

Katja Subellok & Ilka Winterfeld

# Safe Place in der Kindertherapie

Viel mehr als „nur“ Häuser bauen

## Unverzichtbar für alle Menschen: ein sicherer Ort

Bindung ist ein menschliches Grundbedürfnis. Kontinuierlich sind wir bestrebt, die Nähe zu bedeutungsvollen anderen Personen aufrechtzuerhalten. Sind Situationen verunsichernd, so wird das (kindliche) Bindungsverhalten aktiviert und Sicherheit gesucht. Nur auf einer hinreichend guten sicheren Basis können Kinder explorieren und sich uneingeschränkt sozial-emotional und kognitiv entwickeln. Über die Interaktion mit seinen Bindungspersonen lernt das Kind Modelle, wie es sich selbst wahrnimmt und mit der Umwelt in Kontakt treten kann (Gahleitner et al. 2013). Zunehmender kann es sich selbst seinen sicheren Ort schaffen.

Auch als Erwachsene gestalten wir diesen Ort intuitiv. Etwa arrangieren wir im Hotelzimmer so lange private Utensilien, bis es „unser“ Zimmer wird. Wir spüren den *Safe Place* als abgegrenzten Raum, in dem man sich allein und unbeobachtet, doch gleichzeitig beschützt und von außen ungefährdet fühlt (Katz-Bernstein 1996). Aus diesem Selbstkontakt heraus können wir stimmig mit anderen in Kontakt treten.

**ZUSAMMENFASSUNG.** Idee des *Safe-Place*-Ansatzes in der Kindertherapie ist es, Verpasstes aus einzelnen Entwicklungsphasen auf der Basis einer sicheren und sichernden therapeutischen Beziehung im geschützten Raum nachzuholen. Die neuartigen Beziehungserfahrungen können nachhaltig zur Neustrukturierung des Selbstkonzeptes genutzt werden. Skizziert werden theoretische Grundlagen, didaktisches Vorgehen sowie Kernelemente des *Safe Place* als Haltungsprinzip.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** therapeutische Beziehungsgestaltung – selektiver Mutismus – Kindertherapie

Kinder ohne einen inneren sicheren Ort haben (noch) kein Gefühl für sich selbst entwickelt. Sie erscheinen uns als verunsicherte Kinder, die anderen nicht vertrauen und sich selbst nichts zutrauen. Kinder mit beeinträchtigten (Körper-)Wahrnehmungsempfindungen wirken desorientiert. Andere Kinder kommen nicht zur Ruhe, sind nur im Außen. Und wieder andere passen sich aus Sorge, etwas falsch zu machen, extrem an.

Allesamt können diese Kinder nicht uneingeschränkt in Beziehung zu anderen Menschen gehen, weil sie sich selbst noch nicht (stabil) entdeckt haben. Hierzu zählen insbesondere Kinder mit selektivem Mutismus, auch solche mit Sprachentwicklungsstörungen.

## Das *Safe-Place*-Konzept

*Safe Place* ist ein bekanntes Konzept in der Psychotherapie. Es wurde von Katz-Bernstein (1996) für die Kinder(psycho)therapie resp. die Mutismustherapie didaktisch konkretisiert (Katz-Bernstein 2019) und von Subellok et al. (2012) weiterentwickelt (Bahrfeck et al. 2017).

Grundlegende Idee des *Safe-Place*-Konzepts ist es, versäumte Entwicklungserfahrungen – etwa sichere Bindungen und/oder Modelle für gelingende Interaktionen mit anderen – im geschützten Raum nachzuholen. Zentral dafür ist eine verlässliche und haltende Beziehung zu einer erwachsenen bedeutsamen Person (TherapeutIn), die als alternatives Modell zu den bisherigen Beziehungserfahrungen fungiert. Neue sichere Begegnungen eröffnen den Raum zum Ausprobieren und schlussendlich für Veränderungen resp. eine Neukonstruktion des kindlichen Selbstkonzeptes: *Ich bin Ich! Ich bin toll! Ich bewirke etwas beim anderen!*

Mit dem *Safe Place* wird also über die (therapeutische) Beziehungsgestaltung der Rahmen für neuartige Erfahrungen und Selbstwirksamkeitserlebnisse in der Interaktion geschaffen. Hierüber gelingt eine Verbindung von *Innen* (Gefühle, Individualität, Persönlichkeit, Intuition) und *Außen* (aktueller Kontext, soziale Gemeinschaft, Einbezug (Abb. 1)). Das Kind kann spüren, was es (gerade) möchte und nicht möchte ...

Abb. 1. Das *Safe-Place*-Modell



## Mein Haus, dein Haus und der Raum dazwischen

Methodisch wird der *Safe Place* durch Häuserbau umgesetzt (Katz-Bernstein 1996). Hierüber kann gerade in der Initialphase der Therapie besonders gut das Gefühl eines sicheren Ortes symbolisiert und in der Beziehung erfahrbar gemacht werden.

- Kind und TherapeutIn bauen ein Haus ganz für sich allein!** Das Kind muss sein Haus alleine gestalten! Es soll *sein* Haus/ *Safe Place* sein! Das beginnt mit der Platzwahl im Raum, der Auswahl von Schaumstoffelementen, Kissen, Tüchern, Seilchen und Spielutensilien (Abb. 2). Die TherapeutIn und eine Handpuppe (je nach Alter „Schneck“ oder eine Menschenpuppe) bauen sich ihr eigenes Haus. Falls Kinder mit dieser Aktion überfordert sind, können im Gespräch mit der Handpuppe indirekt Modelle gegeben werden: *„Schneck, wir holen uns mal einen schönen gelben Stein und nehmen den als Tür ...“* oder etwas direkter *„Ob der Manuel wohl auch gerne einen gelben Stein hätte? Nein, ich glaube, der mag lieber grün. Dann bringen wir ihm mal einen grünen und schauen, ob er ihn nimmt.“*
- Wir besuchen uns in unseren Häusern.** Als oberstes Prinzip gilt: Abgrenzung ist erwünscht! Die Kinder spüren und entscheiden selbst, ob sie TherapeutIn und Schneck ihre Tür öffnen wollen – oder nicht. Manchmal bedarf es mehrerer Kontaktversuche, und das ist gut! Jedes *Nein* – auch wenn nicht explizit geäußert – wird akzeptiert und positiv konnotiert: *„Schneck, der Manuel möchte gerade nicht mit uns spielen. Vielleicht schaut er gerade fern. Wir probieren es später noch einmal.“* Das Kind erfährt, dass seine (Häuser-)Grenzen nicht überschritten werden. Und umgekehrt werden TherapeutIn und Schneck ihr Haus verteidigen, sollte ein Kind übergriffig agieren.
- Wir spielen zusammen, wann und wo wir es wollen!** Nach dieser Phase der (vorsichtigen) Annäherung und Abgrenzung sind die Beziehungen dahingehend „geklärt“, dass das Kind den Therapieraum als sicheren Ort und die TherapeutIn als Person wahrnehmen kann, von der keine Gefahr ausgeht. Jetzt kann gemeinsam die Zeit gestaltet werden, allerdings immer nur solange, wie alle einverstanden sind! Das Kind wird sich nur dann als selbstwirksam erleben können, wenn auch hier seine Grenzen gewahrt werden.

Die Wirkung dieses Vorgehens liegt auf der Hand. Über den Häuserbau werden Beziehungsmerkmale und -qualitäten symbolisiert und für die Kinder konkret erfahrbar gemacht.

Abb. 2: Sophias Haus (Name geändert)



Durch „ihr“ Haus erleben sie einen Schutzraum mit sicheren Grenzen, sie müssen sich der Außenwelt nicht länger ausgeliefert fühlen. Sie erfahren das Gegenüber als verlässlich und fühlen sich deshalb frei, einfach nur zu beobachten, sich quasi mit Erlaubnis „zu verweigern“. Entspannter und im Kontakt mit sich selbst können sie dann experimentieren, wie viel Nähe zugelassen oder auf Distanz gegangen wird. Selbstwirksam erleben sie, wie sie im eigenen Tempo die Interaktion mit einer fremden Person steuern können.

Über die symbolischen Handlungen kann die Beziehung fortlaufend überprüft werden. Etwa gibt es Kinder, die ihre Häuser im Raum sukzessive vergrößern, sodass kaum Platz für das zweite Haus bleibt. Andere Kinder wollen Schneckis Haus zerstören, was natürlich nicht zugelassen wird. Sie bringen damit zum Ausdruck: *Kann ich dir wirklich vertrauen? Nimmst du mich auch mit meinem Expansionsverhalten und meiner Aggressivität an?* Wenn das Verhalten nicht sanktioniert, sondern den Kindern Zeit zur Erlangung ihrer Sicherheit gegeben wird, kann eine wertvolle Beziehungskontinuität entstehen. Diese wird dann nachhaltig in der Sicht auf sich selbst verinnerlicht (Selbstkonzept).

Das Häuserspiel symbolisiert noch eine weitere elementarere Erfahrung: *In meinen inneren Raum darf niemand rein, sofern ich es nicht zulasse. Hier fühle ich mich stark. Gleichzeitig gibt es einen äußeren Raum, die soziale Welt. Daran kann ich teilhaben, wenn ich es möchte und schaffe. Und ich kann jederzeit zurück in meinen sicheren Ort.* Ein ausgewogenes Oszillieren zwischen Rückzug und Gemeinschaft, zwischen individuellem und sozialem Raum bleibt Lebensaufgabe.

## Safe Place als Haltungsprinzip

Die schönsten Häuserbauaktionen und das therapeutische Vorgehen insgesamt werden in der Tiefe nur dann Wirkung zeigen, wenn sie auf einer Haltung des *Safe Place* basieren. Diese lässt sich über vier Aspekte grob skizzieren.

- Ausgangspunkt: Verstehen und Akzeptanz**  
 Das Symptom wird als sinngebende Verhaltensweise im aktuellen Lebenskontext verstanden und nicht als Störung, die behoben werden muss. *„Ja Schneck, der Manuel spricht noch nicht mit uns, weil er uns noch gar nicht so gut kennt! Er kann sprechen, doch mit uns tut er das noch nicht.“* Mit Gelassenheit wird vermittelt: Es ist alles okay, wie es ist, und du bist okay so.
- Anpacken und Struktur geben**  
 Gerade schweigende Kinder wollen Hilfe, weil sich viele Menschen ohnmächtig gegenüber ihrem Schweigen fühlen. Deswegen muss gleichzeitig eine Entwicklungsperspektive aufgezeigt werden: *Ich weiß, wie ich dir helfen kann. Wir können ganz viele Dinge zusammen ausprobieren.*
- Eigenregulation**  
 Die Verantwortung für das Vorgehen im Einzelnen wird immer wieder an das Kind zurückgegeben: *Ich kann dir Angebote machen, doch du musst selbst entscheiden, was der richtige Weg für dich ist!* Das Kind kann also wählen und muss für sich herausfinden, was es wirklich möchte. Nur so kann es sich als selbstwirksamer Akteur erleben.

- **Verlässlichkeit und Durchhaltevermögen**  
Therapeutische Zuversicht ist gerade bei Stagnationen oder langwierigen Therapieverläufen ein wichtiger Anker. Wenn die Kinder womöglich schon selbst nicht mehr an sich glauben, gibt es immerhin eine verlässliche Person, die einen Fortschritt in Aussicht stellt.

## Unverzichtbar: *Safe Place* für TherapeutInnen

Erschöpfte Fachpersonen können für kein Kind einen sicheren Ort schaffen, wenn der eigene (gerade) fehlt. Diesen (wieder-)herzustellen ist zwingender Teil eines verantwortungsvollen professionellen Handelns. Wege dafür gibt es viele, vom kollegialen Austausch über Supervision bis hin zum Retreat mit Meditation und Bewegung. Und es bleibt schlussendlich in der eigenen Verantwortung genau das herauszufinden, was (mir) hilft!

### SUMMARY. *Safe Place* in child therapy is more than „just“ building houses

The *Safe Place* approach in child therapy focuses on experiences in childhood development based upon a safe and trusting therapeutic relationship in a protected space. New experiences can help the child to re-organize his or her self-concept. The article describes theoretical foundations, didactic procedures as well as core elements of the *Safe Place* as a principle of attitude.

KEY WORDS: therapeutic relationship building – selective mutism – child therapy

## : LITERATUR

- Bahrfeck, K., Subellok, K. & Starke, A. (2017). Selektiver Mutismus. In: Mayer, A. & Ulrich, T. (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (472-511). München: Reinhardt
- Gahleitner, S.B., Katz-Bernstein, N. & Pröll-List, U. (2013). Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Resonanzen* 1 (2), <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/237> (25.07.2021)
- Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des „Safe Place“. In: Netzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie* (111-141). Paderborn: Junfermann
- Katz-Bernstein, N. (2019). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik und Therapie*. München. Reinhardt
- Subellok, K., Katz-Bernstein, N., Bahrfeck-Wichitill, K. & Starke, A. (2012). DortMuT (DORTmunder-Mutismus-Therapie): Eine (sprach-)therapeutische Konzeption für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. *L.O.G.O.S interdisziplinär* 20 (2), 84-96



**PD Dr. habil. Katja Subellok** (Diplom-Pädagogin, Sonderpädagogin, Sprachtherapeutin, Gestalttherapeutin) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Sprache und Kommunikation der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der TU Dortmund. Seit 2008 leitet sie das dortige Sprachtherapeutische Ambulatorium. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: selektiver Mutismus, Stottern, Beratung und Angehörigenarbeit, Supervision, Therapedidaktik. Sie ist Mitglied im Netzwerk Sprachtherapeutische Beziehung.



**Ilka Winterfeld** (Diplom-Rehabilitationstherapeutin) absolvierte 2007 ihr Studium an der TU Dortmund. Sie arbeitet in einer logopädischen Praxis mit dem Schwerpunkt Kindersprachtherapie und ist seit 2009 als Sprachtherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sprachtherapeutischen Ambulatorium an der TU Dortmund tätig.

DOI 10.2443/skv-s-2021-53020210605

### KONTAKT

**PD Dr. habil. Katja Subellok & Ilka Winterfeld**

TU Dortmund – Fakultät RehaWiss  
Sprache und Kommunikation  
Emil-Figge-Str. 50  
44221 Dortmund  
[katja.subellok@tu-dortmund.de](mailto:katja.subellok@tu-dortmund.de)  
[ilka.winterfeld@tu-dortmund.de](mailto:ilka.winterfeld@tu-dortmund.de)