

Barbara Reisel

The Clinical Treatment of the Problem Child

Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut

Zusammenfassung: Der Artikel ist die erstmalige – und zudem kommentierte – Übersetzung eines Teiles der 1939 erschienenen Publikation von Carl Rogers „The Clinical Treatment of the Problem Child“. Rogers bezieht sich in diesem Buch auf sein Erleben und seine langjährige Erfahrung als Kinder- und Familientherapeut und zeigt sich auf der Suche nach Konzepten, die dieser Erfahrung entsprechen. Dabei streicht er die Bedeutung der emotionalen Beziehung zwischen Kind und Therapeut hervor und formuliert Ziele und Haltungen für die therapeutische Arbeit, die als Geburtsstunde des Personenzentrierten Ansatzes angesehen werden können. Alle grundlegenden Kennzeichen und Ansätze, die eine personenzentrierte Therapie- und Persönlichkeitsentwicklungstheorie ausmachen, sind bereits in diesem frühen Werk von Rogers enthalten. Die Lektüre dieses Buches bietet auch noch immer aktuelle Standpunkte in Bezug auf die Rahmenbedingungen therapeutischer Arbeit im Familienkontext und macht die Notwendigkeit deutlich, die reale Lebenssituation, die Ressourcen der Familie und der unmittelbaren Umgebung des Kindes in die Therapieplanung miteinzubeziehen. Rogers war damit bereits 1939 in vielen Überlegungen seiner Zeit voraus.

Stichwörter: Geschichte des Personenzentrierten Ansatzes, Kinderpsychotherapie, „Relationship Therapy“

Résumé: *The clinical treatment of the problem child. Carl Rogers comme thérapeute pour enfants* – L'article est la première traduction d'une partie de la publication de Carl Rogers parue en 1939: «The Clinical Treatment of the Problem Child (Le traitement clinique de l'enfant à problèmes)». Rogers se réfère dans ce livre à son vécu et à son expérience sur de longues années en tant que thérapeute pour enfants et familles, et s'y montre à la recherche de concepts correspondant à cette expérience. Il souligne cependant l'importance de la relation émotionnelle entre l'enfant et le thérapeute, et formule les objectifs et les attitudes à adopter pour le travail thérapeutique, qui peuvent être considérés comme l'heure de naissance de l'approche centrée sur la personne. Toutes les caractéristiques fondamentales et les approches qui constituent une théorie de développement de la thérapie centrée sur la personne et de la personnalité sont déjà contenues dans cette œuvre de jeunesse de Rogers. La lecture de ce livre offre aussi des points de vue toujours d'actualité concernant les conditions structurelles du travail thérapeutique dans le contexte familial et met en lumière la nécessité d'intégrer la situation de vie réelle, les ressources de la famille et l'environnement immédiat de l'enfant à la planification de la thérapie. Rogers était ainsi, dès 1939, en avance sur son temps dans beaucoup de ses réflexions.

Mots clés: Histoire de l'approche centrée sur la personne, la psychothérapie pour l'enfant, «relationship therapy»

Einleitung der Übersetzerin

Carl Rogers' erste Publikation war seine 1931 erschienene psychologische Dissertation über die Entwicklung eines Tests zur Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Schon während seines Studiums arbeitete Rogers im Rahmen eines Stipendiums am Institute for Child Guidance und begann seine erste Tätigkeit als Psychologe an der Abteilung für Kindheitsstudien bei der „Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children“, deren Direktor er später wurde. Seine Erfahrungen in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit Kindern und deren Familien fand in dem 1939 erschienenen Buch „The Clinical Treatment of the Problem Child“ seinen Niederschlag. Bei der Lektüre dieses Buches wird eindrucksvoll deutlich,

welchen unermesslich großen Erfahrungsschatz Rogers seiner Theorieentwicklung zugrunde gelegt hat. Es zeigt sich, dass er den Boden dieser Erfahrungen in seiner Theorie- und Therapieentwicklung nie verlassen hat. Rogers bezieht sich in diesem Buch immer wieder auf sein Erleben und seine Erfahrung als Therapeut und zeigt sich auf der Suche nach Konzepten, die dieser Erfahrung entsprechen. Dabei streicht er die Bedeutung der emotionalen Beziehung zwischen Kind und Therapeut hervor und formuliert Ziele und Haltungen für die therapeutische Arbeit, die als Geburtsstunde des Personenzentrierten Ansatzes angesehen werden können. Rogers setzt sich in diesem frühen Werk auch ausführlich mit psychoanalytischen Methoden in der Behandlung von Kindern und deren Familien auseinander und bringt seine kritische Haltung dazu zum Ausdruck.

Das Buch, gelesen aus heutiger Sicht und mit meinen Erfahrungen als eine seit Jahren im kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Bereich tätigen Personenzentrierten Psychotherapeutin und klinischen Psychologin, birgt eine beeindruckende Fülle heute noch aktueller Überlegungen und Darstellungen kinder- und jugendpsychiatrischer Aspekte. Dies v. a. auch in Bezug auf Fremdunterbringungen und Behandlung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten sowohl durch Elternberatung als auch durch individuelle Kindertherapie.

In der Einleitung (Chapter 1/A Point of View, 2–15) schreibt Rogers: „In diesem Buch befassen wir uns mit dem Kind selbst, nicht mit seinen Symptomen. Sie werden vergeblich nach einem Kapitel über Stehlen, Daumenlutschen oder Schuleschwänzen suchen, denn für solche Probleme gibt es keine Behandlung. Es sind Kinder, Buben und Mädchen, mit verschiedenen Lebensgeschichten und Persönlichkeiten. Einige von ihnen stehlen, manche laufen von der Schule weg, andere finden Befriedigung darin, an ihrem Daumen zu lutschen, obszöne Worte zu benutzen oder ihren Eltern die Stirn zu bieten. Aber in jedem Fall müssen wir uns mit dem Kind selbst befassen und nicht mit der Verallgemeinerung seines Verhaltens (S. 3f)“.

Rogers versucht, kindliches Verhalten als ein von unterschiedlichen Faktoren beeinflusstes Geschehen zu verstehen und zu beschreiben und geht dabei auf die Aspekte Anlage (genetische Ausstattung), Organik (somatische Ausstattung), Familie (emotionale Unterstützung und Beziehungsqualität), Kultur und Sozietät, die Bedürfnisse des Organismus („need for affective response“, „need to achieve satisfaction by accomplishing and self-esteem“) sowie die interaktionellen Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren ein. Damit entspricht er bereits 1939 einem auch heute in der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie gültigen Paradigma eines bio-psycho-sozialen Ansatzes. Das Hauptanliegen von Rogers lautet: „... die einzige Absicht, die wir bei der Beachtung des kindlichen Verhaltens verfolgen, ist, einen Verstehensprozess für dieses Verhalten in Gang zu bringen (12)“.

In zwei weiteren Kapiteln (Chapter 2–3 / Methods of Diagnosis: 16–39; The Component-Factor Method of Diagnosis: 40–62) nimmt Rogers Stellung zu diagnostischen Methoden (Psychologische Tests zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und Intelligenzentwicklung), die aus heutiger Sicht sowohl inhaltlich wie auch testtheoretisch noch in den Kinderschuhen ihrer Entwicklung standen. Mit diesem Thema hatte sich Rogers bereits 1931 in seiner psychologischen Dissertation beschäftigt. Er kam zu dem Schluss, dass diagnostische Methoden zwar eine wertvolle Information liefern können, zeigte sich jedoch auch besorgt über zu enthusiastische Versprechungen und eine mechanistische Anwendung dieser Methoden.

Im zweiten Teil des Buches widmet sich Rogers solchen Methoden und Ansätzen, die Verhaltensänderung bei Kindern durch einen Wechsel der Umgebung erzielen wollen. Er geht dabei vor allem auf die Bedeutung und Problematik von Fremdunterbringungen ein.

(Chapter 4/The Foster Home as a Means of Treatment, 63–108; Chapter 5/Institutional Placement as Treatment for Behavioral Problems, 109–146; Chapter 6 / The Advisability of Removing a Child from Home, 147–177).

Im dritten Teil des Buches beschreibt Rogers verschiedene Behandlungsansätze, die bei der Modifizierung der Umgebung des Kindes ansetzen (Chapter 7/Family Attitudes as a Focus of Treatment, 179–221; Chapter 8/The School's Part in Changing Behavior, 222–248; Chapter 9/The Intelligent Use of Clubs, Groups and Camps, 249–277). Rogers unterscheidet dabei unterschiedliche Ansätze, um Kinder und deren Familien hilfreich zu unterstützen. Als „focus of treatment“ bezieht er sich einerseits auf die Möglichkeiten, auf die familiären Einstellungen und Haltungen dem Kind gegenüber Einfluss zu nehmen. Er unterscheidet hier unterschiedliche Zugänge: einen pädagogischen Ansatz der Erziehungsberatung und interpretative Verfahren (damit meint er psychoanalytisch orientierte Erziehungsberatung). Er greift hier erstmals den Begriff der „Relationship Therapy“ auf. Im weiteren stellt er die Bedeutung der Schule und organisierter Freizeitgruppen als weiteren „focus of treatment“ dar.

Sowohl bei der Darstellung familien- oder elternzentrierter Beratung als auch bei einzeltherapeutischen Zugängen mit Kindern und Jugendlichen unterscheidet Rogers pädagogische, psychoanalytische und beziehungsorientierte Methoden und zeigt sich beeinflusst von Otto Rank, der bereits auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Ingangbringen von Veränderungsprozessen hingewiesen hatte. Mit dem Bezug auf Otto Ranks Begriff der „Relationship Therapy“ beginnt Rogers seinen in den folgenden Jahren als eigenständige psychotherapeutische Richtung bekanntgewordenen Ansatz zu umreißen und klar von psychoanalytischen Ansätzen abzugrenzen. Deutlich wird das, wenn er schreibt: „Es ist kein intellektueller Prozess, der hier stattfindet, deshalb kann er nur schwer intellektuell erfasst werden; er muss im Gegenteil gefühlt bzw. erfahren werden, um erfasst werden zu können ... Die Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil ist der wesentliche Ort des Geschehens. In dieser Verbindung können Eltern Vertrauen in den Therapeuten entwickeln und die Freiheit erfahren, ihre oft gehemmten Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen ... Der Therapeut erzeugt diese Atmosphäre durch seine Akzeptanz ... Der Effekt einer solchen Beziehung kann durch Begriffe wie „Klärung von Gefühlen“ und „Selbstakzeptanz“ beschrieben werden ... Das Ziel ist, den Eltern dabei zu helfen, ihre Gedanken zu klären und die Bedeutung ihrer Entscheidungen in Betracht zu ziehen ... Das führt zu der Annahme, dass die Eltern ihr größeres Selbstverständnis aus der Beziehung zu dem Therapeuten auf andere Beziehungen übertragen können (197ff)“.

Dabei wird deutlich, dass es Rogers im therapeutischen Handeln nicht darum ging, unmittelbar konkrete Verhaltens- oder Lösungsstrategien zu erarbeiten, sondern „... ein höheres Maß an Integration und Selbstwahrnehmung zu entwickeln. Wahrscheinlich liegt

der wesentliche Wert dabei in der neuen Sichtweise der Verlässlichkeit auf die eigene individuelle Tendenz, die dem Wachstum entgegen strebt (200)“. Hier findet sich also der erste Hinweis auf die Aktualisierungstendenz.

Im vierten und letzten Teil des Buches geht Rogers auf einzeltherapeutische Ansätze ein und führt dabei wieder den für ihn wesentlichen Unterschied zu psychoanalytischen Zugängen aus, indem er mehrfach darauf hinweist, dass es vor allem die Beziehung und die Wahrnehmung der emotionalen Aspekte dieser Beziehung sind, die Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderungen möglich machen, und es dazu nicht unbedingt einer Einsicht bedarf, die durch Interpretationen und Deutungen ermöglicht wird.

Rogers war in dieser Zeit, abgesehen von seinen eigenen Erfahrungen als Kinder- und Familientherapeut, besonders von den Arbeiten von Jessie Taft und Frederick Allen beeinflusst. Taft war die englische Übersetzerin der Werke Otto Ranks. In ihrem 1933 erschienenen Buch „The Dynamics of Therapy“ beschrieb sie wichtige Aspekte therapeutischen Arbeitens: die Wichtigkeit der Zeitgrenzen und die Bedeutung der Selbsterfahrung und Weiterentwicklung des Therapeuten. Sie formulierte bereits nondirektive, personenzentrierte Haltungen. Allen (1934; 1942) beschrieb und formulierte wesentliche Aspekte der therapeutischen Arbeit mit Kindern wie „Selbstwert“ und „Hier-und-jetzt-Erfahrung“ als wesentliches Mittel zur Veränderung.

Der vierte Teil des Buches umfasst drei Kapitel (Chapter 10/Treatment Interview Techniques: Education, Persuasion, Release, 279–321; Chapter 11/Dealing with the Individual—Treatment Interviews: Deeper Therapies, 322–358; Chapter 12/Making Treatment Effective, 359–376).

Im Folgenden werden nun Teile des 11. Kapitels erstmals in übersetzter Form vorgestellt.

Chapter 11: Dealing with the Individual – Treatment Interviews: Deeper Therapies

Was meinen wir mit tiefgehender Therapie?

In der klinischen Praxis wird oft auf die „Tiefe eines therapeutischen Prozesses“ hingewiesen. Dies bezieht sich auf das Ausmaß an Einsicht oder Selbstverständnis, das der Klient erreichen kann. So hält Dr. Lippman fest: „Vielleicht können wir sagen, je mehr Einsicht das Kind während des Behandlungsprozesses erwerben konnte, desto weniger oberflächlich war diese Therapie. Der Zeitfaktor muss dafür nicht bestimmend sein. Man kann den Klienten mehrfach die Woche über mehrere Monate hindurch sehen und dennoch bleibt er an

einem oberflächlichen Niveau in Bezug auf seine Konflikte und Probleme“ (1). Nun, hier gibt es wahrscheinlich noch ein anderes Element, das ebenso in der Beschreibung eines „tiefgehenden Prozesses“ enthalten sein muss. Es ist die Art der Beziehung zwischen dem Kind und dem Therapeuten, die sich bis zu einer maximalen Abhängigkeit ausdehnen kann. In diesem Kapitel widmen wir uns der Abgrenzung derjenigen therapeutischen Methoden, die versuchen, dem Kind zur Einsicht zu verhelfen, gegenüber denjenigen Methoden, in denen die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut sehr stark ist. Die bisher beschriebenen Methoden bezogen keines dieser beiden Elemente mit ein. Sie bleiben damit eher an der Oberfläche und können mit weitaus weniger Risiko angewendet werden als diejenigen Ansätze, die wir nun beschreiben wollen.

Interpretative Therapie

Wir haben bereits die Methode der interpretativen Behandlung von erwachsenen Klienten erörtert (Kapitel 7). In der Anwendung dieser Methode bei Kindern handelt es sich eigentlich um den gleichen Prozess. Das Ziel des Therapeuten ist es, dass das Kind eine rationale und konsistente Erklärung seiner Verhaltensmuster verstehen und emotional akzeptieren kann. Wenn das Kind die Entwicklungsgeschichte seiner Emotionalität und seines Verhaltens versteht, ist es eher in der Lage, damit besser umzugehen. Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass, solange dem Kind eine konsistente und systematische Basis dafür angeboten wird, an der Integration seines Verhaltens zu arbeiten, solche Behandlungen auch dann effektiv sein können, wenn die Interpretationen unkorrekt sind (2). Natürlich muss berücksichtigt werden, dass verschiedene Kliniker ähnliche Phänomene der Persönlichkeitsentwicklung unterschiedlich interpretieren und dennoch jeder ein gewisses Ausmaß an Erfolg in der Therapie erreichen kann. Daraus ist zu schließen, dass wir Interpretationen so einfach und faktisch wie möglich gestalten sollten, um den Behandlungsverlauf nicht zu verwirren oder zu überfrachten.

Anm. der Übersetzerin: Es folgt nun eine Reihe von Falldarstellungen zur Illustration der interpretativen Methoden. Diese (323–331) werden hier aus Platzgründen weggelassen, auch weil dieser Teil keine wesentlich weiterführenden und konzeptuellen Inhalte enthält.

Die Effektivität der Einsicht

Diese Falldarstellungen, bei denen der Behandlungsschwerpunkt auf der Entwicklung von Einsicht des Kindes liegt, zeigen, in welchen Fällen eine solche Behandlung effektiv sein kann. Generell kann man sagen, dass interpretative Therapie ihre größte Wirksamkeit bei solchen Kindern hat, deren Verhaltensprobleme einem definierten und wiederholten Muster folgen und durch emotionale Faktoren

1 Das 1939 erschienene Buch wurde bis heute nicht ins Deutsche übersetzt und ist auch im Original schon lange nicht mehr erhältlich. Übersetzung: Barbara Reisel

begründet werden können. Wir treffen mit diesem Behandlungsansatz eine gute Wahl z. B. bei einem Mädchen, das immer wieder wertlose Gegenstände, v. a. von Frauen, stiehlt und diese versteckt, ohne Gebrauch von ihnen zu machen. Zunächst würden wir das emotionale Muster für diese Verhaltensweise bestimmen und dann die Selbst-Interpretation des Mädchens, dem durch den Therapeuten zu vermehrtem Verständnis und Einsicht verholfen wird. Genauso könnte die Behandlung eines kleinen Buben wirksam sein, der immer wieder stiehlt, um mit den so erworbenen Dingen zu handeln und sich damit Freundschaften zu erkaufen. Es würde jedoch eine völlig unwirksame Methode sein, wenn der Bub nur in Gesellschaft anderer Gleichaltriger stiehlt, wo das Verhalten also vornehmlich durch kulturelle Faktoren bestimmt wird.

Die „Einsichts-Therapie“ kann jedoch genauso wie das Vorbringen von Vorschlägen und Überredungen massiven Schaden anrichten, wenn sie unklug angewendet wird. Es handelt sich nicht um eine beliebige Art der Therapie und sie sollte erst dann begonnen werden, wenn durch eine genaue Diagnose die Verhaltensmuster geklärt worden sind und genügend Zeit zur Verfügung steht, um einen intensiven Kontakt mit dem Kind aufzubauen. Eine falsche Interpretation oder eine, die frühzeitig aufgezwungen wird, kann die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes stören. Es ist auch möglich, dass eine nicht korrekt durchgeführte interpretative Therapie keine Symptomänderung beim Kind bewirkt. Dies ist schlimmer, als wenn keine Therapie stattgefunden hätte. Es macht das Kind entmutigter und hoffnungsloser in Bezug auf sich selbst. Daher kann diese Therapie nur dann angewendet werden, wenn der Therapeut ausreichende psychologische und beratende Ausbildung erfahren hat oder von einer erfahrenen Person supervidiert wird.

Psychoanalyse bei Kindern

Von einem quantitativen Standpunkt aus gesehen ist die Psychoanalyse bei Kindern als Behandlungsverfahren zu vernachlässigen. Von den Tausenden Kindern die jährlich in den Child Guidance Kliniken und den verhaltensorientierten Kliniken behandelt werden, wird nur eine Handvoll mittels Psychoanalyse behandelt. In Europa mag die Zahl etwas größer sein. Weil wir uns mit den praktischen Aspekten von Behandlungsmethoden in der therapeutischen Arbeit mit Kindern befassen, wollen wir diese Behandlungstechnik nur kurz streifen und es anderen überlassen, die wichtigen Effekte und Aspekte dieser Methode zu diskutieren.

Im Grunde bedient sich die Kinderpsychoanalyse beider Elemente, die die sogenannten „tiefen Therapien“ kennzeichnen: Die Entwicklung von Einsicht mittels Interpretation und das Vertrauen auf die emotionale Beziehung oder Übertragung, die zwischen Therapeut und Kind entsteht. Diese Ziele werden prozesshaft erreicht, indem regelmäßige Kontakte ein-, zwei- oder dreimal pro Woche mit dem Analytiker stattfinden. Beurteilt man die Fallberichte, so

sieht man, dass gewöhnlich keine Versuche unternommen werden, irgendwelche Umweltbedingungen zu verändern. Es gibt vielleicht einige Kontakte zwischen Eltern und Analytiker, doch dienen diese meist nur dazu, mehr diagnostische Informationen zu erhalten und weniger einem Behandlungsmodell. Die analytische Gesprächsführung ist weitaus weniger formal als bei Erwachsenenanalysen. Dem Kind wird gewöhnlich sehr viel Freiraum geboten und es werden Spieltechniken verwendet, um damit Gefühlen und Einstellungen ein Ausdrucksmittel zur Verfügung zu stellen. Die Länge von Analysen stellt natürlich ein untragbares Merkmal dar. Hundert Analysestunden werden von den meisten Freudianern als Minimum angesehen, in denen eine Kinderanalyse abgeschlossen werden kann bzw. auch Fortschritte gesehen werden können.

Die interpretativen Methoden in der Analyse

Es gibt bestimmte Unterschiede zwischen der Interpretationstechnik, wie wir sie bereits beschrieben haben, und ihrer Anwendung in der Analyse. Vor allem zielt der klassische Kinderanalytiker darauf ab, dem Kind vollständige Einsicht in sein Verhalten zu vermitteln. Dies könnte als ein etwas breiterer und auch tiefergehender Zugang im Vergleich zu den zuvor beschriebenen Ansätzen gesehen werden. Der Analytiker kann mehrere Stufen der Interpretation finden, indem er immer tieferliegende unbewusste Motive und Muster entdeckt und erklärt. Die Analyse wird deshalb so selten als wirklich abgeschlossen betrachtet, weil das Ziel in der Vollständigkeit der Interpretation liegt. Auch bei Fällen, die für Publikationen ausgewählt werden, konnte ich feststellen, dass der jeweilige Analytiker diese Fälle als unvollständig und unabgeschlossen betrachtet hat. Zum Beispiel erstreckte sich die Analyse eines 8-jährigen Buben mit einem Zwang zum Stehlen über 8 Monate mit häufigen Sitzungen. Die Symptome verschwanden und der Bub zeigte eine normale Anpassung an familiäre und soziale Anforderungen. Trotzdem schloss der Therapeut seine Fallbeschreibung mit den Worten: „Die Therapie kann keinesfalls als eine richtige Analyse angesehen werden, weil nur ein Teil des psychischen Materials wirklich durchgearbeitet wurde.“ (3)

Eine zweite Unterscheidung im interpretativen Vorgehen liegt darin, dass die Interpretationen nicht einfach in Bezug auf die offenkundigen Fakten erfolgen, sondern sich auf eine vorgefasste Ideologie, manchmal unbestätigte und manchmal phantastische Theoriebildung stützen. In jeder interpretativen Therapie besteht das Risiko, dass die vorgefassten Begriffe den Therapeuten in seinen Interpretationen beeinflussen. Man wird versuchen, dies so gering wie möglich zu halten. Die Psychoanalyse jedoch macht den Glauben an eine bestimmte Gedankenschule zur sine qua non der Interpretation. Somit wird diese Tendenz eher noch verstärkt denn minimiert, und man riskiert, hinter den Fakten im Bereich der Spekulation zu landen. Bei den zuvor zitierten Fallbeschreibungen

von John und Robert lässt sich deren Verhalten auf konditionierende Erfahrungen zurückführen, die eng mit dem jetzigen Verhalten verknüpft sind. Johns frühe Erfahrungen des Zu-nach-sichtig-behandelt-worden-Seins stellen adäquate Erklärungen für seine Zornesausbrüche dar. Roberts traumatische sexuelle Erfahrungen im Alter von 11 Jahren setzen den Grundstein für sein späteres Verhalten. Solche Interpretationen bleiben eng an Fakten gebunden. Wenn aber die Probleme des Kindes mit Begriffen wie „Kastrationsangst“ oder „der Wille des Kindes, den Vater zu töten und die Mutter zu besitzen“ interpretiert werden, sollten doch auch objektive Beweise für solche Interpretationen gefunden werden, um einem wissenschaftlichen Anspruch Genüge zu tun. Würde die Kinderanalyse Verhaltensprobleme auf tatsächliche Erfahrungen zurückführen, stünde sie auf soliderem Boden. Doch zu oft werden Erfahrungen eher aufgrund unverifizierter Ideologien denn als simple Fakten interpretiert. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

In der Fallbeschreibung der Analyse des 8-jährigen Peter, ein Bursche mit einem Diebstahlszwang, gibt es Passagen, in denen der Bub prahlerische Phantasien von sich gibt, wie er seine Eltern überwältigen und seinen Vater schlagen wird. Die ausführliche Fallbeschreibung gibt keinen Hinweis darauf, dass der Bub etwas über Geschlechtsverkehr wusste. Es gibt nicht den leisesten Hinweis darauf, dass ihm jemals irgendwer mit einer genitalen Verletzung gedroht hätte. Hier aber schwenkt die Autorin des Falles vom Faktischen zum Spekulativen, wenn sie schreibt: „Der Grund für Peters asoziales Verhalten war schnell gefunden. Die Analyse seiner Phantasien schloss zwei Elemente mit ein. Das erste war sein Wunsch, so groß und mächtig zu sein wie sein Vater. Das zweite war sein Wunsch, den Platz des Vaters an Mutters Seite einzunehmen. Zunächst konnten wir nichts anderes sehen als seinen Wunsch, seine Position mit der des Vaters zu tauschen, doch als seine Phantasien unerschrockener wurden und mehr von ihrem Inhalt zeigten, konnte man sehen, dass er genau so eine Beziehung mit seiner Mutter anstrebte, die sein Vater genoss. Es war nur natürlich, dass der Wunsch, seinen Vater zu entthronen, in ihm eine Angst vor des Vaters Zorn, die Kastrationsangst, auslösen musste. Um dies zu verdecken, flüchtete er in die gegenteiligen Reaktionen, in Prahlerei und Übertreibung. Seine Diebstähle und seine Phantasien über Rebellion und Rache gegenüber allen Autoritätspersonen, entsprangen auch derselben Quelle.“ Im Folgenden fasst die Analytikerin den Fall zusammen: „Peters Analyse zeigt sehr klar die Bedeutung der Kastrationsangst und des Penisneides ... es gibt keinen Zweifel, dass seine Diebstähle ihren Grund in diesem Kastrationskomplex hatten (4)“. Diese Art von Interpretation basiert nicht auf erhobenen Daten, sondern auf einer vorgefassten theoretischen Psychologie, die typisch für die Kinderanalyse ist.

Anm. d. Übersetzerin: Es wird eine Seite der folgenden Ausführungen übersprungen, da sie nur weitere Beispiele zur Verdeutlichung des bereits Gesagten bringt.

Übertragung

Die Übertragung oder die emotionale Verbindung zwischen Analytiker und Kind wird in Kinderanalysen weniger beachtet als in der Arbeit mit Erwachsenen. Im wesentlichen erwartet der Analytiker, dass das Kind ihn zu Beginn der Analyse symbolisch als Objekt seiner Gefühle verwendet, indem es auf den Analytiker so reagiert wie es früher auf Eltern, Geschwister oder andere reagiert hat. Das Kind kann dadurch sehr abhängig werden oder auch gewalttätiges Resentiment oder Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten zeigen. Das Ziel der Behandlung ist es, das Kind von dieser engen emotionalen Bindung zu befreien und es in die Lage zu versetzen, andere Liebesobjekte zu suchen. Es erstaunt nicht, dass diese tiefe emotionale Verbindung über so lange Zeit hinweg eine Kinderanalyse schwierig macht. Es muss eine Bedrohung für die Eltern des Kindes darstellen, die merken, dass ihr eigener Platz von jemand anderem besetzt wird. Viele Analysen werden abgebrochen, weil Eltern ihre Kooperation zurückziehen. Das kann auch dann passieren, wenn man ihnen die Wahrscheinlichkeit dieser Situation schon im Vorhinein genau erklärt hat. Lippman diskutiert einige dieser technischen Schwierigkeiten, die einer befriedigenden Kinderanalyse im Weg stehen, und warnt, auf eine vorsorgliche Aufklärung von Kind und Familie nicht zu vergessen.

Das Ergebnis psychoanalytischer Behandlung

Unglücklicherweise bevorzugen Psychoanalytiker die Untersuchung ihrer Methode mittels evaluativer Verfahren nicht. Daher gibt es auch keine Outcome-Studie über die Behandlung von Kindern. Eine solche Studie über die Analyse von 33 erwachsene Patienten wurde von Kessel und Hyman (5) publiziert. Von dieser kleinen Patientengruppe konnten 5 Fälle durch die Analyse als „geheilt“ bezeichnet werden, 6 wurden geheilt mittels einer Kombinationsbehandlung aus Analyse und umweltspezifischen Veränderungen, 8 zeigten eine Verbesserung und 14 Patienten blieben unverändert oder zeigten Verschlechterungen. Von der letzten Gruppe beging ein Patient Selbstmord und 6 Fälle entwickelten ernsthafte psychiatrische Erkrankungen. Möglicherweise ist der schlechte Verlauf und die 43-prozentige Misserfolgsrate darauf zurückzuführen, dass die Patienten alle von Praktischen Ärzten zum Analytiker zugewiesen worden waren. Aber auch die befriedigenden Behandlungsverläufe geben nur wenig Anlass, großes Vertrauen in eine solch kostspielige und zeitintensive Methode zu entwickeln. Ob die Ergebnisse bei der Behandlung von Kindern besser ausfallen würden, kann derzeit nicht bestätigt werden.

Ein möglicher Grund für den generell geringen Anteil erfolgreicher Therapieverläufe bei Analysen verdient jedoch noch Aufmerksamkeit. Analytiker haben ihren Behandlungsbegriff so eng gefasst, dass sie jeden anderen therapeutischen Zugang negieren, der

nicht auf Erlangung von Einsicht abzielt. Auch wenn Analysanden des öfteren darin erfolgreich sein mögen, diese zu erlangen, gelingt es oftmals dennoch nicht, eine generell befriedigende Anpassungsleistung zu vollbringen, weil der Therapeut den Fehler begangen hat, die Realität außerhalb des emotionalen Lebens des Patienten nicht anzuerkennen. Intellektuelle Behinderung, unzureichende familiäre wie auch soziale Bedingungen werden oft gänzlich übersehen. Die Notwendigkeit, einen solch engen Standpunkt zu verändern, wurde von zwei bedeutenden Psychiatern betont, Dr. Healy und Dr. Alexander, die beide das Unternehmen gestartet haben, delinquente Patienten mithilfe der Psychoanalyse zu behandeln. Diese Experimente waren erfolgreich darin, kausale traumatische Erfahrungen und mentale Konflikte aufzudecken, konnten jedoch keine normale Anpassungsleistung erwirken.

Dr. Healy hält fest: „Man kann sagen, dass es schön und gut ist, einem Täter dabei zu helfen, seine inneren Konflikte durchzuarbeiten, doch solch ein Mensch braucht auch neue Umweltbedingungen, um sich stabilisieren zu können. Man kann nach einer Analyse keine guten Erfolge erwarten, wenn der Mensch viel zu verlieren hat. Der entlassene Täter ist nicht nur ökonomisch benachteiligt, sondern auch aufgrund seines Rufes. Auch die einfache Psychologie der Verhaltensaushörmung kann dabei nicht außer Acht gelassen werden. In solchen Fällen können wir uns eine Verhaltensaushörmung als erworbene kriminelle Fähigkeiten vorstellen. Das Individuum ist für Kontakte anfällig, die es dazu verleiten, diese Fähigkeiten wieder einzusetzen. Dies muss berücksichtigt werden, ob das Individuum nun in Psychoanalyse war oder nicht. Ich muss zugeben, wir haben wenig Hoffnung für den Behandlungserfolg der Psychoanalyse, solange wir keine besseren sozialen und ökonomischen Bedingungen haben.“ (6)

Aus all dem kann man nun wahrscheinlich schließen, dass eine komplette Psychoanalyse von Kindern einem Experiment gleichkommt. Wenn sie objektiv durchgeführt wird, kann es viel zu unserem Wissen über die innere Welt des Kindes beitragen. Wenn sie in Verbindung mit anderen Therapiemethoden verwendet wird, kann man sehr erfolgreich darin sein, dem Kind zu innerem Freiraum und zu Einsicht zu verhelfen, und gleichzeitig externe Angebote für normale Anpassung bereitstellen. Das Kind, das am ehesten von der Psychoanalyse profitieren wird, ist schwer zu definieren. Jedoch sollte die Psychoanalyse vor allem denjenigen Kindern zukommen, die normal intelligent sind und gravierende Muster stereotypen oder zwanghaften Verhaltens aufweisen, die ihren Ursprung in seelischen Konflikten zu haben scheinen. Weil die Behandlung teuer und zeitintensiv ist, kann sie auch nicht weit verbreitet angewendet werden. Es muss nicht extra betont werden, dass eine Analyse nur von solchen Personen durchgeführt werden soll, die ein angemessenes psychologisches Training und ausreichend Erfahrung mit analytischen Techniken erworben haben, am besten durch eine eigene Lehranalyse.

Therapie in einer kontrollierten Beziehung

In einem der vorangegangenen Kapitel (7) wurde bereits der Versuch gemacht, den Behandlungsansatz, den wir unter dem Begriff „Relationship Therapy“ kennen, zu definieren (*Anm. der Übersetzerin: Der Begriff wird hier und im Folgenden nicht übersetzt, um dem Original seine Bedeutung zu lassen, könnte jedoch am ehesten mit dem Begriff „Beziehungstherapie“ übersetzt werden. Auch in den deutschen Fassungen der Rank'schen Werke wird diese Übersetzung gewählt*). Dieser Prozess ist vielfach der Psychoanalyse ähnlich, oder genauer gesagt, der Freud'schen Psychoanalyse, unterscheidet sich jedoch in einer Hinsicht wesentlich. Das Hauptaugenmerk wird auf die heilende Wirkung einer emotionalen Beziehung selbst verlagert, mehr als auf die Einsicht, die durch Interpretation vergangener Erfahrungen erreicht werden kann. Von den zwei charakteristischen Elementen, die tiefgehende Therapien kennzeichnen, arbeitet die Freud'sche Analyse mit Einsicht und Interpretation; die „Relationship Therapy“ beachtet vor allem die emotionale Situation, die zwischen Kind und Therapeut entsteht. Was dies genau bedeutet, möchten wir gerne genauer ausführen. Bevor wir dies versuchen, wollen wir den Prozess, der in einer solchen Therapie vor sich geht, beschreiben. Neben den zwei Fallgeschichten, die Dr. Taft in ihrem Buch beschreibt, liegen Fallbeschreibungen von Dr. Allen und anderen vor, die diesen Behandlungsansatz illustrieren (7). Eine kürzere Fallgeschichte wurde von Dr. Catherine Gould vorgelegt und wird hier nun zitiert (8). Das herausragende Element dabei ist der ungerichtete Fluss des kindlichen Interesses und die Aufmerksamkeit, die den emotionalen Reaktionen zwischen Kind und Therapeut geschenkt wird, weit mehr als den Inhalten der verbalen Äußerungen des Kindes.

Der Fall Edward

Edward, das Kind, das von Mrs. Gould beschrieben wurde, machte Probleme, seit er in den Kindergarten eingetreten war. Er war hyperaktiv und dadurch schwer zu führen und zu kontrollieren. Er erbrachte Leistungen, die deutlich unter seinen kognitiven Fähigkeiten lagen. Wurde er für sein Verhalten bestraft, wiederholte er es. Wenn der Lehrer seine Arbeit lobte und versuchte, ihm damit Wohlwollen zu zeigen, zerriss Edward seine Arbeit oder attackierte den Lehrer. Im Alter von zehn Jahren hatte er bereits einen weitreichenden Ruf. Zu Hause war er das mittlere von drei Kindern, mit einer „braven“ älteren Schwester und einem kleineren Bruder, dem Edward alles übel nahm. Die Eltern selbst hatten ebenfalls emotionale Probleme und zeigten Edward relativ wenig Zuneigung. Der Sozialarbeiter meinte, sie würden ihn eher akzeptieren können, wenn er sich ordentlich benähme. Seit fünf Jahren wurde nun erfolglos versucht, an Edwards häuslicher wie auch schulischer Umgebung etwas zu ändern, letztlich wurde er aus der Schule ausgeschlossen. Als er in die vierte Klasse kam, initiierte der Sozialarbeiter eine therapeutische Behandlung, die viele Elemente

einer „Relationship Therapy“ hatte. Die Beschreibung erfolgt in Mrs. Goulds Worten.

Zwischen E. und der Beratungslehrerin wurden zweimal wöchentlich Interviews zu je einer halben Stunde vereinbart. E. wurde ermutigt, seine wahren Gefühle auszudrücken und sein Aktivitätsradius wurde nur folgendermaßen eingeschränkt: er musste die zeitliche Begrenztheit der Stunde und die Notwendigkeit akzeptieren, keinen Schaden an der räumlichen Ausstattung und an der Person der Beratungslehrerin anzurichten. Wie feindselig und aggressiv seine Gefühle auch immer waren, sie wurden genauso akzeptiert wie seine positiven Gefühle und sie wurden ihm interpretiert. Es wurde ihm jedoch nicht vermittelt, er solle sein Benehmen in der Schule ändern.

Während der ersten Stunden war er mürrisch, misstrauisch und unkommunikativ. Dann kam eine Zeit, in der er sichtlich die neue Beziehung zur Beratungslehrerin testete, um zu sehen, wie sicher er sich darin fühlen durfte. In dieser Zeit wurde sein Benehmen in der Schule moderater, obwohl er nach wie vor keinerlei schulischen Fortschritt zeigte. Seine Kontakte zur Beratungslehrerin waren eher oberflächlich freundlich, erbrachten jedoch wenig analytisch verwertbares Material. Als er sich zunehmend sicherer fühlte, begann er mehr und mehr offene Aggression zu zeigen. Die Situation spitzte sich zu, als die Beratungslehrerin gleichzeitig mit einem anderen Kind, Daniel Allen, arbeitete. Dies war zufällig derselbe Name, den E.s jüngerer Bruder trug. Der Höhepunkt seiner aggressiven und feindseligen Regungen gegen die Beratungslehrerin trat im dritten Monat der Behandlung auf: E. begann Gesichter zu schneiden und gutturale Laute von sich zu geben. „Du bist die dümmste Glucke, die ich jemals gesehen habe“, sagte er. Die Beratungslehrerin meinte, es müsse ihn ganz schön ärgern, dass auch andere Kinder zu ihr in ihr Zimmer kämen. Er begann sehr schnell zu sprechen und sagte, dass er Daniel Allen in den Turnsaal im Sportverein einsperren wolle. Dann zeichnete er ein Gewehr in die Luft und sagte: „Spieß sie auf“ ... er machte einen ordentlichen Wirbel und sagte dann: „Das ist mir egal, wenn ich schreie – Ich werde sie dazu bringen, dich zu entlassen und dann kannst du keine anderen Kinder mehr hier runter bringen.“ Die Lehrerin sagte: „Es ärgert dich, wenn andere Kinder hierher kommen, oder?“ Das Spiel wurde wilder, er nahm eine Schachtel vom Boden auf und sagte: „Das hau ich dir auf den Kopf!“ Er machte laute Geräusche und schnitt Grimassen als er mit der Schachtel gegen die Wand schlug, „bumbum, jetzt bist du tot.“ Die Lehrerin sagte ihm, dass er so tat, als ob er sie töten wolle, und manchmal fühlte er sich so, als ob er es auch wirklich gerne tun würde.

In diesem Therapieausschnitt können wir etwas über E.s Unfähigkeit sehen, die Beratungslehrerin mit anderen Kindern zu teilen, so wie er auch zu Hause nicht in der Lage war, seine Mutter mit seinen Geschwistern zu teilen. Am Tag der nächsten Stunde war er krank, nachdem er entdeckt hatte, dass die Lehrerin verheiratet war. Sie half ihm, seine Rivalitätsgefühle auszudrücken und zu verstehen, dass er ihr Interesse mit einer Vaterfigur teilen musste, genauso wie er seine Mutter mit seinem Vater teilen musste. Diese

Stunde war die letzte vor den Weihnachtsferien. In der nächsten Stunde war es ihm möglich, auch ein positives Gefühl zum Ausdruck zu bringen: ... Die Lehrerin sprach mit ihm über die Stunde vor den Ferien und sagte, dass er wohl sehr böse auf sie gewesen war und dass sie sich vorstellen könne, wie er sich dabei gefühlt habe. E. begann, mit den Unterlagen am Schreibtisch herumzutun und sagte: „Die einzige, die ich mag, bist du. Die hatten schon einige Heul-susen hier.“ Die Lehrerin akzeptierte, was er sagte ...

Während der folgenden Stunden kam E.s feindseliger Ausdruck wieder, er war jedoch nie mehr so aggressiv. Er versuchte mehrfach, die Grenzen zu brechen, indem er zu ihr kam, auch wenn er keine vereinbarte Stunde hatte, oder versuchte, eine Zeit zu vereinbaren, von der er wusste, dass es Daniels Stunde war. Er zeigte oft extremen Widerstand, die Stunde zu beenden. Er drohte zu toben, als die Lehrerin ihm nicht erlaubte mit dem Telefon zu spielen, oder er ließ es bleiben, wenn sie ihn dazu aufforderte.

In weiterer Folge äußerte E. direkter seine Feindseligkeit gegen seinen kleinen Bruder oder gegen den neuen Schuldirektor.

Während der letzten zwei Monate der Behandlung zeigte E. zunehmend Interesse an seinen Schularbeiten und deutlich weniger asoziales Verhalten. Er war zunehmend in der Lage, die Beratungslehrerin mit anderen Kindern zu teilen und vergaß sogar ein- oder zweimal auf seine Stunde, weil er so intensiv mit einer Arbeit in der Klasse beschäftigt war. Er arbeitete erfolgreich als Zeitungsausträger und nahm an Freizeitaktivitäten außerhalb der Schule teil. Er freute sich über seine Mitgliedschaft im Sportverein und widmete sich einigen Tischlerarbeiten mit Hilfe seines Vaters. Er sprach von anderen Kindern als „seinen Freunden“. Zu Beginn der Frühlingsferien war er so weit, das Ende der Behandlung akzeptieren zu können. Die Stunden wurden also sieben Monate nach Beginn beendet. Im Mai schaute er einmal bei der Lehrerin vorbei um ihr mitzuteilen, dass er gute Noten habe. In diesem Schuljahr wurde er nicht mehr zu den Problemkindern gezählt und seine Anpassungsfähigkeit außerhalb der Schule nahm weiterhin zu. Seine Eltern konnten nun ihren Stolz auf ihn ausdrücken. Obwohl er noch immer gelegentlich bei der Lehrerin vorbeischaute, um ihr eine Zeitung zu verkaufen, äußerte er keinerlei Bedürfnis, wieder zu regelmäßigen Stunden zu kommen.

Die Grundlage einer effektiven „Relationship Therapy“

Ein genaues und aufmerksames Lesen dieser Fallbeschreibung wird einige Aspekte deutlich machen, die die „Relationship Therapy“ wesentlich von der Psychoanalyse unterscheiden. In erster Linie werden Hier-und-jetzt Situationen behandelt und es wird keinerlei Versuch gemacht, vergangene Reaktionen zu interpretieren oder zu erklären. Darüber hinaus geht es nicht nur um gegenwärtige Gefühle und Reaktionen, sondern vielmehr um diejenigen Gefühle, die sich auf den Therapeuten beziehen, die also das Kernstück des Prozesses

sind. Das Misstrauen des Kindes der Beratungslehrerin gegenüber, seine ambivalenten Gefühle von Liebe und Hass, der Wunsch, das einzige Kind zu sein, für das sie sich interessiert, seine zunehmende Akzeptanz einer befriedigenden Beziehung, auch wenn sie mit anderen geteilt werden muss, das alles sind diejenigen Veränderungen, in denen sich der Fortschritt bemerkbar macht. In keiner anderen Art von Behandlungsversuch nimmt die emotionale Situation zwischen Therapeut und Kind einen derart wichtigen Stellenwert ein. Aus diesem Grund nennen wir sie „Relationship Therapy“.

Dr. Allen beschreibt die Qualität dieser therapeutischen Interaktion folgendermaßen:

„Ich biete dem Kind eine Möglichkeit, sich selbst in einer neuen und gegenwärtigen Beziehung zu erfahren und zwar in bezug auf das Gegenwärtige und nicht in bezug auf Vergangenes. Ich kann mit dem Gefühl, das das Kind mir gegenüber zum Ausdruck bringt, etwas tun. Ich kann seinen Kampf um Kontrolle verstehen, ohne Nachzugeben. Ich kann sein Bedürfnis, mich nicht zu mögen, verstehen, ohne es damit zu bedrohen, es selbst nicht mehr zu mögen. Es kann freundlich zu mir sein, ohne von meiner Freundlichkeit verschlungen zu werden. Ich kann ihm helfen, diese Gefühle weniger ängstlich und mit geringerer Abwehr als die seinen wahrzunehmen. Bei dieser Erfahrung schütze ich es weder vor seinen eigenen Gefühlen, noch biete ich ihm die Gelegenheit, sie zu befriedigen. Es kann mich unsympathisch finden, aber es darf mich nicht attackieren. Es kann mich lieben, aber es darf mich nicht lieblosen. Das Gefühl muss als etwas akzeptiert werden, das aus der inneren Welt des Kindes aufsteigt und es ist keine Reaktion auf etwas, was ich gesagt oder getan habe.“ (9)

Wir vertrauen darauf, dass die Veränderungen, die im Kind stattgefunden haben und sich in einer neuen Akzeptanz seiner selbst und seiner Realität ausdrücken, auch außerhalb der therapeutischen Beziehung wirksam bleiben.

Das Faktum, dass Edward gelernt hat, seine Lehrerin mit anderen Kindern zu teilen, legt den Schluss nahe, dass es ihm nun auch leichter fällt, seine Eltern mit seinem kleinen Bruder zu teilen. Das Faktum, dass er gelernt hat, sowohl die befriedigenden wie auch die grenzsetzenden Seiten seiner Beziehung zum Therapeuten zu erfahren, machen es leichter für ihn, in ähnlicher Weise seine Beziehungen zu anderen Lehrern und Kindern zu akzeptieren. Er hat somit gelernt, wie man mit einer anderen Person auch dann tiefgehend in Kontakt sein kann, wenn man dieser Person gleichzeitig positive und negative Gefühle entgegenbringt. Proponenten dieser Therapierichtung würden sagen, er hat gelernt, konstruktiver mit sich und anderen umzugehen.

Das ist die Grundlage der „Relationship Therapy“. Obwohl dies bislang noch nicht explizit beschrieben wurde, beruht ihre Effektivität hauptsächlich auf dem psychologischen Phänomen des Trainingstransfers. Weil das Kind gelernt hat, in einem Bereich seiner Erfahrung (innerhalb der Behandlungs-Beziehung) erfolgreich zu

sein, kann erwartet werden, dass es sich auch in anderen Bereichen seines Lebens erfolgreich anpassen können wird. Die Tatsache, dass das in Fällen wie Edward funktioniert, macht es unumgänglich, die Grundlage einer solchen Therapie weiter zu untersuchen. Im intellektuellen Bereich stellte sich das Phänomen des Trainingstransfers als eher enttäuschend heraus. Die Entwicklung von Genauigkeit in mathematischen Fertigkeiten macht noch keinen sorgfältigen Denker. Die Disziplin der lateinischen Grammatik hilft wenig bei der Entwicklung logischen Denkens. Doch vielleicht zeigen unsere Ergebnisse im Bereich emotionaler Erfahrungen einen anderen Trend. Der Transfer wird erleichtert, wenn es in zwei verschiedenen Situationen mehrere gemeinsame Elemente gibt. Übung in Latein erleichtert das Erlernen von Französisch. Folglich liegt es im emotionalen Bereich vielleicht daran, dass es große Ähnlichkeiten der Beziehungen zu Mutter oder Lehrerin, Vater oder Vorgesetztem, Geschwistern oder Arbeitskollegen gibt. Eine zufriedenstellende Anerkennung einer menschlichen Beziehung mag auch in anderen Beziehungen wirksam sein. Weitere Untersuchungen dazu sind dringend nötig.

Einige andere Charakteristika

Was auch immer die Antwort auf die vorher gestellten Fragen sein mag, es gibt noch andere Aspekte in der therapeutischen Arbeit mit Kindern, die unserer Aufmerksamkeit bedürfen. Einer davon ist das förderliche Element, das sich durch die Grenzen der Behandlung ergibt. Es gibt kein Anzeichen, dass das Kind in einem solchen Prozess vollkommen neu organisiert wird. Er (Edward; Anm. d. Ü.) hat die Hilfe, die er zu diesem Zeitpunkt brauchte, angenommen, und er wurde, falls die Therapie erfolgreich war, fähiger, seine gegenwärtigen Probleme wahrzunehmen und zu lösen. Ihm wurde auf dem Weg zur Reifung geholfen. Natürlich scheint es möglich, dass er zu einem späteren Zeitpunkt wieder Hilfe braucht, dann, wenn neue Probleme anstehen. Hierzu gibt es auch keine andere theoretische Annahme, auch wenn in der psychoanalytischen Literatur oft angenommen wird, dass ein Individuum vollkommene Einsicht erlangen könne, für immer integriert sein und alle seine Probleme lösen können werde.

Der Blickwinkel der „Relationship Therapy“ scheint realistischer zu sein und hat das viel angenehmere Ziel, die normalen Funktionen des Individuum wieder herzustellen, es einen Schritt weiter in Richtung Wachstum zu bringen und ihm die Fähigkeit zu lassen, seine eigenen Probleme zu lösen.

Es ist ein Kennzeichen dieses Ansatzes, die Integrität des Kindes als signifikanten Wesenszug und als frisch und anregend zu betonen. Das Ziel ist es, die Unabhängigkeit des Kindes, seine Wahrnehmung von sich selbst als Individuum und die Akzeptanz seiner Verantwortung für sich selbst zu fördern. Der damit gemeinte Prozess wurde von Dr. Taft in einem Statement in Zusammenhang

mit einem anderen Kind beschrieben und würde gut auch auf Edward passen: „Ich kämpfe nicht gegen Helen, versuche nicht, Besitz von ihr zu ergreifen, sehe und anerkenne aber den Ursprung ihrer negativen Gefühle, die natürlich auftauchen müssen, wenn sie darum kämpft, mich zu unterwerfen. Darum hat sie keinen Grund, sich gegen mich aufzulehnen, kann sich anderen Aspekten ihrer selbst zuwenden und kann langsam, mit gewisser Abwehr und Verdrängung, Rückzug und negativen Zwischenspielen, sich ihrem Willen und ihren Besitzansprüchen zuwenden (10)“. An dieser Stelle leistet die Therapie einen wesentlichen Beitrag zum Wachstum eines verantwortungsvolleren Individuums.

Was durch die kurze Fallbeschreibung von Edward besonders deutlich wird, ist eine notwendige Begleiterscheinung dieser Art von Beziehung: die Entschlossenheit des Therapeuten, sich dem Kind nicht aufzudrängen. Es gibt keinerlei Versuch, das Kind dazu zu bringen, sich anzupassen, seine Symptome aufzugeben oder das Kind an die Idealvorstellungen des Therapeuten heranzuführen. Das Kind kann seine eigenen Ziele frei wählen und die Therapie verfolgt die Absicht, dem Kind zu ermöglichen, seine Wahl auf eine ursprünglichere, weniger ängstliche, gehemmte oder aggressive Art zu treffen. Das Kind soll die Beziehung für sich so weit wie möglich nützen und der Therapeut soll sich über seine Grenzen dahingehend bewusst sein, dass er nicht versucht, das Kind in irgendeine Form zu pressen.

Der Vergleich mit der Psychoanalyse

Wenn wir Edwards Fallbeschreibung von einem methodischen Standpunkt aus betrachten, ist zu bemerken, dass hier keine Formen interpretativer Therapie, wie wir sie vorher beschrieben haben, vorkommen. Es wird keinerlei Versuch unternommen, dem Kind seine in der Vergangenheit liegenden Reaktionen verständlich zu machen. Der Therapeut widmet sich nur der Klärung von gegenwärtigen Gefühlen, doch das ist etwas anderes, als zu interpretieren. Der Therapeut fühlt die Ängstlichkeit des Kindes, fühlt und akzeptiert alle feindlichen und alle freundlichen Haltungen des Kindes, so wie sie gerade auftauchen, und hilft dem Kind gerade dadurch, indem er ihm diese Haltungen aufzeigt und erhellt. Dr. Taft meint: „Hier geht es wirklich nicht um intellektuelle Interpretationen, außer um meine konstante Bemühung, die aufsteigenden Gefühle und Impulse, die das Kind (wie auch Erwachsene) gewöhnlich aus dem Bewusstsein zu verdrängen versucht, während der Therapiesunde als lebendige Realität zu verstehen und offen zu beantworten“ (11). Dies stellt natürlich einen deutlich anderen Standpunkt als einen orthodox kinderanalytischen dar.

Ein weiterer Punkt, in dem sich „Relationship Therapy“ wesentlich von der Psychoanalyse unterscheidet, ist das Ausmaß an theoretischen Konzepten und Ideologien, die der Therapeut hat. Es geht um den ganzheitlichen Versuch, die realen Gefühle des Kindes genau wahrzunehmen und nicht in vorgefasste Begriffe zu pressen.

Obwohl die „Relationship Therapy“ ihre theoretischen Wurzeln im Denken Otto Ranks hat, ist sie eher zu einem Entwicklungsprozess geworden als zu einem Gedankensystem und ihre Anwendung ist nicht von einer vollständigen Übereinstimmung mit Ranks Psychologie abhängig. Für ein erfolgreiches therapeutisches Arbeiten auf dieser Basis ist es nicht nötig, Ranks grundlegende Ansichten über das Trauma der Geburt oder den Willen genau verstanden zu haben. Genau gesagt sind die einzigen Rank'schen Begriffe, die für die „Relationship Therapy“ implizit wichtig sind, die Prinzipien des therapeutischen Prozesses und sonst keine weiteren psychologischen Theorien. Folglich können aufdrängende Zweifel an der Theorie der Behandlungssituation weitgehend ausgeschlossen werden.

Die Nützlichkeit der „Relationship Therapy“

„Relationship Therapy“ basiert zu einem viel größeren Maß als andere Behandlungsmethoden auf einem speziellen philosophischen Ansatz. Es kann daher nicht wie ein mechanisches Behandlungsinstrument herausgegriffen oder beiseite gelassen werden. Für manche Therapeuten mag es daher kein passender Ansatz sein, für andere wiederum stellt es einen Behandlungszugang mit vielen Möglichkeiten dar. Für diese zweite Gruppe mag es aber dennoch ein Ansatz sein, der nicht in jedem Fall angewendet werden kann. Wie in der Psychoanalyse handelt es sich um einen relativ langsamen Prozess, in den man nicht allzu leicht einsteigen kann. Daher erachten wir es für diejenigen Fälle am ehesten angebracht, in denen sich eine Behandlung durch Veränderung der Umweltfaktoren bereits als vergeblich herausgestellt hat, oder in denen das Problem des Kindes eher aus einer inneren Spannung heraus entsteht, und nicht so sehr auf externen Faktoren beruht. Genau genommen wird die „Relationship Therapy“ derzeit nicht an einer größeren Zahl von Kindern zur Anwendung gebracht. Es ist auch nicht wahrscheinlich, dass dies jemals so sein wird. Obwohl dieser Ansatz mit seinen zugrunde liegenden Prinzipien die klinische Arbeit beeinflussen wird, wird seine Verwendung als spezifischer, intensiver therapeutischer Zugang auf schwere Persönlichkeitsprobleme beschränkt bleiben. Zur Zeit scheint es nicht möglich, ein Kriterium festzulegen, das zu entscheiden hilft, ob ein Elternteil oder das Kind der Klient sein soll. Das Ausmaß des Leidensdruckes und der dringenden Suche nach Hilfe sowie das Ausmaß an Unabhängigkeit des Kindes von seinen Eltern wird für diese Entscheidung ausschlaggebend sein.

Es muss angemerkt werden, dass der Prozess einer therapeutischen Beziehung, obwohl man ihn nicht allzu leicht in Gang bringen kann, mit geringerem Schadensrisiko für das Kind verbunden ist, als das in der Psychoanalyse oder bei anderen Formen interpretativer Therapien der Fall ist. Dass hier schwerer Missbrauch begangen werden kann, scheint uns daraus ableitbar zu sein, dass manche Therapeuten versucht haben, im therapeutischen Prozess „gar nichts“ beizutragen, weil sie den Begriff „passiv“ missverstehen. Andere

wiederum haben aus dem selben Grund Kindern gestattet, ihnen körperlich weh zu tun, und das in einer therapeutischen Beziehung! Dringend muss man an dieser Stelle auf die Notwendigkeit eines genauen Verstehens therapeutischer Prinzipien sowie auf die Notwendigkeit adäquater Supervision bei erfahrenen Beratern hinweisen.

Anm. der Übersetzerin: Das folgende Unterkapitel („Andere Formen tiefergehender Therapien“, 348–350) wird hier aus Platzgründen ausgelassen. Es behandelt Formen therapeutischer Zugänge, in denen Kliniker Kinder in ihre eigenen Familien aufnehmen, um sich ihnen für eine bestimmte Zeit in einer Elternrolle anzubieten und dadurch verändertes Verhalten zu erzielen. Auf die Problematik dieser Ansätze wird deutlich hingewiesen.

Der Abschluss einer therapeutischen Beziehung

Jeder Kliniker weiß aus Erfahrung, dass Behandlungsfehler genauso häufig aufgrund der Unfähigkeit, einen therapeutischen Prozess zu einem konstruktiven Ende zu bringen, auftreten können, wie auch aufgrund zu geringer Kenntnisse und Fertigkeiten, wie man eine solche Behandlung beginnt. Somit müssen wir sowohl der emotionalen Verbindung, die während einer Behandlung entsteht, wie auch dem kognitiven Prozess Aufmerksamkeit widmen. Dies trifft auf alle Formen „tieferer Therapien“, wie wir sie beschrieben haben, und auch auf die vielen Zwischenformen zu, die man schwer zuordnen kann.

Im Beziehungsabbruch zwischen Kind und Therapeut liegt das größte Fehlerrisiko. Man sagt ja auch, dass zwar jeder Chirurg einen Schnitt machen kann, dass jedoch erst im Schließen und guten Versorgen der darunter liegenden Organe die wahre Kunst liegt. Dies trifft auch auf einen Therapeuten und seine Beziehung zu einem Kind zu. Idealerweise, so wie im Fallbeispiel von Edward, sollte der Behandlungsverlauf dem Kind bei seiner Anpassung so weit helfen, dass es eher von Seiten seiner Eltern, seiner Freunde und anderer Menschen seiner Umgebung als vom Therapeuten eine liebende Beziehung erfährt. Wenn dies zutrifft, wie auch in der Geschichte von Edward ersichtlich ist, wird das Bedürfnis an therapeutischer Hilfe und der tiefgehende Kontakt zum Therapeuten abnehmen und als gegenseitiges freundliches Interesse erhalten bleiben. In so einer Situation wird die Beendigung der Therapie gleichermaßen vom Kind und Therapeuten bestimmt. Das nachlassende Bedürfnis des Kindes zeigt das Therapieende an.

Wo dies nicht so einfach zu Tage tritt, muss der Therapeut einen Therapieabschluss planen, und die Gefühle, die das Kind ihm geschenkt hat, auf andere in der Umgebung des Kindes übertragen. Bei einer intensiven Psychotherapie kann der Punkt erreicht werden, an dem das Kind so viel Einsicht erlangt hat, dass es die intensive Hilfe nicht mehr braucht, jedoch sein Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung bestehen bleibt. Der Sozialarbeiter, eine Pflagemutter oder ein Beratungslehrer können dann mehr in das Behand-

lungskonzept miteinbezogen werden und langsam die Rolle des Therapeuten übernehmen. Wie auch bei anderen Aspekten der Therapie sollte diese Wahl nicht dem Zufall überlassen bleiben, sondern zeitgerecht geplant werden. Stunden, in denen das Kind gemeinsam mit dem Therapeuten und derjenigen Person spricht, die die Therapeutenrolle danach übernehmen soll, dienen einer guten Überleitung. Das Ziel sollte jedoch immer sein, dass das Kind seine befriedigenden emotionalen Reaktionen von Personen seiner unmittelbaren Umgebung erhält, von Eltern, Verwandten, Pflegeeltern, Lehrern oder Freunden, um damit seine Beziehung zum Therapeuten unnötig zu machen. Wenn jedoch der Kontakt zum Therapeuten ohne jeglichen Ersatz anderer befriedigender Quellen abrupt abgebrochen wird, kann es dem Kind wirklich schaden.

Anm. d. Übersetzerin: Das folgende Unterkapitel („Insight and Re-Education“, 352–353) wird hier aus Platzgründen ausgelassen. Es betont die Notwendigkeit, das Erlangen von Einsicht nicht als alleiniges Therapieziel zu betrachten, da Kinder Unterstützung dabei brauchen, adäquate Verhaltensmuster zu erlernen, die ihnen bei der Bewältigung ihrer Alltagsanforderungen behilflich sind.

Therapieziele

Ein eher philosophisch orientierter Leser muss sich fragen: „Wohin soll eine Behandlung führen? Was ist die Therapieabsicht? Was ist das Ziel für das Kind?“ Solche Fragen kann man sich bei jedem Kapitel dieses Buches stellen, doch scheinen sie besonders dringlich im Zusammenhang mit „direkten Therapiemethoden“ zu sein. Häufig kommt es dabei zu Verwirrungen, denn jede Therapietechnik hat ein bestimmtes Ziel. Diese Verwirrung ist berechtigt und findet sich sowohl in der Praxis wie auch in der Literatur wieder. Ob dies nun gut ist oder nicht, die Ziele der therapeutischen Anstrengungen liegen nicht in der gewählten Technik begründet, sondern in der philosophischen Haltung derjenigen Person, die sich der Technik bedient. Dies ist kein spezifisches Dilemma, das nur auf die Arbeit mit Kindern zutrifft. Mediziner haben das gleiche Problem. Das Wissen über Techniken der Geburtshilfe ist von keinem Nutzen, wenn der Arzt in einer schwierigen Situation darüber entscheiden muss, ob er das Leben der Mutter oder das des Kindes rettet. Die Antwort auf diese Frage findet er nicht im Gebiet medizinischer Fertigkeiten. Das Problem der Zieldefinition steht im Vordergrund, wenn man es mit dem Verhalten von Menschen zu tun hat, das so viele soziale Implikationen aufweist. Was möchten wir in unserer Arbeit mit einem Kind erreichen?

Nachdem wir uns in diesem Buch in erster Linie mit praktisch relevanten Aspekten und nicht so sehr mit Theorie oder Philosophie beschäftigen, sollten wir gar nicht versuchen, diese Frage zu beantworten. Doch wenn diese Frage schon aufgeworfen wurde, dann wollen wir wenigstens auf zwei Antworten, die in der klinischen Arbeit ersichtlich werden, hinweisen. Einerseits gibt es diejenigen, die sich

darum bemühen, das Kind und sein Verhalten in Einklang mit generell akzeptierten Verhaltensstandards zu bringen. Vieles unserer Arbeit mit Menschen zielt genau darauf ab. Wir möchten gerne dem Delinquenten, dem sozial Unangepassten und dem Kind mit Schulproblemen normales Verhalten beibringen. In Bezug auf delinquente oder sozial unangepasste Menschen kann man sich etwas darunter vorstellen. Doch in Zusammenhang mit Kindern stellt sich die Frage was als „normales Verhalten“ zu verstehen ist. Erwarten wir von einem seelisch gestörten Kind ein durchschnittliches Verhalten oder erwarten wir ein Verhalten, das durchschnittlich für seine Störung ist? Erwarten wir von einem italienischen delinquenten Buben ein Verhalten, das für das Leben in der Stadt als durchschnittlich oder in privilegierten Wohnbezirken als normal anzusehen ist, oder erwarten wir ein für seine eigene benachteiligte kulturelle und soziale Gruppe durchschnittliches Verhalten? Erwarten wir von einem 16-jährigen Mädchen ein sexuelles Verhalten, das zwanzig Jahre zuvor als „normal“ gegolten hat oder eines, das ihrer jetzigen Altersgruppe entspricht? Und was ist oder war dabei überhaupt normal?

Man kann das nicht nur von einem individuellen Standpunkt aus betrachten. Müssen wir uns schuldig fühlen, wenn wir unser Unternehmen darin sehen, Kinder an ihre soziale Gruppe anzupassen, weil wir damit den Status quo verteidigen? Akzeptieren wir die Gesellschaft und ihre sozialen Normen als unveränderbar und bestehen wir darauf, dass sich das Individuum danach zu richten hat? Es gibt keinen Zweifel daran, dass in manchen Fällen die Sozialarbeit und auch die klinische Arbeit dazu verwendet wurde, den sozialen Fortschritt zu blockieren. Wenn ein Therapeut den Bewegungen und Trends unserer heutigen Kultur nicht offen gegenüber steht, kann er leicht dazu verführt werden, bestimmte sozioökonomische Normen unverändert aufrecht zu erhalten. Daher müssen wir es zu unserer Aufgabe machen, ein sich ständig veränderndes Individuum dabei zu unterstützen, sich nicht an eine fixierte soziale Norm anzupassen, sondern an eine Gesellschaft, die ständigen Veränderungsprozessen unterworfen ist, sei es in ihren Organisationen, Glaubensgrundsätzen, Verhaltenscodes oder in ihren Gewohnheiten und Idealen.

Wenn wir uns von diesen Verwirrungen wieder abwenden und sehen, welche anderen klarer zu definierenden Behandlungsziele sich finden lassen, stoßen wir auf eine zweite Schule klinischen Denkens, die das Therapieziel im Individuum selbst annimmt. Das anzustrebende Ziel liegt demnach im Wohlbefinden für das Kind, in seiner Fröhlichkeit oder in seinem inneren Wachstum, weniger in irgendeinem sozialen Ziel. Eigentlich nimmt man an, dass das wachsende oder zufriedene Kind auch sozial ist, doch manche Autoren halten allein das innere Wachstum des Kindes als Ziel aufrecht, unabhängig davon, ob dies auch zu sozialer Anpassung führt oder nicht (12).

Im allgemeinen neigen diejenigen, die sich mit der Theorie der tieferen Formen von Therapie beschäftigen, dazu, ihre Ziele auf solche Art zu beschreiben. Unglücklicherweise löst diese Antwort unser Problem genau so wenig wie die vorige. Wir leben in einer

sozialen Welt, in der inneres Wachstum, Zufriedenheit und Befriedigung ohne ein kleines Maß an Anpassung an die Sichtweisen unserer sozialen Gruppe nicht aufrechterhalten werden können.

All das ist ein Problem, das die Philosophen oder jeder einzelne für sich lösen muss. Wenn man es vor dem Erfahrungshintergrund klinischer Arbeit beurteilt, scheint es, dass diejenigen, die mit Kindern arbeiten, beide Standpunkte vertreten. Man wünscht sich, dass das Individuum sowohl sein psychologisches Wachstum wie auch seine innere Zufriedenheit so weit wie möglich entwickeln kann, und wünscht ihm ebenfalls eine vernünftige Konformität an soziale Anforderungen. Nur dort, wo sich diese Ziele gegenseitig im Wege stehen, kommt es zu Schwierigkeiten. Was ist mit dem jungen Homosexuellen, bei dem eine Therapie, die auf normale sexuelle Einstellungen abzielt, sehr zweifelhafte Aussichten birgt? Sollen wir entscheiden, dass er am ehesten Zufriedenheit erreichen wird, wenn wir ihn von seinen Schuldgefühlen befreien und ihm erlauben, seine Homosexualität offen zu leben, oder sollen wir ihn als einen ernsthaft sozial Unangepassten ansehen, dem unbedingt zur Konformität verholpen werden muss?

In einem Punkt spricht die klinische Erfahrung klare Worte. Unsere Arbeit kann nicht daran gemessen oder evaluiert werden, in welchem Ausmaß das Individuum in eine Gruppe passt. Man wird bemerken, dass jede Outcome-Studie, egal ob umweltspezifisch oder durch ein Einzelsetting behandelt worden war, soziale Outcome-Variablen untersucht. Es gibt kein Messinstrument, das den Fortschritt am inneren Wachstum oder an der Zufriedenheit des Individuums erfasst. Daher wird unsere Arbeit mit verhaltensschwierigen Kindern danach beurteilt, ob sie zu erfolgreichen und sozial angepassten Bürgern werden.

Diese Diskussion schweift von unserem Hauptanliegen der therapeutischen Techniken ab. Jedoch muss man anerkennen, dass jeder Therapeut von Problemkindern irgendein Ziel seiner therapeutischen Anstrengungen vor Augen hat. Dies trifft wahrscheinlich besonders für die Formen „tiefergehender Therapien“ zu. Je klarer der Therapeut sein Ziel definieren kann, desto konsistenter wird er daran festhalten und desto effektiver werden auch seine therapeutischen Bemühungen sein.

Kommentar der Übersetzerin

Für mich als Personzentrierte Psychotherapeutin, die seit vielen Jahren im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich arbeitet, war die Entdeckung des Originals dieses Werkes (1999 in der Bibliothek der Stanford University, Kalifornien) eine Offenbarung. Ich war aufgeregt, erfreut und gleichzeitig stolz zu entdecken, dass Rogers selbst einen derartig reichen Erfahrungsschatz als Kinder- und Familientherapeut hatte, der ihm als Grundlage für die Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes zu einer eigenständigen psychotherapeutischen Methode diente. Die Lektüre dieses Buches birgt

darüber hinaus auch aus heutiger Sicht aktuelle Standpunkte in bezug auf die Rahmenbedingungen (z. B. Beginn und Ende einer therapeutischen Beziehung), sowie die Notwendigkeit, die reale Lebenssituation, die Ressourcen der Familie und der unmittelbaren Umgebung des Kindes (Eltern, Schule, Freunde, Gruppen) in die Therapieplanung miteinzubeziehen. Rogers war damit bereits 1939 in vielen Überlegungen seiner Zeit voraus, obwohl er es nicht wagte, dem all zuviel Bedeutung zuzumessen (siehe jene Passage, wo er annimmt, dass der „Relationship Therapy“ wohl niemals soviel Bedeutung zukommen werde, dass eine große Zahl an Klienten damit behandelt werden könnte). Auch später noch drückte er sein Erstaunen darüber aus, welch großen Einfluss er mit seiner Arbeit gewonnen hatte. Doch nahm er nachträglich an, dass er wohl eine Idee zum Leben erweckt hatte, deren Zeit bereits gekommen war (Rogers 1980, 48f).

Die von Rogers gewählte Sprache mutet manchmal etwas unpräzise an, als ob erst nach einer genaueren Bezeichnung gesucht bzw. gefahndet werden müsse. Möglicherweise liegt es daran, dass 1939 viele Begriffe, die heute zu unserem selbstverständlichen therapeutischen Begriffsrepertoire gehören, noch nicht entwickelt waren. Doch die Ausführungen von Rogers erwecken auch den Eindruck, dass es ihm darum ging, Prozesse und Eindrücke aus seiner praktischen Erfahrung zu konkretisieren, und es hat den Anschein, als ob sie erst am „Rande des Gewahrseins“ auftauchen und erstmals in Worte gefasst würden. Dies verleiht diesem Buch eine besondere Bedeutung, denn es kann als publizierte Geburtsstunde des Personenzentrierten Ansatzes angesehen werden.

Rogers setzt sich in dem Buch u. a. kritisch mit der Psychoanalyse und den sogenannten interpretativen Verfahren in der Kindertherapie auseinander. Er bleibt dabei vorsichtig und respektvoll, formuliert jedoch klar seine Bedenken in Anbetracht der starken Bedeutung der psychoanalytischen Theoriebildung, die ihm zuweilen als zu ideologisch erscheint. Er kritisiert, dass oftmals Realitäten außerhalb der emotionalen Welt des Kindes nicht beachtet werden und deshalb Eltern und das Umfeld viel zu wenig in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden. Darüber hinaus findet er Kinderanalysen als zu zeitintensiv und kostspielig.

Erstmals formuliert er hier öffentlich, was seiner Erfahrung nach das Wesentliche in der therapeutischen Arbeit zu sein scheint: Die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut, eine ganz besondere Art der Beziehungsgestaltung, bei der es darum geht, dem Kind maximale Freiheit zur Wahrnehmung seiner selbst und zum eigenen Wachstum zu geben, mit dem Ziel, es dadurch so bald wie möglich in die Lage zu versetzen, seine Probleme selbst lösen zu können und die therapeutische Beziehung nicht mehr zu benötigen. Als ebenso bedeutungsvoll wird die Beziehungsarbeit mit den Eltern von „Problemkindern“ beschrieben.

In dem 1942 erschienenen Buch „Die nicht direktive Beratung“ finden sich viele Gedanken und Ausführungen des hier auszugsweise übersetzten Werkes wieder. 1939 schrieb Rogers: „In diesem

Buch befassen wir uns mit dem Kind selbst, nicht mit seinen Symptomen“ (3). Und 1942 stellt er als wesentliches Kennzeichen der „neuen Psychotherapie“ den Grundsatz dar: „Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem“ (36). 1939 führt Rogers aus: „Die Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil ist das Wesentliche. In dieser Verbindung können Eltern Vertrauen in den Therapeuten entwickeln und die Freiheit erfahren, ihre oft gehemmten Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Der Therapeut erzeugt diese Atmosphäre durch seine Akzeptanz und dadurch, dass er jede Kritik oder jeden Versuch, den Eltern ein Übungsprogramm oder eine Empfehlung mitzugeben, unterlässt. In dieser freien und nicht kritischen Atmosphäre können die Eltern ihre wahren Gefühle ohne Abwehr und Rationalisierungen ausdrücken und so zu einem besseren Selbstverständnis gelangen ... Jede weitere Veränderung wird daraus resultieren, dass die Eltern sich selbst und ihre Grenzen besser akzeptieren können“ (197f).

1942 fasst er zusammen: „Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, in der warme Zugewandtheit und das Fehlen jeden Zwangs oder persönlichen Drucks durch den Berater dem Klienten den maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen ermöglicht. Die Beziehung ist eine wohlstrukturierte Beziehung mit Begrenzungen der Zeit, der Abhängigkeit und der aggressiven Handlung, die besonders für den Klienten gelten, und Begrenzungen der Verantwortlichkeit und der Zuneigung, die der Berater sich selbst auferlegt. In dieser einmaligen Erfahrung vollständiger emotionaler Freiheit, innerhalb eines genau definierten Rahmens hat der Klient die Möglichkeit, seine Impulse und seine Strukturen, die positiven wie die negativen, zu erkennen und zu verstehen, wie in keiner anderen Beziehung“ (107).

Die Betonung, dass es sich bei diesem Ansatz nicht um einen intellektuellen Prozess handelt, der daher auch nur schwer intellektuell erfasst werden kann, sondern gefühlt bzw. erfahren werden muss, um erfasst werden zu können (1939, 197) wird in Rogers' Ausführungen mehr als deutlich. Er selbst bleibt in seinen Darstellungen immer ganz nah an seiner reichen praktischen Erfahrung und seinem damit in Verbindung stehenden Erleben und bietet somit die beste Voraussetzung, seine Therapietheoriebildung nachvollziehbar zu machen.

Die nicht unwesentliche Frage nach den Therapieabsichten bzw. -zielen stellte Rogers mit der Frage nach dem Menschenbild bereits 1939 (353f) in einen philosophischen Kontext. Er zeigt dabei auf, wie schwierig es ist, ein objektives Kriterium für die Definition von „normalem Verhalten“ für Kinder oder Jugendliche zu finden, ohne auf die jeweilige philosophische Haltung des Therapeuten Bezug zu nehmen. Auch 1942 finden sich diese Überlegungen wieder: „Der nicht-direktive Standpunkt legt großen Wert auf das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten. Der direktive Standpunkt legt großen Wert auf soziale Übereinstimmung und das Recht des Fähigeren, den Unfähigeren zu lenken. Diese Standpunkte haben eine ebenso

wichtige Beziehung zur sozialen und politischen Philosophie wie zu den Techniken der Therapie. Als Folge dieser Unterschiede in den Werturteilen stellen wir fest, dass die direktive Gruppe dazu neigt, ihre Bemühungen auf das Problem zu konzentrieren, das der Klient vorlegt. Wenn das Problem auf eine Weise gelöst ist, der der Berater zustimmen kann, und wenn die Symptome beseitigt sind, dann wird die Beratung als erfolgreich betrachtet. Die nicht-direktive Gruppe legt den Nachdruck auf den Klienten und nicht auf das Problem. Wenn der Klient durch die Beratungserfahrung zu genügend Einsicht gelangt, um sein Verhältnis zur realen Situation zu verstehen, dann kann er zur Anpassung an die Realität die Methode wählen, die für ihn den höchsten Wert hat. Er wird darüber hinaus auch eher imstande sein, mit zukünftigen Problemen fertig zu werden.“ (1942, 119f)

Es verwundert, dass Rogers in seinen späteren Werken nur selten explizit auf seine frühen Erfahrungen als Kinder- und Familientherapeut Bezug nimmt.

Doch der Beginn enthält bereits den Entwurf für das Ganze. Alle grundlegenden Kennzeichen und Ansätze, die eine personenzentrierte Therapie- und Persönlichkeitsentwicklungstheorie ausmachen, sind bereits in diesem frühen Werk von Rogers enthalten. Dies verleiht dem Werk seine besondere Bedeutung.

Anmerkungen (Fußnoten im Original)

- (1) Lippmann, H.S. (1934) „Direct Treatment Work with Children“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 376
- (2) Siehe auch: Rosenzweig, S. (1934) „Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 413
Shaffer, L. S. (1936) „The Psychology of Adjustment“. New York, Houghton Mifflin Company, pp. 478–479
- (3) Levy, E. (1934) „Psychoanalytic Treatment of a Child with a Stealing Compulsion“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 22
- (4) Levy, E. (1934) ebd., pp. 17–18, 21–22
- (5) Kessel, L. and Hyman, H. T. (1933) „The Value of Psychoanalysis as a Therapeutic Procedure“. In: Journal of American Medical Association, vol. 101, pp. 1612–1615
- (6) Healy, W. (1935) „Psychoanalysis of Older Offenders“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 5, pp. 27–28
- (7) Alexander, F. and Healy, W. (1935): „Roots of Crime, Psychoanalytic Studies“. New York, Knopf, p. 305
- (8) Taft, J. (1933) „The Dynamics of Therapy“. New York, The Macmillan Company
Allen, F. (1934) „1934 Symposium. Case presented by Dr. Frederick Allen“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, pp. 232–358

- (9) Gould, C. A. (1937) „Case Illustrating the Use of Direct Personal or Psychological Treatment“. In: Visiting Teacher Bulletin, vol. 12, pp. 11–16
- (10) Allen, F. H. (1934) „Therapeutic Work with Children“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 197
- (11) siehe 7, p. 100
- (12) siehe 7, p. 94
- (13) Das ist beispielsweise die Ansicht von Dr. Taft, die schreibt: „Wie ich es sehe, kann sozial erwünschtes Verhalten niemals das Ziel einer analytischen Beziehung sein. Es ist eine viel zu individuelle Angelegenheit und kann nur durch die Bedeutung, die die Person, Kind oder Erwachsener, ihr selbst gibt, ermessens werden. Der Wert liegt nicht im Glück, weder in der Tugend noch in der sozialen Anpassung, sondern im Wachstum und der Entwicklung als eine rein individuelle Norm“ (siehe 7, p. 109).

Literatur

- Allen, Frederick H. (1934), Therapeutic work with children, in: American Journal of Orthopsychiatry 4, 93–202
- Allen, Frederick H. (1942), Psychotherapy with children, New York (Norton)
- Rogers, Carl R. (1939), The clinical treatment of the problem child, Boston (Houghton Mifflin)
- Rogers, Carl R. (1942), Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die nicht-direktive Beratung, München (Kindler) 1972
- Rogers, Carl R. (1980), In retrospect: Forty-six years, in: A way of being, Boston (Houghton Mifflin) 46–69; dt.: Rückblick: sechsundvierzig Jahre, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett) 1980, 35–52

Autorin

Barbara Reisel, 1961, Dr., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin, Universitätsassistentin an der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, Psychotherapieausbilderin der Sektion Forum in der APG; Psychotherapeutische Arbeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen, Familien und Erwachsenen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Barbara Reisel
Mariannengasse 30a/27
1090 Wien
E-Mail: barbara.reisel@univie.ac.at*