, schlief die Tochter weiter. Die Therapeutin ermutigte die Mutter, das Mädchen weiterhin liebevoll und eng bei sich zu halten und ihrem Schmerz über diese Zeit Ausdruck zu verleihen.

Nachdem auf diese Weise einige Zeit verstrichen war, stellte sich ein tiefes Glücksgefühl darüber ein, dass das Mädchen immer noch in ihren Armen lag und "sanft wie ein Engel schlief". Sie weckte es nach ungefähr zwanzig Minuten mit liebevollem Schmusen. Das Kind war zunächst noch fünf Minuten quengelig im Übergang vom Schlaf zur Wachphase und begann dann zusammen mit der Mutter ein angeregtes Spiel mit den Handpuppen, das auch den Vater einbezog. Sie verließen die Praxis glücklich – die Mutter sehr erschöpft, der Vater bewegt, das Mädchen "voller Saft und Kraft".

Später erkrankten beide, Mutter und Kind, an einer Grippe, die homöopathisch behandelt wurde. Die Therapeutin interpretierte diese Grippe als psychosomatische Reaktion auf den heftigen emotionalen Prozess.

Vierzehn Tage später fand die zweite Haltesitzung statt, aus Zeitgründen ohne den Vater.

Das Mädchen erschien strahlend und wollte gleich mit den Monstern gegen die Mutter kämpfen. Diese spielte eine Zeit lang mit ihr, sagte dann jedoch, dass jetzt wieder das Halten an der Reihe sei.

Das Mädchen legte sich bereitwillig zu seiner Mutter und diese wurde ermutigt, sich ganz auf sich und ihre Atmung zu zentrieren. Immer wieder wurden die alten Vorstellungen lebendig, sie könne ihre Tochter nicht beruhigen und sie "sei schuld". Je mehr sich die Mutter auf ihre Atmung konzentrierte, desto ruhiger und entspannter wurde das Mädchen. Es war wieder Nachmittagszeit, sie war hellwach erschienen, war nach fünf Minuten tief entspannt und dann fest eingeschlafen.

Die Mutter blieb bei der Zentrierung ihrer Atmung. Sie wurde über Visualisierung angeleitet, sich energetisch noch einmal ganz mit ihrer Tochter zu verbinden und somit die frühe Zeit der Bindungsunterbrechung aufzuheben. Zusätzlich wurden beide eng in ein Laken eingewickelt.

Die Mutter wurde immer ruhiger und offener. Es stellte sich ein tiefes Gefühl von Freude ein, während sie vollkommen entspannt, kurz vor dem Einschlafen, mit ihrer Tochter lag. Hier geschah etwas, das die Mutter nie zuvor erlebt hatte, nämlich dass ihre Tochter über eine Stunde ruhig schlafend eng in ihrem Arm liegen und sie spüren konnte.

Am Ende der Sitzung erhielt das Mädchen von ihr eine Körpermassage, die in ein Spiel überging. Dieser zweite Halteprozess dauerte ebenfalls zwei Stunden.

Die dritte Sitzung fand eine Woche später statt. Die Mutter berichtete, die Tochter werde viel selbständiger und esse schneller. Die Kindergärtnerinnen hätten bereits festgestellt, dass sie sich

positiv verändere.

In der Haltesitzung lag das Mädchen zunächst mit dem Gesicht in der Halskuhle seiner Mutter. Es wurde ermutigt, den Kopf so weit zur Mutter zu drehen, dass es sich nicht mehr mit den Augen im Raum "festhalten", sondern sich allein auf das Spüren, den Geruch und die Stimme seiner Mutter verlassen konnte. In diesem Prozess des sich Anvertrauens begann es wie ein Kleinkind zu lautieren und den Hohlraum der Halskuhle als Resonanzkörper zwischen sich und der Mutter zu spüren. Diese antwortete ihr im Baby-Talk.

Nachdem die Tochter sich zunehmend entspannt hatte und sicher fühlte, begann sie ca. 30 Minuten heftig zu weinen und drückte auf diese Weise viel von ihrem frühen Schmerz aus. Die Mutter konnte das Mädchen ermutigen, "es könne schreien, sie könne es aushalten und es sei bei ihr ganz sicher". Die Tochter weinte und schrie wie ein Kleinkind. Die Mutter konnte sie mütterlich souverän halten und ihrem Weinen zuhören. Nachdem die Tochter sich ausgeweint hatte, schlief sie wieder vertrauensvoll mit babyhaftem Gesichtsausdruck ein. Dies bewegte die Mutter derart, dass sie weinen musste. Die Therapeutin verdeutlichte, wie sehr das Mädchen sich auf seine Mutter eingelassen habe. Die Mutter konnte ihrerseits spüren, wie ihre Tochter sich weiter an sie schmiegte und im Schlaf völlig entspannt und vertrauensvoll in ihren Armen lag. Nun legte sie das schlafende Kind auf ihren Bauch. Um beide wurde eine Decke gelegt. Die Tochter schlief weiter, während die Mutter noch ihren eigenen Prozess durchlebte und dann immer mehr zur Ruhe kam.

Die Sitzung endete ebenfalls in einem Spiel. Ihre Dauer betrug etwa zwei Stunden.

Behandlungsschritt 4: Spieltherapeutische Integration

Eine Woche später stand die vierte Haltesitzung an, die völlig anders verlief. Die Therapeutin nahm die "gefährlichen" Puppen, also Krokodil, Löwe, Monster, Räuber zur Hand und bedrohte spielerisch das Mädchen, das sich laut quiekend zu seiner Mutter flüchtete. Diese beschützte es mit Worten und mit ihrem Körper "gegen alle bösen Tiere". Das Mädchen konnte sich immer weiter unter ihr zusammenkauern. Ihren Schutz nahm es quiekend und voll angespannter Erwartung hoch erfreut zur Kenntnis.

Zum Schluss traten alle Räuberpuppen in Massen auf, bedrohten die Tochter. Die Mutter "schützte sie wehrhaft und tapfer". Je mehr sie sich schützend über das Kind legte, je stärker es sich unter ihr zusammenkauerte, desto freudiger wurde es. Nach Beendigung dieser Spielsequenz war das Mädchen völlig überzeugt, dass ihre Mutter gut auf sie aufpasse. Danach äußerte es sein Bedürfnis, der Mutter zu zeigen, wie gut es mit den Monstern kämpfen könne. Erstmals stellte sich das Kind in einer spieltherapeutischen Sequenz mutig den "bösen Tieren", denen es nun tapfer entgegen treten konnte.

Damit war der haltetherapeutische Prozess zwischen Mutter und Kind abgeschlossen.

Behandlungsschritt 5: Haltesitzungen zwischen Vater und Kind

Es wurde verabredet, dass nun die Haltesequenz mit dem Vater beginnen würde. Die Mutter war nach vorheriger Absprache bei den Vater-Haltesitzungen nicht anwesend.

Diese bestanden aus zwei Sitzungen. In der ersten legte sich die Tochter Bauch an Bauch zu ihrem liegenden Vater, der eine Zeitlang brauchte, bis er sich mit seiner Tochter "zurechtgeruckelt" hatte. Je mehr sich der Vater entspannte und mit der Tochter verbunden fühlte, desto stärker begann die Tochter ca. eine Stunde lang zu weinen und zu schreien. Die jetzt entstehenden Assoziationen des Vaters gingen in das erste Lebensjahr seiner Tochter zurück und er konnte ihr eine sichere Bindung und zuverlässigen Körperkontakt anbieten.

Für den Vater bedeutete es eine Entlastung, dass die Tochter in seinen Armen schreien konnte, ohne dass er als Ehemann gleichzeitig nach seiner Frau schauen musste, ob diese es denn wohl

aushielte. Nachdem die Tochter lange geweint hatte, beruhigte sie sich von selbst, schlief zehn Minuten, wachte dann erfreut auf und begann mit ihrem Vater ein Gespräch. Sie sei jetzt so mutig und wolle ihm zeigen, wie sie mit den Monstern kämpfen könne. Sie nahm alle Monstertiere und begann den Kampf gegen ihren Vater, der allen Tieren wehrhaft "standhielt" und in keiner Weise von ihnen zu ängstigen war. Die Tochter nahm mit Genugtuung zur Kenntnis, was für einen starken zuverlässigen Vater sie doch habe.

Als der Vater eine Woche später zur nächsten Sitzung erschien, verkündete die Tochter stolz, "sie könne jetzt ihr Geschäft auf der Toilette erledigen". Dieses neue Verhalten hatten die Eltern, in Absprache mit der Therapeutin, mittels positiver Verstärker unterstützt. Der Vater berichtete, dass die Tochter begonnen habe, an seinem Körper zu turnen und viele motorische Übungen durchzuführen, die sie zuvor nie gemacht habe (Rolle vorwärts, Rolle rückwärts, unter/über Sessel krabbeln, auf Geräten herumturnen und ähnliches.)

Daraus wurde in der Sitzung ein Spiel, in dem die Tochter zeigte, wie gut sie an ihrem Vater turnen könne. Dies entsprach ungefähr einem Entwicklungsalter von anderthalb bis zwei Jahren – damals war die Tochter auf dem Boden der unsicheren Bindung zu ängstlich und daher motorisch gehemmt.

Die Therapeutin griff das Spiel auf und entwickelte in einer spieltherapeutischen Sequenz Ermutigungs- und Vertrauensspiele, die auf die Beziehung zwischen Vater und Tochter ausgerichtet waren. Dadurch ermutigt, sprang die Tochter von einem ca. 1,20 m hohen, in sich etwas wackeligen Schaumstoffblock, immer wieder dem Vater in die Arme, mit kurzen und weiten Sprüngen, mit geschlossenen und offenen Augen, vorwärts und rückwärts. Das Mädchen genoss dieses Spiel zunehmend und der Vater konnte sich nicht sattsehen an dem Vertrauen, das seine Tochter zu ihm entwickelte.

In der folgenden kurzen Haltesitzung lag die Tochter lange ruhig und entspannt beim Vater und "tankte" dessen körperliche Nähe, Energie und Wärme. Auch hier lauterte sie babyhaft, um den Resonanzkörper des Vaters zu erspüren. Danach war die haltetherapeutische Sequenz zwischen Vater und Tochter beendet.

Kontrollgespräch:

Das nach einem halben Jahr durchgeführte Kontrollgespräch ergab eine stabile Eltern-Kind-Beziehung und einen unauffälligen Entwicklungsverlauf. Eine Überprüfung der Grobmotorik des Mädchens in einem nahegelegenen sozialpädiatrischen Zentrum ergab keinerlei Auffälligkeiten.

Die Rückmeldungen des Kindergartens waren positiv.

Literatur:

Anders / Weddemar: "Häute sch(ö)n berührt?" Borgmann Publishing, 2001

Brisch, Karl-Heinz: Bindungsstörungen. Klett-Cohen 2001

Dokumentation: 1. Internationaler Kongress „Festhalten“ in Regensburg 1989, Gesellschaft zur Förderung des Festhaltens als Lebensform und Therapie e. V., Telefon 0 83 95 / 93 42 29

Gebauer / Hüther: Kinder brauchen Wurzeln. Walter Verlag, 2001

Hannig, Brigitte: Die Festhaltetherapie, zu bestellen bei der Autorin, Telefon 0 21 02 / 39 95 32

Harms, Thomas (Hrsg.): Auf die Welt gekommen. Ulrich Leutner Verlag, 2000

Hollweg, Wolfgang H.: Von der Wahrheit, die frei macht. Matthes Verlag Heidelberg, 1995

Janus/Hailbach: Seelisches Erleben vor und nach der Geburt. Lingua med Neu-Isenburg, 1997

Oppl, Michel (Hrsg.): Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die klinische Praxis.

Franz-Bert Müller Verlag, 2001

Prekop, Jirina: Hättest Du mich festgehalten. Mosaik bei Goldmann Verlag, 1989 und 1999

Tinbergen E. A. und N.: Autismus, Parey, Berlin/Hamburg, 1984

Welch, M. G.: Das Mutter-Kind-Halten. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel, 1991

Zaslow R. W.: Z-Prozess-Beziehungstherapie. In: Corsini, R. J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Band 2, Weinheim/Basel, 1987, S. 1450 1473

Monika Zollmann

Jahrgang 1954, lebt seit 1997 in Aachen. Psychologische Psychotherapeutin, Therapieausbildungen in Psychodrama, Verhaltenstherapie für Kinder und Erwachsene. Vielfältige Weiterbildung im Bereich Gestalt-, analytischer Körper- und Casriel-Bonding-Psychotherapie und Psychotraumatologie.

Sieben Jahre psychologische Arbeit in einem Psychiatrischen Krankenhaus in den Bereichen Sucht und chronisch psychisch Kranke und Behinderte; vier Jahre Arbeit in der Leitung des psychologischen Dienstes einer Geistig-Behinderten-Einrichtung.

Seit 1987 Festhaltetherapie in Institutionen, seit 1990 in Familien, seit 1991 eigene Praxis für Kinder, Erwachsene und Familien u. a. mit der Haltetherapie.

Bis 2001 Mitarbeiterin von Dr. Jirina Prekop. Seit 2001 Entwicklung eines eigenen Ansatzes der Haltetherapie für therapeutische und beratende Berufe im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft "Haltgebende Erziehung und Haltetherapie".

Kontakt:

Praxis für Kinder- und Erwachsenenpsychotherapie

Monika Zollmann

Wilhelmstraße 54

52070 Aachen

Telefon: 0241/ 22 66 7

Fax: 0241/ 22 65 1

E-Mail:

monika.zollmann@t-online.de

Homepage:

www.zollmann-aachen.de

www.haltetherapie.de