

## Rückblick auf den Coaching-Prozess

### 1. Teil: Abhilfe für „Aufschieberitis“

Für die Akteurin war es wichtig, eine Lösung zu finden, die zu ihr passt, die sie mit einem guten Gefühl umsetzen kann. Im Rahmen des Focusing konnte die Akteurin ihre körperlichen Reaktionen deutlich wahrnehmen und nachspüren, was ihr tatsächlich weiterhelfen könnte und was eher nicht. Ebenso hilfreich war die Rückbesinnung auf die in ähnlichen Situationen gemachte Erfahrung, die ihr auch den Lösungsweg für die aktuelle Situation eröffnet hat. Die Mitschrift der geäußerten Gedanken und Gefühle ermöglichte einen genaueren Blick auf das Gesagte. Die Aufgabe, für sie wichtige Wörter und Sätze zu markieren und daraus einen Kernsatz zu bilden, half ihr dabei, das „Wesentliche“ zu erkennen und auf den Punkt zu bringen.

### 2. Teil: Konzeptentwicklung

*Die „öffnende“ Frage nach dem „noch nicht sagbaren Neuen“:*

Die Fragen nach dem, was an dem Thema interessiert, nach dem „noch nicht sagbaren Neuen“ eröffnen im ECC das freie Assoziieren zum Thema. So auch bei meiner Akteurin, der es an Ideen zum Thema nicht mangelte. Das Problem, das sie hatte, wurde für sie klarer durch die Wahrnehmung der körperlichen Reaktionen – das Gefühl von Anstrengung im Kopf, durch das Bild des „vorbeirauschenden Gedankenflusses“. Durch meine Mitschrift ihrer Ideen konnte sie sich ganz auf sich selbst konzentrieren. Das „Vorbeirauschen“ wurde durch das Festhalten auf Papier zum Stillstand gebracht und ermöglichte die spätere Weiterarbeit mit dem bereits Gesagten.

Auch hier half die Reduzierung der Fülle auf wesentliche Wörter und Halbsätze, die auf Post-its übertragen später am Flipchart zu einem Schaubild, das sozusagen den Kern des Erarbeiteten widerspiegelt, zusammengefügt werden konnten.

*Arbeit mit dem „Schwierigen“ – oft mehr oder weniger erkennbaren Widersprüchen (TAE Schritt 2):*

Um mögliche Hindernisse überwinden zu können, ist es hilfreich, diese sprachlich möglichst treffend zum Ausdruck zu bringen, wesentliche Begriffe und Worte näher in den Blick zu nehmen, zu klären, was genau damit gemeint ist. Oft steckt ein Widerspruch dahinter und die Entweder-Oder-Denkweise behindert das Denken in möglichen Lösungen, zu schnell werden mögliche Ansätze zu früh ausgeschlossen und nicht mehr weiterverfolgt. Der kleine „Trick“ versuchsweise das ODER durch ein UND zu ersetzen eröffnet neue Denkräume.

*Einsatz des „Konzeptdreiecks“ (TAE-Schritte 10 und 11):*

Ähnlich wie bei der Kernsatzformulierung geht es auch beim „Konzeptdreieck“ zunächst um das Herausfiltern des „Wesentlichen“ und um Sicherung der neu artikulierten Aspekte durch die Auswahl von drei Hauptbegriffen, die die Eckpunkte eines gedachten Dreiecks bilden. Sie bilden sozusagen das Fundament der eigenen Idee, die kon-

zeptionellen Grundpfeiler, auf denen alle weiteren Ideen systematisch aufgebaut und weiterentwickelt werden können. Mit der Frage nach dem, was die Eckpunkte verbindet, entsteht Kohärenz – „wie gehört das eine mit dem anderen zusammen?“. Meine Akteurin hat es beschrieben mit dem Gefühl: „Plötzlich finden die einzelnen Puzzleteile zueinander und werden zu einem stimmigen Bild“. Die Visualisierung in Form des Konzeptdreiecks ist ein Element, das als methodischer Schritt des ECC entwickelt wurde (Deloch, 2017). Durch das äußere Ordnen der Gedanken und Ideen kann auch innere Ordnung entstehen.

### Grundsätzliche Erfahrung mit der ECC-Methodik

Im Laufe dieses Coachingprozesses kamen nicht alle im ECC zur Verfügung stehenden Methoden zum Einsatz. Bei der Methodenwahl vertraue ich auf meine Intuition während des Coachingprozesses und setzte sehr gerne intuitiv eine Kombination von ECC-Methoden mit anderen Beratungs-/Coachingmethoden ein. Als besonders hilfreich für die Akteur\*innen hat sich für mich das Zusammenspiel von Innehalten, ermutigendem Zuhören und Mitschreiben erwiesen. So kann sich die Akteurin zunächst ganz auf sich, die eigenen Gefühle und körperlichen Reaktionen konzentrieren, und es ist schön für mich zu erleben, wie die methodischen ECC-Schritte Ideen zum Wachsen und Reifen bringen.

#### Literatur:

Deloch, H. (2017), Erlebensbezogen Denken, Coachen und Moderieren. Der Coachingansatz ECC-Erlebensbezogenes Concept Coaching. In: PERSON, Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung, Heft 2/2017: 120-131.

Deloch, H. (2010), Das Nicht-Sagbare als Quelle der Kreativität. E.T. Gendlins Philosophie des Impliziten und die Methode Thinking at the Edge. In: Tolksdorf, S. & H. Tetens (Hrsg.). In Sprachspiele verstrickt. Oder: wie man der Fliege den Ausweg zeigt. Verflechtungen von Wissen und Können. Berlin, New York: de Gruyter: 259-284.

Gendlin, E.T. (2004), Introduction to Thinking at the Edge. The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy 19 (1): 1-8.

Gendlin, E.T., M. Hendricks (2004), Thinking at the Edge (TAE). Steps. The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy Vol.19 (1):12-24.



Barbara Heine, Laufbahnberaterin ZML; Individualpsychologische Beraterin und Coach

*Kontakt:*  
barbara-beine@t-online.de

## Spieltherapie für eine Nierenpatientin Krankheitsbewältigung und Identitätsfindung

Kristin Balsler und Ulrike Hollick

**Zusammenfassung:** Der Artikel beschreibt die spieltherapeutische Begleitung eines Mädchens nach einer Nierentransplantation (Name und Alter des Kindes wurden zur Wahrung des Datenschutzes geändert). Er zeigt die Möglichkeit auf, durch das therapeutische Spiel Kinder in Phasen, die eine Lebensveränderung bedeuten, in ihrer Identitätsentwicklung und ihrem Selbstkonzept durch das hohe Maß an Symbolisierung und Ausdrucksmöglichkeit zu unterstützen. Der Text ist zugleich ein Plädoyer für die Notwendigkeit der Bearbeitung ihrer Krankheitsgeschichte und belastender Erlebnisse in spieltherapeutischer Begleitung für Kinder mit chronischen Erkrankungen.

Elise war zu Beginn der spieltherapeutischen Begleitung 13 Jahre alt und seit einem Monat zum zweiten Mal nierentransplantiert. Als Psychologin des kindernephrologischen Zentrums führte ich (Kristin Balsler) die spieltherapeutische Begleitung Elises im Rahmen der psychosozialen Betreuung der Familie durch.

### Anamnese

Die ersten sechs Monate ihres Lebens verbrachte Elise ausschließlich im Krankenhaus. Sie erlitt mehrere kardiorespiratorische Komplikationen, wurde über Sonde ernährt und bekam Bauchfelldialyse. In den folgenden zwei Jahren konnte die Bauchfelldialyse im häuslichen Umfeld täglich über Nacht durch die Eltern durchgeführt werden. Nach Komplikationen war dann die Hämodialyse in einem Kindernierenzentrum unumgänglich. In diesen ersten Jahren sei sie ein fröhliches, lustiges Kind gewesen. Die Sorgen haben jedoch immer überwogen. Elise habe spät mit Krabbeln, Laufen und Sprechen angefangen. Zahlreiche Therapien zur Entwicklungsförderung habe sie gerne wahrgenommen. Mit drei Jahren wurde Elise zum ersten Mal nierentransplantiert. Nach der Transplantation musste sie aufgrund von Komplikationen mehrere Monate in der Klinik bleiben. Im weiteren Verlauf stabilisierte sich ihr Gesundheitszustand etwas.

Dauerhaft leidet Elise unter einer Kehlkopflähmung, die dazu führt, dass ihre Stimme auffallend tief ist und immer wieder bricht. Elise spricht undeutlich, einige Laute kann sie nicht aussprechen. Sie erlitt bis zur Transplantation regelmäßig epileptische Anfälle. Neben einer mittelgradigen Intelligenzminderung zeigt Elise im Vergleich zu Gleichaltrigen auch Defizite im grob- und feinmotorischen Bereich.

Ab dem Alter von drei Jahren habe Elise den Kindergarten besucht. Dorthin sei sie immer gerne gegangen. Im Kindergar-

ten habe sie hauptsächlich alleine gespielt und keine stabilen Freundschaften entwickelt. Der Übergang vom Kindergarten in die Schule sei unkompliziert gewesen. Inzwischen habe Elise ein sehr gutes Verhältnis zu ihrem Lehrer und gehe sehr gerne in die Schule. Dort gelte Elise als besonders hilfsbereit.

Zu ihren drei älteren Brüdern habe Elise eine gute Beziehung. Es treten neben liebevollen Episoden mit Kuschneln und gemeinsamen Späßen jedoch auch grobe Konflikte auf. Elises Verhältnis zu ihrem Vater beschreibt die Mutter als besonders liebevoll und herzlich.

Elise beschäftige sich zu Hause gerne mit Playmobil. Sie spiele Rollenspiele mit dem überwiegenden Thema ihrer Erkrankung. Häufig sehe sie auch fern oder schaue sich Filme im Internet an. Auch hier interessiere sie sich besonders für medizinische Inhalte oder Arztserien. Die Mutter mache sich Sorgen, wenn Elise sich überwiegend mit diesen Themen beschäftige und versuche, solche Spiele einzuschränken.

Elise springe oft und gern im Garten Trampolin. Im Kontakt mit ihren jüngeren Cousins und Cousinen komme es meist zu Konflikten, die dazu führen, dass die jüngeren Kinder weinen, weil Elise zu grob mit ihnen umgehe, sie beschimpfe und beleidige. Elise sei hier sehr eifersüchtig. Liebevoll und interessiert verhalte sich Elise in Bezug auf Babys.

Elises Mutter fällt es schwer, die Einschränkungen ihrer Tochter als dauerhaft anzuerkennen und Elise so zu akzeptieren, wie sie ist. Insbesondere bezüglich der schulischen Leistungen und der sozialen Integration konfrontiert sie sie regelmäßig mit Anforderungen, denen sie nicht gerecht werden kann. Sie zeigt sich dann wenig geduldig und einfühlsam und wird leicht laut, auch in Gegenwart Dritter. Darauf reagiert Elise mit Beschimpfungen und Verweigerung.

Nach Jahren verschlechterte sich die Transplantatfunktion wieder, sodass Elise über ein Jahr hinweg wieder dialysepflichtig war, bis sie erneut transplantiert werden konnte. Die Monate an der Dialyse wurden für Elise zunehmend belastend, insbesondere durch die Einbußen an Lebenszeit und -qualität.

In den Monaten vor der Transplantation hatte sich Elises Verhalten sowohl zu Hause als auch in der Kindernierenambulanz zu den Hämodialyseterminen verändert. Sie war launischer geworden, wurde laut und beschimpfte vermehrt ihre Mutter sowie die Pflegenden. Es war oft nur mit viel Zureden möglich, sie zu motivieren, die notwendigen medizinischen Abläufe zuzulassen beziehungsweise entsprechend zu kooperieren. Dazu zählten im Kindernierenzentrum insbesondere das Im-Bett-Bleiben über die Dialysezeit von vier bis fünf Stunden pro Termin, das Blut-

druckmessen und das Tragen eines Mundschutzes beim An- und Abschließen. Die Mutter berichtete, zu Hause häuften sich Streit-situationen mit den älteren Brüdern aufgrund von Beschimpfungen durch Elise sowie verstärkte Konflikte bei krankheitsbedingten Einschränkungen der Trinkmenge und Ernährung. Elise schien ihr Anderssein durch die Krankheit vermehrt wahrzunehmen und verbalisierte auch ihren Wunsch nach Normalität. Insbesondere wollte sie jeden Tag zur Schule gehen, schwimmen gehen und keine Einschränkungen einhalten müssen.

Die Transplantation bedeutete für die Familie große Erleichterung und war mit überhöhten Erwartungen verknüpft, Elise könne nun endlich ein normales Kind sein. Als Nierentransplantat-trägerin nimmt sie täglich unter anderem mehrere Medikamente zur Immunsuppression ein und muss sich deswegen besonders vor Infektionen schützen. Die Sorge um den Erhalt des Transplantats ist bei Mutter und Tochter allgegenwärtig.

## Diagnostik

Elise ist mittelgradig intelligenzgemindert und zeigt Verhaltensauffälligkeiten sowie Schwierigkeiten beim Sprechen. Zudem wurde bei ihr eine grob- und feinmotorische Retardierung diagnostiziert. Ihr Sozialverhalten ist auch unter Berücksichtigung der Intelligenzminderung auffällig. Auf alltägliche Aufgaben reagiert sie häufig mit Verweigerung und Beleidigungen. Sie ist dauerhaft besorgt um ihren Gesundheitszustand und häufig traurig. Diese Symptome können im Rahmen einer Anpassungsstörung gedeutet werden. Es fällt Elise schwer, sich mit Gleichaltrigen oder jüngeren Kindern zu beschäftigen. Die Mutter-Kind-Beziehung ist geprägt durch eine starke Abhängigkeit Elises einerseits sowie andererseits zu hohen Anforderungen, wenig Feinfühligkeit und einen groben Umgangston seitens der Mutter.

## Störungsmodell

Elise spielt gerne mit Puppen und Playmobil Krankenhaussituationen nach. Dabei scheint sie sich phasenweise sicher und kompetent zu fühlen. Sie kennt auffallend viel medizinisches Vokabular sowie Abläufe im Krankenhaus. Selbstsicherheit strahlt Elise auch aus, wenn sie kleine haushälterische Tätigkeiten nachspielt. Sie macht mit Hingabe über Minuten das Puppenkrankenbett zurecht.

Ihr reales Selbstbild ist undifferenziert und kaum greifbar, scheint sie doch in vielen Situationen um ihre Wunschidentität zu kämpfen. Ihre Unsicherheit äußert sich in der weitgehenden Abhängigkeit von der Mutter, vielen rückversichernden Fragen und der häufigen Antwort „Weiß ich nicht“ auf verschiedenste Fragen, die an sie gerichtet werden. Oft gibt sie stereotype Antworten, orientiert sich an ihrer Mutter oder antwortet mit fragendem Ton „Ja?“ oder „Nein?“.

Am ehesten scheint sich Elise über ihre Wunschidentität zu definieren. In diesem Wunsch-Selbstbild zeigt sie sich unsicher,

verletzlich. Oft scheint sie ihre (Wunsch-)Identität vor ihrem Umfeld und vor zahlreichen Eingriffen durch grobe verbale Äußerungen und Verweigerung verteidigen zu wollen. Medizinische Interventionen und Einschränkungen bedeuten für Elise eine primäre Inkongruenz zu ihrer (Wunsch-)Identität. Elise wünscht sich, ein gesundes Kind ohne körperliche und geistige Einschränkungen zu sein. Sie möchte in die Schule gehen, Schwimmen, Lesen, Schreiben und Rechnen lernen. Dies verbalisiert sie deutlich. Elises Wünsche decken sich hierbei mit den ebenfalls wiederholt kommunizierten Wünschen ihrer Mutter. Es stellt sich also die Frage, in welchem Maße Elises Wünsche und ihr labiles Selbstbild zurückzuführen sind auf ihr unbefriedigtes Bedürfnis nach bedingungsloser Akzeptanz und Wertschätzung durch die Mutter. Wenn die Mutter Anforderungen an ihre Tochter stellt, die sie nicht erfüllen kann, löst dies bei Elise ein Gefühl des Versagens aus und verdeutlicht die Inkongruenz zu ihrem (Wunsch-)Ich. Elise scheint insgesamt ihre Umwelt nach der empfundenen Bedrohlichkeit in Bezug auf ihre (Wunsch-)Identität bzw. ihr Ideal-Selbst zu bewerten.

ÄrztInnen und Pflegepersonal scheint Elise überwiegend als bedrohlich wahrzunehmen, sie äußert sich immer wieder abwertend und beleidigend. Jüngere, gesunde Kinder nimmt sie ebenfalls als Bedrohung wahr und verhält sich ihnen gegenüber abfällig, als seien sie ein Spiegel ihrer eigenen Unvollkommenheit.

Durch ihre Mutter erfährt Elise eine stete, zuverlässige Begleitung, wenn auch der Umgangston zwischen den beiden meist grob erscheint. Der Vater und die Brüder stehen stabil im Hintergrund und zur erweiterten Großfamilie bestehen regelmäßige Kontakte. Elise erlebt insgesamt in ihrer Familie Kontinuität, Struktur und Sicherheit. Dieser Rahmen gibt ihr Halt.

Ihre Fähigkeiten zur Selbstregulation sind in alternativlosen Situationen bemerkenswert. So ist es niemals notwendig, Elise körperlich zu beschränken. Medizinische Interventionen lässt sie ohne körperlichen Widerstand über sich ergehen. Sie ist nicht schmerzempfindlich. Ihre Unlust und Wut äußert sie verbal. Angst scheint sie nicht zu empfinden. Trauer bringt sie meist nur zu Hause zum Ausdruck. Elise nimmt ihre eigenen Grenzen gut wahr und kann diese äußern. Gegenüber neuen Erfahrungen und unbekanntem Menschen reagiert Elise außerhalb des medizinischen Kontextes offen und interessiert. Sie ist mutig und unternehmungslustig und hat Freude an Bewegung. Elise sorgt sich sehr um das Wohl anderer. Sie verfügt über einen ausgeprägten Sinn für Ordnung und Sauberkeit. Sie beschäftigt sich gerne damit, Dinge zu sortieren, zu ordnen oder vorzubereiten.

## Therapieziele

Ziel der spieltherapeutischen Intervention war die Begleitung Elises bei ihrer Identitätsentwicklung, insbesondere vor dem Hintergrund der Lebensveränderungen nach kürzlich erfolgter Nierentransplantation. Elise sollte die Möglichkeit bekommen, ihr Selbstbild und Selbstbewusstsein zu stärken, sowie ihr Selbst-

konzept weiter zu definieren. Sie sollte Raum zur Bearbeitung ihrer Krankheitsgeschichte und belastender Erlebnisse erhalten.

## Beschreibung des Therapieverlaufs

### Eingangsphase

In den ersten beiden Therapieeinheiten bearbeitete Elise inhaltlich überwiegend das Ende ihrer Dialysepflichtigkeit durch die erfolgte Transplantation und ihren langen, hürdenreichen Schicksalsweg mit der Erkrankung.

### Ausschnitte aus der ersten Therapiestunde:

Nachdem Elise sich in der Playmobil-Ecke mit der Einrichtung des Krankenhauses beschäftigt hatte, nahm sie einen Mülleimer und leerte diesen in das große Müllauto. Sie fing an, mit viel Enthusiasmus die Krankenseinrichtung nach und nach in den Mülleimer zu werfen und diesen in das Müllauto zu entleeren. Sie sagte mehrmals: „Das brauchen die nicht mehr, das kann alles weg, alles in den Müll.“ Das Krankenhaus wurde bald vom Bagger abgerissen. Nachdem das Müllauto voll beladen war, ließ sie es wegfahren und baute eine lange Schlange aus den großen und kleinen Fahrzeugen. Vorne fuhr die Feuerwehr mit Blaulicht, danach ein Wohnmobil, bei dem sie betonte, dass es von einem Kind gesteuert werde, das keinen Führerschein hat, dann das volle Müllauto und einige kleinere Autos. Nun hängte Elise an die großen Traktoren Anhänger und stellte auch diese in die Autoschlange. Mehrmals schob sie zunächst das vorderste Fahrzeug ca. 20 cm voran und alle anderen nacheinander hinterher. Meine Frage, ob ich vorne schieben solle, verneinte sie entschlossen. Sie erklärte, dies sei ein Stau und die Autos können nicht weiterfahren. Dann begann sie die restliche Krankenseinrichtung auf die Anhänger der Traktoren zu laden. Dabei äußerte sie immer entschlossener, diese würde nun nicht mehr gebraucht und komme in den Müll. Zuletzt legte sie die Frau vom OP-Tisch mit der Trage auf den Behindertenparkplatz im Parkhaus. Im weiteren Verlauf bewegte sich die Autoschlange wieder Stück für Stück voran, die hinteren Autos freuten sich darüber. Doch bald ging es nicht mehr weiter, woraufhin die hinteren Autos anfangen zu hupen, zu fluchen und sich zu fragen, warum es nicht voran ginge. Elise sagte, sie wisse auch nicht, warum dort Stau sei. Ich kündigte ihr an, dass wir nun noch fünf Minuten Zeit hätten. Sie hob die Hände ans Gesicht und machte eine Geste, die Weinen darstellte. Nach kurzer Zeit nahm sie fünf große runde Heuballen aus dem Bauernhof und legte sie entschlossen vor das vorderste Fahrzeug. Deswegen konnten die Autos nicht weiterfahren! Als ich sie fragte, wie man nun das Problem mit den Heuballen lösen könne, sagte sie, das wisse sie nicht, und mach-

te keinerlei Anstalten, diese wegzuräumen. So schimpften die Autos noch etwas weiter und hupten. Sie fragte mit einem Blick auf die Autoschlange, ob wir nun Aufräumen würden. Ich bejahte ihre Frage und bot ihr an, die Spielmaterialien in der nächsten Stunde wieder so aufzubauen.

### Ausschnitte aus der zweiten Therapiestunde:

Elise sagte, sie wolle Einkaufen spielen. Ich sollte den Einkaufswagen mit der Puppe nehmen und etwas kaufen. Als Mutter mit Kind kam ich in den Laden und fragte, was es zu kaufen gäbe in diesem Geschäft. Elise schaute kurz nach den Kaufladenmaterialien. Anstatt mir zu antworten, sagte sie: „Kannst du bitte mal die Puppe ins Bett legen und hier rüberfahren mit dem Bett wie im Krankenhaus?“ Ich schob die Puppe mit dem Bett in die Playmobil-Ecke. Elise setzte die Puppe im Bett auf, mit Kissen im Rücken. Sie sagte ihr, sie müsse etwas essen und trinken, das sei wichtig für die neue Niere. Sie bereitete ihr in der Puppenküche Toast zu und wollte ihr mit der Flasche echtes Wasser geben. Die Puppe wollte jedoch nicht essen und trinken. Sie schimpfte und schmiss die Flasche und das Essen aus dem Bett. Elise schimpfte mit der Puppe und erklärte ihr, sie müsse essen, da das gesund für die neue Niere sei. Die Puppe drehte sich im Bett weg. Die Puppenmutter redete weiter auf sie ein. Elise gab der Puppe Spritzen. Nun wollte Elise die Puppe an die Dialysemaschine anschließen. Elise schaute zu mir und fragte mich, warum die Puppe so böse sei und nicht essen wolle. Ich wiederholte, die Puppe habe keinen Appetit und sei sauer, weil die Mutter wolle, dass sie dennoch esse. Die Puppe beschimpfte die Mutter schwer. Die Puppenmutter sagte, die Puppe sei asozial und wenn sie so weitermache, komme das Jugendamt. Elise schlug der Puppe mit einem großen Messer aus der Puppenküche auf den Kopf und sagte, sie blute nun, wir müssten den Notarzt rufen. Ich bestätigte sie und fügte hinzu, dass man Kinder nicht schlagen dürfe. Schnell verbesserte sie sich jedoch selbst und sagte, man dürfe nicht aus Spaß den Notarzt rufen, wir spielten ja nur. Ich sagte, wir könnten so tun, als ob wir den Notarzt riefen, im Spiel. Nun wollte sie, dass ich Liam, ihren Lieblingspfleger, anrufe. Ich bestärkte sie in ihrer Idee, Hilfe zu rufen, und benutzte das Kassiergerät der Spielzeugkasse, um den Anruf zu tätigen. Als ich Liam sagte, es gäbe hier im Spielraum einen Notfall, ein Kind sei geschlagen worden und blute stark, drückte Elise auf der Kasse aufgeregt auf den roten Knopf. Ich fragte sie, ob sie aufgelegt habe, was sie bejahte. Sie wolle Liam lieber nicht anrufen. Mir schien es, als wäre sie sich nicht sicher gewesen, ob ich Liam tatsächlich, also „in echt“, anrufen hätte. Der Puppe sagte sie, sie habe nun Trink- und Essverbot für die ganze Woche und müsse im Bett bleiben. Sie suchte etwas, um sie anzubinden, da wir nichts finden konnten, banden wir sie imaginär im Bett fest.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Einschränkungen der Nahrungsaufnahme und Bewegungsfreiheit aus medizinischen Gründen sind im Klinikalltag nicht ungewöhnlich. Sie dienen dazu, die Nierenfunktion zu kontrollieren und zu verhindern, dass Kinder sich Zugänge ziehen. Dies sind Situationen, die auch Elise während ihrer vielen Krankenhausaufenthalte erlebt hat. Was hier möglicherweise wie eine Bestrafung wirkt, ist wohl der Auseinandersetzung mit solchen Maßnahmen geschuldet, für die die Therapeutin bewusst Raum geben wollte und dies daher unkommentiert ermöglichte und zugleich nonverbal empathisch begleitete. Zugleich macht es deutlich, mit welchen ethischen Fragestellungen und Herausforderungen Therapeuten in diesem klinischen Setting mitunter konfrontiert sind.

## Mittlere Therapiephase

In der dritten bis neunten Therapieeinheit thematisierte Elise ihre Krankheitsgeschichte, den Alltag mit ihrer Erkrankung, insbesondere mit den Einschränkungen und gewaltvollen Erfahrungen als Patientin und Tochter. Sie arbeitete an ihrem Selbstkonzept, verbalisierte vermehrt Gefühle und Bedürfnisse und suchte einen Umgang mit dem Thema Sterben. Nach der coronabedingten Therapiepause wurden auch die Einschränkungen durch die Pandemie und der Umgang damit wichtiger Inhalt der Spiel-einheiten.

### Ausschnitte aus der dritten Therapiestunde:

Später spielte Elise mit dem Parkhaus. Dort beschäftigte sie sich lange mit dem Aufzug. Geschickt und geduldig ließ sie die Autos, die in einer Schlange warten mussten, hoch- und hinunterfahren. Ich verbalisierte dies und betonte ihre Geschicklichkeit und Geduld. Danach wollte Elise gerne mit den Rutschfahrzeugen auf dem Flur fahren. Sie entschied sich für das größere, nachdem sie äußerte, das Bobbycar sei für Babys. Das Fahrzeug gefiel ihr sehr, was sie mehrmals betonte. Es gelang ihr auf Anhieb, sich damit wackelnd fortzubewegen. Schnell fuhr sie mir voraus. Ich hob ihre Schnelligkeit und Geschicklichkeit hervor.

Als wir wieder im Spielraum waren, ging Elise zu den beiden Puppen. Sie fragte mich, ob sie die Puppe hauen dürfe. Ich paraphrasierte ihre Frage und betonte, dass wir hier ja nur spielen, sie die Puppe also hauen dürfe, man in echt aber nicht hauen dürfe. Die Puppe musste sich mehrmals übergeben. Sie meckerte und wurde von Elise beschimpft und auf den Kopf geschlagen. Sie sei jetzt tot. Im Bett deckte Elise die Puppe mit mehreren Decken zu, auch den Kopf. Die Kasse benutzte sie als Monitor und beauftragte mich, den Monitor zu überwachen, denn die Puppe müsse warm bleiben. Mehrmals wiederholte sie, die Puppe sei jetzt tot. Als ich äußerte, der Monitor zeige keine Herztöne mehr an, wiederholte sie, die Puppe müsse warmbleiben und brauche den Monitor noch.

### Ausschnitte aus der fünften Therapiestunde:

Elise holte den Arztkoffer und klebte der Puppe die Elektroden an. Sie fragte mich, ob wir die echte Dialysemaschine benutzen könnten und ob das Kind, was diese normalerweise benutzt, dann sterbe. Die Kasse fungierte nun wieder als Dialysemaschine. Die Puppe beschimpfte Elise, während sie sie medizinisch versorgte. Elise schaute mich an und sagte: „Das darf man nicht sagen, oder? Warum sagt die sowas? Ist aber nur im Spiel. Dumme Puppe!“ Ich fragte sie, ob die Puppe sauer sei, was sie bejahte. Mehrmals erklärte Elise heute, die Puppe sei nun gestorben. Im Spiel reagierte sie darauf entweder mit Beschimpfen der Puppe wie: „So, jetzt bist du tot, Puppe. Was machst du denn? Siehst du, jetzt bist du tot!“ oder mit Beten, wobei sie die Puppe aufbahrte, Besuch von der Tante und dem Onkel kam und sie sich mit gefalteten Händen vor das Bett stellte, zu Boden schaute und schwieg.

Jedoch endete die Situation jeweils damit, dass die Puppe wieder an die Dialysemaschine angeschlossen wurde oder eine andere medizinische Intervention durchgeführt wurde und die Puppe dann wieder lebte. Dieser Ablauf wiederholte sich mehrmals.

Später begann Elise eine sehr intensive Spielphase. Sie stellte eine Notfallsituation dar, in der die Puppe mit dem Bettchen mit viel Aufregung durch den Raum geschoben und auf den OP-Tisch gehoben wurde. Sie bekäme jetzt eine neue Niere. Ich sollte den Koffer mit der Niere vorsichtig bringen. Als ich dies tat, sagte sie mir, dies sei nun doch nicht die Niere. Dann bat sie mich, die Puppe wiederzubeleben. Als ich dies tat, würgte sie. Ich fragte sie, ob alles in Ordnung sei oder sie eine Toilette bräuchte. Sie antwortete, es ginge schon wieder, sie „kann das aber nicht sehen“. Ich bestätigte sie darin, dass dies eine sehr schlimme Situation sei. Wir machten eine Spielpause.

Als ich ihr ankündigte, unsere Spielzeit sei nun bald zu Ende, spielte sie nicht weiter. Sie fragte mich mehrmals, was nun mit der Puppe passiere, die ja nun hier liege. Ich versicherte ihr, wir könnten beim nächsten Mal an dieser Stelle weiterspielen, ich würde alles wieder aufbauen. Auf dem Weg zurück zum Kinder-nierenzentrum äußerte Elise, sie sei ganz aufgeregt, es sei sehr anstrengend gewesen. Ich bestätigte sie darin und fühlte, dass ich auch selbst die Spielsituation noch nicht ganz hinter mir gelassen hatte.

## Abschluss

In der letzten Therapieeinheit konnte Elise zum ersten Mal den Tod als endgültige Tatsache zulassen, ohne jedoch den Umgang mit dem Todesereignis weiter zu bearbeiten. Sie schien heute ein Ende unserer spieltherapeutischen Beziehung zu suchen.

### Ausschnitte aus der zehnten Therapiestunde:

Zurück im Spielraum, begann Elise, sich mit der Puppe zu beschäftigen. Sie spielte eine Notfallsituation nach und thematisierte dabei die PEG („perkutane endoskopische Gastrostomie“, d. h. ein endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen durch die Bauchdecke), Operationen, Blutdruck, Dialyse, Elektroden, Wiederbelebung, Sättigung und eine Uneinigkeit der behandelnden Ärzte. Während des Spiels malte Elise die Puppe mit einem Filzstift an und beleidigte mich. Als ich ihr sagte, dass ich traurig und ärgerlich würde, wenn sie mich beschimpfte, entschuldigte sie sich sofort. Zuletzt starb die Puppe unerwartet und plötzlich und wir ließen sie auf Elises Wunsch hin tot im Spielraum zurück. Auf dem Weg zurück ging Elise heute ausnahmsweise sehr langsam, schaute viel und fragte viel nach.

## Therapieergebnisse

Elise verhält sich nach Beendigung der Spieltherapie zu Hause ruhiger, sucht weniger Konflikte innerhalb der Familie. Sie erfährt Bestätigung über das Erledigen von Arbeiten im Haushalt,

was sie stolz und glücklich macht. Eine wichtige Rolle scheint hierbei auch der harmonisierende Effekt auf das Verhältnis zur Mutter zu spielen, von der sie hierfür viel Lob erfährt und die solche Leistungen mit Stolz vor Dritten berichtet.

Zu den Ambulanzterminen verhält sich Elise seit Ende der Spieltherapie weiterhin insgesamt widerwillig, dem Team gegenüber oft unfreundlich, ungeduldig und verständnislos in Bezug auf coronabedingte Hygieneregeln. Sie ist wütend, genervt und enttäuscht darüber, dass sie an diesen Tagen die Schule verpasst. Elise spielte in den Sommerferien häufig mit den Nachbarkindern im Pool. Dabei kam es immer noch zu Konflikten, die jedoch nicht mehr im Vordergrund der Wahrnehmung der Mutter zu stehen scheinen. Neuerdings darf Elise alleine im Ort Fahrrad fahren, worauf sie sehr stolz ist.

## Analyse nach dem Personzentrierten Störungsmodell

Der lange stationäre Aufenthalt und die zahlreichen medizinischen Interventionen von Geburt an bis zum Alter von sieben Monaten und die damit verbundenen Erfahrungen von eingeschränkter emotionaler Bedürfnisbefriedigung, Reizchaos sowie Nicht-Respektieren kindlicher Grenzen und Unberechenbarkeit haben Elises Selbstentwicklung unvermeidlich beeinflusst. Als Folgen dieser Phase ist erkennbar, dass Elise die Welt häufig als feindselig und bedrohlich wahrnimmt und unsicher ist hinsichtlich der Unterscheidbarkeit eigener und fremder (vor allem mütterlicher) Impuls- und Affektanteile.

Insbesondere die komplikationsreiche erste Nierentransplantation Elises im Alter von drei Jahren, die einen monatelangen Krankenhausaufenthalt notwendig machte, beschreibt die Mutter als besonders einschneidend und belastend. Es war Elise zu dieser Zeit nicht möglich, Autonomie zu entwickeln, sie war vollkommen abhängig von ihrer Mutter und den BehandlerInnen. So konnte sie kein gefestigtes inneres Bild von sich und auch ihren Bezugspersonen entwickeln, die häufig wechselten, da die Mutter zu Hause auch die Brüder versorgen musste. Auch im Voraus an der Hämodialyse erlebte Elise einerseits große Einschränkungen autonomer Tendenzen aufgrund der erforderlichen Vorsicht an der Dialyse und beim Leben mit dem Katheter. Andererseits war sie schon früh gezwungen, auch ohne die Mutter Zeit im Krankenhaus zu verbringen und emotional eigenständig zu sein. Sie fügte sich, lernte Impulse zu unterdrücken und verblieb in der Abhängigkeit von ihrer Mutter.

Mit zwölf Jahren musste Elise nach Verlust der Transplantatfunktion erneut mit der Hämodialyse beginnen. Wieder war sie verstärkt abhängig von den BehandlerInnen und ihrer Mutter und musste zahlreiche Einschränkungen einhalten. Darauf reagierte sie mit zunehmendem Alter und Beginn der Pubertät mit verbaler Aggressivität und Verweigerung und versuchte so ihre Autonomiebestrebungen zu verwirklichen. Diese Symptome können als neuer, dysfunktionaler Bewältigungsversuch angesehen werden.

In der Spieltherapie konnte Elise Erlebnisse (medizinische Interventionen, gewaltvolle Erfahrungen, Krankheit, Einschränkungen, Wartezeiten) und Verhaltensweisen (Schlagen, Beleidigen, mit der Puppe spielen, Playmobil spielen, Rutschfahrzeug fahren, Beobachten, Kochen, Versorgen) durch die Aktualisierungstendenz und die Selbstaktualisierungstendenz in einem geschützten Rahmen für sich neu bewerten. Dabei konnte sie ihr Selbstkonzept weiter definieren. In der Realität baute sie funktionale Verhaltensweisen (im Haushalt helfen, draußen spielen allein und mit anderen Kindern, Lesen und Schreiben lernen) aus und entwickelte neue Möglichkeiten, ihr Selbstkonzept und die positive Beachtung durch ihre Mutter als Bezugsperson zu erhalten.

Die Therapieziele der Begleitung Elises bei ihrer Identitätsentwicklung, Stärkung von Selbstbild und Selbstbewusstsein sowie Definition des Selbstkonzeptes scheinen erreicht worden zu sein. Elise konnte die Spieltherapie gut als Raum zur Bearbeitung ihrer Krankheitsgeschichte und belastender Erlebnisse nutzen.

Die intensive Teilhabe an diesem Prozess hat mich zutiefst berührt und beeindruckt.



M. Sc. Psych. Kristin Balsler, Psychologin Psychosozialer Dienst Kinderklinik Marburg und KfH Kindernierenzentrum Marburg

Kontakt: [Balsler.Kristin@gmail.com](mailto:Balsler.Kristin@gmail.com)



Ulrike Hollick, Psychologische Psychotherapeutin, eigene Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Lehrbeauftragte der Philipps-Universität Marburg, Ausbilderin in Personenzentrierter Beratung mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen (GwG), Ausbilderin in Personenzentrierter Familienberatung / Familientherapie (GwG), Supervisorin (DGSv)

Kontakt: [praxis-hollick@web.de](mailto:praxis-hollick@web.de)