

Catherine Iseli

# Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

**Zusammenfassung:** Wenn sich die Therapeutin in das kindliche Erleben einfühlen will, ist es notwendig, die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Sprache und das Verhalten, sondern auch auf andere Faktoren zu richten, die das Erleben des Kindes prägen: Auf den Entwicklungsstand und die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben, die kindliche Kommunikation, auf systemische Zusammenhänge sowie das Bezugssystem und dessen Erwartungen. Dafür ist schulenübergreifendes Wissen hilfreich, zum Beispiel aus der Entwicklungspsychologie, Hypnotherapie und systemisch-lösungsorientierten Ansätzen. Wissen wiederum erhöht die Fähigkeit zur Empathie. Der Artikel setzt sich damit auseinander, wie die person-/klientenzentrierte Therapeutin über die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte hinaus ihre Empathie mitteilen kann und soll, um dem Kind oder Jugendlichen in seinen ganzheitlichen Ausdrucks- und Erlebensformen begegnen zu können. Es werden zudem Anregungen gegeben, wie schulenübergreifend Techniken und Methoden eingesetzt werden und so als Kanäle für ein personzentriertes Beziehungsangebot dienen können.

**Stichwörter:** Empathie, Kommunikation, Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie, Systemtheorie, Hypnotherapie, Lösungsorientierte Therapie.

**Abstract: Empathy in psychotherapy with children and adolescents.** In order to fully understand and feel with a child's experience, a therapist has to focus not only on a child's language and behavior, but also on other relevant factors: level of development and corresponding developmental tasks, infantile communication, systemic aspects as well as the child's reference system, including its expectations. Having knowledge of methods of different therapy schools, e.g. of developmental psychology, of hypnotherapy or of systemic-solution focused approaches, is helpful. For knowledge enlarges empathic capabilities. This article will examine, how the person-/client-centered therapist can or should communicate her or his empathy, in order to fully meet a child or adolescent, comprehending all forms of expression and experience, beyond merely verbalizing emotional contents. There will be suggestions, how to use techniques and methods of different therapy schools, serving as channels for a person-centered relation.

**Keywords:** Person-/Client-Centered Psychotherapy, Empathy, Communication, Systems-theory, Hypnotherapy, Solution Focused Therapy.

## Einleitung und Fragestellung

Zu Beginn meiner Berufspraxis als Psychotherapeutin versuchte ich, Gelerntes aus der Ausbildung in personzentrierter Psychotherapie so anzuwenden, wie ich es damals verstand und umsetzen konnte: Ich schenkte der Verbalisierung und Benennung emotionaler Erlebnisinhalte erhöhte Aufmerksamkeit. Wenn der Klient auf eine solche Benennung mit Zustimmung, weiterem Explorieren, Vertiefung des inneren Erlebens reagierte, befanden wir uns so gemeinsam auf einem Weg, der den Klienten zu mehr Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sich und seiner gesamten Erfahrung gegenüber bringen würde.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stellte ich dann fest, dass mir das empathische „Erfassen des inneren Bezugsrahmens“ schwerer fiel als bei Erwachsenen. Ich wollte versuchen, das Kind

in einer Art „Gesamtheit“ – der Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewährwerdung zugänglich sind – kennen zu lernen. Aber diese „Gesamtheit“ schien mir ungleich mehr durch andere, mich verwirrende Faktoren und Aspekten geprägt als bei Erwachsenen:

- z. B. durch die sehr unterschiedlichen kindlichen **Kommunikationsformen** und **-strukturen**,
- die **systemischen** Zusammenhänge,
- die **Entwicklungsaufgaben** und **-ziele**, die dem jeweiligen **Lebensalter** und **Entwicklungsstand** des Kindes entsprachen,
- die einander oft widersprechenden **Aufträge** und **Therapieanliegen**, die es aufeinander abzustimmen galt.

Wenn ich die Erlebenswelt des Kindes empathisch verstehen wollte, hatte sich meine Aufmerksamkeit also auch auf diese Aspekte zu

richten. Es schien mir, als wäre ein ständig wechselnder Blick von außen nach innen, von der Umgebung auf das Kind, vom Kind auf die Umstände, von da wieder auf die Qualität und die Merkmale der entstehenden Beziehung, notwendig, um mich in die kindliche Erlebenswelt einfühlen zu können. (Vgl. dazu Finke 2005 zum oszillierenden Wechsel zwischen Teilnehmer- und Beobachterbeziehung.)

Nun, nach Jahren psychotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, denke ich, dass ein erweitertes Wissen über die „Innen- und Außenwelt“ von Kindern und Jugendlichen notwendig ist, um **die Fähigkeit zur Empathie** zu erhöhen, und dass das **Mitteilen von Empathie** mit dem Einsatz von Methoden, Techniken und Kreativität einhergeht.

Für meine Identität als personenzentrierte Psychotherapeutin ist es zudem hilfreich, mich dem anzunähern, was Charlotte Gröflin-Buitink (2002) mit dem Titel: „Erleben – Benennen – Reflektieren“ beschreibt, nämlich einer fruchtbaren Auseinandersetzung mit der Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis, zwischen Wissen und Erlebtem. Ich hoffe, deutlich zu machen, dass für die „eigene Theoriebildung“ das Einbetten theoretischer Begriffe in die eigene praktische Arbeit in Form von Konkretisierungen notwendig war und ist.

Ich beschäftige mich im Bezug auf die Empathie mit folgenden Fragen, wobei die Fragen nicht abschließend beantwortet werden können, sondern das Fragen (und innere Suchen) bereits einen fruchtbaren Prozess in der Praxis darstellt:

- Welcher **Blickwinkel**, und von welchem Menschenbild aus, erhöht bei einem einzelnen Klienten in mir die Fähigkeit, mich auf ihn und seine Person einzulassen und mich auch in seine Bedürfnisse in der Therapie einzufühlen? (Diese Frage ist vor allem auch deshalb wichtig, weil ich in unterschiedlichen Weiterbildungen verschiedene Grundhaltungen/Interventionsmöglichkeiten kennengelernt habe, die ich in die praktische Arbeit integrieren möchte.)
- **Wie**, aufgrund welcher inneren Entscheidung, Resonanz, inneren „Antwort“ auf den Klienten geschieht die eine oder eben die andere Art von Verbalisierung, Reaktion, Intervention, die dem Klienten das Gefühl gibt, genau verstanden, wahrgenommen worden zu sein?
- **Was** ist im Fokus der Empathie? **Was** gilt es, mit „unconditioned positiv regard“ empathisch aufzunehmen?
- Wie wird Empathie sichtbar, spürbar, als hilfreiches Instrument tragend und bestimmend, auch auf der **Handlungsebene**?

Wenn es gelingt, sich in das Erleben des Gegenübers wirklich einzufühlen, ist die Beziehung auch von **Wertschätzung** getragen.

Die **Kongruenz** der Therapeutin ist in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf eine besondere Weise gefordert, weil andere Erfahrungsbereiche der Therapeutin berührt werden als in der Arbeit mit Erwachsenen, Bereiche, die bspw. stark von frühen Sinneserfahrungen geprägt sind.

Oder, um es mit einem Begriff aus der Ego-State-Theorie (vgl. die CD von L. Reddemann 2004) auszudrücken: Die Therapeutin muss empathisch mit ihrem eigenen „inneren Kind“ in Kontakt sein, für die wertschätzende Beachtung der oft starken, körperlichen, emotionalen Reaktionen der Therapeutin auf die Arbeit mit Kindern. In einer Psychotherapieausbildung, welche spezifisch auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist, wird deshalb in der Selbsterfahrung und Weiterbildung der Zugang zum eigenen kindlichen Erleben wieder vertrauter gemacht.

Im 1. Kapitel beschäftige ich mich zuerst mit der Bedeutung von Empathie und von 1.1. bis 1.4 mit den Aspekten, in deren Bedeutung es sich in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen speziell einzufühlen gilt. Im 2. Kapitel wird das Augenmerk auf den Stellenwert von Methoden und Techniken als Kanäle für den Ausdruck von Empathie gerichtet, und zum Schluss in einer Konkretisierung dargestellt, wie bspw. in einer Trancearbeit die Empathie ihren Ausdruck finden kann.

## 1. Im Fokus der Empathie

Rogers (1959a, 37) schreibt: „Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „als-ob“-Position aufzugeben. Das bedeutet, Schmerz oder Freude des anderen zu empfinden, gerade so wie er empfindet, dessen Gründe wahrzunehmen, so wie er sie wahrnimmt, jedoch ohne jemals das Bewusstsein davon zu verlieren, dass es so ist, *als ob* man verletzt würde usw. Verliert man diese „als-ob“-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung.“

Wörtlich übersetzt heißt Empathie „sich einfühlen“ – und einfühlen kann man sich in Gefühle, Körperempfindungen, Stimmungen, aber auch darein, wie sich bestimmte Lebensumstände und -zustände anfühlen, oder wie es sich anfühlen mag, in bestimmten Denkmustern zu leben etc.

Binder (2002, 301) schreibt in ihren Überlegungen zur Empathie, dass es sich bei der therapeutischen Empathie um ein „prosoziales emotional/affektives Bezugssystem“ handle und bemerkt weiter: „Nach so vielen Jahren des Bestehens unseres Ansatzes möchte ich hier eine spitze Bemerkung machen. Ich frage mich, warum es uns nie gelungen ist, deutlich zu machen, dass unser Personenzentrierter Ansatz das Bindeglied zwischen dem „Innen“ der Psychoanalyse und dem „Außen“ der Verhaltenstherapie darstellt, und zwar nicht als Anhängsel des einen oder anderen, sondern vielmehr, diese überwindend, mit seinen zentralen Themen des Verstehens und Veränderns von Menschen in ihren Erlebenszusammenhängen eine beide Teilaspekte des Menschen – das Innen und das Außen – umfassende Position hat.“

Die Empathie ist schließlich nach Binder (2002, 315) **das** zentrale Veränderungsagens. Empathisches Verstehen erfasst „die phänomenale Welt, d. h. das Erleben, deren Bedeutungen, Verursachenszusammenhänge, Ordnung, Struktur, Geschichte, d. h. Entwicklung und daraus resultierend die für das therapeutische Handeln relevanten Veränderungsbedingungen.“

Auch Goetze (2002) verweist darauf, dass sich das empathische Verstehen bei Kindern häufig nicht auf die direkte sprachliche Kommunikation zu richten habe, sondern auf das Spiel und den darin enthaltenen Gefühlsausdruck. Es gelte, nicht nur die emotionalen Erlebnisinhalte, sondern seine Weltsicht, seine Sicht der Lösung von Problemen wahrzunehmen, und auf die in Kinderäußerungen enthaltenen Wünsche einzugehen.

Die Empathie richtet sich dann auf den **Wunsch** nach einer Lösung als Ausdruck eines wesentlichen emotionalen Erlebnisinhalts einer Person, nicht auf die **Lösung** und deren Verwirklichung als im Zentrum stehend. Damit es mir als person-zentrierter (und nicht lösungs-zentrierter) Psychotherapeutin gelingt, mit dem Kind auf eine Lösung dieses Problems hinzuarbeiten, gilt es, mich empathisch in den Wunsch nach Zugehörigkeit, Anerkennung, Entspannung einzufühlen, und in die große Not und Anstrengung, die der momentane Spannungszustand bspw. erzeugt.

Die konsultierte personzentrierte Literatur bietet ausführliche Beschreibungen dessen, was theoretisch mit Empathie gemeint ist, listet auf der Handlungsebene aber vor allem auf, was die personzentrierte Kindertherapeutin zu **vermeiden** hat, wenn sie personzentriert arbeiten will: **Nicht** Ratschläge geben, **nicht** interpretieren, **nicht** Lösungen anbieten etc.

Gerade weil Rogers keine Technik aus seiner damals wie heute revolutionären Haltung der Begegnung und der Beziehung machen wollte, verzichtete er darauf, auszuformulieren, **auf welche Weise** die Empathie dem anderen mitzuteilen sei. Er betonte jedoch in Überlegungen zur Echtheit (Kongruenz), dass Therapeuten ihre Wirkung am besten entfalten, wenn sie sich natürlich und spontan verhalten, und dass verschiedene Therapeuten auf verschiedene Art und Weise gute Ergebnisse erzielen (Rogers, 1977b). Auf der Handlungsebene wird davon ausgegangen, dass vor allem **das Kind** etwas tut – die Therapeutin begleitet es dabei, „folgt nach,“ oder kommentiert sprachlich, was das Kind tut, oder benennt das, wovon sie annimmt, dass es für das innere Erleben des Kindes relevant ist.

Zu Beginn meiner Praxistätigkeit orientierte ich mich denn auch primär an der Annahme, mit „so wenig wie möglich aktiv tun“ auch so wenig wie möglich falsch machen zu können.

Dabei hielt ich mich vor allem an die acht Grundprinzipien der sog. Nicht-direktiven Spieltherapie von Axline (1993). Dort lernte ich, Geduld, Offenheit und eine von unbedingter Wertschätzung getragene empathische Grundhaltung zu üben. Auf der Suche nach Möglichkeiten, der Empathie differenziert Ausdruck geben zu können, im Sinne einer „Inter-aktion“, halfen mir dann die zahlreichen

kreativen Vorschläge von V. Oaklander (1994) und anderen. Der „Einsatz von kreativen Medien“ ist auch in der personzentrierten Fachliteratur ein Thema; es finden sich viele Anregungen zur Arbeit mit Imaginationen, Hypnose, Metaphern, Geschichten, Rollenspielen, Psychodrama etc.

Im Bezug auf den Empathiebegriff ist es wichtig festzuhalten, dass es bei dieser Erweiterung nicht um eine Veränderung der Bedeutung von Empathie (einfühlen) geht, sondern um die Frage: **Wie, mit welchem Angebot, kann ich Empathie so ausdrücken, dass sie vom Gegenüber wahrgenommen werden kann, und wie kann ich das Kind so bei der Symbolisierung einer Erfahrung begleiten?**

Empathisch sich in den Klienten einzufühlen wird in vielen Therapierichtungen als wichtig angesehen, doch ist damit oft anderes gemeint: Wo im personzentrierten Ansatz an erster Stelle die therapeutische Beziehung und Begegnung als Wirkung gemeint ist, geht es in anderen Richtungen eher darum, eine Intervention zu planen oder auf eine Lösung hin zu arbeiten und dabei Empathie als „förderndes Mittel“ einzusetzen – was seinen Sinn und seine Berechtigung haben kann. (Vgl. dazu Auckenthaler 2004.)

Schmid (2002) legt in seinen Ausführungen Wert darauf, dass das Menschenbild und die Entscheidung, die „Person“ in den Mittelpunkt zu stellen (und nicht die Ziele, Lösungen, Methoden, Techniken etc.), Kennzeichen für eine personzentrierte Therapieform sei. Weiter sei die Entscheidung, sich „nicht-direktiv“ zu verhalten, von großer Bedeutung. Und, so Auckenthaler (2004, 10): „Therapieziel ist die Veränderung der Beziehung des Klienten zu sich selbst. Veränderungen im Verhalten, in der Beziehung zu anderen und die Reduktion von Symptomen gelten als Folge der veränderten Beziehung des Klienten zu sich selbst.“ Die Aktivität der Therapeutin soll sich also auf diesen Prozess konzentrieren.

Nach meiner Erfahrung bietet auch der Ansatz von Milton H. Erickson (1901–1980) theoretisch und praktisch eine sinnvolle und ergiebige Quelle von Anregungen für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugssystem, die ich hier deshalb auch einbeziehe. Wie Rogers weigerte sich auch Erickson, eine eigentliche Therapieausbildung mit zu lernenden und einzuübenden Programmen zu formulieren. Er war zutiefst überzeugt davon, dass jeder einzelne Klient ein Recht auf eine eigens auf ihn zugeschnittene Therapieform habe. Und wie bei Rogers ist es auch bei Erickson so, dass viele etablierte Therapieschulen deren Grundlagen als „die ihren“ betrachten. Das Konzept der Empathie und Wertschätzung findet sich bei Erickson im „Pacing“ das meint, den Klienten genau dort abzuholen, wo er ist, und ihn in seinem ganzen Sein anzunehmen. Bekannt wurde Erickson vor allem auch durch seine große Begabung in der „Utilisation“ dessen, was er vom Klienten wahrgenommen hatte. Der Begriff beinhaltet, dass alle Eigenschaften oder auch Eigentümlichkeiten, die ein Klient mitbringt, als mögliche Ressource zur Erreichung therapeutischer Ziele genutzt werden können und das

Augenmerk darauf gerichtet wird. Da die wertschätzende und empathische Haltung, die in diesem Konzept steckt, nach meiner Erfahrung gut vereinbar mit der personenzentrierten Haltung ist, werde ich im 2. Kapitel auf einige Anwendungsmöglichkeiten eingehen.

In den Abschnitten 1.1 bis 1.4 werde ich einige Aspekte, die es in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen besonders zu beachten gilt, konkretisieren. Ich versuche jeweils aufzuzeigen

- a) **Was besonders im Fokus der Empathie steht**
- b) **Wie ich der Empathie auf der Handlungsebene Ausdruck geben kann.**

## 1.1 Kommunikation des Kindes

- a) Im Fokus steht hier die Empathie gegenüber den **Kommunikationsformen und Kommunikationsstrukturen**, die dem Kind und seinem Entwicklungsalter entsprechen.
- b) **Erweiterung des Empathieausdrucks** in der Kommunikation mit dem Kind: Wenn sich die Therapeutin ein vertieftes Wissen über die kindliche Kommunikation aneignet, führt dies nach meiner Erfahrung zu einer Erweiterung der Möglichkeiten, Empathie einerseits zu empfinden und andererseits den Ausdruck von Empathie auf eine Weise zu gestalten, dass das Beziehungsangebot vom Kind wahrgenommen werden kann.

Das Kind kommuniziert anders – inneres Erleben teilt es in seinem gesamten Sein mit. Auch Erwachsene tun dies, jedoch ist in der Therapiesituation häufig die gesprochene Sprache das Medium der Wahl, verführerisch, weil vermeintlich klarer und unseren eigenen, erwachsenen Gewohnheiten und Regeln entsprechend. Das Kind jedoch kommuniziert vornehmlich im Handeln, mit dem Körper, im Spiel, und es hält sich, wenn es spricht, nicht an dieselben Regeln wie die Erwachsenen – es kann einsilbig, „unhöflich“ oder gar nicht sprechen, abrupt das Thema wechseln, die Therapeutin mit groben Ausdrücken überhäufen, sie auslachen etc. Körperlich zeigt es ebenfalls eine viel breitere Palette an Ausdrucksformen: Es zappelt, rennt, legt sich hin, rollt sich zusammen, schläft ein etc.

Weinberger (2005) beschreibt die Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen in ihrem Buch „Kindern spielend helfen“ sorgfältig.

Parallel zu seinem „Anderssein“ versucht es aber auch, sich dem Erwachsenen und seiner „Sprache“ (Worte, Tonfall, Mimik, Gestik, Tempo etc.) anzupassen – es will es „richtig“ machen und möchte zeigen, dass es unsere Sprache versteht und dass es sich bemüht so zu sprechen, resp. sich so zu verhalten, wie es denkt, dass wir es mögen. Kinder reagieren denn auch auf Fragen oder das sprachliche Benennen oder Kommentieren dessen, was sie tun oder fühlen, oft mit Befangenheit – sie fühlen sich schnell beobachtet oder bewertet.

### Beispiel:

Wenn kleine Kinder befragt werden, werden sie auf dieselbe Frage möglicherweise dreimal etwas anderes antworten – nicht weil sie sich nicht mehr erinnern oder lügen, sondern weil sie das wiederholte Fragen glauben lässt, sie hätten beim ersten, resp. zweiten Mal etwas „falsch“ gesagt. (Dass wiederholtes Fragen aus erwachsener Sicht dem Überprüfen und Nachfragen dient, entzieht sich dem Verständnis des Kindes).

Als „verbal gewohnte“ Therapeutinnen vergessen wir oft, dass das Erleben bereits im gemeinsamen Spiel gezeigt und empathisch verstanden wurde und eine zusätzliche Verbalisierung störend oder als unnötige Wiederholung empfunden werden kann. In diesem Fall geben Kinder oft direktes Feedback „Red nicht, **spiel** einfach!“ Bei einigen Kindern nehme ich gewisse Inhalte manchmal erst beim Aufräumen sprachlich auf: „Der kleine Löwe hat alle überrascht, weil er sich so gut wehren konnte.“ Und das Kind: „Mmh, er ist eben stärker, als man denken würde!“ Therapeutin: „Mmh, der hat mehr Kraft, als man ihm zutraut!“ etc.

Das Kind verfügt über einen noch viel stärker mit sinnlichen Erfahrungen angefüllten Erfahrungsschatz. Erwachsene wie Kinder symbolisieren Erfahrungen in Körperempfindungen, Eindrücken auf allen Sinneskanälen, Vorstellungen, Bildern, Gefühlen, Gedanken, Worten etc. und bei allen Menschen werden Erfahrungen über Gedanken, übers Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, über sensorische Empfindungen und in Bewegungen, gespeichert. Kinder haben zu diesen Speicherungen aber noch einen direkteren Zugang; sie kommunizieren diese Erfahrungen auch deutlicher auf allen Sinneskanälen.

Nachzulesen ist Grundwissen über die sensorische Entwicklung des Kindes bspw. bei Ayres (1984). Über die verschiedenen Sinneskanäle und die entsprechenden mnemotechnischen („erinnerungstechnischen“) Prinzipien der Speicherung lässt sich bei Beaulieu (2005) einiges lernen. Diese Prinzipien in der therapeutischen Arbeit anzuwenden bedeute bspw. eine Kommunikationsform und eine Umgebung anzubieten, die Erfahrungen über **alle** Sinne ermöglicht. „Es geht dabei also darum, nicht allein die Ohren, sondern ebenso die Augen und die Gesamtheit der sensorischen Modalitäten anzusprechen. Das Gedächtnis versteht mehr als Worte!“ (Beaulieu, 2005, 9) Ich versuche also, auch zu erfassen, über welche Sinneskanäle und Ausdrucksformen das Kind am besten speichert, am leichtesten ansprechbar ist und am intensivsten kommuniziert.

### Beispiele für solche Schwerpunkte:

**Akustisch:** Es gibt Kinder, die summen, singen, pfeifen, schweigen, oder geben Töne von sich, in denen Stimmungen spürbar werden.

**Visuell:** Kinder schauen zum Fenster hinaus, drücken sich in Bildern, Farben, Konstruktionen aus.

**Taktil/Kinästhetisch:** Kinder liegen, schaukeln, rollen und wälzen sich, kämpfen, schwitzen, bauen oder lassen beim Sprechen immer wieder Sand durch die Hände rieseln etc.

Dazu Erickson (2002,12): „Kinder müssen als denkende und führende Geschöpfe respektiert werden, die die Fähigkeit besitzen, Gedanken und Einsichten auszudrücken und sie in ihren eigenen Erfahrungszusammenhang zu integrieren. Allerdings müssen sie das entsprechend den tatsächlichen Funktionsprozessen tun, die sie besitzen. Kein Erwachsener kann ihnen das abnehmen, und jede Annäherung an ein Kind muss diesen Umstand berücksichtigen.“

So wird auch deutlich, dass das Spiel kein „Mittel,“ keine „Technik“ ist, sondern Teil des kindlichen Seins, unmittelbarer Ausdruck der Person, Teil der Sprache und des Erlebens des Kindes, und es handelt sich dabei auch um ein empathisches Begleiten und Aufnehmen der Kommunikationsform des Kindes. (Vgl. auch Schmid 2000 zum Begriff der „un-mittel-baren Begegnung“). Die bewusste Wahrnehmung der großen Unterschiedlichkeit des kindlichen Ausdrucks erleichtert mir auch ein „inneres Einstellen auf das Kind“, eine innere Resonanz, die wiederum nützliche Visionen über die Ressourcen des Kindes entstehen lässt. (Vgl. Jacob 2002, zur „absichtsvoll geschärften Wahrnehmung“ des Therapeuten und Behr 1996, zum Konstrukt der „Interaktionsresonanz“.)

### Beispiele:

**Cyrril**, ein 14-jähriger Junge, kommuniziert über persönliche Inhalte vorzugsweise auf eine seltsam anmutende, unnahbare, „coole“ Art: In kurzen, hingeworfenen Sätzen, mit abgewandtem Blick und raschen Themenwechseln. Wenn ich seine Kommunikationsform empathisch aufnehme, sitze ich eher abgewandt, fixiere ihn nicht, sondern lasse meinen Blick zu ihm und wieder weg schweifen und halte den Blickkontakt, wenn er sich ergibt, nur kurz. Meine Sprache ist ebenfalls eher einsilbig, knapp; mein Gesichtsausdruck bleibt eher neutral.

**Bianca**, ein 16-jähriges Mädchen spricht kaum. Am besten kann sie sich am Telefon öffnen oder per Handy und SMS. So nutze ich eben diese Gelegenheiten für längere Gespräche. Wenn sie den Therapieraum verlässt und den Gang zum Praxisausgang entlanggeht, kann sie sich darauf verlassen, dass ich unter der Tür stehen bleibe, bis sie um die Ecke verschwindet, weil ich weiß, dass sie mir jeweils aus dieser sicheren Distanz ein Lächeln und Winken schicken wird.

**Sven**, 9 Jahre, stellt gleich zu Beginn der Stunde ein Sandbild auf und spielt wortlos, nach der Bemerkung: „Ich will das ohne Erzählen machen!“ Von Zeit zu Zeit fragt er mit einem Seitenblick zu mir: „Chunnsch druus?“ (Verstehst du?) Th: „Mmh, es sieht danach aus, als würden die Lastwagenfahrer ganz unerschrocken gegen die Riesenschlange kämpfen!“ Sven: „Ganz genau!“

Im Lauf der Jahre und vor allem in der Arbeit mit Kindern, habe ich gelernt, verstärkt auf meine inneren Impulse, Bilder, Ideen, Stimmungen zu achten und diese als Ressourcen und als Träger des Ausdrucks von Empathie wahrzunehmen. Dies hat einerseits etwas mit

Kongruenz zu tun – andererseits auch mit einem genaueren Einfühlen in Erlebenszustände des Kindes, die sich in anderer Form zeigen als in der Sprache. (s. auch Abschnitt 2.2)

## 1.2 Das Kind im System

- Im **Fokus der Empathie** steht hier das Eingebettetsein des Kindes in ein System. Dabei richtet sich die Empathie auf die nachfolgenden Faktoren (Indikation, Abhängigkeit, Eltern-Kind-Beziehung, Bezugspersonen)
- Welche **Möglichkeiten des Ausdrucks von Empathie** ergeben sich aus dem Wissen über systemische Zusammenhänge und einem empathischen Blick auf die genannten Faktoren?

### Therapieindikation und Anmeldung

Meist geht es bei der Anmeldung um Symptome, deren Bedeutungen durch die relevanten Bezugspersonen formuliert werden. Die Therapeutin verkörpert für das Kind ebenfalls jemanden aus der Erwachsenenwelt, dem „Helfersystem“, (oft eine ganze Schwadron von Helfern: Sozialarbeiterin, Schulpsychologin, Therapeut, Lehrerin, Legasthenietherapeutin, Kinderarzt, Eltern ...). Es ist für das Kind nicht möglich, in die Therapie zu kommen, ohne gleichzeitig mit der Frage beschäftigt zu sein: Wie soll ich mich verhalten, dass alle, auch die Therapeutin, zufrieden mit mir sind? So äußert Lucy (9) in der 2. Stunde: „Ich bin irgendwie ganz überrascht, dass ich alles sagen und machen darf. Ich dachte, es geht sowieso nur um das blöde Rechnen!“ In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wird die Beziehung allein durch die Tatsache, dass ich die Erwachsene bin, dass jemand anderes die Therapie bezahlt, in einem hierarchischen Gefälle festgelegt, in der das Kind eher der passive Teil ist.

**Beispiel** für einen Ausdruck von Empathie in dieses Erleben: Wenn es machbar ist, versuche ich bei der Vereinbarung für den Ersttermin auch das Kind ans Telefon zu bekommen, und sei es nur, um mich ihm kurz vorzustellen und ihm zu sagen, dass ich mich freue, es zusammen mit seinen Eltern kennen zu lernen. Ich sage ihm am Telefon, dass ich erst mit der Mutter über die Anmeldung gesprochen habe und dass ich noch nicht weiß, was es über die Therapie denkt, dass ich mich aber dafür interessieren werde.

Es ist wichtig, dass ich mir dessen bewusst bin, wann, wie, warum, aus welchem Bedürfnis heraus ich mich für eine **aktive** Vorgehensweise entscheide. In der Kindertherapie ist es wichtig und notwendig, auch **aktiv und direkt** arbeiten zu **können**, wenn die Empathie ins Bezugssystem dies erfordert (Steiner/Berg 2005) – und für die Identität der personenzentrierten Psychotherapeutin ist es wiederum notwendig, dies auch so zu benennen und sich darüber im Klaren zu sein, was sie warum tut. Sie darf also nicht, aus falsch verstandener nicht-direktiver Haltung heraus, grundsätzlich passiv oder inaktiv sein.

### Abhängigkeit

Jede erwachsene Person ist für das Kind von ihrer Größe, der Kraft, dem Prestige und den intellektuellen Fähigkeiten her überlegen, und es ist für das Kind deshalb noch schwieriger, die eigene Zulänglichkeit als Individuum wahrzunehmen. Umso wichtiger, dass wir Psychotherapeutinnen uns unserer Position und Aufgabe auch innerhalb des Bezugssystems des Kindes bewusst sind und uns Wissen über systemische Zusammenhänge aneignen (Vgl. dazu das Kapitel „Innerer Bezugsrahmen und äußeres Bezugssystem oder die gemeinsame Konstruktion von Wirklichkeit“ von Bürki/Hobi 2000).

Das Kind ist in enger, abhängiger Verbindung mit Erwachsenen aus seiner Familie und der sozialen Umgebung. Die Ziele und die Richtung seines Wachstums werden häufig stellvertretend für das Kind formuliert, kommentiert, korrigiert. In einem anderen Maß als bei Erwachsenen zielt die Richtung von Wachstum und Entwicklung also auch dahin, eine bessere Anpassung an die Bedingungen und Anforderungen zu erreichen, die vom System an das Kind gestellt werden.

### Empathie in die Kraft der Eltern-Kind-Beziehung

Ehlers (2002) betont, dass die Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung die wichtigste und hilfreichste Funktion der Therapie sei, und alles zu unterlassen sei, was diese Beziehung belasten könnte. Es sei in erster Linie die Aufgabe der **Eltern**, ihr Kind zu fördern und zu unterstützen. Die Therapeutin wird also ihr Augenmerk darauf richten, die Kompetenz der Eltern zu stützen – nicht zu schwächen, indem sie bspw. das Kind „besser versteht“ als die Eltern. Die Empathie muss sich unbedingt auch auf die Tatsache richten, dass das Kind den Eltern in Loyalität und Liebe verbunden ist. (Ehlers: Auch wenn es manchmal so aussehe, als treffe dies nicht zu!)

Schmidtchen (2003) beschreibt das Kind als „Fortsetzung der Familie“ und nicht, wie es manchmal in Einzeltherapie-Settings aussieht, die Familie als „Fortsetzung des Kindes.“

So kann es sehr befruchtend sein, kein starres Setting „aus Prinzip“ durchzuziehen, sondern Impulse und Ideen, die aus dem System kommen, offen und wertschätzend aufzunehmen. z. B. die Eltern einladen, dabei zu sein, mitzuspielen etc.

### Beispiele:

Noch einmal **Lucy** (9): Die Mutter bringt das Mädchen in die Therapie und erzählt oft unter der Türe noch etwas „Schwieriges“; an diesem Nachmittag davon, wie schrecklich es für Lucy sei, dass nun, nachdem sie es endlich einmal geschafft habe, ein Mädchen einzuladen, dieses wieder abgesagt habe. Sie wisse auch nicht, wie ihre Tochter das verkrafte. Lucy schaute zu Beginn der Therapiestunde immer wieder hinaus auf den Parkplatz, wo ihre Mutter bei strahlender Sonne im geschlossenen Wagen saß, („Was macht sie wohl?“ „Ist sie immer noch da drin?“), bis ich sie schließlich fragte, ob sie vielleicht die Mutter heute lieber im Therapieraum dabei haben

möchte? Lucy baute in der Folge in Gegenwart der Mutter einen Hindernisparcours auf und spielte ein Rennpferd, das den Durchgang übt, bis er fehlerfrei ist – begleitet von Ausrufen wie: „Das schaffe ich nie!“ über „Doch, ich schaffs!“ bis hin zu „Ich wusste gar nicht, dass ich so gut bin!“ Am Ende der Stunde hatte sich die Stimmung der Mutter deutlich aufgehellt. Ob Lucy ihr wohl zeigen wollte, dass sie lernen will, mit Frustrationen umzugehen, und dass sie über viel Ausdauer und Durchhaltevermögen verfügt?

Oder wenn ich an die 8-jährige **Sarah** aus Jemen denke, die in jeder Stunde ein Baby sein will, und an ihre Mutter, die bei einer solchen Sequenz in den Raum geholt wurde: Sie hielt ihr Kind auf dem Schoß und erzählte ihm, wie es war, als es auf die Welt kam, wie das Spital aussah, ob es Milch aus der Brust trank etc. Meine Aufgabe bestand darin, mich empathisch in diese Mutter-Kind-Beziehung einzufühlen und in das kindliche Bedürfnis, das hinter diesen vielen Fragen steckte. („Hast du dich denn gefreut, als ich zur Welt kam?“) Durch den Einbezug der Mutter in diese Spielsequenz gab ich dieser Empathie Ausdruck.

Mrochen und Bierbaum-Luttermann (2002) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Spiel über die Bande“ – wenn er vor den Augen der Eltern mit den Kindern arbeitet, zum Beispiel mit Hilfe von Handpuppen verschiedene innere Teile des Kindes exploriert: Die Eltern erleben exemplarisch mit, wie eine wertschätzende, empathische Begleitung des inneren Erlebens des Kindes stattfindet – sie erleben eine „Dialogische Qualität“, die sich auch auf ihren Alltag mit dem Kind wiederum auswirken wird.

### Empathie für die Bedürfnisse der relevanten Bezugspersonen

Allein die Tatsache, dass die Psychotherapie nicht durch das Kind, den Jugendlichen, bezahlt wird, sondern durch Eltern oder zuweisende Geldgeber, macht es notwendig, sich auch in die Bedürfnisse der relevanten Bezugspersonen einzufühlen.

Mrochen (2000, 2002) findet denn auch, dass Therapeutinnen durchaus zur Komponente „Leiten und Lehren“ stehen sollen.

Bezugspersonen müssen manchmal mit Verhaltensweisen konfrontiert werden, die für das Kind schädigende Auswirkungen haben, und die Therapeutin muss hier Verantwortung übernehmen, im Sinne von „Verantwortung“, und den Eltern eine echte Antwort geben auf ihr Verhalten, ihre Einstellung. So ist es nicht sinnvoll, entwicklungspsychologisches Wissen zurück zu halten, bspw. um Eltern etwa nicht zu belehren! Die personenzentrierte Grundhaltung zeichnet aber selbstverständlich auch die Kommunikation mit den Eltern und allen anderen Personen des Bezugssystems aus.

Schmid (2002,19) spricht von zwei divergierenden Trends in der Psychotherapie, der „Erfolgsorientierung“ und der „Beziehungsorientierung.“ Kindertherapeutinnen müssen **beides** im Blick behalten: Die Beziehung ist die eigentliche Therapie und Voraussetzung für Wachstum und Entwicklung, und der Erfolg im Sinne der

Symptombeseitigung ist oft ein Therapieeffekt, auf den das System (und der Geldgeber!) ungeduldig wartet. Gleichzeitig ist aber die Symptomreduktion nach unserem Verständnis nicht Ziel, sondern Folge der veränderten Beziehung des Klienten zu sich selbst. Die Kindertherapeutin muss dieses Spannungsfeld aushalten und das Kind im Fokus behalten. Die Arbeit an einer Symptomreduktion ist im nächsten Beispiel Ausdruck der Empathie in die Not, welche ein Ausgeschlossenensein für das Kind bedeutet und in die Sehnsucht nach Integration, aber auch Ausdruck der Empathie in die Bedürfnisse der relevanten Bezugspersonen.

Wenn ich merke, dass die Umgebung ein bestimmtes Symptom nicht mehr aushalten kann, mache ich mit dem Kind ein „Abkommen“: Ich vereinbare mit ihm, dass wir uns ein „Erfolgsziel“ stecken und darauf hin arbeiten, damit z. B. die Lehrer zufrieden sind. Das Kind ist dann dasjenige, das das Ziel formuliert und die Fortschritte kommentiert. (Dieses Vorgehen ist vergleichbar damit, wie ich mit Erwachsenen gemeinsam die Krankenkassenberichte ausfülle – es ist uns beiden klar, dass wir das tun, damit der Klient sein Geld bekommt, und dass wir uns deshalb der Sprache der Kasse anpassen müssen.)

#### Beispiel:

**Lukas**, 8 Jahre, wird aus der Klasse ausgeschlossen, wenn er nicht lernt, seine Aggressionen rasch unter Kontrolle zu bekommen. In der Therapie möchte er aber vor allem Fußball spielen und nicht über das leidige Thema sprechen. Er ist aber bereit, im Interesse seiner Integration in der Schule bereit, gezielte Beobachtungsübungen zu machen und mir von seinen Beobachtungen und Erfolgen zu berichten (bevor wir jeweils Fußball spielen). Er ist auch bereit, mit mir über die Strategien zu sprechen, die er beim **Fußball** anwendet, um keine rote Karte zu kriegen. In einer Imagination stellt er sich dann vor, dass er diese Strategien auf die Alltagssituationen anwendet und spürt dabei, wie es sich anfühlt, seine aggressiven Impulse zu kontrollieren.

Wenn ich mich in die Ressourcen des Systems und der einzelnen Personen einfühlen will, kann die Frage auch lauten: Wer im System kann was und wie für das Kind/die Jugendliche tun, um bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben eine Unterstützung zu sein?

### 1.3 Entwicklungsaufgaben

- a) Im Fokus der Empathie steht der **Entwicklungsstand** des Kindes und das **Lebensalter**, das mit bestimmten **Entwicklungsaufgaben** und **Entwicklungszielen**, einher geht. Die Empathie richtet sich auf das damit verbundene Erleben, sie beachtet, dass zu den unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben auch **Lebenswelten** gehören, zu denen sich die Therapeutin ev. Wissen

aneignen muss – z. B. zur Bedeutung von Mobiltelefonen und Kleiderlabel.

- b) Die aufgeführten Beispiele zeigen, **wie** die Therapeutin ihre Empathie **Ausdruck** geben kann.

Um sich in die psychische Situation eines Kindes in einem bestimmten Lebensabschnitt einzufühlen, braucht es auch entwicklungspsychologische Kenntnisse. Als Beispiele dafür:

Wenn ich mich als Therapeutin in die Lebens- und Erfahrungswelt eines Kindes im **Vorschulalter** versetze, dann bin ich mir seines magisch-animistischen Denkens und Erlebens bewusst. Dieses Denken und Erleben nutze ich, um Rituale zu planen, die dem Kind bei der Bewältigung einer Aufgabe helfen können. (Kraftsteine, Hilfsfigürchen, ein Plüschtier, das über den Atem mit Mut aufgeladen werden kann und bei Bedarf als „Mut-Aufladestation“ benutzt werden kann etc.) Wichtige Entwicklungsaufgaben in dieser Phase sind u. a. die soziale Integration in eine Gruppe und die Entwicklung einer größeren Selbständigkeit (Kindergartenweg, Anziehen, trockenes Bett am Morgen etc.).

Später, in der konkret-operativen Phase geht es dann eher um das Verstehen von Zusammenhängen und Prozessen (vgl. Holtz 2002) etc. Das **Schulkind** lernt, seine Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit zu steigern, seine Stärken und Schwächen einzuschätzen etc.

Für **Jugendliche** wiederum ist die Wahrnehmung von Unterschied und Distanz zentral; das innere Erleben wird eher abgeschirmt oder mit der Peer-Group geteilt, und die körperlichen Veränderungen und das damit verbundene innere Erleben sind im Vordergrund.

Nemetschek (2002) spricht davon, dass das Konstrukt: „Wenn ich mal groß bin!“ als „magnetische Kraft“ genutzt werden kann und soll. Nach meiner Erfahrung stellt das „Groß-Werden“ eine der zentralen Aufgaben und Anliegen des Kindes dar.

**Beispiel:** Kinder lieben es, auf der Zeitachse vorwärts zu schauen, sich vorzustellen, welche Ideen, Träume, Vorsätze sie in zwei, fünf, zehn Jahren verwirklicht haben möchten, z. B. mit vierzehn Jahren die „Töffliprüfung“ (Töffli = Moped).

Wie ist das „Groß-Werden“ für das Kind? Sind diese Erfahrungen für das Kind mit einem „positive regard“ verbunden? Erlebt es das Größer-Werden als „Kompetenter- und Selbständiger-Werden?“ Oder als „Nicht-mehr-liebenswert-Sein?“ Oder in eine gefährliche Welt hineinwachsen zu müssen? Wie drückt es sein diesbezügliches inneres Erleben aus? Ich versuche an dieser Stelle also auch, mich in eine **körperliche** Erfahrung einzufühlen und nehme auf, was das Kind „zeigt“, – auch wenn es nicht darüber „spricht“. Die Kraft des Bildes des noch wachsenden Kindes kann so auch therapeutisch genutzt werden.

**Beispiel:** In meiner Praxis gibt es einige Stellen an der Wand, auf denen das körperliche Wachstum der Kinder über die Dauer der Therapie festgehalten wird. **Tom** (10 Jahre) ist nach den Sommerferien

wiedergekommen und in der Zwischenzeit um mehrere Zentimeter gewachsen. Seine Ausstrahlung hat sich verändert, aber auch die Art, wie ich ihn sehe und die Bedeutungen, die ich seinem noch sehr kindlichen und unselbständigen Verhalten jetzt zuordne ...

Diese Erfahrung lässt sich gut explorieren: „Was ist anders, jetzt wo du 5 cm gewachsen bist? Ist nur dein Körper größer geworden, oder auch was anderes, zum Beispiel deine Fähigkeiten? Ist der große Tom auch innerlich gewachsen?“ Tom findet, der große Tom könne vielleicht anfangen, allein mit dem Bus in die Therapie zu kommen, und er müsse weniger Angst haben vor den großen Buben, könne sich besser verteidigen und vielleicht sichtbar mutiger werden.

Welche Bewältigungsstrategien das einzelne Kind wiederum wählt, um „groß zu werden“, ob es eher aktiv oder passiv, mit Kampf oder Rückzug, mit Abwehr oder Aushalten reagiert – die Therapeutin wird dies wahrnehmen und das entsprechende innere Erleben empathisch und wertschätzend begleiten. Das Wissen um entwicklungspsychologische Zusammenhänge hilft ihr dabei.

#### 1.4 Transfer in den Alltag

- a) Die Empathie richtet sich auf die äußeren Anforderungen, auf den **äußeren Bezugsrahmen** und auf das Bedürfnis der Zuweisenden, sich über die Wirkung der Therapie im Alltagsleben und über die Zusammenarbeit auszutauschen.
- b) Die folgenden Beispiele zeigen Möglichkeiten, **wie** die Therapeutin ihrer Empathie für **den Transfer zwischen Therapieraum und Außenwelt** Ausdruck geben kann.

In diesem Abschnitt möchte ich die Wichtigkeit einer offenen, transparenten Haltung nach außen deutlich machen. Diese Haltung soll einerseits nach innen den geschützten Raum für das Kind gewährleisten, andererseits des Eingebettet-Seins in die Gegebenheiten der „äußeren Welt“ gewahr bleiben.

Der „Erfolg“ der Psychotherapie wird von Kostenträgern häufig am Erfolg in der Schule, resp. an einer Verbesserung der Leistungen oder der Anpassung des Verhaltens an bestimmte Normen gemessen. Für die Psychotherapie wiederum bedeutet dies, dass es einen Psychotherapieerfolg „an sich“, ohne **Transfer** zu den alltäglichen Gegebenheiten des Kindes, nicht geben kann und darf. Dies gilt auch für die Therapie mit Erwachsenen, aber das Kind braucht für den Austausch mit der „Alltagswelt“ die empathische Begleitung der Therapeutin.

##### Therapievereinbarung

Zu Beginn, während der Indikationsphase, lege ich Gewicht darauf, mit den Eltern eine Therapievereinbarung zu treffen, die beinhaltet, dass man grundsätzlich zusammen arbeiten will und im Interesse des betroffenen Kindes jede Person auf ihrem Platz das tut, was sie

zur Entwicklung des Kindes beitragen kann, (Anregungen für Therapievereinbarungen finden sich bei Steiner/Berg 2005). Oft ist es auch schon zu diesem Zeitpunkt wichtig, darüber zu sprechen, ob es Grenzen für die Therapie gibt (z. B. für die Dauer), und an welchem Punkt die Beteiligten über einen Abschluss nachdenken würden. Zur Therapievereinbarung gehört auch, die personenzentrierte Haltung deutlich zu machen und den Eltern allenfalls zu erklären, wodurch und mit welcher Wirkung auf das Kind sich diese Haltung auszeichnet.

##### Zuschreibungen und Bewertungen

Das Kind kann sein inneres Erleben nicht schildern, ohne in Verbindung zu sein mit den Zuschreibungen und Bewertungen, die von wichtigen Bezugspersonen gemacht werden. Mrochen (2002,250) „... so können Bewertungen im beschriebenen Sinne und Umfang als Einmischung in die Erfahrungsprozesse, Selbstregulations- und Selbstbewertungsprozesse des Kindes betrachtet werden.“ Selbstverständlich ist auch hier der Kontext wichtig: In welchem Klima werden diese Zuschreibungen/Bewertungen gemacht, bspw. eher kühl und ironisch, oder wohlwollend und freundlich?

Auch wenn sich das Kind verändert, neue Verhaltensweisen lernt und entwickelt, emotionale Wachstumsschritte macht, die ihm eine andere Selbstregulation ermöglichen – die Zuschreibungen von außen werden Bestandteil seines Erlebens bleiben.

Vgl. Abschnitt 1.2: Weil das Kind in abhängiger Beziehung lebt, haben die Zuschreibungen mehr Gewicht bei Erwachsenen.

Ich betrachte es deshalb als wichtige Aufgabe der Therapeutin, ihre Empathie auch darauf zu richten, wo es notwendig ist, sich in das Erleben der Eltern einzufühlen und sich als „**Übersetzerin**“ zwischen Eltern und Kind zu betätigen. Wie können diese Bewertungen von relevanten Bezugspersonen entweder verändert, umgedeutet werden und das Kind damit „freier“ in seinen Entfaltungsprozessen werden, oder, umgekehrt: **Wie kann ein „Transfer der Therapieerfolge“ so passieren, dass es letztlich auch diese Bewertungen beeinflusst?**

##### Beispiele

Der 13-jährige **David** versteht das Misstrauen der Eltern als Beweis dafür, dass sie ihm nur Schlechtes zutrauen. Die Eltern übersetzen mit meiner Hilfe das „Misstrauen“ in „Sorge“ und „Verantwortungsgefühl“, oder als „Setzen von Grenzen“. David seinerseits gelingt es mit meiner Hilfe, die Eltern darum zu bitten, ihm mehr zuzutrauen.

**Susanne**, 10, hat in der Therapie schwierige Zauberkunststücke gelernt und diese zu Hause hartnäckig geübt. Sie hat dabei erlebt, dass es sich lohnt, dranzubleiben, auch wenn sie zu Beginn dachte: „Das schaff ich nie!“ Langsam beginnt sie, daran zu glauben, dass sie auch das Rechnen lernen kann. Transfer: Sie löst ihre Hausaufgaben neuerdings selbständig und macht die Erfahrung, dass sie

diese oft versteht, wenn sie Aufgaben ein zweites oder drittes Mal sorgfältig durchliest. Sowohl die Eltern als auch der Lehrer haben diese Veränderung beobachtet und geben Susanne im gemeinsamen Gespräch dazu Rückmeldungen.

Zur Gesprächsführung mit dem Bezugssystem erweisen sich die Anregungen aus der systemischen/familietherapeutischen Literatur (Steiner/Berg 2005, Hargens 2003) als sehr hilfreich. Durch zirkuläre Fragen, durch das Explorieren von Wunschzuständen, durch das Imaginieren in die Zukunft kann diese Art von Transfer auf einfache, wohltuende Art gemacht werden.

Beispiele für solche Fragen:

„Woran würde man es zuerst merken, dass sich bei dir etwas in eine gute Richtung verändert?“

„Wenn wir einen Film über deinen Alltag drehen würden, was würde man denn davon sehen?“

„Wer würde sich darüber freuen? Wer würde es merken, dass es dir besser geht? Woran?“

„Woran würde man merken, dass die Therapie hier dir wirklich etwas bringt? Woran würdest du es merken? Woran deine Eltern, dein Lehrer, deine beste Freundin?“ etc.

Bei Fragen, welche die „relevanten anderen“ betreffen, antworten Kinder und Jugendliche oft in Kategorien, die pädagogische, erzieherische Ziele betreffen, wie „Ordnlichkeit, Selbstbeherrschung, Pflichterfüllung, Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit etc.“. Fragen, die ihre eigene Einschätzung/Selbstwahrnehmung betreffen, spiegeln häufig die Sehnsucht nach besseren sozialen Kontakten, größerer Zufriedenheit und Gelassenheit und die Erfahrung, häufiger gelobt zu werden und mehr Anerkennung zu erhalten, auch für tatsächlich erbrachte bessere Leistungen. Dass das eine (Zuschreibungen von außen, Fremdwahrnehmung) mit dem anderen (Selbsteinschätzung, Steigerung des Selbstwertgefühls durch Erfolgserlebnisse) Hand in Hand geht, versteht sich von selbst.

### Standortgespräche

Familietherapeuten plädieren in jedem Fall dafür, regelmäßige Standortgespräche mit dem Bezugssystem zu machen, resp. mit denjenigen Personen, welche die Therapie bezahlen. Jugendlichen muss dieser Zusammenhang erklärt werden, da sie von sich aus auf solche Gespräche verzichten würden – finden sie hingegen statt, zeigt sich nach meiner Erfahrung meistens ein Fortschritt, eine Vertiefung oder Entspannung in den darauf folgenden Sitzungen. Die Kinder und Jugendlichen sind bei diesen Gesprächen in der Regel mit dabei. Die jüngeren Kinder verfolgen das Gespräch oft in der Hängematte versteckt, am Sandkasten oder auf dem Schoß der Mutter. Häufig erhalten wir im Gespräch Rückmeldungen wie: „Wir haben noch nie erlebt, dass das Kind so interessiert und offen bei einem Gespräch dabei war.“ Oder: Sogenannte „hyperaktive Kinder“ sitzen eine Stunde lang aufmerksam und engagiert dabei, weil sie

spüren, dass es hier um ihre Wirklichkeitsrekonstruktion geht, die sie betrifft und die sie aktiv mitkonstruieren können.

### Beispiele

Ich lege mit einer Familie im Erstkontakt ein „Lebensflussmodell“, wie es Peter Nemetschek (2002) entwickelt hat: Mit farbigen Seilen wird der Lebensfluss der einzelnen Familienmitglieder auf den Boden gelegt; wichtige Lebensereignisse wie Geburten, Schuleintritte, schwierige Problemphasen, Krisenzeiten etc. werden mit Symbolen markiert etc.

Ich lasse einen „Zauberring“ zirkulieren, mit dem man Wünsche für die Entwicklung des Sohnes, der Tochter äußern kann. Auch das Kind selbst darf wünschen. **Damian** (8) will den Ring zuerst: „Ich wünsche mir, dass alle Schwierigkeiten weg sind und dass ich mehr fröhlich bin.“

Die Mutter: „Ich wünsche ihm und mir, dass er selbständiger wird und weniger an mir klebt!“ Vater: „Ich wünsche mir für ihn, dass er Freunde findet.“

Das Imaginieren wünschbarer Zustände/Ziele/Zukunftsvorstellungen kann im Sinne eines „Probeerlebens“ für die Festigung neuer Fertigkeiten und bei der Entwicklung eines flexibleren Selbstkonzeptes behilflich sein.

Das positive Umformulieren und anschließende Imaginieren des Erwünschten ist eine hypnotherapeutische Intervention, die gleichzeitig zutiefst empathisch auf „das Klagen“ reagiert: Nehme ich die Klagen wirklich empathisch auf, werde ich den darin enthaltenen Wunsch nach einer positiven Veränderung ernst nehmen und auch diesen symbolisieren (vgl. dazu Prior 2005).

Damit unterstütze ich ebenfalls den Transfer von in der Therapie Erfahrenem in den Alltag des Kindes.

## 2. Methoden und Techniken als Träger von Empathie

### 2.1 Ausgangslage:

Die personenzentrierte Psychotherapie bietet theoretisch und praktisch einen sehr reichen und brauchbaren Rahmen für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Erwachsenen. Ich plädiere aber dafür, „über den Zaun zu fressen“ und sich Handwerkszeug an kreativen Techniken und methodischen Mitteln dort zu holen, wo intensiver an der Entwicklung derselben gearbeitet wurde als im PCA-Ansatz, und die Quellen zu nennen. (Im Literaturverzeichnis finden sich denn auch solche Quellen, die sich als gut integrierbar in die personenzentrierte Haltung und als Bereicherung erweisen.) Ist der

„Handwerkskoffer“ besser gefüllt, lässt sich die Empathie auf mehreren Ebenen ausdrücken, was der kindlichen Vielfalt an Ausdrucksformen sehr entgegen kommt und damit wiederum „die Person“ in den Fokus rückt.

Die therapeutische Beziehung mit Kindern lebt am stärksten im **Handeln**, im gemeinsamen **Tun und Erleben**. In größerem Maß als mit Erwachsenen befinden wir uns in einer Interaktion, die sich im Hier-und-Jetzt abspielt. Damit findet auch die (von unbedingter Wertschätzung getragene) Empathie am ehesten ihren Ausdruck im Handeln. Die Therapeutin muss sich also dessen bewusst sein, auf welche (Handlungs-)Weise sie ein kindgerechtes Beziehungsangebot machen kann und sie muss sich gewahr sein, welche Mittel ihrem eigenen Stil, ihrem Temperament, ihrer Person am ehesten entsprechen, und wie **sie selbst** ihre Empathie möglichst breit ausdrücken kann, so, dass **alle** Sinneskanäle angesprochen sind. Gelingt dies, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind sich in seiner ihm eigenen Symbolisierung abgeholt und empathisch begleitet fühlt.

Keil (2000) fordert eine aktive Auseinandersetzung mit Methoden und Techniken, er spricht von Handwerkszeug, das eine Therapeutin mitbringen sollte, um dem Gegenüber einen Zugang zu seinem Erleben zu erleichtern.

Mehrere Autoren und Autorinnen weisen darauf hin, dass es bei dieser Frage um eine Betrachtung auf verschiedenen Abstraktionsebenen geht (vgl. Höger/Müller 2002, Gutberlet 2003, u.a.), derjenigen der **Haltung** und derjenigen des **Handelns**.

Dazu Höger, zitiert von Gröflin-Buitink (2002, 122): „Folgt man den von Rogers gegebenen Definitionen von „Empathie“, dann greift „reflections of feelings“, ihre gängige, aber zu kurz greifende Operationalisierung (...) viel zu kurz. Vielmehr stellt sich die Aufgabe, 1) den Hintergrund für das Verstehen unterschiedlicher Daseins- und Erlebensweisen von Klienten zu erweitern und 2) angemessene Verhaltensweisen als Wege zu konzipieren, auf denen Therapeuten das so Verstande „mitteilen“ können und zwar so, dass dies von den Klienten auch wahrgenommen werden kann. „Mitteilen“ umfasst dann den gesamten Bereich des Handelns und beschränkt sich nicht auf sprachliche Äußerungen.“

Biermann-Ratjen (1996, 11) schreibt dazu, Rogers sei der Meinung, dass „die verschiedenen therapeutischen Techniken relativ unwichtig seien, es sei denn, sie dienten als ‚channels for fulfilling one of the conditions‘ (Medien, in denen sich eine Bedingung der therapeutischen Beziehung erfüllt oder realisiert).“

Ich bekam erst dann das Gefühl, meine Empathie auch anders als „in Worten“ angemessen ausdrücken zu können, als ich mich bemühte, neue Ausdrucksformen zu lernen, und zu diesem Zweck Weiterbildungskurse belegte (Personenzentriertes Curriculum für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, hypnotherapeutische und systemische Verfahren). Heute bin ich der Ansicht, dass eine

Psychotherapieausbildung, wenn sie vor allem auf die Psychotherapie mit Erwachsenen ausgerichtet ist, für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht ausreicht.

Die Kinder und Jugendlichen sind auf **Positionen, Vorschläge, Strukturen** angewiesen – und mir scheint, dass ihr Bedürfnis danach angesichts der verschwimmenden Strukturen in der Gesellschaft zunimmt. Sie reagieren positiv und mit Offenheit auf das Angebot von **Übungen, Strategien, Bildern**, die ihnen bei der Bewältigung ihres Alltags eine Hilfe sind, und sie haben oft eine große Sehnsucht danach, dass sich in ihrem **realen** Alltag rasch etwas verändert (z. B. bei Prüfungsangst, Ängsten, Zwängen, sozialem Isoliertsein etc.). Wenn ich solche Bedürfnisse empathisch verstehe, darf ich es nicht dabei bewenden lassen, die Gefühle aufzunehmen, sondern muss dem Kind aktiver zur Seite stehen. Es würde hier den Rahmen sprengen, diese Konkretisierungen anhand von Fallbeispielen deutlicher zu machen. Nur soviel: Es hängt mit der Therapeutenpersönlichkeit zusammen, welche Art von Ausdrucksform und Technik sie bei sich selber in den „Handwerkskoffer“ aufnehmen möchte – wichtig ist, sich eine gewisse Routine und Flexibilität beim Anbieten und Anwenden dieser Möglichkeiten anzueignen, damit sie als Träger von Empathie und Wertschätzung im richtigen Moment zur Verfügung stehen.

Folgende Methoden und Techniken, die ich in meinem „Handwerkskoffer“ habe, sind mir in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als Ausdruck meiner Empathie eine wertvolle Hilfe. Die Möglichkeiten, mehr zum „Gebrauch der Werkzeuge“ zu lernen, sind vielfältig (s. Literaturliste):

- Malen, zeichnen, darstellen (Rollenspiele, Skulpturen), gestalten, bauen (Häuser, Höhlen, Burgen, Nester, Gefängnisse etc.)
- Das Aufnehmen von Visionen, Ideen, Lösungsfantasien, Träumen etc: Darstellende Form oder Imaginationen, Trancearbeit, vgl. dazu bspw. Furman (2005) und Renner (2005).
- Entspannen, genießen, lockern, beruhigen etc. (spielen, Körperübungen etc.)

**Jede** Methode oder Technik, die dazu dient, das Erleben des Gegenübers empathisch aufzunehmen, ist sinnvoll. Und **jede** Technik kann sowohl als Kanal für den Ausdruck von Empathie dienen, als auch Ausdruck davon sein, dass ein Mangel an Empathie vorliegt. (Rogers und Schmid 1991, S. 182/183) Was wir in der Ausbildung aber fundiert gelernt haben, ist das sorgfältige Beachten der **Reaktionen** der Klientin auf eine Intervention/eine Verbalisierung/ein Angebot der Therapeutin: Reagiert sie angeregt, entspannt, offen und hilft ihr die Therapeutenreaktion dabei, sich und ihrem eigenen inneren Erleben näher zu kommen?

Eine sorgfältige Beobachtung der Reaktion des Kindes/Jugendlichen lässt sich also auch auf der Handlungsebene als Indikator dafür verwenden, ob ein Angebot der Therapeutin das Erleben des Kindes empathisch aufgreift, oder eben nicht.

## 2.2 Konkretisierung

Zur Konkretisierung dessen, wie erweitertes Wissen und Techniken auch zu einer Erweiterung der Empathiefähigkeit und des Empathieausdrucks führen können, gehe ich zum Schluss auf einen Aspekt ein, den ich besonders in der Hypnotherapieausbildung gelernt habe: Das Aufnehmen positiver, stärkender Erlebenszustände des Kindes und des Jugendlichen und deren Nutzung als Ressource.

Kinder gehen während des Spiels immer wieder in **tranceartige Zustände**. Folgt die Therapeutin dieser Trance, begegnet sie dem Kind von selbst in einem Zustand, in dem die Aufmerksamkeit auf innere Wirklichkeiten gerichtet ist, auf Gefühle, Erinnerungen und Fähigkeiten. Wenn ich als Therapeutin gelernt habe, auch auf diese Daseins-Zustände zu achten, kann ich den Tonfall, den Atemrhythmus, das Tempo der Bewegungen in der Interaktion mit dem Kind aufnehmen und empathisch begleiten.

Mrochen/Bierbaum-Luttermann (2000, 15): „Nicht nur die Seite der Trance ist ein „Alltagsphänomen,“ auch die Fähigkeit, hypnotisch-suggestiv diesen Zustand bei anderen herzustellen und zu nutzen, ist eine dem Menschen eigene Umgangsform. So kann die natürliche Interaktion zwischen Mutter und Kleinkind, die sogenannte „stimmliche Ansteckung“, das In-den-Schlaf-Wiegen, Lieder und Reime, Gestik, Spiele usw. hypnotisch wirken.“

Leider bedeutet das Psychotherapie-Setting eine Vorgabe, die in unserer Kultur oft eine besondere, unausgesprochene Abmachung beinhaltet: Hier wird über **Probleme** und **schwierige** Gefühle gesprochen! Dadurch entsteht dann oft so etwas wie eine „Problemtrance“...

**Beispiel: Lucy.** Exploriert in einer Imagination die starken, positiven Gefühle, die sie während ihres ersten Galopptritts auf dem Rücken ihres Pferdes erlebte. (Stolz, Freude, Kraft, Mut. „Ich war sooo frei und leicht!“) Anschließend fragt sie mich: „Aber nützen einem denn Freude und Spaß überhaupt etwas im Leben?“

Empathie in einem umfassenden Sinne bedeutet also auch: Das **ganze** innere Erleben empathisch aufzunehmen und den „guten“ Gefühlen ebenso viel Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegen zu bringen wie den „schlechten.“

Gerade Kinder und Jugendliche möchten sich in der Therapie häufig in gute, entspannte Zustände begeben, die ein „Wohlgefühl“ vermitteln. Konkret heißt das: Ich kümmere mich unter Umständen beim Explorieren „schwieriger Zustände“ nicht um die Vertiefung des „Schwierigen,“ sondern eher um das Vertiefen der Vorstellung dessen, wie sich das „Bessere“ anfühlen würde. Dabei explore ich mit Kindern und Jugendlichen Wünsche, Bedürfnisse, Sehnsüchte, Zukunftsvorstellungen, und ich schaue auch, welche gute Erfahrungen sie in ihrem Leben schon gemacht haben, die ihnen

bei ihrer weiteren Entwicklung eine Hilfe sein können. Oft erzähle ich eine Geschichte, die das Kind in einem Trancezustand begleitet und darin Erlebnisinhalte und Ressourcen des Kindes empathisch aufnimmt.

**Beispiel:** Chris, 14 Jahre alt, ist vor einem Jahr mit seiner Mutter und dem Stiefvater aus Deutschland in die Schweiz emigriert. Bis zum Alter von vier Jahren lebte er in Rumänien bei seiner Großmutter, ohne seine Mutter, die bereits in Deutschland lebte. Chris zeigt größte Anpassungsprobleme und ist bereits in viele Schwierigkeiten mit Schule, Jugendanwaltschaft und Polizei verstrickt. In der Therapie legt er sich immer zu Beginn in die Hängematte und ruft: „Schaukeln Sie mich, so hoch Sie können!“ Dabei rollt er sich zusammen oder schließt die Augen und summt vor sich hin (Trancezustand, in dem ein inneres Erleben auf einer tiefen, unbewussten Ebene abläuft). Ich begann nun damit, ihm während des Schaukelns selbst erfundene Geschichten zu erzählen, mit ungefähr folgendem Ablauf: „Es war einmal ein Junge, der schaukelte in einem kleinen Schiff, auf dem großen, weiten Meer. Plötzlich begann ein Wind zu blasen, stark und immer stärker. Das Boot schaukelte und schaukelte, immer höher und höher („... schaukelte mich so hoch du kannst!“), so hoch, dass es fast zu kentern drohte etc. (Chris hat immer noch die Augen geschlossen, lächelt.) Der Junge spürte, wie das Schiff schaukelte, und er musste lächeln, denn er hatte schon viele Stürme überstanden, war schon von einem weit entfernten Land ins andere gefahren, übers Meer, und er wusste, dass sein Boot auch diesen Sturm überstehen konnte. (Anknüpfen an die aktuelle „instabile Lage“ in Chris Leben ...). Er erinnerte sich daran, wie er schon ganz früh gelernt hatte, ein Schiff zu steuern, und allein übers Meer zu fahren, und er erinnerte sich an all seine Fähigkeiten, die ihm dabei geholfen hatten etc. (Anknüpfen an bereits überstandene instabile Lagen, an Resilienzfaktoren und Ressourcen). „... Schließlich beruhigte sich das Meer wieder, die Wolken verzogen sich, die Sonne schien, und das Schiff schaukelte leise in der leichten Sommerbrise, und der Junge sah, dass er den Sturm überstanden hatte.“ (Vision einer Zeit, in der die aktuellen Schwierigkeiten überstanden sein werden.) In der letzten Therapiestunde schlug Chris an dieser Stelle seine Augen auf und fragte mit einem Lächeln: „Machst du mir bitte einen Sirup, so dunkel und süß wie der von meiner Oma?“

Nicht zuletzt: Ich richte meine Aufmerksamkeit darauf, dass das Kind Geduld, Kraft, Mut, Durchhaltevermögen und viele ausgleichende gute Erfahrungen braucht, um mit Enttäuschungen und schwierigsten Umgebungsbedingungen fertig zu werden. Für diese Art von Begleitung bieten die ressourcenorientierten, mit Imaginationen arbeitenden Verfahren einen Fundus an Techniken und Methoden. Durch die Förderung von stärkenden, Freude und Hoffnung erzeugenden Zuständen im Spiel oder während einer Übung gebe ich dem Kind etwas von meiner Erfahrung als Erwachsene mit, das ihm eine Unterstützung beim Großwerden sein kann.

## Epilog

Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ – schlussendlich geht es auch darum, sich um Empathie in das Erleben des Kindes zu bemühen, das in einer Welt der Erwachsenen lebt. In einer Welt, die zunehmend von kindfremden und kinderfeindlichen Bedürfnissen und Entwicklungen geprägt ist, entsteht eine zunehmende Spannung innerhalb der Gesellschaft, resp. des Organismus, den diese Gesellschaft darstellt. Je weniger es möglich ist, den organismischen Bedürfnissen des Körpers und der Seele Raum zu

geben, umso mehr sind wir der Tatsache ausgesetzt, dass wir die Erfahrung dieser Bedürfnisse nicht in unser Selbstkonzept integrieren können und z. B. durch Abspaltung abwehren müssen. Wir bemühen uns um eine empathische, wertschätzende, kongruente Beziehung zum einzelnen Kind in der Therapie, – im Wissen darum, dass die Mehrheit der Kinder auf unserem Planeten keine Aussicht darauf hat, dass ihre fundamentalen Rechte und Bedürfnisse gewahrt sind.

So sind wir Therapeutinnen gefordert, zu pendeln zwischen Erlebtem und Veränderbarem, dem Wachsen am Widerstand – und dem Mittragen dessen, was ausgehalten werden muss.

## Literaturverzeichnis

- Auckenthaler, A. und Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? FU Berlin, Wissenschaftsbereich Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie. *Erschienen in: Psychotherapie im Dialog 4/2004*
- Axline, V. M. (1993). Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Ayres, J. A. (1984). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin, Heidelberg: Springer
- Beaulieu, D. (2005). Impact-Techniken für die Psychotherapie. Heidelberg: Carl Auer
- Behr, M. (1994) Therapie als Erleben der Beziehung. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg) *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Biermann-Ratjen, E-M. (1996). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg) *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Binder, U. (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG
- Bürki, R. und Hobi, R. (2000). Kein Apfel fällt von selbst vom Baum. Zu einer systemzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG
- Ehlers, B. (2002). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg) *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 2, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Erickson, M. H. (2002). Pädiatrische Hypnotherapie. In: Holtz, K. L. et al. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person 1*, 51–64
- Furman, B. (2005) Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Goetze, H. (2002) Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe
- Gröflin, C. (2002) Erleben – Benennen – Reflektieren. Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung zwischen in der personenzentrierten Psychotherapie. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag
- Gutberlet, M. (2003). Die personenzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft? *Person 1*, 15–23
- Hargens, J. (2003) Systemische Therapie ... und gut. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Holtz, K.L. (2002). Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Entwicklungspsychologische Grundlagen praktischer Arbeit. In: Holtz, K. L. et al. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Höger/Müller (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person 2*, 35–44
- Jacob, A. (2002). „Bild“ und „Vision“ in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Boeck-Singelmann et al (Hg) *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 2, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Keil, W. (2000). Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Therapie. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag
- Mrochen, S./Bierbaum-Luttermann, H. (2002). Das Spiel über die Bande. Plädoyer für eine hypnosystemisch orientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Mrochen S., Holtz, K., Trenkle, B. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Mrochen, S./Bierbaum-Luttermann, H. (2000). Einige Grundlagen der Kinderhypnose. In: Mrochen. S./Holtz K. L., Trenkle, B. 2000. Die Pupille

- des Bettnässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Carl Auer Systeme Heidelberg
- Mrochen, S. (2002). Bewertung und Akzeptanz – Eine Herausforderung in Erziehung und Psychotherapie. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd 2*, 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Nemetschek, P. (2002). „Wenn ich mal groß bin!“ Alltagstrance und familientherapeutisches Arbeiten mit Kindern und Eltern. In: Holtz, K.L. et al. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Oaklander, V. (1994, 9. Auflage). Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Prior, Manfred. (2003). Minimalexinterventionen. Minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Reddemann, Luise (2004): Dem inneren Kind begegnen (CD) Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Renner, C. (2005) Stark fürs Leben – geistiges Karate für Kinder. Ein lösungsorientierter Ansatz in der Kindertherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Rogers, C. R. (1959a, 1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG, 3. Auflage 1991
- Rogers, C. R. (1977b, 1983). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer TB
- Rogers, C. R. und Schmid, P. F. (1991) Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag
- Schmid, P. F. (2002) Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personenzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. *Person 1/2002*, 16–33.
- Schmid, P.F. (2000) Was ist personenzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag
- Schmidtchen S. (2003). Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien, in: Boeck-Singelmann C. et al. *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd 3*. Göttingen: Hogrefe
- Steiner, T./Berg, I. K. (2005). Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. Heidelberg: Carl Auer
- Weinberger, S. 2005. Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung. Weinheim und München: Juventa.

## Autorin

**Iseli, Catherine**, 1956, lic. phil.I, personenzentrierte Psychotherapeutin in eigener Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Nach dem Studium der Psychologie Weiterbildungen in personenzentrierter Psychotherapie, klinischer Hypnose und in Traumatherapie. Fortbildungen in systemischer, lösungs- und ressourcenorientierter Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Spezialgebiete: „Verhaltensauffälligkeit“, Folgen sexueller Ausbeutung und Trauma. Ein weiterer Schwerpunkt bildet die Supervisionstätigkeit im schulischen Umfeld und die Lehrtätigkeit in Form von Kursangeboten.

## Korrespondenzadresse

Catherine Iseli  
Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene  
Zürcherstrasse 29  
CH-8620 Wetzikon  
catherine.iseli@bluewin.ch