

Michael Behr

Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien

Zusammenfassung: Der Text vertritt, dass im Erstkontakt mit der Familie der Beziehungsaufbau von größerer Bedeutung ist als der Gewinn von diagnostischen Informationen. Er schlägt ein Konzept für die Durchführung eines solchen Erstkontaktes vor. Personzentrierte Psychotherapeuten entwickelten unterschiedliche Wege zur Gestaltung eines Erstgesprächs hinsichtlich der Ziele und der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen. Jeder besitzt offensichtlich praktischen Wert; ein heuristischer Überblick beurteilt diese Methoden hinsichtlich ihrer Vor-, Nachteile und Indikationen. Das hier vorgeschlagene Ablaufmodell umschreibt diverse Prozesselemente des Gesprächs und gibt Beispiele für Interventionsmöglichkeiten. Die Therapeutenperson kann sie in ihrer Gewichtung und Reihenfolge jeweils aufgrund der Gesprächsdynamik modifizieren. Die Kinder sollten, wenn irgendwie möglich, an dem Prozess teilnehmen und darin geschützt werden. Die Therapeutenperson ist aktiv und teilweise prozess-direktiv.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Kinderpsychotherapie, Jugendlichenpsychotherapie, Eltern, Familienbeziehungen.

Abstract: Relation-centered Initial Contact in Special Education and in Psychotherapy with Children, Adolescents and Families.

The text argues that within the initial parent contact fostering the relationship is a still more important goal than gaining diagnostic information. It proposes a concept of how to manage an initial contact. Client-centered therapists developed quite different ways of how to design the initial interview in regard to the aims and participation of children and adolescents. Each of them evidentially are of practical worth; a heuristic overview values the different methods according to advantages, disadvantages and indications. The present concept describes diverse process-elements of the conversation and offers examples for possible interventions. The therapist can modify them in weight and timing depending on the process-dynamic. Children, if anyhow possible, should participate and be protected within this process. The therapist is active and in parts process-directive.

Key words: Client Centered Therapy, Child Psychotherapy, Adolescent Psychotherapy, Parent, Family Relations.

Beraterpersonen stehen vor einer ambivalenten Situation, wenn Mütter, Eltern oder Familien erstmalig bei Ihnen vorsprechen (Esser, 1985). Einerseits sollen sie über die Probleme des Kindes und über das Geflecht seiner Beziehungen Informationen gewinnen, andererseits sollen sie eine gute Beziehung zum Kind und zu den Bezugspersonen aufbauen. Dies konfliktiert: Ein traditionell anamnestisches Vorgehen, das aufschlussreicherweise zumeist als Interview bezeichnet wird, stellt ein Beziehungsgefälle zwischen Berater und Klienten her, in welchem letztere von einer Fachperson befragt, analysiert und schließlich diagnostiziert werden; es kann nicht verwundern, dass so behandelte Klienten schließlich dazu tendieren, von der Fachperson Ratschläge im Sinne einer Symptom-

Reparatur-Psychologie zu erwarten. Gleichwohl, es existieren eine Vielzahl von sehr hilfreichen Interviewleitfäden, Checklisten bzw. Manuals, die den Verlauf und die Inhalte mit Bezug auf die zugrunde liegende theoretische Orientierung bzw. die ICD-10-Diagnose bei einem solchen Erstinterview vorzeichnen (Döpfner & Lehmkuhl, 2000; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001). Sie legen ein aktives Befragen der Klienten nahe. Hungerige, Mackowiak & Borg-Laufs (2005) bieten eine beachtliche Übersicht und Argumentation, die auch ein störungsspezifisches diagnostisches Vorgehen relativiert.

Zugleich kann es heute als Konsens in allen Therapieschulen gelten, dass im Erstkontakt die Herstellung einer günstigen zwischenmenschlichen Beziehung, das Schließen eines vertrauensvollen

Arbeitsbündnisses und die Wahrnehmung des Beziehungsgeschehens durch die Beraterperson von Bedeutung ist. Eine Beraterperson, die sich an den personenzentrierten Kernbedingungen der helfenden Beziehung orientiert (Rogers, 1957, 1959; Tausch, 1990), begegnet den Klienten gleichsam auf Augenhöhe. Ihr Expertenstatus relativiert sich, sie präsentiert sich zugleich als authentische Person, deren Empathie von den Klienten als Anteilnahme, Commitment (Binder & Binder, 1979), als menschliche Reife, schließlich aber auch als Fachkompetenz erlebt werden kann. Klienten erleben in einem solchen Erstkontakt bereits ansatzweise das therapeutische Beziehungsangebot, und die Beraterperson erlebt, wie diese darauf reagieren (Esser, 1985, 1987).

Der Druck, einen Überblick, ein Verständnis der Probleme und eine Diagnose für den Fall zu bekommen und zugleich eine tragfähige menschliche Beziehung anzubieten, bringt vielen Professionellen, die mit Kindern, Jugendlichen und Familien arbeiten, reichlich Stress, bevor die Klienten noch das Beratungszimmer betreten haben. Zum Beispiel:

- Wird es mir gelingen, einen Kontakt zu Eltern und Kind herzustellen und ihr Vertrauen zu gewinnen? Werde ich die Ängste des Kindes auflösen und den Erwartungen der Eltern gerecht werden können?
- Werden die Eltern mich als Beraterperson akzeptieren? (Insbesondere wenn ich jung und/oder kinderlos bin). Werden die Eltern mich benutzen oder manipulieren? Wie halte ich stand, wenn sie nur Symptome kuriert haben wollen?
- Werde ich den Eltern Wertschätzung entgegenbringen können?
- Werde ich den Zusammenhang der Probleme des Kindes mit dem System dieser Familie verstehen?
(vgl. auch Esser, 1985; Ehlers, 2001)

Dieser Text vertritt, dass eine interviewartige Informations-Sammlung und das Verharren im beraterischen Expertenstatus weder solchen Druck sinnvoll abbaut noch in eine optimale Behandlung mündet. *Der Schwerpunkt beim Erstkontakt liegt auf dem Beziehungsaufbau.* Die Informations-Sammlung erfolgt dann „en passant“. Sowohl aus der Perspektive der personenzentrierten als auch der systemisch-konstruktivistischen Philosophie ist es ohnehin eine Illusion, es gäbe einen objektiven, mit hinreichender Diagnostik identifizierbaren Problemsachverhalt. Darüber dürfen wir uns nicht täuschen, auch wenn Eltern oder Kostenträger eine Diagnose fordern. Im Zuge des Beziehungsaufbaus, durch Anamnesefragebögen und eine maßvolle Testdiagnostik erfahren wir ohnehin genug; in hoch-kritisches, hoch-peinliches oder in die so genannten Familiengeheimnisse werden wir bestenfalls nach einem gelungenen Beziehungsaufbau eingeweiht.

Aus diesem Grunde wird hier ein Konzept für einen beziehungs-zentrierten Erstkontakt in der Kindertherapie vorgeschlagen.

Ziele beim beziehungsorientierten Erstkontakt

Die Beraterperson zielt an:

- Das Vertrauen des Kindes und der Eltern aufbauen.
- Menschliche Kompetenz ausweisen: Einfühlung zeigen, welche die Familienmitglieder als aufgewachsenen persönlichen Erfahrungen beruhend und als wohltuend erleben können.
- Fachliche Kompetenz ausweisen in der Weise, dass ein Verständnis für jedes Familienmitglied gewonnen wird, welches in weiteren Prozessen eine Voraussetzung für Wertschätzung darstellt.
- Transparenz der Perspektiven aller Familienmitglieder schaffen.
- Transparenz für unproduktive Kommunikations-Schleifen im Familiennetzwerk schaffen.
- Transparenz auch der beraterischen Perspektive schaffen, was insbesondere die Natur der beraterischen Dienstleistung und einen Behandlungsvertrag einschließt.
- Diagnostische Information sammeln und diese so an die Eltern vermitteln, dass es weitere Prozesse fördert.
- Ggf. eine Vereinbarung über das weitere Vorgehen treffen.

Vorgehensweisen: the state of the art

Innerhalb des durchaus umfänglichen Literaturapparates zur Spiel-psychotherapie und Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie finden sich vergleichsweise spärliche und recht heterogene Hinweise zur Erstkontaktgestaltung. Axline maß der Elternarbeit insgesamt wenig Bedeutung bei; ihr Standpunkt war insofern bereits ein „systemischer“, als sie die Veränderungen beim Kind als automatisch einhergehend mit konstruktiven Veränderungen im Familiensystem sah (Axline, 2002, S. 67f). Ebenso wenig favorisierte sie eine elaborierte Diagnostik, ganz im Sinne der orthodox rogerianischen Position der Identität von Therapie- und Diagnostik-Prozess. Sie begrüßte grundsätzlich eine Psychotherapie der Eltern, die sie aber nicht wirklich als begleitende Elternarbeit verstand. In dieser Linie stehen auch britische bzw. amerikanische Autorinnen, welche die Erstkontaktphase (Geldard & Geldard, 2002) oder die Elternarbeit insgesamt (West, 1996) schlicht nicht erwähnen.

Der Beziehungsaufbau und der Gewinn diagnostischer Informationen werden zwar von den meisten Autoren jeweils gleichermaßen als Ziele beim Erstkontakt genannt, in der praktischen Umsetzung und Schwerpunktsetzung bemerkt man jedoch sowohl in diesem Punkt deutliche Unterschiede als auch hinsichtlich der Frage, mit welchen Beteiligten dieser Kontakt stattfinden.

- Zu den eine Diagnostik elaboriert beschreibenden und favorisierenden Autoren zählen die Amerikaner Norton & Norton (2002). Sie sehen diese als den Hauptzweck des Erstkontaktes (p. 107) und argumentieren, darum auch das Erstgespräch in

- Abwesenheit des Kindes zu führen. Für die Informationsgewinnung stellen sie durchdachte Fragelisten bereit.
- Ganz ähnlich argumentiert Crane (2001), die zudem eine Vielzahl sehr wertvoller Praxishinweise und Vorgehensprinzipien anbietet.
 - Auch Goetze (2002), Goetze & Jaede (1974) und Schmidtchen (1991, 2001) beschreiben ausführlicher den Prozess der Informationsgewinnung und geben dazu wertvolle Hinweise. Während für Goetze das Setting offen und fallabhängig ist, konzipiert Schmidtchen den Erstkontakt grundsätzlich als Familiensitzung.
 - Dies tun auch Jürgens-Jahnert (1997) und O'Leary (1999). Jürgens-Jahnert kommt mit seinem Konzept einer Gleichgewichtung des Beziehungs- und Informationsaspektes auf faszinierende Weise nahe, indem er mit der Familie gleich in das Spielzimmer geht, dem Kind dessen Erkundung gestattet und ihm dadurch eine Intensitäts- und Nähe-Distanz-Regulation ermöglicht. Zugleich gibt er ausführliche Hinweise für den diagnostischen Prozess in diesem Setting.
 - O'Leary (1999) fokussiert mit seinem Konzept einer personenzentrierten Familientherapie primär auf den Aufbau und die Intensität der persönlichen Beziehung. In seinem Konzept einer personenzentrierten Paar- und Familientherapie beschreibt er viele, detailreiche und praxisrelevante Micro-Counseling-Skills, die in den Erstkontakt-Situationen insbesondere die Beziehung zum Kind oder Jugendlichen stärken; daraus erwächst seine personenzentrierte Familientherapie.
 - Die wenig beachtete aber wegweisende Arbeit von Esser (1985) bietet ein differenziertes Wahrnehmungs- und Handlungskonzept für das Beziehungsgeschehen und den Eintritt in Erlebensprozesse schon im Erstkontakt; neben O'Leary liegt hier das vielleicht kunstvollste personenzentrierte Gesprächsführungskonzept für den Eltern/Familien-Erstkontakt vor. Zugleich wendet sich Esser eher den Eltern zu, wenngleich die Anwesenheit der Kinder nicht ausgeschlossen ist.
 - Das vielleicht radikal kindzentrierteste Konzept formuliert Weinberger (2005a), die, wann immer möglich, das Familiengespräch bereits nach ca. 10 Minuten elegant abbricht, die Eltern mit Fragebögen beschäftigt (das wissen die Eltern vorher), und mit dem Kind sofort in das Spielzimmer geht mit dem primären Focus auf die Entfaltung der Beziehung. Mit den Eltern ist vorbesprochen, dass sie einen späteren Termin ohne Kind erhalten werden. Dieses Vorgehen wird zugleich von den Ergebnissen von Lenz (2001) gestützt. Seiner Analyse von Beratungsprozessen in Erziehungsberatungsstellen zufolge erlebten insbesondere jüngere Kinder die Familiengespräche als unangenehm weil sie zu wenig einbezogen wurden; sie erlebten die Einzelsituationen günstiger.

Alle diese so divergierenden Konzepte stehen auf dem Boden eines person- und emotionszentrierten Vorgehens; keines ist, wie auch bei anderen Therapieschulen, empirisch evaluiert. Die reiche Praxiserfahrung all dieser Autoren speist allerdings die Evidenz, dass jedes dieser Vorgehen in wirksame Therapieprozesse mündet, und dass es eher von der Besonderheit des Falles abhängt, welches Setting optimal ist.

Aus diesem Grund sollte ein beziehungsorientierter Erstkontakt mehrere Optionen für das Setting bereithalten. Tabelle 1 listet 5 Grundmöglichkeiten für eine aus 5 Terminen bestehende, in Deutschland so benannte „probatorische Phase“ auf.

Beim „klassischen“ Vorgehen wie in Spalte 1 findet der Erstkontakt mit dem Kind sowie einem oder beiden Elternteilen statt. Steht an dessen Ende die Einschätzung, eine weitere Diagnostik ist sinnvoll, werden drei diagnostische Spieltherapie-Termine sowie weitere Diagnostik wie zum Beispiel Test-Durchführungen und körperliche Untersuchungen durchgeführt. Es folgt das Diagnostik-Abschluss-Gespräch allein mit den Eltern (vgl. auch Jürgens-Jahnert, 1997).

Das von Weinberger (2005a) beschriebene „kindzentrierte“ Vorgehen (Spalte 2) stellt sofort den intensiven Kontakt zum Kind her, dem das Elterngespräch, weitere Spielzimmertermine mit dem Kind sowie (ein) Diagnostik-Abschluss-Gespräch folgen.

Jugendliche (Spalte 3) sieht man meist zunächst allein, sie können selbst am besten formulieren, wie es ihnen geht, und sie wissen ohnehin, was die Eltern an ihnen stört. Die Eltern werden dann später in fallabhängigem Ausmaß einbezogen; denkbar ist zum Beispiel, sie beim 2. Termin einzuladen, evtl. auch zum Diagnostik-Abschluss-Gespräch (zur Bezugspersonenarbeit bei Psychotherapie mit Jugendlichen siehe auch Fröhlich-Gildhoff, 2003; zur personenzentrierten Psychotherapie Jugendlicher siehe auch Monden-Engelhardt, 1997).

Das „elternzentrierte“ Vorgehen (Spalte 4) entspricht dem „klassischen“, wobei das Kind zunächst fehlt.

Das Vorgehen im Sinne der personenzentrierten Familientherapie nach O'Leary (1999) erfolgt jedes Mal mit der gesamten Familie (Spalte 5).

Die Übersicht soll verdeutlichen, dass beim derzeitigen Stand der Forschung und der Konzeptentwicklung nicht von einem einzigen Königsweg bei der Gestaltung des Erstkontaktes gesprochen werden kann. Vielmehr wird die Wahl des Settings von der Gewichtung der Vor- und Nachteile, der besonderen Lage des Falles, den persönlichen Erfahrungen und spezifischen Kompetenzen der Therapeutenperson und sicher auch von den Gepflogenheiten der jeweiligen Institution abhängen. Aus meiner Sicht ist es vollkommen legitim, wenn sich angehende Psychotherapeuten auf dem Boden eines personenzentrierten Vorgehens ein Setting wählen, für das sie sich am kompetentesten und bei dem sie sich am sichersten fühlen. Ansonsten hängt die Wahl des Settings ja in der Regel von Vorinformationen ab, die in der Regel telefonisch gewonnen werden. Dies ist aber in

Tabelle 1: Fünf Setting-Optionen beziehungsorientierter Erstkontakte

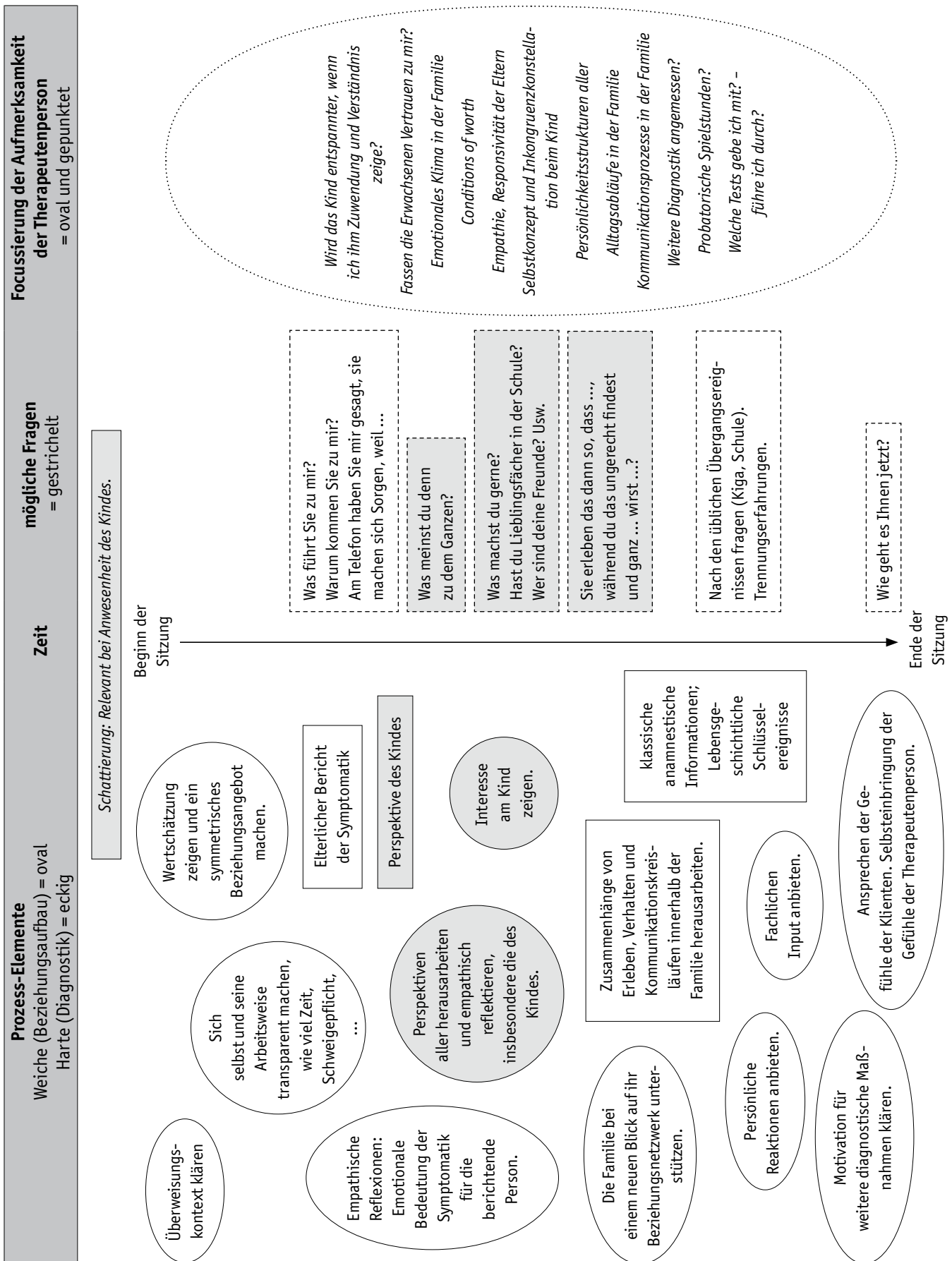
klassisch	Kindzentriert / Weinberger	Jugendlichenzentriert	Elternzentriert	Familienzentriert / O'Leary
<ul style="list-style-type: none"> • Familie oder Mutter und Kind • 3 Spieltermine + Test-Diagnostik • nur Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Kind (Eltern füllen Fragebogen aus), • nur Eltern, • 2 Spieltermine mit dem Kind / parallel sonstige Diagnostik, • nur Eltern. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendlicher, • Eltern + Jugendlicher, • 2 × Jugendlicher, • Abschluss fakultativ mit Eltern und Jugendlichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern, • 3 × Diagnostik + Spiel, • Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Familie • Familie • Familie • Familie • Familie
<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es kann schon beim Erstkontakt Transparenz für alle geschaffen werden. • Alle haben annähernd die gleichen Voraussetzungen im Gespräch. • Tpn erlebt die Interaktion in der Familie bzw. zwischen Mutter und Kind. • Tpn erhält sehr viel diagnostische Information auf verschiedenen Ebenen. • Kind kennt Tpn besser, wenn es im 2. Kontakt ins Spielzimmer geht. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimaler Beziehungsaufbau zum Kind. • Kind erlebt sich als gewertschätzt. • Kind hat nach Erstkontakt Informationsvorsprung vor den Eltern. • Keine Priming-Effekte für Tpn. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimaler Beziehungsaufbau zum Jugendlichen. • Jugendlicher erlebt sich als gewertschätzt. • Jugendlicher hat nach Erstkontakt Informationsvorsprung vor den Eltern. • Keine Priming-Effekte für Tpn. • Informationen der Eltern sind insofern nicht so wichtig, weil der Jugendliche ohnehin weiß, was die Eltern stört. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kind wird geschützt vor Entwertungen der Eltern. • Eltern können freier und/oder über nicht kindgerechte Themen reden. • Eltern schützen Kind vor dem Tpn, dessen Kompetenz sie noch nicht kennen. • Tpn sitzt vor einer weniger komplexen Situation. • Tpn hat mehr Information vor dem ersten Spieltermin. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kind wird nicht zum Behandlungsgegenstand gemacht. • Sofortiger Ansatz zur Veränderung der Wahrnehmungen und Einstellungen der Eltern. • Entmachtung der „Power-Booster“ in der Familie. • Fortlaufende Herstellung von Transparenz in der Familie. • Eltern können sich ihrem Veränderungsprozess nur durch Abbruch der Therapie entziehen.
<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Interaktion innerhalb der Familie in dieser Situation erbringt oft weniger Information als erhofft. • Tpn sitzt vor einer recht komplexen Situation. • Der Beziehungsaufbau zu allen Beteiligten kann zwar gelingen, ist aber schwerer herzustellen. 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eltern müssen warten, bis sie ihre Probleme loswerden können. • Die Beziehung zu den Eltern muss im 2. Gespräch noch mal neu aufgebaut werden. • Eltern könnten sich als zurückgesetzt erleben, wenn sie nicht gut darauf vorbereitet wurden. • Eltern müssen besonders großen Vertrauensvorschuss erbringen. 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsaufbau zum Kind schwieriger, das Therapeut zunächst als Verbündeten der Eltern erlebt. • Neutralität der Therapeutenperson für das Kind zunächst nicht erlebbar. • Kind erlebt sich eher als Behandlungs-Objekt. • Tpn erlebt die Eltern-Kind-Interaktion nicht. • Priming-Effekte für die Wahrnehmung des Therapeuten. 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kind erhält keine Behandlung. • Verminderung von Inkongruenz im Kind nur durch Änderung des Familiensystems gelingt oft nicht. • Höhere Gefahr des Therapieabbruchs durch die Eltern; damit Abbruch der Behandlung für das Kind. • Wirksamkeit in Outcome-Studien weniger belegt.
<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kann im Zweifelsfall immer angewandt werden. • Ein sicheres Vorgehen. <p>Weniger indiziert bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausdrücklichem Elternwunsch nach reinem Elterngespräch. • hochstrittigen Paaren. • spezifischen Vorinformationen. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meistens sehr hilfreich für ein konsequent kindzentriertes Vorgehen. <p>Weniger indiziert bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr großen Ängsten beim Kind. • Dezidierten Elternwünschen. • Evidenz, dass eine Familientherapie infrage kommt. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevorzugter Weg des Erstkontaktes bei Jugendlichen. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei ausdrücklichem Elternwunsch. • Bei spezifischen dies nahe legenden Vorinformationen. • Bei Tpn-Wunsch nach einer unkomplizierteren Gesprächssituation. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familientherapeutische Orientierung der Tpn. • Manifeste Kommunikations- und/oder Beziehungsprobleme in der Familie. <p>Neben Familiensitzungen auch Spieltherapie anbieten bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifeste Inkongruenz im Kind.

den diversen Institutionen vollkommen unterschiedlich geregelt und obliegt häufig einer Sekretärin. Dort wo es gelingt, den telefonischen Erstkontakt so zu organisieren, dass eine Therapeutenperson mit den Anrufern redet, kann diese meist eine sinnvolle Setting-Entscheidung anhand der in der Tabelle genannten Kriterien

treffen. Diese Therapeutenperson wird dazu im Erst-Telefonat elementare Problemaspekte abfragen:

- Alter, Geschlecht und Beschulung des Kindes/Jugendlichen
- Leitsymptome
- Familienkonstellation

Abbildung 1. Das Stuttgarter Konzept beziehungszentrierter Erstkontakte.



Beispielsweise könnte die Therapeutenperson, wenn schon am Telefon eine Kaskade von Klagen über das Kind erfolgt, doch zunächst nur die Eltern für das Erstgespräch einladen, um das Kind zu schützen. Auch bei traumatisierten Kindern kann dies sinnvoll sein, weil sie zum Beispiel zu jung sind oder weil eine Retraumatisierung zu befürchten wäre.

Ein Konzept für einen beziehungsorientierten Erstkontakt

Zum Erstgespräch erscheinende Eltern begeben sich in der Regel in eine für sie vollkommen neue und oft ausgesprochen angstbesetzte Situation. Ihre Gefühle, insbesondere die der Mutter, sind meist dominiert von Schuld- und Schamgefühlen und der Kognition, versagt zu haben (vgl. auch Ehlers, 2001). Ihre Hilfslosigkeit gegenüber dem Verhalten des Kindes manifestiert sich im Erstkontakt nicht selten im Aufzählen von Missetaten des Kindes und von dessen unlogischen bzw. undankbaren Reaktionen auf die elterlichen Interventionen. Die Kinder, sofern anwesend, schweigen dazu betreten, argumentieren dagegen oder stellen die Dramatik der Schilderung in Abrede. Viele Väter lassen sich heute bereitwillig involvieren, sie scheinen – im Durchschnitt – von der Situation weniger emotional belastet, sind eher lösungsorientiert eingestellt und machtsensibel für die Rolle der Therapeutenperson in diesem Prozess. Empathische Interventionen der Therapeutenperson scheinen für sie nicht so eine Rolle zu spielen (Behr, 2005). Eine zusätzliche Dynamik entsteht für die zahlreichen Trennungs- und Scheidungskinder, deren Eltern sich insbesondere in der Frühphase einer Beratung gegenseitig Schuld zuweisen.

Das vorliegende Konzept schlägt ein Protokoll für einen Erstkontakt mit einem oder beiden Elternteilen und mit Kind vor. Bei Abwesenheit des Kindes kann ähnlich vorgegangen werden. Im Rahmen unseres beziehungsorientierten Ansatzes ist es kaum denkbar, im Sinne eines Ablaufschemas vorzugehen. Vielmehr muss das Protokoll offen bleiben für die Dynamik des Gesprächsverlaufes, in dem verschiedene Punkte unterschiedlich gewichtet oder auch ausgelassen werden können und auch deren Reihenfolge nur tendenziell vorgegeben ist. Das Protokoll besteht darum wesentlich aus „Prozess-Elementen“. Dies sind Gesprächsteile, die voraussichtlich vorkommen, aber es ist offen, wie ausführlich und wann. Außerdem unterscheiden wir „weiche“ Prozess-Elemente (Gesprächsteile, die dem Beziehungsaufbau dienen) von „harten“ Prozess-Elementen (Gesprächsteilen, die der Diagnostik dienen). Ferner werden in der Visualisierung (vgl. Abbildung 1) mögliche Fragen vorgeschlagen, sowie eine Meta-Ebene beachtet. Das Konzept der Prozesselemente wurde durch die Arbeit von Esser (1985) angeregt, und es verfolgt das gleiche Leitziel: „Das Stiften einer ehrlichen menschlichen Beziehung.“ (S. 83).

Die Prozess-Elemente im Einzelnen:

Wertschätzung zeigen und ein symmetrisches Beziehungsangebot machen.

Wertschätzung der Klienten als Person, Begegnung auf Augenhöhe, spüren lassen, dass man sich unabhängig vom spezifischen Beratungsanliegen als gleich betrachtet; um eine vertrauensvolle, authentische Beziehung aufzubauen, sind solche Prinzipien im Erstkontakt unabdingbar. Die Therapeutenperson wird freundlich und offen auf die Klienten zugehen, sich vielleicht nach dem Herfinden erkundigen und auf dem Weg vom Warte- zum Beratungszimmer ein wenig einfachen Small-Talk betreiben, vielleicht Mineralwasser anbieten, sich für Terminverzögerungen entschuldigen usw. Auch kann es gut sein, für Kinder ein wenig Spielzeug bereit liegen zu haben. Es sind viele kleine, aber nicht zu unterschätzende Details, die Klienten schon in den ersten Minuten gewinnen oder sie irritieren können.

Überweisungskontext klären.

Es ist ein wichtiges Verdienst des systemischen Blicks auf die Familienberatung, den Einfluss des Überweisungskontextes auf das Beratungsgeschehen herausgearbeitet zu haben. Wer überwies wen aufgrund welcher Motive und mit welchen Erwartungen gerade an diese Therapeutenperson. Wer will was von wem, welche Abhängigkeiten, Loyalitäten, Machtverhältnisse bestehen. Welchen Druck macht das auf die Therapeutenperson oder auf die Klienten? Schon in einer Kleinstadt ist es recht wahrscheinlich, dass es persönliche, fachliche oder ökonomische Verbindungslinien und Abhängigkeiten zwischen Klienten, Zuweisenden, Therapeutenpersonen und deren Vorgesetzten gibt. Dysfunktionale Effekte können nur durch Transparenz und auch Klärungen in der Supervision der Therapeutenperson gemildert werden.

Transparenz schaffen.

Die Beraterperson macht kurz den Gesprächsrahmen, sich selbst und ihre Arbeitsweise transparent. Sie gibt kursorisch ein paar Informationen über die Institution bzw. Praxis, über ihre Person, sie sagt, wie viel Zeit jetzt ist. Auch ein Hinweis auf die Schweigepflicht ist meist sinnvoll; manchen Eltern und erst recht Kindern und Jugendlichen ist das nicht klar. Es ist um so wichtiger, wenn die Institution irgendwie eine Behörden-Nähe ausstrahlt und wenn die Klienten bereits wenig angenehme Vorerfahrungen mit behördlicher Jugendhilfe usw. hatten. Natürlich ist dies auch bei möglichen juristischen Implikationen, etwa bei Trennungs- und Scheidungskindern, bedeutend.

Elterlicher Bericht der Symptomatik.

Dieser leitet, oft nach einer kurzen Initialfrage der Therapeutenperson, den Hauptprozess ein. Sehr sensibel greift auch Weinberger (2005, S. 109) den Telefonanruf der Eltern auf: „Am Telefon haben Sie mir gesagt, sie machen sich Sorgen, weil ...“ wobei die

Problematik auf eine das Kind nicht entwertende Weise angesprochen wird. Dennoch kann dies gleich eine kritische Situation generieren. Manche Eltern sind so unter Druck oder so verzweifelt, dass sie alles ausschütten, was sich inzwischen an Kritik am Verhalten und an der Person des Kindes angestaut hat. Das bringt das Kind in eine Extremsituation des zugleich Angeklagt-, Abgelehnt- und Entwertet-Seins in Gegenwart eines bedeutenden Dritten. Es ist für die Therapeutenperson in dieser Dynamik schwer, die Eltern zu stoppen ohne diese wiederum zu verletzen. Manchmal gelingt dies durch sofortiges und wiederholtes kleinschrittiges Intervenieren in den Redefluss mit empathischen Reflexionen, die auch die persönliche Bedeutung des Berichteten für den Elternteil herausstellen. („Die Situation berührt Sie ja wirklich sehr ...? – Da erleben Sie sofort Druck einzugreifen ...? – Sie könnten da oft verzweifeln ...? – Sie fühlen sich da in einer Zwickmühle und hilflos ...?) Außerdem durch sofortiges Befragen und Raum geben für das Kind („Ich wette fast, dass du das nicht genauso siehst?“)

Auch kann es gut sein, das Gespräch mit dem Kind zu beginnen („Weißt du, warum ihr hier seid?“). Es kann sich dann noch schneller der Kontakt zum Kind aufbauen und es kann eine erste Klärung über Motivationen und die verschiedenen Situationsdeutungen erfolgen. Das Kind fühlt sich noch schneller ernst genommen und das Überschwemmen mit Klagen der Eltern wird eingedämmt. Wenn das Kind sagt „ich weiß nicht ...“, kann evtl. vorsichtig weiter gefragt werden („... aber irgend was wird doch dein/e Mutter/Vater gesagt haben ..., hast du keine Idee, warum ...“) Ansonsten kann man das Kind um Erlaubnis fragen, die Eltern nach den Gründen des Kommens zu fragen ... – so stellt sich von vornherein eher Gleichwertigkeit her (Fröhlich-Gildhoff, 2003). Um ständig anklagende Eltern zu unterbrechen kann dieses Problem auch direkt angesprochen werden, allerdings sollten die Eltern nicht dabei verletzt werden.

Empathische Reflexionen: Emotionale Bedeutung der Symptomatik für die berichtende Person herausarbeiten.

Diese Standard-Intervention des personzentrierten Konzeptes muss im Kontext solcher Erstkontakte sehr differentiell und zum Teil strategisch angewendet werden. Das ist viel schwieriger als in einer auf Selbstexploration zielenden Beratung, wie folgende Sachverhalte zeigen:

- Es gibt neue Ergebnisse, wonach Männer und Frauen, wenn sich noch kein Arbeitsbündnis etabliert hat, völlig unterschiedlich auf empathische Interventionen reagieren (Behr, 2005); sie scheinen für Männer in diesem Beratungsstadium ziemlich irrelevant zu sein, für Frauen dagegen ausgesprochen hilfreich.
- Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Eltern über eine dritte Person, das Kind reden, die empathischen Reflexionen sich aber auf die Emotionen und Bedeutungsgebungen der Eltern beziehen müssen (Weinberger, 2005b). Beispielsweise berichtet ein Elternteil ausführlich über das Nägelkauen des Kindes, woraufhin die Therapeutenperson intervenieren könnte: „Das macht Sie dann

immer wieder ärgerlich ...? – Bei Ihnen kommt dann immer eine tiefe Sorge ...? – Ihre Ratlosigkeit lässt Sie dann manchmal sogar die Kontrolle verlieren ...?“ Dieses Umlenken lernt zwar jeder personzentrierte Berater, in der Erstgesprächsdynamik ist das aber trotzdem oft sehr schwer. Auch sind die Emotionen oft transparent und leicht zu entschlüsseln, sie führen nicht zu Symbolisierungen bei der Elternperson und so nicht zu signifikanten Momenten im Beratungsprozess, – die Bedeutungsgebungen dagegen erweisen sich als manchmal recht versteckt und komplex, reichen vielleicht bis ins Selbstkonzept der Elternperson („Der Sinn Ihres Zusammenlebens in der Familie schwimmt für Sie ...?“ – „Sie stellen sich dann auch in Ihrer Mutter-/Vater-Rolle infrage ...?“).

- Eine strategische Verwendung empathischer Reflexionen verbietet sich eigentlich auf dem Boden der Grundhaltung und der Philosophie des personzentrierten Konzeptes. Gleichwohl kann dies hilfreich sein für den Schutz des Kindes (siehe voriger Absatz), zur Verlangsamung der Gesprächsdynamik und zu diagnostischen Zwecken (Bitte einen Augenblick, verstehe ich das richtig, dass Sie sich dann ... fühlen?).
- Der empathische Fokus der Therapeutenperson muss von Person zu Person springen, wie in der personzentrierten Paar- (Auckenthaler, 1983) oder Familienberatung (O’Leary, 1999). (Sie erleben das dann so, dass ... , während du das ungerecht findest und ganz ... wirst ...?)

All dies ist insbesondere für junge Therapeutenpersonen eine beachtliche fachliche Herausforderung.

Perspektive des Kindes.

Der elterliche Bericht der Symptomatik stellt für das Kind eine erhebliche Belastung dar. Andererseits kann die Situation die Möglichkeit bieten, dass das Kind der Perspektive der Eltern eine eigene Perspektive entgegenstellt. Dazu benötigen viele Kinder Ermutigung, Wertschätzung und Raum. Dies sollte die Beraterperson schon nach kurzem Bericht der Eltern initiieren, etwa durch Fragen wie „Du hast doch bestimmt auch eine Meinung dazu?“. Im folgenden sollte, so non-direktiv die beraterische Grundorientierung auch ist, die Beraterperson klar und direktiv den wechselseitigen Perspektiven Raum geben im Sinne einer Allparteilichkeit, denn damit wird vor allem das Kind geschützt („Jetzt interessiert mich aber wieder deine Meinung dazu.“)

Perspektiven aller herausarbeiten und empathisch reflektieren, insbesondere die des Kindes.

Es ist ein realistisches Ziel, durch empathische Reflexionen die Perspektiven der Familienmitglieder herauszuarbeiten und als gleich wertzuschätzende, gleich berechnete Erfahrungen zu konotieren. Manchmal gelingt es bereits in dieser Erstgesprächssituation, unterschiedliche Erlebensweisen und Perspektiven in einer Weise direkt und wertschätzend gegenüberzustellen, dass es für die Familie eine neue Erfahrung darstellt, dass dies sein darf und dass ein

Ringen um die Realitätsdefinition obsolet ist. („Jetzt habe ich fast den Eindruck, dass alle das selbe Geschehen ganz unterschiedlich erleben, und zwar Sie ... , und Sie ... , und du ...“). Das Kind unterliegt dabei im Familienalltag meist und sollte hier ein gewisses Plus an Aufmerksamkeit erhalten.

Interesse am Kind zeigen.

Es bietet sich auch an, für die Vorlieben, Aktivitäten und den Alltag des Kindes deutliches Interesse zu zeigen. Hier liegen die Ressourcen des Kindes, Fähigkeiten und Motivationen. Dies ist von gewissem diagnostischem Wert, vor allem aber spricht die Beraterperson positiv besetzte Themen beim Kind an und gibt ihm Gelegenheit, sich und seine Aktivitäten positiv darzustellen. Unabhängig von beraterischen Interventionstechniken fühlt das Kind sich akzeptiert, anerkannt und verstanden, was für den Beziehungsaufbau von großem Wert ist. Der Zeitpunkt von entsprechenden Fragen und Impulsen an das Kind (Was machst du gerne? – Hast du Lieblingsfächer in der Schule? – Wer sind deine Freunde? ...) mag der Gesprächsdynamik überlassen bleiben.

Zusammenhänge von Erleben, Verhalten und Kommunikationskreisläufen innerhalb der Familie herausarbeiten.

Auch dies ist bereits in der Erstgesprächssituation ein realistisches Ziel, verlangt aber eine direktive Steuerung des Gesprächs, weil häufiger und gezielt nachgefragt werden muss und die Familienmitglieder direkt angesprochen werden müssen. Die Beraterperson verhilft den Familienmitgliedern zu einer Fokussierung auf diese Zusammenhänge anhand einzelner Episoden und kann so ein – für die Klienten manchmal neues und erstaunliches – Verständnis für die familialen Kommunikationsprozesse generieren. („Ihre Verzweiflung lässt Sie dann zuweilen verstummen, die anderen ziehen sich zurück, und dann gibt es eine bleierne, lähmende Atmosphäre in der Wohnung ...?“)

Die Familie bei einem neuen Blick auf ihr Beziehungsnetzwerk unterstützen.

Die meisten Familienmitglieder können ihre Sicht der Beziehungsstrukturen in der Familie beschreiben. Nach dem Herausarbeiten der Perspektiven und der Kommunikationskreisläufe ist dies aber oft auf modifizierte Weise möglich, es gibt mitunter Nicht-Gewusstes, Überraschendes. Die Beraterperson kann die Aufmerksamkeit der Familienmitglieder auf die Beziehungen lenken. Ein solches Gespräch bietet allen eine wenig bedrohliche Möglichkeit, diese neuen Erfahrungen in Worte zu fassen, und dabei von wertschätzenden und empathischen Interventionen der Beraterperson unterstützt zu werden. (Die Therapeutenperson unterstützt die Familienmitglieder, jeweils ihre Sicht der persönlichen Beziehungen zu formulieren.) Ein solches Vorgehen wurde auch vom systemischen Therapieansatz aufgegriffen und elaboriert (z.B. Schlippe & Schweitzer, 2003).

Persönliche Reaktionen anbieten.

Im Sinne selektiver Authentizität teilt die Beraterperson mit, welche Emotionen und Kognitionen einzelne Verhaltensweisen, Probleme oder Beziehungsstrukturen in der Familie bei ihr auslösen. Dies kann die zuvor benannten Prozesse fördern, weil Familienmitglieder ermutigt werden, sich ähnlich zu äußern, zu widersprechen, zu kommentieren usw. Auch macht sich die Beraterperson zugleich als Fachperson und als Mensch erfahrbar, was das Vertrauen in sie sowie ihre Glaubwürdigkeit, mithin die Beziehung stärkt.

Fachlichen Input anbieten.

Die Beraterperson gibt bedarfsentsprechend auch fachliche Informationen über Störungsbilder, diagnostische Prozesse, Tests, Forschungsergebnisse und Statistiken, Erfolgsprognosen von Behandlungsverfahren usw. Die Erwartung von Klienten, von professionellen Beraterpersonen diesbezügliche Informationen zu erhalten, ist legitim. Es stärkt die Glaubwürdigkeit und Kompetenzzuschreibung an die Beraterperson, es irritiert nicht das Ziel einer auch menschlich guten und vertrauensvollen Beziehung. Ich halte es für absurd, auf fachbezogene Fragen von Klienten ausschließlich mit empathischen Reaktionen zu antworten.

Klassische anamnestiche Informationen; lebensgeschichtliche Schlüsselereignisse.

Zur Einleitung eines professionellen Beratungsprozesses sind solche Erhebungen fast immer nötig, über Fragebogeninventare ist dies auch zeitsparend möglich. Im persönlichen Gespräch können selektiv Erlebensaspekte, Beziehungsprobleme, Bedeutungsgebungen usw. vertiefend eruiert werden.

Motivation für weitere diagnostische Maßnahmen klären.

Hier wird die Beraterperson hinsichtlich möglicher weiterer diagnostischer Maßnahmen eine erste Einschätzung abgeben und mit den Klienten ihre Bereitschaft dazu klären (gegenüber dem Kind zum Beispiel: „Mir wäre wichtig, Dich näher kennenzulernen; wir könnten vielleicht mal gemeinsam etwas spielen in unserem Spielzimmer?“). Auch das Prinzip der Videodokumentation für Supervisionszwecke kann hier schon offen gelegt werden im Sinne einer Qualitätssicherungs- und Schutzmaßnahme, die die fachlichen Standards sichert.

Ansprechen der Gefühle der Klienten. Selbsteinbringung der Gefühle der Therapeutenperson.

Ein abschließendes, blitzlichtartiges Bild über das Erleben hinsichtlich dieser Sitzung schafft in der Regel ein weiteres Plus an Transparenz, Zuversicht und Klarheit sowie noch mehr Sicherheit für die weiteren Schritte. „Wie geht es Ihnen jetzt?“; auch wenn dies vielleicht eine manchmal schon satirisch verwendete und die häufigste aller Psychologenfragen ist, – sie ist hier richtig am Platz.

Aufmerksamkeitsfokussierung der Therapeutenperson

Auf der Meta-Ebene, gleichsam parallel zum Gesprächsverlauf, fokussiert die Therapeutenperson ihre Aufmerksamkeit auf eine Reihe von Themen, die ihr Verständnis für die aktuelle Beziehungssituation, für das Störungsgeschehen und für ihr aktuelles Verhalten vertiefen. Theoretische Grundlage hierfür sind die Konstrukte der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie (Rogers, 1959), insbesondere das Selbstkonzept und die Inkongruenzkonstellationen, die Conditions of worth, welche in der Familie bestehen, sowie die damit einhergehenden Kommunikationsmöglichkeiten wie Empathiefähigkeit und gegenseitige Wertschätzung und darauf bezogene dysfunktionale Prozesse. Aus der Bindungstheorie erweisen sich hier die Konzepte der Responsivität und der Bindungstypen als hilfreich (Ainsworth, 1978; Grossmann & Grossmann, 2004).

In den meisten Therapie- und Beratungsprozessen wechselt die Therapeutenperson ihre Aufmerksamkeit ständig zwischen dem Interaktionsgeschehen und einer Metaebene, auf der sie ihre Wahrnehmungen verarbeitet, einordnet, bewertet, Interventionen plant usw. In der Erstgesprächssituation gestaltet sich dieser Vorgang des Fokus-Wechsels besonders komplex, um dem doppelten Anspruch des Beziehungsaufbaus und der Informationsgewinnung gerecht zu werden. Der rechte Teil von Abbildung 1 listet einige hilfreiche Aspekte auf, denen sich Therapeutenpersonen erfahrungsgemäß im Erstgespräch zuwenden.

Fazit

Dieses Modell der Prozesselemente soll eine Leitlinie für Verlauf und Inhalte eines Erstkontaktes mit Eltern und ggf. Kind aufzeigen. Es bleibt fall- und therapeutenabhängig, wie der Verlauf konkret sich vollzieht, so sind zum Beispiel unterschiedliche Verlaufslinien durch die Ovale und Kästen der Abbildung denkbar, nur die grobe Richtung folgt der Zeitleiste; auch bleibt offen, ob und wie intensiv die einzelnen Elemente berührt werden. Ein bedeutender Ankerpunkt ist dabei die Kongruenz der Therapeutenperson: was brauche ich, um dieses Gespräch für alle Beteiligten, auch für mich, zu einem konstruktiven Abschluss zu bringen?

Ein Protokoll dieser Art hat den Vorteil, sich nicht nur den Besonderheiten der Klienten anpassen zu können – es ist so besser möglich, der Gesprächsdynamik und damit dem Primat des Beziehungsaufbaus zu folgen. Diese Offenheit erschwert das Erheben von „harten“ diagnostischen Daten, die man jetzt en passant an günstigen Stellen innerhalb der Gesprächsdynamik sammeln muss.

Diese Erschwernis zahlt sich doppelt aus: aufgrund des besseren Beziehungsaufbaus gewinnt man in Wahrheit zusätzliche diagnostische Informationen, die man anderenfalls vielleicht nie oder viel später erhielte. Und die Therapie kommt schneller an wesentliche Punkte und Prozesse.

Ein weiteres salientes Merkmal dieses Modells stellt das Ziel dar, Transparenz nicht nur im Sinne von diagnostischen Informationen für die Therapeutenperson zu schaffen, sondern auch für die Familienmitglieder untereinander. Damit können bereits neue Kommunikations- und Entwicklungs-Prozesse schon in der Erstkontaktphase angestoßen werden. Dies impliziert allerdings zumindest tendenziell, das Kind zum Erstgespräch mit einzuladen – sofern nicht manifeste Gründe dagegen sprechen. Zugleich stellt auch dieses Prinzip eine zusätzliche Anforderung an die Kompetenz der Therapeutenperson. Es bleibt für die Therapeutenperson sicher eine sinnvolle Selbstinstruktion, dass ein Erstgespräch auch dann sinnvoll verlaufen sein kann, wenn darin nicht bereits therapeutische Effekte erzielt worden sind.

Schließlich mag es irritieren, dass ein solches Erstgesprächskonzept im Rahmen eines personenzentrierten Vorgehens zwar offen ist für die Effekte der Gesprächsdynamik und der Teilnehmer, zugleich aber an vielen Stellen ein hohes Maß an Prozessdirektivität vorsieht. Ich halte dies für notwendig zum Schutz des Kindes, aber auch um in der Mittelphase des Gesprächs die verschiedenen Perspektiven, die Zusammenhänge von Erleben und Verhalten und das Beziehungsnetzwerk der Familie luzide zu machen. So vermag eine Therapeutenperson, die sich optimal zwischen einem Folgen der Gesprächsdynamik und Prozessdirektiven zu bewegen vermag auch optimal den beiden Zielsetzungen des Beziehungsaufbaus und der Diagnostik gerecht zu werden. Sie wird dann auch von der Familie als menschlich und fachlich kompetent wahrgenommen.

Literatur

- Ainsworth; M. D. S. u. a. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Auckenthaler, A. (1983). *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Axline, V. M. (2002). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (14. Auflage). Reinhardt, München.
- Behr, M. (2005). Differentielle Effekte von empathischen und authentischen Eltern-Lehrer-Gesprächen im Rollenspielexperiment. *Empirische Pädagogik*, 19 (3), 244–264.
- Binder, U. & Binder, H.J. (1979). Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren seelischen Störungen. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Crane, J. (2001). The Parents' Part in the Play therapy Process. In G. L. Landreth, (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 83–95). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnose- und Symptom-Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV (DISYPS_KJ)*. Bern: Huber.
- Ehlers, B. (2001). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2* (2. Auflage). (S. 73–92). Göttingen: Hogrefe.
- Esser, U. (1985). Das Erstinterview in der Erziehungsberatung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4 (1), 73–89.
- Esser, U. (1987). Das Erstinterview in der Erziehungsberatung (II) – ein Beitrag zur Entwicklung des Fokalinterviews. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6 (1), 101–114.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). „Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen“. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe
- Geldard, K. & Geldard, D. (2002). *Counselling Children – A Practical Introduction* (2nd Ed.). London: Sage.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Hugerige, H., Mackowiak, K. & Borg-Laufs, M. (2005). Multimodale Diagnostik bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 26 (3), 343–372.
- Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis*. (S. 225–252). Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2001). *Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Beratung und Therapie*. Weinheim: Juventa.
- Monden-Engelhardt, C. (1997). Zur personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis*. (S. 9–70). Göttingen: Hogrefe.
- Norton, C. C. & Norton, B. E. (2002). *Reaching children through play therapy. An experiential approach* (2nd Ed.). Denver: The Publishing Cooperative.
- O'Leary, C. (1999). *Counselling Couples and Families – A person-Centred Approach*. London: Sage.
- Remerschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationssystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The Study of a Science, Vol. 3 Formulations of the Person and the Social Context* (p. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Schmidchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (3. Aufl.). Weinheim: PVU.
- Schmidchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie* (9. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2005a). *Kindern spielend helfen* (2. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Weinberger, S. (2005b). *Klientenzentrierte Gesprächsführung*. (10. Auflage) Weinheim: Juventa.
- West, J. (1996). *Child-centered Play Therapy* (2. Ed.). London: Arnold

Autor

Michael Behr ist Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Daneben ist er seit 1984 praktisch tätig als personenzentrierter Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche und Erwachsene sowie als Ausbilder der GwG. Er arbeitet als Gastdozent für Kindertherapie in verschiedenen Europäischen Ländern und leitet Ausbildungskurse für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Institut für Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung Stuttgart und an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Behr
Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd
Fakultät I / Psychologie
Oberbettringer Str. 200
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel.: +49 (0)7171 983-433, Fax -371
E-Mail: michael.behr@ph-gmuend.de