

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2017

21. Jahrgang

Themenheft: Kinder, Jugendliche und Eltern: Psychotherapie und Förderung

Herausgegeben von: Michael Behr, Dagmar Nuding & Christine Wakolbinger

FACHBEITRÄGE

- Heidrun Rust, Andrea Hammer:* **Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung: Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Beratung und Therapie mit betroffenen Jugendlichen** 5
- Klaus Fröhlich-Gildhoff, Stephan Jürgens-Jahnert:* **Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen?** 23
- Torsten Ziebertz & Maria Lieb:* **Personzentrierte Familientherapie** 34
- Dorothea Hüsson, Michael Behr:* **Interaktionsresonanz in der Personzentrierten Spielpsychotherapie – Eine Ratingskala** 42

LAUDATIONES

50

ZUR AKTUELLEN SITUATION

- Dagmar Nuding & Birgit Wiesemüller:* **Zur aktuellen Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland** 68
- Christine Wakolbinger:* **Zur aktuellen Situation der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Österreich** 70
- Ruth Hobi:* **Zur aktuellen Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Schweiz** 71

DISKUSSION

- Peter F. Schmid:* **Personzentriert sein – die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit. Anmerkungen zum Aufsatz „Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen für die Zukunft“ von M. Behr, J. Finke und S. Gahleitner in PERSON 1/2016** 72
- Michael Behr, Jobst Finke und Silke Birgitta Gahleitner:* **Personzentriert-Sein gehört in die psycho-sozialen Hilfesysteme und nicht ins Museum. Antworten an Mark Galliker, Margot Klein & Peter Schmid** 76

REZENSIONEN

78

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Prof. Dr. L. Teusch, D-45133 Essen, Freiherr-vom-Stein-Straße 135,
Tel.: +49 201 430 93 25; Fax: +49 201 430 93 24;
E-Mail: ludwig.teusch@uni-due.de

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dipl.-Psych. Doris Müller, D-12161 Berlin, Stubenrauchstraße 61
Tel./Fax: +49 30 89 731 731, E-Mail: mueller.d.a@t-online.de

Forum – Forum Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis

A-1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@forum-personzentriert.at

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IGB – Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart

D-70374 Stuttgart, Wörishoferstraße 54
Tel.: +49 711 58 01 82; Fax: +49 711 58 01 92;
E-Mail: Kontaktformular auf website: www.igb-stuttgart.de

IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG

A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 13
Tel./Fax: +43 70 78 46 30; E-Mail: office@oegwg.at

pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

CH-8005 Zürich, Josefstrasse 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1030 Wien, Schützensgasse 25/5
Tel.: +43 664 165 43 03; E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Michael Behr, Dagmar Nuding, Christine Wakolbinger

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 15,- / SFr 16,60,- zzgl. Versandkosten

Abonnement: € 26,- / SFr 28,80,- zzgl. Versandkosten

Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

Lektorat

Florian Braitenthaller

Redaktion

Christiane Bahr, Matthias Barth, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Wolfgang Keil, Christian Korunka, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Dagmar Nuding, Gerhard Pawlowsky, Aglaja Przyborski, Monika Tucza, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Katrin Draxl, 1090 Wien, Meynertgasse 8/5
Tel: +43 (0) 699 12 05 51 24, E-Mail: katrin.draxl@chello.at

Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardel-Gatteringer, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Jeffrey H. D. Cornelius-White, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehringer, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Jobst Finke, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Susanne Gerckens, Walter Graf, Michael Gutberlet, Regula Haerberli, Mark Helle, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Dorothea Hüsson, Gabriele Isele, Dora Iseli Schudel, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Walter Joller, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Regina Mutschlechner, Sibylle Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner-Bindschedler, Judith Reimitz, Barbara Reisel, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Stefan Schmidtchen, Wolfgang Schulz, Klaus-Peter Seidler, Gert-Walter Speierer, Tobias Steiger, Norbert Stölzl, Gerhard Stumm, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Helena Topaloglou, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Helga Vogl, Robert Waldl, Johannes Wiltschko, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Carola von Zülw, Günther Zurhorst (Stand März 2017)

Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

PERSON

21. Jg. 2017, Heft 1

Themenheft

Kinder, Jugendliche und Eltern: Psychotherapie und Förderung

Herausgegeben von

Michael Behr, Dagmar Nuding, Christine Wakolbinger

Inhalt

Editorial	3
-----------------	---

FACHBEITRÄGE

Heidrun Rust, Andrea Hammer

Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung: Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Beratung und Therapie mit betroffenen Jugendlichen	5
--	---

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Stephan Jürgens-Jahnert

Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen?	23
---	----

Torsten Ziebertz & Maria Lieb

Personzentrierte Familientherapie	34
---	----

Dorothea Hüsson, Michael Behr

Interaktionsresonanz in der Personzentrierten Spielpsychotherapie – Eine Ratingskala	42
--	----

LAUDATIONES

<i>Curd Michael Hockel</i> : Laudatio für einen Wachstumsförderer – Prof. Dr. Dipl.-Psych. Stefan Schmidtchen – Preisträger 2010 des Virginia-Axline-Preises	50
--	----

<i>Sabine Schlippe-Weinberger</i> : Laudatio für Dipl.-Psych. Dr. Beate Ehlers – Preisträgerin 2012 des Virginia Axline Preises	54
---	----

<i>Stefan Brandt</i> : Laudatio für einen groß gewordenen Nachwuchs – Dagmar Nuding – Preisträgerin 2012 des Virginia Axline Nachwuchspreises	56
---	----

<i>Klaus Fröhlich-Gildhoff & Hildegard Steinhauser</i> : Laudatio für Sabine Weinberger im Rahmen der 3. Verleihung des Virginia Axline Preises 2014	57
--	----

<i>Michael Behr</i> : Laudatio für Prof. Dr. Maïke Rönnau-Böse – Preisträgerin 2014 des Virginia Axline Nachwuchspreises	60
<i>Michael Behr</i> : Laudatio für Prof. Dr. Herbert Goetze – Preisträger 2016 des Virginia Axline Preises	61
<i>Else Döring</i> : Laudatio für Curd Michael Hockel – Virginia Axline Preisträger 2016	63
<i>Ruth Bourgogne</i> : Laudatio für Silvan Holzer – Preisträger Virginia Axline Nachwuchspreis 2016	66

ZUR AKTUELLEN SITUATION

<i>Dagmar Nuding & Birgit Wiesemüller</i> Zur aktuellen Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland	68
<i>Christine Wakolbinger</i> Zur aktuellen Situation der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Österreich	70
<i>Ruth Hobi</i> Zur aktuellen Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Schweiz	70

DISKUSSION

<i>Peter F. Schmid</i> Personzentriert sein – die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit. Anmerkungen zum Aufsatz „Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen für die Zukunft“ von M. Behr, J. Finke und S. Gahleitner in PERSON 1/2016	72
<i>Michael Behr, Jobst Finke und Silke Birgitta Gahleitner</i> Personzentriert-Sein gehört in die psycho-sozialen Hilfesysteme und nicht ins Museum. Antworten an Mark Galliker, Margot Klein & Peter Schmid	76

REZENSIONEN

<i>Marieluise Brückl</i> Gernot Aich & Michael Behr: Gesprächsführung mit Eltern	78
<i>Monika Tuczai</i> Gillian Proctor: Values and Ethics in Counselling and Psychotherapy	79
Veranstaltungskalender 2017	82

Editorial

Hier liegt nun das fünfte PERSON Themenheft vor, das sich mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien befasst, nach den Heften aus 2006, 2010 und zweimal in 2012. Wir sind dankbar, dass Redaktion und Lesende diesem Feld so viel Raum geben, und haben uns bemüht, ein *für alle* interessantes Ensemble von Texten zu schaffen – eines dass sowohl an das Thema heranführen kann als auch die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugssystemen über Fachtexte hinaus transparent macht.

Insider-Einblicke: Der „Verband Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen VPKJ“, ein verbändeübergreifender Zusammenschluss der deutschsprachigen Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie lobt seit 2010 den Virginia Axline Preis und seit 2012 zudem den Virginia Axline Nachwuchspreis aus. In diesem Heft stellen wir Ihnen alle bisherigen Geehrten und ihre Laudationes vor. Drei Texte beleuchten anschließend die aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Vier Fachtexte: Störungsspezifische Handlungsleitlinien stehen im Personzentrierten Denken immer in einem Spannungsverhältnis zu der Idee, die Person insgesamt und weniger die Manifestationen ihres Leidens zu sehen. Der o. g. Fachverband stellt sich dieser Herausforderung seit vielen Jahren. Bereits fünf Handlungsleitlinien konnten in den vergangenen Jahren erstellt werden: für Angst, Depression, Störung des Sozialverhaltens, Traumafolgestörungen und Hyperkinetische Störungen; alle entsprechen der Personzentrierten Vorgangsweise, indem sie sich neben der Vermittlung von vielem praktischen Wissen auch der größten konzeptionellen Aufgabe stellen: etwas, das allgemein als „Störung“ gesehen wird und eine „Diagnose“ erhält, auf der Ebene einer spezifischen Inkongruenzkonstellation zu beschreiben. Dieses Heft bietet nun die sechste Handlungsleitlinie, nämlich zu Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bei Jugendlichen von Heidrun Rust und Andrea Hammer. Wir sehen in dieser Fortsetzung des Handlungsleitlinienprojektes einen weiteren Meilenstein der Entwicklung unseres Ansatzes.

Zwei weitere Arbeiten schlagen Brücken zu benachbartem Denken: Klaus Fröhlich-Gildhoff und Stefan Jürgens-Jahnert erhellen, wie das Konzept des ‚Mentalisierens‘, wurzelnd in analytischem Denken, sich mit Personzentriertem überschneidet und beide Konzepte einander befruchten können. Torsten Ziebertz und Maria Lieb entwerfen eine personzentrierte Familientherapie. Sie reflektieren dabei systemische Fragetechniken und Personzentrierte, spezifisch familienbezogene Verstehensweisen und Interventionen. Beide Texte regen über die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hinaus an, kreativ Querverbindungen zu denken und daraus Bereicherungen zu suchen. Dorothea Hüsson und Michael Behr führen das Konzept der Interaktionsresonanz in der Spieltherapie weiter. Ihre Rating-skala mit vielen Ankerbeispielen machen das interaktionelle Vorgehen in der Spieltherapie transparent, besser lehr- und lernbar und für Forschungszwecke messbar.

Zur Diskussion um Herausforderungen an Personzentriertes Arbeiten: Gibt es sie und wenn ja welche? Vor einem Jahr löste ein Artikel im Jubiläumsheft eine rege Diskussion aus, und sie geht weiter: Peter Schmid sowie Mark Galliker und Margot Klein argumentieren und erhalten Antworten von Michael Behr, Jobst Finke und Silke Gahleitner. Die Redaktion der PERSON freut sich, wenn diese Diskussionen sich weiter entfalten: Beiträge sind willkommen.

Aus der Redaktion: Nach dem Abschied von Jobst Finke nimmt Hans-Jürgen Luderer nun seinen Platz als ÄGG-Vertreter ein. Jana Lammers ist aktuell die neue Vertreterin der DPGG. Herzlich willkommen!

Wir laden ein, zu den nächsten Heften mit Artikeln beizutragen: Folgende Hefte sind geplant: ein Heft (2/2017) mit dem Schwerpunkt Focusing, ein Heft (1/2018) zum Dialogischen Selbst, ein teiloffenes Heft (2/2018) mit Schwerpunkt Migration, ein offenes Heft (1/2019), ein Heft mit Schwerpunkt Trauma und Trauer (2/2019) und ein Heft mit dem Schwerpunkt Forschung (1/2020).

Michael Behr, Dagmar Nuding und Christine Wakolbinger

Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung: Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Beratung und Therapie mit betroffenen Jugendlichen

Heidrun Rust

Institut für Gesprächspsychotherapie
und Beratung
Stuttgart, Deutschland

Andrea Hammer

Vereinigung Rogerianische
Psychotherapie
Wien, Österreich

Jugendliche mit Borderline-typischen Symptomen sind in ihrer Entwicklung hochgradig gefährdet und benötigen rechtzeitige therapeutische Hilfe. Gleichzeitig stellt die therapeutische Beziehungsgestaltung eine besondere Herausforderung dar. Der hier vorgestellte Ansatz trägt besonders der Bedürfnislage junger Borderline-Betroffener Rechnung, bei denen weder eine tragfähige Therapiemotivation noch Vertrauen in das therapeutische Angebot vorausgesetzt werden kann. Es wird ein Therapiekonzept auf Grundlage des Personzentrierten Ansatzes unter Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Entwicklungspsychologie, Psychopathologie und Therapie sowie eigener Praxiserfahrungen vorgestellt. Ziel des Personzentrierten Vorgehens ist die Persönlichkeitsnachreifung durch korrigierende Beziehungserfahrungen. Insbesondere das Vorgehen gemäß der interaktionellen Therapie, einer Weiterentwicklung der Personzentrierten Therapie für Kinder und Jugendliche, ermöglicht angstfreies Erforschen von Erlebnis- und Sichtweisen und Erproben neuer Möglichkeiten. Auf der Grundlage des Personzentrierten, störungsspezifischen Verständnisses der Borderline-Problematik werden Handlungsleitlinien für die Diagnostik, Beratung und Therapie der betroffenen Jugendlichen sowie ihrer erwachsenen Bezugspersonen vorgestellt.

Schlüsselwörter: Borderline-Problematik im Jugendalter, therapeutische Beziehung, Personzentrierter Ansatz, interaktionelle Therapie, Handlungsleitlinien

Borderline Disorders-Therapeutic Guidelines for Person-centered Psychotherapy with Adolescents. Adolescents with Borderline-symptoms are at high risk and require therapeutic support. At the same time the therapeutic relationship poses a unique challenge. The approach introduced in this article focuses on the needs of young Borderline-clients in particular, for whom neither a reliable therapy motivation nor trust in the offered therapy can be expected. A concept derived from the person-centered approach is described, based on current scientific results on developmental psychology, psychopathology and therapy as well as practical experience. The aim of person-centered therapy is to assist a person in the maturing of his personality through rectifying experiences in the relationship. For adolescent clients the interactional approach, a new development in person-centered therapy with children and adolescents in particular, facilitates a fear-free exploration of cognitive and emotional perceptions and the testing of different options. Guidelines for diagnostics, counseling and therapy of adolescents and their support system are introduced based on the person-centered, disorder-specific understanding of the Borderline disorder.

Keywords: Borderline disorder in adolescence, therapeutic relationship, person-centered approach, interactional therapy, guidelines

Heidrun Rust, geb. 1957, Diplom – Psychologin, Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GWG), tätig in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Christophsbad Göppingen, Dozentin und Ausbilderin für Kinder- und Jugendlichentherapie am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung (IGB)

Andrea Hammer, Dr. phil, geb. 1956, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Personenzentrierte Psychotherapie,

Katathym-Imaginative Psychotherapie), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, langjährige Tätigkeit im Blindeninstitut in Wien. Ausbildungsleiterin der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP)

Korrespondenzadresse:

Heidrun Rust, Christophsbad Göppingen, KJPP1, Faurndauerstr. 6–28, 73035 Göppingen, Mail: heidrun.rust@christophsbad.de

Borderline-Klienten¹ gelten als schwierig zu behandelnde Patienten mit einem Bündel von Problemen. Die Leiderfahrung der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds sind hoch, ebenso auch die Kosten für das Gesundheitssystem. Nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand (z. B. in Bohus & Lieb, 2016) sind bei den Betroffenen oft schon im Kindesalter typische Auffälligkeiten sichtbar. Zumeist ab dem frühen Jugendalter zeigt sich die Symptomatik deutlich als Persönlichkeitsentwicklungsstörung, erreicht um Mitte Zwanzig den Höhepunkt und bildet sich allmählich zurück. Trotz Remission der Symptomatik wird eine befriedigende soziale Integration dennoch häufig nicht erreicht. Diagnostik und störungsspezifische Therapie werden in den gängigen Therapierichtlinien (ebenda) ab dem Alter von 15 Jahren empfohlen.

Rogers hat zwar im Rahmen des Wisconsin-Projekts therapeutisch mit Psychotikern gearbeitet (Rogers et al., 1967), es gibt jedoch keine Aussagen über Therapien mit Borderline-Klienten. Dies ist wohl darin begründet, dass diese Diagnose damals noch nicht gestellt wurde bzw. in diesem Ausmaß nicht vorkam. Es gibt von personenzentrierten Autoren kaum störungsspezifische Ansätze zur Arbeit mit Jugendlichen, die von einer Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung betroffen sind. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan verbindet kognitiv-verhaltenstheoretische und humanistische Therapieansätze mit Elementen des Zen-Buddhismus und wurde für Jugendliche als DBT-A weiterentwickelt (Miller et al., 1999, dt. Übersetzung Böhme et al., 2001; Fleischhaker & Schulz, 2010). Sie fokussiert in einem modularen und gestuften Vorgehen zunächst auf den Erwerb von Verhaltenskontrolle und Emotionsregulation, im Weiteren auf die Verbesserung sozialer Kompetenzen und Umgang mit traumaassoziierten Erfahrungen. Die Mentalisierungsbasierte Therapie MBT zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Bateman & Fonagy, 2006; Bolm, 2009, Taubner, 2015) legt den Fokus der Behandlung auf die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit im Rahmen und durch die therapeutische Beziehung. Insbesondere gilt das Augenmerk der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit, d. h. der Fähigkeit, das eigene emotionale Erleben sowie das des Gegenübers angemessen zu erfassen, Erlebnishintergründe und Absichten zu erkennen und beides miteinander abzustimmen. MBT-A wurde aktuell von Taubner & Volkert (2017) vorgestellt. Die Transference Focussed Psychotherapy (TFP) nach Kernberg, stellt einen tiefenpsychologischen Ansatz zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderlinestörung dar und wurde als TFP-A für Jugendliche weiter entwickelt (Foelsch et al., 2008): Es wird vom Vorliegen einer Identitätsdiffusion ausgegangen, welche die

Weiterentwicklung der Persönlichkeit blockiert. Ziel ist die Integration des Selbstkonzepts und des Konzepts vom Gegenüber in Bezug auf sich selbst. Ebenso soll die Integration von früher dissoziierten Gefühlszuständen erreicht werden, damit Gefühle und Bedürfnisse angemessener erfahren und ausgedrückt werden können. Inzwischen wurde dieser Ansatz um systemische und verhaltenstherapeutische Ansätze AIT erweitert (Foelsch et al., 2013). Die Schematherapie nach Young stellt ebenfalls eine neuere Entwicklung zur Behandlung komplexer psychischer Störungen dar und wird auch bei Borderline Persönlichkeitsstörungen angewandt (z. B. Arntz & Van Genderen, 2010; Roediger, 2011). Sie setzt an den dysfunktionalen und automatisierten kognitiv-emotionalen Schemata an und versucht, diese im Rahmen der therapeutischen Beziehung bewusst zu machen und zu modifizieren. Sie ist bisher auf die Behandlung Erwachsener ausgerichtet. Der Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird besondere Bedeutung beigemessen. „Unabdingbar ist (...) die Entwicklung einer ausreichend sicheren und verlässlichen Beziehung, die sich von traumatisierenden, überwältigenden Erfahrungen der Vergangenheit abhebt“ (Streeck-Fischer & Freyberger, 2011, S. 267). Die von Rogers entwickelten Grundsätze für die therapeutische Beziehungsgestaltung werden dabei in allen genannten Therapieansätzen implizit aufgegriffen, aber selten explizit genannt oder zitiert.

Personenzentrierte Therapeuten arbeiten ebenfalls mit Borderline-Betroffenen und akzentuieren das Standardvorgehen entsprechend. Wie z. B. Eckert (2014) ausführt, benötigen besonders diese Klienten das Erleben von Akzeptanz und Bestätigung, gleichzeitig aber auch strukturierende und stützende Interventionen. Außerdem kommt dem Prinzip der Authentizität große Bedeutung zu. Therapeuten sollten bereit sein, sich auch beziehungsklärend selbst einzubringen und zu konfrontieren. Je jünger die Klienten/Patienten sind, desto wichtiger ist es, nicht nur auf verbaler Ebene in Dialog zu treten, sondern gemeinsames Erleben durch spielerisches Explorieren und Interagieren zu schaffen. Die Konzepte der interaktionellen Therapie mit Kindern und Jugendlichen (Behr, 2012) sind besonders geeignet, um sich spielerisch in einem angstfreien Kontext zu begegnen und korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Es erscheint sinnvoll, die vorhandenen Therapiekonzepte für Kinder und Jugendliche um eine Personenzentrierte Betrachtungsweise zu ergänzen und in Form einer Handlungsleitlinie diagnostisches und therapeutisches Vorgehen darzustellen. Das Vorgehen sollte in einer Vielzahl von Beratungs- und Therapie-settings und vor allem im Rahmen von Einzelkontakten einsetzbar sein.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir für Personen die Gattungsbezeichnung.

1. Erscheinungsbild

Das äußere Bild der Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung kann zunächst als schwere Form einer jugendlichen Reifungskrise erscheinen. Tatsächlich zeigt sich die beschriebene Symptomatik jedoch als ein tiefgreifendes Muster von Instabilität, das sich in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten zeigt. Außerdem ist eine deutliche Impulsivität kennzeichnend (z. B. Streeck-Fischer & Freyberger, 2011, Falkai & Wittchen, 2014). Charakteristisch ist die emotionale Labilität mit rasch wechselnden, extremen Stimmungslagen und mangelnder Impulskontrolle. Selbst- und Fremdwahrnehmung sind verzerrt. Es kann zu zeitweiligem Verlust des Realitätsbezugs und psychosenahen und dissoziativen Zuständen kommen. Zumeist besteht ein intensives Bedürfnis nach engen Beziehungen bei gleichzeitiger Unfähigkeit, diese aufrechtzuerhalten bzw. zu ertragen. Selbstschädigendes Verhalten in Form von exzessivem Suchtmittelkonsum, Selbstverletzungen (Ritzen, Brennen), Essstörungen (Binge-Eating, Bulimie), riskanten sexuellen Praktiken und Suiziddrohungen und -handlungen sind bei diesen Jugendlichen häufig. Sie werden vor allem als Mittel zur Bewältigung unerträglicher innerer Anspannung oder Unterbrechung von dissoziativen Zuständen eingesetzt. Häufig berichten die betroffenen Jugendlichen von erlittenen Misshandlungen und erlebter Vernachlässigung. Sie sind jedoch auch selbst im Rahmen explosiver Stimmungen zu Wut- und Gewaltausbrüchen in der Lage und werden von Menschen aus ihrem Umfeld, mit denen sie eine engere Beziehung eingehen, oft als quälend empfunden. Die betroffenen Jugendlichen sind in ihrer weiteren Entwicklung in hohem Maße gefährdet und stellen ihre soziale Umwelt vor beträchtliche Herausforderungen. Sie betrachten sich selbst jedoch weniger als „krank“ oder „unnormal“, sondern als leidend an ihren Daseinsbedingungen. Entsprechend geschieht Kontaktaufnahme zu psychosozialen Hilfsangeboten eher aus akuten Notlagen heraus und meist auf äußeren Druck.

2. Diagnose und Differenzialdiagnose

2.1 Leitsymptome und Epidemiologie

Zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung müssen folgende diagnostische Kriterien erfüllt sein, (Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, Remschmidt et al., S. 249–250):

- „1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungsmuster und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt

deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ab. Diese Abweichung äußert sich in mehreren Bereichen: Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und/oder Beziehungsgestaltung.

2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder unzweckmäßig ist.
3. Es bestehen persönlicher Leidensdruck oder nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt.
4. Die Abweichung ist stabil und hat im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen.
5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung erklärt werden.
6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache ausgeschlossen werden.“

Die Diagnosestellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (F30.31) verlangt, dass von den folgenden Eigenschaften mindestens drei vorliegen (zitiert nach Remschmidt et al., 2012, S. 253):

- „1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. Unbeständige und unberechenbare Stimmung.“

Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Charakteristika festgestellt werden müssen für die Diagnose „Borderline-Typus“ vorliegen:

- „1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. Wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. Anhaltende Gefühle von Leere“ (ebenda).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wird hier nicht vor dem 16.–17. Lebensjahr empfohlen. Die aktuellsten Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2009) sehen jedoch eine solche Diagnosestellung ab dem Abschluss des 14. Lebensjahres für sinnvoll und

möglich an, wenn sich die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge durchgängig seit der Kindheit oder frühen Adoleszenz zeigen. Spiel und Spiel (1987) führten den Begriff „Persönlichkeitsentwicklungsstörung“ in die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein. Im vorliegenden Artikel wird dieser Begriff übernommen, der auch dem Entwicklungsaspekt gerade bei den jungen Menschen Rechnung trägt.

2.2 Diagnostische Abgrenzung und Komorbiditäten

Emotionale Störungen, Suchterkrankungen, Essstörungen sind häufige Komorbiditäten der Borderlinestörung. Besonders häufig sind depressive Erkrankungen und Angststörungen. In einer Langzeit-Follow-up-Studie von Zanarini et al. (2003) über 6 Jahre berichteten 96 % der befragten erwachsenen Borderlinepatienten auch an depressive Erkrankungen und 88,5 % an Angsterkrankungen, vor allem an sozialen Phobien und PTBS zu leiden oder gelitten zu haben, 64 % gaben Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit an, 53 % Essstörungen. Als stärkster Prädiktor für eine schlechte Remission der Borderlineproblematik erwies sich das Vorliegen eines zusätzlichen Substanzmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeit. Zwischen ADHS und Borderline gibt es sowohl Überschneidungen in der klinischen Symptomatik als auch häufige Komorbidität. Retrospektive Befragungen erwachsener Borderline-Patienten ergaben, dass sich 59,9 % (Fossati et al., 2002) bzw. 41,5 % (Philipsen et al., 2008) an ADHS-typische Probleme in der Kindheit und Jugend erinnern. Beide Syndrome haben offenbar gemeinsame anlagebedingte Wurzeln. In einer aktuellen Zwillingsstudie fanden Distel et al. (2011) eine hohe Korrelation zwischen Borderline-Persönlichkeitszügen und ADHS ($r = 0,59$). Diese ließ sich zu 49 % aus genetischen und zu 51 % aus Umweltfaktoren erklären. Es gibt Hinweise, dass Kinder mit ADHS ein erhöhtes Risiko haben, durch traumatisierende Einflüsse eine Borderline-Störung zu entwickeln (Philipsen et al., 2008). Borderline-Betroffene haben erhebliche Probleme im Sozialen, unterscheiden sich jedoch von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens. Störungen des Sozialverhaltens sind durch erworbene antisoziale Strategien charakterisiert, durch welche die betroffenen Kinder und Jugendlichen versuchen, ihre Situation zu kontrollieren und ihren Selbstwert zu stabilisieren (z. B. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012). Die Einflussnahme von Borderline-Betroffenen auf ihre soziale Umwelt ist jedoch kaum strategisch, kalt und berechnend, sondern vor allem emotional und chaotisch. Die Stimmungswechsel bei einer bipolaren Erkrankung unterscheiden sich von den Stimmungswechseln Borderline-Betroffener durch ihren phasischen Verlauf. Bei Borderline-Betroffenen ist der Zusammenhang mit Beziehungsbedürfnissen und Beziehungsängsten deutlich erkennbar.

2.3 Diagnostisches Vorgehen

Am Anfang steht das ausführliche Gespräch über die Situation des jungen Menschen, seine persönliche Sicht auf die Problemlage, seine Hoffnungen und Erwartungen. Bedeutsam zur Abklärung einer Borderline-Problematik sind Informationen über die Häufigkeit krisenhafter Situationen, von Beziehungsabbrüchen und inkonsistenter Lebensplanung. Ebenso wichtig sind Berichte über das Erleben extremer Stimmungsschwankungen, heftiger Wutausbrüche, sowie schnell hochfahrender Anspannung, die sich nur langsam zurückbildet. Auch dissoziative Zustände sind zu erfragen. Auf jeden Fall ist bereits im Erstkontakt die genaue Abklärung von Risikoverhalten, insbesondere Suizidalität, Suchtmittelkonsum und anderen Gesundheitsgefährdungen notwendig. Diese Thematik sollte auch bei weiteren Kontakten immer wieder offen angesprochen werden. Ergänzend werden sozialanamnestische und biografische Daten erfragt. Dazu gehört unbedingt auch die Erfassung des bereits beteiligten Helfersystems. Wichtig ist der Blick auf die Ressourcen. Die Borderline-Störung manifestiert sich im Bereich der Beziehungsgestaltung, während gute Fähigkeiten auf anderen Gebieten (intellektuelle, kreative, handwerkliche, sportliche) oft durchaus vorhanden sind. Ziel der Diagnostik ist zum einen die Gewinnung möglichst reliabler Daten. Zum anderen ist der diagnostische Prozess selbst Teil des Beziehungsaufbaus bzw. vonseiten der Betroffenen eine Beziehungstestsituation. Verwiesen werden soll an dieser Stelle auf Konzepte der psychosozialen Diagnostik, die eine ganzheitliche Sicht auf die „Person im Kontext“ erlaubt (Gahleitner et al., 2012). Jugendliche sollten die Möglichkeit haben, allein oder im Beisein selbstgewählter Begleiter zu sprechen. Ihr Bedürfnis nach eher expressionistischer Darstellung muss berücksichtigt werden, ebenso auch Abneigungen gegen bestimmte Themen, möglicherweise aufgrund traumatischer Einflüsse. Ein zu frühes Drängen auf Detailgenauigkeit und Vollständigkeit ist hier beziehungs-schädlich. Auch das Einholen fremdanamnestischer Angaben durch Beteiligung von Eltern, Lehrern, Jugendämtern und anderen sollte in Absprache mit den Jugendlichen geschehen, um das Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden.

Als standardisierte Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung können übliche Screeningverfahren wie CBCL 6–18R, TRF/6–18R und YSR/6–18R (Döpfner et al., 2014) eingesetzt werden, um Ausmaß und Vielfalt der psychischen Störungen zu erfassen. Stark auffällige Profile mit Angaben zusätzlicher Probleme wie Selbstverletzung, Essstörungen und Unsicherheit bezüglich der sexuellen Orientierung können Hinweise auf eine Borderline-Problematik sein. Spezifische Instrumente zur Diagnose der Borderline-Störung gibt es für den Kinder- und Jugendbereich nicht. Eventuell können für

Jugendliche Instrumentarien aus dem Erwachsenenbereich hinzugezogen werden, wie SKID II (Wittchen et al., 1997). Salbach-Andrae und Kollegen (2015) fanden, dass sich das Muster der Borderline-Problematik auch bei jugendlichen Befragten hierin recht gut abbildet. Je nach Problemlage kommen auch störungsspezifische Testverfahren zu Sucht, Essstörungen, Schlafstörungen, PTBS und Depression in Betracht. Hinweisen auf intellektuelle Einschränkungen sollte durch entsprechende Testverfahren nachgegangen werden, um Fehldiagnosen auszuschließen. Ebenso sollten auch Teilleistungsstörungen abgeklärt werden. Sonst steht eine Leistungsdiagnostik hier nicht im Vordergrund.

Personzentrierte Diagnostik beinhaltet insbesondere die Erfassung von Selbstkonzept und Selbststruktur, wobei das Selbstkonzept die Sichtweise meint, die eine Person von sich selbst hat. Unter Selbststruktur versteht man die Beschreibung der inneren Organisation von einem äußeren Blickpunkt. Insbesondere Kongruenz bzw. Inkongruenzen sind von Bedeutung, ebenso Symbolisierungslücken. Es geht darum festzustellen, wo eigene und fremde Gefühlszustände nachvollziehbar benannt werden und welche Erfahrungsbereiche nicht repräsentiert sind. Parallel ist die aktuell erlebbare Beziehungsgestaltung von Bedeutung. In der Regel wird ausgeprägtes Leiden an der Welt beschrieben. Schilderungen emotionaler Zustände werden in drastischen Worten gegeben, jedoch ergeht keine Einladung zu einem gemeinsamen Betrachten oder Erforschen. Persönlichkeit und Anliegen erscheinen inkonsistent und schwer zu erfassen. Korrespondierend erlebt sich der Therapeut selbst kaum als Person mit Eigenschaften angesprochen, sondern wird von einer ausgeprägten emotionalen Bedürftigkeit unkritisch „verschlungen“ und idealisiert. Die Brüchigkeit des Selbstkonzepts bzw. der Selbststruktur und die Unsicherheit des Beziehungsaufbaus sind oft bereits im Erstkontakt spürbar und erkennbar.

Psychosoziale Konzepte der Diagnostik versuchen darüber hinaus nicht nur die Person an sich, sondern auch ihr soziales Umfeld miteinzubeziehen und ermöglichen so menschliches Erleben und Verhalten aus der jeweiligen Biografie und Lebenswelt heraus zu erkennen und zu verstehen (Gahleitner et al., 2012).

3. Personzentrierte(s) Störungsverständnis/Genese

3.1 Entwicklungspsychologie und Entwicklung der Persönlichkeit

Als Ursachen für eine schwierige und unvollständig verlaufende Persönlichkeitsentwicklung müssen biologische, intrapsychische und soziale Faktoren in Betracht gezogen werden

(vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2013). Konstitutionelle (biologische) Voraussetzungen bestimmen schon von Beginn an die Art, in der das Kind in Dialog mit seiner Umwelt tritt. Im Dialog wiederum, insbesondere mit den ersten Bindungspersonen, bildet sich das Selbst- und Weltvertrauen. Das Gelingen dieses Dialogs wird sowohl vom Verhalten der Bindungspersonen als auch von den Verarbeitungsmöglichkeiten durch das Kind bestimmt. Die Entwicklung einer Borderline-Symptomatik wird aus dem komplexen Zusammenwirken des anlagebedingten Temperaments mit schwierigen Kindheitserfahrungen und diskreten neurologischen und biochemischen Dysfunktionen erklärt (siehe z. B. Streeck-Fischer & Freyberger, 2011).

3.1.1 Körperliche Ebene

Die körperliche Grundlage der Borderline-typischen Schwierigkeiten liegt offenbar im gestörten Zusammenwirken frontolimbischer Netzwerke, die bei der Affektregulation eine entscheidende Rolle spielen (Hughes et al., 2012). In aktuellen Zwillingsstudien (Distel et al., 2008; Distel et al., 2011) wurde der Einfluss genetischer Faktoren bei 42 % – 45 % gefunden. Prä- und perinatale Einflüsse bestimmen außerdem die neurobiologische Vulnerabilität mit. Dabei gibt es immer eine Interaktion zwischen sozialen und biologischen Faktoren. Stressbelastungen der Mütter wirken z. B. auf das ungeborene Kind und verändern neurobiologische Strukturen, die für die Affektregulation zuständig sind (z. B. Becker et al., 2007; Bergmann et al., 2007).

3.1.2 Soziale Ebene

Der zweite große Einflussfaktor in der Entwicklung einer Borderline-Symptomatik wird in ungünstigen Beziehungserfahrungen in der Kindheit gesehen. Da der Personzentrierte Therapieansatz vor allem die Nachreifung der Persönlichkeit ermöglichen will, wird hier zunächst das zugrundeliegende Konzept der Persönlichkeitsentwicklung dargestellt.

3.1.2.1 Bindungs- und Persönlichkeitsentwicklung

Rogers' Theorie über die Entwicklung der Persönlichkeit (Rogers, 1973/1989) wird heute durch die empirische Säuglingsforschung (Stern, 1985, dt. 1992, 2000; Dornes, 2004) bestätigt. Die Entwicklung der Persönlichkeit geschieht von Anfang an in und durch Beziehung. Der angeborene Drang des Kindes nach Entfaltung wurde von Rogers *Aktualisierungstendenz* genannt. Die primären Empfindungen (*organismische Erfahrungen*), die das Kind durch sein Lebendig-Sein hat, werden unter Einsatz des ganzen körperlichen, mimischen und vokalen Repertoires vom Kind ausgedrückt und von seinen primären Bezugspersonen aufgenommen und beantwortet. Das Kind erhält auf seine Äußerungen *Resonanz*. Als förderlich für eine gesunde

Entwicklung wird ein *feinfühliges* Eingehen auf die kindlichen Signale angesehen. Dabei sind sowohl Zeitnähe als auch der erkennbare Bezug zur Qualität der kindlichen Lebensäußerungen wichtig, wie durch die Bindungsforschung belegt ist (Ainsworth et al., 1974). Durch ihr Mit-Freuen und Mit-Leiden signalisieren die Bezugspersonen Verstehen (*Empathie*) und Anerkennung (*Wertschätzung*). Das Erleben des Kindes wird durch diese Resonanz bestätigt und wird als Erfahrung *symbolisiert*. Wichtig ist dabei, dass die Bezugspersonen gleichzeitig in Übereinstimmung mit ihrem eigenen Erleben (*authentisch, kongruent*) reagieren (Biermann-Ratjen, 2006). So werden sie einem schmerzlich weinenden Kind neben Verständnis und Mitgefühl für seine Lage auch ihre Ruhe und Zuversicht vermitteln, die sie als Erwachsene aufgrund ihrer reiferen Lebenserfahrung und ihrer Handlungsmöglichkeiten haben.

Stern (1985, dt. 1992, 2000) beschreibt den Prozess der Selbstentwicklung ausdrücklich als Ergebnis der Interaktionserfahrungen, beginnend mit dem Empfinden eines auftauchenden Selbst aufgrund des ersten Erlebens von Zusammengehörigkeit verschiedener Wahrnehmungsinhalte und einer ersten Subjekt-Objekt-Differenzierung. Ab dem Alter von drei Monaten beginnt der Säugling dieses Selbst-Empfinden durch zunehmend intentionalere Kontaktsuche (soziales Lächeln, Halten von Blickkontakt, Lautäußerungen und Bewegungen) zu konsolidieren. Durch die Interaktionserfahrung mit einem feinfühligem, resonanten und gleichzeitig als andere Person erlebbaren Gegenüber wird sich das Kind seiner selbst als beständige Ganzheit gewahr (Stern, 1985, dt. 1992, 2000).

Das Kind entwickelt im Dialog kognitives und affektives Wissen über die eigene Person und die Welt. Gefühle werden durch immer feineres Verstehen dessen, was geschieht, für das Kind zum Anlass, die eigenen Reaktionen flexibler und angepasster zu steuern.

3.1.2.2 Bindungsstörungen, Bindungstraumata und Selbststrukturstörung

Interpersonelle traumatische Erfahrungen werden von Borderline-Betroffenen häufig berichtet. In einer Studie von Zanarini (2000) hatten 70 % der Befragten sexuelle Gewalt, 60 % körperliche Gewalt und 40 % Vernachlässigung erfahren. Es ist anzunehmen, dass die schweren, psychostrukturellen Störungen bei Borderline-Betroffenen nicht allein durch traumatische Einzelereignisse entstehen. Vielmehr wirken gewaltsame Übergriffe besonders im Zusammenhang mit einem allgemein vernachlässigenden, invalidierenden Erziehungsklima psychostrukturell zerstörend. Unkontrollierbarem Stress ausgesetzt zu sein, ohne dass regulierende Hilfe geboten wird, löst unerträgliche Spannungen aus. Anhaltender Stress führt wiederum zu einem erhöhten Cortisolspiegel im Blut, wodurch die Entwicklung neuronaler Strukturen im präfrontalen Cortex

gehemmt wird, jenem Teil des Gehirns, der für die Hemmung überschießender Impulse und für besonnenes, geplantes Handeln zuständig ist (z. B. Hüther, 2005). Soziale und biologische Faktoren greifen unmittelbar ineinander.

Dauerhaft unangemessene Reaktionen der frühen Bezugspersonen auf die kindlichen Signale stören den Prozess der Selbstentwicklung grundlegend. Indem seine Gefühlsäußerungen missachtet werden, wird dem Kind die Möglichkeit genommen, diese kennen und regulieren zu lernen. Sowohl Unterstimulierung (mangelnde Resonanz) als auch Überstimulierung (Überwältigen des Kindes durch Emotionen und Bedürfnisse der Bezugsperson) bewirken beim Kind Verwirrung hinsichtlich der Unterscheidung zwischen eigenem und fremdem Erleben. Hufnagel und Fröhlich-Gildhoff (2002) bringen eine gestörte Entwicklung des Kernselbst (Entwicklungsphase von 3 bis 7/9 Monaten) mit der Borderline-typischen Persönlichkeitsstruktur in Verbindung. Sie sprechen vom „Aufbau generalisierter Erwartung, dass eigene Handlungsimpulse oder eigene Affektsteuerungs-Versuche unwirksam werden“ und von „Konfusion hinsichtlich der Unterscheidbarkeit eigener und fremder Handlungs-, Impuls- bzw. Affektanteile“ (ebd., S. 61). Erfahrungen werden unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert, dass das Kind von einer anderen Person empathisch verstanden, bedingungslos positiv anerkannt wird und dass die Person dabei kongruent ist (Biermann-Ratjen, 2006). Organismische Erfahrungen, die in der frühen Entwicklung nicht ausreichend empathisch rückgekoppelt werden, können nicht zu eigen gemacht werden. Sie sind auch später der Gewahrwerdung unzugänglich, im Selbsterleben nicht repräsentiert. Brandt und Heinerth (2006) benutzen hier das Konzept der „versperrten Symbolisierung“. Die später erlebbare emotionale Instabilität resultiert aus dem Wechsel zwischen elaborierten Bereichen des Selbsterlebens und unvollständig symbolisierten Erfahrungsräumen.

Das Konzept der Mentalisierung von Fonagy (z. B. in Bateman & Fonagy, 2006) kann den personenzentrierten Ansatz hier ergänzen. Mentalisierung meint die Fähigkeit, sich und andere zu verstehen durch das Erschließen ihrer mentalen Zustände, die hinter dem offenbaren Verhalten liegen und es bedingen. Mentalisierungsfähigkeit beruht auf Empathiefähigkeit, der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel bzw. zur Selbstreflexivität und der Fähigkeit zur kognitiven Perspektivenübernahme („Theory of Mind“). Sie entwickelt sich durch die Interaktionserfahrungen, die das Kind im Lauf seiner frühen Lebensjahre im Rahmen einer sicheren Bindungssituation macht. Etwa ab dem Alter von fünf Jahren kann ein Kind verschiedene Perspektiven einnehmen und beginnt immer besser zu verstehen, dass Menschen unterschiedlich fühlen und denken. Bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitszügen ist diese Entwicklung als Folge ungünstiger früher Bindungserfahrungen

gestört. Sie greifen auf Vorstufen des Mentalisierens zurück. Die früheste Form, der teleologische Modus, setzt erlebte Wirkung und Absicht des Handelnden gleich. Im Äquivalenzmodus wird das eigene Erleben als einzige gültige Realität empfunden. Im Als-ob-Modus sind Innen- und Außenwelt entkoppelt.

3.1.2.3 *Transgenerationale Perspektive und soziokultureller Kontext*

Die Familiengeschichte ist von Bedeutung. Traumatische Erfahrungen von Eltern beeinflussen das Erziehungsverhalten erheblich. Angst, Anspannung, Wut, aber auch Hoffnungslosigkeit und Depression lassen feinfühligem und assertivem Umgang mit den Kindern nicht zu. Was bei den Eltern als traumatische Erfahrung lebt, wird an die Kinder durch ein gestörtes Erziehungsklima weitergegeben. Es hat bei den Kindern strukturbildende Wirkung.

Die Bedingungen, unter denen Eltern sich um ihre Kinder sorgen können, werden zudem von soziokulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst, etwa dem Vorhandensein von entlastenden und unterstützenden Angeboten, der Mitverantwortungsübernahme durch weitere Familienangehörige, harmonische Paarbeziehung der Eltern, unterstützende Geschwisterbeziehungen usw. Hingewiesen werden soll aber auf zahlreiche Schutzfaktoren, die trotz vorhandener Risikofaktoren im Umfeld des Kindes seine Entwicklung mitbedingen. Lange Zeit beschäftigte sich die Forschung vor allem mit der Betrachtung von Risikofaktoren (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). Die Resilienzforschung legt den Fokus auf die Bewältigung dieser und ebnet damit einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise, wie sie dem Personenzentrierten Ansatz entspricht, den Weg (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009). Schutzfaktoren im Umfeld, die sich positiv auf Kinder auswirken, sind Erfahrungen mit kompetenten und fürsorglichen Erwachsenen außerhalb der Familie, positive Peerkontakte und Freundschaftsbeziehungen, sowie positive Erfahrungen in Bildungseinrichtungen (Opp et al., 1999).

3.1.3 *Intrapsychische Ebene: Borderline-typisches Selbst- und Welterleben*

Die Interaktionserfahrungen, die das Kind im frühen, vorschulischen Entwicklungsalter macht, werden „einverleibt“, wirken also unmittelbar konstituierend, strukturbildend auf das sich entwickelnde Selbst und sind später handlungsleitend für die eigene Art der Weltbegegnung und Beziehungsgestaltung. Die früh veranlagten Muster werden von den Betroffenen als Ich-synton wahrgenommen, d. h. sie erleben diese als zu ihnen gehörig und nicht als fremd (Fröhlich-Gildhoff & Hanne, 1997). Diese Muster können daher einer späteren bewussten Neubewertung und Veränderung nur sehr schwer

zugänglich gemacht werden. Affektives wie kognitives Verstehen von eigenem sowie fremdem Erleben entwickelt sich auch im Weiteren unzureichend. Der vorherrschende Affekt ist existenzielle Unsicherheit und Angst. Das steht im Widerspruch zu der Auffassung von Kernberg (2000), der die Wut als zentralen Affekt ansieht. Aus bindungstheoretischer Sicht scheint jedoch die Wut eine Folge von Trennungsangst zu sein. Diese Wut kann als fordernde, zwingende, bindende Angstqualität gesehen werden, was sich in der dadurch ausgelösten Hilflosigkeit und Ohnmacht der Bezugspersonen widerspiegelt. Ob diese Wut zu aggressiven Durchbrüchen oder selbstdestruktivem Verhalten führt, hängt von der Verstärkung in sozialen Interaktionen ab (Hammer, 2010). Angst schränkt die Fähigkeit zur erfahrungsoffenen Begegnung ein oder macht sie unmöglich. Es entwickelt sich ein unsicherer Bindungsstil, meist als ambivalent-verstrickter oder desorganisierter Typ, der auch im späteren Leben bestimmend für die Gestaltung von Beziehungen bleibt (Hammer, 2010).

Die eingeschränkte, verzerrte Wahrnehmung vor allem von Beziehungssituationen führt zu häufigen Fehlinterpretationen, die weitere ungünstige Beziehungserfahrungen nach sich ziehen. Es fehlt vor allem die Fähigkeit, das Gemeinte zu erschließen. Das beruht zum einen auf der psychostrukturellen Störung und eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit. Zum anderen verhindert die rasch hochfahrende Erregung, vor allem die Angst in Beziehungssituationen das erfahrungsoffene, spielerische Explorieren und damit die Weiterentwicklung der unvollkommenen Erklärungsmuster. Die Wahrnehmung sozialer Signale erfolgt hochsensibel, jedoch ungenau, das Verstehen von Interaktion ist oberflächlich und grob gerastert. Nuancen werden nicht erfasst, auch offensichtliche Widersprüche nicht aufgelöst. Erforschen und Spielen mit verschiedenen Möglichkeiten fehlt weitgehend. Komplexes Verhalten kann schlecht eingeordnet werden. Das Verstehen gemischter Gefühle gelingt nur schwer. Erfahrungen, die das Selbstkonzept bedrohen, werden durch Leugnen, Projizieren, Spaltung in Gut und Böse, Schwarz-Weiß abgewehrt, um das brüchige Selbst zu stabilisieren. Die Richtigkeit der eigenen Selbst- und Weltsicht wird kaum hinterfragt. Die Aufmerksamkeit richtet sich vornehmlich auf das Außen. Chaos wird äußeren Umständen zugeschrieben. Die Frustrationstoleranz ist äußerst gering. Eigene Verantwortlichkeit wird kaum gesehen, aus Fehlern folglich schlecht gelernt. Grenzen der eigenen Person sowie anderer Menschen werden unzureichend wahrgenommen. Dadurch werden wiederum Übergriffe begünstigt oder in selbstzerstörerischer Art sogar provoziert (Hammer, 2010).

3.2 Inkongruenzkonstellation

Zusammenfassend soll noch einmal die Borderline-typische Art der Inkongruenz dargestellt werden: Erfahrungen werden nach Biermann-Ratjen (2006) unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert, dass ein Kind von einer anderen Person empathisch verstanden und bedingungsfrei positiv anerkannt wird und dass die andere Person dabei kongruent ist. Jugendliche mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erleben hauptsächlich Ablehnung, Nichtannahme und Nichtanerkennung ihrer Affekte und inneren Bewertungen (Fröhlich-Gildhoff & Hanne, 1997), was zu einem brüchigen, labilen Selbstkonzept führt. Finke (2010) beschreibt das Selbstkonzept als inkonsistent und inkonstant, es beinhaltet widersprüchliche Eigenschaften, wechselnde Selbstbeurteilungen und schwankendes Selbstwerterleben. Das organismische Erleben wird oft von heftigen und abrupt wechselnden Emotionen geprägt, die nur ungenügend symbolisiert werden können (ebenda). Daneben besteht eine Sehnsucht nach Beziehung, starke Zuwendungs- und Abhängigkeitswünsche bei gleichzeitiger Angst vor Nähe und Zurückweisung, was aber zu wenig im Selbstkonzept repräsentiert wird. Nach Finke (2010) steht einem Selbstkonzept von Autonomie, Dominanz und Durchsetzungsfähigkeit ein nur verzerrt symbolisiertes Bedürfnis nach uneingeschränkter Anerkennung und grenzenloser Nähe gegenüber. Diese Art der Inkongruenzkonstellation ist vor allem Ergebnis von sehr widersprüchlichen und traumatischen Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Zur vollständigen Erklärung bedarf es jedoch eines mehrperspektivischen Entwicklungsmodells, wie es z. B. Adam und Peters (2003) und Fröhlich-Gildhoff (2013) mit dem bio-psycho-sozialen Modell beschrieben haben.

4. Therapieplanung

4.1 Therapieziele

Durch die Therapie soll es den jungen Klienten ermöglicht werden, sich selbst und andere besser zu verstehen und selbstbewusst, ohne Angst Beziehungen einzugehen und erhalten. Es geht um die Entwicklung von Identität und Beziehungsfähigkeit.

Wichtige Teilziele sind dabei:

Verbesserung von Emotionsregulation und Impulskontrolle, vor allem Kontrolle von Stressreaktionen: Dazu gehören die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit für die unterrepräsentierten Bereiche organismischer Erfahrung, insbesondere das Bemerkens, Differenzieren und Einordnen von Spannungszuständen

und das Entwickeln flexibler Ausdrucksweisen bzw. Bewältigungsstrategien. Gleichzeitig geht es um die Auflösung von Inkongruenz zwischen organismischer Erfahrung und Selbstbild.

Entwicklung einer differenzierten Selbst- und Fremdwahrnehmung: Dazu gehört die Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit, das Tolerieren interpersoneller Verschiedenheit, Bewusstsein für eigene und fremde Grenzen, Umgehen mit Nähe und Distanz.

Identitätsentwicklung: Dazu gehört das Verstehen eigener innerer Vorgänge (wiederum Mentalisierungsfähigkeit), das Verstehen wichtiger biografischer und sozialer Einflussfaktoren, das Erkennen von persönlichen Ressourcen und eigenen Zielen und Werten, ebenso die Entwicklung von Selbstachtung und Selbstwirksamkeitserwartungen.

4.2 Beziehungsaufbau, Abbau von Angst und Vereinbaren von Rahmenbedingungen

Das, was Jugendlichen mit einer Borderlinestörung fehlt, ist eine gute haltende Beziehung, in der sie korrigierende Beziehungserfahrungen machen können. An neuen Erfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten können sie so die Ungültigkeit ihrer bisherigen Beziehungserfahrungen erleben (Finke, 2010).

Ziele für die Anfangsphase sind der Aufbau einer ersten Vertrauensbasis, der Abbau von Angst und das Eingehen einer ausreichenden Verbindlichkeit. Am Anfang sind vor allem verstehende, akzeptierende und unterstützende Interventionen wichtig. Fürsorgliche Gesten (Decke, Tee) können hilfreich sein, auch konkrete Informationen zur Bewältigung aktueller Problemlagen, wie Strategien und Skills zum Umgang mit Stress oder Adressen von unterstützenden Stellen. Im Umgang mit Terminvereinbarungen und den zu erwartenden Unzuverlässigkeiten sollten Therapeuten ein gewisses Maß an Flexibilität zeigen und Nachsicht walten lassen. Das Ermöglichen kurzer Kontakte zu ungeplanten Zeiten und Nachgehen bei Fernbleiben wirkt sich auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung positiv aus und wird von den Jugendlichen in der Regel nicht ausgenutzt (siehe dazu auch Hammer, 2010). Bei Androhung oder Eintreten von gravierender Selbst- oder Fremdgefährdung sollte klar besprochen werden, wo und wann der Therapeut aus seiner Verantwortung und Fürsorglichkeit Grenzen setzen muss und gegebenenfalls andere Stellen (Sorgeberechtigte, Polizei, Psychiatrie) einschalten wird. Das Angebot, im Kontakt zu bleiben und die begonnenen Gespräche nach der Krisenbewältigung wieder aufzunehmen, wird meist gut angenommen.

4.3 *Explorieren, Erweitern und Verankern des Selbst- und Weltverstehens, Interaktionelle Therapie*

4.3.1 *Grundlagen der Beziehungsgestaltung*

Durchgängiges Thema der weiteren Zusammenkünfte bleibt das Selbst- und Weltverstehen. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf den gemeinsamen Verstehens-Prozess. Die Grundhaltung der Personzentrierten Psychotherapie ist von essenzieller Bedeutung und wird hier noch besonders konturiert.

Empathie ist als aktives Engagement gefragt. Exploration und Resonanz müssen sich gleichermaßen auf Beobachtungen, emotionale Erlebnisinhalte sowie kognitive Konzepte beziehen. Bei Borderline-Betroffenen ist es wichtig, dass der Therapeut seinen Wunsch zu verstehen auch durch Fragen bzw. Angebote („Bist du jetzt wütend, weil du ...?“) zum Ausdruck bringt. Dabei geht es besonders um den Zusammenhang zwischen emotionalem Erleben und Bedürfnissen (organismusbezogenes Verstehen) und emotionalem Erleben und persönlichen Bewertungsmustern (selbstkonzeptbezogenes Verstehen). Aktives Erforschen wirkt der Flüchtigkeit und Unverbindlichkeit entgegen, durch die die Betroffenen sonst nicht zu einer korrekten Wahrnehmung und Symbolisierung ihres Erlebens gelangen. Borderline-Betroffene benötigen die Erfahrung, dass ihre Bedürfnisse hinter den Gefühlsäußerungen gehört und beantwortet werden.

Bedingungsfreie positive Beachtung der subjektiven Erlebniswelt ist ebenso Voraussetzung. Sie schließt auch die Akzeptanz von Widersprüchen ein. Es geht ausdrücklich darum, zuerst ohne Urteil anzunehmen und zu spiegeln, was das Gegenüber zum Ausdruck bringt. Dadurch wird es für den jungen Menschen auch annehmbarer Teil seines Selbst, kann wahrgenommen, mit dem tatsächlichen inneren Erleben abgeglichen und modifiziert werden. Das Aufzeigen von Widersprüchen auf intellektuell-logischer Ebene kann zu unsinnigen Diskussionen führen und ist zumeist beziehungsschädlich.

Kongruenz des Therapeuten ist dabei unabdingbar. Fehlwahrnehmungen und Mentalisierungsbrüche werden nicht stehen gelassen. Der Therapeut bringt sich mit seiner Verwunderung ein und stellt seine andersartigen Sicht- und Erlebnisweisen dar, humorvoll und neugierig auf die Reaktion. Solche Selbstauskunft unterscheidet sich von Kritik, weil sie persönliche Betroffenheit offenlegt. Das lädt zum gemeinsamen Explorieren der Verschiedenheit ein, wirkt beziehungsklärend und fördert Mentalisierungsprozesse. Es ist eine ungemein wichtige Erfahrung für Borderline-Betroffene, dass es Unterschiede zwischen eigenem und fremdem Erleben gibt und dass diese Unterschiede verstehbar und aushaltbar sind, am Ende sogar fruchtbar werden können. Die Grenzen zwischen Ich und Du dürfen nicht verschwimmen, gerade auch aufgrund des fragilen Selbstkonzepts der betroffenen Jugendlichen.

„Einschmeichelndes“ Verhalten von Therapeuten weckt bei Borderline-Betroffenen eher Angst vor Überwältigung und Ich-Verlust. Nur die konturierte Andersartigkeit des zugewandten Erwachsenen ermöglicht dem jugendlichen Gegenüber, sich als eigene Person zu finden.

4.3.2 *Umgang mit Beziehungsverwicklungen, therapeutisches Rollenspielen*

Es erscheint sinnvoll, die Konzepte für die interaktionelle Therapie mit Kindern und Jugendlichen (Behr, 2012) und insbesondere die Konzepte für das therapeutische Rollenspiel auf die Arbeit mit Borderline-Betroffenen zu übertragen. Begegnungen mit Borderline-Betroffenen sind gekennzeichnet von Beziehungsverwicklungen. Indem der Therapeut sich spielerisch auf „Rollen“ einlässt, die ihm je nach Laune des Jugendlichen zugewiesen werden, begreift er das Geschehen als freilassendes Probandeln und Ausloten von Erfahrungen. Die Möglichkeit zu humorvoller Distanzierung besteht jederzeit. Entwicklungsmöglichkeiten sind nach allen Seiten offen. Der Therapeut richtet seine Aufmerksamkeit abwechselnd auf das Erleben des jugendlichen Gegenübers und das eigene Erleben in der Rolle, jedoch immer wieder auch auf die Metaebene, das Skript. Es geht ausdrücklich nicht um ein bloßes Ausagieren, sondern um ein ernsthaft interessiertes und gleichzeitig spielerisch freilassendes Abtasten der Bedeutungsgebungen und deren angemessener Reflexion.

Indem der Therapeut über sein Erleben in der Rolle Auskunft gibt, zeigt er modellhaft, was im Innern eines Menschen zwischen Reiz und Reaktion geschieht. Es geht hier um das Erlebbarmachen von eigenen Mentalisierungsvorgängen, was eine ungemein wichtige Lernmöglichkeit für schlecht mentalisierende Borderline-Betroffene bietet. Das Aussprechen von Zweifeln, das Bedauern von Irrtümern gehört dazu. Sehr wirkungsvoll kann es dazu sein, sich mit einem imaginären Dritten über die Situation zu beraten. Wie sich bei gesunden Kindern die Mentalisierungsfähigkeit, das affektive und kognitive Verständnis für Interaktion, wesentlich durch ausgiebiges Rollenspielen entwickelt, so kann therapeutisches Rollenspiel die Nachreifung dieser Fähigkeiten ermöglichen. Im therapeutischen Prozess kommt dabei dem Selbstöffnen und Beziehungklären des Therapeuten besondere Bedeutung zu (Finke, 2010).

4.3.3 *Entwicklungen in Abhängigkeit von der bestehenden Sicherheit in der Beziehung*

Mit zunehmender Sicherheit in der Beziehung kann sich die Begegnungshaltung von einem vorwiegend bestätigenden und unterstützenden Stil zu interessiert explorierendem, klärendem und auch spielerisch herausforderndem Vorgehen entwickeln. Die Entwicklung der therapeutischen Beziehung ist

dabei kein linearer Prozess. Mit Einbrüchen, erneutem Auftreten von Angst und Wut und belastenden Beziehungsprüfungen, die eine Rückkehr Zwischen- oder Ausgangspunkte erfordern, muss immer wieder gerechnet werden.

Beispiele:

Anfang der Therapie

Hier steht der Beziehungsaufbau im Vordergrund. Bedingungsloses Annehmen der Zuschreibung und Versuche, den emotionalen Hintergrund zu verstehen, sind vorrangig:

Klaus (14 J.) kommt (verspätet) zur verabredeten Therapie- stunde und ruft schon beim Hereinkommen mit wütendem Ausdruck: „*Sie sind ein Schwein!*“

T.: „*Ich bin ein Schwein. Das ist hart. Du scheinst mächtig wütend auf mich zu sein.*“

Klaus: „*Ja, Du hast mit Frau Becker über mich geredet.*“

T.: „*Ich habe mit Frau Becker über dich geredet. Das ist eine Sauerei. Wer ist denn Frau Becker?*“

Klaus: „*Meine Lehrerin. Die Tusse hat mir verboten, in der Pause zu Verena zu gehen.*“

T.: „*Bringt dich so richtig in Rage, dass sich da jemand in deine Beziehung mit Verena reinmischt.*“

Klaus: „*Verena ist meine Braut. Da hat die Becker gar nichts dazu zu sagen.*“

T.: „*Also auf Frau Becker bist du richtig sauer und auf mich auch, weil du meinst, ich hätte mit ihr geredet. Über was hätte ich denn mit ihr reden können?*“

Klaus: „*Na, das mit dem Autoklau. Und dass mein Alter abgehauen ist und so was. Über mich reden doch alle nur schlecht.*“

T.: „*Alle reden schlecht über Dich. Du traust keinem mehr. Und Verena ist dir ganz wichtig.*“ ...

usw.

Die Therapeutin nimmt die Rolle, die Klaus ihr zuweist, zuerst an, spielt mit und lässt offensichtliche Fehlannahmen und Widersprüche zunächst stehen. Durch Fragen nach dem Skript des Stücks („Wer ist denn Frau Becker?“ „Was könnte ich denn geredet haben?“) macht sie nebenbei deutlich, dass sie sich in eine Rolle einfindet und selbst als Person noch jemand anderes ist. Klaus ist es recht. Es geht ihm nicht um präzise Wahrnehmung, sondern darum, seine Aufgeregtheit loszuwerden. Er bringt seine Ängste zur Sprache, sein pauschales Misstrauen gegenüber Erwachsenen, sein Bedürfnis nach Liebe und vieles mehr, was ihn kennzeichnet. Im Verlauf des Gesprächs macht er neue Beziehungserfahrungen. Ein erwachsener Mensch interessiert sich für seine Sichtweisen, bemüht sich, sein inneres Erleben kennenzulernen. Dieser Mensch bleibt trotz der Vorwürfe in sich ruhend, urteilt nicht, stellt nichts in Frage. Erst wenn Klaus dieses Erlebnis ausgekostet hat,

sollte sich die Therapeutin als die Person zu erkennen geben, die sie wirklich ist:

T.: „*Ich sehe schon, du hast es ganz schön schwer mit Erwachsenen. Du weißt wohl gar nicht, wie du die einschätzen sollst. Aber habe dir schon am Anfang versprochen, dass ich über dich mit niemandem rede, ohne dass du dabei bist. Mit Frau Becker habe ich nicht geredet. Es wäre mir wichtig, dass du mir das glaubst. Kannst Du mir das jetzt glauben?*“

Klaus: „*Na, gut. O.k.*“

In einer späteren Therapiephase

Wenn genügend Sicherheit in der Beziehung besteht, sollte die Therapeutin sich auch über ihr Befinden in der zugewiesenen Rolle äußern und Einblicke in ihr Innenleben geben. Damit könnte sich der Dialog etwa in folgender Art entwickeln:

Klaus: „*Sie sind ein Schwein*“

T.: „*Ich bin ein Schwein. Uff. Das trifft mich jetzt schwer.*“

Klaus: „*Brauchst gar nicht heulen. Du hast mich bei Frau Becker verraten.*“

T.: „*Verraten! Das ist ja noch schlimmer. Wo wir doch verabredet hatten, dass ich dir helfe. Versprechen nicht einhalten finde ich ganz mies.*“ ...

Hier führt der Dialog rascher zu einer Beziehungsklärung. Klaus wird dazu herausgefordert, sein Gegenüber als Menschen mit Eigenschaften und persönlichen Motiven wahrzunehmen. Sein Fehlurteil wird weiterhin nicht kritisiert, sondern als seine persönliche Art des Ausdrucks von Misstrauen akzeptiert.

Noch später

Bei noch weiter gefestigter Vertrauensbasis erfolgt auch die Auseinandersetzung mit den Rollenvorgaben. Die Therapeutin spielt nicht mehr nur mit. Sie wird herausfordernder, erfragt jetzt die Gedanken, aus denen heraus Klaus seine Stütze schreibt.

Klaus: „*Sie sind ein Schwein.*“

T.: „*Ich bin ein also Schwein. Warum muss ich ein Schwein oder sonst ein Mistvieh sein, wenn du dich ärgerst?*“

4.4 Skills zur Stressbewältigung

Typisch ist für Borderline-Betroffene eine extrem niedrige Reizschwelle, ein rasches Hochfahren auf ein sehr hohes Erregungsniveau und ein nur langsames Abklingen (Sendera & Sendera, 2005). Dadurch entwickeln sich oft unerträgliche Spannungszustände, die häufig mit dissoziativen Zuständen einhergehen. Spannungszustände und dissoziative Phänomene sind massiv bedrohlich und kaum aushaltbar. Selbstverletzendes Verhalten oder Drogenkonsum werden eingesetzt, um den inneren Druck auszugleichen, es wird ein kurzes Glücksgefühl verspürt, das aber schnell abebbt und wieder zu Verzweiflung

und innerer Leere führt (Wiegmann, 2012). Die Folge sind Schuldgefühle und massive Scham, was wiederum nicht ausgehalten werden kann. Aus der Haltung anteilnehmenden Interesses und fürsorglichen Bemühens heraus sind konkrete Anweisungen und Übungen zum Umgang mit Stress für die Betroffenen deshalb wichtig. Es geht um eine gemeinsame Entwicklung von Fertigkeiten (Skills), die hilfreich sein könnten, den Stress zu reduzieren. Linehan (1993) definiert Skills „als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen“ (Bohus & Wolf, 2009, S. 2). Im Alltag benützt man sie, ohne sich dessen bewusst zu sein. Jugendliche mit einer Borderline-Störung haben die Tendenz, auf diese Fertigkeiten zu verzichten oder dysfunktionale Reaktionsmuster zu entwickeln.

Zur Kontrolle hoher Erregung und von Dissoziationsneigungen kann der „Notfallkoffer“ dienen. Dieser enthält erprobte Mittel, mit denen man sich starke, aber unschädliche Reize setzen kann. Beispiele für Utensilien im Koffer sind z. B. saure oder scharfe Bonbons, Pfefferminz- oder Chiliöl, harte Bürsten, Kieselsteine, die man bei Bedarf in die Schuhe legt, Gummibänder für das Handgelenk zum Schnippen, Coolpacks (Schwaighofer, 2012). Zur Distanzierung und Selbstberuhigung sind auch Übungen zum bewussten Lenken der Aufmerksamkeit hilfreich. Es kann geübt werden, die Aufmerksamkeit bei Angst und Anspannung bewusst auf neutrale Reize in der Umgebung zu richten, die Situation von außen zu betrachten, bei quälenden Gedanken innerlich laut „Stopp“ zu sagen. Ebenso sind Instruktionen zur Atemtechnik sinnvoll. Viele dieser Skills sind auch hilfreich beim Umgang mit traumatischen Erinnerungen. Die hohe Korrelation zwischen Borderline-Störung und posttraumatischer Belastungsstörung ist zu berücksichtigen. Das Imaginieren oder spielerische Erschaffen eines sicheren Ortes für die Betroffenen, eines Tresors für die belastenden Erinnerungen oder andere Bilder können helfen, das erlebte Grauen etwas besser in den Griff zu bekommen (Weinberg, 2005; Hüsson, 2009). Die Idee, dass Gefühle und Verhalten kontrolliert werden können, muss bei den betroffenen Jugendlichen meist erst reifen. Die Bereitschaft zu lernen und für sich selbst Verantwortung zu übernehmen schwankt, womit in der Therapie verständnisvoll umgegangen werden sollte.

4.5 Einsetzen kreativer und darstellender Methoden, Biografiearbeit

In der mittleren Therapiephase können auch Aufgabenstellungen zur Identitätsfindung angeboten werden, die schreibend, zeichnend oder gestaltend zu bearbeiten sind. Beispiele finden sich u. a. bei Weinberger und Papastefanou (2008) und

Rust (2009). Die Auseinandersetzung mit der Biografie, der gegenwärtigen sozialen Situation, den eigenen Interessen und Zielen kann dabei in portionierter und strukturierter Weise angegangen werden. Es können individuelle Formen der Darstellung gewählt werden, durch die das persönliche Erleben ausgedrückt wird. Bedeutsam sind die freilassende und gleichzeitig interessierte und stützende Begleitung durch den Therapeuten. Auftauchende Gefühle und Gedanken werden gemeinsam bewegt mit dem Ziel, affektives und kognitives Verstehen zu fördern, zu integrieren und den eigenen Standpunkt der jungen Klienten zu festigen.

4.6 Märchenarbeit

Märchen greifen allgemein menschliche Entwicklungsthemen auf. Sie bieten Bilder für Entwicklungsschwierigkeiten und traumatische Erfahrungen an und wirken durch die ausdrückliche Distanz zur Alltagsrealität dabei jedoch nicht bedrängend. Das Malen und Zeichnen zu Märchenthematen kann ebenfalls in der mittleren Therapiephase angeboten werden, um Identifikationsmöglichkeiten anzubieten, auch für unsagbare Erlebnisse. Personenzentrierte Arbeit mit Märchen verzichtet ausdrücklich auf Deutungen. Die gemeinsame Beschäftigung mit den Märchenfiguren und das aktuelle Erleben stehen im Fokus. Therapeutisch wertvolle Märchen für früh traumatisierte Menschen stellt z. B. Hadorn (2006) vor.

4.7 Gemeinsame Erlebnisse

Gemeinsam durchgeführte Aktivitäten auf Wunsch der Klienten (z. B. das Hören eines Musikstückes, das Ansehen eines Films, ein gemeinsamer Spaziergang) und das Sprechen über die damit verbundenen Erlebnisse vertieft die Beziehung, indem sich die Klienten ernst genommen fühlen und merken, dass sich der Therapeut für ihre Interessen und die damit verbundenen Gefühle interessiert. Das Aufnehmen und Spiegeln der gezeigten Affekte und der Austausch über Gefühle und Gedanken in Bezug auf die Welt ermöglicht das Erleben von primärer und sekundärer Intersubjektivität (Trevarten, 1979; Stern, 2007). Weinberger und Papastefanou (2008) geben Beispiele, wie kreative Methoden und gemeinsam durchgeführte Aktivitäten bei Jugendlichen zu einer stärkeren Erlebniszentrierung und damit zu einer Förderung der Selbstexploration und Selbstempathie führen können. Wesentlich ist hierbei auf die Grenzen der Jugendlichen, aber auch auf die eigenen Grenzen als Therapeut zu achten. Ein sehr sensibler Bereich ist vor allem der Umgang mit körperlicher Nähe. Hier ist es vor allem am Therapeuten, Halt und Grenzen zu bieten, aber auch Verständnis für den Wunsch nach Nähe zu signalisieren (Hammer, 2011).

5. Handlungsleitlinien

5.1 Therapieeingangsphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Bereitschaft zum Halten der Beziehung (Containing) auch bei Schwierigkeiten	Ermöglichung von variablem Setting, das sich so weit wie möglich an Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen des Klienten anpasst	Verdeutlichen, dass man den Jugendlichen und seine Schwierigkeiten wichtig nimmt, Verbindung von Strukturgebung und Elastizität vor allem in Bezug auf Setting
Ermöglichen von Vorhersehbarkeit und Sicherheit	Orientierung geben, Stellung beziehen, klares Setting verabreden	Kontrakt schließen, rechtzeitiges Ansprechen von Urlauben usw. Aufgreifen der dadurch ausgelösten Gefühle und Gedanken
Partnerschaftlichkeit	Einflussnahme ermöglichen (Partizipation), Erhöhung der Selbststeuerung, Verbesserung des Realitätsbezugs	Gemeinsame Planung des Settings, Umgang mit möglichen Krisensituationen besprechen (Selbst- und Fremdgefährdung, Telefonate, Mails, ...), Abstimmung über Bewältigungsmöglichkeiten
Akzeptanz und einführendes Verstehen für ambivalente bzw. negative Einstellung zur Therapie und damit auch zur Person des Therapeuten, Verständnis für provokatives, manipulatives Verhalten als Angst vor Nähe und Angst, verlassen zu werden	Akzeptierendes Auffangen und Umgehen mit Angriffen, Drohungen und Widersprüchen. Explorieren von Gedanken und Gefühlen im interaktiven Prozess	Annehmen unreflektierter Aussagen und Zuschreibungen als Einladung zum Rollenspiel. Spielerisches Explorieren, um emotionalen Hintergrund verstehen und erfahrbar zu machen. Echtes Interesse am Erleben des Gegenübers zeigen und sprachlich ausdrücken
Authentisch umgehen mit eigenen Belastbarkeitsgrenzen	Trennung von Wertschätzung der Person des Klienten und Billigung seiner Verhaltensweisen, die oft gegen sich und/oder andere destruktiv sind	Grenzen kurz und klar markieren ohne Moralisieren („Autsch“, „Stopp“). Gefühle und Bedürfnisse („Sicherheit, Respekt“) ansprechen. Eigenen Wunsch als Bitte aussprechen
Ermutigen	Wecken von Hoffnung und Aufbau von Veränderungs- und Therapiemotivation	Gemeinsames Erarbeiten von möglichen Zielen
Steuerung von Nähe und Distanz und Sensibilität im Umgang mit körperlichen Berührungen	Jugendlicher bestimmt, wie viel an Nähe und Distanz er braucht	Nähe-Distanz-Übungen (z. B. mit Seil, wie viel Abstand brauche ich, um ein gutes Gefühl zu haben)
Schutz	Gestalten des Therapieraums zu einem „sicheren Ort“	Vermeidung von Reizen und Situationen, die mögliche Trigger darstellen, Hinweis auf Schweigepflicht
Fürsorglichkeit	Therapeut hilft, Angst und Stress zu bewältigen	Informationen zum Störungsbild geben, soziale Hilfen (Adressen), Anbieten von Tee, Decke bei Bedarf
Ertüchtigung, Selbstwirksamkeit	Skills lernen	Aufklärung und reflektierende Gespräche über traumaspezifische Phänomene und Vermittlung von Skills zum Umgang mit Traumareaktionen
Präsenz, Wachheit	Freude an Begegnung ausdrücken. Zu abwartende oder neutrale Haltung wird als Abwertung missverstanden	Freudige Erwartungshaltung, Neugier
Lebensbejahende Haltung, eigene Lebensphilosophie	Vorstellung vom Sinn des eigenen Lebens entwickelt haben	Toleranz, Güte, Achtsamkeit, und Humor zeigen, auch und gerade bei Schwierigkeiten und Prüfungen

5.2 Mittlere Therapiephase

Da die Beziehung weiterhin brüchig ist, ist es wichtig, die Prinzipien der 1. Phase während des gesamten Therapieverlaufs im Blick zu haben.

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Interesse am Geworden-Sein des Jugendlichen und Wertschätzung für seinen Weg und seine Bewältigungskompetenz	Festigung der Identität	Biographiearbeit, Einsatz verschiedener kreativer Methoden zur Darstellung des Erlebens, Validierung bezüglich des individuellen Entwicklungsweges. Anbieten von Verstehenshilfen für schwierige Erlebnisse durch Märchen
Authentizität und Transparenz bezüglich des eigenen Handelns als Therapeut	Aufbau bzw. Verbesserung von sozialer Kompetenz, Förderung von Mentalisierungsfähigkeit	Mehr Selbsteinbringung des Therapeuten auf der Basis gewachsenen Vertrauens, Zugeben von eigenen Beiträgen zu Missverständnissen in der Kommunikation
Konstanz und Gelassenheit des Therapeuten, Fürsorglichkeit	Stressreduktion, Aufbau von Vertrauen	Therapeut lässt auf verbaler und nonverbaler Ebene Zuversicht und Belastbarkeit erkennen und bietet Anleitung zu aktiver Entspannung und Achtsamkeitsübungen an
Strukturgebung und Grenzsetzungen, Selbsteinbringung	Erhöhung der Frustrationstoleranz, Verringerung des Agierens	Vereinbarung von größerer Verbindlichkeit bezüglich des Settings und in der Begegnung, persönliche und humorvolle Stellungnahme zu gemeinsam erlebten Interaktionen
Akzeptanz für „besondere“ Art der Beziehungsgestaltung	„Entidealisierung“, „Entdämonisierung“, Erhöhung der Flexibilität bezüglich Schwarz-Weiß-Denken, Erweiterung bezüglich verschiedener Wahrnehmungen und Hypothesenbildungen	Therapeut als Vorbild, dass jeder Mensch Stärken und Schwächen aufweist und dass es auch „Graustufen“ gibt, indem dieser Dinge von verschiedenen Seiten beleuchtet und Toleranz vorlebt.
Kongruenter Umgang mit Beziehungsfantasien	Differenzierung von beobachtbaren Tatsachen und innerer Bewertung, damit Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit	Unterstützung bei Selbst- und Fremdwahrnehmung, Explorieren von Gefühlen und Wahrnehmungen. Bedürftigkeit der Jugendlichen anerkennen und eigene Grenzen ansprechen
Authentizität, Selbstöffnung	Therapeut als Modell: Zeigen, was im Inneren eines Menschen zwischen Reiz und Reaktion vorgeht, Stärkung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	Innere Selbstgespräche laut werden lassen. Laut auch gemischte Gefühle und Zweifel mentalisieren
Sensibilität für und Einfühlung in die Heftigkeit der Gefühlswelt der betroffenen Jugendlichen, fürsorglicher Schutz	Milderung zerstörerischer Impulse, Verbesserung von Impulskontrolle, Modulation des Affekterlebens	Gemeinsames Erarbeiten von Maßnahmen, um heftige Gefühle kontrollieren zu können, z. B. Einrichtung von „Wuträumen“, Erarbeitung von Skills
Feinfühligkeit für Bedürfnisse der Jugendlichen	Möglichkeiten für gemeinsames Erleben schaffen	Aufgreifen von Interessen und Bedürfnissen der Jugendlichen: Gemeinsame Aktivitäten durchführen und über die damit verbundenen Erlebnisse sprechen
Wertschätzung für Person des Jugendlichen, Loyalität	Erhöhung der Selbstakzeptanz	Neugieriges Interesse an Stärken und Ressourcen der Jugendlichen

5.3 Therapieabschlussphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Die in den anderen Phasen beschriebene Grundhaltung wird aufrechterhalten	Neue Beziehungserfahrungen werden in den Alltag übernommen	Besprechung von Alltagssituationen und Förderung der Selbstreflexion in Gesprächen
Authentizität bezüglich der erreichten Entwicklungsschritte der Klienten	Bewusstsein wecken für Veränderungen	Bilanzieren, was wurde erreicht, was sind noch offene Themen
Empathie für Ängste, die durch ein Therapieende ausgelöst werden	Hilfestellung beim Sich-Lösen und Loslassen, internalisiertes Bild einer sicheren Beziehung bewahren	Besprechen von realen Beziehungen, die außerhalb der Therapie geknüpft wurden und die Halt und Schutz geben
Klarheit in Bezug auf Therapieende	Abschied muss lange vorbereitet werden, da wieder massive Trennungsangst aktiviert wird. Kein abruptes Ende, langsames Ausschleichen der Therapie mit Ermöglichung eines weiteren Kontakts bei Bedarf	Aktives Ansprechen des Therapieendes, Bearbeitung der dadurch ausgelösten Gefühle. Gespräche über Auswirkungen des Therapieendes auf den Alltag. Anbieten von „Übergangsobjekten“ als Möglichkeit der Wieder-Erinnerung an die Therapie

6. Arbeit mit Angehörigen

6.1 Therapieziele

Man muss hier unterscheiden zwischen Eltern, die Täter sind und bei denen es als Ziel der Therapie vor allem um Schutz des Jugendlichen geht, und Eltern, die als Partner bei der Persönlichkeitsentwicklung ihres Kindes miteinbezogen werden können. Bei Letzteren gilt wie bei allen Therapien mit Jugendlichen, dass sie nur situativ und im Beisein des Jugendlichen in die Therapie miteinbezogen werden sollen.

Mögliche Therapieziele im Umgang mit ihnen sind:

- Sie als Unterstützer des Arbeitsbündnisses für die Therapie mit dem Jugendlichen gewinnen
- Erwecken von Verständnis für die Probleme ihres Kindes durch Informationen über das Störungsbild
- Akzeptieren der Diagnose und der dysfunktionalen Verhaltensweisen ihres Kindes
- Eigenen Anteil bei Interaktionen reflektieren
- Erkennen von Fallen, z. B., dass sie in der Interaktion dieselbe Rolle einnehmen, die sie selbst als Kind hatten
- Erkennen der möglichen eigenen Verwicklung in der Beziehung zum Jugendlichen und Heraustreten aus der Opferrolle
- Achtsamer Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Gefühlen
- Lernen von Grenzsetzungen, sich vor Grenzüberschreitungen schützen
- Erhöhung der Konfliktfähigkeit in schwierigen Auseinandersetzungen mit dem Jugendlichen
- Erlernen von Strategien zur Deeskalation

- Erhöhung der Selbstwirksamkeit, indem eigene Ressourcen und Grenzen der Eltern im Umgang mit Anforderungen und Krisen reflektiert werden
- Unterstützung der Eltern in konstruktiven Verhaltensweisen, vor allem in ihrer haltgebenden Funktion
- Stabilisierung der Persönlichkeit der Eltern, eventuell durch begleitende Therapieangebote

Aus diesen Zielen wird ersichtlich, wie verstrickt die Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen oft sein kann und wie wichtig es ist, die Familie als Gesamtheit zu sehen, um es den betroffenen Jugendlichen zu ermöglichen, nicht nur in der Therapie, sondern auch im Umfeld andere, positive Beziehungserfahrungen zu machen.

6.2 Zusammenarbeit mit Bezugspersonen

Auch bei von Borderline-Störung betroffenen Jugendlichen muss man von einer intensiven Bindung an die Eltern ausgehen. Es ist daher wichtig, diese miteinzubeziehen (Schmeck & Schlüter, 2009), auch wenn das System noch so dysfunktional erscheint. Studien zeigen, dass es bei der Therapie mit Jugendlichen mit einer Borderline-Störung verglichen mit anderen Störungsbildern höhere Abbruchraten gibt (Schmid & Libal, 2010). Gelingt es, das soziale Umfeld miteinzubeziehen und ist damit eine höhere Motivation und Verbindlichkeit für die Therapie herstellbar, kann dies die Abbruchrate verringern. Es müssen jedoch klare Rahmenbedingungen für die begleitenden Familiengespräche vereinbart werden. In der Therapieeingangsphase geht es vor allem um das Besprechen von Erwartungen

an die Behandlung und das Aufzeigen von Grenzen. Günstig ist es auch, mögliche Faktoren zu antizipieren, die zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch führen könnten. Der Therapeut sollte die Eltern auch schon auf kleine Veränderungen beim betroffenen Jugendlichen, bei ihnen selbst und im Familiensystem aufmerksam machen. Jugendliche, die an einer Borderline-Störung leiden, haben einen speziellen Behandlungsbedarf, deshalb dauert es oft lange, bis diese Veränderungen erkennbar sind. Von großer Bedeutung ist eine enge, gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Eltern und Therapeut.

Frühe Erfahrungen sind der Ausgangspunkt für die kindliche Entwicklung. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei Borderline um eine früh entstandene Beziehungsstörung. Dies wirft die Frage auf, ob die Bezugspersonen nicht ähnliche Interaktionsmuster aufweisen wie die betroffenen Jugendlichen. Nach Adam und Peters (2003) findet man jedoch ein breites Spektrum: Neben psychisch stabilen Eltern, die unter der Borderline-Störung ihrer Kinder leiden und sie nicht verstehen können, findet man auch Eltern, die selbst traumatisierende Erfahrungen durchgemacht haben, selbst von der Störung betroffen sind und mit den Anforderungen, die ihr Kind an sie stellt, überfordert sind.

Eltern von Jugendlichen mit einer Borderline-Störung sind sehr belastet. Sie fühlen sich verantwortlich und sorgen sich um ihre Kinder, die Symptome wie selbstverletzendes oder suizidales Verhalten zeigen. Sie müssen mitansehen, wie die Lebensgestaltung ihres Kindes misslingt und wie viel Leid damit verbunden ist. Daneben sind sie massiv mit eigenen Schuldfragen sowie Schuldzuweisungen und Vorwürfen aus dem Umfeld konfrontiert. Sie fühlen sich diskriminiert, schämen sich für das Verhalten ihres Kindes und können schnell in eine soziale Isolation geraten. Dies alles führt sie an ihre eigenen Grenzen, die bis zur Erschöpfung reichen, wobei sie dann aber ihrem Kind signalisieren, schuld an ihrem Unglück zu sein. Es sind massive emotionale Verstrickungen zwischen Eltern und Kind vorhanden, bei denen die Eltern oft in die Rolle von Marionetten geraten, an deren Schnüren das Kind zieht und damit die Kontrolle übernimmt.

Ähnlich wie Fröhlich-Gildhoff und Rose (2012) in ihren Handlungsleitlinien für die Arbeit mit Eltern von Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens ausgeführt haben, gilt auch für die Eltern von Jugendlichen mit einer Borderline-Störung, dass sie in Bezug auf reale äußere und auf psychische, innere Faktoren oft schwerer zu erreichen sind als Eltern anderer Klienten. Die Beziehungsgestaltung zum Therapeuten ihres Kindes gestaltet sich oft schwierig. Angehörige übernehmen häufig das Gefühlschaos ihres Kindes und sind einem Wechselbad von Gefühlen wie Hilflosigkeit, Hass und Wut ausgesetzt. Diese Gefühle übertragen die Bezugspersonen auch auf die Helfer bzw. den Therapeuten ihres Kindes. Sie fühlen sich ähnlich

wie der betroffene Jugendliche miss- bzw. unverstanden. Sie erwarten vom Therapeuten zunächst Wunderdinge, was aber schnell kippt, wenn diese nicht eintreten. Dies entsteht aus ihrem Gefühl, selbst nie etwas richtig gemacht zu haben. Der Druck wird nach außen verlagert, und damit fühlen sie sich entlastet. Für den Fortbestand der Therapie mit dem betroffenen Jugendlichen ist dies aber eine große Belastung, denn es führt oft dazu, dass die Eltern die Therapie boykottieren oder ihr Kind aus dem Therapiesetting herausnehmen. Sie können auch ähnlich wie ihre Kinder dazu neigen, übergriffig zu werden in Form ständiger Telefonate, aber auch von Drohungen und Angriffen. Idealisierungen und Entwertungen können ähnlich wie bei ihren Kindern ständig wechseln. Wesentlich ist, dass der Therapeut gelassen damit umgeht, sehr klar Grenzen setzt, sich auch nicht in die Spaltungen hineinziehen lässt und so den Fortbestand der Therapie sichert.

Therapeuten identifizieren sich oft mit ihren Klienten und deren negativen Gefühlen den Eltern gegenüber, wobei damit übersehen wird, dass die Eltern ebenfalls Betroffene sind und Unterstützung vor allem in ihrer erzieherischen Kompetenz benötigen (Adam & Peters, 2003). Im Zusammensein mit den betroffenen Jugendlichen gibt es immer wieder krisenhafte Situationen. Wenn das Verständnis der Eltern für die Schwierigkeiten, aber auch Ressourcen ihres Kindes und für die Rolle, die sie als Eltern dabei spielen, erhöht wird, hilft dies, mit den Krisen in konstruktiverer Weise umzugehen.

Ziele in der Zusammenarbeit mit den Eltern sind, wie in 6.1 erwähnt, der Aufbau deren Identität als Eltern, das Sich-Lösen aus dem Verwobensein mit ihren Kindern, das Wiederherstellen von Authentizität und das Lernen von Grenzsetzungen. Wenn dies mittels Elternberatung bzw. begleitender Therapie der Eltern gelingt, können diese ihrem Kind Stütze und Halt, Orientierung und Klarheit bieten (Fragner, 2008). Aufgrund der eigenen hohen Sensibilität erspüren die betroffenen Jugendlichen eine Änderung der inneren Haltung ihrer Eltern und können sich so möglicherweise leichter aus Verstrickungen lösen. Elterngespräche sollen jedoch nur in Absprache mit dem Jugendlichen und möglichst in seinem Beisein erfolgen. Häufigkeit und Inhalt der Elterngespräche werden mit dem Jugendlichen gemeinsam festgelegt.

6.3 Zusammenarbeit mit diversen Helfersystemen

Viele Jugendliche mit Borderline-Störungen kommen aus Elternhäusern, in denen sie kumulierter körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgeliefert waren, weshalb eine Herausnahme aus der Familie durch das Jugendamt und eine Fremdunterbringung erfolgte. In diesen Fällen gilt es, mit dem Helfersystem zu arbeiten, das durch die Symptomatik der Jugendlichen unter massiven Belastungen stehen kann. Die Fachkräfte, die

mit diesen Kindern konfrontiert sind, benötigen ebenfalls Beratung und Unterstützung, um die Problemlage des Jugendlichen besser verstehen zu können und ihre Handlungsstrategien dementsprechend zu gestalten. Wesentlich ist dabei aber größtmögliche Transparenz, niemals sollte ohne Einwilligung des Jugendlichen eine Kontaktaufnahme erfolgen, bzw. es ist vorzuziehen, Gespräche im Beisein des Jugendlichen zu führen. Nur wenn eine gute Kooperation zwischen Betreuungspersonen in Institutionen, Eltern und Therapeuten gelingt, ist eine Therapie mit den betroffenen Jugendlichen möglich.

Störungsspezifisches Wissen über Umgang mit Borderline-Betroffenen hilft sowohl Fachleuten als auch Bezugspersonen in der Begegnung mit diesen, nicht in diverse Beziehungsfallen zu tappen, deren Not zu verstehen und wertschätzend und authentisch mit ihnen umzugehen.

7. Schlusswort

Die Grundvoraussetzung für jegliche Art von Veränderung bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die haltende Beziehung in der Therapie. Durch das Gewinnen neuer Erfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten kann es zum Nachreifen von Persönlichkeitsanteilen kommen.

Zum Abschluss soll hier eine junge Frau zu Wort kommen. Sie beschreibt das für Borderline-Betroffene Lebensgefühl in nur wenigen, aber deutlichen Worten:

Es gibt zwei Fenster,
zwei Fenster zum Blick
in die Außenwelt

da draußen ist
Luft, bewegte Luft,
Lüftchen bis Wind.

da draußen ist
Frühling, Sommer, Herbst, Winter,
und manchmal ist dann wieder Frühling

da draußen sind Menschen,
darunter ein guter Freund.
Ab und zu ist der Freund auch
herinnen, dann sind wir beide ...

es gibt zwei Fenster,
zwei Fenster, sie lassen
sich nicht öffnen.

(My Riam, 2006)

Literatur

- Adam, A. & Peters, M. (2003). *Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of a reciprocal responsiveness to signals. In P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). London: Cambridge University Press.
- Arntz, A. & Van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Becker, K., Abraham, A., Kindler, J., Helmeke, C. & Braun, K., (2007). Exposure to Neonatal Separation Stress alters Exploratory Behavior and Corticotropin Releasing Factor (CRF) Expression in Neurons in the Amygdala and Hippocampus. *Developmental Neurobiology*, 67, 617–629.
- Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T., Modi, N. & Glover, Y. (2007). Maternal Stress During Pregnancy Predicts Cognitive Ability and Fearfulness in Infancy. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (11), 1454–1463.
- Behr, M., (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E. M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 73–92). Heidelberg: Springer.
- Böhme, R., Fleischhaker, Ch., Mayer-Bruns, F. & Schulz, E. (2001). *Arbeitsbuch Dialektisch – Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)*. Freiburg: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten im Set*. Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M. & Lieb, K. (2016) Borderline-Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6). In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen, STATE OF THE ART* (11. Auflage) (S. 367–379). München: Urban & Fischer.
- Bolm, Th., (2009). *Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Brandt, C. & Heinerth, K. (2006). Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. *Person*, 1, 5–13.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN (Hrsg.) (2009). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. S2 Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen*, Band 1. Berlin: Steinkopff –Springer.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Willemsen, G., Derom, C., Thiery, E., Grimmer, M., Martin, N. G. & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of Borderline Personality Features is similar across Three Countries. *Psychological Medicine*, 38, 1219–1229.
- Distel, M. A., Carlier, A., Middeldorp, C. M., Derom, C. A., Lubke, G. H., & Boomsma, D. I. (2011). Borderline Personality Traits and Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: A genetic Analysis of Comorbidity. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuro-psychiatric Genetics*, 156B, 817–825.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior: Checklist von Th. M. Achenbach, Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/6–18R, Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6–18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11–18R)*. Göttingen: Hogrefe.

- Dornes, M. (2004). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen* (11. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Eckert, J. (2014). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*, 237–246. Wien: Springer.
- Everett, C., Halparin, S., Volgy, S. & Wissler, A. (1989). *Treating the Borderline Family*. Northvale New Jersey: Allyn and Bacon.
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. (1. Auflage). (Original: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders – DSM 5 (2014)). Göttingen: Hogrefe.
- Fleischhaker, Ch. & Schulz, E. (2010). *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Finke, J. (2010). *Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Foelsch, P.A., Odom, A.E., Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. & Kernberg, O.F. (2008) Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion: Eine Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *Persönlichkeitsstörungen*, Vol. 12, 153–162.
- Foelsch, P.A., Schlüter-Müller, S., Odom, A.E., Arena, H.T., Borzutzky H.A. & Schmeck, K. (2013). *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT)-Ein integratives Therapiekonzept*. Berlin: Springer.
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M. & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorders symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry* 43, 369–377.
- Fragner, B. (2008). *Liebe zwischen Schwarz und Weiß – Persönlichkeitsstörungen*. Wien: HPE-Österreich, Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hanne, K. (1996). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1 (2. Auflage), 297–321. Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009). *Resilienz*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 1, 46–58.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Angewandte Entwicklungspsychologie der Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fruzzetti, A.E., Shenk, C. & Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007–1030.
- Gahleitner, S., Hahn, G. & Gemser, R. (2012). *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit* 5. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Hammer, A. (2010). „Gibt es Dich noch?“ Beziehungsaufbau in der Therapie mit emotional instabilen Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.): *Die Erlebnis und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S.107–128). Norderstedt: Books on Demand.
- Hadorn, H. (2006). *Früh verletzte Seelen – Wie Märchen Halt geben*. Düsseldorf: Patmos.
- Hüsön, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 243–264). Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G (2005). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hufnagel, G. & Fröhlich – Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1 (2. Auflage) (35–79). Göttingen: Hogrefe.
- Hughes, A.E., Crowell, S.E., Uyeji, I., & Coan, J.A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 40 (1), 21–33.
- Kernberg, O.F. (2000). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 45–56). Stuttgart: Schattauer.
- MyRiam (2006). *Gestalten einer Veranstaltung*. Wien: Eigenverlag.
- Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A. (Hrsg.) (1999). *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München: Reinhardt.
- Philipsen, A., Limberger, M.F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Roemer, U., Barth, J., Schmahl, C. & Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 192. 118–123.
- Philipsen, A. (2013). Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Implikationen für die Behandlung., *CIP-Medien*, 18, (1), 151–159. München: CIP-Medien.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J. & Truax, C.B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C.R. (1989). *On becoming a person*. Dt. (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rust, H. (2009). Zeichnen mit Jugendlichen und darüber reden. Selbstkonzept und Lebensplanung in personenzentrierten Entwicklungsgesprächen mit lern- und geistigbehinderten jungen Menschen. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S.153–173). Göttingen: Hogrefe.
- Salbach-Andrae, H., Bürger, A., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Fydrich, T. & Lemkuhl, U. (2015). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter nach SKID II, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 117–125. Göttingen: Hogrefe.
- Schwaighofer, S. (2012). *Das Leben in Schwarz/Weiss. Die Borderline-Störung in der Adoleszenz*. Salzburg: Unveröffentlichte Abschlussarbeit der Sonderausbildung für Kinder- und Jugendpflege.
- Spiel, W. & Spiel, G. (1987). Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. In W. Spiel & G. Spiel (Hrsg.), *Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie* (S. 261–277). München: Reinhardt.
- Stern, D. (1992). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic. (Dt. Die Lebenserfahrung des Säuglings). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2000). *Mutter und Kind – Die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (9. erweiterte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2009). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Schmid, M. & Libal, G. (2010). Zur familientherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die unter einer Borderlinepersönlichkeitsstörung leiden. *Kontext*, 41, 1, 12–43.
- Streck-Fischer, A. & Freyberger, H.J. (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J.M. Fegert, A. Streck-Fischer & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Kompendium Adoleszenzpsychiatrie* (S. 254–269). Stuttgart: Schattauer.
- Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag

- Taubner, S. & Volkert, J. (2017). *Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trevarthen, C. B. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech* (pp 321–348). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberger, S. (2008). Kreative Methoden in der Arbeit mit Jugendlichen. In S. Weinberger & C. Papastefanou (Hrsg.), *Wege durchs Labyrinth – Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen* (S.107–136). Weinheim und München: Juventa.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89–101.

Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen?

Klaus Fröhlich-Gildhoff
Freiburg, Deutschland

Stephan Jürgens-Jahnert
Wetter, Deutschland

Das Konzept des Mentalisierens findet eine zunehmende Verbreitung, auch über den psychoanalytischen Theorierahmen, in dem es entwickelt wurde, hinaus. Dieser Beitrag untersucht die Ähnlichkeiten bzw. Überschneidungen mit dem Personzentrierten Ansatz (PCA) und spezifisch der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die Möglichkeiten der Ausdifferenzierung der PCA-Theorie und Praxis durch das Konzept der Mentalisierung. Eine kurze Analyse eines Therapietranskripts zeigt die Potentiale des Arbeitens mit der „Mentalisierungsbrille“ auf – zu diskutieren bleibt die Frage danach, wann und wie Personzentrierte Psychotherapeutinnen sich aktiver in den (Selbst-)Entwicklungsprozess von Kindern einbringen sollten.

Schlüsselworte: Mentalisieren, Mentalisierungsbasierte Therapie, Personzentrierte Psychotherapie, Aktivität der Therapeutin¹

Mentalizing and PCA — does that fit? The concept of mentalizing is disseminating across its origin, the psychoanalytic theory. This article investigates the similarities with the Person Centered Approach (PCA), esp. the Person Centered Child and Adolescent Psychotherapy. The analysis of the transliteration of a children psychotherapy sequence shows the potential of the mentalizing concept. The question when Person Centered Psychotherapists should intervene more actively to empower children's self-development should be discussed.

Keywords: mentalizing, mentalized based therapy, Person Centered Psychotherapy, therapist's activity

1. Einführung

Das Konzept des Mentalisierens und der damit verbundenen Mentalisierungsfähigkeit – also der sozial-kognitiven Fähigkeit, „sich mentale Zustände im eigenen Selbst und den anderen Menschen vorzustellen“ (Fonagy et al., 2002, S. 31) – hat im Rahmen der psychoanalytischen Theorie- und Therapieentwicklung

seit etwa 15 Jahren einen immer breiteren Raum eingenommen. Zunehmend werden auch Verbindungen zu anderen Psychotherapieverfahren deutlich und diskutiert (z. B. Brockmann & Kirsch, 2015). Mittlerweile ist daraus ein eigenes therapeutisches Konzept (Mentalisierungsbasierte Therapie, MBT) entstanden, das auch für Patienten mit frühen Störungen, z. B. Borderline-Symptomen, hinsichtlich seiner Wirkungen positiv evaluiert wurde.

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, geb. 1956, Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG); Ausbilder in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der GwG. 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut und als Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers (AKGG). Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Kontakt: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

Die fehlende Mentalisierungsfähigkeit wird als *eine* Grundlage für Selbst-Struktur-Störungen angesehen. Auch in personzentrierten Psychotherapien gibt es Momente des Nichtverstehens durch die Therapeutin, in denen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit den ‚klassischen‘ Interventionen schlecht erreichbar sind. Es herrscht dann der Eindruck vor, sich „im Kreis zu drehen“ und die Reflexionsfähigkeit erscheint eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Frage stellen, ob das Konzept der Mentalisierungsfähigkeit **Ähnlichkeiten** zum personzentrierten Ansatz aufweist und welche Bedeutung

Stephan Jürgens-Jahnert, geb. 1951, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), nach langer Tätigkeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nun im Ruhestand. Kontakt: juergens-jahnertpraxis@web.de

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit und der Redaktionsrichtlinien wird in diesem Beitrag ausschließlich die weibliche Form verwendet – damit sind Menschen aller Geschlechter ausdrücklich eingeschlossen.

es – und zwar sowohl für die Entwicklungs- und Krankheitslehre des PCA als auch für die entsprechende psychotherapeutische Praxis – haben kann.

Im Rahmen kontinuierlich halbjährlich stattfindender Workshops trifft sich seit langem eine Gruppe von erfahrenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen mit personenzentrierter Grundausrichtung, um durch die Analyse von Videos aus Therapiestunden Wirkfaktoren in psychotherapeutischen Prozessen zu identifizieren² (Bericht über diese Arbeit z. B.: Fröhlich-Gildhoff et al., 2004; Fröhlich-Gildhoff, 2007). Im Rahmen dieser Workshops wurden in der Video-Analyse erste Hinweise identifiziert, wie ein Beachten der Mentalisierungsprozesse von Kindern auch deren Selbst-Entwicklung fokussierter unterstützen kann.

In diesem Beitrag wird zunächst das grundlegende Konzept der Mentalisierungsfähigkeit und deren (frühkindlicher) Entwicklung vorgestellt, danach werden Grundsätze der Erwachsenen MBT referiert, sowie Verbindungen zum Personenzentrierten Ansatz (PCA) und insbesondere zur Personenzentrierten Kinderpsychotherapie beschrieben. Anhand des Transkripts einer Therapievideosequenz werden abschließend Möglichkeiten mentalisierungsbasierter Interventionen aufgezeigt.

2. Definition und Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Definition

Das Konzept der Mentalisierung(sfähigkeit) geht davon aus, dass Menschen grundlegend versuchen, das Verhalten anderer zu verstehen – um sich selbst in der (sozialen) Welt orientieren zu können. Dies bedeutet auch, dass Verhalten grundlegend als intentional, also absichtsvoll und mehr oder weniger zielgerichtet gedeutet wird. Mentalisieren bedeutet in diesem Zusammenhang, „dass psychische oder mentale Befindlichkeiten genutzt werden, um zu verstehen, wie sich das eigene und das Verhalten anderer begründet. Psychische und mentale Befindlichkeiten sind z. B. Wünsche, Motive, Ziele, Überzeugungen und Gefühle, die hinter einem Verhalten vermutet werden können. Mentalisierung befähigt demnach, eigenes Verhalten und das Verhalten anderer Menschen durch die Zuschreibung von mentalen Zuständen einerseits zu interpretieren und andererseits vorherzusagen“ (Taubner, 2015, S. 15f). Mentalisierung ermöglicht „die innere von der äußeren Realität sowie innere

psychische und emotionale Vorgänge von interpersonalen zu unterscheiden“ (Fonagy und Target, 2003, S. 364).

Das Mentalisierungskonzept weist Verbindungen mit dem Theory-of-Mind-Konzept der (kognitiven) Perspektivenübernahme auf (vgl. Premack & Woodruff, 1978), geht aber insofern darüber hinaus, als *auch* affektive Zustände bei sich und anderen reflexiv erschlossen werden können. Dies beinhaltet eine angemessene Selbstreflexion und das In-Beziehung-Setzen eigener psychischer Zustände/Befindlichkeiten zu denen anderer Menschen. Darin findet sich wiederum eine Nähe zum Empathiebegriff, das Mentalisierungskonzept geht aber im Einbezug der kognitiven Komponente auch über diesen hinaus.

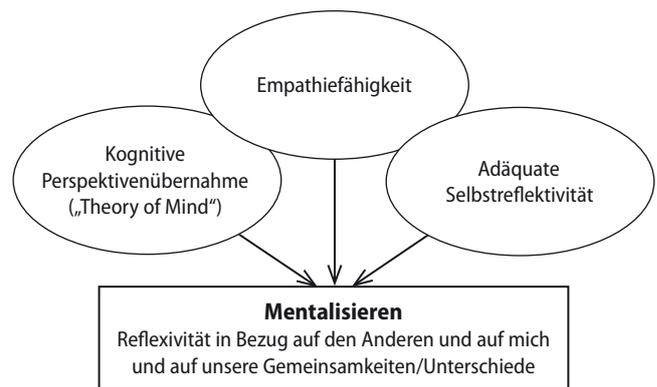


Abbildung 1: Elemente des Mentalisierens

Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Die Mentalisierungsfähigkeit wird entwicklungsgeschichtlich erworben und ist eng verbunden mit (frühen) Beziehungserfahrungen in den Dimensionen Bindung, Affekt-Regulation und -Abstimmung sowie Selbstwirksamkeitserleben. Deutliche Parallelen bestehen zum Konzept der Entwicklung des Selbst und der generalisierten Repräsentation von Interaktionserfahrungen, wie es Stern (1992, 1995) beschrieben hat. Auch die Mentalisierungstheoretikerinnen gehen davon aus, dass das „Selbst aus den Erfahrungen des Individuums in Beziehung zu anderen Personen [entsteht]. Wiederholte Erfahrungen mit anderen werden internalisiert abstrahiert und in mentalen Modellen strukturiert“ (Taubner, 2015, S. 28). Eine enge Verbindung besteht ebenfalls zum Bindungskonzept: Bindungsrepräsentationen werden nach Bowlby (1975, s. a. Grossmann & Grossmann, 2004) über Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen entwickelt. Die daraus entstehenden inneren Arbeitsmodelle, die das Bindungsverhalten – operationalisiert in den vier Bindungsmustern – prägen, sind das Resultat dieser Erfahrung. Taubner (2015, S. 32) postuliert, dass Mentalisierung einem „reflektierenden inneren Arbeitsmodell“ bzw. einem „Kontrollsystem in der Organisation des Selbst“ (ebd., S. 57) entspricht.

² Ein Dank geht an Georg Derx, Katharina Heinen, Ulrike Hollick, Klaus Horstkötter, Jutta Hoßfeld, Gerhard Hufnagel, Manuela Maiworm, Sandra Mielau, Wolfgang Siedenbiedel und Hildegard Steinhauser für die Unterstützung bei den Analyseprozessen.

Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit hat Taubner (2015) unter Berücksichtigung aktueller entwicklungspsychologischer Erkenntnisse in vier Phasen beschrieben:

(1) „Das Selbst als physischer und sozialer Akteur – Geburt bis neunter Monat“ (ebd., S. 39).

Der Säugling sucht in der Interaktion mit den Bezugspersonen und der Umwelt nach Zusammenhängen, um eine innere Struktur aufzubauen: „Nach dem heutigen Wissenstand ist von einer sehr frühen komplexen Fähigkeit des Säuglings auszugehen, die es ihm ermöglicht, ‚Kontingenzen‘, d. h. Zusammenhänge, Bedingtheiten und Ähnlichkeiten zwischen Ereignissen zu erleben, die entweder Folgen der eigenen Motorik sind oder aus anderen Quellen stammen“ (ebd., S. 39; s. a. Gergely, 2002).

Einen wesentlichen Einfluss haben dabei körperliche Prozesse: Der Säugling muss zum einen erfahren, dass die eigenen körperlichen Bedürfnisse kontingent befriedigt werden, zum anderen muss er die Erfahrung machen, dass die eigenen aufkommenden Affekte reguliert werden und es – dann in späteren Lebensabschnitten – zu einer positiven gemeinsamen Affektabstimmung kommt. Eine wichtige Rolle hat hierbei das „soziale Biofeedback“: Der Säugling erlebt zunächst bei sich primäre, körpernahe und affektive Zustände kann diese aber nicht verstehen und noch nicht eigenständig regulieren, sie jedoch durch Mimik und Gestik zum Ausdruck bringen. Dies löst bei der Fürsorgeperson Resonanz aus und sie beantwortet – mit zunehmender Kenntnis des Bedürfnisausdrucks des Säuglings – diese Bedürfnisse möglichst feinfühlig und kontingent. Über die Beantwortung bilden sich Repräsentanzen der eigenen Gefühle aber auch der Interaktionserfahrungen. Der Säugling kann sich mehr und mehr als Urheber des Affektausdrucks, aber dann auch als Beteiligter der „Affektbearbeitung“ sowie der positiven Affektveränderung sehen (s. a. Fröhlich-Gildhoff, Mischo & Castello, 2016).

Eine wichtige Bedeutung hat in diesem Prozess die „Markierung“ der Emotionen: Die inneren Zustände des Kindes werden nicht eins zu eins gespiegelt, sondern die Bezugsperson spiegelt eine leicht abgewandelte oder übertriebene Version des kindlichen Affektausdrucks (z. B. „Ammensprache“) oder wählt einen anderen Modus der Rückmeldung (Kind klopft rhythmisch, Bezugsperson verbalisiert „bumm, bumm, bumm, ...“ im gleichen Rhythmus). „Markierung bedeutet auch, dass die Bezugsperson über die innerpsychischen Befindlichkeiten ihres Babys reflektieren kann, davon nicht überwältigt wird und eine angemessene Antwort auf die Bedürfnisse und den Kummer des Babys findet“ (Taubner, 2015, S. 42). Zugleich macht das Kind die Erfahrung, dass zwar sein Gefühl und Affekt beantwortet werden, durch die Markierung wird jedoch deutlich, dass eine andere Person die Antwort gibt. Dadurch wird gleichfalls

die Fähigkeit, zwischen sich und anderen zu differenzieren, weiterentwickelt.

(2) „Das Selbst als teleologischer Akteur – neun Monate bis zweites Lebensjahr“ (Taubner 2015, S. 43).

Ab etwa dem neunten Monat versteht sich der Säugling mehr und mehr als teleologischer Akteur, das Handeln wird zielgerichtet, das Kind hat erste Urheberschaftserfahrungen verinnerlicht (s. a. Stern, 1992). Es kommt zum Teilen von Aufmerksamkeitsfoki („joined attention“, Tomassello, 1995), sozialer Rückversicherung und nachahmendem Lernen. „Darüber hinaus kann der Säugling nun mehr zielgerichtete, koordinierte Mittel-Zweck-Verhaltensweisen ausführen und auch das Verhalten anderer [zunehmend] als zielorientiert und rational interpretieren. Das Baby nimmt einen teleologischen Standpunkt im Sinne einer ‚naiven Theorie rationalen Handelns‘ ein, welche sowohl Menschen als auch unbelebten Objekten gegenüber wirksam wird“ (Taubner, 2015, S. 43). Dieses Erleben und Wahrnehmen von Mittel-Zweck-Relationen, aber auch die eigenen Urheberschaftserfahrungen, führen zu einem zunehmend adäquateren Verständnis der eigenen Wahrnehmung.

In dieser Entwicklungsphase herrscht zunächst ein „Äquivalenzmodus“ vor: Eigene Empfindungen und Wahrnehmungen werden mit der äußerlichen Realität – so wie sie bis dahin verstanden wird – gleichgesetzt. Im Modus der Äquivalenz werden eigene Gedanken und Gefühle als identisch mit der Realität – und z. T. auch mit denen anderer Personen – erlebt: Wenn das Kind den Gedanken hat, ein Gespenst würde sich unter dem Bett befinden, dann ist es davon vollends überzeugt, dass dies der Realität entspricht. Rationale Erklärungen („das kann doch gar nicht sein, es gibt keine Gespenster“) sind in diesem Falle sinnlos, das *Handeln* im Äquivalenzmodus kann das Kind beruhigen (man kriecht unter das Bett, packt das Gespenst in eine Tasche, öffnet das Fenster und scheucht es hinaus).

Im nächsten Entwicklungsschritt entwickelt sich der Als-ob-Modus, insbesondere im Spiel. Hier werden eigene Wahrnehmung und Realität – z. T. radikal – getrennt. „Das Als-ob-Spiel ermöglicht dem Kind eine neue Form der Affektregulierung, die auf der Externalisierung negativer Affekte basiert“ (ebd., S. 45).

Ein Fallbeispiel für die Übergänge zwischen Als-Ob-Modus und dann zurück in den Äquivalenzmodus ist das Folgende: Eine Jugendliche erzählt von der Phantasie oder dem Wunsch, Model (im Modebereich) zu werden, sie **überlegt**, was man dazu tun muss, die Therapeutin ‚geht mit‘, teilt die Überlegungen, ohne sie einer Realitätsprüfung zu unterziehen. Nach und nach verliert sich das Mädchen völlig in der Phantasie, malt sich aus, wie es berühmt wird, zeigt die entsprechenden Emotionen; die Jugendliche gleitet also von dem Als-Ob-Modus in den Äquivalenzmodus ab. Ein vorsichtiges Spiegeln mit der Realität kann dann in den Als-Ob-Modus zurückführen.

(3) „Das Selbst als intentionaler Akteur im dritten bis vierten Lebensjahr“ (ebd., S. 46).

In diesem Entwicklungsabschnitt differenziert sich die Fähigkeit zur kognitiven (und emotionalen) Perspektivübernahme. „Kleinkinder beginnen in diesem Alter, anderen Menschen Intentionen wie Wünsche und Gefühle zuzuschreiben und können so intentionale mentale Zustände sowie mentale Verursachung repräsentieren“ (Fonagy et al., 2002). Das Kind beginnt dann auch damit, „anderen Personen subjektive Zustände zuzuschreiben, die sich von den eigenen Gefühlen unterscheiden können und erkennt Kausalbeziehungen zwischen verschiedenartigen Zuständen in Form von Wünschen“ (Taubner, 2015, S. 46).

(4) „Das Selbst als repräsentationaler oder mentalisierender Akteur ab dem fünften Lebensjahr“ (ebd., S. 49).

Die Modi der Äquivalenz und des Als-ob werden integriert und verbunden, das Kind kann dann damit „spielen“: Es weiß um die Künstlichkeit der Als-ob-Situation und kann aus dem Äquivalenzmodus bewusst aussteigen. Die Fähigkeit zur kognitiven Perspektivenübernahme („Theory of Mind“) wird zunehmend sicherer und präziser. Das Kind erlangt in diesem Entwicklungsabschnitt die Fähigkeit zur Mentalisierung und kann „verschiedene Perspektiven in Bezug auf menschliches Verhalten einnehmen. Hier ist zu betonen, dass Kinder zuerst verstehen, dass Menschen unterschiedliche Gefühle haben und erst später andere mentale Zustände, wie Überzeugungen mentalisieren können (Fonagy & Target, 2003)“ (Taubner, 2015, S. 49).

Damit entsteht die Fähigkeit, den Realitätsgehalt der eigenen inneren Zustände und mentalen Befindlichkeit überprüfen zu können und mit der Außenwelt zunehmend sicherer abgleichen zu können. Eigene innerpsychische Zustände wie Affekte, Überzeugungen, Aufmerksamkeitsprozesse, Wünsche können zunehmend besser reguliert werden.

Diese Phasen sind keine Stufenfolge, sie „überlappen“ sich, bei Kindern sind sie nicht immer eindeutig abgrenzbar.

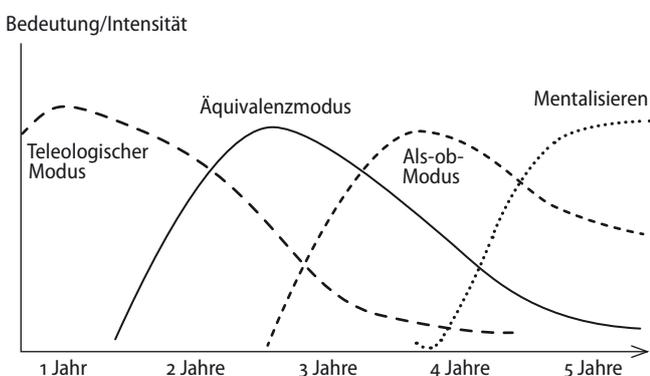


Abbildung 2: Entwicklung der prämentalierenden Modalitäten (in Anlehnung an Schultz-Venrath, 2015)

In der Begegnung mit Kindern wie auch erwachsenen Patientinnen ist es wichtig, Begegnungsantworten auf der jeweiligen Entwicklungsstufe der Mentalisierungsfähigkeit zu geben.

Dimensionen des Mentalisierens

Neben den verschiedenen Entwicklungsphasen werden nach Luyten et al. (2011) vier Dimensionen kognitiver Aktivität beschrieben, die sich entlang folgender Polarisierung erstrecken:

1. automatisch (implizit) vs. kontrolliert (explizit); diese Dimension beschreibt eher reflexartige vs. kontrollierte und reflexive kognitive Prozesse
2. internal fokussiert vs. external fokussiert; diese Dimension bezieht sich darauf, welche Informationsquellen bei Verarbeitungsprozessen primär genutzt werden
3. selbstorientiert (Selbst) vs. fremdorientiert (Andere); hiermit wird der Fokus der mentalen Aktivität angesprochen
4. kognitiv vs. affektiv; diese Dimension beschreibt die (möglichen) Schwerpunkte der mentalen Prozesse.

„In einer normalen Entwicklung von Mentalisierung wird von einer Ausgeglichenheit zwischen den Polen der Mentalisierungsdimensionen ausgegangen“ (Taubner, 2015, S. 63) – die Mentalisierungsaktivität ist zwischen den Polen ausbalanciert bzw. wechselt situationsadäquat, es kommt nicht zu einseitigen Fixierungen.

3. Störungen der Mentalisierungsfähigkeit

Wie beschrieben, steht die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit in einem engen Zusammenhang mit den Beziehungserfahrungen, die ein Kind in den ersten Lebensmonaten und -jahren macht. Die Mentalisierungsfähigkeit wird eingeschränkt, wenn das Kind keine in Bezug auf das eigene Selbst entwicklungsförderlichen Beziehungserfahrungen machen kann. Es kommt zum „Verharren“ in einem der prämentalierenden Modi.

Relevante Kategorien für die Entwicklung einer kohärenten und stabilen Selbststruktur und damit zusammenhängend einer gereiften Mentalisierungsfähigkeit sind (vgl. hierzu auch: Fröhlich-Gildhoff, 2013):

- das Ermöglichen regelmäßiger und kontingenter Reaktionen auf die eigenen Lebensäußerungen, besonders hinsichtlich der psychischen Grundbedürfnisse (Grawe, 2004)
- das feinfühliges Eingehen auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes
- die Unterstützung der Affektregulation und -abstimmung durch die Bezugspersonen, im Besonderen das markierende Spiegeln der Affekte und Emotionen des Kindes

- die Ermöglichung von Urheberschaftserfahrungen, um angemessen-positive Selbstwirksamkeitserwartungen aufbauen zu können; eine Bedeutung hat hier explorationsunterstützende „Assistenz“ durch die Bezugspersonen
- die Ermöglichung der Aufmerksamkeitsfokussierung und -regulierung durch die Präsenz der Bezugspersonen und Momente gemeinsam geteilter Aufmerksamkeit

Die Kommunikation zwischen Bezugsperson und Kind muss von „Wachsamkeit“ (Präsenz) und wechselseitiger „Bezogenheit“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2004) geprägt sein – so kann das Kind sich selbst und den anderen wahrnehmen und entsprechende intrapsychische Repräsentanzen aufbauen.

Wenn die o. g. Selbst-entwicklungsförderlichen Beziehungsparameter nicht realisiert werden, kommt es zu Einschränkungen der Entwicklung einer stabilen Selbst-Struktur und deren bewussten Abbildes, des Selbst-Konzepts. Im personzentrierten Ansatz ist hier von einer „primären Inkongruenz“ (Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel, 1997) auszugehen: Das Selbst ist ‚an sich‘ Einschränkungen und Verletzungen unterworfen, die dann die grundsätzliche Form der Weltbegegnung bestimmen.

Bei starker emotionaler Belastung, insbesondere Bindungsstress, ist die Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Es kommt auch dann zu einer Regression auf prämentalisierende Denkmodi. „Emotionale Anspannung und psychosozialer Stress (führen) besonders dann zu einer Hemmung reifer Mentalisierung [...], wenn sie mit Bindungsbeziehung zu tun haben“ (Taubner, 2015, S. 67).

Frühe, einschränkende Beziehungserfahrungen führen zu einer „Selbst-Grundstörung“ bzw. einer grundlegenden Störung der Selbst-Struktur (vgl. Rudolf, 2006, Jürgens-Jahnert, 2010). Insbesondere Defizite in den Bereichen Selbstwahrnehmung (von Körper, Affekten, mentalen Prozessen) und Aufmerksamkeitslenkung sowie dem empathischen Verständnis Anderer schränken die Mentalisierungsfähigkeit ein und gehen mit dem Fixiert-Sein in prämentalisierende Modi einher.

Diese „Grundstörung“ kann unterschiedliche Ausprägungen haben und zu unterschiedlichen Symptomatiken bzw. „Störungsbildern“ führen (z. B. ADHS, Borderline, Störung des Sozialverhaltens, Depression).

4. Konsequenzen für die psychotherapeutische Arbeit: Das Grundkonzept der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT)

Die Entwicklung der MBT bedeutet für das klassische psychoanalytische Vorgehen eine deutliche Veränderung in Bezug auf therapeutische Haltung und Intervention: Im Zentrum steht die aktive Herstellung eines Arbeitsbündnisses, der Aufbau einer Bindungsbeziehung; beides ist zentrales Ziel der ersten

Therapiephase. Bedeutsam ist die „aktive Haltung des Therapeuten, Angriffe auf das Arbeitsbündnis zu reparieren“ (Taubner, 2015, S. 149). „Damit ist der MBT-Therapeut viel weniger abstinent als der klassische psychodynamische Therapeut“ (ebd., S. 152). Wesentlich ist, dass „der Psychotherapeut sich in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten eindenkt und einfühlt“ (Brockmann & Kirsch, 2015, S. 18); „eine aktive, nachfragende Haltung des Psychotherapeuten ist [...] günstig. Die mentalisierende Exploration schließt ein, dass der Psychotherapeut seine eigene Reflexion (auch die seiner eigenen inneren Welt in Bezug auf das, was im Hier und Jetzt passiert) dem Patienten in geeigneter Form mitteilen kann“ (ebd., S. 19; zum Gesamtkonzept der MBT: Bateman & Fonagy, 2007).

Erst in der mittleren Therapiephase steht die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeiten der Patientinnen im Mittelpunkt. Dazu wird der Fokus auf nicht-mentalisierende Prozesse gerichtet und es werden die prämentalisierenden Modi (s. o.) reflektiert. Dabei müssen die je aktuellen Denkmodi der Patientinnen berücksichtigt und passgenau beantwortet werden. So können Patientinnen im Modus der Äquivalenz komplexe Interventionen wie Übertragungsdeutungen nicht verstehen, vielmehr führen diese zu Stress. Emotionale Erregung muss regulierbar sein, denn unter Stress ist die Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Ein haltgebendes und strukturierendes Vorgehen „hat ... den Vorteil, dem Patienten Sicherheit zu geben und ihn nicht zu weit weg und nicht zu nah ‚am Feuer‘, den heftigen Affekten, zu halten“ (Brockmann & Kirsch, 2015, S. 18).

Bezüge zwischen den Verarbeitungsformen der Patientinnen und der Realität werden dabei durch die Therapeutin validiert. „Die Validierung des subjektiven Erlebens ist die notwendige Grundlage, um dann gemeinsam das vom Patienten Erlebte aus anderen Blickwinkeln reflektieren zu können. Erst wenn die Validierung erfolgreich verlaufen ist, kann der Therapeut Techniken der Klärungen und Exploration mentaler Befindlichkeiten einsetzen“ (Taubner, 2015, S. 153). Entsprechende Interventionen sind z. B. die Reflexion bzw. Klärung von Wahrnehmungen, Empfindungen und Gedanken in der je aktuellen Situation, das markierende Spiegeln oder das Anbieten weiterer Perspektiven oder alternativer Erklärungsweisen (Taubner, 2015; Brockmann & Kirsch, 2015).

Ein weiteres Ziel der Therapie ist die ‚Lockerung‘ vorhandener Fixierungen in den vier Mentalisierungs-Dimensionen (automatisch/kontrolliert; innen/außen-Fokus; selbst/andere; kognitiv/affektiv) – auch hierzu sind aktive Interventionen nötig, wenn sich diese Fixierungen zeigen.

Darüber hinaus ist die Psychotherapeutin ein wichtiges Vorbild: „Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten wird am besten gefördert, wenn der Psychotherapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt:

Es gibt keinen besseren Weg des Mentalisierens, als es selbst zu tun“ (Brockmann & Kirsch, 2015, S. 19).

Die MBT und ihre Wirksamkeit ist für die Behandlung von Patientinnen mit frühen Selbststrukturstörungen empirisch untersucht; es gibt Belege für die Wirksamkeit bei erwachsenen Patientinnen mit Borderline-Störungen im stationären (Bateman & Fonagy, 2008) und im ambulanten Setting (Bateman & Fonagy, 2009) sowie bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten (Roussow & Fonagy, 2012).

Die Konzipierung der MBT für den Bereich der Kindertherapie steht hingegen noch am Anfang. Pionierarbeit hat die niederländische Gruppe um Verheugt-Pleiter (Verheugt-Pleiter et al., 2008) geleistet, Beispiele für mentalisierungs-basierte Interventionen in (psychodynamischen) Kinderpsychotherapien finden sich bei Zemke (2013). Auch bei Kindern ist es das Ziel, sie dabei zu unterstützen, die eigenen mentalen Repräsentanzen aufzubauen bzw. weiter zu entwickeln und altersgemäß die prämentalisierenden Modi ‚aufzugeben‘. Auf der Basis einer haltgebenden Beziehung werden als „wesentliche Behandlungsprinzipien“ beschrieben: „Im Hier und Jetzt der Beziehung arbeiten, sich einstimmen auf die mentale Ebene des Kindes (teleologischer, Äquivalenz oder Als-Ob-Modus), inneren Erfahrungen Realitätswert geben und mit der Wirklichkeit spielen. Dabei ist der Prozess wichtiger als die Technik“ (Zemke, 2013, S. 276).

Verheugt-Pleiter et al. (2008) beschreiben drei bedeutsame „Interventionsgruppen“ im Sinne eines 3-Stufen-Modells:

- a) Aufmerksamkeitsregulation: Es geht dabei um die Förderung der Fähigkeit, die eigene Aufmerksamkeit fokussieren und lenken zu können, „Aufmerksamkeit für sein inneres Selbst zu finden oder herzustellen“ (ebd., S. 110). Ausgangspunkt sind dabei zunächst die physiologischen Empfindungen, später dann konkrete Spieltätigkeiten und dann Interaktionsprozesse.
- b) Affektregulation: Hier stehen die Empfindungen und (Selbst-)Wahrnehmungen des Kindes und deren Regulation im Vordergrund. Dazu gehört auch, „sich in den Als-ob-Modus einzustimmen, die Unterscheidung von Realität und Phantasie zu betonen, Affekte zu benennen, aber auch Grenzen und Regeln zu setzen und damit Phantasie und Realität abgegrenzte Räume zu geben“ (Zemke, 2013, S. 279).
- c) Mentalisieren i. e. S.: Dabei werden konkret „das Denken über mentale Zustände und interaktive Prozesse“ gefördert (Verheugt-Pleiter et al., 2008, S. 152). Es werden Kommentare zu interaktiven mentalen Prozessen gegeben und die Reflexion über das Beziehungsgeschehen erhält stärkere Bedeutung. „Bei mentalisierungsfördernden Interventionen kann es auch um unterschiedliche, subjektive Perspektiven gehen und die Erfahrung, dass psychische Realität mehrere Ebenen gleichzeitig haben kann“ (Zemke, 2013, S. 281).

5. Zwischenfazit: Bezüge zum PCA

Das Mentalisierungskonzept weist eine Reihe von Bezügen zum Personzentrierten Theorie- und Therapiekonzept auf:

(1) Die Entwicklung der Selbst-Struktur wird, ebenso wie im PCA, konsequent auf Beziehungserfahrungen zurückgeführt. Als Konsequenz daraus steht die Person-zu-Person-Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin im Mittelpunkt: Es geht darum, entwicklungsförderliche, „korrigierende“ Beziehungsangebote zu machen, um eine Neuorganisation des Selbst zu ermöglichen. Zugleich ist die haltgebende Beziehung in beiden Ansätzen die zentrale Grundlage und Ausgangsbasis.

(2) Die therapeutische Rolle ist durch eine wahrnehmbare Präsenz – und nicht Abstinenz – gekennzeichnet. Das Moment der (mentalisierungsbezogenen) Selbsteinbringung ist dem Grundprinzip reflektierter Kongruenz des PCA sehr ähnlich.

(3) Ebenso besteht eine Ähnlichkeit zwischen dem geforderten Einfühlen in die Mentalisierungsprozesse der Patientin und dem Prinzip der Empathie – wobei hierbei die kognitive Komponente nicht ausreichend berücksichtigt wird.

(4) Das Beachten der Affekte und Emotionen, deren Abstimmung und Regulierung in der Aktuelsituation, ist ebenfalls ein gemeinsamer Bestandteil des Mentalisierungskonzepts und des PCA. Das wichtige *markierende* Spiegeln wird in der Spielpsychotherapie oftmals implizit realisiert, ebenso das Begleiten des Kindes im Als-Ob-Modus (z. B. in Rollenspielen); eine Konzipierung dieser Begegnungsformen auf einer Meta-Ebene fehlt allerdings.

(5) Die unmittelbare, möglichst passgenaue Begegnung zwischen Therapeutin und Patientin/Kind an dessen jeweiligem Entwicklungsstand und dessen Entwicklungsthema ist ein Grundprinzip des *personzentrierten* Ansatzes; das Prinzip der Berücksichtigung der jeweiligen (prä)mentalisierenden Modi und der damit verbundenen Affekte weist eine hohe Affinität zum PCA auf.

(6) MBT erfordert eine aktive Rolle der Therapeutin; die Grundlagen der Mentalisierungsfähigkeit sollen von den Bezugspersonen gezielt und reflektiert immer wieder angesprochen, ja fast „gelehrt“ werden. Diese therapeutische Aktivität wird im PCA zum einen immer wieder kritisch diskutiert, zum anderen finden sich in störungsspezifischen Therapiekonzeptionen, wie etwa in den Handlungsleitlinien zur Personzentrierten Kinderpsychotherapie bei Störungen des Sozialverhaltens (Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012) und zu ADHS (Jürgens-Jahnert et al., 2015) – beides Symptomatiken, die auf Selbst-Struktur-Störungsanteile verweisen – ebenfalls konkrete Hinweise auf ein aktive(re)s Therapeutinnen-Verhalten. Allerdings ist auch dies auf einer Metaebene für den PCA nicht systematisch ausgearbeitet.

Neben theoretisch begründeten Anregungen zu einem aktiveren Therapeutinnenverhalten erweitert die Einbeziehung der Mentalisierungsfähigkeit den therapeutischen Fokus. Denn mit der „Mentalisierungsbrille“ kann auf andere Funktionsbereiche der menschlichen Psyche geschaut werden als mit der „Inkongruenzbrille“. Bei dieser herkömmlichen Sichtweise geht es primär um die Identifizierung und Bewusstwerdung konflikthafter Bewertungen von Erfahrungen, um Entwicklungsblockaden zu lösen (vgl. z. B. Biermann-Ratjen, 2006). Während hier also die Verarbeitung von Erfahrungen im Mittelpunkt steht, rückt beim Blick auf die Mentalisierungsfähigkeiten und -defizite des Patienten ein anderer Fokus in den Mittelpunkt, nämlich die Funktionsweise des psychischen Apparates. Hier geht es um die Frage, wie bei der Patientin die intrapsychischen Abbilder der Realität, deren psychische Repräsentationen oder – um einen personenzentrierten Begriff zu verwenden – die Erfahrungen selber, generiert werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, zu überlegen, wie das Mentalisierungskonzept systematischer mit der Personenzentrierten Kinder- (und Jugendlichen-)Psychotherapie verbunden werden kann.

6. Überlegungen zum Nutzen des Mentalisierungskonzeptes in der Personenzentrierten Kinder- (und Jugendlichen-)Psychotherapie

Es ist deutlich geworden, dass es eine Reihe von Entsprechungen zwischen dem Mentalisierungskonzept und der daraus abgeleiteten Therapiekonzeption einerseits und dem Personenzentrierten Ansatz andererseits gibt.

Neben der Realisierung der entwicklungsförderlichen Grundhaltung geht es aber auch darum, neue, „korrigierende Beziehungserfahrungen“ (Cremerius, 1979; s. a. Fröhlich-Gildhoff, 2011) zu ermöglichen, damit die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes weiterentwickelt – oder erst aufgebaut – werden kann. Dies bedeutet zum einen eine Acht- und Wachsamkeit der Therapeutin für die (prä-)mentalierenden Prozesse des Kindes, also die Äußerungen des Kindes auf verbaler oder Handlungs-/Spielebene (auch!) mit der „Mentalisierungsbrille“ zu betrachten und zu reflektieren. Zum anderen geht es darum, gezielter und aktiver – und wenn man so will: direkter – die Mentalisierungsprozesse des Kindes zu fördern. Ausgangspunkt ist dabei der jeweilige in der konkreten Hier-und-Jetzt-Situation gezeigte (Mentalisierungs-)Entwicklungsstand des Kindes. Dazu muss ganz spezifisch darauf geachtet werden, in welchem prämentalierenden Modus das Kind denkt bzw. agiert – an diesem muss passgenau die Intervention, die Begegnung der Therapeutin ansetzen, um das Kind zu erreichen und es nicht zu überfordern und damit zu verunsichern.

Wenn die Patientin bspw. im Äquivalenzmodus verharret, sind komplexe „Erklärungen“ nicht angebracht – es geht vielmehr darum, möglichen Stress durch konkretes Handeln oder Bearbeiten der gezeigten Gefühle zu reduzieren. Wenn das Kind z. B. feststellt, dass das verloren gegangene Pferd im Sand möglicherweise erstickt und immer verzweifelter wühlt, um das Pferd zu finden, ist es nicht sinnvoll direkt auf der Mentalisierungsebene anzusetzen, sondern beruhigend den Als-Ob-Modus anzusprechen oder ggf. konkrete Hilfe (im Äquivalenzmodus) anzubieten, das Pferd zu finden.

Das therapeutische Handeln (und Reflektieren!) mit der „personenzentrierten Mentalisierungsbrille“ hat also auch den Charakter einer aktiven Entwicklungsförderung des kindlichen Selbst. Dies bedeutet insbesondere bei Kindern mit Selbststrukturstörungen, dass sich die mentalisierungsförderliche Interaktion an frühen, dem Kind fehlenden, wichtigen Beziehungserfahrungen ausrichtet:

- Förderung der Wahrnehmung des eigenen Körpers und eigener physiologischer Prozesse über aktives Ansprechen, ggf. das Anbieten entsprechender Übungen
- Förderung der Affektregulation und -abstimmung durch eine aktive und differenzierte Rückmeldung über die beim Kind wahrgenommenen Affekte, durch das Markieren der affektiven Rückmeldung sowie eine angemessene Stärkung oder Hemmung des affektiven Zustandes des Kindes durch die amodale Rückmeldung
- Förderung der Aufmerksamkeits-Steuerung durch das Herstellen gemeinsamer Präsenz / gemeinsamer Aufmerksamkeitsfoki
- Realisieren von Feinfühligkeit nicht nur gegenüber den direkten Bedürfnissen, sondern auch den mentalen Zuständen des Kindes
- Aktives Fördern von positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen des Kindes durch das Initiieren von Situationen, in denen das Kind positive Urheberschaftserfahrungen machen und dabei Erfolge haben kann
- eigenes Mentalisieren als Vorbild

In der Therapie können dann unterschiedliche Formen der Mentalisierungsunterstützung gegeben werden: Die Therapeutin

- spricht eigene innere mentale Zustände an, dient damit als Modell,
- handelt, indem sie (vermutete) innere Zustände des Kindes aufgreift,
- verstärkt mentale Prozesse beim Kind passgenau (entsprechend der jeweiligen Entwicklungsstufe mit der Option auf Erweiterung/Weiterentwicklung),
- spiegelt die Mentalisierungsprozesse an sich; dies kann dazu dienen die Prozesse zu stärken, aber ggf. auch zu validieren,
- mentalisiert mit dem Kind über dessen Mentalisieren (Metaebene).

Im Folgenden werden anhand eines Beispiels (Transkript des Ausschnitts aus einer Therapiesitzung³) mögliche und reali-

sierte Interaktionen zwischen Therapeut und Kind unter der Mentalisierungsperspektive betrachtet. Dazu ist zunächst (linke Spalte) der ‚reine‘ Gesprächsverlauf dargestellt. In der mittleren Spalte werden Kommentare zu den Interventionen des Therapeuten gemacht; Bezugspunkt ist hier der ‚Mentalisierungsinhalt‘. In der rechten Spalte werden Vorschläge gemacht, wie die Ebene des Mentalisierens direkter angesprochen werden könnte. Andere mögliche Interventionen/Antworten, z. B. zum Ansprechen der Beziehungsebene, werden bewusst ‚ausgeblendet‘.

3 Leicht gekürztes Transkript der ersten fünf Minuten zu dem Therapievideo: „Karina – das verfluchte Wasser“ aus der Lehr-DVD „Den Spiel-Raum nutzen“, 2. Auflage (mit Untertiteln), GwG & VPKJ (2016). Die Szene spielt im Sandkasten, den das 7-jährige Mädchen Karina direkt zu Beginn der Therapiestunde „ansteuert“. Es handelt sich um die 49. Therapiestunde. Die Therapie war aufgrund der Diagnose Enuresis und Verdacht auf ADHS begonnen worden.

Äußerungen Kind (K)/ Therapeut [männlich] (T)	Kommentar	Mögliche Interventionen auf Mentalisierungsebene
K: Ja! [<i>Kind zeigt Freude, als es entdeckt, dass im Sandkasten das Gebaute der letzten Stunde erhalten geblieben ist</i>] T: Ja, alles so geblieben.	T spricht mögliches Wahrnehmen/ Empfinden des Kindes an – verbleibt aber auf der äußeren Ebene	Da hast du dir Gedanken gemacht, ob es so geblieben ist / Du hast dir ge- wünscht, dass es so geblieben ist / Du bist froh, dass es noch genau so ist... [auf diese Weise kann der hinter dem Ja! stehende psychische Bereich explizit angesprochen werden – wenn es nicht die Eingangssituation stört]
K: Mhm... [<i>zögerlich, nachdenklich</i>] T: Nur die Pferdchen sind abgeräumt worden, aber die kann ich dir wieder raussuchen. K: Aber hier ist noch ein Pferd drinne. T: Da ist noch ein Pferd drinne. K: Ja, das schwarze. T: Das schwarze, ne. K: Mhm. T: Das sollte da auch drin bleiben, ne ...	Hier findet ein Wahrnehmungsabgleich auf Realitätsebene statt (Validierung) dto. T spricht mögliche Absicht des Kindes an (und zeigt ihm damit, dass er diese Absicht wahrgenommen hat und ernst nimmt)	[Nachdenklichkeit könnte angespro- chen werden]
T: Ich habe also noch darüber nach- gedacht, warum das Pferd wohl in der Falle ist. Ich hab's noch nicht so ganz verstanden.	Selbstmentalisierung des T ← Kind geht nicht darauf ein – die Frage würde Spielfluss stören/Frage war zu weit weg vom Prozess des Kindes <i>oder</i> : Kind kann es nicht erklären, weil es selbst keine Erklärung hat	
K: Ich mach gleich die Falle wieder neu. T: Machst sie neu	Kind drückt Absicht aus; Kurzform eines Mentalisierungsprozesses; es erfolgt hier eine „reine“ Spiegelung, bes. des Verhaltens...	Du hast dir etwas vorgenommen, du hast dir ein Ziel gesetzt, du willst die Falle wieder neu bauen ...
[<i>auf das spielende Kind ist von der Seite ein Kissen gefallen</i>] K: Stephan, kannst du mir mal helfen. T: Ach, ist auf dich draufgefallen da hinten. K: Ja.	T signalisiert, dass er das Problem des Kindes verstanden hat	[könnte unter der Mentalisierungs- perspektive verstärkt werden: Absicht/ Wunsch des Kindes könnte angespro- chen werden:] Dich stört das ..., du möchtest, dass ich dir helfe
K: Alle Menschen raussuchen, bitte. T: Alle Menschen. Und du brauchst die Menschen oder du brauchst die Tiere? K: Menschen und Tiere. Nur Menschen. T: Nur Menschen. K: Sind da auch Pferde noch? T: Wenn da noch Pferde sind, die such ich dir auch raus.	T spiegelt zunächst das Kind, geht aber dann darüber hinaus [Frage nach „Ergänzungen“, die auf einen möglichen Plan des Kindes hinweist]	Du hast einen Plan ... und einen Wunsch an mich [die klaren Absichten des Kindes werden erkannt und gespie- gelt]

Äußerungen Kind (K)/ Therapeut [männlich] (T)	Kommentar	Mögliche Interventionen auf Mentalisierungsebene
<p>K: Weil die wollen alle das Pferd fangen. Auch die mit den Gewehren. T: Ja.</p>	<p>Kind drückt einen Spiel-Plan aus <i>und</i>: Kind formuliert Absichten der „Menschen“ im Spiel</p>	<p>Du hast einen Plan, wie das Spiel ablaufen kann – evtl.: da bin ich aber neugierig, wie das wird/weiter geht ... [→ Anregung den Plan weiter zu explizieren und ggfls. dran zu bleiben – weil das Kind sonst springt] Weitergehend könnte man fragen, was die Menschen denn mit den Gewehren machen wollen ... oder warum sie die Pferde fangen wollen ...</p>
<p>K: Ich brauch Wasser für die Leute. Da brauchen wir wieder für Wasser. T: Okay, hole ich dir erst mal Wasser und dann suche ich weiter hier die Menschen raus, ne. Also du willst eine neue Falle bauen, ne? K: Ja. Die gleiche wieder. Das kommt erst mal da hin. ...</p>	<p>T signalisiert, dass er den Wunsch des Kindes aufgreift und es unterstützt T spricht mögliche Absicht/Plan des Kindes an, ein Abgleich(Validierungs)prozess zwischen T und K wird initiiert</p>	<p>[ergänzend möglich:] Du brauchst jetzt Wasser, damit es weitergehen kann in deinem Plan. [dann] Ich vermute, dass du möchtest, dass ich Wasser holen soll</p>
<p>K: Oh, ich bin so doof! [<i>tiefster Überzeugung, stöhnen; starker Affekt</i>] T: Warum? K: Ich sollte das erst nach der Falle bauen. Hier nachher. T: Was solltest du nach der Falle bauen? K: Ich bin so doof. T: Ja? K: Ja, ich bin so doof um nachzudenken. T: Ach so. Hast du erst gar nicht richtig nachgedacht ... K: Ja. T: ... und jetzt fällt es dir ein. K: Joo. T: Ja. So ist man manchmal, ne. ...</p>	<p>Anregen eines – tieferen – Nachdenkens-Prozesses, der Selbstreflexion. Hilfe, um das geäußerte Gefühl mit kognitivem Prozess zu verbinden ← Verstärken, des erkannten Prozesses „beruhigen“; ← andere Interventions-ebene: Selbstbild/wert wird angesprochen</p>	<p>[T verbleibt sorgfältig auf der Ebene des Kindes, begleitet den Selbst-Deutungsprozess] Es kann <i>manchmal</i> vorkommen, dass man nicht richtig nachdenkt</p>
<p>K: Oh, Mann! [<i>Ärmel des Kindes ist runtergerutscht und droht in den Matsch zu geraten</i>] T: Soll ich dir das ein bisschen hochmachen? Warte mal. Ich krepel dir das mal hoch, sonst fällt dir das immer wieder runter. Komm mal her. K: Es fällt gar nicht mehr runter. ...</p>	<p>T thematisiert ein mögliches Problem des Mädchens, versetzt sich also in die Perspektive des Kindes</p>	
<p>K: Ich bau noch mal meine Falle auf. Bisschen Matsch brauch ich. T: Da liegt es ja auch nirgendwo, oder? K: Dann mach ich jetzt meine Falle wieder neu. T: Erst mal nach dem Pferd suchen. K: Ja. Ah, hier ist es! T: Hast du's? Okay. K: Das muss erst mal sauber gemacht werden. Manno! [<i>ärgerlich</i>] ...</p>	<p>Auch hier wird ein Handlungsmoment des Kindes aufgegriffen, das der T „erahnt“ Bestätigung durchs Kind</p>	<p>Absicht/Plan des Kindes hätte als solcher klarer benannt werden können, z. B. Jetzt machst du das, was du dir vorgenommen hast. Du ärgerst dich jetzt, weil ...</p>

Äußerungen Kind (K)/ Therapeut [männlich] (T)	Kommentar	Mögliche Interventionen auf Mentalisierungsebene
T: Ja, das machen wir ganz zum Schluss, wenn du das wirklich für's Spiel brauchst. Weil das trocknet ganz schnell wieder aus. Okay? K: Ja. Wieso magst du denn keinen Matsch? T: Wieso ich keinen Matsch mag? K: Ja. T: Ja, manchmal ist das so, manchmal spiele ich gerne im Matsch und manchmal mag ich keinen Matsch. Und zur Zeit mag ich irgendwie nicht so gerne Matsch. Das Gefühl so an den Händen.	← Mentalisierungsprozess des Kindes! Das Kind thematisiert selbst einen vermuteten inneren Zustand des T Selbstklärung des T, die durch Frage des Kindes initiiert wurde	[Dieser Mentalisierungsprozess hätte auf der Meta-Ebene aufgegriffen werden können:] Du machst dir Gedanken darüber, was ich (nicht) mag.../ Du fragst dich...

Das Transkript des Ausschnitts einer Therapiestunde – das letztlich noch besser bei der Betrachtung des zugehörigen Videos zu verstehen ist – zeigt, dass es in jeder Interaktionssequenz eine Vielzahl von Antwort-/Interventionsmöglichkeiten seitens des Therapeuten gibt bzw. gegeben hätte. Dies spiegelt die Lebendigkeit, aber auch die Komplexität der Kinderpsychotherapie, bei der neben der verbalen eben auch die Spielebene eine sehr große Bedeutung hat (vgl. Weinberger, 2015; Fröhlich-Gildhoff, 2011). In *dieser* Analyse wurden spezifisch Möglichkeiten herausgearbeitet, die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes – also dessen inneren Bezugsrahmen – anzusprechen und zu stärken, also mit der „Mentalisierungsbrille“ die eigenen Interventionen als Therapeutin zu fokussieren. Dies kann in unterschiedlichen Phasen eines Therapieprozesses – oder jeder einzelnen Sitzung – unterschiedlich sinnvoll oder bedeutsam sein. Bei Kindern mit (beginnenden) Selbst-Strukturstörungen erscheint eine systematische Beachtung der (Förderung der) Mentalisierungsfähigkeit jedoch unbedingt nötig. Das Kind muss die Gelegenheit erhalten, in der therapeutischen Beziehung Erfahrungen – von Affektspiegelung, von Co-Regulation, von Interaktionsresonanz (Behr, 2009) und von Rückmeldungen zu den prämentalierenden Modi – zu machen, um über den Aufbau stabiler und adäquater Selbst- wie ‚Außen‘-Repräsentanzen sich selbst und andere besser verstehen zu können.

7. Kurzes Fazit

Das ursprünglich im psychoanalytischen Kontext entwickelte Konzept der Mentalisierung basiert auf allgemeinen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie und greift verschiedene Grundlagenerkenntnisse der Bindungsforschung, der Forschung zur Affekt-/Emotionsentwicklung aber auch der kognitiven Entwicklung („Theory of Mind“-Forschung)

auf, um die Entwicklung eines bedeutenden Bestandteils der Selbst-Struktur zu erklären. Damit werden zugleich Aspekte von Selbst-Struktur-Störungen verständlicher und können im therapeutischen Beziehungsgeschehen gezielter fokussiert und ‚bearbeitet‘ werden. Differentielle Interventionen zur Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit können auch den PCA befruchten oder ergänzen, zumal die Grundlagen – haltgebende und wertschätzende Beziehungsgestaltung, einführendes Eingehen und Verstehen sowie kongruente Selbsteinbringung – sehr stark mit den Grundprinzipien der Personzentrierten Psychotherapie kompatibel sind. Im Rahmen Personzentrierter Kinderpsychotherapie konnten hierzu in diesem Beitrag erste Orientierungspunkte beschrieben werden – zugleich bedarf es noch intensiverer Praxisreflexion und systematischer Forschung, um ein schlüssiges, empirisch abgesichertes Konzept zur Verfügung zu haben. Wichtige zu klärende Fragen sind z. B.:

- In welcher Phase des Therapieprozesses ist es sinnvoll, mentalisierungsbezogene Interventionen in den Vordergrund zu stellen? Welches sind Voraussetzungen dafür?
- (Wie) kann/soll die Therapeutin intervenieren, wenn das Kind *nicht* mentalisiert bzw. – situationsinadäquat – prämentalierende Modi/ Aspekte zeigt?
- Wie zeigen sich (möglicherweise) prämentalierende Modi auf der *Spielebene*? Wie soll(t)en diese aufgegriffen werden? Ist dies auch im Spiel direkt, nonverbal oder präverbal möglich (und sinnvoll)?
- Wann ist eine mentalisierungsstützende Intervention unbedingt nötig – und wann sollte sie besser unterbleiben?

Insgesamt wirkt das beschriebene Vorgehen für den PCA – und darüber hinaus! – die konzeptionelle Frage nach Kriterien auf, *wann* Therapeutinnen sich *aktiver* einbringen sollen, um nicht nur als „Raumgeber“ und Partner für die Selbstentwicklungsprozesse der Kinder zur Verfügung zu stehen, sondern direkt(iv)er als Selbstentwicklungshelferinnen zu fungieren.

Literatur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). *Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2008). 8 years follow up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip der Interaktionsresonanz. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Brockmann, J. & Kirsch, H. (2015). Mentalisieren in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 14(1), 13–22.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler. (Original erschienen 1969: Attachment and loss, Vol. 1. Attachment).
- Cremerius J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, 577–599.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (Hrsg.) (2003). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G. (1997). Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28(1), 37–50.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In H.-P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine diskursive Annäherung* (S. 161–194). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Darstellung eines langfristigen Forschungsprojekts. In J. Hein & K.-O. Hentze (Hrsg.), *Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur* (S. 219–231). Bonn: Dt. Psychologen Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: S. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, F. Wetzorke, & M. Schwarz (Hrsg.). *Ich sehe was, was Du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 25–38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 16 (1), 46–58.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Angewandte Entwicklungspsychologie der Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Mischo, C. & Castello, A. (2016). *Entwicklungspsychologie für Fachkräfte in der Frühpädagogik* (2. überarb. Aufl.). Köln: WoltersKluwer.
- Gergely, G. (2002). Ein neuer Zugang zu Margret Mahler. Normaler Autismus, Spaltung und libidinöse Objekt Konstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungstheorie. *Psyche*, 56, 809–838.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jürgens-Jahnert, S. (2010). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder – Tagungsband der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personen-zentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Jürgens-Jahnert, S., Hollick, U. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 19(2), 81–103.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. & Vermote, R. (2011). Assessment of mentalization. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Hrsg.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (S. 43–65). Washington DC: American Psychiatric Pub.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515.
- Roussow, T. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Schultz-Venrath, U. (2015). *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1995). Die Repräsentation von Beziehungsmustern, entwicklungspsychologische Betrachtungen. In R. Petzold, (Hrsg.), *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung*, (Bd. 2) (S. 193–219). Paderborn: Junfermann.
- Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial.
- Tomasello, M. (1995): Joint attention as social cognition. In C. Moore & P. J. Dunham, (Hrsg.), *Joint attention. Its origins and role in development* (S. 103–130). Hillsdale/New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Verheugt-Pleiter, A. J., Zevalkink, J. & Schmeets, M. (2008). *Mentalizing in Child Therapy*. London: Karnac Books.
- VPKJ (Verband Personenzentrierter Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen) und GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie) (2016). *Den Spielraum nutzen. Lehr-DVD zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. 2. Auflage mit Untertiteln. Köln: GwG.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Zemke, B. (2013). Mentalisieren in der Psychotherapie mit Kindern. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28, 268–284.

Personzentrierte Familientherapie

Torsten Ziebertz & Maria Lieb

In diesem Artikel werden theoretische und praktische Überlegungen zu einer Personzentrierten Familientherapie vorgestellt. Nach einem Überblick über einige deutsche und US-amerikanische Ansätze der Personzentrierten Familientherapie, wird eine Forschungsstudie präsentiert, die belegt, dass personzentrierte Berater¹ und Therapeuten, die mit Familien arbeiten, einen Mangel an theoretischer personzentrierter Fundierung ihrer Tätigkeit in ihrem Arbeitsfeld erleben. Anschließend werden von den Autoren entwickelte Rahmenbedingungen wie Strukturtransparenz, Beratungskontext, Setting und Co-Therapie aufgezeigt, die, im Gegensatz zur Einzeltherapie, als grundlegend erscheinen. Für die Familientherapie braucht es ein weitreichenderes praktisches Vorgehen, das über die von Rogers formulierten Bedingungen hinausgeht. Dieses können die von den Autoren entwickelten „Differenziellen Interventionen“ sein, wie z. B. die Konsequenzen des Verhaltens deutlich zu machen, indirekte Kommunikation, Grenzsetzungen und die therapeutische Beziehungsgestaltung zu Kindern und Jugendlichen.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Familientherapie, Familientheorie, Differentielle Interventionen, Familiäres Rückkopplungsmodell

Person-centered family therapy. This article provides theoretical and practical reflections of person-centered family therapy. After a short overview of german and american approaches to person-centered family therapy, it will be shown on the basis of a research study, that person-centered counselors and therapists experience a lack of person-centered theory for their field of work with families. The authors present framework conditions that are very fundamental in family theory by contrast to individual therapy: the transparency of structures, the context of counseling, the setting and the co-therapy. Family therapy demands a more practical and far-reaching procedure than what Rogers said about conditions. A possible approach could be what the authors developed: the „Differential Interventions“. They include revealing the consequences of behavior, indirect communication, setting of limits and therapeutic creation of relationship with the children and adolescents.

Keywords: person-centered family therapy, family theory, differential intervention, family- feedback- model

Ansätze der personzentrierten Familientherapie

Vorangestellt sei gesagt, dass **Carl R. Rogers**, soweit bekannt, niemals mit Paaren oder Familien therapeutisch gearbeitet hat

Dr. phil. Torsten Ziebertz, geb. 1974 ist Erziehungswissenschaftler, Dipl.-Sozialpädagoge, Ausbilder für Personzentrierte Beratung (GwG), Systemischer Familientherapeut, Supervisor, Traumapädagoge. Inhaber eines Institutes für Fort- und Weiterbildung, Supervision und Organisationsentwicklung. Bis 2016 Professur für Erziehungswissenschaft an der Hochschule Düsseldorf. Stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der GwG. Koordinator der Projektgruppe Personzentrierte Familienberatung/-therapie (GwG). Kontakt: info@ziebertz-institut.de

Maria Lieb, geb. 1982. Psychosoziale Beratung/Counselling (M. A.), Sozialpädagogin (B. A.); Personzentrierte Beraterin (GwG); Systemische Familientherapeutin, Supervisorin, Traumapädagogin (i. A.). Langjährige Tätigkeiten in den Bereichen der Familientherapie und klinischen Sozialarbeit, eigene Praxis für Psychosoziale Beratung, Supervision & Organisationsentwicklung, Lehrbeauftragte der Alice-Salomon-Hochschule Berlin. Koordinatorin der Projektgruppe Personzentrierte Familienberatung/-therapie (GwG). Kontakt: info@beratung-lieb.de

(O’Leary & Mearns, 2008). Wie Bott (2001) ausführte, vermutete Rogers sogar selbst, dass die von ihm formulierten „notwendigen und hinreichenden therapeutischen Bedingungen“ in Bezug auf Paare und Familien eben genau diesen Anspruch nicht erfüllen könnten.

Rogers (1998a) formulierte eine rudimentäre Theorie der Familie, welche aber im Grunde eine Ableitung seiner Therapie-Theorie darstellt und sich auf die zwischenmenschliche Beziehung zweier Personen (analog zur Berater-Ratsuchender-Beziehung) bezieht. Somit „zerlegt“ er die Familie in ihre Zweier-Beziehungen. Die charakteristischen Dynamiken familiärer Kommunikation und Interaktion, die gemeinsame Geschichte und Sinndeutungsmuster lässt Rogers dabei außen vor wie auch Cain feststellt „In my assessment, Rogers never moved from

1 Zur besseren Lesbarkeit wird die grammatikalisch männliche Form gewählt, es mögen sich aber alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen fühlen.

an individual to a group or systems perspective in his thinking. (...) Primarily, he paid enormous attention to the individual within a group, and very little attention to the group as a whole and its dynamics“ (1989, S. 249).

Gleichwohl enthält die Persönlichkeitstheorie von Rogers (1999) schon eine systemtheoretische Perspektive, wenn auch unter anderen Begrifflichkeiten, die es noch expliziter herauszuarbeiten gilt.

An anderer Stelle beleuchtet Rogers (1998b) allerdings die Veränderungen, die ein Mensch durch seine personenzentrierte Therapie in seinem Familienleben impliziert: „Es liegt eine solche Befreiung, eine so beglückende Auflockerung von Abwehrhaltungen in der Erfahrung, verstanden zu werden, dass das Individuum diese Atmosphäre auch für andere schaffen möchte“ (1998b, S. 316). Dies könnte vermuten lassen, dass Rogers annahm, dass die heilsame Entwicklung eines Familienmitgliedes quasi automatisch eine Entwicklung des ganzen Familiensystems in Gang setzen würde. Bott (2001) führt aus, wie zahlreiche personenzentrierte Autoren dieser Sichtweise widersprechen (z. B. Cain, 1989; Anderson, 1989; Esser & Schneider, 1989; Bott, 2001).

Rogers schrieb auch ein Buch über Paarbeziehungen (Rogers, 1992), welches sich aber ebenfalls nicht einer Theorie des Paares bzw. Familie oder speziell der Paar- und Familientherapie zuwendete, sondern sich mit unterschiedlichen Partnerschaftsformen auseinandersetzt, die Rogers im Laufe seiner Gruppenarbeiten kennen gelernt hat (vgl. Esser & Schneider, 1989). Es blieb aber (und bleibt es weitestgehend auch bis heute) im Personenzentrierten Ansatz die Einbettung des Einzelnen in familiäre Beziehungsstrukturen theoretisch unterbelichtet (Anderson, 1989; Kriz, 2004; Gaylin, 2008).

Stefan Schmidtchen entwickelte in Deutschland die „Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie“, welche als eine Kombination aus Spieltherapie mit dem Kind und Familientherapie mit der ganzen Familie zu verstehen ist. Während in den Anfängen der personenzentrierten, damals noch nichtdirektiven Kindertherapie (Axline, 1947, deutsch 2002) die Eltern bzw. andere Familienangehörige sehr vernachlässigt wurden, „... muss man nach den revolutionären Sichtweisen der Familientherapie und Familiensystemtheorie davon ausgehen, dass ein Kind immer als ein Teil eines Familienganzen zu sehen ist und dass eine psychische Störung eines Kindes immer ein Widerhall einer psychischen Störung des interaktionellen Familiengeschehens ist. Insofern muss eine Kindertherapie immer mit einer Familientherapie einhergehen“ (Schmidtchen, 1996, S. 1).

Schmidtchen beschäftigt sich in seinen Schriften nur ansatzweise mit einer theoretischen Konzeption der Familie (1996, 2001), sein Arbeitsschwerpunkt liegt auf der praktischen Ebene der therapeutischen Interventionen.

Jürgen Kriz entwickelte die „Personenzentrierte Systemtheorie“ (z. B. 1999, 2004, 2013), aus dem Bedürfnis heraus, für wesentliche Aspekte psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Prozesse angemessenere Modellvorstellungen bereitzustellen (Kriz, 2004).

Der erste Teil des Begriffspaars „**Personenzentrierte Systemtheorie**“ lässt hier die Vermutung aufkommen, dass es sich hier um eine Theorie handelt, welche sich ausschließlich aus dem Personenzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers ableitet. Maßgeblich einflussnehmend ist aber ebenso der zweite Begriffsteil „Systemtheorie“. Diese, von Kriz angelehnt an das Konzept der Synergetik (Haken, 1990; Haken & Schiepek, 2006; Ziebertz, 2008b) befasst sich mit der Stabilität eines Systems, seiner selbstorganisierten Strukturbildung und seiner Veränderung.

Eine Kernfrage Personenzentrierter Systemtheorie ist, wie Ordnung in unserer Lebenswelt entsteht, wie Menschen ihre Lebenswelt strukturieren. Diese Frage beantwortet Kriz zunächst mit Beispielen aus der naturwissenschaftlichen Forschung; diese Ergebnisse überträgt er schließlich auf soziale Systeme. Er geht von beobachtbaren Regelmäßigkeiten in der Interaktion zwischen Mitgliedern sozialer Systeme aus, gleichzeitig betrachtet er diese Interaktionen stets auch als persönlichen Ausdruck der beteiligten Individuen. Individuelle Prozesse stellen demnach die Basis für die Interaktion dar. Kriz greift u. a. auch auf erläuternde Beispiele aus dem sozialen System „Familie“ zurück und beschreibt wie „Ordnung“ bzw. „Ordnungsübergänge“ in der Familie entstehen (Kriz, 2013).

Im englischsprachigen Raum ist der US-Amerikaner **Ned Gaylin** für den Bereich der personenzentrierten Familientherapie zu nennen. Gaylin nannte sein Konzept zunächst „Familienzentrierte Therapie“ (1990), entschied sich aber später für den Namen „Personenzentrierte Familientherapie“, um sich zum einen von den anderen systemischen Ansätzen abzugrenzen und zum anderen die Bedeutung der individuellen Person mehr hervorzuheben (Gaylin 2001, 2002, 2008).

„Die Anwendung der Familientherapie im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes ist sowohl natürlich als auch angemessen. Ihre Ideologie und ihre Methoden decken sich völlig mit jenen des Personenzentrierten Ansatzes in der Arbeit mit Einzelpersonen. Im Gegensatz zu ihren systemorientierten Kollegen arbeiten personenzentrierte Familientherapeuten mit jedem Einzelnen im Rahmen seiner intimsten Lebenssphäre – der Familie. Am meisten wendet sich der personenzentrierte Familientherapeut jedoch dem Erleben der Familienmitglieder als Einzelpersonen zu, denn daraus entsteht ihr gemeinsames Bild als Familie“ (Gaylin, 2002, S. 320). Gleichwohl wendet sich Gaylin auch den Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern zu: „Der Familientherapeut wechselt ständig zwischen der

interpersonellen und der intrapersonellen Dynamik, die sich innerhalb der familientherapeutischen Sitzung abspielt, hin und her“ (Gaylin, 2002, S. 327).

Gaylin legt seinen Schwerpunkt auf die Ebene der Methoden und Interventionen, also auf die Frage: Wie kann in personenzentrierter Weise mit Familien beraterisch/therapeutisch gearbeitet werden? Hierzu entwickelte er auch einige Methoden. Aber auch im theoretischen Bereich entwickelte Gaylin Ansätze, die Familie personenzentriert zu beschreiben. Dabei hält er sich eng an das von Rogers entwickelte Persönlichkeits- und Therapiekonzept, welches er um zwei wesentliche Grundannahmen erweiterte – die *Familienaktualisierungstendenz* und die *interpersonelle Inkongruenz* (Eckert, 2006).

Charles O’Leary, ein weiterer US-Amerikanischer personenzentrierter Familientherapeut, beschäftigt sich damit, wie die Arbeit mit Familien und Paaren auf personenzentrierte Art aussehen kann. Er verwendet dafür überwiegend den Begriff „Relational Counselling“ (2008, S. 294), worin sowohl das Arbeiten mit Paaren als auch mit Familien einbezogen wird. Allgemein kann gesagt werden, dass O’Leary einen sehr praxisorientierten Ansatz entwickelte. Theoretisch schließt er sich überwiegend den Entwicklungen von Rogers an. Dennoch bezieht er die systemische Denkweise in seine Tätigkeit als Familientherapeut mit ein (O’Leary, 1999), setzt sich mit den von Rogers entwickelten Grundbedingungen auseinander und erweitert diese auf die Arbeit mit der Gesamtfamilie.

Den von Rogers entwickelten Personenzentrierten Ansatz sieht er als äußerst geeignet in der sog. „Beziehungstherapie“ an, da seiner Ansicht nach der Ursprung von Beziehungsproblemen innerhalb der Familie, an einem Mangel an Kontakt, an vorhandenen Inkongruenz und der fehlenden Bereitschaft für gegenseitiges Verständnis liegt (O’Leary, 2008). Einen großen Mehrwert sieht er in der Arbeit mit der Familie, im Vergleich zur Einzeltherapie, darin, dass der Therapeut jeden Einzelnen auch im familiären Kontext erlebt, wodurch bspw. die Beobachtung gemacht werden kann, dass die Selbst- und Fremdwahrnehmungen sich sehr voneinander unterscheiden können.

Der ehemalige Rogers-Schüler **Thomas Gordon** (z. B. 2012a, 2012b) entwickelte auf Basis personenzentrierter Annahmen ein Eltern-Trainingsprogramm für ein „besseres“ Miteinander von Eltern und Kindern, was er „Parent Effectiveness Programm“ (deutsch: Familienkonferenz) nannte.

Michael Behr (2012) entwickelte auf Basis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine „Interaktionelle Familientherapie“, die ihren Schwerpunkt auf eine Unterstützung des interaktionsaktivierenden Handelns in Familien legt.

Das „Familiäre Rückkopplungsmodell“ von **Torsten Ziebertz** (2008a) beschreibt die zirkulären Rückkopplungen innerhalb und außerhalb einer Familie auf den unterschiedlichen System- und Konzeptebenen.

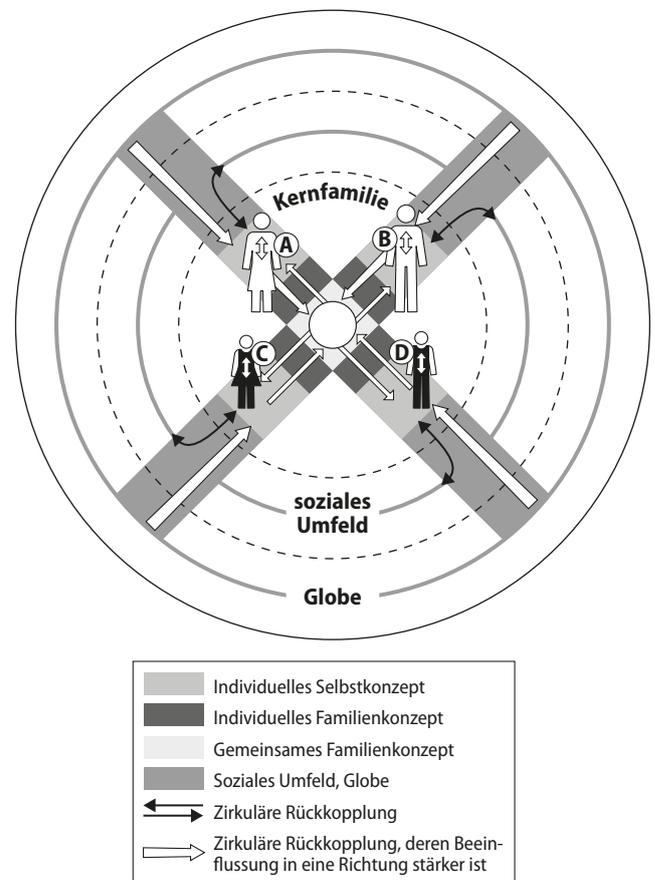


Abbildung 1: Familiäres Rückkopplungsmodell

Die Abbildung 1 des Familiären Rückkopplungsmodells zeigt im Inneren die Kernfamilie mit den Eltern A und B und den Kindern C und D. Im nächsten Kreis findet sich das soziale Umfeld der Familie (Ursprungsfamilien der Eltern, Freunde, Schulkameraden, Arbeitskollegen etc.). Im äußersten Kreis steht der „Globe“ (Cohn & Farau, 1984 [Politisches System, Gesellschaft, Kultur, biologische und materielle Umwelt]).

Als grundlegende, nicht mehr zu reduzierende Größe in einem Familiensystem steht das Individuum mit seinem individuellen Selbstkonzept. Das Selbstkonzept bildet sich aus und verändert sich durch die gegenseitig rückgekoppelten Interaktionen mit der Umwelt. Dieser externe Input des sozialen Umfeldes und des Globes wird vom und im Individuum, dem kleinsten informationsverarbeitenden Subsystem, wahrgenommen und u. U. ins Selbstkonzept integriert (Pavel, 1989). Hierbei ist zu beachten, dass die zirkuläre Beeinflussung des Globe auf das Individuum größer ist als anders herum. Ebenso sind die Einflussmöglichkeiten der Eltern auf die Familie größer als die der Kinder. Satir (1994) bezeichnete aus diesem Blickwinkel

heraus die Eltern als die „Architekten“ der Familie. Durch sie bilden die Kinder ihre emotional-kognitiven Prozesse zur Informationsverarbeitung und Handlungsorganisation aus, letzten Endes ihr Selbstkonzept (Schmidtchen, 1996).

Als ein Teil des personenzentrierten Selbstkonzeptes bildet der Einzelne ein *individuelles Familienkonzept* aus (Schmidtchen, 2001). Dieses enthält die bewussten Wertgehalte, Vorstellungen, Regeln, Glaubenssätze und Ideale des Individuums über familiäre Kommunikation und Interaktion im Allgemeinen. Das *individuelle Familienkonzept* formt sich zu einem großen Teil in der Kindheit durch Erziehung und Sozialisation in der Ursprungsfamilie. Ähnlich wie sich im Erwachsenenalter das Selbstkonzept verändert, verändert sich weiterführend auch das *individuelle Familienkonzept*. Dort, wo die *individuellen Familienkonzepte* der einzelnen Familienmitglieder kongruent sind, wo sie sich also überlappen, entsteht das *gemeinsame Familienkonzept* (ebd.). Diese Schnittmenge enthält die gemeinsamen Wahrnehmungen, Regeln, Normen und Ziele aller Familienmitglieder über die Kommunikation und Interaktion in ihrer Familie. So entsteht ein „Familiengeist“, der halbwegs einheitlich ist. Hier kennt sich der Einzelne aus und findet sich zu Recht (Pavel, 1989). Das *Gemeinsame Familienkonzept* als eine handlungsleitende Regelstruktur lässt sich bei längerer Beobachtung der Familie anhand ihrer spezifischen Interaktionsmuster erkennen (Schneewind zit. in Schmidtchen, 1996, S. 30). *Selbstkonzept, individuelles Familienkonzept* und *gemeinsames Familienkonzept* sind in einem ständigen Prozess der zirkulären Rückkopplung: Erlebt das Individuum durch (soziale) Umwelterfahrungen eine Veränderung seines *Selbstkonzeptes*, zieht dies natürlich auch eine Veränderung seines *individuellen Familienkonzeptes* nach sich. Somit variiert im Weiteren auch die Schnittmenge des *gemeinsamen Familienkonzeptes* in Größe und Inhalt. Im *gemeinsamen Familienkonzept* werden diese individuellen Inputs in einem zirkulären Kreislauf verarbeitet und zu allen Familienmitgliedern rückgekoppelt. Was nach dieser zirkulären Verarbeitung letzten Endes als finaler Output wieder beim Einzelnen ankommt, ist so individuell, dass es kaum vorausgesagt werden kann. Es ist z. B. möglich, dass der finale Output bei allen Familienmitgliedern völlig unterschiedlich ist. Ursache dafür ist, dass lebende Systeme (Familien wie auch der einzelne Mensch) sich selbstorganisierende Systeme sind, d. h. in ihrem einmaligen Erleben und Verhalten nicht prognostizierbar sind (Kriz, 1999, 2004).

Die interne Rückkopplung in der Kernfamilie bewegt sich zwischen dem Pol *individuelles Selbstkonzept*, über den Pol *individuelles Familienkonzept* hin zu dem Pol *gemeinsames Familienkonzept* und von dort, variiert, wieder zurück. Somit sind diese drei Pole, die quasi als Transformatoren (Kriz, 1999) wirken, einer ständigen Veränderung und Neu-Definition unterworfen.

Da es im weiten Feld der personenzentrierten Familientherapie so gut wie keine empirische Forschung existiert, sollen die Ergebnisse einer der wenigen Studien kurz dargestellt werden.

Forschungsergebnisse

Ziebertz (2012) führte eine Studie durch, in welcher, mit Familien arbeitende personenzentrierte Berater qualitativ interviewt wurden. Es wurden insgesamt 40 personenzentrierte Berater zu ihren subjektiven Theorien über Familien befragt. Gruppe A bestand aus personenzentrierten Beratern zeitnah nach der Ausbildung. Gruppe B bestand aus personenzentrierten Beratern nach langjähriger Praxis. Durch diese Quasi-Längsschnittstudie wird ein Prozess der Bildung subjektiver Beratungstheorien deutlich. Die Berater empfanden eine große Unzufriedenheit aufgrund der fehlenden personenzentrierten Theorie der Familie, da ihnen eine theoretische Fundierung ihrer Arbeit generell wichtig erschien. Dies veranlasste sie ihr (personenzentriertes) Wissen durch subjektive Theorien aus den systemischen Theorien, ihren Berufserfahrungen in der Arbeit mit Familien und eigenen biografisch-familiären Erfahrungen zu ergänzen. Dadurch ergibt sich ein höchst subjektives und individuelles Theorie-Praxis-Wissen bei den Beratern, welches zudem nicht verfahrens-kohärent ist, sondern Theorien, Konzepte und Methoden aus anderen Verfahren (vornehmlich dem systemischen Ansatz) mit einbezieht.

So sind in beiden Untersuchungsgruppen die genannten *Charakteristika der Familie* sehr systemisch geprägt (z. B. Familie als System, wechselseitige Beeinflussung). Personenzentrierte Aspekte wie z. B. gegenseitige Akzeptanz stehen am Schluss. Auf die Frage nach den *Risikofaktoren einer Familie* nennen beide Untersuchungsgruppen mehr extrafamiliäre Faktoren (z. B. schlechtes Wohnumfeld, finanzielle Not) und weniger innerfamiliäre Beziehungsfaktoren (wie z. B. viel Streit, fehlende Liebe).

Die Frage nach den *Schutzfaktoren einer Familie* beantworteten beide Untersuchungsgruppen ebenfalls weniger mit personenzentrierten Faktoren wie gegenseitige Empathie und Wertschätzung. Im Sinne einer *Störungsbearbeitung* geben beide Untersuchungsgruppen der Beratung mit der ganzen Familie den Vorzug vor der Arbeit mit dem einzelnen belasteten Familienmitglied.

Die Frage nach einer verfahrens-fremden Methodennutzung ergab, dass folgende systemisch-lösungsorientierten Methoden von entsprechend vielen der befragten Berater genutzt werden:

- Reframing 90 %
- Wunderfragen 60 %
- Zirkuläres Fragen 55 %
- Schlussinterventionen/ Hausaufgaben 40 %
- Skalierung 37,5 %

Ganz offensichtlich erleben die Berater ihr personzentriertes Methodenrepertoire in der Arbeit mit Familien als nicht hinreichend.

Die Studie macht deutlich, dass es in Theorie und Praxis noch viele Lücken der personzentrierten Familientherapie zu füllen gilt. Diese Lücken beziehen sich im Wesentlichen auf die Punkte:

- Personzentrierte Theorien der Familie
- Personzentrierte Theorien zu Paar, Intimität und Sexualität²
- Praktische Methoden der Paar- und Familientherapie, die sich verfahrenskohärent aus den Theorien ableiten
- Methoden und Konzepte zum Einbezug von Kindern und Jugendlichen
- Selbsterfahrung mit dem Schwerpunkt der eigenen (Herkunfts-) Familie in den entsprechenden Weiterbildungen³

Diese Lücken zu füllen wird eine der theoretischen und konzeptionellen Herausforderungen im Bereich der Personzentrierten Familientherapie werden. Eine Projektgruppe der GwG arbeitet seit 2015 genau an dieser Thematik.

Methoden der personzentrierten Familientherapie

Besonders Gaylin und O'Leary entwickelten einige therapeutische Methoden, die deutlich über die von Rogers für die Einzeltherapie formulierten Bedingungen hinausgehen.

Gaylin entwickelte folgende drei Methoden: Mit der Methode „*Interspace reflection*“ macht Gaylin darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, neben dem Sich-Einfühlens in jedes einzelne Familienmitglied, ebenso den Dialog der Mitglieder untereinander transparent zu machen. So können bspw. zuerst die Gefühle jedes Einzelnen benannt werden, um dann darauf aufbauend das Dazwischen zu reflektieren (Gaylin, 2002). Gaylin beobachtet im Unterschied zur Einzeltherapie, dass der innere Dialog im Außen und nicht im Innen stattfindet, und es sich somit um einen interpersonellen Austausch der Familienmitglieder untereinander handelt (Gaylin, 2002).

Von „*Ghosting*“ spricht Gaylin, indem er stellvertretend mögliche Gefühle des Familienmitgliedes nennt, welches in der Therapiesitzung nicht anwesend ist. Es ist so möglich, wenn über die nicht anwesende Person gesprochen wird, der Therapeut die angenommenen Gefühle der Familie gegenüber immer wieder laut machen kann. Diese Form der Wertschätzung hat zur

Konsequenz, dass die Familienmitglieder Vertrauen gegenüber dem Familientherapeuten entwickeln, dass dieser, auch bei eigener Nicht-Anwesenheit auf sie achtet.

Von „*Intergenerational echoing*“ spricht Gaylin, wenn ein Elternteil sich an Erlebnisse und Gefühle aus seiner eigenen Kindheit erinnert. Ein solches Wiedererkennen ähnlicher Erfahrungen des Elternteils mit seinen eigenen Eltern führt oft zu schnellen Verhaltensveränderungen und häufig zu einem Wendepunkt in der Therapie.

Charles O'Leary (1999) nennt im Wesentlichen folgende Methoden:

Strukturierung der Sitzungen. Da es gleichzeitig mehrere Klienten im Raum gibt, ist es die Aufgabe des Therapeuten, darauf zu achten, dass jeder Klient zu seinem Recht kommt. Dazu braucht es ein strukturierendes und grenzsetzendes Intervenieren des Therapeuten.

Reflektion der familiären Interaktion. In der Familientherapie wird nicht nur das Gesagte des Einzelnen empathisch verstanden und an den bzw. die Klienten zurückgegeben, sondern auch die gesamte Interaktion der Familie, um dem Einzelnen einen Zugang zu den familiären Interaktionsmustern zu geben.

Reframing. O'Leary verwendet die (originär systemische) Methode des „Reframing“, um Familien eine andere Perspektive anzubieten, die die Bedeutung eines Ereignisses oder Prozesses ändert.

Fragen stellen. Anders als in der Einzeltherapie kommt nach Ansicht von O'Leary der Familientherapeut nicht umhin, Fragen zu stellen. Diese dienen nicht der interviewenden Informationssuche, sondern dem „facilitating“ der einzelnen Meinungen, Ansichten und Wahrnehmungen der Familienmitglieder.

Die folgenden, von den Autoren entwickelten Rahmenbedingungen und Differentiellen Interventionen, gehen ebenfalls über die von Rogers für die Einzeltherapie formulierten Bedingungen hinaus und erscheinen für die Personzentrierte Familientherapie als grundlegend (Lieb & Ziebertz, 2016).

Rahmenbedingungen

Die Arbeit mit belasteten Familien hat aus Sicht der Autoren große Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen und Interventionen, weshalb diese zwei zentralen Bereiche fokussiert werden.

Um in die inhaltliche Arbeit mit belasteten Familien einsteigen zu können, braucht es zunächst einen *klar strukturierten Rahmen* für die Familie wie Setting, Gesprächsregeln, Anliegenklärung (inklusive der Anliegen möglicher weiterer Beteiligten wie Schule, Kindergarten, Jugendamt etc.),

² Zu diesen Themen hat Lieb (2015) eine erste Abhandlung verfasst.

³ Die Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG) bietet ab Herbst 2017 eine Weiterbildung in Personzentrierter Familientherapie in Deutschland an.

Auftragsbündnis etc. Dieser Rahmen sollte der Familie transparent sein und gemeinsam erarbeitet werden (Ziebertz & Lieb, 2014). Unter Setting werden hier Fragen des Beratungsortes und der am Gespräch teilnehmenden Personen verstanden. Die Autoren empfehlen, dass die Familientherapie sowohl in Form einer *Komm-Struktur als auch im aufsuchenden Kontext* stattfinden kann. So ist es in der Einstiegsphase wichtig zu erkennen, welchen Bedarf Familien haben, um mit ihnen ein passendes Setting zu erarbeiten. Bei den sog. Multiproblemfamilien kann es bspw. ein Faktor sein, welcher der Familie Sicherheit gibt, die Familientherapie im häuslichen Kontext stattfinden zu lassen. Oftmals ist ein Aufsuchen der Beratungsstelle für diese Familien vorerst eine zu große Hemmschwelle, weshalb ein aufsuchendes Angebot eher angemessen ist (Pauls, 2013). Darüber hinaus kann es ein großer Vorteil von Hausbesuchen sein, dass die Familientherapeuten ein deutlicheres Bild von den aktuellen Gegebenheiten im häuslichen Kontext bekommen. Bei hochstrittigen Elternpaaren hingegen kann es für die gemeinsame Arbeit förderlich sein, den vertrauten Rahmen, welcher mit vielen negativen Assoziationen verknüpft ist, zu verlassen, um an einem neutralen Ort mehr emotionalen Abstand zu bekommen.

Neben dem Beratungsort spielt auch die Frage der anwesenden Personen eine große Rolle. So kann es nach Bedarf Einzelgespräche, Paargespräche und Familiengespräche geben. Häufig finden zu Beginn des Beratungsprozesses Gespräche eher mit den Eltern getrennt oder gemeinsam als Paar statt und es wird bei Bedarf gleichzeitig mit den Kindern gearbeitet.

Bei Kindern und Jugendlichen, dies hängt vom jeweiligen Alter ab, ist es förderlich, dass die gemeinsamen Treffen mit gemeinsamen Aktivitäten verknüpft werden. Zudem bringt sich der Therapeut viel stärker mit seiner eigenen Person in das Geschehen ein (siehe dazu Weinberger & Papastefanou, 2008).

Erst im Laufe der Zeit, wenn die Kommunikations- und Interaktionsmuster der Familienmitglieder und vorhandene Schwierigkeiten und Bedarfe besser verstanden worden sind, ist zu überlegen welche Gespräche im Mehrpersonensetting stattfinden sollen. So kann es Mutter-Kind, Vater-Kind oder Gespräche mit allen Familienmitgliedern geben.

Im Sinne von Empowerment (Herriger, 2014) ist es gerade in Familien äußerst wichtig, dass so viel Verantwortung wie möglich bei den Familien bleibt. Die meist erfahrene geringe Selbstwirksamkeit führt dazu, dass Eltern selbst nicht an sich glauben, was zur schnellen Verantwortungsabgabe führt. Diese Muster gilt es zu verändern, was häufig einen bedrohlichen Beratungsprozess für die Familien darstellt und somit einen liebevollen, zuversichtlichen, aber auch „dranbleibenden“ Therapeuten als Gegenüber benötigt.

Die Autoren machen in der Praxis immer wieder die Erfahrung, wie hilfreich und entlastend (für die Familie wie für die

Therapeuten) es ist, zu zweit als Therapeutenteam (Co-Therapie) in hochbelasteten, komplexen Familien zu arbeiten. Neben der Möglichkeit des fachlichen Austausches der subjektiven Wahrnehmungen und der Möglichkeit der unterschiedlichsten Gesprächssettings, repräsentieren Mann und Frau unterschiedliche Geschlechtsrollenbilder, die im Sinne einer gendersensiblen Allparteilichkeit sehr förderlich genutzt werden können. Freilich ist dies auch immer eine Frage der personellen und finanziellen Ressourcen.

Neben der Co-Therapie ist die Selbstfürsorge in Form von Selbsterfahrung, Supervision und kollegialer Beratung, unerlässlich. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass die Anzahl der belasteten Familien nicht überhandnimmt.

Differentielle Interventionen

Basierend auf den sechs von Rogers formulierten Bedingungen für eine personenzentrierte Beziehungsgestaltung werden im Folgenden differentielle Interventionen vorgestellt, welche nach Meinung der Autoren für eine personenzentrierte Familientherapie notwendig sind.

Da sich mehrere Klienten-Personen im Raum befinden, ist es unvermeidlich, dass der Therapeut seine Aufmerksamkeit und sein empathisches Verstehen aufteilen muss, womit die grundlegende Bedingung der „Allparteilichkeit“ angestrebt werden sollte. O’Leary (1999) nennt es „Multi-directional partiality – being on everyone’s side“ (S. 6). Nach Meinung und Erfahrung der Autoren stellt die Allparteilichkeit eine ebenso wichtige, wie herausfordernde Bedingung an den Therapeuten.

Neben der unbedingten Wertschätzung der Person scheint es von großer Bedeutung zu sein, gleichzeitig die *Konsequenzen des Verhaltens* für die anderen Familienmitglieder zu *benennen* und zu reflektieren. Dies sollte natürlich nicht im Sinne eines Vorwurfs über das Verhalten geschehen, sondern als ein perspektivwechselndes Paraphrasieren und Reflektieren der familiären Interaktion.

Belastete Familien weisen viele komplexe Dynamiken auf, sei es auf der Interaktions- und Kommunikationsebene oder auch aufgrund unterschiedlicher zusammenfallender Lebensereignisse (Trennung des Partners, Jobverlust, Auffälligkeiten bei den Kindern, Krankheit etc.). Familien spüren Überforderungen und reagieren auf ihre Art. So ist es hilfreich, als Therapeut die ineinandergreifenden Prozesse für die Familie transparent zu machen.

Therapeuten machen zu Beginn eines Familientherapieprozesses oft die Erfahrung, dass die Kommunikation der Familienmitglieder zunächst nur über sie läuft. Eine Hypothese ist, dass dieser indirekte Weg für die Familienmitglieder als der sicherere Weg erscheint, um den Anderen nicht direkt

ansprechen zu müssen, sich aber dennoch ausdrücken und mitteilen zu können.

Dazu scheint es wichtig, das gegenseitige *Zuhören und Paraphrasieren* zunächst zu unterstützen. In der Regel ist genau dieses den Familien verloren gegangen: Sich zuzuhören, den anderen wirklich verstehen zu wollen (und zu können), ohne sich angegriffen und abgewertet zu fühlen und ohne gleich einen Gegenangriff zu starten. Dieses Zuhören und Paraphrasieren lässt sich nicht einfach wiederherstellen, sondern braucht die Unterstützung des Therapeuten.

Die Therapie von belasteten Familien ist immer die Arbeit an und mit *Grenzen*. Hier sind zum einen die Grenzen innerhalb der Familie, d. h. die Generationsgrenzen, die Grenzen der Subsysteme, die Grenzen des Einzelnen und die Grenzen zwischen Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung gemeint. Zum Anderen sind es die Grenzen der Familie nach außen, d. h. zu Großeltern, Verwandten, Freunden, Nachbarn, Arbeits- und Schulkollegen. Und natürlich sind es auch die Grenzen der Therapeuten, die es zu beachten gilt, d. h. die Grenzen zur Familie, bzw. einzelnen Familienmitgliedern, wie auch die fachlichen Grenzen zu anderen Beteiligten wie Jugendamt oder Familiengericht.

Ebenso wichtig ist es, in der gemeinsamen Arbeit, sich des immer mehr wachsenden Vertrauens der Familienmitglieder den Therapeuten gegenüber bewusst zu sein und sehr achtsam damit umzugehen. Gerade bei Familienmitgliedern, welche bisher schlechte Beziehungs- und Bindungserfahrungen innerhalb der Familie gemacht haben und/ oder bereits mehrere Negativerfahrungen mit psychosozialen Helfern gemacht haben, kann es das erste Mal sein, dass sie eine positive, wertschätzende Beziehungserfahrung machen, welche es ermöglicht, sich zu öffnen und das eigenen Verhalten zu reflektieren.

Innerhalb der Familie kann dies bedeuten, dass der Therapeut, gerade wenn er mit mehreren Familienmitgliedern arbeitet, die innerfamiliäre Gratwanderung zwischen Transparenz und Schweigepflicht meistern muss.

Freilich gilt es in einer Familientherapie auch die Kinder bzw. Jugendlichen mit einzubeziehen. Dazu braucht es Methoden und Konzepte zur therapeutischen Beziehungsgestaltung mit diesen jungen Klienten. Hier hilft der personzentrierten Familientherapie die jahrzehntelange Tradition der personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit ihren Konzepten, Wirksamkeitsstudien und Praxiserfahrungen (Behr et al., 2008, Behr, 2012, Behr et al., 2014, Weinberger, 2015, Weinberger & Papastefanou, 2008, Langer & Langer, 2005). Die Arbeit mit Kindern unterscheidet sich sehr, im Vergleich zu der Arbeit mit Erwachsenen, sowohl im Hinblick auf Methoden, als auch bezüglich der Anforderungen an die Therapeutenperson. Ebenso müssen die „intellektuellen und moralischen Strukturen“ bei Kindern von denen des Erwachsenen unterschieden

und berücksichtigt werden (Weinberger, 2015). Das kindliche Ausdrucksmedium ist nicht die Sprache, sondern das gemeinsame Spiel, durch welches Erlebnisse verarbeitet werden. In der Arbeit mit Jugendlichen gestaltet sich das Beziehungsangebot, indem es neben dem empathischen Mitschwingen auch wichtig sein kann, konfrontativ zu agieren und eine aktivere Haltung einzunehmen, indem der Therapeut dem Jugendlichen mehr Fragen stellt (Weinberger & Papastefanou, 2008). Ebenso kann der Therapeut erleben, dass der Jugendliche ihm gegenüber viele kritische Fragen stellt, bevor er sich weiter auf den Therapieprozess einlässt (ebd.).

Neben der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen innerhalb des Familiengesprächs gilt es noch zu überlegen, welche Haltung der Therapeut im Hinblick auf die Arbeit mit dem gesamten Familiensystem einnimmt, um in Gesprächen allen Familienmitgliedern gerecht zu werden und es so möglich ist, dass Kinder und Erwachsene sich gleichermaßen ausdrücken und gegenseitig verstehen können (Mogel, 2002; Kemper, 2002). Auch finden sich in der personzentrierten Literatur viele Ansätze zur Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit im Rahmen einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (z. B. Ehlers, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003)

Fazit

Obwohl dem Personzentrierten Ansatz noch einige theoretische und praktische Weiterentwicklungen im Bereich der Familientherapie fehlen, kann er diesem Klientel auch heute schon einiges bieten, denn was belastete Familien am dringendsten brauchen, um neue Beziehungserfahrungen zu machen, ist die wertschätzende und bedrohungsfreie Beziehung und Atmosphäre, wie sie in dieser Art und Weise nur die Personzentrierte Beratung bzw. Therapie herstellen kann. Die konsequente Umsetzung der hier erarbeiteten Ergebnisse könnte den zahlreichen personzentrierten Familienberatern und -therapeuten eine praxis-theorie-kohärente Beschreibung der Familie liefern und ihnen darüber eine theoretische Fundierung, sowie ein praktisches Konzept für ihre Arbeit mit Familien geben.

Literatur

- Anderson, W.J. (1989). Family therapy in the client-centered tradition. *Person-centered review*, 4(3), 295–307.
- Axline, V. (2002). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Reinhardt.
- Behr, M., Hölldampf, D., Hüsson, D. (Hrsg.) (2008): *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionale Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.

- Behr, M. (2012): *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hüsson, D., Nuding, D., Wakolbinger, C. (Hrsg.) (2014): *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien: Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten*. Wien: Facultas.
- Bott, D. (2001). Client-centred therapy and family therapy: a review and commentary. *Journal of family therapy*, 23, 361–377.
- Cain, D.J. (1989). From the individual to the family. *Person-centered review*, 4(3), 248–255.
- Cohn, R. & Farau A. (1984). *Gelebte Geschichte der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eckert, J. (2006). Familientherapie. In J. Eckert & E.M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie*. (S. 429–434). Heidelberg: Springer.
- Ehlers, B. (2002). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 2 (S. 73–93) Göttingen: Hogrefe.
- Esser, U. & Schneider, I. (1989). Klientenzentrierte Partnerschaftstherapie als Beziehungstherapie – eine Positionsbestimmung. In: *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Band 1 (S. 206–228). Salzburg: Müller.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & Ch. Monden-Engelhardt, (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 3, (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Gaylin, N. (2001). *Family, Self and Psychotherapy: A person-centred perspective*. Herefordshire: PCCS Books.
- Gaylin, N. (2002). Der Personenzentrierte Ansatz in der Familientherapie. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 319–333). Wien: Springer.
- Gaylin, N. (2008): Person-Centered Family Therapy. Old wine in new bottles. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(4), 235–245.
- Gordon, T. (2012a). *Familienkonferenz*. München: Heyne.
- Gordon, T. (2012b). *Familienkonferenz in der Praxis*. München: Heyne.
- Haken, H. (1990). *Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken*. Frankfurt: Ullstein.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kemper, F. (2002). Personenzentrierte Familienspieltherapie – am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 2, (S. 93–158). Göttingen: Hogrefe.
- Kriz, J. (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Kriz, J. (2004). Personenzentrierte Systemtheorie- Grundfragen und Kernaspekte. In J. Kriz & A. v. Schlippe (Hrsg.), *Personenzentrierung und Systemtheorie*, (S. 13–67). Göttingen Vandenhoeck und Ruprecht.
- Kriz, J. (2013). Die Personenzentrierte Systemtheorie in der Beratung. S. Gahleitner et al. (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers?* Weinheim: Beltz.
- Langer, I. & Langer, S. (2005). *Jugendliche begleiten und beraten*. München: Reinhardt.
- Lieb, M. (2015). *Das Paar als Herzstück der Familie. Theoretische und praktische Überlegungen in der Personenzentrierten Paarberatung*. Unveröff. Master-Thesis der Ev. Fachhochschule Bochum.
- Lieb, M. & Ziebertz, T. (2016). Belastete Familien verstehen – ein Resilienzfördernder Blick. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 47(3), S. 153–157.
- Mogel, H. (2002). Spiel – ein Fundamentales Lebenssystem des Kindes. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, (S. 237–258). Göttingen: Hogrefe.
- O’Leary, C. (1999). *Counselling Couples and Families – A person-Centred Approach*. London: Sage.
- O’Leary, C. (2008). Response to Couples and Families in Distress: Rogers’ six conditions lived with respect for the unique medium of relationship therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(4), 294–308.
- O’Leary, C. & Mearns, D. (2008). Editorial: Working with Couples and Families. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(4), S. 233–234.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit*. Weinheim: Beltz.
- Pavel, F. (1989). Integrative klientenzentrierte Therapie von Systemen. In: *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie Band 1*. (S. 229–256). Salzburg: Otto Müller.
- Rogers, C.R. (1992). *Partnerschule*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. erschienen 1972: *Becoming Partners: Marriage and its Alternatives*. New York Delacorte Press.
- Rogers, C.R. (1959/ 1998a). *Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag. (Orig. erschienen 1959: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science*. Vol. III: *Formulations of the person and the social context* (pp.184–256). New York : McGraw-Hill).
- Rogers, C.R. (1961/ 1998b). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. erschienen 1961: *On becoming a Person: A therapist’s view of Psychotherapy*. Boston Houghton Mifflin Company).
- Rogers, C.R. (1951/1999). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer. (Orig. erschienen 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston Houghton Mifflin Company.
- Satir, V. (1994). *Familienbehandlung*. Lambertus: Freiburg.
- Schmidtchen, S. (1996). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. (2010). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen*. Weinheim: Beltz.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durch das Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Ziebertz, T. (2008a). Hypothesen zu einer personenzentrierten Theorie der Familie. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 39(2) S. 79–85.
- Ziebertz, T. (2008b). *Synergetik und Familientherapie*. Verfügbar unter: http://www.krueger-institute.de/syn_famtherapie.pdf (zuletzt aufgerufen am 14. Oktober 2016)
- Ziebertz, T. (2012). *Theoretische Annahmen personenzentrierter Familienberater. Eine qualitative Studie*. Saarbrücken: SVH.
- Ziebertz, T. & Lieb, M. (2014). „Ich will hier doch gar nichts!“ – Empathie bei unmotivierten Klienten. Vortrag auf DVD. Augsburg dvd-wissen.

Interaktionsresonanz in der Personzentrierten Spielspsychotherapie – Eine Ratingskala

Dorothea Hüsson

Michael Behr

Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Deutschland

Die Personzentrierte Spielspsychotherapie kennt heute neben dem klassischen, fazilitativen Vorgehen nach Axline auch interaktionelle Prinzipien in der Beziehungsgestaltung: Spielhandlungen des Kindes werden nicht nur empathisch kommentiert, die Therapeutenperson spielt auch mit und bleibt dabei nicht-direktiv, indem sie ihr Spiel genau auf das Spiel des Kindes abstimmt. Dieses Vorgehen heißt Interaktionsresonanz (IR). Eine neue 7-stufige Ratingskala bildet dieses Interaktionsgeschehen ab. Neben Stufenbeschreibungen konkretisieren 6 Ankerbeispiele IR in den wichtigsten Spielmodi: Rollen-, Konstruktions-, Regel-, Kampfspiel und sprachliche Interaktion. Anhand von 7 Therapieausschnitten einer Lehr-DVD zur Spieltherapie wurde die Inter-Rater-Reliabilität und die Praktikabilität der Skala geprüft. Die Reliabilität war mit einem Median von Pearson's $r = .81$ und einzelnen Raterübereinstimmungen von $.73$ bis 1.00 genügend hoch. Die Skala wurde von den Ratern als sehr praktikabel angesehen. Sie kann in der klientenzentrierten Psychotherapie, in der Ausbildung und Forschung nützlich sein.

Schlüsselwörter: klientenzentrierte Psychotherapie, personzentrierte Spieltherapie, Interaktion, Interaktionsresonanz, Axline, Beziehung, Rating-Skala, Test.

Interactive Resonance in Person-centered Playtherapy — A Rating Scale. Person-centered playtherapy today is practised both in a classical facilitative way following Axline and in an interactive way. The child's play does not only receive empathic comments, the therapist engages as well in joining the play, stays non-directive in this while attuning his behavior exactly to the child. This method is named Interactive Resonance (IR). A new 7-level rating scale captures this interaction. Wordings of each level as well as 6 anchor examples for each of the most important play modalities make IR concrete: role play, construction play, board games, fighting games and verbal interaction. The scales' inter rater reliability and the practicability was assessed with 7 videotaped therapy segments from an instructional dvd. Reliability was sufficient high with a median of Pearson's $r = .81$ and single rater agreement scores from $r = .73$ to 1.00 . The raters judged the scale to be practically usable. It can be useful in Client Centered Therapy in training and research.

Keywords: Client Centered Therapy, person-centered playtherapy, interaction, Interactive Resonance, Axline, relationship, rating scale, test.

In der Personzentrierten Spielspsychotherapie kann das Kind sein Erleben auf der Spielebene symbolisch ausdrücken. Das Kind kann im Spiel Erfahrungen darstellen, die es aufgrund mangelnder empathischer Wertschätzung durch die Bezugspersonen bisher nicht wahrnehmen konnte. Mit therapeutischer Unterstützung ordnet das Kind seine Gedanken, Gefühle

und Motive und lernt, Aspekte der eigenen Persönlichkeit, d. h. seine organismischen Erfahrungen in sein Selbstbild zu integrieren (Behr, 2009; 2012, S. 13–22). Es lernt, immer mehr eigene Entscheidungen zu treffen, zunehmend mehr Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und kongruenter zu werden.

Dorothea Hüsson, Dipl. Sozialpädagogin, Akademische Mitarbeiterin an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd und freiberuflich tätig als Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin und Personzentrierte Beraterin. Ausbilderin am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung (IGB) und der Gesellschaft für personzentrierte Gesprächspsychotherapie und Beratung (GwG). Kontakt: dorothea.huesson@ph-gmuend.de

Prof. Dr. Michael Behr ist seit 1984 praktisch tätig als personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder/ Supervisor. Professor für Pädagogisches Psychologie und Beratung an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch

Gmünd. Gastdozenturen an den Universitäten Wien, Antwerpen, Gent, Strathclyde University Glasgow, Freiburg und Stuttgart, Gastausbilder für Psychotherapieverbände im UK, Österreich, Belgien. Kontakt: michael.behr@ph-gmuend.de

Wir danken dem Rater-Team Carolin Bauer, Verena Dambacher, Timnit Gebrehiwot, Jessica Grund, Laura Herderich, Jannika Hoppe und Andreas Müller für ihre engagierte und kompetente Arbeit. Gleichfalls danken wir 3 anonymen Gutachtern für ihre hilfreichen Kommentare zu einer früheren Version dieses Papiers. Personenbezeichnungen sind Gattungsbezeichnungen.

Damit die Symbolisierungsprozesse stattfinden, benötigt das Kind einen angstfreien Raum, in dem es seine Gefühle, Gedanken und Empfindungen ohne Bewertung und Ablehnung ausdrücken kann. Nach Axline (1993, S. 15) braucht das Kind eine Umgebung, in der es die Freiheit hat, „es selbst zu sein und das Gefühl des Angenommenseins von sich selbst und von anderen.“ Dieses Erleben wird durch ein Beziehungsangebot besonderer Qualität von Seiten der Therapeutenperson ermöglicht: Das Kind erlebt eine wertschätzende, authentische und emphatische Therapeutenperson und kann dadurch Inkongruenzen aufspüren, eigene Erfahrungen korrigieren und ein kongruentes Selbst entwickeln (Weinberger, 2015, S. 6–17).

Fazilitatives Vorgehen

Axline (1993/1947) hat in Anlehnung an Rogers' Interventions- theorie acht Grundprinzipien für die nicht-direktive Begegnung mit dem Kind formuliert. Sie stellt in den Vordergrund die vollständige Annahme des Kindes, das Herstellen eines Klimas des Gewährenlassens, die Achtung vor dem Kind, die Bedeutung der Beziehungsgestaltung, das Erkennen und Reflektieren von Gefühlen, die Notwendigkeit des Nichtbeschleunigens von Prozessen und die Bedeutung von Begrenzung.

Auf der Basis der Wertschätzung und Empathie wird das Kind von der Therapeutenperson bedingungs- und manipulationsfrei begleitet. Im klassischen nicht-direktiven Angebot sitzt die Therapeutenperson auf einem Stuhl in der Nähe des spielenden Kindes. Sie spielt in aller Regel nicht mit. Das Kind zirkuliert im Spielzimmer und wählt selbstbestimmt seine eigenen Spielthemen. Die Therapeutenperson achtet auf die Mimik und Gestik des Kindes wie auf dessen sprachliche Äußerungen. Sie spürt dem Erleben des Kindes nach und meldet dieses Erleben wertschätzend, ermutigend und unterstützend in Worten zurück. Sie fordert damit das Kind heraus, sich selber stärker wahrzunehmen und auszudrücken. Aus diesem Klima heraus ermöglicht das therapeutische Angebot Selbstexploration: das Kind wird innerer Erfahrungswelten gewahr und baut Inkongruenzen ab. (Landreth, 2001; 2002; Behr, 2012, S. 82–93)

Rogers (1951) formulierte für sein non-direktives Beziehungsangebot den Begriff „facilitative“. Er grenzt mit dem Begriff die Aufgabe der Therapeutenperson vom Belehren, Bevormunden, Hinführen und Fürsorglichsein ab und versteht ein fazilitatives Vorgehen im Sinne von Begleiten, Ermöglichen und Unterstützen. Mit dem fazilitativen Vorgehen wird eine Basis des Vertrauens geschaffen, die ein Gefühl des Gehaltenwerdens entstehen lässt und dadurch eine angstfreie Begegnung mit sich selbst ermöglicht. In der Kinder- und Jugendpsychotherapie wird im fazilitativen Modus eine Beziehung angeboten, die im Spielraum eine Atmosphäre des Wachsens schafft. Im

fazilitativen Modus tritt die Therapeutenperson nicht als reales Gegenüber auf, bringt nichts von sich selber ein und bleibt als Person im Hintergrund. Sie orientiert ihr eigenes Handeln an der Selbst-Erfahrung des Kindes und versteht sich eher im Sinne vom „Alter Ego“ (Finke, 2008; Behr, 2012, S. 82–93).

Interaktionelles Vorgehen

Beim interaktionellen Vorgehen bringt sich die Therapeutenperson als reale Person in die Spielhandlungen ein. Sie wird Interaktionspartner und gibt aktiv Resonanz auf die Spielszenarien des Kindes. Dieses Vorgehen wird in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als interaktionelles Handeln bezeichnet (Behr, 2012, S. 94–105).

Auch beim interaktionellen Vorgehen gilt das personzentrierte Prinzip. Das Kind wählt sein Spiel selbst aus, gestaltet seine Spielhandlungen autonom und erhält keine Lösungsvorschläge oder Spielideen von der Therapeutenperson. Die Verantwortung für das Spielgeschehen bleibt weiterhin beim Kind und wird ebenso wenig von der Therapeutenperson gelenkt wie dies im fazilitativen Modus geschieht. Lädt das Kind die Therapeutenperson zum Mitspielen ein, so reagiert die Therapeutenperson auf der Spielebene und spielt mit dem Kind gemeinsam. Dies geschieht jedoch nicht eigennützig, sondern wird abgestimmt auf das Verhalten des Kindes. Gleichsam wie in der Erwachsenentherapie das innere Erleben des Klienten wertschätzend verbalisiert wird, greift im Interaktionellen Modus die Therapeutenperson die Spielhandlung des Kindes durch eine ähnliche Spielhandlung – eine abgestimmte Spielresonanz – auf und beantwortet sie „spielend“ auf diese Weise. Sie kopiert nicht das Spiel des Kindes, sondern orientiert sich am inneren Thema, dem Anliegen des Kindes und zeigt eine Spielreaktion, die nahe am kindlichen Spiel ausgerichtet ist. Diese erfahrene Resonanz auf der Spielebene zeigt dem Kind, dass es verstanden und sein Spiel wertschätzend betrachtet wird. Durch die Spielresonanz, die eigene Beteiligung am Spielgeschehen wird gleichzeitig die Therapeutenperson mit eigenen Konturen sichtbar (Behr, 2012).

Interaktionsresonanz

Behr (2012; 2014) bezeichnet dieses aktive und mitschwingende Mitspielen als „Interaktionsresonanz“. Durch die Interaktionsresonanz wird das Spiel zu einem gemeinsamen Erleben. Hier steht nicht nur die Selbststruktur des Kindes im Focus, sondern ebenso die Beziehung zwischen Kind und Therapeutenperson. Es entsteht ein Beziehungsangebot, das durch die Beteiligten im Spielraum gemeinsam geprägt und gestaltet wird.

Neuere Konzepte der personenzentrierten Beziehungstheorie im Rahmen der Erwachsenentherapie beschreiben eine solche Beziehungssituation mit therapeutischer *Präsenz* (Geller & Greenberg, 2002; Geller, 2013) oder als „*working at relational depth*“ (Mearns & Cooper, 2005).

Im interaktionellen Modus bleibt die Therapeutenperson mit ihren Spielinteraktionen dicht am kindlichen Spielgeschehen und bemüht sich, möglichst „wenig vor oder hinter das Kind“ zu geraten. Reagiert sie zu langsam, zu eintönig oder zu schwach in ihren Spielreaktionen, gerät sie hinter das Kind. Das Spiel wird für das Kind schnell langweilig. Es erlebt die Therapeutenperson als innerlich nicht beteiligt, fühlt sich dadurch nicht verstanden und zieht sich aus dem Kontakt zurück. Reagiert die Therapeutenperson zu schnell, bringt sie zu stark eigene Ideen ein, die vom Spielinteresse und -thema des Kindes abweichen oder gibt sie direktiv Vorgaben, was das Kind spielen soll, gerät sie vor das Kind. Das Kind fühlt sich nicht mehr wahrgenommen und verstanden. Es besteht die Gefahr, dass sich das Kind entweder anpasst oder verweigert (Behr, 2012, 2014). Bei gelungener Interaktionsresonanz schwingen die Handlungen der Therapeutenperson mit denen des Kindes im Einklang. Beide spielen aufeinander bezogen, im ähnlichen Tempo, dennoch in Nuancen unterschiedlich. Es entsteht ein Spielflow, der das Kind in eine hohe Selbstexploration und einen zutiefst befriedigenden seelischen Zustand bringt. Dieser innerseelische Zustand führt zu kongruentem Erleben.

Wird die Therapeutenperson nach dem Konzept der Interaktionsresonanz ein voll präsent Gegenüber, nimmt das Kind sie als reale Person wahr. Die Interaktion wird zu einem Handeln und Agieren auf Augenhöhe und zu einer Begegnung von Mensch zu Mensch. Auf der Basis der Kernbedingungen agiert die Therapeutenperson als konturiertes Gegenüber. Sie vertritt ihre Interessen im Spiel, lässt sich auf Wettstreit und Konflikte ein, sie hat ein eigenes Profil und zeigt ihre Persönlichkeit. Die Interaktionsresonanz wird spezifisch den unterschiedlichen Spielaktionen wie Regel-, Konstruktions-, Rollenspiel, Kämpfen, Gestalten oder sprachliches Interagieren angepasst (Behr, 2012, S. 113–179).

Interaktionsresonanz operationalisieren und messen

Während für personenzentrierte Interventionsprinzipien bei der Gesprächspsychotherapie diverse Ratingskalen vorliegen (z. B. Carkhuff, 1969; Pfeiffer, 1977; Tausch, 1990; Mearns & Thorne, 2007) wurde im Bereich der Spielpsychotherapie zuletzt wenig entwickelt. Die Ratingsysteme von Schmidtchen verdienen im deutschsprachigen Bereich hier besondere Beachtung, weil sie

sowohl das Therapeuten- als auch das Kindverhalten sehr genau zu erfassen gestatten (Schmidtchen, 1974a; 1974b; 1976; 1978a; 1978b; 1989; 1999; 2001). Schmidtchens Ratingskalen basieren allerdings eher auf einem fazilitativen und sprachlichen Handeln der Therapeutenperson und sind manchmal nominaler Natur, d. h. es kann geratet werden, ob ein Verhalten gezeigt wird oder nicht, es kann aber nicht immer abgestuft eingeschätzt werden. Die Skalen wurden mehrfach weiterentwickelt, insgesamt bieten sie nach wie vor ein ausgesprochen taugliches Instrument, um fazilitativ begleitendes Intervenieren der Therapeutenperson zu beschreiben und quantitativ zu erfassen. Ein neueres Ratingverfahren zur Erwachsenen-Kind-Interaktion stammt von Weltzien (2014). Es erfasst eine große Bandbreite des Beziehungsgeschehens zwischen Kita-Fachkräften und Vorschulkindern mit diversen Ratingskalen, die zu 3 Konstrukten gebündelt werden. Das Verfahren ist zwar aufwendig, aber sehr nützlich für die Kita.

Mit dem Aufkommen eines auch interaktionellen Verständnisses des spieltherapeutischen Prozesses und dem Etablieren des Begriffs Interaktionsresonanz liegt es nun nahe, dieses Interventionsprinzip auch für die Forschung messbar zu machen. Dies ist aber nicht das alleinige Anliegen. Ratingskalen zeigen sich bei der Ausbildung von beraterischen und psychotherapeutischen Fachkräften immer wieder als ein ausgesprochen wertvolles Mittel, ein Interventionsprinzip manifest zu beschreiben und damit besonders verständlich zu machen. Die Skalen werden in Ausbildungen gerne genutzt, damit das Interventionsverhalten von Lernenden konkret bewertet und optimiert werden kann. Lernende können so besonders sensibel werden, wie genau sie die Intervention anwenden bzw. in welchem Ausmaß.

Aus diesen Gründen wurde für das Erfassen der Interaktionsresonanz eine Ratingskala entwickelt. Sie gestattet Beobachtern, das psychotherapeutische Interagieren der Therapeutenperson auf der Spielebene innerhalb eines gegebenen Zeitfensters einzuschätzen, im hier berichteten Projekt war das jeweils eine halbe Minute. Diese Zeitbegrenzung ergab sich aus der Notwendigkeit, die schnell wechselnden Interaktionshandlungen zwischen Therapeutenperson und Kind genau einschätzen zu können.

Einige Besonderheiten des Konzeptes Interaktionsresonanz haben vor allem zwei Auswirkungen auf das Skalendesign: Interaktionsresonanz erreicht ihren optimalen Ausprägungsgrad nicht am Ende eines Skalenkontinuums sondern in der Mitte. Die Therapeutenperson kann vor oder hinter das Kind geraten, d. h. sie kann zu direktiv sein und den Spielprozess in eine Richtung lenken oder zu inaktiv sein und die Spielinteraktion versanden lassen. Optimal ist ein Aktivitätsniveau, das das Spielverhalten des Kindes inhaltlich vollständig, aber in etwas anderer Erscheinungsweise abbildet und das die gleiche Dynamik hat. Bei einem solchen Spielverhalten wäre genau in

der Mitte der Skala zu raten, wir ordnen diesem Zentralpunkt den Wert „0“ zu. Zu direktives Spielverhalten wäre, je nach Ausprägung, mit +1, +2 oder +3 zu raten, zu inaktives mit -1, -2 oder -3. Die Skala hat also 7 Stufen.

Interaktionsresonanz zeigt sich je nach Spielmedium anders. Je nachdem ob z. B. Regelspiele, Rollenspiele oder sprachliche Interaktion zu betrachten sind, manifestieren sich die Skalenstufenausprägungen verschieden. Darum werden mehr als nur die ein oder zwei bei Ratingskalen normalerweise geforderten Ankerbeispiele angeboten. Neben der allgemeinen Umschreibung der jeweiligen Skalenstufe gibt es hier noch sechs Ankerbeispiele, und zwar zwei für Rollenspielsituationen und je eines für das Regel-, das Kampf-, das Konstruktionsspiel sowie für sprachliches und lautmalerisches Verhalten. Das mehr oder weniger optimale Verhalten wird in Tabelle 1 für jedes Spielmedium auf jeder Skalenstufe beispielhaft beschrieben.

Fragestellung

Um im nächsten Schritt die Anwendungsreife der Skala zu prüfen, wurde eine Vorstudie unternommen in der zunächst die Inter-Rater-Reliabilität untersucht wurde. Die Inter-Rater-Reliabilität ist das bedeutendste Maß, wenn eine Rating-Skala zu Messzwecken, also insbesondere in der Forschung, angewendet werden soll. Desgleichen die Validität; sie kann hier als Inhaltsvalidität als hinreichend gegeben ansehen werden, weil die Skalenstufenumschreibungen und die Ankerbeispiele unmittelbar aus dem theoretischen Konstrukt abgeleitet sind.

Wie reliabel ist die Skala? Die Hypothese lautet, dass sie eine sehr gute Reliabilität aufweist, weil ihre Ausprägungsgrade anschaulich und alle vorkommenden Erscheinungsformen von Spielprozessen umschrieben worden sind. Die meisten Ratingkalen für komplexere Merkmale weisen zwischen 3 und 9 Stufen auf. Mit ihrer 7-Stufigkeit liegt die Interaktionsresonanz Skala im Mittelbereich, leicht oberhalb der mittleren allgemein üblichen Skalenstufenzahlen.

Methode

Teilnehmende

Sieben Studierende des Bachelorstudienganges Kindheitspädagogik, - 6 weiblich, 1 männlich, Durchschnittsalter 25,4 Jahre, $sd = 2.6$ fungierten als Rater. Das Ratingprojekt war Teil ihrer Bachelorarbeit. Sie hatten eine Grundausbildung in Personenzentrierter Spielpsychotherapie im Äquivalenz-Umfang von 145 Ausbildungsstunden im Rahmen von Hochschulveranstaltungen absolviert und waren so mit den theoretischen und praktischen Grundlagen des Verfahrens vertraut.

Die Spieltherapiekinder litten an folgenden Störungen: PTBS (F43.1), Störung des Sozialverhaltens mit Bindungsstörung (F91.1), Anpassungsstörung (F43.2), Emotionale Störung (F93.9), anhaltende affektive Störung (F34.1). Die insgesamt sieben Kinder - 2 weiblich, 5 männlich, Durchschnittsalter 6,3 Jahre, $sd = 1.7$ - befanden sich in Therapie bei jeweils einem erfahrenen Spieltherapeuten, der zugleich Ausbilder für personenzentrierte Spielpsychotherapie ist. Im Durchschnitt handelte es sich um die 19,7te Stunde, allerdings mit hoher Varianz, $sd = 15.1$

Die Spieltherapie-Videsequenzen entstammen der Lehrfilmsammlung „*Den Spielraum nutzen*“ (Hüsson, Jofer-Ernstberger, Jürgens-Jahnert, Riedel, Rose, Stark, & Steinhäuser, 2014). Die Auswahl der 7 Filmsequenzen aus der Lehrfilmsammlung erfolgte gemäß den Interessen der Rater und beinhaltete eine Spielszene mit einem Kind. Szenen, in denen primär das Gespräch im Vordergrund stand, blieben unberücksichtigt. Die Dauer der Spielszene umfasste im Durchschnitt 11,65 Min, $sd = 3,0$ Min.

Instrumente

Das Rating wurde anhand der hier veröffentlichten Ratingskala inklusive aller Ankerbeispiele durchgeführt, siehe Tabelle 1.

Vorgehen

Die Rater erhielten im 7er-Team ein Ratertraining im Umfang von 1,5 Stunden. Dabei wurden Spieltherapie-Sequenzen Skalenwerten zugeordnet und Begründungen konsentiert. Außerdem wurde mit verschiedenen Zeitintervallen der Spieltherapiesequenzen experimentiert und dabei schließlich 30 Sekunden lange Intervalle konsentiert. Diese lieferten hinreichend Verhaltensproben, ohne aber zu inkonsistent wechselnde Interaktionen zu bieten, welche die Raterübereinstimmung angreifen würden. Jeder Rater transkribierte nach Kuckartz, Dresing, Rädiker & Stefer (2008) den verbalen Inhalt einer Videosequenz, die er dann später als einer von zwei Ratern beim Betrachten der Videosequenz in Echtzeit einschätzte. Beim Rating selbst war jeweils noch eine dritte Person anwesend, die die Zeitintervalle anzeigte. Auch der 2. und 3. Rater entstammte dem Team. Insgesamt wurden 176 Videosequenzen mit je 30 Sekunden Dauer bearbeitet und alle von 2 Ratern eingeschätzt.

Alle Rater verfassten nach dem Rating einzeln einen freien Text, in dem sie sich zu der Praktikabilität der Ratingskala frei äußerten. Die Textteile wurden entsprechend dem Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) kategorisiert und zusammengefasst.

Tabelle 1. Die Interaktionsresonanz Skala (IRS)

Score	Umschreibung	Ankerbeispiel 1	Ankerbeispiel 2	Ankerbeispiel 3
		Rollenspiel	Rollenspiel	Kampfspiel
	<i>allgemein</i>	<i>Das Kind hat auf dem Straßenteppich eine Stadt- und Autolandschaft aufgebaut und fährt mit Fahrzeugen durch die Gegend.</i>	<i>Das Kind holt sich verschiedene Figuren (Vater, Mutter, Kind) und spielt mit diesen eine Familiensituation nach.</i>	<i>Das Kind beginnt ein Kampfspiel, z. B. Fechten mit den Schwimmmudeln.</i>
-3	Tpt. spielt nicht mit, zeigt kaum Verhalten, sitzt nur irgendwo. Oder Tpt. macht was, das nicht in Beziehung zum Kind steht.	Sitzt neben dem Teppich. Tut nichts, ist abgelenkt oder beschäftigt sich mit anderen Dingen.	Sitzt neben dem Kind. Tut nichts oder ist abgelenkt, beschäftigt sich mit anderen Dingen.	Befindet sich in Distanz irgendwo im Raum. Nimmt keine Schwimmmudel. Zeigt, nicht kämpfen zu wollen.
-2	Tpt.-Verhalten bezieht sich zum Teil auf die Aktivitäten des Kindes. Tpt. ist aber deutlich inaktiver, zeigt deutlich weniger Energie oder Tempo. Kindverhalten wird nur in Ansätzen aufgegriffen.	Nimmt blässere Fahrzeuge (z. B. alltäglicher Pkw vs. Polizeiauto) und fährt deutlich langsamer bzw. mit geringerem Radius, reagiert nicht auf Begegnungsmöglichkeiten der Fahrzeuge. Macht nicht die ganze Zeit mit. Keine lautmalerische Begleitung	Nimmt Spielmaterial, das jedoch mit der Inszenierung wenig zu tun hat (z. B. Zäune Autos, Clown) und reagiert deutlich langsamer und schwächer, ignoriert Begegnungsmöglichkeiten der Figuren und nimmt kaum direkte Interaktion auf. Fragt die eigene Rolle und die Inszenierung nicht ab. Spielt jedoch zeitweise mit. Schlüpft jedoch nicht in die Rolle der Spielfiguren und lässt diese nicht sprechen.	Nimmt anderes Material als das Kind, das ungeeignet oder nur defensiv ist, z. B. Schutzschild. Kämpft defensiv. Handelt dabei deutlich langsamer und kraftloser als das Kind.
-1	Tpt.-Verhalten bezieht sich auf die Aktivitäten des Kindes. Macht aber etwas weniger, mit etwas weniger Energie oder Tempo. Kindverhalten wird aufgegriffen aber nur zum Teil.	Nimmt blässere Fahrzeuge (z. B. alltäglicher Pkw vs. Polizeiauto) oder fährt langsamer bzw. mit geringerem Radius, reagiert eher schwach auf Begegnungsmöglichkeiten der Fahrzeuge. Wenig bis keine lautmalerische Begleitung.	Nimmt Spielmaterial, das mit der Inszenierung zu tun hat (z. B. Tiere oder Menschen) und reagiert auf Begegnungsmöglichkeiten langsamer bzw. mit geringerer Aktivität. Wenig bis keine lautmalerische Begleitung.	Kämpft mit, jedoch mit etwas weniger Tempo und Kraft als das Kind. Spielhandlungen sind überwiegend defensiv, eigene Angriffe schwach.
0	Tpt.-Verhalten bezieht sich auf die Aktivitäten des Kindes. Tpt. macht etwas ähnliches mit annähernd gleicher Energie	Nimmt Fahrzeuge mit ähnlichem Charakter und fährt mit ähnlicher Energie und Tempo rum. Wenn das Kind auf ihn zu fährt macht er das auch. Wenn das Kind Motorgeräusche macht tut Tpt. das auch.	Tpt. fragt das Kind nach der eigenen Rolle im Familienspiel und wie diese eigene Rolle gespielt werden soll. Spricht stellvertretend für die Spielfigur und im Sinne der Inszenierung. Paraphrasiert das Geschehen und spricht Gefühle an. Diskutiert, welche Figuren sie auch mal oder nicht spielen möchte.	Kämpft mit nahezu gleicher Intensität wie das Kind. Führt ähnliche Kampfhandlungen aus, kopiert taktische Finten oder bringt selbst welche ein, wenn das Kind immer wieder neue Taktiken probiert.
1	Tpt.-Verhalten bezieht sich auf die Aktivitäten des Kindes. Tpt. macht etwas Ähnliches mit etwas mehr Energie oder Tempo als das Kind. Auch dies raten, wenn Tpt. das Kindverhalten exakt kopiert und das Kind so irritiert.	Tpt. fährt etwas schneller und raumgreifender als das Kind, macht etwas mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Autos auch wenn das Kind das nicht tut.	Tpt. spielt in der kindlichen Inszenierung mit, nimmt Familienrollen ein; ist dabei jedoch schneller und raumgreifender als das Kind, macht etwas mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Spielfiguren, auch wenn das Kind das nicht tut. Kopiert das Spielverhalten und die Inszenierung des Kindes ohne Veränderungen vorzunehmen.	Kämpft etwas stärker und/oder schneller als das Kind. Ist etwas geschickter und bringt das Kind manchmal in leichte Bedrängnis. Das Kind erhält etwas mehr Treffer mit der Schwimmmudel als umgekehrt.
2	Tpt. gerät deutlich vor das Kind. Verhalten bezieht sich zwar auf die Aktivitäten des Kindes. Es ist in seiner Intensität aber lenkend, bewertend oder bedrohlich für das Kind. Auch kodieren, wenn Tpt. das Kindverhalten mehrfach exakt kopiert und das Kind so nachhaltig irritiert.	Tpt. fährt deutlich schneller und raumgreifender als das Kind, macht klar mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Autos in aufdringlicher Weise, wenn das Kind das nicht tut.	Tpt. spielt deutlich schneller und raumgreifender mit den Spielfiguren als das Kind, macht klar mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Familienmitglieder in aufdringlicher Weise, wenn das Kind das nicht tut. Fragt die Inszenierung nicht ab, sondern führt eigene Inszenierungen ein und lässt Figuren danach handeln. Kindliche Gefühle werden verbalisiert, jedoch in unangemessener Weise.	Kämpft deutlich stärker als das Kind. Das Kind droht den Kampf zu verlieren und muss seine Unterlegenheit klar erleben. Es kann sich nicht gegen die Treffer der Schwimmmudel schützen. Wünsche des Kindes nach „Auszeit“ werden nicht akzeptiert
3	Tpt. Verhalten knüpft nicht an das Kindverhalten an. Tpt. dirigiert das Kind mit eigenen Verhaltensideen.	Macht eigene neue Spielvorschläge, arrangiert das Szenario um, provoziert einen Zusammenstoß der Autos, schlägt dem Kind anderes Spielmaterial vor. Wertet das Spiel des Kindes ab.	Macht eigene neue und andere Spielvorschläge, arrangiert das Szenario nach eigenen Vorstellungen um, provoziert nach eigenen Vorstellungen einen Konflikt zwischen den Spielfiguren, schreibt dem Kind anderes Spielmaterial vor. Wertet das Spiel des Kindes ab.	Kämpft deutlich stärker als das Kind, führt neue Kampfmöglichkeiten ein, gibt dem Kind Anweisungen und ändert das Kampfszenario. Nimmt härtere Schlaginstrumente oder Pistolen, legt das Kind rein, gibt Ratschläge.

Ankerbeispiel 4	Ankerbeispiel 5	Ankerbeispiel 6	Score
Sprachliches und lautmalerisches Verhalten <i>Das Kind kommentiert sein Spiel sprachlich.</i>	Regelspiel <i>Das Kind holt ein Regelspiel aus dem Regal und beginnt dies zu spielen.</i>	Konstruktionsspiel <i>Das Kind wählt Bausteine und möchte damit einen Turm bauen.</i>	
Tpt. schweigt.	Tpt. lässt das Kind ein Regelspiel herausholen, bietet sich jedoch nicht als Spielpartnerin an. Ist mit anderen Dingen beschäftigt. Äußerungen des Kindes werden nicht berücksichtigt und übergangen.	Tpt. lässt das Kind bauen, gibt keine Ideen mit ein, reagiert auf keine Äußerungen des Kindes, sitzt daneben, ist mit sich beschäftigt. Bringt sich nicht ein.	-3
Empathische Reaktion (ER): deutlich zu triviales, flaches in Wortefassen der Gefühle/Motive/Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur. Interaktionsresonanz (IR): keine Selbsteinbringung und Lautmalerei d. Tpt. – die Kindäußerungen werden nur rudimentär aufgegriffen.	Tpt. spielt teilweise mit dem Kind, ist jedoch immer wieder abgelenkt durch andere Dinge. Deutlich passiver und greift kaum Aussagen des Kindes auf. Gedanken, Gefühle des Kindes werden selten ausgesprochen. Auch eigene innere Prozesse werden nicht verbalisiert. Regelveränderungen des Kindes werden hingenommen und akzeptiert, ohne Gegenreaktion.	Tpt. baut stellenweise mit, ist jedoch mehr mit sich oder anderen Dingen beschäftigt. Greift die Ideen des Kindes kaum auf und bietet wenig eigene Ideen an. Hilft dem Kind kaum oder ist wesentlich langsamer als das Kind beim Bauen. Verbalisiert kaum das eigene oder Kinderleben.	-2
Empathische Reaktion (ER): zu triviales, flaches in Wortefassen der Gefühle/Motive/Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur. Interaktionsresonanz (IR): die Kindäußerungen wenig aufgreifende Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren.	Tpt. spielt das Regelspiel, das vom Kind ausgewählt wurde, zusammen mit diesem. Spricht Regelveränderungen kaum an. Spielt nach den vorgegebenen Regeln weiter oder kopiert die Kind-Regeln 1:1 ohne Variante und ohne weitere Kommentare. Ist etwas langsamer im Energielevel als das Kind, z. B. bewegt die Spielfiguren zögerlicher als das Kind. Verbalisiert Gefühle und Gedanken des Kindes, kaum jedoch eigene.	Tpt. nimmt die Idee des K. zum Turmbau auf und hilft dem Kind bei Bauen, bringt jedoch keine eigenen Ideen ein bzw. variiert nicht mit parallelem Spiel. Folgt dem Kind, jedoch ideenarm. Tpt. verbalisiert das Handeln des Kindes, jedoch keine Gefühlsaspekte beim Kind. Bringt eigene Überlegungen und eigenes Erleben wenig oder gar nicht ein.	-1
Empathische Reaktion (ER): angemessenes in Worte fassen der Gefühle/Motive/ Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur. Interaktionsresonanz (IR): die Kindäußerungen aufgreifende analoge Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren.	Tpt. spielt im ähnlichen Energielevel wie das Kind mit. Verbalisiert innere Prozesse, Gedanken und Gefühle des Kindes wie auch eigene. Benennt, wenn das Kind durch Handlung oder Sprache auf die Beziehung verweist. Regelveränderungen werden ausdrücklich gemacht und mit eigenen ähnlichen Regelveränderungen beantwortet.	Tpt. hilft dem Kind beim Bau in angemessenem Rahmen (sucht z.B. passende Steine), hilft beim Turmbau, baut parallel einen eigenen Turm (z. B. Fernsehturm) oder variiert (z. B. baut um den Turm eine Mauer). Tpt. verbalisiert eigene Vorgänge und inneres Erleben und Gedanken beim K. Tpt. und Kind entwickeln wechselseitig Ideen.	0
ER: in Worte fassen der Gefühle/Motive/ Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur, jedoch etwas falsch oder spekulativ. IR: die Kindäußerungen aufgreifende Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren mit etwas mehr Dauer und/oder Energie.	Tpt. hat ein etwas höheres Energielevel als das Kind, z. B. werden Spielfiguren energischer gestellt als das Kind dies tut. Der Redeanteil bei der Tpt. ist etwas höher als der des Kindes. Morgelt selbst gelegentlich ohne dass das Kind dies tat. Oder mahnt Regeleinhaltung nach Regeländerungen des Kindes vorsichtig an.	Tpt. ist etwas aktiver und lebendiger beim Bauen als das Kind, z. B. sucht nicht nur Bauklötze, sondern verbaut sie gleich. Redet mehr als das Kind es tut. Bauhandlungen des Tpt. sind zwar an den Vorstellungen des Kindes ausgerichtet, jedoch phantasiereicher, komplexer, beeindruckender und anspruchsvoller.	1
ER: in Worte fassen der Gefühle/Motive/ Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur, jedoch deutlich falsch bzw. zu spekulativ. IR: die Kindäußerungen aufgreifende Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren mit deutlich mehr Dauer und/oder Energie.	Tpt. ist eindeutig aktiver als das Kind. Tpt. geht zwar auf das Spiel des Kindes ein, ist aber in der Aktivität lenkend und bewertend. Regelveränderungen werden nicht toleriert. An das Einhalten von Regeln wird appelliert. Oder ändert Regeln oft und machtvoll und geht dabei über das Kind hinweg.	Tpt. geht zwar auf den Bau des Turmes ein, baut ihn jedoch mehr selber und erweitert die Idee des Kindes ohne Rücksprache mit eigenen Veränderungen. Eigene Begeisterung und Ideen des Tpt. führen dazu, dass das Kind zum Helfer des Tpt. wird und nicht umgekehrt. Vorstellungen des Kindes werden nicht einbezogen.	2
ER: Tpt. Äußerung geht am Kind vorbei, abwegig interpretierend, fremde Aspekte einbringend. Auch bei Ratschlägen Anweisungen oder Tadel codieren. IR: Tpt. Äußerung sind ganz anderer Art als das vom Kind geäußerte; lautmalerisches kommt ohne Bezug zum Kindprozess, bringt das Kind aus dem Prozess.	Tpt. stellt dem Kind ein Regelspiel hin, ohne die Wünsche des Kindes zu berücksichtigen. Macht bei Regelveränderungen dem Kind Vorwürfe und appelliert an Fairness und Gerechtigkeit (moralisiert). Unterstellt dem Kind Gedanken und Prozesse, die dessen eigenem Vorteil dienen. Droht mit Spielabbruch, wenn das Kind sich nicht an Regeln hält. Übergeht alle Impulse und Gefühle, die vom Kind ausgehen.	Tpt. gibt vor, was das Kind bauen soll und mit welchen Materialien. Gibt klare Handlungsanweisungen, wie etwas gebaut werden soll. Unterbindet und bewertet Ideen und Handlungen des Kindes. Korrigiert die Bauweise des Kindes. Zerstört das Gebaute des Kindes. Baut selbst den Turm.	3

Ergebnisse

Es wurde als Raterübereinstimmung die Rang-Korrelation r nach Spearman für jeden der sieben Therapieausschnitte und Raterpaare berechnet. Die Koeffizienten betragen: .77 – .73 – .75* .81* .90* .86* 1.00. Der Median ist .81. Jedes Raterpaar beurteilte so zwischen 15 und 27 Sequenzen a 30 Sekunden aus einem Therapievideo. Insgesamt wurden 176 Sequenzen geratet.

Dies sind hohe Werte, die auf eine gute Inter-Rater-Reliabilität hindeuten. Sie zeigen mithin auch über die Ausschnitte hinweg eine gute Konsistenz.

In den sieben freien Texten zu Skalen-Praktikabilität erbrachte die qualitative Inhaltsanalyse induktiv sechs Kategorien. Die Aussagen zu den einzelnen Kategorien lauten in einer verdichteten Beschreibung:

Skala insgesamt: Die Stufen sind klar und ausführlich definiert. Die Skala ist leicht handhabbar, der innere Aufbau logisch. Eine Person empfiehlt ein theoretisches Vorwissen über das Interventionsprinzip – mit einem kurzen Anleitungstext.

Störungswissen: Hier liegen gegensätzliche Aussagen vor: Wissen über die Störung des Kindes wird mal als sinnvoll, mal als nicht nötig gesehen.

Ratertraining: wurde in der vorliegenden Form als hilfreich erlebt.

Skalierung: Ungradzahligkeit mit Mittelkategorie ist sinnvoll. 7-Stufigkeit optimal passend. Differenzierung zwischen den Stufen ist gut möglich. Frage ob die Therapeutenperson vor oder hinter dem Kind ist, wird gut pointiert. Eine weitere Ausdifferenzierung der Skalen wird als unnötig gesehen, da sie die Zuordnung der Szenen eher erschwert als erleichtert.

Ankerbeispiele: werden durchweg sehr positiv erlebt. Spielformen-Differenzierung erlaubt gute Orientierung.

Zeitintervall: 30 Sekunden gut, aber es bleibt das Problem, dass verschieden zu ratendes Verhalten innerhalb eines Intervalls gezeigt wird, dies beschädigt die Reliabilität.

Diskussion

Die Interaktionsresonanzskala bewährt sich in der Person-zentrierten/interaktionellen Kinderpsychotherapie als ein Instrument zur Einschätzung der Interaktionsresonanz in spieltherapeutischen Spielszenen. Sie bildet die interaktionelle Abstimmung bzw. fehlende Abstimmung zwischen Therapeutenperson und Kind ausgehend vom Punkt 0 beidseitig in drei abweichende Abstufungen ab. Die Inter-Rater-Reliabilität ist mit einem Median von Spearman $r = .81$ durchaus zufriedenstellend. Die Einschätzung der Interaktionsresonanz geschieht unabhängig davon, ob die therapeutische Intervention in der jeweiligen Spielszene angemessen ist oder nicht. So kann eine Interventionsmaßnahme der Therapeutenperson, die vom Rater

als „vor oder hinter das Kind interagierend“ im Sinne von zu viel oder zu wenig handelnd, eingestuft wird, aus störungsspezifischen Überlegungen und in Anlehnung an die Handlungsleitlinien (Behr, Hüsson, Nuding & Wakolbinger, 2014) in einzelnen Spielabschnitten begründet und daher auch personzentriert sein. Zu diskutieren ist, inwieweit das störungsspezifische Vorgehen in die Nutzung der Skala zusätzlich Einfluss nehmen sollte.

In der Gesamtauswertung der Interaktionsresonanzskala einer Spieltherapiestunde bzw. Sequenz kann mit einem Durchschnittswert nahe des Mittelwertes 0 von einem gut auf das kindliche Spielverhalten abgestimmten Therapeutenverhalten ausgegangen werden.

Die Interaktionsresonanzskala empfiehlt sich besonders in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichentherapeuten zur Schulung für das interaktionelle Vorgehen der Therapeutenperson. So wäre z. B. der Zuwachs an Interaktionskompetenz der Therapeutenperson durch Einsatz der Skala zu verschiedenen Messzeitpunkten in der Weiterbildung verifizierbar. Ebenso kann die Skala zu Forschungszwecken genutzt werden, indem z. B. Störungsbilder und die entsprechende Interaktionsresonanz in Korrelation zueinander untersucht werden.

Die Studie weist Limitierungen auf, sie ist als Pilotstudie zu sehen. Sieben Ausschnitte aus Lehrvideos mit hoch qualifizierten Therapeuten repräsentieren nur teilweise das Anwendungsfeld, für das die Skala gedacht ist. Die Rater standen in einem Abhängigkeitsverhältnis von der Studienleitung, die ihre Arbeit im Rahmen einer Prüfung zu bewerten hatten. Ihnen wurde zugesichert, dass weder irgendwelche von ihnen abgegebene Einschätzungen noch die Höhe der erzielten Rater-Übereinstimmung bewertungsrelevant sein werden. Wir fanden keine Hinweise auf Einflüsse, welche die Studienergebnisse verfälscht hätten, dennoch kann dies nicht ausgeschlossen werden. Die Validität wurde nicht eigens geprüft, da die Operationalisierung des Konstruktes unmittelbar aus der theoretischen Umschreibung abgeleitet wurde und insofern Inhaltsvalidität angenommen wird.

Literatur

- Axline, V. M. (1993/1947). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Bd. 11), München: Reinhardt.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2014). Interaktionsresonanz in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – Ein Konzept für die Beziehungsgestaltung über Spiel und

- Spielzeug. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding, & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien – Personenzentrierte Beiträge aus 2 Jahrzehnten* (S. 266–271). Wien: Facultas.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.) (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hüsson, D., Nuding, D. & Wakolbinger, C. (Hrsg.) (2014): *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten*. Wien: Facultas.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations* (Vol 1+2). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P.F., & Wyatt, G. (2013). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2nd Edition). London: Palgrave Macmillan
- Finke, J. (2008). Beziehungsklären und Selbstöffnen: Zwei Handlungskonzepte der personenzentrierten Psychotherapie. In: M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 185–204). Wien: Kramer.
- Geller, S. (2013). Therapeutic presence. In M. Cooper, M. O'Hara, P.F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2nd Edition) (p. 209–222). Houndsmills & New York: Palgrave Macmillan.
- Geller, S. & Greenberg, L. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1 (1), 71–86.
- Hüsson, D., Jofer-Ernstberger, S., Jürgens-Jahnert, S., Riedel, K., Rose, H. U., Stark, S. & Steinhauser H. (2014b). *Den Spielraum nutzen: eine Lehr-DVD zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. In Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG), *Verband für Person-zentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VPKJ)* (Hrsg.). Köln: GwG-Verlag.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landreth, G.L. (2001). Facilitative Dimensions of Play in the Play Therapy Process. In G. L. Landreth (Ed.) *Innovations in Play Therapy* (pp. 3–22). New York: Brunner-Routledge.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd Edition). New York: Brunner-Routledge.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne B. (2007). *Person-centred counselling in action* (3rd Ed.). London: Sage.
- Pfeiffer, W. (1977). Aspekte der klientenzentrierten Psychotherapie. Skalen zur didaktischen Gesprächsanalyse nach Carkhuff, Gendlin, Tausch. In: *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie* 23, 7–12.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory* (The Houghton Mifflin psychological series). Boston: Houghton Mifflin Co.
- Schmidtchen, S. (1974a). Analyse des verbalen Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Spieltherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 23.
- Schmidtchen, S. (1974b). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1976). *Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie*. [Handbook of Client-centered Childtherapy.] Kiel: Selbstverlag.
- Schmidtchen, S. (1978a). Analyse der Therapeut-Klient-Interaktion in der Kinderpsychotherapie. *Heilpädagogische Forschung*. 8 (1), 1–17.
- Schmidtchen, S. (1978b). *Handeln in der Kinderpsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1999). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (4. Aufl.). Weinheim: PVU.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie* (9. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2015). Einführung in den personenzentrierten Ansatz. In Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG), *Verband für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VPKJ)* (Hrsg.). *Den Spielraum nutzen: eine Lehr-DVD zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 7–16). Köln: GwG-Verlag.
- Weltzien, D. (2014). *Pädagogik: Die Gestaltung von Interaktionen in der Kita. Merkmale – Beobachtung – Reflexion*. Weinheim und Basel: Beltz/Juventa.

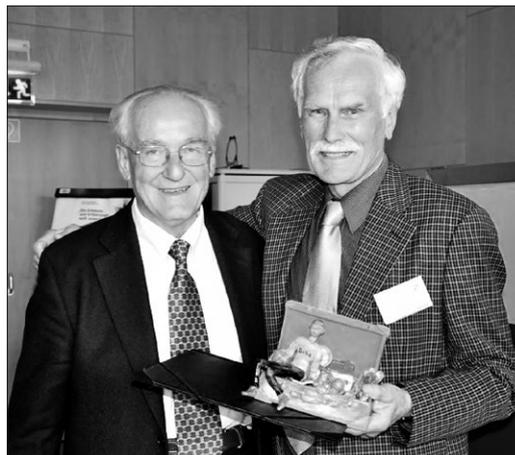
Laudationes

Laudatio für einen Wachstumsförderer – Prof. Dr. Dipl.-Psych. Stefan Schmidtchen – Preisträger 2010 des Virginia-Axline-Preises

Curd Michael Hockel

Wien, 24. April 2010

Selten gibt es die Gelegenheit, einen „Freundschaftsdienst“ so öffentlich zu gestalten wie im Moment der Ehrung eines guten Freundes. Mit Freude und Stolz habe ich mich der Aufgabe zugewandt, Stefan Schmidtchens Beitrag zur Entwicklung personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kurz und bündig zusammenzufassen. Die Arbeit an diesem Destillat machte mir deutlich, wie einseitig einerseits diese Beleuchtung ist, denn der rote Faden „klientenzentrierte Spieltherapie“ ist nur einer der Fäden im Webteppich des Werkes von Prof. Dr. Stefan Schmidtchen, der 1978 den ersten deutschen Lehrstuhl für Kinderdiagnostik und Kinderpsychotherapie am psychologischen Institut der Universität Hamburg einnahm. Allerdings scheint es mir das Rot des Herzblutes zu sein, das diesen Faden färbt – und es ist diese Gemeinsamkeit der Personenzentrierung, die uns alle hier und heute verbindet. Ich möchte mit einer kurzen Episode beginnen. Vor nicht allzu langer Zeit – als alte Freunde – sprachen Stefan und ich über die Freude und Verantwortungslast unseres Berufes. „Weißt du, Curd Michael, das ist für mich das Besondere: Wenn wir uns Menschen gärtnerisch ansehen, mit dieser alten achtbaren Metapher auf sie blicken wie auf Pflanzen, die in ihrem Wachstum gefördert sein sollen, dann haben wir Kinderpsychotherapeuten doch das große Privileg, mit den Menschen immer im Zustand der Knospe zu arbeiten. Erwachsenentherapie hat all die Verholungen und Verzweigungen, die die Einzelnen ausbilden, zu achten – für uns ist erkennbar die Selbstgestaltung der Personen, mit denen wir arbeiten, noch größtenteils Zukunft.“ Gemeinsam ließen wir uns danach von diesem Bild des aufknospenden Selbst unserer jungen Patienten und seiner Verletzlichkeiten



C. M. Hockel mit Preisträger S. Schmidtchen

noch einen guten Abend lang führen. Heute gilt es in wenigen Worten, ein Lebenswerk zu würdigen. Ich möchte im Folgenden kurz über Schmidtchens Lebensweg bis zum Psychologen berichten, dann werde ich sein Lebenswerk anhand der ersten fünf der gegenwärtigen Vergabekriterien des Ehrenpreises sichten und schließlich in Ausarbeitung des sechsten Kriteriums einige Anmerkungen zu der Verlebendigung des Rogers'schen Grundkonzeptes durch ihn machen.

Lebenslauf bis zum Abitur

Stefan Schmidtchen wurde am 21. Juli 1942 in Spremberg geboren. Er gehört somit zu jener Generation, die gegenwärtig deutlicher als „Kriegskinder“ wahrgenommen wird und deren Kindheit im

Schatten des besiegten Nazireiches lag. Spremberg ist ein Ort im Kreis Cottbus, den Schmidtchen später mied, er hat ihn nie wieder besucht. Die Mutter kam aus dem dortigen Arbeitermilieu, sie war in Berlin als Krankenschwester tätig, als sie den Medizinstudenten Horst Schmidtchen kennen lernte, der ein staatlich finanziertes Studium absolvierte. Der sehr strenge Großvater war Polizeioffizier, der aus Breslau kam. Sein Vater hatte einen Bruder – beide mussten Medizin studieren.

Er ist somit der erstgeborene Sohn des Arztes Dr. Horst Schmidtchen und dessen Ehefrau Gertrud; der jüngere Bruder wurde im August 1944 geboren. Beide Kinder wurden bei „Fronturlauben“ des Militärarztes gezeugt – Schmidtchens erlebten wie so viele dieser Generation eine „vaterlose Familie“. Die Mutter war sich nicht sicher, ob sie dieses erste Kind wollte, versuchte es unsichtbar zu machen, indem sie ihren Leib eng schnürte, doch als er da war, wurde er versorgt. Die Mutter ist

1945 alleine mit beiden Kindern aus Berlin geflohen. Der Vater war im Krieg, er kam bei Kriegsende übers Haff aus dem Osten. Er wurde bei den Engländern Lagerarzt und war dies für zehn Jahre. Eine längere Zeit der Umzüge setzte ein, bis der Vater sich schließlich niederlassen wollte. Endlich bezog die Familie in Halstenbek bei Hamburg den Wohnsitz, den Schmidtchens Vater als Praxissitz gefunden hatte.

Der ältere Bruder erkrankte mit 18 Jahren an Kinderlähmung, lernte aber, mit den Füßen zu schreiben, machte trotz einer Lungenkapazität von nur 10 % das Abitur, studierte dann Jura und war in Rendsburg Verkehrsrichter. Er verstarb relativ früh, hatte jedoch Familie und zwei Kinder. Dieses Schicksal beschreibt eine Kernqualität, in der die Schmidtchen-Kinder aufgewachsen waren: Eiserne Disziplin als Forderung. Stefan beschrieb sein Elternhaus und damit seinen „Hintergrund“ als schwere Hypothek, Belastung, traumatisierend.

Stefan Schmidtchen war kein ruhiger Streber, sondern ein Junge, der durch den plötzlich aufgetauchten überstrengen Vater aus dem mühsamen Gleichgewicht eines fragilen Familiensystems von „seinem Platz“ vertrieben worden war. Das ergab einige Schwierigkeiten auf dem weiteren Schulweg und so war es für ihn ein persönlicher Triumph, als er schließlich 1964 an der Rudolf Steiner Schule in Hamburg sein Abitur machte.

Der Weg zum Psychologen

Im gleichen Jahr begann er das Studium der Psychologie. Ein wichtiges Thema während des Studiums war bereits die „Beratung“, seine Vordiplomarbeit war auf dieses Feld zentriert: „Psychotherapie bei Universitätsstudenten“ hatte er bei Prof. C. Bondy geschrieben. Im Hauptstudium wandte er sich vertieft dem Fachgebiet Klinische Psychologie zu und schrieb seine Diplomarbeit bei Kerekjarto im Kontext der Hamburger Depressionsskala.

Schmidtchen lebte seit seinem 14. Lebensjahr in Halstenbek, mit 19 Jahren lernte er dort eine junge Frau kennen, die seine Freundin wurde; angesichts der Enge seines Elternhauses erlebte er diese Beziehung als Rettung – sie wurde seine Lebensliebe, er heiratete Heidi 1965 noch während des Studiums. Zusammen haben sie zwei Söhne: Martin, geboren 1970, und Markus, geboren 1972.

Die personenzentrierte Richtung, die mit den Tauschs in Hamburg zentral verankert war, wurde ihm ein persönliches Überlebensprogramm – auf diesem Weg konnte er sich langfristig retten und zur Zufriedenheit finden.

Der rote Faden die personenzentrierte Spieltherapie in Schmidtchens Lebenswerk

Die 1982 gegründete amerikanische *Association for Play Therapy* – APT (www.a4pt.org) vergibt – immer dann wenn mehrere

Mitglieder dies empfehlen – seit 2005 einen „*Play Therapy Lifetime Achievement Award*“; die bisherigen Preisträger waren: 2005 Garry Landreth, 2006 Charles Schaefer und Louise Guerney, 2008 Diane Frey und Violette Oaklander, 2009 Eliana Gil. Mit dem nun gestifteten Virginia Axline Preis, den der Verband für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – VPKJ für besondere Leistungen im Bereich der klienten-/personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Jahr 2010 erstmalig vergibt, wird an diese Tradition angeknüpft.

Die APT hat Vergabekriterien erarbeitet, die analog auch bei der erstmaligen Vergabe des deutschsprachigen Preises angewandt werden und im Folgenden am Beispiel des ersten Preisträgers illustriert werden:

Forschungsproduktivität

Der Preisträger führte in Qualität und/oder Quantität bedeutsame Forschungen durch, die das Feld der Spieltherapie bedeutsam erweiterten.

Bereits mit seiner Dissertation vom 11. Dezember 1971 legte Stefan Schmidtchen eine solche wegweisende Arbeit vor: „Effekte von klientenzentrierter Spieltherapie bei mehrfach gestörten Kindern“. In den Folgejahren war die weitere Forschungsarbeit in diesem Bereich ein beruflicher Schwerpunkt von Abteilungsdirektor Prof. Dr. Stefan Schmidtchen. Er war seit 26. September 1978 Leiter der Abteilung Kinderpsychotherapie und Kinderdiagnostik der Universität Hamburg. Er leitete DFG-Forschungsprojekte, unter anderen zur Untersuchung der dyadischen Interaktion zwischen Kind und Therapeut. Sein Ziel war es hierbei, differenzielle Therapiestrategien für unterschiedliche Störungsarten zu entwickeln. Die Evaluationsforschung führte er bis in die letzte Phase seiner universitären Arbeit weiter und veröffentlichte zum Beispiel 2002 nochmals „Neuere Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Klientenzentrierten Kinderspieltherapie.“

Lehre, Fort- und Weiterbildung, Training und/oder Supervision

Der Preisträger praktizierte hochqualifizierte und/oder umfangreiche Ausbildung (Lehre), Fort- und Weiterbildung, Training und/oder Supervision in der Kinderspieltherapie.

Seit dem 1. Oktober 1970 war Stefan Schmidtchen am Institut für Psychologie der Universität Kiel als wissenschaftlicher Assistent dabei, Studierende in Kinderspieltherapie einzuführen und zugleich das dem entsprechende Praxisfeld zu beforschen. Zugleich wurden in Trainingskursen Studenten, praktizierende Diplompsychologen, Ärzte, Lehrer und Sozialpädagogen

in großer Zahl zu Kindertherapeuten ausgebildet. Seit er in Hamburg tätig war, traten die Kurse für die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hinzu, die er in den Jahren 1972 bis 1992 abhielt, meist zwei Kurse im Jahr mit jeweils bis zu 30 Teilnehmenden. Einige der Kurse führte er gemeinsam mit Jürgen Leistikow (1974, 1975) durch, einige mit Prof. Dr. Siegfried Mrochen (1981–1984). Auch in der GwG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie führte er Weiterbildungskurse durch. Training und Supervision gehörten zu seinen Tätigkeiten sowohl im universitären Rahmen als auch bei den Kursen, die er für andere Träger und Veranstalter durchführte (unter anderem auch auf Einladung durch die *Child Guidance* in Wien).

Öffentliche Wirksamkeit

Der Preisträger wirkte in bedeutsamer Weise mit an dem öffentlichen Bild von Kinderspieltherapie und förderte dieses Praxisfeld bedeutsam.

Neben den etwa 85 wissenschaftlichen Aufsätzen veröffentlichte Prof. Dr. Stefan Schmidtchen fortlaufend auch auf dem allgemeinen Büchermarkt. Bereits seine Dissertation wurde zu einem der populären Bücher, die über das Praxisfeld und seine Fundierung berichteten und mit den jeweils aktualisierten und erweiterten Neuauflagen das Feld beschrieben; gegenwärtig ist es in 5. Auflage (1999) als Taschenbuch „Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie“ zu beziehen. Mit Werken wie „Handeln in der Kinderpsychotherapie“ (1978) und schließlich dem Lehrbuch „Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien“ (2001) hielt er das Feld der wissenschaftlichen Fundierung offen.

Zugleich hatte er mit Fachtagungen und der dazugehörigen Pressearbeit das Feld „Psychologie im Dienst von Kindern und Familien“ und „Spieltherapie“ deutlich popularisiert. Mit dem kleinen Bändchen „Analyse des Kinderspiels“ (Schmidtchen & Erb, 1976) gab er einen Überblick über psychologische Untersuchungen zu dieser Grundlagendimension effektiver Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Ergebnisse von Fachtagungen und andere das Feld fördernde Titel gab er in der Reihe „Verhaltensmodifikation“ des Kohlhammer Verlages heraus, so etwa: Schmidtchen/Baumgärtel (Hrsg.) (1980): Methoden der Kinderpsychotherapie; Bommert/Hockel (Hrsg.) (1981): Therapieorientierte Diagnostik; Benecken (Hrsg.) (1982): Kinderspieltherapie – Fallstudien.

Durch die Videodokumentation von erfolgreichen Spieltherapien (z. B. Schmidtchen & Ralfs) trug er dazu bei, die Reichweite dieser breitband-wirksamen Methode zu veranschaulichen.

Beiträge zum wachsenden Organisationsgrad der personzentrierten Kinderpsychotherapeuten bzw. Spieltherapeuten

Der Preisträger trug wesentlich dazu bei, das Tätigkeitsfeld personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bzw. Spieltherapie als gesellschaftlich anerkanntes Berufsfeld zu beschreiben, auszugestalten und verantwortlich zu organisieren.

In den Jahren 1976–1978 folgte Dr. Stefan Schmidtchen dem Ruf der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und erarbeitete mit Bernd Carlen, Curd Michael Hockel, Wolfgang Jaede und Dr. Jürgen Leistikow Rahmenrichtlinien für die Kinderpsychotherapieausbildung (veröffentlicht in GwG Info Nr. 31, vom April 1978, S. 50–65, und in Schmidtchen und Baumgärtel (1980): Methoden der Kinderpsychotherapie, S. 188–206). Leider wurde der damit gegebene Impuls, die Ausbildung der Diplom Psychologen für dieses Tätigkeitsfeld zu verbessern und unter dem Berufstitel „Spieltherapeut“ auch andere Berufsgruppen für solche Tätigkeit zu qualifizieren, aus verbandspolitischen Gründen damals nicht offensiv umgesetzt – für die weitere Entwicklung, die in einem zweiten, späteren Durchgang durchaus ein eigenes GwG-Curriculum zur entsprechenden Qualifizierung in personzentrierter Psychotherapie mit Kindern- und Jugendlichen führte, war diese Vorarbeit jedoch wegbereitend. Er ermutigte immer wieder dazu, eine klare Interessensvertretung zu fördern und widmete diesem Thema in seinem Lehrbuch einen vierten knappen Abschnitt.

Eigene therapeutische Praxis

Der Preisträger erbrachte eigene personzentrierte psychotherapeutische Leistungen im Rahmen von Kliniken, Heimen, Beratungsstellen, eigener Praxis oder anderen psychosozialen Einrichtungen, die geeignet waren, den Rang, Ruf und Nutzen von personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bzw. Spieltherapie zu dokumentieren und zu verbreiten.

Ab dem 1. Juni 1969 bis zum 30. September 1970 war Stefan Schmidtchen hauptamtlicher Leiter der Erziehungsberatungsstelle und des psychotherapeutischen Dienstes des heilpädagogischen Kinder- und Jugendheimes der Arbeiterwohlfahrt in Pinneberg. Danach arbeitete er dort noch bis zum 30. August 1988 – also 18 Jahre lang – in Teilzeitbeschäftigung als Psychotherapeut. Dieses Praxisfeld betrachtete er als „eine notwendige Ergänzung meiner lehrenden, theoriebildenden und forschenden Aufgaben als angehender Hochschullehrer [...]“ und ergänzte es dann durch die Leitung der zu Forschungszwecken an der Universität Hamburg eingerichteten Erziehungsberatungsstelle des Psychologischen Institutes II. In diesen

Praxisfeldern führte er personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Einzeltherapien und in Gruppen durch – und zugleich begleitete er viele andere solche Therapien als Supervisor.

Persönliche Empfehlung

Der Vorschlag für die Ehrung muss von mindestens vier Vorschlagenden eingebracht werden, neben den Stellungnahmen der Vorschlagenden zu den ersten fünf Kriterien können hier weitere persönliche Begründungen für den Vorschlag der Ehrung aufgeführt werden.

Als das Jahrestreffen 2009 der deutschsprachigen Verbände für personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie über die Einführung des Virginia Axline Preises beschloss, fand der Vorschlag, Prof. Dr. Dipl. Psych. Stefan Schmidtchen als ersten Preisträger zu ehren, nicht nur vier Vorschlagende, sondern eine überzeugende Mehrheit. Um diesem Kriterium zu entsprechen, möchte ich nun meine persönliche Empfehlung vertreten.

In seinem ersten Buch veröffentlichte Schmidtchen (1974) eine damals gültige Beschreibung des Therapeutenverhaltens, die sechs Dimensionen umfasste:

1. Wachheit und Momentzentrierung,
2. Ruhe und Zuversicht,
3. Regulierung der Nähe,
4. Non-direktives Verhalten,
5. Grenzsetzung,
6. Reflexion von Gefühlen und Problemlösungsverhalten.

Aus diesen Gliederungspunkten entfaltete er in der Folge Therapiestrategien. Jede dieser Dimensionen muss seither ein personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zu leisten lernen. Hierbei ist es gut, Modelle zu haben. Ein solches Modell war und ist in hervorragender Weise Stefan Schmidtchen. Und gerade, dass er dieses Modell in vielen Dingen auch außerhalb der Klient-Therapeut-Beziehung war und ist, machte es umso angenehmer.

Ich möchte dies an Beispielen verdeutlichen:

Wachheit und Momentzentriertheit. Ganz und gar nicht therapeutisch – jedoch existenziell zentral – erlebte ich Stefan Schmidtchen wach und momentzentriert in seinem Privatleben: Als Partner stellte er seine Karriere einige Zeit stark zurück, da die Frau, die er quasi als Jugendliche geheiratet hatte, nun soweit war, dass sie ein eigenes Studium begonnen und erfolgreich durchgeführt hatte. Und als Vater boten ihm seine beiden Söhne immer wieder ein Übungsfeld für waches, momentzentriertes Handeln, das dazu führte, dass er auch heute ein nahes und lebendiges Verhältnis zu seinen Söhnen hat.

Ruhe und Zuversicht. In einem der Kurse, die in meiner Praxis stattfanden, hatte Stefan das von Ginott und ihm entwickelte Schema des personenzentrierten Umgangs mit Grenzen in der Spieltherapie erläutert. Eine sehr erfahrene Kinderpsychotherapeutin (Frau Dr. Menara in München) fragte: „Aber was machen Sie, Herr Professor, wenn die Tür Ihres Behandlungszimmers aufgeht und ein angekündigter Vierjähriger stürmt herein, geht in die Knie, schlittert quer durch den Raum und beißt sich in Ihrer Wade fest?“ „Autsch“, rief Stefan so gequält erschrocken, wie es auch uns allen bei dieser Schilderung zumute war. Der folgende gemeinsame Lacher der Gruppe war eine hervorragende Grundlage, um Konsens darüber zu erarbeiten, wie das im Kopf des Gebissenen vorhandene Konzept des Grenzensetzens auch dann noch wirksam ist, wenn es darum geht, eine bereits irreversibel stattgefundene Grenzverletzung zu bearbeiten.

Großzügig, herzlich, wertschätzend. In demselben Kurs war Sabine Weinberger, die mir im Zusammenhang mit der Vorbereitung dieser Ehrung schrieb: „Ich war damals in der ersten Münchner Gruppe dabei, die Stefan hier im süddeutschen Raum in Deiner Praxis fortbildete. Das war Ende 1976 oder Anfang 1977 nach meinen Aufzeichnungen. Ich war damals so begeistert, dass ich Stefan gleich nach dem ersten Wochenende – es sollten ja weitere folgen – fragte, wie ich möglichst schnell noch mehr von ihm lernen könnte. Er lud mich daraufhin spontan ein, unentgeltlich an seinem nächsten Fortbildungsseminar in Kiel, das sich über eine ganze Woche erstreckte und im Rahmen der Fortbildungen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung abgehalten wurde, als Gast mitzumachen. Das Angebot nahm ich sofort an. Diese geschenkte ‚Kieler Woche‘ legte bei mir die Grundlagen in Bezug auf die Spieltherapie und festigte den Entschluss, mein Herz an die Spieltherapie zu hängen. Dafür bin ich ihm bis heute sehr dankbar.“

Echtheit ist keine Erlaubnis sondern eine Verpflichtung. Als Schüler von Stefan Schmidtchen bin ich inzwischen auch schon seit vielen Jahren Ausbilder in personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und eröffne meinen Ausbildungsteilnehmenden im ersten Auswahlseminar drei Kriterien, die ich für den Weg zu einem guten Spieltherapeuten unverzichtbar halte: die Bereitschaft, eigene Verletzungen zu erkennen, anzunehmen und durchzuarbeiten. Stefan Schmidtchen hatte im Fußballsport früh eine wesentliche persönliche Ressource gefunden. Eine Untersuchung zu den unterschiedlichen Persönlichkeitseigenschaften von Studierenden der Psychologie und solchen der Sportwissenschaften kam in den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts zu nur einem einzigen signifikanten Unterschied. Die Untersuchung war angestellt worden, weil der Verdacht, dass diejenigen Psychologie studieren würden, „die es nötig haben“, empirisch überprüft werden sollte.

Es stellte sich jedoch heraus, dass sich die beiden Gruppen in allen Werten von Neurotizismus oder anderen „klinischen Auffälligkeiten“ nicht unterschieden. Der einzige Unterschied bestand darin, dass Psychologiestudenten ein höheres soziales Engagement als Sportstudenten mitbrachten. Und doch – oder vielleicht sogar deshalb – entwickeln sich viele Studierende der Psychologie anders als andere Akademiker. Stefan Schmidtchen sagte über seine akademische Karriere rückblickend:

„Der zerstörte, traumatisierte, verwundete Säugling war mein Thema, da ich mich erst aus der Distanz als solcher erkannte. Mein Lebensthema war die Nachsozialisation des wunden Stefan in mir. Dem Kind in mir heilsam zu helfen war der Anreiz meines Leistens.“

Er ist heute noch aktiver Fußballer und Vorbild für Schüler, Söhne und Enkel.

Herzlichen Glückwunsch, Stefan!

Laudatio für Dipl.-Psych. Dr. Beate Ehlers – Preisträgerin 2012 des Virginia Axline Preises

Sabine Schlippe-Weinberger

Zürich, im April 2012

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist mir eine Ehre, heute hier in Zürich die Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dr. Beate Ehlers würdigen zu können, die den diesjährigen Virginia Axline Preis erhält. Leider kann sie aufgrund einer schweren Erkrankung nicht selber hier sein, sie freut sich jedoch sehr über die Preisverleihung und wird anschließend per Aufzeichnung noch selber zu Ihnen sprechen. Den Preis, eine Glasskulptur, wird Stephan Jürgens-Jahnert im Anschluss an diese Laudatio noch näher vorstellen.

Nun näheres zur Preisträgerin, deren Bild Sie hier sehen.

Ich fange mit meiner *ersten Begegnung* mit ihr an. Ich habe Beate Ehlers vor 25 Jahren kennen gelernt, als wir uns mit anderen Kolleginnen und Kollegen trafen, um für die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) erstmalig ein Curriculum für die Ausbildung in Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu erarbeiten. In dieser Gruppe waren wir damals so ungefähr alle Anfang, Mitte oder Ende dreißig mit zwei deutlich älteren Kollegen: Franz Kemper, dem Initiator dieses Treffens und eben Beate Ehlers, die mich von Anfang an faszinierte. Warum faszinierte sie mich? Da war zum einen diese fast 20 Jahre ältere Kollegin, die mir ein Modell bot, wie man den Beruf als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin auf eine

gute Art und Weise mit einer eigenen Familie verbinden kann. Zum anderen war es ihre Art da zu sein: sehr vital, immer sehr präsent, äußerst humorvoll mit einem ansteckenden Lachen und sehr direkt. Während wir zumeist Jeans und T-Shirt trugen, kam sie immer im Kleid, ich habe heute noch das eine oder andere Kleid vor Augen, eben, weil sie damit so anders und gleichzeitig so authentisch sie selbst war.

Zu ihrer Lebensgeschichte: Beate Ehlers wurde am 30. April 1934 als zweite von vier Kindern in Paderborn, Deutschland, geboren. Ihr Vater war Studienrat, ihre Mutter Gewerbelehrerin, die damals noch ihren Beruf, den sie sehr geliebt hatte, aufgeben musste, als sie Kinder bekam.



Mit 21 Monaten wurde die kleine Beate für mehrere Wochen zu ihren Großeltern gegeben, da sie Keuchhusten hatte und eine Ansteckung für ihre neugeborene Schwester, die als Frühgeburt

zur Welt gekommen war, lebensbedrohlich gewesen wäre. Sie kannte die Großeltern, die weit weg wohnten, kaum und fühlte sich fremd und unverstanden. Sie sagte mir dazu: „Ich lernte in dieser Zeit sehr genau zu beobachten und kam zu dem Schluss, dass Erwachsene Bedürfnisse der Kinder nicht wahrnehmen und ich mich besser selbst darum kümmern sollte, z. B. durch wütende Proteste und konsequente Verweigerung im Kleinkindalter.“ Sie brachte sich vor der Schule das Lesen selbst bei und machte wieder die Erfahrung, dass die Erwachsenen ihre Bedürfnisse nicht wertschätzten und sie daher selbst aktiv

werden musste und dass genaues Beobachten („genau hinschauen und hinhören“) dabei eine große Hilfe ist.

Nach dem Abitur wusste Beate Ehlers nur, dass sie studieren wollte, aber noch nicht was. Sie fing erst einmal an, in einem Heim für schwererziehbare Jungen zu arbeiten. Da sie die Berichte der Erzieherinnen für sehr unbefriedigend hielt, führte sie eine Methode der systematischen Beobachtung ein und war überrascht, dass diese sehr bald von den Erzieherinnen übernommen wurde.

Nach diesem Jahr begann Beate Ehlers in Marburg mit dem Studium der Psychologie in der Hoffnung, dort zu lernen, wie man diesen Kindern besser helfen könne. Das Ehepaar Tausch bot dort Vorlesungen in non-direktiver Therapie nach Rogers an und sie bekam die Möglichkeit, dort Übungsstunden mit Kindern unter der Supervision von Frau Tausch durchzuführen. Beate Ehlers sagt über diese Zeit: „Obwohl es mir schwer fiel, meine pädagogischen Impulse im Zaun zu halten, fühlte ich, dass ich mir als Kind genau diese Art der Beziehung gewünscht hatte.“

Neben der non-direktiven Therapie, wie sie damals noch hieß, interessierte sich Beate Ehlers sehr für methodische Fragen der experimentellen Psychologie und promovierte dann über eine experimentelle Untersuchung der Wahrnehmungshemmung unter Berücksichtigung differential-diagnostischer Gesichtspunkte. Sie promovierte in Innsbruck, da der Institutsleiter in Marburg sich damals noch weigerte, eine Frau zur Promotion zuzulassen.

Nachdem das Ehepaar Tausch die Universität Marburg verlassen hatte, gab es niemanden mehr, der den Bereich Kinderpsychologie und Kinderdiagnostik abdeckte und da kein anderer von den Lehrenden sich damit abgeben wollte, wurde Frau Ehlers, die inzwischen geheiratet und zwei Kinder bekommen hatte, von eben diesem Institutsleiter gefragt, ob sie das machen würde. Da sie damals keine andere Berufstätigkeit zur Wahl hatte, nahm sie diese Aufgabe an und bot gleich drei Lehrveranstaltungen an: Diagnostik mit Kindern, Kinderbeobachtung und non-direktive Kinderpsychotherapie.

Das Besondere an ihren Lehrveranstaltungen war, dass sie im praktischen Teil nicht mit Hilfe von Rollenspielen unterrichtete, sondern immer in Life-Situationen mit echten Kindern. So konnten die Studenten ein Gefühl dafür entwickeln, wie es in der Therapiesituation mit Kindern wirklich ist. Die Studenten organisierten die Kinder für diese Veranstaltungen z. B. über ihre Vermieter oder über Kommilitonen, die bereits Kinder hatten. Später konnte sie aus ihrer Praxis Geschwister der Therapiekinder dazu gewinnen, die das sehr gerne machten. Diese Lehrveranstaltungen, die es so nirgendwo gab, wurden ein besonderer Magnet für Studienanfänger, die deswegen extra nach Marburg kamen.

Ihr Ehemann, auch Diplom-Psychologe, war als Hochschullehrer ebenfalls an der Universität Marburg tätig, die

gemeinsamen Diskussionen empfand sie als große Bereicherung.

1971, nachdem ihre beiden Kinder eingeschult worden waren, begann Beate Ehlers dann, zusätzlich zu ihrer Lehrtätigkeit, als Kinderpsychotherapeutin in eigener Praxis zu arbeiten. Sie musste feststellen, dass es damals kaum eine veröffentlichte Untersuchung zu den verschiedenen Aspekten der Praxis wie z. B. Diagnostik, Verlaufskontrolle, Arbeit mit den Eltern oder Gruppentherapie mit Kindern gab und versuchte daher, mit den Möglichkeiten der Lehrveranstaltungen, zu diesen Fragen Daten zu erheben und zu verarbeiten, also erste wissenschaftliche Erkenntnisse in diesem großen Komplex zu finden. Ein Ergebnis dieser Arbeit war die Entwicklung der Marburger Verhaltensliste (MVL) und ein Anamnesefragebogen als diagnostisches Element vor Therapiebeginn.

Aus den Lehrveranstaltungen entwickelten sich mit der Zeit Angebote für Postgraduierte. Hier konnten auch viele Teilnehmer aus pädagogischen Berufsfeldern erste Erfahrungen mit der personenzentrierten Arbeit mit Kindern sammeln. Jede Behandlungsstunde wurde hinter der Einwegscheibe von allen beobachtet, mit Video aufgezeichnet und hinterher sofort in der ganzen Gruppe analysiert. Davon wurde wiederum ein Tonbandprotokoll gefertigt, welches in den wichtigen Teilen von dem jeweiligen Therapeuten abgetippt und allen zur Verfügung gestellt werden musste. „Dies war“, wie einige Teilnehmer später berichteten, „eine sehr intensive Nachbereitung für denjenigen der dran war und nicht selten eine harte Lehre. Beeindruckend war dabei, wie sie immer den ganz persönlichen Bezug mit eingebracht und diesen Ansatz auch gelebt hat. Andererseits konnte sie auch ganz schön direkt sein, wenn ihr etwas nicht angemessen erschien.“

In dieser Zeit begann auch die bereits erwähnte Arbeit an dem neu zu entwickelnden Ausbildungskonzept für Personenzentrierte Kinderpsychotherapie der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie – GwG. Gleichzeitig arbeitete Beate Ehlers kontinuierlich daran, diese Methode und vor allem ihre praktische Umsetzung weiter bekannt zu machen, neben ihrer Ausbildungstätigkeit durch zahlreiche Vorträge oder Lehrveranstaltungen an verschiedenen Universitäten. So wurde die Personenzentrierte Kinderpsychotherapie an Generationen von Studenten und Postgraduierte, die teilweise ihrerseits wieder Multiplikatoren wurden, weitergegeben.

Weil Beate Ehlers in den Therapiestunden immer wieder beobachtete, dass sich psychische Probleme bei Kindern auch sehr oft durch Auffälligkeiten im motorischen System der Kinder ausdrücken und gerade sehr gestörte Kinder in den Therapiesitzungen häufig Bewegungsspiele ausprobierten (z. B. Stelzen laufen, Schaukelbrett, Hüpfball) entwickelte sie Pläne für eine Therapie mit Schwerpunkt im Bereich der motorischen Erfahrungen von Kindern und es erscheint ihr noch heute als

viel versprechende Möglichkeit, durch nicht-verbale und ganzheitliche Erfahrungen, Konzepte des Selbstbildes bei Kindern in einen Veränderungsprozess zu bringen. Leider konnte sie diese Idee in der Praxis nicht mehr vertiefen, da erst eine schwere Arthrose und dann eine Krebserkrankung und ein Schlaganfall sie zwangen, die kindertherapeutische Praxis und auch die Lehrveranstaltungen aufzugeben.

In den letzten Jahren ihrer kindertherapeutischen Arbeit kam noch einmal eine neue Qualität dazu. Beate Ehlers veranschaulicht das so: „Ich beobachtete, dass sich bei mir eine neue Art des einführenden Verstehens entwickelte. Ich denke, dass dafür die besondere Art der Empathie im Umgang mit Vorschulkindern auslösend war. Wenn ich ein Kind in seinen Erfahrungen begleitete, dann tauchten immer häufiger innere Bilder in mir auf, die ich später als eine komprimierte symbolische Darstellung meiner gefühlsmäßigen ganzheitlichen Wahrnehmung dieses Kindes verstand. Es entwickelte sich

dabei eine Art innere Selbstkommunikation, die sich mir nicht durch Gedanken, sondern durch Bilder und durch Gefühle mitteilte.“

In Verbindung mit einer tiefen Spiritualität hilft diese innere Selbstkommunikation durch Bilder und Gefühle, die sich seitdem kontinuierlich weiter entwickelt, Beate Ehlers mit ihren Erkrankungen aktiv umzugehen. Sie sagt dazu: „Seit meinen Erkrankungen spüre ich, dass sich mein Leben um viele Dimensionen erweitert hat und ich Rat und Ermutigung in einer geistigen Dimension finden kann und dass neue Erfahrungen in naher Zukunft mein Leben bereichern werden. Ich bin weiterhin behindert, aber ich bleibe in Bewegung und eine großartige Entwicklung geschieht auch weiterhin.“

Mit diesen Worten, die so viel über die immer noch tatkräftige, sehr präzise und vitale Kollegin aussagen, die die Personzentrierte Kindertherapie in Forschung, Lehre und Praxis so bereichert hat, möchte ich schließen.

Laudatio für einen groß gewordenen Nachwuchs – Dagmar Nuding – Preisträgerin 2012 des Virginia Axline Nachwuchspreises

Stefan Brandt

Zürich, im April 2012

Liebe Dagmar, liebe Kolleginnen und Kollegen, werte weitere Anwesende,

wir haben gerade diese beeindruckende und bewegende Verleihung des Virginia-Axline-Preises an Beate Ehlers erlebt. Nichts ist schöner als gleich anschließend feststellen zu dürfen: Für Nachwuchs ist gesorgt – der Nachwuchs ist herangewachsen!

Vor zwei Jahren hat Curd Michael Hockel anlässlich der ersten Verleihung des Virginia-Axline-Preises seinen Vortrag für Stefan Schmidtchen „Laudatio für einen Wachstumsförderer“ genannt. Heute sind wir schon bei der „Laudatio für den Nach-Wuchs“ angekommen. Ich darf mit Freude Dagmar Nuding loben. Carl Rogers' Pflanzen-Wachstums-Metapher hat sich bewährt, auch über die Generationengrenzen hinweg!

Unsere größte Sorge, die nämlich um die Nachhaltigkeit des Personzentrierten Ansatzes in einer auf rasche, kurzfristige aber auch kurzatmige Effekte reduzierenden Verflachung von Therapie, verliert an Berechtigung, auch durch Dagmars Forschungsarbeiten.

Dagmar Nuding ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd in der Abteilung für Pädagogische Psychologie, Intervention und Beratung in den Fächern Psychologie und Frühe Bildung.

Dahin geführt haben vielfältige Wachstums-Schübe: Sehen wir einmal von den frühen, vorberuflichen Schüben ab, dann

ging die Berufsausbildung mit einem erfolgreichen Lehramtsstudium und einem Studium der Erziehungswissenschaften an, nicht nur, um den heutigen akademischen Status „Diplom-Pädagogin“ zu erreichen, sondern auch um ihr Ziel, die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichentherapeutin, absolvieren zu können.

Die Arbeit in einer Erziehungsberatungsstelle und in einer Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen waren der notwendige praktische Hintergrund

und gleichzeitig auch Zweck für ihre Kindertherapie-Ausbildung: Dagmar Nuding ist nicht nur der Wissenschaft und Theorie verbunden, sondern Praxis-Tätigkeit ist ihr ein ebenso wichtiges Anliegen.

Nicht nur an der Pädagogischen Hochschule unterrichtet Dagmar in der Abteilung Pädagogische Psychologie, Beratung



und Intervention angehende Kindheitspädagogen in Spieltherapie, sondern auch in diversen freiberuflichen Arbeitsfeldern vermittelt sie Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für Kinder, Jugendliche und Familien – und bereitet nun ihren Nachwuchs darin auf die Prüfungen vor.

Ich komme nun – endlich – auf den vielleicht wesentlichsten Punkt ihrer heutigen Auszeichnung mit dem Nachwuchspreis zu sprechen: ihre Forschungsarbeit.

Dagmar untersucht als Promotionsprojekt die Wirksamkeit Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch die Metaanalyse von zuletzt mehr als 80 aus hunderten von Studien, international und aus über 50 Jahren, zur Wirkung psychotherapeutischer Interventionen. Das ist doch ein unvorstellbar großer, ausdauernder Aufwand, eine enorme Fleißarbeit – und ganz sicher nicht vergnügungssteuerpflichtig!

Diese „psychologiehistorischen“ Recherchen zum Fundus an Wirksamkeitsbelegen für „Rogerianische“ Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen weisen nicht nur die Behandlungserfolge unseres Ansatzes nach, sondern sie sind auch ein Nachwuchsdienst an ihren „wissenschaftlichen Vorfahren“.

Hier wächst etwas auf dem Boden vergangener Forschung. Es wächst nicht Gras darüber, sondern aus dem zum Teil Jahrzehnte lang Vorhandenen entpuppt sich die Aktualität des seit langem Bekannten. Es wächst nachhaltig aus dem Bestehenden das Neue.

In diesem fruchtbaren Gmünder Wirkungsrahmen sind aus Dagmars Feder in vielen Kooperationen Herausgaben und Publikationen entstanden, die für die Lebendigkeit und Zukunftstauglichkeit der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Beleg und Werbung sind.

Es ist die Mischung aus Neugier, Ehrgeiz, Fleiß und Leselust einerseits und Gmünder Bodenständigkeit andererseits, die sie

diesen Arbeitsaufwand hat bewältigen lassen. Dagmar ist in der Nähe von Schwäbisch Gmünd geboren und aufgewachsen. Sie studierte dort, arbeitet und lebt da immer noch. Sie ist offenbar ein Mensch von großer Beständigkeit mit Bodenhaftung – örtlich wie auch inhaltlich.

Dagmar kann also getrost als „Gmünder Kind“ und „Kind der Hochschule Schwäbisch Gmünd“ – vom Lehramtsstudium an – bezeichnet werden. Dieser Boden muss einen Wachstumsbeschleuniger haben! International unterwegs sein und dennoch einen festen Boden unter den Füßen behalten, das ist ihr Geheimrezept!

Bleibt noch zu erwähnen, dass Dagmar auch noch Zeit findet für die verbandspolitische Tätigkeit im Vorstand der Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, der GWG.

Ich kenne Dagmar aus der Fachverbandsarbeit der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als sympathische, authentische Person, freundlich, ruhig, aber sehr wach und aufmerksam – und engagiert.

Und warum schaffst du das alles? Diese unglaublichen Leistungen? Mit gerade einmal zarten 32 Jahren? (Das sind 30 weniger als ich erlebt habe.)

Weil du zu deinem Ausgleich und Wohlbefinden ein Pferd hast! Das kostet zwar auch wieder Zeit, aber es entlastet und entschädigt auch für die viele Schreibtisch-Stuhl-Hockerei. Und jeder weiß: Ein Pferd zu reiten und zu führen bedeutet nicht nur Sportlichkeit, sondern auch Klarheit und Entschiedenheit zu besitzen – und die gehören dann wohl auch noch zu deinen wesentlichen Kompetenzen.

Weiterhin viel Erfolg – und vielen Dank für deine emsigen Bemühungen um unser aller Anliegen!

Ich darf dir nun die Urkunde für den Nachwuchspreis überreichen und dir sehr herzlich gratulieren!

Laudatio für Sabine Weinberger im Rahmen der 3. Verleihung des Virginia Axline Preises 2014

Klaus Fröhlich-Gildhoff & Hildegard Steinhauser

Liebe Sabine, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Anwesende,

Sabine Weinberger ist – nach Stefan Schmidtchen und Beate Ehlers eine wunderbare Nachfolgerin für diesen Preis zur Würdigung eines Lebenswerkes! Sie erhält ihn für ihr Engagement in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Theorie und Praxis, in Forschung und Lehre und den daraus entstandenen Veröffentlichungen – Veröffentlichungen, die so nah an der Praxis

orientiert sind, dass es für nachfolgende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen eine Freude ist, darin einzutauchen und davon zu lernen.

Mit dieser Laudatio soll ein Lebenswerk gewürdigt werden, das die Kontinuität unseres Ansatzes nachhaltig beeinflusst – aufgrund Sabines einzigartiger Fähigkeit, den Weg zu finden, um genau im rechten Moment und der rechten Art und Weise in Beziehung zu treten und dabei Entwicklung zu ermöglichen. Diese Kunst gelingt ihr sowohl im direkten Kontakt

mit Menschen in Therapie und Ausbildung als auch im indirekten Kontakt in ihrer so ganz besonderen, herausragenden Weise, mit der sie in ihren Veröffentlichungen den Leser oder die Leserin in einen lebendigen Austausch lockt und in ihren Bann zieht. So lebt und arbeitet sie in der Tradition von C. R. Rogers.

Wir werden später schildern, wie wir ganz persönlich Sabine dabei erlebt habe...

Doch lassen Sie uns zunächst einen Blick auf Sabine Weinbergers Leben richten – wie sie zu der geworden ist, die sie heute ist, um dann mit Hilfe einer kleinen Erzählung den Kern ihres Lebenswerkes zu würdigen.



Die Kinderjahre bis zum Abitur

Wir wissen, wie wichtig und prägend gerade die ersten Kindheitsjahre für unsere Entwicklung, für die jeweilig individuelle Art sind, wie wir den Herausforderungen unseres Lebens begegnen. Und wir verstehen gerade im Rückblick, welcher Samen für spätere Früchte bereits gesät wurde. Sabine Weinberger kam im Mai 1951 als erstes von drei Kindern im Allgäu, am Wohnort ihrer Großeltern, zur Welt; die 2 jüngeren Brüder wurden im Abstand von 1½ und 3 Jahren in Hamburg geboren.

Sabines Eltern haben noch beide sehr hautnah die letzten Kriegsjahre erlebt. Sie lernten sich in Hamburg kennen, als ihr Vater aus dem Krieg zurückgekehrt und gerade mit dem Zahnmedizin-Studium begann. Ihre Mutter kam als Krankenschwester mit dem letzten noch nicht unter Beschuss geratenen Lazarettzug 1945 aus Ostpreußen heil nach Hamburg.

Ihr Vater hatte drei Monate vor Sabines Geburt einen schweren Verkehrsunfall, war lebensgefährlich verletzt und lag sehr lange im Krankenhaus, sodass die Mutter völlig auf sich alleine gestellt war. Sie nahm kurz vor der Geburt von Sabine die beschwerliche Reise durch die verschiedenen Zonen der Bundesrepublik auf sich, um ihr erstes Kind bei ihren Schwiegereltern im Allgäu zur Welt zu bringen. Sabines naturwissenschaftlich sehr begabte und interessierte Mutter wollte eigentlich Medizin studieren – und übernahm jedoch nach der Geburt von Sabine als Krankenschwester die wirtschaftliche Versorgung der Familie.

Aufgrund der unsicheren Zukunft der jungen Familie blieb Sabine die ersten 2½ Jahre ihres Lebens bei ihren Großeltern und es entwickelte sich eine sehr innige Beziehung zu ihrer Großmutter. Sabine pendelte von da an bis zum Abitur in zunächst ½-jährlichen Rhythmus, später im Schul- und Ferienzeit-Rhythmus zwischen zwei völlig unterschiedlichen Lebenswelten hin und her – der Familie ihrer Eltern in Hamburg (ihr Vater konnte nach einem Jahr das Krankenhaus wieder verlassen) und ihren Großeltern im Allgäu. Mit ihrer sie auch im

weiteren Leben so auszeichnenden Fähigkeit der eigenständigen Bewältigung dessen, was ist, bewältigte sie ihre innere Zerrissenheit zwischen Großmutter und Mutter und es gelang ihr immer wieder, sich in den Rhythmus des jeweiligen Lebens einzufinden.

Ärztin oder Psychologin?

Sabine wollte nach dem Abitur Medizin studieren und bekam zunächst keinen Studienplatz. Bei einem Besuch beim Arbeitsamt wurde ihre Frage nach etwas ähnlichem mit einem Studium der Psychologie beantwortet. Der Kauf eines Buches zu Persönlichkeitstheorien entfachte in ihr Begeisterung und sie begann mit dem Psychologie-Studium an der Universität in Regensburg. Sie verliebte sich während des 1. Semesters in ihren späteren Mann und trat deshalb den im Laufe des Semesters erhaltenen Medizinstudienplatz in Hamburg nicht an. Begeistert, zielstrebig und zügig schloss Sabine innerhalb 4 Jahren das Psychologie-Studium ab.

Psychologin, Therapeutin, Wissenschaftlerin, Mutter

Nach dem Abschluss des Psychologie-Studiums entwickelt sich ein Lebensmodell der Gleichzeitigkeit von Therapeutin, Wissenschaftlerin, Frau und Mutter – ein ständiges Hin und Her zwischen verschiedenen Welten – etwas, was Sabine früh gelernt hat und worin sie es zur Meisterin gebracht hat.

Sie möchte therapeutisch arbeiten lernen mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und entscheidet sich für die Gesprächspsychotherapieausbildung, da ihr das Menschenbild von C. R. Rogers, sein Begegnungskonzept und die Wertschätzung dem einzelnen Menschen gegenüber von allen Therapierichtungen am besten gefällt – oder vermutlich: weil es ihrer Persönlichkeit am nächsten ist ...

Nahezu zeitgleich entdeckt sie über Kontakte zu Curd Michael Hockel die Spieltherapie und beginnt nach dem ersten Seminar bei Stefan Schmidtchen auch die Spieltherapieausbildung. Parallel dazu, im Anschluss an das Studium wird sie Assistentin am Lehrstuhl für klinische Psychologie in Regensburg und Versuchsleiterin am Forschungsprojekt „Gesprächsführung“, woraus sich ihr Promotionsstudium entwickelt, das sie 1979 mit dem Thema „Entwicklung eines Curriculums in klientenzentrierter Gesprächsführung“ abschließt. Daraus entsteht ihre erste Veröffentlichung „Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe“. Die besonders praxisnahe und viele Leser begeisternde Qualität ihrer Veröffentlichungen zeigt sich bereits in diesem Erstlingswerk – es erschien 2013 neu überarbeitet in beachtenswerter

14. Auflage. Sabine erhält ab 1978 Lehraufträge für klientenzentrierte Gesprächsführung und personzentrierte Kinderpsychotherapie an der Fachhochschule für Soziale Arbeit in Regensburg und München sowie an der Universität Bamberg. Sie beginnt während Ihrer Promotionsphase mit der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen in der Praxis von Curd Michael Hockel. Während dieser Zeit kommen zwei ihrer Söhne zur Welt.

Das Nebeneinander von Praxis, Lehre und Familie

In den kommenden zehn Jahren gelingt es Sabine ihr Leben zwischen therapeutischer Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Praxis eines Kollegen in der Nähe von Schrobenhausen und ihrer Familie mit mittlerweile drei Söhnen in Einklang zu bringen. Zudem entwickelt sie gemeinsam mit einer Reihe von Kolleginnen der so genannten ersten Generation – einige von ihnen befinden sich sicherlich auch jetzt hier und werden sich gut und hoffentlich mit Freude an diese Zeit erinnern – ein Ausbildungskonzept für Personzentrierte Kinderpsychotherapie im Rahmen der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). Als Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie und für die Personzentrierte Kindertherapie entscheidet sie sich für die Kindertherapie und wirkt in dieser Funktion in den folgenden nahezu 25 Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Als die Familie in Nordbayern sesshaft wird, gründet Sabine ihre eigene Praxis und arbeitet bis heute psychotherapeutisch mit Kindern und ihren Familien und Erwachsenen.

Berufspolitisches Engagement, Lehre, Veröffentlichungen

Die drei Söhne werden zunehmend größer und Sabine nimmt mit Akribie und Zuverlässigkeit neue Herausforderungen und Aufgaben im berufspolitischen Bereich an: Sie ist Mitbegründerin des staatlich anerkannten Instituts für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie SIMKI in Chemnitz, wo sie als Dozentin und Supervisorin tätig wird. Sie stellt sich auf Anfrage als Delegierte des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bjk) in der Bayerischen Landespsychotherapeutenkammer zur Verfügung – und begleitet konstruktiv und mit großem Engagement die ersten vier Jahre der neu gegründeten Kammer. Als KJP-Delegierte der bayerischen Psychotherapeutenkammer in der Bundespsychotherapeutenkammer arbeitet sie während dieser Zeit im Fortbildungsausschuss der Bundespsychotherapeutenkammer mit an der Musterfortbildungsordnung.

Und die Zeit ihrer Veröffentlichungen beginnt:

- Sie setzt 2001 ihren Herzenswunsch in die Tat um: ein Buch zur Personzentrierten Kinderpsychotherapie „Kinder

spielend helfen“, heute in der 5. Auflage – aus unserer Sicht das nach wie vor beste praxisnahe Buch zur Kinderpsychotherapie auf dem Markt

- Das Buch zur personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen folgt – sie lädt Christiane Papastefanou, Michael Bastian und Hildegard Steinhauser ein, mit ihr gemeinsam daran zu arbeiten und das Projekt erscheint 2008 mit dem Titel „Wege durchs Labyrinth“
- „Personzentrierte Beratung; Fördern lernen“ erscheint 2011 als Erstauflage für den Schulalltag. Auch dies ist ein Gemeinschaftswerk zusammen mit Helga Lindner
- Immer wieder: Neuauflagen ihres Erstlingswerkes „Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe“

Der Rückzug aus der aktiven Berufstätigkeit

Die Söhne sind mittlerweile nach USA, England und Norddeutschland mit ihren Familien verstreut und Sabine holt ihre demenzkranke Mutter von Hamburg zu sich nach Nordbayern. Sie betreut sie in ihrem letzten Lebensjahr intensiv – als ob Mutter und Tochter die ersten Jahre eines intensiven Kontaktes im letzten Lebensjahr der Mutter nachholen. Sie können diese Zeit miteinander trotz der Krankheit der Mutter nutzen und genießen – und so schließt sich der Kreis der Mutter-Tochter-Beziehung.

Auch heute lebt Sabine – wie könnte es anders sein – im ständigen Fluss zwischen gemeinsamen Unternehmungen mit ihrem Mann, Begegnungen und Besuchen bei ihren Kindern und Enkeln, zu denen sie einen lebendigen und innigen Kontakt hat *sechs* Enkel mittlerweile.... – und sie arbeitet in ihrer Praxis, so wie es gerade gut für sie ist.

Resümee: Sabine ist Personzentrierung

Nach dieser Betrachtung des Lebensweges möchten wir noch einige Bemerkungen machen zu dem „was“ oder: „wie“ Sabine ist.

Sabine Weinberger ist als Person eine völlige Verkörperung des Personzentrierten Ansatzes; hierzu möchten wir Ihnen drei Beispiele geben:

(1) 1987/88 begann die AusbilderInnen-Ausbildung für Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Man könnte diese Zeit als so etwas wie den Kampf der AltmeisterInnen bezeichnen, dieser war geprägt von Misstrauen und zum Teil auch Ausgrenzung gegenüber den „Jungen“, was damals geschah war für mich (Klaus FG), als „Neuankömmling“ zum Teil sehr schmerzhaft. Sabine war damals einerseits auch verzweifelt aber trotzdem vermittelnd und sehr annehmend und stützend für mich – ohne sie wäre ich nicht mehr dabei.

(2) 2004, nach einer Phase der Trauer, Wut und Verzweiflung über die Situation des perszentrierten Ansatzes nach der Einführung des Psychotherapeuten Gesetz in Deutschland, war Sabine maßgeblich an der Wiederbelebung unserer Community beteiligt. Es gründete sich unser Fachverband und bei der ersten Tagung im Rahmen der Gründung in Freiburg hielt Sabine den Hauptvortrag „Der Therapeut mit der Pappnase“. Damit gelang ihr eine hervorragende Mischung aus Theorie und konkreter, wissenschaftlich basierter und reflektierter Praxis. Im Zentrum steht dabei das Bekenntnis zum SPIEL!!!! Zwei Statements von Sabine zum Spiel: „Dass freie, selbstbestimmte Spiel ist die Ressource des Kindes schlechthin“ (S. 259). „In einer Zeit, in der Bildung des Kindes häufig mit ‚Wissen ansammeln‘ gleichgesetzt wird, müssen wir Kinderpsychotherapeuten offensiver als bisher für die kindlichen Spielräume eintreten – im Alltag wie in der Kinderpsychotherapie“ (S. 263). Die Tagung mit ca. 150 Teilnehmerinnen war übrigens der Start für die Ausbildungsaktivitäten an der Evangelischen Hochschule Freiburg, die jetzt von Maike Rönna-Böse, die heute den Virginia Axline Nachwuchspreis erhält, geleitet werden.

(3) Gespräche über den Ausstieg, ich glaub, es war auf der Kindertherapietagung in Wien, 2010. Ich (Klaus FG) konnte und wollte das nicht so recht glauben, aber Du, Sabine, warst Dir so sicher und klar und hast aus Dir heraus – mit größter Kongruenz – Deine Dir wichtigen Lebenspläne beschrieben. An diesem Tag habe ich gelernt: für meine wichtigen Lebenspläne reicht eine halbe Stelle aus.

Besonders wichtig ist uns dabei, nochmals darauf hinzuweisen, welche große Bedeutung für Dich, liebe Sabine, der Beziehungsaspekt hat – zu Deiner Familie, zu Deinen PatientInnen, auch zu unserer Familie der Personzentrierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Lassen sie uns zum Schluss noch einmal Sabine zitieren: „Beziehungsgestaltung ist ein Prozess, der sich in Abhängigkeit

von Kind, Situation und Behandlungssetting entwickelt“ (2001, S. 100). Dies ist eine Aussage zur Offenheit in der Begegnung, eben der *Person-Zentrierung* – eine Positionierung gegen Dogmen in Theorie und Technik.

Liebe Sabine, mit dieser Art der Beziehungsgestaltung hast Du ein Ziel, Türen zu öffnen, erreicht. „Erst wenn die Tür in die innere Welt etwas geöffnet wurde, kann in weiteren Schritten daran gearbeitet werden, ein Fenster ins Leben zu öffnen. Dies ist immer ein einzigartiger Entwurf, da jeder etwas anderes dazu braucht und Tür und Fenster unterschiedlich fest verschlossen sind“. (Sabine Weinberger, 2010 in Mittelbayrische Zeitung)

Mit ihrer Sprache ermöglicht Sabine ein tieferes und genaueres Verstehen der Personzentrierten theoretischen Grundlagen genauso wie deren Umsetzung im konkreten therapeutischen Alltag. Und so werden wir Leser ein bisschen von Sabine verzaubert, wir sehen neue Bilder und lesen gebannt in ihren Kapiteln – so als hätten wir ein wenig in das Innere von einem Edelstein geschaut und sind nach der Lektüre ein bisschen verändert.

Sabine wir danken dir, dass du vielen von uns Türen geöffnet hast, uns begleitet hast bei unseren Möglichkeiten der Veränderung und Entwicklung – aber auch dafür, dass du in besonderer Weise unseren Ansatz in der Öffentlichkeit verbreitet und weiterentwickelt hast.

Herzliche Gratulation – mit Freuden überreichen wir dir diese Urkunde und diese Skulptur (gestaltet von Catharina Conrady) – eine Skulptur, die das Bild des In-Beziehung-Tretens als den Kern der personzentrierten Haltung und Vorgehensweise zum Ausdruck bringt.

Im Namen des Verbandes der Personzentrierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Klaus-Fröhlich-Gildhoff & Hildegard Steinhauser

Laudatio für Prof. Dr. Maike Rönna-Böse Preisträgerin 2014 des Virginia Axline Nachwuchspreises

Michael Behr

Salzburg, 26. 9. 2014

Meine Freude über diese Anerkennung für Maike Rönna-Böse ist so besonders groß, einmal, weil wir hier jemanden ehren, der Praxis, Konzeptentwicklung und Forschung gleichrangig sieht, zum anderen, weil sie humanistische, personzentrierte Prinzipien über den begrenzten Bereich der Psychotherapie

hinaus mit ganz wichtigen, breiten Feldern der Arbeit mit Kindern verbindet. Geboren in Schleswig-Holstein, in Niedersachsen, Belgien und Nordrhein-Westfalen Schulbesuch, Sozialpädagogin, akademische Laufbahn seit 2003, Stipendiatin der Robert Bosch Stiftung von 2009 bis 2011, 2012 Promotion,

seit 2013 Professorin an der Ev. Hochschule Freiburg. Maike Rönnau-Böse's Hauptthema ist Resilienz und Resilienzförderung. Aber es geht ihr auch um , die Zusammenarbeit von Eltern und Kitas, um Gesundheitsförderung, die Unterstützung der Begegnungen von Kindern und alten Menschen, und sie forschte zur Wirksamkeit der personenzentrierten Spielpsychotherapie bei Angststörungen. Zugleich ist sie stets auch tätig in der Praxis, vor allem in der Kinderpsychotherapie und Weiterbildung für Praktiker. Zeugnis dieser Arbeit sind eine ganze Reihe von Buchpublikationen, die oft schon mehrere Auflagen erreicht haben. Hier ein paar Beispiele:



- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Resilienzfokussierte Kinderpsychotherapie. *Person*, 19 (2), 104–116
- Rönnau-Böse, M. & Weltzien, D. (2013). Inklusion und Resilienz – besondere Aspekte des Spiels. *Kindergarten heute spezial*. Das Spiel des Kindes, 43–52
- Rönnau-Böse, M. (2013). Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung. Freiburg: FEL
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2012). Die Wirksamkeit personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung. *PERSON*, 16 (1), S. 71–83

Weltzien, D.; Rönnau-Böse, M.; Prinz, T. & Vogl, L. (2014). *Gestützte Begegnungen zwischen Hochaltrigen und Vorschulkindern zur Verbesserung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe („Begegnungen“). Die kindheitspädagogische Perspektive*. Wissenschaftlicher Abschlussbericht. Freiburg: FEL-Verlag.

Bei alledem gründet Maike Rönnau-Böse ihr Denken auf zentralen personenzentrierten Prinzipien wie

- die Wachstumstendenz des Kindes
- eine Resilienzförderung als zentrales Entwicklungs- und Präventionsmoment für Kinder
- und Resilienzförderung als Beziehungsangebot
- die Förderung der emotionalen Erlebensfähigkeit
- und die personenzentrierte Arbeit mit Eltern und Familien

Hier speist jemand, die im Frühsommer ihrer akademischen Laufbahn steht, unsere humanistischen personenzentrierten Werte ganz überzeugend, engagiert und nachhaltig in ein breites gesellschaftliches Handlungsfeld ein, das jeden angeht: die seelisch gesunde Entwicklung unserer Kinder. Ich kann mir kaum eine unterstützungswürdigere Aktivität vorstellen, und beglückwünsche die Preisträgerin aus vollem Herzen.

Bravo und Danke liebe Maike Rönnau-Böse!

Laudatio für Prof. Dr. Herbert Goetze – Preisträger 2016 des Virginia Axline Preises

Michael Behr

Schwäbisch Gmünd im Juni 2016

Lieber Herbert, liebe Anwesende,

es ist für mich eine große Ehre hier und heute für Dich, meinen verehrten Kollegen Herbert Goetze die Laudatio für den Virginia Axline Preis halten zu dürfen.

Herbert Goetze ist ein Wissenschaftler, Lehrer und Praktiker, ohne den die personenzentrierte Spielpsychotherapie heute nicht da stehen würde wo sie steht. Über seine gesamte fachliche Laufbahn hinweg war Herbert Goetze an der personenzentrierten Spielpsychotherapie substantiell interessiert, für den jungen Psychologen waren das erste Kennenlernen und die Gehversuche eine Offenbarung, 1974 schrieb er zusammen mit Wolfgang Jaede – nach dem Vorläuferwerk von Reinhard Tausch aus 1956 – das zweite deutschsprachige Buch zu unserem Verfahren, dass dann auch gleich mehrere

Auflagen erlebte. Das Bücherschreiben hat Herbert Goetze bis heute nicht aufgegeben, 40 Jahre später verfasst er ein modernes und engagiertes Buch zur personenzentrierten Filialtherapie. Dies ist kein Altersspätwerk sondern ein Plädoyer für ein in Europa modernes und unbedingt auch hier zu entwickelndes Verfahren, mit dem Herbert Goetze wieder etwas innovatives und für Kinder und Eltern unzweifelhaft nützliches anstößt.

Herbert Goetze, auch wenn seine Fachlichkeit nicht auf die personenzentrierte Spielpsychotherapie begrenzt ist, ist durch und durch und im besten Sinn Rogerianer. Neben Reinhard Tausch und Herbert Goetze kenne ich keinen dritten Deutschen Wissenschaftler, der sich so früh und so intensiv mit Rogers selbst und den amerikanischen Wurzeln unseres Ansatzes auseinandergesetzt hätte. Als junger Psychologie

nahm Herbert Goetze an einem 3-wöchigen von Carl Rogers selbst geleiteten Encounter teil, das, so schreibst du selbst in Deinen autobiographischen Notizen, Dich stark verändert und im positiven Sinn erschüttert hatte. In weiteren Jahren war Herbert Goetze dann neben Carl Rogers Co-Facilitator und nahm auch an den denkwürdigen Groß-Encounterveranstaltungen in Madrid, Paris und Princeton teil. Danach machte er Encountergruppen zum festen Bestandteil der Lehrerausbildung an der Universität Dortmund, nach dem Ruf nach Hamburg auch in der dortigen Lehrerausbildung, – aber, wie du schreibst, erfuhrst du auch die Grenzen dieser Arbeit.

Außerdem gibt es keinen zweiten europäischen personenzentrierten Spieltherapeuten, der so intensive und kontinuierliche Kontakte in die USA zur Wiege der Spieltherapie gepflegt hat. Louise Guerney, Rise Van-Fleet, Sue Bratton, Dee Ray und Garry Landreth sind dort bis heute mit die prominentesten Akteure der, dort so benannten, child-centered play therapy, und bei allen war Herbert Goetze. So ist es auch kein Zufall, dass Herbert Goetze nach seiner Emeritierung von der Universität Potsdam nochmal einen Ruf an einer amerikanischen Universität als Professor für Sonderpädagogik erhalten und angenommen hat, nämlich an der Indiana University Northwest in Gary / Chicago, wo er von 2007 bis 2014 lehrte.

Vita

Herbert Goetze wurde 1943 in Brandenburg geboren. Er absolvierte zunächst ein Studium des Lehramtes in Berlin und Hamburg, danach Psychologie in Hamburg und Marburg. Zu dieser Zeit war er auch praktisch als Lehrer tätig, auch an Sonderschulen, einem späteren Schwerpunkt seiner Arbeit. Damit hatte es ihn auch ins Schwabenland verschlagen, Herbert Goetze war zwei Jahre an der Pädagogischen Hochschule in Reutlingen in der Sonderpädagogik Wissenschaftlicher Assistent, danach 7 Jahre in Dortmund. Es folgten 12 Jahre als Professor in Hamburg, zwei in Kiel und 12 Jahre in Potsdam, jeweils auf Professuren für Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Verhaltensgestörtenpädagogik. Dazwischen gab es mehrfach Gastprofessuren in den USA: An der Purdue University in West Lafayette in Indiana (USA), an der University of Hawaii at Manoa in Honolulu und an der Indiana University Northwest.

Neben der Spielspsychotherapie ist vor allem die Sonderpädagogik die Expertise von Herbert Goetze. Auch dieses Fachgebiet hat er in Deutschland mitgeprägt, ein sichtbares Zeichen davon ist das 1989 von ihm und Neukäter herausgegebene 1000-seitige Handbuch der Sonderpädagogik



sowie das 4-bändige, insgesamt ca. 4000 Seiten umfassende sonderpädagogische Standardwerk bei Hogrefe, das er zusammen mit Johann Borchert herausgab. Viele Veröffentlichungen versuchen vor allem, das personenzentrierte Arbeiten mit der Sonderpädagogik zu verbinden, wie sich z. B. auch in seinem späteren Buch SCHÜLERVERHALTEN ÄNDERN bei Kohlhammer zeigt, und so hat Herbert Goetze unseren Ansatz weit über die

Spielspsychotherapie hinaus in der deutschen psycho-sozialen Fachwelt verankert.

Zur personenzentrierten Spielspsychotherapie veröffentlichte Herbert Goetze vier Bücher, mehr hat nur Stefan Schmidtchen geschafft und auch kein angloamerikanischer Autor. Es ist aber nicht allein die Quantität die mich beeindruckt, hier könnte man noch seine 26 anderen Autoren- und Herausgeberwerke nennen. Herbert Goetze konnte die personenzentrierte Spielspsychotherapie vor allem auch inhaltlich bereichern. Mich beeindruckt wie er stets Erweiterungen und Entwicklungen vorgedacht hat, das war schon 1974 so, als er zusammen mit Wolfgang Jaede nicht nur ein humanistisches Therapiekonzept vorgestellt hatte, sondern in diesem Buch schon immer auch die empirische Erforschung der Prozesse betonte und Skalen und Materialien dazu mitgab. Heute sind es Erweiterungen wie der Einbezug kreativer Medien, Narrative, Märchen und Metaphergeschichten, Traumreisen. Erweiterungen beim empathischen Verstehen mit dem Konzept der „Spielthemen“, das Vordenken störungsspezifischer Ansätze, die Gruppentherapie mit Kindern und auch die Anwendung der Spieltherapie in Schulen. Nicht zuletzt die Filialtherapie.

Herbert Goetze ist nebenamtlich auch immer als Spieltherapie-Trainer aktiv geworden, jahrelang an der Universität Potsdam für Psychologie-Studierende und seit 2005 bis heute im Berufsverband Heilpädagogik, wo er seither Hunderte von Heilpädagoginnen und -pädagogen in die Spieltherapie eingewiesen hat. Vielleicht sind es auch einzelne Zitate von Herbert Goetze, die uns immer erhalten bleiben werden. Sie setzen für mich Wegmarken, die vielleicht auch auf lange Sicht für unseren Nachwuchs eine Orientierung darstellen können:

„Spieltherapie ist mehr als das Reflektieren der kindlichen Gefühle in der Sprache des Erwachsenen.“

„Eltern benötigen keine Ratschläge, sondern eine Steigerung ihrer Erziehungskompetenz.“

„Die Situation, dass ein Kind eine Grenze verletzen möchte, ist therapeutisch also deshalb hoch willkommen, weil wir uns vermutlich einem Zentralthema des Kindes nähern.“

„In der Therapiesituation wird das Kind also nicht mit Verböten konfrontiert, sondern dazu aufgerufen, zwischen Alternativen zu entscheiden.“

„Im Gegensatz zur Psychotherapie mit erwachsenen Klienten sind die drei Grundhaltungen zwar notwendig aber nicht hinreichend in der Arbeit mit Kindern.“

Und besonders beeindruckt mich dieses Zitat:

„Was mich von den Kollegen anderer Therapierichtungen jedoch nach wie vor unterscheidet, sind Phasen des Zweifels, der Neuorientierung und der Findung auf höherer Ebene. Ich werde wohl nie ‚angekommen‘ sein.“

Nicht nur fachliche sondern auch menschliche Größe zeigte Herbert Goetze auch, als in den 80er Jahren der damalige GwG-Vorstand Ausbilder für die neugeschaffenen Spieltherapie-Curricula ernannte und dabei Herbert Goetze nicht für geeignet hielt. Herbert Goetze ist dennoch Jahre später der Einladung

der GWG gefolgt, in ihrem wissenschaftlichen Beirat mitzuarbeiten, und auch späteren Einladungen des VPKJ gefolgt, der sich als GWG unabhängig versteht und die Kollegen aus Österreich und der Schweiz inkludiert. Ja, und nicht nur gefolgt, er hat dann selbst eine unserer Fachtagungen mit erheblichem Aufwand in Potsdam organisiert, ich denke mit ganz warmen Erinnerungen an dieses Ereignis zurück.

Lieber Herbert, ich wünsche Dir natürlich auch weiterhin ein reiches, kreatives und anstößendes Schaffen, ich wünsche Dir, mit Deinen Worten, dass du nie „ankommst“, und uns mit immer weiteren fachlichen Herausforderungen bereicherst.

Ganz, ganz herzlichen Glückwunsch zum Virginia Axline Preis 2016!

Laudatio für Curd Michael Hockel – Virginia Axline Preisträger 2016

Else Döring

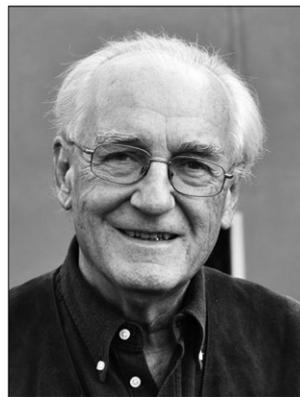
Schwäbisch Gmünd im Juni 2016

Lieber Curd Michael, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Curd Michael Hockel soll den Virginia-Axline Preis 2016 erhalten. Die Begründung, warum er diesen Preis erhält, ja eigentlich erhalten muss, will ich im Folgenden liefern.

Zusammengefasst und auf den Punkt gebracht: Curd Michael ist einer der Gründungsväter der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Er hat sich mehrfach um die Personzentrierte Kindertherapie verdient gemacht, sie verbreitet, befördert, entwickelt. Nachdem ich mich in Vorbereitung auf diesen Vortrag mit dem Lebenslauf und den Tätigkeiten von Curd Michael Hockel beschäftigt habe, wurde mir noch klarer, was ich vorher schon wusste – allerdings nicht in diesem Umfang, er ist eine sehr vielseitige Persönlichkeit. Curd Michael hat in verschiedenen Tätigkeitsfeldern gearbeitet und sich vielfältig engagiert. Der rote Faden, der sich durch sein berufliches Leben zieht, ist die Beschäftigung mit dem personzentrierten Ansatz und damit in Zusammenhang stehend die berufspolitische Sicherung der psychotherapeutischen, heilkundlichen genauer kinderpsychotherapeutischen Tätigkeit.

Ich möchte Ihnen die verschiedenen Seiten von Curd Michael vorstellen um seine vielfachen Verdienste zu würdigen.



– Da ist der engagierte Berufspolitiker der für die Rahmenbedingungen kindertherapeutischer Heilkundeausübung kämpfte.

– Der berufspolitische engagierte personzentrierte Kindertherapeut, der die Rahmenbedingungen für eine Kindertherapieausbildung schuf.

– Da ist der personzentrierte Kindertherapie-Ausbilder, der großen Einfluss auf die Organisation unserer Therapieausbildung hatte.

– Da ist der personzentrierte Kindertherapeut zu nennen, der diese Methode in Deutschland publik gemacht hat.

– Das ist der Forscher zu nennen, der versucht das Wesen der Dinge zu durchdringen.

– Der Autor Curd Michael Hockel, der durch seine Publikationen zum Verständnis und zur Verbreitung der Methode beiträgt.

– und nicht zuletzt der private **Mensch**

Curd Michael Hockel, wie er uns als Kollege immer wieder begegnet ist und begegnet.

Kindheit und Jugend

Curd Michael Hockel wurde am 19.10.1943 in Wien geboren. Seine Mutter, die Berliner Hausfrau Margarethe Hockel, geborene Jürgens, war noch mit ihrem ersten Mann verheiratet.

Es gab in seinem Kinderleben einige belastende Ereignisse, die wir heute als kritische Lebensereignisse bezeichnen würden. Curd Michael wurde in eine unklare Lebenssituation hineingeboren. Er trug anfangs nicht den Namen seines Vaters, sondern den des ersten Mannes seiner Mutter, mit dem diese zum Zeitpunkt seiner Geburt noch verheiratet war. Sein besonderes Verständnis für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen, hat sicher damit zu tun, dass er wusste und am eigenen Leib erlebt hat, wie Unsicherheit und Unklarheit in den ersten Lebensjahren sich auf Kinder auswirken. Sein Vater holte später ihn und seine Mutter und seine Halbgeschwister zu sich nach Leutkirch im Allgäu. Sein Vater war Ingenieur.

Als Curd Michael Hockel 10 Jahre alt war, erkrankte er an Perthes, einer orthopädischen Krankheit, die aufgrund von Durchblutungsstörungen ein Absterben von Knochengewebe im Hüftknochen zur Folge hat. Kinder entwickeln in Folge der Erkrankung schon früh Bewegungseinschränkungen und Knieprobleme. Die Ursache dieser Erkrankung ist bis heute unklar. Curd Michael musste als 10-jähriger Junge ins Gipsbett und war 1½ Jahre ruhiggestellt. Um eine solche Ruhigstellung zu ertragen, braucht ein Kind Phantasie und Spiel und ich frage mich, ob in dieser Zeit der Grundstein für die Erkenntnis gelegt wurde, wie hilfreich Spiel und Imagination sein können, also die Basis des späteren Spieltherapeuten Curd Michael. Die Familie zog 1958 nach München, dort machte Curd Michael sein Abitur. Auch mit dem Tod war CM schon in jungen Jahren konfrontiert, als er 18 Jahre alt war und bevor er sein Abitur machen konnte, starb sein Vater. Ich denke, das ist ein weiterer Grund, warum er so tiefes Verständnis für Kinder in schwierigen Krisensituationen hat.

Studium

Curd Michael machte ein Praktikum in der Nervenklinik in München und diese Erfahrung führte zur Bestätigung seines Berufswunsches. Ursprünglich wollte er Medizin studieren, schwenkte dann aber auf Psychologie und Philosophie um, was er dann in Würzburg studierte. Das Studium der Psychologie begeisterte ihn sehr, er freute sich, empirisch zu erforschen, worüber Jung, Freud und Adler spekuliert hatten, das Seelenleben. Seine Abschlussarbeit des Grundstudiums hieß „Langeweile, ein empirischer Zugang“ und Curd Michael Hockel entdeckte damals, dass Langeweile von den verschiedenen Persönlichkeiten ganz unterschiedlich erlebt wird.

Im Hauptstudium studierte Curd Michael Klinische Psychologie in Würzburg. Sein Schwerpunktsprüfungsfach war Tiefenpsychologie und Psychagogik. Er studierte bei Pongratz, von Gebattel, Wyss und Brill und spezialisierte sich schon damals auf personenzentrierte Psychotherapie. Er machte nach dem

Studium eine Gesprächspsychotherapieausbildung für Erwachsene und Spieltherapie für Postgraduale.

Ein weiteres belastendes Erlebnis war 1971 der Tod des jüngeren Bruders Georg.

Berufstätigkeit

1973 bis 1976 arbeitete Curd Michael im Staatsinstitut für Frühpädagogik und erforschte die bestmöglichen Förderbedingungen für Fünfjährige. 1976 – Curd Michael gründete er seine freie psychologische Praxis, in der er nebenberuflich arbeitet. Neben der Praxistätigkeit betätigte sich Curd Michael vor allem berufspolitisch. 1976 wurde er vom Kultusministerium in den Landesschulbeirat als Experte für Frühpädagogik berufen. 1977 wurde Curd Michael als Ausbilder für Gesprächspsychotherapie anerkannt. Von 1979 bis 1991 leitete Curd Michael neben seiner Praxis die Abteilung Psychologie/Psychotherapie im Gesundheitspark München, einem Zentrum für psychophysische Gesundheitsvorsorge. Ca. 1989 wurde Curd Michael als Ausbilder für Kinder- und Jugendpsychotherapie anerkannt, zuvor hatte er schon personenzentrierte Kindertherapieausbildung durchgeführt und ein Curriculum entworfen.

Er wurde 1999 als psychologischer Psychotherapeut und anschließend als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert. Curd Michael arbeitet seither in seiner Praxis, er arbeitet als Ausbilder und hat sich auch im Bereich des Coachings engagiert. Als Lehrbeauftragter ist Curd Michael vielfältig tätig. Privat ist Curd Michael zum zweiten Mal verheiratet und hat drei Söhne.

Der Berufspolitiker. Curd Michael Hockel hat schon früh erkannt, dass die Grundlagen für eine psychologische Berufstätigkeit erst einmal geschaffen werden mussten. Psychologen waren damals nicht berechtigt Heilkunde auszuüben. Er engagierte sich deshalb im BDP (Berufsverband Deutscher Psychologen) und war von 1978 bis 1983 Vizepräsident des BDP.

Er war Gründungspräsident der Europäischen Föderation der Berufsverbände von Psychologen, der heutigen EFPA. Das Ziel dieses Verbandes war es auch, die psychologischen Interessen im Feld der Heilkundeausübung zu vertreten. Neben dem BDP war Curd Michael auch in der GwG aktiv. In diesem Zusammenhang versuchte Curd Michael, die berufspolitischen Interessen mit den fachverbandlichen Interessen in Einklang zu bringen und dafür zu sorgen, dass die Gesprächspsychotherapeuten auch heilkundlich tätig werden konnten. Curd Michael war auch im Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten, die über die Zulassung entschieden, und zwar war er dort von 1999 bis 2002, wurde selbst jedoch nicht für die Kassenpraxis zugelassen. Innerhalb der GwG engagierte er sich für die Interessen der Diplompsychologen, sei es der Erwachsenenpsychotherapeuten, sei es der Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten, was auch innerhalb der GwG auch immer wieder zu Konflikten führte.

Der personenzentrierte kindertherapeutischen Berufspolitiker Curd Michael Hockel. Er initiierte anlässlich eines Kongresses der Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie eine kleine Arbeitsgruppe 1974 mit dem Titel „Gesprächstherapie und Frühpädagogik“. Er versuchte schon damals, in Anschluss an einen gesprächstherapeutischen Kongress von Tausch, die personenzentrierte Kindertherapie zu fördern. Thema des damaligen Kongresses war auch schon die Spieltherapie mit Kindern. Anschließend sorgte Curd Michael dafür, dass der Vorstand der GwG ihm einen Auftrag gab, eine Kommission klientenzentrierte Kinderpsychotherapie aufzubauen. In diese Kommission, die 1976 einberufen wurde, gelang es Curd Michael, Bernd Carlen, Wolfgang Jaede, Jürgen Leistikow und Stefan Schmidtchen zu engagieren. Die Kommission bemühte sich, Rahmenrichtlinien für eine allgemeine Kinderpsychotherapieausbildung zu erstellen und zwar für eine integrative Ausbildung nicht nur für eine klientenzentrierte Ausbildung. Ergebnis der Kommission war auch die Vorbereitung und Durchführung einer ersten Tagung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie des BDP in Hamburg vom 17. bis 19. 05. 1978. Insgesamt organisierte er im Rahmen des BDP vier kindertherapeutische Tagungen.

Im April 1978 legten Curd Michael Hockel und Stefan Schmidtchen Rahmenrichtlinien zur Kinderpsychotherapieausbildung vor. Allerdings wurde diese allgemeine Kinderpsychotherapieausbildung, nicht zur Realität. Der Vorstand der GwG nahm sie zur Kenntnis und löste die Kommission auf. Stattdessen wurde im Rahmen der GwG eine klientenzentrierte Kindertherapieausbildung eingerichtet. Es fanden mehrere Ausbilder-treffen statt, die Curd Michael Hockel mit seinen Gedanken und Ideen befruchtete. Im Anschluss wurden die personenzentrierten Kindertherapie-Ausbilder berufen. Und es fanden mehrere Ausbilderkurse statt, an denen wir Ausbilder teilnahmen.

Wesentlich später wirkte er mit bei der Gründung eines Berufsverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj), der aus der Umbenennung und Satzungsveränderung eines Vorgängerverbandes erwuchs. Da die Gründung damals Landesverbände umfasste war Curd Michael von 1999 bis 2000 Gründungspräsident des bkj-Landesverbandes Bayern, der heute nicht mehr existiert, da Satzungsänderungen aus den Landesverbänden einen Gesamtverband werden ließen..

Der Personenzentrierte personenzentrierten Kindertherapie-Ausbilder. Curd Michael Hockel hatte schon früh ein Ausbildungskonzept entwickelt und dieses auch schon mehrfach durchgeführt und uns Neuausbildern vorgestellt. Ich war damals tief von diesem Konzept beeindruckt, das Vorgehen erschien mir ganz besonders und neuartig und ich habe viel von ihm gelernt und übernommen. Besonders beeindruckt haben mich die erlebnisaktivierenden Übungen, die ein vertieftes Verständnis

der Theorie bewirkten. Ich würde das heute, das Wesen der Dinge durchdringen nennen. Curd Michael hat die Fähigkeit, wesentliche Fertigkeiten für Kindertherapeuten herauszustellen und Übungen dafür zu finden. Sein profundes psychologisches Wissen unterstützte ihn dabei. In seinem Konzept drückt sich seine inhaltliche Tiefe aus. Und dies führt dazu, dass ich schon öfters von Ausbildungskandidaten gehörte habe, „ich will mal den unbedingt ein Seminar beim Hockel erleben“.

Der personenzentrierte Kindertherapeut. Neben dem personenzentrierten Ausbilder gibt es auch den personenzentrierten Kindertherapeuten Hockel. Diesem begegnen wir in legendären Beschreibungen: in vielfältigen Fallbeschreibungen, Artikeln und Videos. Der personenzentrierte Kindertherapeut Hockel zeichnet sich durch seine Geduld, durch sein Vertrauen in die Selbstaktualisierungstendenz der Kinder und Jugendlichen und durch ein tiefes Verstehen dieser aus. Was Carl Rogers mit Empathie gemeint hat, kann man begreifen, wenn man Curd Michael Hockels Falldarstellungen liest. Curd Michael ist in der Lage, sich wirklich in den Dienst des Kindes zu stellen. Er ist in diesem Punkt kreativ und wirklich empathisch. Dabei handelt es sich nie um oberflächliches Verstehen, sondern immer um tiefes Durchdringen. Ich gehe davon aus, dass die eigenen Lebenserfahrungen von Curd Michael Hockel dazu beigetragen haben, dass er dieses Verständnis für Kinder und Jugendliche entwickeln konnte.

Der Forscher. Dem **Forscher** Curd Michael Hockel begegnen wir in vielfältigen Zusammenhängen, unter anderem natürlich in seiner Universitätstätigkeit, in seiner empirischen Forschung, aber genau so in seinen Büchern und Artikeln, die er über verschiedene Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen geschrieben hat. Dabei geht es Curd Michael immer darum, das Wesen der Dinge zu verstehen. Wissenschaftliches, genaues und konkretes Vorgehen ist Curd Michael wichtig, ebenso wie punktgenaue Kritik.

Der Autor Curd Michael Hockel. Curd Michael hat viele Artikel geschrieben, einerseits zu berufspolitischen Themen, oft aber auch zu Inhalten der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 1998 brachte Curd Michael Hockel zusammen mit Lutz von Rosenstiel und C. M. Molt das „Handbuch der angewandten Psychologie“ heraus. Besonders bedeutsam ist sein Buch das 2011 erschien „Personenzentrierte Kinderpsychotherapie“, das lehrbuchhaften Charakter hat und das personenzentrierte Vorgehen anhand eines Falles anschaulich beschreibt und in hervorragender Weise zusammenfasst. Mich hat besonders sein Artikel „Das Spielerleben als Entwicklungsraum“ der schon früh im Sammelband „Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ erschien beeindruckt. In diesem Artikel legt Curd Michael die wichtigsten Prinzipien der personenzentrierten Spieltherapie dar und exemplifiziert diese anhand einer Falldarstellung. Curd

Michael beschreibt die bedeutsamen Haltungen und Verhaltensweisen des personenzentrierten Kinderpsychotherapeuten, zeigt aber auch gleichzeitig die Wirkungen, die diese auf die Kinder haben auf. Dadurch wird deutlich wie diese zur Heilung beitragen. In dieser Falldarstellung kann der Leser sowohl das Krankheitsbild der Depression bei einem Kind verstehen als auch den Heilungsprozess durch das Vorgehen des personenzentrierten Psychotherapeuten mitverfolgen. Die Beschreibung ist so wirklichkeitsgetreu, dass Stimmung und Verhalten des Kindes, dem Leser vor seinem inneren Auge erscheint. Gleichzeitig wird an dieser Fallbeschreibung wissenschaftlich orientiertes therapeutisches Vorgehen exemplifiziert.

Der Mensch Curd Michael. Als Letztes möchte ich den Menschen, jedenfalls diesen Teil des Menschen, mit dem wir Kindertherapeuten es zu tun hatten, vorstellen. Ein Mensch mit Ecken und Kanten, der sehr vielseitig ist, mit interessanten Ideen, der Anstöße gibt und Entwicklungen vorantreibt, ein Querdenker und ein Kämpfer für die Sache, von der er überzeugt ist. Ein kritischer Mensch, der mit seiner Kritik oft punktgenau trifft, und dadurch auch verletzen kann. Einer der hohe Anforderungen an die andern stellt und dem Genauigkeit wichtig ist. Mit der Fähigkeit, Dinge präzise zu erfassen und punktgenau zu treffen, aber auch mit tiefer Anerkennung, Verständnis und einer tiefen Wärme für die anderen.

Seine Ideen und seine Weitsichtigkeit sind von uns und im speziellen auch von mir nicht immer verstanden worden. Dies führte immer wieder zu Konflikten, die Curd Michael auch konsequent austrägt. Curd Michael ist, echt im Rogers'schen Sinne, keiner, der einem Honig um den Mund schmiert. Ein empathischer Mensch, der wirklich den andern verstehen kann. Allerdings auch ein verletzlicher Mensch, ein sensibler, empfindlicher Mensch und sehr kränkbar. Ich habe das Verhalten von Curd Michael nicht immer verstanden, ich hätte es

gerne verstehen wollen. Ich habe mich durch seine Gedanken immer wieder angeregt gefühlt. Curd Michael ist kein Anpasser, sondern ein weitsichtiger Visionär, der mit seinen Gedanken und Ideen durchaus auch anecken kann. Konflikte mit Curd Michael sind nicht leicht auszutragen, können einen allerdings wirklich weiterbringen.

Nachdem ich Ihnen nun diese verschiedenen Seiten des Curd Michael Hockel, des personenzentrierten Kinderpsychotherapeuten Curd Michael Hockel vorgestellt habe, wird vielleicht deutlich, welcher wichtigen Beitrag er mit all seinen Eigenschaften zur Etablierung, Anerkennung, Weiterentwicklung, Differenzierung und zur Verbreitung des personenzentrierten kindertherapeutischen Ansatzes geleistet hat.

Ich hoffe, ich habe Sie jetzt alle überzeugt, der personenzentrierte Kindertherapeut an sich, das ist Curd Michael Hockel. Und wer, wenn nicht er, hat diesen Preis eigentlich schon längst verdient.

Endlich kann ich dir, Curd Michael Hockel, den Virginia-Axline-Preis überreichen und dir damit die Anerkennung für deine Verdienste um die personenzentrierte Kindertherapie ausdrücken. Und nun noch ein persönliches Wort von meiner Seite: Ich habe viel von dir gelernt, viel mit dir gestritten, deine Vorgehensweise, dein Ausbildungskonzept waren wichtige Orientierungspunkte für mich. Ich danke dir für deine Offenheit, die mich in meinem Ausbilderleben begleitet hat und für alles, was ich von dir lernen durfte.

Ich will noch einige Worte zu deinem Preis, dieser Skulptur sagen: Diese Skulptur kann man als Darstellung der Beziehung sehen, der Beziehung zum anderen und der Beziehung zu sich selbst. Du hast dich intensiv mit dem Thema Beziehung beschäftigt in Artikeln und in deinen Büchern, und deshalb, finde ich, passt diese Skulptur zu dir, denn sie ist ein Symbol für Beziehung.

Laudatio für Silvan Holzer – Preisträger Virginia Axline Nachwuchspreis 2016

Ruth Bourgogne

Schwäbisch Gmünd, im Juni 2016

Sehr verehrte Anwesende,

Silvan Holzer erhält den Virginia Axline Nachwuchspreis 2016.

Als Anerkennung für seine Medienpräsenz zur Personenzentrierten Psychotherapie bei kriegstraumatisierten Flüchtlingskindern und für seine Verdienste beim Aufbau der

personenzentrierten Kindertherapie im Ambulatorium für Folter- und Kriegssopfer des Schweizerischen Roten Kreuzes.

Bei der Vorbereitung zur Laudatio habe ich ein Interview mit Silvan geführt und ihn gefragt, was genau den Ausschlag dafür gegeben hat, Psychotherapeut zu werden und insbesondere ein personenzentrierter.

Silvan hat mir dann Folgendes dazu erzählt: Als Linkshänder hattest du, lieber Silvan, in der Schule große Mühe. Eine nicht erkannte Lese-Rechtschreibschwäche, wie du heute meinst, führte dazu, dass es in den Schulgesprächen immer hieß: Sei doch fleißiger, streng dich mehr an, übe, übe, übe, dann wird das auch mit dem Diktat besser. Dem war aber nicht so. Je mehr du dich anstrengtest, desto schwieriger fiel es dir das Gelernte in der Prüfung abzurufen. Deine organismische Erfahrung lehrte dich wie sehr Stress blockieren kann.

Nicht übermäßige Anstrengung sondern Vertrauen in sich und andere helfen sich zu entfalten. Damals konntest du das noch nicht so einordnen, aber dieses Erlebnis bildete einen wichtigen Grundstein. Nämlich den Grundstein dafür, sich zu interessieren, was es braucht, damit junge Menschen sich konstruktiv entwickeln und ihr Potential entfalten können.

So fiel deine erste Berufswahl auf den Lehrerberuf. Zuerst Primar- und dann Sekundarlehrer. Nach 7 Jahren Ausbildung wolltest du es nun wirklich wissen, und begannst deine berufliche Laufbahn als Pädagoge in einem Zürcher Sonderschulheim für schwererziehbare Kinder oder – wie sie im Kanton Zürich oft umgedeutet werden – für verhaltensoriginelle Kinder.

Neben dem Unterricht hast du voller Optimismus den Jungs, 16 an der Zahl, das Fußballspielen in der Freizeit angeboten. Die Sozialpädagogen auf den Wohngruppen schmunzelten darüber. Aber du spieltest Woche für Woche geduldig und ausdauernd mit diesen Jungs Fußball. Nach einem Jahr Training nahm die Mannschaft sogar an einem Fußballturnier teil. Dein wertschätzendes Beziehungsangebot, dass DU diesen Jungs entgegengebracht hast, indem du mit ihnen regelmäßig und zuverlässig Fußball gespielt hast, ermöglichte ein positives Gruppenerlebnis und ein gestärktes Selbstwertgefühl.

Mit 28 Jahren hast du dann entschieden Psychologie zu studieren. Dein Interesse am Menschen und seinen Eigenheiten war weiterhin gewachsen und dein Bedürfnis die



Beweggründe des Handelns besser verstehen zu wollen brachten dich zum dem personenzentrierten Ansatz.

2013 hast du dann die personenzentrierte Therapieausbildung bei der pca.acp (Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz) erfolgreich abgeschlossen. Parallel zur Therapieausbildung hast du von 2007–2013 an der Uni Basel die Diagnostisch-therapeutischen

Tagesklinik für Klein- und Kindergartenkinder (DTK) mitgeleitet und weiterentwickelt und die personenzentrierte Haltung sowohl in der leitenden Funktion vorgelebt als auch in der Therapie mit den jungen Patienten eingebracht.

Als 2013 das Schweizerische Rote Kreuz jemanden suchte, der sich für den Aufbau der neu geschaffenen Stelle für traumatisierte Kinder und Jugendliche interessierte war dein Pioniergeist geweckt und du konntest dich erfolgreich bewerben.

In dieser Position bringst du die personenzentrierte Haltung sowohl in der konzeptionellen Arbeit als auch in der Arbeit mit den Flüchtlingsfamilien direkt, täglich zum Ausdruck, und was wir vor allem schätzen ist, dass du damit auch an die Öffentlichkeit gehst, dass du so zeigst und unterstreicht was Psychotherapie insbesondere Personenzentrierte zu leisten vermag. In Interviews von Tageszeitungen, durch Vorträge an Fachtagungen und Weiterbildungen an pädagogischen Fachhochschulen sowie klinischen Institutionen in Bern und Umgebung leistest du so ganz wichtige Aufklärungsarbeit.

Es ist Dir ein großes Anliegen, auf das Leiden und die Hilfsbedürftigkeit der Flüchtlinge, dieser wohl verletzlichsten Menschen hinzuweisen und das breite Publikum zu sensibilisieren für mögliche transgenerationale Folgen.

In den Interviews gelingt es Dir, die Essenz unseres Ansatzes hervorzuheben, indem du auf die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung und die Vertrauensbildung hinweist und unseren Ansatz als geeignet benennst auch für komplex traumatisierte Menschen.

Dafür danken wir dir mit diesem Nachwuchspreis!.

Zur aktuellen Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland

Dagmar Nuding & Birgit Wiesemüller

Anders als in Österreich und der Schweiz ist die Ausübung der heilkundlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland bereits seit 1999 mit in Kraft treten des **Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)** am 1. 1. 1999 gesetzlich geregelt. Wer die heilkundliche Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ausüben möchte bedarf der Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP). Dabei wird unter Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ verstanden.

In Deutschland sind die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten derzeit noch zwei verschiedene Berufe. Die Berechtigung der Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt sich auf Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde ebenfalls mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes durch die **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV)** vom 18. 12. 1998 geregelt. Das PsychThG wird reformiert, dadurch ändert sich dann auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die dann wahrscheinlich Approbationsordnung genannt wird. Diese Darstellung umfasst daher zwei Teile: (1) Informationen zur derzeitigen Ausbildung und (2) Informationen zu den aktuellen Entwicklungen zur Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildung zum Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die **derzeitige Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** dauert in Vollzeitform mindestens 3 Jahre und in Teilzeitform mindestens 5 Jahre. Sie umfasst mindestens 4.200 Stunden und besteht aus einer praktischen Tätigkeit, einer theoretischen Ausbildung, einer praktischen Ausbildung mit Krankenbehandlung unter Supervision sowie einer Selbsterfahrung, die zur Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns befähigt. Notwendige Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung zum KJP sind (a) die in Deutschland an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule bestandene

Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt, oder (b) die in Deutschland an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule bestandene Abschlussprüfung in den Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik, oder (c) ein in einem anderen Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenes Diplom in den Studiengängen Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik, oder (d) ein in einem anderen Staat erfolgreich abgeschlossenes gleichwertiges Hochschulstudium. Nachfolgestudiengänge (Bachelor/Master) sowie ein Studiengang Soziale Arbeit bedürfen Einzelüberprüfungen der Zugangsvoraussetzungen durch das jeweilige Landesprüfungsamt.

Die *Praktische Tätigkeit* umfasst mindestens 1800 Stunden, hiervon sind mindestens 1200 Stunden an einer kinder- und jugendpsychiatrischen klinischen Einrichtung, die im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechts zur Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugelassen ist und mindestens 600 Stunden an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung, die der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen dient, in der Praxis eines Arztes mit ärztlicher Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychotherapie oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erbringen. Während der Praktischen Tätigkeit muss der Ausbildungsteilnehmer jeweils über einen längeren Zeitraum an der Diagnostik und der Behandlung von mindestens 30 Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung der bedeutsamen Bezugspersonen beteiligt sein.

Die *Praktische Ausbildung* ist Teil der vertieften Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und dient dem Erwerb sowie der Vertiefung von Kenntnissen und praktischen Kompetenzen in der Behandlung von Patienten mit Störungen mit Krankheitswert. Zu den wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren für die Behandlung mit Kindern und Jugendlichen zählen in Deutschland die Verhaltenstherapie, die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Psychoanalyse und die Systemische Therapie. Eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit der Vertiefungsrichtung Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist derzeit nicht möglich. Die Praktische Ausbildung umfasst mindestens

600 Behandlungsstunden unter Supervision mit mindestens sechs Patienten sowie mindestens 150 Supervisionsstunden, von denen mindestens 50 Stunden als Einzelsupervision durchzuführen sind. Die Supervisionsstunden sind bei mindestens drei von der Ausbildungsstätte anerkannten Supervisoren abzuleisten und auf die Behandlungsstunden regelmäßig zu verteilen.

Die *staatliche Prüfung* umfasst einen schriftlichen und einen mündlichen Teil, nach Bestehen kann ein Antrag auf Approbation gestellt werden.

Der Reformbedarf des Psychotherapeutengesetzes ergibt sich vor allem durch die durch den Bologna-Prozess veränderten Studienstrukturen (Bachelor- und Master), die sich auf die Zugangsvoraussetzungen zu Ausbildung auswirken. Zudem ist die derzeitige Psychotherapeutenausbildung noch auf die Studienstrukturen und Studieninhalte von 1999 abgestimmt. Die Profession der Psychotherapeuten hat lange Zeit über mögliche Reformmodelle diskutiert, um das Problem der Zugangsvoraussetzung zu bereinigen hat sich der 25. Psychotherapeutentag im November 2014 mit einer Mehrheit von zwei Dritteln für eine Ausbildung ausgesprochen, die „eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau anstrebt“. Von einem Studium mit anschließender Weiterbildung ist außerdem eine geregelte Finanzierungsstruktur zu erhoffen. Derzeit werden die Ausbildungskosten von den Ausbildungsteilnehmern getragen.

Am 8. November 2016 fand in Berlin ein **Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zur „Reform des Psychotherapeutengesetzes“** statt. Dabei bezog sich Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium (BMG) erstmals öffentlich auf das BMG-Eckpunktepapier (einsehbar unter <http://bit.ly/bmg-entwurf>) zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Das BMG legt damit ein Modell für ein für Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten und Erwachsenenpsychotherapeuten einheitliches psychotherapeutisches Hochschulstudium mit Bachelor- und Masterstruktur, und einem Abschluss mit einer staatlichen Prüfung deren Bestehen zur Beantragung der Approbation berechtigt, vor. Zum Erwerb des Fachkundenachweises, der die Möglichkeit eröffnet, einen Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu stellen, wird eine verfahrensorientierte und altersgruppenspezifische Vertiefung im Rahmen einer Weiterbildung erforderlich sein. Weitere Angaben zur Weiterbildung und deren Finanzierung wurden noch nicht gemacht. Es sei unwahrscheinlich, dass die Reform noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird. Auf Verwaltungsebene werde die Reform unabhängig von der Bundestagswahl weiter betrieben.

Auf dem **29. Deutschen Psychotherapeutentag am 19. November 2016** in Hamburg wurde das Eckpunktepapier des BMG ausführlich diskutiert. Die Vertreter stimmten mit großer Mehrheit einer Resolution zu den Eckpunkten zu. Die Resolution beinhaltet die Forderung, dass alle vier psychotherapeutischen Grundorientierungen im Rahmen der Ausbildung, also auch die Humanistische Psychotherapie, vermittelt werden.

Am 24. November 2016 fand eine **Anhörung einiger Verbände im BMG** in Bonn zur Reform des Psychotherapeutengesetzes statt. Bei dieser Gelegenheit forderte die GwG eine Öffnung für weitere – altbewährte und neue Verfahren und Methoden – und die dazu notwendige Änderung der Legaldefinition.

Die Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildung zum Psychotherapeuten stellt für die Humanistischen Verfahren insbesondere für Gesprächstherapie, die für die Psychotherapie mit Erwachsenen bereits wissenschaftlich anerkannt ist, eine Chance auf die Rückkehr an die deutschen Hochschulen dar.

Zur aktuellen Situation der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Österreich

Christine Wakolbinger

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat 2014 eine Offensive zur besseren psychischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Österreich gestartet. Mit der Bereitschaft, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besser in der Versorgungslandschaft zu etablieren, ist aber auch der Ruf nach Qualitätssicherung gestiegen. In der Folge wurde vom Psychotherapiebeirat im Dezember 2014 die Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und zugleich eine Erweiterung der bestehenden Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapie zur Spezifizierung der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser altersspezifischen Zielgruppe beschlossen.

Ab sofort steht auf der Homepage des Bundesministeriums eine Liste der vom Psychotherapiebeirat zertifizierten Weiterbildungseinrichtungen im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Verfügung:

www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Berufe/Weiterbildung_im_Bereich_Kinder_und_Jugendlichenpsychotherapie

Diese Weiterbildungseinrichtungen sind dazu verpflichtet, in ihren Curricula spezielle Inhalte und Stundenzahlen einzuhalten. Damit ist garantiert, dass therapieschulenübergreifend einheitlich folgende vertiefte Kompetenz in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nachgewiesen ist:

- Mindestens 150 Einheiten à 45 Minuten Theorie und Methodik der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter besonderer Berücksichtigung der gesunden und kranken bio-psycho-sozialen Entwicklung,
- mindestens 200 Einheiten à 45 oder 50 Minuten psychotherapeutischer Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen samt begleitender Bezugspersonenarbeit,
- mindestens 50 Einheiten à 45 oder 50 Minuten Supervision der psychotherapeutischen Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen.

Weiters sind die Weiterbildungseinrichtungen dazu verpflichtet, aktuelle Listen ihrer AbsolventInnen auf den Homepages zu führen. Um auf die Liste der AbsolventInnen einer zertifizierten Weiterbildungseinrichtung aufgenommen zu werden, gibt es folgende Möglichkeiten: Absolvierung des jeweiligen Weiterbildungscurriculums oder Nachzertifizierung im Sinne der Übergangsbestimmungen (bis 4.2018).

Erfreulich ist, dass die Weiterbildungscurricula aller personenzentrierten Weiterbildungseinrichtungen in Österreich (Forum/VRP, IPS, ÖGWG) bereits zertifiziert wurden und damit die Listen der qualifizierten personenzentrierten Kinder- und JugendlichentherapeutInnen veröffentlicht sind.

Zur aktuellen Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Schweiz

Ruth Hobi

Das schweizerische Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG) ist am 1. April 2013 in Kraft getreten. Damit wird die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung der psychologischen Psychotherapie weitgehend durch den Bund geregelt. Das neue Gesetz schafft mit *eidgenössischen Weiterbildungstiteln* ein neues Qualitätslabel in den Fachgebieten Psychotherapie, Neuropsychologie, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie sowie Kinder- und Jugendpsychologie.

Um den Titel „eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin oder eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut“ zu erlangen, der für die eigenverantwortliche psychotherapeutische Berufsausübung nötig ist, muss anschließend an einen Hochschul-Master in Psychologie eine psychotherapeutische Weiterbildung an einer eidgenössisch akkreditierten Institution abgeschlossen werden. Die Weiterbildungsgänge werden in verschiedensten therapieschulenspezifischen oder

therapieschulenübergreifenden Ausrichtungen angeboten und müssen vor der Akkreditierung vom Bundesamt für Gesundheit geprüft werden. Die Weiterbildung in Psychotherapie dauert mindestens vier und maximal sechs Jahre und beinhaltet neben 500 Einheiten eigene therapeutische Arbeit, 500 Einheiten Wissen und Können, 150 Einheiten Supervision und 100 Einheiten Selbsterfahrung. Die meisten Weiterbildungen sind auf die Psychotherapie mit Erwachsenen ausgerichtet, einige, wie z. B. die schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz, *pca.acp* bieten einen Lehrgang mit Angeboten für die Psychotherapie mit Erwachsenen und für die Psychotherapie mit Kindern/ Jugendlichen an. Daneben gibt es einige wenige Weiterbildungen spezifisch für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. Sämtliche vom Bund akkreditierten psychotherapeutischen Weiterbildungen erlauben nach Abschluss die Psychotherapie mit KlientInnen aller Altersstufen.

PsychologInnen, welche psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, streben oft als Ergänzung zum Psychotherapie Fachtitel den Titel „eidgenössisch anerkannte Kinder- und Jugendpsychologin oder eidgenössisch anerkannter Kinder- und Jugendpsychologe“ an. Diese postgraduale Weiterbildung wird vom SKJP (Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie) angeboten und qualifiziert zur eigenverantwortlichen Tätigkeit im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychologie. Die Weiterbildung ist berufsbegleitend. Eine praktische Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychologie

in den Bereichen Exploration, Urteilsbildung, Interventionen, Beratung und Behandlung ist erforderlich. Die Weiterbildung kann frühestens nach Abschluss des Universitätsstudiums in Psychologie (Lizentiat, Master) begonnen werden. Sie dauert, je nach individueller Gestaltung, ungefähr 3 bis 4 Jahre und umfasst mindestens 700 Stunden. Die Kurse zur Erfüllung des Curriculums können individuell zusammengestellt werden und enthalten Einheiten zu Wissen und Können, zu Praxisbegleitung (Supervision, Fallstudien, Forschung) und eigene psychologische Tätigkeit.

Sämtliche Psychologinnen und Psychologen, die über einen eidgenössischen oder einen anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in den Fachgebieten Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie oder Gesundheitspsychologie verfügen, werden in einem Register aufgeführt. Bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird zusätzlich eingetragen, ob sie eine kantonale Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung haben.

Die Psychotherapie Weiterbildung der schweizerischen Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz *pca.acp* ist bereits provisorisch akkreditiert, die definitive Akkreditierung wurde im Januar 2017 geprüft, nun läuft das weitere Verfahren und im Laufe des Sommers 2017 wird der Entscheid über die definitive Akkreditierung fallen.

Personzentriert sein – die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit

Anmerkungen zum Aufsatz „Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen für die Zukunft“ von M. Behr, J. Finke und S. Gahleitner
in PERSON 1/2016

Peter F. Schmid

Institut für Personzentrierte Studien, Wien

Der Beitrag ist eine Replik auf den nach Anpassung an den Mainstream plädierenden Aufsatz von Behr et al. Es wird gezeigt, dass viele der dort angeführten „Herausforderungen“ mit dem personzentrierten Paradigmenwechsel inkompatibel sind.

Schlüsselwörter: Personzentriert, Psychotherapie, Beratung, Person, Störung, Intervention.

Being person-centred — the future does not lie in the past. Remarks to „Being person-centered — Seven challenges for the future“ by M. Behr, J. Finke and S. Gahleitner in PERSON 1|2016. The piece is a riposte to Behr's et al. paper that reads as a plea for adaption to the mainstream. It indicates that many of the „challenges“ enumerated are incompatible with the person-centred paradigm change.

Keywords: Person-centred, psychotherapy, counselling, person, disorder, intervention.

Selten hat mir ein Aufsatz so klar vor Augen geführt wie der prominent in der Jubiläumsausgabe der PERSON (1|2016) platzierte, wie sehr das Verständnis von dem, was als „personzentriert“ bezeichnet wird, in deutschsprachigen Ländern differiert. Die zwei Autoren und die die Autorin¹ vertreten darin Auffassungen, die im Umfeld des Wunsches nach allgemeiner Anerkennung nicht selten so oder ähnlich anzutreffen sind. In knapper Form folge ich gern dem Anstoß zur Diskussion (S. 15).

Manchen als Herausforderung genannten Punkten ist aus meiner Sicht zuzustimmen, etwa der Herausarbeitung der Bedeutung der Beziehung in der Entwicklung, den konstruktivistischen Perspektiven oder der Betonung sozialtherapeutischer Arbeit. Insgesamt jedoch erscheinen die „Herausforderungen für die Zukunft“ als Schritt zurück – vor den Rogerianischen

bzw. personzentrierten Paradigmenwechsel. So liest sich der Aufsatz eher als eine Streitschrift, die bestimmte, lang schon bekannte Positionen in der Debatte im deutschen Sprachraum (teilweise recht polemisch) wieder aufwärmt, denn als zukunftsweisende Perspektiven für Personzentrierte Psychotherapie.

Daher beziehe ich mich im Folgenden hauptsächlich auf den Teil des Aufsatzes, der sich explizit oder implizit mit dem Menschenbild des Ansatzes beschäftigt und sich im Wesentlichen als eine Apologie störungszentrierten Denkens und Handelns liest. Deshalb können meine Anmerkungen auch relativ kurz ausfallen. Die einschlägigen Belege wurden oft genannt (z. B. Schmid, 2017).

What's in a name?

„Offsprings“, Entwicklungen aus dem Personzentrierten Ansatz heraus, haben in vielfacher Weise stattgefunden; meist aber wurden andere Therapieansätze – wie es die Redlichkeit erfordert – auch anders benannt (z. B. experienziell, Focusing-orientiert, emotionsfokussiert, störungsspezifisch, prozessdirektiv, zielorientiert, klärungsorientiert, pluralistisch). Die selbst

Peter F. Schmid, Univ.-Doz. HS-Prof. Mag. Dr., ist Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich. Er lehrt an der Sigmund-Freud-PrivatUniversität Wien (SFU) sowie mehreren Universitäten und Hochschulen in Europa und den USA. Er arbeitet als Psychotherapieausbilder am *Institut für Personzentrierte Studien (APG•IPS)* in Wien und als Psychotherapeut, Supervisor und Coach in freier Praxis. Schmid hat mit Carl Rogers in den 1980-er Jahren zusammengearbeitet und unter anderem den Weltverband (*WAPCEPC*) und das Europäische Netzwerk (*PCE Europe*) sowie die Fachzeitschriften *PCEP* und *PERSON* initiiert und mitbegründet. Mehr als 350 facheinschlägige Bücher und Publikationen. Carl-Rogers-Award der *APA (American Psychological Association)* 2009. Web: www.pfs-online.at; E-Mail: pfs@pfs-online.at

1 Aus Gründen der Lesbarkeit verwende ich im Folgenden stets den Gattungsbegriff.

gewählten Namensbezeichnungen von WAPCEPC und PCE Europe, des personenzentrierten *und* experienziellen Welt- und Europaverbandes, kommen aus dieser Sichtweise. Im gegenständlichen Aufsatz handelt es sich, dem Titel gemäß, jedoch ausdrücklich darum, „personenzentriert zu sein“ (S. 14).

Was wird hier unter „personenzentriert“ verstanden? Behr, Finke und Gahleitner nehmen ihren Ausgangspunkt von einem explizit störungsspezifischen Zugang. Sie kritisieren personenzentrierte und psychiatriekritische Psychopathologieansätze, wie beispielsweise jene von Sanders und Warner, etwa für die Begriffe *difficult client process* und *fragile process* (die ja bewusst und zur Abgrenzung von traditionellen Verständniszugängen so benannt wurden, um etwas anderes zu bezeichnen als die „international gebräuchlichen Termini“, S. 16). Sie fordern insgesamt die Regeln der internationalen scientific community ein (S. 16). Der klassischen Terminologie der Manuale sei zu folgen, verlangen sie, man müsse von Krankheit reden, Therapie habe als Zielpunkt, Störungen zu bearbeiten und „für einen Personenzentrierten Therapeuten“ stehe „immer die Auseinandersetzung der Person mit ihrem Problem oder ihrer Störung im Mittelpunkt des Interesses“ (S. 16), weshalb es um therapeutisches Fokussieren auf die Probleme der Klienten gehe, die nicht aus quasi ideologischen Gründen ausgeblendet werden dürften (S. 16). Die Klienten seien ja unübersehbar krank, daher habe man sich vor einer Dämonisierung des Pathologischen zu hüten. Therapeuten müssten schon der Krankenkassen wegen die Klienten „pathologisieren“ (S. 17). Eine problemzentrierte Haltung der personenzentrierten gegenüberzustellen sei ebenso unsinnig wie das als überholt und gefährlich betrachtete Festhalten an der Überzeugung, dass allein der Klient Experte für sich und sein Leben sei (S. 21). Alles das seien „Sonderlichkeiten“ und „Widersprüche“ durch eine „fundamentalistisch verstandene ‚Gegenzentrierung‘ zur Mainstream-Therapie und zum medizinischen Modell“ (S. 17) und daher konzeptuell zu korrigieren. Generell wird „Entradikalisierung“ gefordert (S. 20).

Deutlicher kann man sich wohl nicht von den Intentionen des Begründers dieses Ansatzes abwenden, als dass man Anpassung an das bestehende System sucht. Rogers hat entschieden und vielfach seinen aus einem erfahrungsgestützten Menschenbild heraus entwickelten Zugang zum Verständnis der Person, ihrer Entwicklung und der Psychotherapie dem vorherrschenden System gegenübergestellt und explizit dazu aufgefordert, es zu verändern. Es bleibt jedem unbenommen, anderer Meinung zu sein. Nur ist es schlicht Etikettenschwindel, das dann „personenzentriert“ zu nennen und einen guten Namen für etwas zu benutzen, das sich vom althergebrachten schulmedizinisch-psychiatrischen Konzept nicht mehr *wesentlich* unterscheidet und somit verwechsel- und austauschbar wird. Wenn man anderes denkt und will, wäre es fair, das auch anders zu nennen.

Es ist mehr als genügend Theorie reflektiert, Literatur publiziert und Praxis erlebt worden, die aufzeigt, dass störungs- oder krankheitszentriert genau nicht *personenzentriert* ist, d. h. nicht den ganzen Menschen in den Blick nimmt, sondern seine Krankheit und damit unter anderem nicht die Ressourcen und das Potenzial des Menschen „in den Mittelpunkt des Interesses stellt“, sondern seine Probleme und die Auseinandersetzung damit. Und die Probleme machen eben nicht den ganzen Menschen aus. Auch und gerade wenn es dem Betroffenen selbst so erscheint, ist das dementsprechend andere, nämlich personale Menschenverständnis des Therapeuten ein entscheidendes Korrektiv. Es handelt sich schlicht um eine grundlegend andere Sicht vom Menschen, um ein anderes – aus personenzentrierter Sicht reduktionistisches – Menschenbild, zu dem auch die Reifizierung von Störungsbildern als angeblich feststehende Fakten gehört und nicht bedacht wird, dass diese bestimmte, auch gesellschaftspolitisch beeinflusste Konstruktionen darstellen. Entsprechend wird im Aufsatz in klarem Gegensatz zu Rogers durchgängig von einem störungsorientierten Konzept her argumentiert, das als Matrix für die „Herausforderung“ auf verschiedenen theoretischen Ebenen gesehen wird (z. B. S. 22, 23). Für eine Therapieform, die den im Aufsatz genannten „Herausforderungen“ entspricht, wäre somit etwa die Bezeichnung „mainstream- und störungszentrierte Therapie“ zutreffend und ehrlich.

Zurück zur Anpassung?

Mir ist keine veröffentlichte personenzentrierte Meinung bekannt, die das Pathologische je dämonisiert hätte. Diesbezüglich handelt es sich in dem Aufsatz um eine unwissenschaftliche und unsachliche Polemik, die personenzentriert arbeitende Menschen, nimmt man die Wortwahl der Metapher, in die Nähe mythologischer Dämonenvorstellungen rückt. Außerdem: Welcher ernstzunehmende Vertreter eines personalen Menschenbildes hat je „die Schwierigkeiten des Klienten ausgeblendet“? (S. 16)

Ja, Rogers' Ansatz ist etwas Besonderes – gerade weil es ihn von den gängigen Krankheits- und Therapiemodellen bewusst unterscheidet, „sondert“. Personenzentrierte Theorien deshalb als „Sonderlichkeiten“ (S. 17) abzuqualifizieren und sie von den Wurzeln abzuschneiden – das bedeutet ja der Begriff „entradikalisieren“ (S. 20) –, zeugt eher davon, dass entweder nicht verstanden worden ist oder nicht gelten soll, dass es hier um einen tatsächlich radikal, also von den Wurzeln her, anderen Zugang zum Menschen handelt, einen der sich tatsächlich nicht dem Mainstream und seinen Reparatur- und Anpassungsmodellen unterordnen will. Sollte die Hoffnung auf Anerkennung durch die Krankenkassen dahinterstecken: Liebe deutsche Kollegen und Kolleginnen, schon vergessen, dass euch die ganze

Anpasserei in Bezug auf die sozialrechtliche Anerkennung nichts genützt hat?

Man darf in diesen und anderen Verwässerungstendenzen (von innen) und Verharmlosungstendenzen (von außen) auch einen Widerstand gegen den radikalen Anspruch des personenzentrierten Paradigmenwechsels sehen, der bedrohlich für etablierte Macht, für Status und Prestige ist, wie schon Rogers selbst vermutet hat. Er sprach öfter von einer „stillen Revolution des Personenzentrierten Ansatzes“, die – wie durchaus kritisch anzumerken bleibt – bisweilen zu still ausgefallen ist.

Die Konsequenzen aus der für Anpassung plädierenden Sicht der Dinge sind logisch: Vertreter eines personalen anthropologischen Fundaments werden mit dem Killerargument „fundamentalistisch“ (S. 21) abgewertet (eine Bezeichnung, die man sich im Kontext heutigen Sprachgebrauchs von „Fundamentalismus“ einmal bewusst machen muss!), aus dem notwendigerweise nach- und mitfühlendem Verstehen der Empathie wird ein „Voraussein“ und „Besser-Verstehen“, das folgerichtig mit Interpretieren gleichgesetzt wird (S. 21). Nur konsequent ist dann auch die Behauptung, dass dementsprechend Rogers „so etwas wie eine Therapietechnik“ beschrieben habe (S. 22) und dass „personenzentrierte Therapietechniken“, „Interventionskataloge“ und „Handlungsinstrumentarien“ als Fortschritt verstanden werden. Die Begründung dafür, dass das Zurückweisen von Techniken (gerade auch durch Rogers selbst) „bedenklich“ sei, wird erneut im „Gegensatz zu den Mainstream-Methoden“ gesehen. Selbst Autoren wie Mearns und Thorne werden entgegen ihren eigenen Intentionen und Beschreibungen Techniken unterstellt. Techniken, von den Autoren des Aufsatzes verstanden als „Muster des therapeutischen Kommunikationsverhaltens“ (S. 23), die „immer systematischer“ beschrieben werden sollten, sind jedenfalls das Gegenteil von einer Haltung, die die Person in den Mittelpunkt stellt. Sie reduzieren – aus personaler Perspektive betrachtet – die Person auf ihr Erleben, ihr Verarbeiten usw. Handelt man personenzentriert, versteht man Therapie wie Rogers als Begegnung von Person zu Person, und jede Therapie wird zu einem neuen einzigartigen Kunstwerk, ist art in progress, Betreten jeweils unbekanntem Terrain. Techniken, im Originalsinn des Wortes als Kunstfertigkeiten verstanden, sind dann individuell und beziehungsbedingt von den beteiligten Personen zu entwickeln, statt auf ein vorgefertigtes Repertoire oder einen Handwerkskoffer zurückzugreifen. Ein solcher Rückgriff ist immer ein Schritt aus der Begegnung heraus. Das hat auch Konsequenzen für die Ausbildung (siehe unten).

Die verkürzt wiedergegebene Formulierung, ausschließlich der Klient sei Experte (gemeint: für sein Leben) und der Therapeut sei Experte darin, kein Experte für den anderen zu sein (was ja ein hohes Maß an Expertise verlangt, nämlich nicht die aus der Not des Klienten heraus oft angeforderte Expertenrolle zu übernehmen), wird als extrem einseitiges „monologisches

Beziehungsmodell“ diskriminiert, und es wird gefordert, Therapie als Verständigung zwischen zwei Experten zu verstehen, als Ergebnis einer Konsensbildung. Daher habe auch der Therapeut den Klienten nicht nur aus dessen innerem Bezugssystem, also empathisch, zu verstehen, sondern auch aus dem eigenen Bezugssystem, denn Klienten mit ihren Inkongruenzen könnten sonst nicht von ihrer „Selbsttäuschung“ (S. 21) befreit werden. Die logische Folge ist: Den Klienten müsse man besser verstehen als der sich selbst und daher sei Interpretieren geboten und Techniken seien nicht nur notwendig, sondern deren Zurückweisen sei bedenklich (S. 23).

Das alles hat natürlich Auswirkungen auf die Ausbildung, die entsprechend nicht als Heraus-Bildung und Persönlichkeitsentwicklung, sondern als lehrbares Erlernen von Handlungsmustern (S. 23) verstanden wird, wobei es gelte, die „Technik-Konzepte immer präziser“ und „systematischer“ zu beschreiben. Das Argument, wenigstens der Lehr- und Lernbarkeit wegen müsse es also standardisierte Techniken geben (die man später allenfalls wieder vergessen dürfe), verkennt, dass Ausbildungsteilnehmer – immer vom personenzentrierten Menschenbild ausgehend – sehr wohl in der Lage sind, sich selbst als Person als das therapeutische „Instrument“ in der Beziehung zu verstehen und darauf vertrauen zu lernen, dass es ihnen möglich ist, auch in konkreten schwierigen Situationen als Person präsent zu sein und sich nicht mit einer Technik „drüberzuhelfen“ oder sich dem un-Mittel-baren Beim-und mit-dem-Anderen-Sein zu entziehen. Das ist die Herausforderung – für den Ansatz und für jeden einzelnen.

Anhand einer Argumentationslinie im Aufsatz sei gezeigt, wie sehr gegen einen zuvor unrealistisch aufgestellten Popanz Stellung bezogen wird. Rhetorisch gefragt wird: „Würde es nicht der Klientenzentrierung widersprechen, wenn der Therapeut diesem Anliegen des Klienten [nämlich, dass dieser den Therapeuten in der Regel wegen bestimmter Probleme aufsuche und die Behebung der Beschwerden sein primäres Anliegen sei] gar keine unmittelbare Beachtung des Klienten schenken und erklären würde: ‚Es geht hier nicht um Ihre Beschwerden oder Ihre Probleme, sondern nur [sic!] um Ihre Person?‘“ (S. 16). Nicht einmal völlig unkundige Anfänger in einer Therapieausbildung würden so etwas oder Ähnliches sagen! — Ich nehme auch nicht an, dass das heißen soll, Aufgabe der Therapeuten sei zu tun, was die Klienten möchten, dass die Therapeuten tun.

Eine Frage der Anthropologie und der Wertsetzung

Das Ärgerliche an dem Aufsatz ist, dass nicht die Vielfalt an Positionen herausgestrichen wird, wie andernorts betont wird, sondern dass alles, was nicht den dort „Herausforderungen“ genannten Kriterien entspricht, mit einer bemerkenswerten

Intoleranz als überholt, „konservativ“, „fundamentalistisch“ und „sonderlich“ bezeichnet wird.

Freilich gilt: Niemand hat die Wahrheit. Es geht nicht darum, was so ist, wie Rogers es gesagt und getan hat und was nicht. Selbstverständlich kann man anderer Meinung als er sein – und ist ihm wohl weit treuer, wenn man ihn nicht bloß wiederholt, sondern seine Ansätze weiterentwickelt. Der – im Übrigen immer zeitbedingte – Ansatz eines Gründers ist kein Garant für „Richtigkeit“. Es geht auch nicht um die rechte Exegese, die richtige Auslegung von Rogers. Bloß weil er etwas gesagt hat, ist es noch nicht sinnvoll. Wie bei den so genannten heiligen Schriften, ob Bibel oder Koran, Freud oder Rogers, kann man für alles irgendeinen Beleg finden und sich einseitig darauf berufen. Den eigenen Überzeugungen, die hoffentlich durch Erfahrungen und nicht durch Übernahme der Überzeugungen anderer entstanden sind, ist zu folgen.

Therapierichtungen unterscheiden sich aufgrund ihrer unterschiedlichen Grundpositionen und Wertsetzungen im Menschenbild. Im personenzentrierten Fall sind das: Vertrauen in das Entwicklungspotenzial des Klienten, Freiheit und Selbstbestimmung statt Anpassung, Beziehungsfähigkeit und -angewiesenheit, Förderung von Emanzipation und Respekt vor der Menschenwürde. Auf der Basis der Grundannahmen geht es dann

um innere Konsistenz und genuine Theorie und Praxis („genuin“ heißt „echt“, „authentisch“, also „kongruent“).

Nicht immer bedeutet „Weiterentwicklung“ auch Vertiefung. Aus meiner Sicht wird im Aufsatz von Behr, Finke und Gahleitner einer Verflachung und Verwässerung das Wort geredet. Rogers hat selbstverständlich die ständige Überarbeitung und wissenschaftliche Überprüfung der personenzentrierten Theorie und Praxis gefordert und sich gegen Dogmatismus gewendet. Mir ist aber nicht bekannt, wo er seine Grundüberzeugungen und seinen Ansatz zu Emanzipation und Selbstbestimmung der Person sowie sein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz in der Persönlichkeitsentwicklung, also die radikalen Wurzeln seines Therapiekonzeptes aufgegeben hätte.

Literatur

- Behr, M., Finke, J., Gahleitner S. B. (2016). Personenzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers Tod. *PERSON* 20, 1 (2016) 14–30.
- Schmid, P.F. (2017). Personenzentrierte Psychotherapie [Neufassung]. In: T. Slunecko (Hg.), *Psychotherapie. Eine Einführung*, 3. Auflage (S. 153–201). Wien: WUV facultas.

Personzentriert-Sein gehört in die psycho-sozialen Hilfesysteme und nicht ins Museum

Antworten an Mark Galliker, Margot Klein & Peter Schmid

Michael Behr, Jobst Finke und Silke Birgitta Gahleitner

An den von uns vorgeschlagenen sieben Herausforderungen für den Personzentrierten Ansatz (Behr, Finke & Gahleitner, 2016) stören Schmid (2017) vor allem zwei Dinge: *störungsspezifisches Wissen* und das *Kennzeichnen von Methoden und Techniken*. Beides führe den Ansatz in Zeiten vor Rogers zurück (*sic*), dessen Anliegen mit solcher „Anpassung an das bestehende System“ mit Füßen getreten würde. Das radikal andere Menschenbild verwässere. Die Wirkmacht des Ansatzes liege – im Gegensatz dazu – in der personalen Begegnung, die die Therapie „zu einem neuen einzigartigen Kunstwerk“ macht, zu „art in progress“.

Solches Denken halten wir für respektabel – aber eben nur insoweit, wie man im Personzentrierten Ansatz ein sozial-philosophisches Manifest sieht. Das Menschenbild ist humanistisch, und das ist gut so. Die Parteinahme für die Entwicklungspotenziale der Person vertreten auch wir, sie möge wo auch immer dezidiert und nachhaltig sein. Dass die Person ihren Bezugsrahmen voll bewohnt und kongruent ‚nach vorne heraus‘ lebt: unbedingt ja.

Fachkräfte der Beratung und Therapie fragen sich täglich, wie facilitiere ich dies, so gut ich kann. Das hatte sich auch der Rogers der 1940er-Jahre gefragt. Er erfand die beste Psychotherapiemethode seiner Zeit. Ihre Überlegenheit konnte er, empirische Forschung einführend, beweisen. *Dies* erbrachte die Durchbrüche, nicht, weil sie „radikal“ das „bestehende System“ unterlaufen hätte.

In Beratung und Therapie müssen wir unseren Klienten¹ das Best-Verfügbare anbieten. Dazu hat Rogers (1949, 1986) ausdrücklich und wörtlich aufgefordert! Wissen und Möglichkeiten in Beratung und Therapie konnten sich seit Rogers' Zeit ganz erheblich weiterentwickeln. Puristisches Personzentriert-Sein (Rogers, 1957: die Kernbedingungen seien hinreichend) sichert unserem Ansatz einen Platz im Museum, ausgerechnet in den USA wurde das bereits erreicht: Der Ansatz ist an den Rand gedrängt.

Was zu tun ist, begann längst: das Personzentrierte kreativ und ohne dogmatische Enge zu entwickeln, ohne – und das ist der Punkt – im Klientenkontakt unser Menschenbild zu verlassen und die gelebte Beziehung zum Klienten zweitrangig werden zu lassen. Die von den Kritikern beschworene Wirkmacht erlebt jeder, der sich personzentriert versteht, wer wollte denn davon weg!? Diese *Verbindungen* zu entwickeln, *das* sind die Herausforderungen: Personzentriert sein *und* auf der Höhe der fachlichen Entwicklung sein. Einfach wären z. B. Konzepte wie: mit etwas wertschätzender Empathie Klienten zu motivieren, damit sie uns bei den „eigentlichen“, z. B. verhaltenstherapeutischen, Methoden folgen – und dann auch noch für sich in Anspruch zu nehmen, personzentriert zu arbeiten. So etwas geschieht außerhalb des Personzentrierten und könnte durch ein allzu unbedachtes ‚Integrieren‘ anderer Methoden auch uns dazu verführen, unseren Ansatz zu verwässern. Davor warnen die Kritiker zu Recht. Doch darum geht es niemandem. Dies wäre auch keine Herausforderung, weil sehr simpel.

Personzentrierte Therapeuten/Berater sind herausgefordert, in unsere Kernprinzipien all die moderne Fachlichkeit *zu integrieren*, die unseren Ansatz noch besser macht. Dafür brauchen wir weiterentwickelte Konzepte, Praxis und Forschung. Das ist alles andere als einfach, darum sind es auch Herausforderungen und keine Lösungen. Es ist natürlich nicht der Schritt in die ‚Vor-Rogers-Zeit‘ zurück, sondern der einzige Weg, der unseren Ansatz für die Herausforderungen der aktuellen Lebensverhältnisse passfähig macht und eine Existenzberechtigung im Konzert der psycho-sozialen Hilfesysteme gibt. Und vor dem Museum bewahrt.

Stichwort: der therapeutische Bezugsrahmen und die Techniken: Ein konkretes Beispiel dazu ist, dass wir beim psycho-sozialen Helfen heute in zahlreiche Situationen kommen, in denen wir eine distanzierte, diagnostizierend beobachtende Rolle einnehmen müssen, um mit eigenen Augen zu beurteilen, ob ein Klient z. B. ernsthaft suizidal ist oder ein Zustand psychischer Desorganisation droht oder ob jemand wirklich von der Therapie oder Beratung profitiert. Das ist unsere Verantwortung,

¹ Personenbezeichnungen sind Gattungsbezeichnungen.

sie wird im Extremfall von Gerichten eingefordert. Natürlich leben unsere Gespräche von einer unmittelbaren, intuitiv geführten Interaktion, aber genau wie Rogers sagen wir, dass die Kommunikation der therapeutischen Einstellungen nicht beliebig und regellos sein sollte, sondern dass bestimmte Muster des therapeutischen Vorgehens (Rogers sprach hier von „Techniken“) diese Einstellungen vermitteln müssen.

Stichwort: das „Radikale“: Schmidts sozial-philosophische Position vertritt eine Seite, der man durchaus zustimmen kann, sie ist wertvoll und ein Markenzeichen unseres Ansatzes. Doch sie verweigert, anders als Rogers, die Komplexität der faktischen therapeutischen Situation zu sehen, und entwertet dabei die anderen Seiten verzerrend als die „medizinisch-psychiatrischen“. Durch solche „Radikalität“ leisten wir der Marginalisierung des Personenzentrierten in ein sektiererisches Nischendasein Vorschub.

Man muss Rogers nicht immer folgen, doch seine Position, den Ansatz stets so weiterzuentwickeln, dass er den aktuellen Wissensstand mitprägt, war während seines ganzen Lebens eindeutig:

„Anhänger klinisch wirksamer Verfahren neigen dazu, dogmatisch zu werden. ... Wenn sich die emotionale Gewissheit eines Therapeuten mit dem Dogma verbindet, wird er defensiv und unfähig, neue und widersprechende Beweise zu sehen. Aber wenn wir stets forschen, verankern wir Gewissheit, die wir alle haben müssen, nicht in Dogmen, sondern in einem Prozess, in dem die Wahrheit entdeckt wird, nämlich im wissenschaftlichen Vorgehen.“ (Rogers, 1949b, p. 152, eigene Übersetzung)

Und noch 37 Berufsjahre später, ein Jahr vor seinem Tod, bei der ersten Konferenz der ADPCA 1986 in Chicago, sagte er:

„Unser ganzes Voranschreiten, so spüre ich, ist Teil des klientenzentrierten Ethos: wir bleiben nicht an einem Ort stehen. Ich

hoffe, ich hoffe, ich hoffe. Wir bewegen uns immer, zu einer neuen Theorie, zu neuen Arten des Seins, zu neuen Handlungsfeldern für Situationen, zu neuen Wegen, mit Personen zu sein. Ich hoffe, dass wir immer teilnehmen am Wachsen über Grenzen hinaus.“ (Rogers, Cornelius-White & Cornelius-White, 1986/2005, p. 395 f., eigene Übersetzung)

Diese Zitate widersprechen nicht der sozial-philosophischen Sprengkraft des Person- und Beziehungsverständnisses. In Hinblick auf Beratungs- und klinisch-psychologische sowie psychotherapeutische Arbeit können wir daraus jedoch keine puristische oder gar radikale Position ableiten. Dennoch möchten wir der Konsequenz und Entschiedenheit, mit der Sie als unsere Kritiker Ihre Position vertreten, weiterhin mit Achtung begegnen, ohne unsere Position zu verleugnen. Wir wünschen uns vielmehr, dass es uns in Zukunft allen gelingen möge, „die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie“ anzuerkennen, wohl wissend, wie wichtig es heute ist, für die Herausforderungen der Gegenwart möglichst breit und vielgestaltig aufgestellt zu sein.

Literatur

- Behr, M., Finke, J. & Gahleitner, S. B. (2016). Personenzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. *Person 20* (1), 14–30.
- Rogers, C. R. (1949b). A coordinated research in psychotherapy: A non-objective introduction. *Journal of Consulting Psychology*, 13 (3), 149–153.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R., Cornelius White, J. H. D. & Cornelius White, C. F. (2005). Reminiscing and predicting: Rogers's beyond words speech and commentary. *Journal of Humanistic Psychology*, 45 (3), 383–396 (Vortrag von 1986).
- Schmid, P. F. (2017). Personenzentriert sein — die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit. *Person 21* (1). (in Druck)

Rezensionen*

Marieluise Brückl

Gernot Aich & Michael Behr: Gesprächsführung mit Eltern

Weinheim: Beltz, 2015, 272 Seiten, ISBN 978-3-407-25544-0. EUR (D) 29,95 / EUR (A) 30,80 / CHF 39,90.

Gut geführte Elterngespräche erleichtern die pädagogische Arbeit und steigern die Effektivität – das ist die Kernaussage des vorliegenden Buches. Seit dem Jahr 2003 beschäftigen sich Aich und Behr in Zusammenarbeit mit einer Vielzahl an Studierenden der pädagogischen Hochschulen mit den verschiedenen Aspekten, die ein gutes Elterngespräch ausmachen, und wie diese in der Ausbildung vermittelt werden können.

So ist mit der „Gesprächsführung mit Eltern“ ein Fachbuch entstanden, das sich in erster Linie an Lehrerinnen und Lehrer sowie Pädagoginnen und Pädagogen richtet, aber auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Verständnis für Elterngespräche erweitern und vertiefen kann. Es stellt durch die intensive Beschäftigung mit der Thematik und der Vielzahl an praktischen Beispielen einerseits fundiertes theoretisches Wissen und andererseits hilfreiches Handwerkszeug für die Praxis zur Verfügung.

Aich und Behr haben für das Gespräch mit Eltern das Gmündner Gesprächsmodell – kurz GMG – entwickelt. Das GMG ist ein recht komplexes Modell, aber die Autoren verstehen es, den Leser und die Leserin nach und nach in dieses einzuführen und dabei sowohl die theoretischen als auch die praktischen Kompetenzen zu erweitern.

Im Folgenden möchte ich einen Überblick über den Aufbau des Buches geben und die einzelnen Teile kurz umreißen. Das Buch ist in vier große Teile gegliedert, die dem Leser und der Leserin das GMG sehr anschaulich und detailliert näher bringen.

Der erste Teil mit dem Titel „Elterngespräche erleichtern unsere Arbeit“ beschäftigt sich mit den Schwierigkeiten und Chancen, die Elterngespräche für die Arbeit mit Kindern beinhalten können. Zu Beginn des Buches werden einige Untersuchungen angeführt, die die momentane Situation von Elterngesprächen in der Ausbildung und der Praxis beleuchten. Darin wird deutlich, dass sowohl auf Seiten der Lehrerinnen

und Lehrer als auch der Eltern viele Ängste, unerfüllbare Erwartungen und Vorwürfe bestehen. Diese ungünstigen Interaktionsmuster zu durchbrechen und selbst so genannte schwierige Gespräche als Chance zu sehen, wird von den Autoren angestrebt. Die Kooperation zwischen Eltern und Lehrenden für das Wohl des Kindes soll wieder in den Fokus rücken und das Gespräch zwischen Eltern und Lehrenden ein Miteinander werden.

Ab dem zweiten Teil beginnt die konkrete fachliche Auseinandersetzung mit dem GMG. Das Gmündner Gesprächsmodell ist in drei große Prozessaspekte gegliedert: das Wahrnehmen, Klären und Lösen. Teil zwei, drei und vier des Buches sind jeweils einem dieser drei Prozessaspekte des GMG gewidmet.

Im GMG werden Elemente aus dem personenzentrierten Konzept, dem lösungsorientierten Ansatz und der Transaktionsanalyse eingesetzt. Sehr detailliert wird zu jedem Prozessaspekt angeführt, was aus dem jeweiligen Konzept angewendet wird. Auf jedes der von den Autoren eingesetzten Konzepte wird auf die Herkunft und wie dieses ursprünglich entstanden ist Bezug genommen. Die Wurzeln der jeweiligen Theorieentwicklung werden genau beschrieben und gewürdigt. So entsteht mit dem GMG ein prozessorientiertes Konzept für die Gesprächsführung mit Eltern, in dem Teile aus drei bestehenden Konzepten zu einem neuen Modell zusammengefügt werden.

„Eltern und sich selbst wahrnehmen ist mehr als die halbe Miete“ wird der zweite Teil des Buches genannt. Dieser setzt sich mit dem ersten Prozessaspekt, dem Wahrnehmen, auseinander. Um exemplarisch anzuführen, welche Teile die Autoren aus den oben genannten Konzepten einsetzen, möchte ich für den Prozessaspekt Wahrnehmen jenen erwähnen, der aus dem personenzentrierten Konzept entlehnt wird. Die drei Kernbedingungen von Rogers werden herangezogen, um sowohl die Authentizität der pädagogischen Fachkraft als auch ihre Empathie und bedingungslose Beachtung zu schulen. Aus der Transaktionsanalyse wiederum wird eine Differenzierung der Ichzustände vorgestellt, die als Strukturierungshilfe dienen kann, um komplexe Situationen leichter zu verstehen und dabei auch eigene Anteile herauszufiltern.

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden; Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U 3).

Dem zweiten Prozessaspekt wird der dritte Teil des Buches mit dem Titel „ Klären: Einstellungen, Motive, Konflikte, Ziele“ gewidmet. Hier wird zum Beispiel aus der Transaktionsanalyse das Konzept der Vertragsarbeit eingesetzt, um ein stützendes Instrument für das Fixieren von Zielen zur Verfügung zu haben.

Der dritte Prozessaspekt des GMG und gleichzeitig der letzte Teil des Buches beschäftigt sich mit der Lösung. Exemplarisch möchte ich hier die lösungsorientierten Fragen anführen, die in vereinfachter Form aus dem lösungsorientierten Ansatz übernommen werden. Damit wird versucht, festgefahrene Meinungen von Eltern aufzubrechen und einen Veränderungsprozess einzuleiten. Zusätzlich widmet sich dieser Teil den vielen möglichen Schwierigkeiten, die in Elterngesprächen auftreten können, und bietet gleichzeitig eine Vielzahl an Lösungsvorschlägen.

Das GMG ist ein Prozessmodell, das keinen klaren Handlungsplan und keine Handlungsleitlinien liefert, sondern es stellt viel mehr eine Strukturierungshilfe dar. „Wir sehen die Stärke des Konzeptes darin, dass es einen Kompass in einem Gesprächsprozess bietet und dass es zugleich offen für

Anpassung an die jeweiligen Eltern und an die Gesprächsdynamik ist.“ (S. 42)

Die Lektüre des Buches bietet eine intensive Auseinandersetzung sowohl auf fachlicher als auch auf persönlicher Ebene. Immer wieder werden der Leser und die Leserin aufgefordert, auch in kritische Auseinandersetzung mit eigenen Glaubenssätzen zu gehen und die eigene Rolle zu hinterfragen. Eine Vielzahl an Übungen wiederum ermöglicht einen Lernprozess, durch den die pädagogische Fachkraft Sicherheit gewinnen kann bei der Führung von weiteren Elterngesprächen.

Aus meiner Sicht bietet die Lektüre des Buches, wie bereits oben erwähnt, nicht nur für Lehrer und Lehrerinnen eine gute Basis, um gestärkt in Elterngespräche zu gehen, sondern es finden sich auch für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen viele Anregungen, die in Elterngesprächen berücksichtigt werden können. Vor allem aber in der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die einen Schwerpunkt in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen setzen wollen, sehe ich eine große Ressource und Bereicherung im vorliegenden Buch.

Monika Tuczai

Gillian Proctor: Values and Ethics in Counselling and Psychotherapy

London: Sage, 2014, 252 Seiten, ISBN: 978-1-84920614-3 (paperback). EUR (D) 35,35 / EUR (A) 49,99 / CHF 53,90/ £ 25,99.

Gillian Proctors Buch über Werte und Ethik in Beratung und Psychotherapie besticht allein durch seine außergewöhnliche Struktur: Sie kreierte vier Charaktere, die als Studierende unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden (personenzentrierter, psychodynamischer, existenzieller und verhaltenstherapeutischer Ansatz) an einem Modul über Werte und Ethik teilnehmen und miteinander über diverse Themen diskutieren. Dadurch wird deutlich, wie verschieden die Möglichkeiten der Annäherung an ethische Probleme sind, jeweils in Abhängigkeit von der gegebenen Situation und von der Person, die diese Situation – auf dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebensgeschichte, ihrer Herkunft, ihrer Kultur, ihrer psychotherapeutischen Methode – bewertet. Die Autorin wirft vielfältige Fragen auf, zu denen auch die Leserinnen und Leser eingeladen sind, ihre je persönlichen Antworten zu finden und sich über ihre eigenen Werte und Überzeugungen klarer zu werden. Selbstreflexion und persönliche Entwicklung sowie die Reflexion über die Motive, warum wir wie mit Klientinnen und Klienten arbeiten, sollen aus Sicht der Autorin (bereits in der Ausbildung) gefördert werden. Durchgängig werden in allen

Kapiteln die Schlüsselgedanken der westlichen Moralphilosophie eingeflochten. In drei Anhängen finden sich jeweils kurze Abrisse zu unterschiedlichen (moral-)philosophischen Konzepten (App. A), eine Liste der wesentlichen Philosophinnen und Philosophen (App. B) sowie Kurzdarstellungen über deren Standpunkte über Werte, Moral und Ethik (App. C).

Das Hauptstück des Buches ist in drei Teile gegliedert.

Im *ersten Teil* („Values“) diskutiert Proctor einerseits über die persönlichen Werte (Kap. 1): dass unsere Werte unsere Identität, unser Rollenverständnis und die Auswahl von Freundschaften (mit-)bestimmen; dass sie beeinflussen, was für uns als ethisch wertvoll gilt; wo die Werte ihren Ursprung nehmen und welchen Einfluss Lebensereignisse auf unsere Werte nehmen können; ebenso werden Überlegungen über das Gewissen und (Menschen-)Rechte sowie über Überzeugungen und Bewertungen angestellt. Andererseits erörtert die Autorin, inwiefern diese Werte für die Beratung bzw. Psychotherapie von Relevanz sind (Kap. 2): Fließen die persönlichen Werte und Überzeugungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die

therapeutische Arbeit mit ein oder müssen wir immer neutral bleiben? Wie definieren wir psychische Gesundheit? Wie Wahrheit und Erinnerung? Was betrachten wir als wertvolle Ziele der Psychotherapie? Welchen persönlichen Nutzen ziehen wir aus unserem Psychotherapeutinnen- bzw. Psychotherapeuten-Sein? Wie gehen wir damit um, wenn wir ethische Verfehlungen bei Kolleginnen oder Kollegen vermuten?

Im *zweiten Teil des Buches* („*Therapy ethics*“) gibt Proctor einen Überblick über die Literatur zum Thema Ethik im Gesundheitswesen im Allgemeinen und Ethik in Beratung und Psychotherapie im Besonderen. Aus ihrer Sicht bilden die vier Prinzipien (Fürsorge, Nicht-Schaden, Autonomie, Gerechtigkeit) der Prinzipienethik („*doing ethics*“) nach Beauchamp und Childress als traditionellen Ansatz der medizinischen Ethik (Kap. 3) den Rahmen, in dem Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über ihre ethischen Entscheidungen reflektieren; das Abwägen der Werte ist aber in letzter Konsequenz eine sehr individuelle Beurteilung. Als Alternative bzw. Ergänzung beschreibt sie verschiedene Zugänge einer werteorientierten Ethik („*being ethics*“), die viel mehr auf die handelnden Personen und den Entscheidungsprozess blickt und neben der „*Expertenmeinung*“ auch die Werte der Klientinnen und Klienten einbezieht. Proctor hebt insbesondere die „*ethics of care*“ hervor, die die Beziehung von Personen zu einander im Fokus hat und auf Werten der Kooperation und Kommunikation basiert. Es werden die Grenzen der rein pragmatischen Anwendung der Prinzipien einerseits und die Bedeutung der Intuition andererseits diskutiert (Kap. 4). Sie bezieht sich dabei im Besonderen auf das ethische Rahmenwerk der BACP (British Association for Counsellors and Psychotherapists), weil dieses aus ihrer Sicht am umfassendsten die Beziehung zwischen Prinzipien- und Werteethik berücksichtigt und die Bewegung weg von Regeln hin zu einer Betonung der individuellen Verantwortung zu ethischem Denken reflektiert. Konkrete Modelle, nach denen ethische Entscheidungen getroffen werden können, stellt sie im fünften Kapitel vor. Diese sollen eine Orientierung für die Reflexion ethischer Dilemmata anbieten, sie sollen aber nicht als Vorgaben von außen verstanden werden, sondern viel mehr als ein Konsens über geteilte Werte. Weil Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Macht haben, Entscheidungen zu treffen, die sich auf andere auswirken, ist die Übernahme von ethischer Verantwortung für Proctor essentiell. Als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten wir uns über unsere Handlungsintentionen bewusst sein und begründen können, warum wir welche Entscheidung in welchem Kontext getroffen haben und dies entsprechend dokumentieren. Ethische Verantwortung bedeutet für Proctor, über die therapeutische Beziehung hinaus auch die Interaktion zwischen Psychotherapie und Gesellschaft zu beachten (Kap. 6):

Die Identität der Klientinnen und Klienten wie auch die der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist untrennbar von deren sozialem und kulturellem Kontext. Die Werte der Gesellschaft wirken sich auf Beratung und Psychotherapie aus und umgekehrt. Die Autorin plädiert insgesamt für ethische Achtsamkeit (Kap. 7): Kontinuierliche Selbsterfahrung und ein Bewusstsein über die eigenen Verletzbarkeiten und Trigger stellen für sie eine Grundvoraussetzung für die Übernahme von ethischer Verantwortung dar. Weiters sind Selbstfürsorge, ein Bewusstsein über die Herausforderungen in diesem Beruf und ein Nachgehen eigener Bedürfnisse außerhalb der psychotherapeutischen Praxis sowie Supervision, in der offen über die eigene Arbeit reflektiert werden kann, für ethische Achtsamkeit und Verantwortung von Bedeutung.

Im *dritten Teil des Buches* („*Practice issues*“) führt Proctor spezifische Belange der Ethik in der Praxis aus. Werte und ethische Fragen werden auf dem Hintergrund von unterschiedlichen psychotherapeutischen Methoden betrachtet (Kap. 8). Dabei hebt sie insbesondere die Bedeutung der Übereinstimmung der Werte der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten mit denen ihrer/seiner Methode hervor. In zwei eigenen Kapiteln diskutiert sie häufige ethische Dilemmata zwischen den Prinzipien Autonomie und Fürsorge (Kap. 9) und im Zusammenhang mit der Verschwiegenheit (Kap. 10). Das Respektieren der Autonomie benennt sie als höchstes Prinzip in der Ethik und in gesetzlichen Bestimmungen. Sie erörtert „*informed consent*“ als Voraussetzung für autonome Entscheidungen und die Grenzen derselben, wobei sie ein dialogisches Prozessmodell favorisiert. Bzgl. Verschwiegenheit erachtet sie es als notwendig, jeden Bruch mit der Klientin/dem Klienten zu diskutieren, zu erklären und zu begründen, warum dies notwendig erscheint, und in weiterer Folge Schritte zu unternehmen die künftige Autonomie der Klientin/des Klienten zu fördern. Darüber hinaus werden Fehler im Umgang mit Vertraulichkeit skizziert sowie Belange wie (Un-)Mündigkeit, online-Beratung und gerichtliche Forderungen.

Dem Thema Grenzen widmet sich Proctor in den Kapiteln elf und zwölf. Grenzen zu setzen und einzuhalten kann helfen, dass sich sowohl Therapeutinnen und Therapeuten als auch Klientinnen und Klienten in ihren Rollen und Identitäten geschützt fühlen. Durch ein gedankenloses Befolgen von ethischen Prinzipien verlieren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den Kontakt zur eigenen inneren Bewertung und Entscheidungsfindung. Proctor spricht sich daher für flexible Grenzen aus. Eine Abweichung vom üblichen Vorgehen bedeutet aus ihrer Sicht noch keine Grenzverletzung; im Gegenteil manchmal kann ein zu rigides Festhalten an Regeln schädlich für die Klientin/den Klienten sein. Es soll – nach eingehender Diskussion in der Supervision – im Einzelfall entschieden

werden, abhängig davon, was die Klientin/der Klient braucht und wer die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut ist; eine entsprechende Dokumentation soll die Begründung und die Intention der Therapeutin/des Therapeuten nachvollziehbar darlegen.

In Kapitel zwölf diskutiert sie spezielle Fragen bzgl. konkreter Grenzen, und zwar Berührung, Geschenke, von zu Hause aus arbeiten, Beziehungen zu Klientinnen bzw. Klienten, die über die psychotherapeutische Beziehung hinausgehen, und sexuelle Beziehungen mit (Ex-) Klientinnen bzw. (Ex-)Klienten.

Es finden sich in diesem Buch zwar keine grundlegend neuen Gedanken über Ethik, es besticht jedoch – wie eingangs bereits erwähnt – durch seine Struktur. Durch die diversen Fragen, die Proctor stellt, regt das Buch an, sich mit eigenen Werten und Moralvorstellungen sowie mit ethischen Fragen auf einer

höchst selbstreflexiven Ebene auseinanderzusetzen. Darüber hinaus bietet das Buch die Möglichkeit mit den fiktiven Studierenden in eine imaginäre Diskussion einzutreten und auf sich wirken zu lassen, was unterschiedliche Haltungen in uns auslösen. Die Leserin bzw. der Leser sollte sich aus meiner Sicht ausreichend Zeit für die Reflexion der aufgeworfenen Fragen nehmen; es wäre sicher auch spannend, das Buch in einer Interventions- und/oder Supervisionsgruppe zu lesen und die einzelnen Aspekte gemeinsam zu diskutieren.

Jedenfalls bietet dieses Buch eine empfehlenswerte Möglichkeit, im Hinblick auf die Qualitätssicherung der eigenen psychotherapeutischen Arbeit die aufgeworfenen Fragen wiederholt zu reflektieren, denn ich teile die Meinung von Proctor: „Ethisches Bewusstsein ist ein kontinuierlicher aktiver Prozess, der konsequente Fragen und persönliche Verantwortung beinhaltet“ (S. 170, Übersetzung MT).

Veranstaltungskalender 2017

Austria Programm 2017

Internationaler personenzentrierter Workshop

Zeit: 24.–31. Mai 2017

Ort: Bildungshaus Schloss Großrußbach bei Wien,
Österreich

Info: austriaprogramm.pfs-online.at

Encounter mit Lore Korbei

Zeit: 6.–8. Juni 2017

Ort: Frankfurt/M.

Info: <http://www.gwg-ev.org/fortbildungen/encounter-mit-lore-korbei>

17. GwG-Jahreskongress

„Prozessorientierung in der Personzentrierten Arbeit. Wege und Ziele“

Zeit: 9.–11. Juni 2017

Ort: Würzburg, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Vortrag von Margaret Warner, PhD

zum Thema Trauma

Zeit: 23. Juni 2017

Ort: Wien, Österreich

Info: Institut@apg-ips.at

Sommerfest IPS

Zeit: 23. Juni 2017

Ort: Wien, Österreich

Info: Institut@apg-ips.at

Trauma-Workshop mit Margaret Warner, PhD

Zeit: 24. Juni 2017

Ort: Wien, Österreich

Info: Institut@apg-ips.at

ADPCA Annual Conference

Zeit: 19.–23. Juli 2017

Ort: Chicago, Illinois, USA

Info: <http://adpca.org/content/adpca-conference>

36. Internationale Focusing Sommerschule

Zeit: 24. Juli – 3. August 2017

Ort: Achberg bei Lindau am Bodensee, Deutschland

Info: http://www.daf-focusing.de/?page_id=8

Focusing Woche Achberg

Zeit: 4.–10. August 2017

Ort: Achberg (Nähe Lindau/Bodensee)

Info: <http://www.focusing-netzwerk.de/index.php/focusing-wochen>

12th Annual Focusing Institute Summer School (FISS 17)

Zeit: 14.–19. August 2017

Ort: Garrison Institute, New York, USA

Info: <https://www.focusing.org>

Save the Date

PCE 2018

„Facilitating Hope – Personal and Societal Challenges“

Zeit: 6.–8. Juli 2018

Ort: Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

Info: <http://www.pce2018.com>, office@pce2018.com

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

FORUM TAG

Save the Date – Forum Tag am Samstag, 11.11.2017

Details zum Forum Tag werden zeitgerecht per e-mail ausgeschickt.

MITGLIEDERFORTBILDUNG

Selbstverständnis und Praxis in der personenzentrierten Psychotherapie WORKSHOP

Anrechenbarkeit:
6 Stunden Fortbildung gemäß der Fortbildungsrichtlinie des Bundesministeriums als anerkannte berufliche Weiterbildung für eingetragene Psychotherapeutinnen

Leitung: Dr. Jobst Finke
Zeit: Freitag, 6. Oktober 2017
15–20 Uhr
Ort: Raum Wien
Kosten: EUR 60,–
Anmeldung: bei Frau Ramsauer im Forum Büro per e-mail: buero@forum-personenzentriert.at oder telefonisch 01/966 79 44
Anmeldeschluss: Freitag, 22. September 2017

Emotionsfokussierte Therapie (EFT): ein Überblick

Voraussetzungen:
Eingetragene/r PsychotherapeutIn,
Mitglied des Forum

Anrechenbarkeit:
2 Stunden Fortbildung gemäß der Fortbildungsrichtlinien des Bundesministeriums

Leitung: Dr. phil. Dipl.-Psych. Imke Herrmann
Zeit: Donnerstag, 23. November 2017
19.30–21 Uhr
Ort: Therapiezentrum OK: 1140 Wien, Onno Klopp Gasse 6/3
Kosten: EUR 25,–
Anmeldung: bei Frau Ramsauer im Forum Büro per e-mail: buero@forum-personenzentriert.at oder telefonisch 01/966 79 44
Anmeldeschluss: Donnerstag, 16. November 2017

Genauere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Programm unter www.forum-personenzentriert.at

Forum^o



Ulrike Backhaus

Personzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer

(Personzentrierte Beratung & Therapie; 14)

Reinhardt Verlag, München 2017
156 Seiten, kart.,
24,90 Euro (für GwG-Mitglieder nur 19,90 Euro)
ISBN 978-3-497-02667-8

Was passiert, wenn Trauernde es nicht aus eigener Kraft schaffen, mit ihrer veränderten Situation leben zu lernen? Dann kann eine Beratung oder Therapie helfen. Besonders gut eignet sich dafür der Personzentrierte Ansatz nach Carl Rogers, der auf Wertschätzung und einfühlsamem Verstehen der Trauernden basiert.

Die Autorin führt in die Grundlagen der Trauerarbeit ein und zeigt, wie mit der personzentrierten Haltung in der Trauerbegleitung gearbeitet wird. An zahlreichen Fallbeispielen werden unterschiedliche Reaktionen der Trauernden und einfühlsame, helfende Interventionen der Trauerarbeit anschaulich erklärt.

Mit dieser besonderen Herangehensweise gelingt es Trauerbegleitern, die Trauernden bei ihrem persönlichen Weg durch die Krise zu unterstützen.



Christine le Coutre

Focusing zum Ausprobieren

Eine Einführung für psychosoziale Berufe.
(Personzentrierte Beratung & Therapie; 13)

Reinhardt Verlag, München 2016
156 Seiten, 17 Abb. 5 Tab., Demo-Videos, Audioanleitungen und Arbeitsblätter als Online-Zusatzmaterial, kart., 24,90 Euro (für GwG-Mitglieder nur 21,90 Euro)
ISBN 978-3-497-02627-2

Manchmal leitet uns in schwierigen Situationen ein vages Körpergefühl, ohne dass wir uns dessen bewusst sind. Diese Lücke zwischen Fühlen und Denken wird im Focusing geschlossen. Über das Spüren des Körpergefühls wird versucht, dieses möglichst genau in Worte zu fassen. Machen wir uns so zugänglich, was der Körper schon weiß, können wir leichter bewusste Entscheidungen im Einklang mit uns selbst treffen. Damit bahnt Focusing den Weg zu persönlicher und professioneller Entwicklung. Mit vielen Übungen und Anleitungen zum Focusing lädt dieses Buch Fachleute zum Ausprobieren ein - mit einem Partner oder im Selbstfocusing. Es vermittelt aber auch spannendes Hintergrundwissen zu Theorie, empirischen Forschungsergebnissen und den Bezug zu Achtsamkeit und neurowissenschaftlichen Konzepten.



GwG-Verlag

Melatengürtel 125a | 50825 Köln | Tel. 0221 925908-0 | Fax: 0221 251276 | verlag@gwg-ev.org | www.gwg-ev.org

Weiterbildung in Personenzentrierter Familientherapie und -beratung



GwG-Akademie

Kursstart: 11. & 12. November 2017

Kursort: Die Weiterbildung wird in Tagungshäusern im Rhein-Main-Gebiet durchgeführt.

Kursleitung: Dr. Torsten Ziebertz, Maria Lieb, Ulrike Hollick, Andreas Renger

Durch die Weiterbildung werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befähigt, in Tätigkeitsfeldern der Familientherapie und -beratung wissenschaftlich fundierte, professionelle Beratung durchführen zu können. Die Qualifikationsziele der einzelnen Module werden in der Modulübersicht ausführlich beschrieben.

Neben praktischen Themen wie Charakteristika der personzentrierten Familientherapie, Methodik der Paar- und Familientherapie, Selbsterfahrung mit dem Schwerpunkt „Familie“ und der therapeutischen Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen werden auch theoretische Konzepte wie Familien-Aktualisierungstendenz, familiäre Entwicklungs-Inkongruenzen und Paar-Sexualität aus der Persönlichkeitstheorie von C. Rogers abgeleitet und mit Familientheorien verknüpft. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der praktischen Umsetzung des personzentrierten familientherapeutischen Ansatzes in dem jeweiligen Arbeitsfeld der Teilnehmer.

Zielgruppe: Adressaten sind alle Personen, die sich in therapie- und beratungsrelevanten Tätigkeitsfeldern mit Familien qualifizieren möchten und über eine von der GwG anerkannte Qualifikation zum PZA verfügen (mind. das Grundmodul ‚Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes in Theorie und Praxis‘ oder als äquivalent anerkannte Abschlüsse) und mindestens ein Jahr einschlägige berufliche Praxis nachweisen können.

Die Weiterbildung „Personzentrierte Familientherapie und -beratung“ dauert ca. 2 Jahre und umfasst 290 Unterrichtsstunden mit Ausbilder/-innen und 20 Unterrichtsstunden Lehrberatung

Anmeldung und weitere Informationen:

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
Melatengürtel 125 a
50825 Köln
0049 (0)221 925908-50
brandt@gwg-ev.org
www.gwg-ev.org



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr & Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept. Das IGB ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON. Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG - Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. bietet das Institut Weiterbildungen in Personzentrierter Traumatherapie, Prüfungsvorbereitungskurse für die Heilpraktiker-Psychotherapie-Prüfung beim Gesundheitsamt und zweitägige Fortbildungsveranstaltungen. Alle Referent_inn_en sind erfahrene Therapeut_inn_en und Berater_inn_en mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten sowie regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen. Weitere Informationen über das IGB, zu den Weiterbildungsangeboten und den Referent_inn_en finden Sie auf der Homepage unter: www.igb-stuttgart.de

Zweitägige Fortbildungsveranstaltungen

- 24.2.2018 9.30-18.00 Uhr und 25.2.2018 9.30-16.30 Uhr Focusing zum Ausprobieren - **Dipl.-Psych. Christine Le Coultre**
- 16.3.2018 15.00-21.00 Uhr und 17.3.2018 9.30-18.00 Uhr Filialtherapie – humanistisch-integrative/s Familienspieltherapie/-coaching (Teil 1)
Dipl.-Päd. Dagmar Nuding
Tagungsort: Tagungszentrum Schönblick Schwäbisch Gmünd
- 12.10.2018 15.00-21.00 Uhr und 13.10.2018 9.30-18.00 Uhr Filialtherapie – humanistisch-integrative/s Familienspieltherapie/-coaching (Teil 2)
Dipl.-Päd. Dagmar Nuding
Tagungsort: Tagungszentrum Schönblick Schwäbisch Gmünd
- 16.6.2018 9.30-18.00 Uhr und 17.6.2018 9.30-16.30 Uhr Interpersonelle und existenzielle Aspekte in der personzentrierten Praxis
Dr. Gerhard Stumm
- 22.3.2019 15.00-21.00 Uhr und 23.3.2019 9.30-18.00 Uhr Trauer ist Leben – Leben ist (auch) Trauer. Personzentrierter Umgang mit Verlusten in Therapie und Beratung - **Ulrike Backhaus**

Kosten

180€ für einen zweitägigen Workshop (Alumni 120€, IGB-Mitglieder 60€)

Anmeldung. Für alle Veranstaltungen erbitten wir eine schriftliche Anmeldung **bis spätestens 14 Tage** vor der Veranstaltung. Sie können den Anmeldevordruck aus dem Downloadbereich der Homepage des Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung Stuttgart (IGB) benutzen oder eine E-Mail an Dagmar Nuding (dagmar.nuding@igb-stuttgart.de) oder Michael Behr (michael.behr@igb-stuttgart.de) mit allen erforderlichen Angaben (Name, Anschrift, Telefonnummer, Beruf) schicken. In der Mail muss der Satz „Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an“ aufgeführt werden. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine Rechnung über die Veranstaltungsgebühr. Diese bitten wir durch Überweisung zu begleichen. Unterkunft ist nicht in der Teilnahmegebühr enthalten. Die zweitägigen Fortbildungen gelten als Einheit, das heißt wir müssen die gesamte Teilnahmegebühr berechnen, auch wenn Sie nicht an beiden Tagen teilnehmen können. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine genaue Wegbeschreibung zum Veranstaltungsort.

Rücktritt. Die Anmeldungen sind verbindlich. Erfolgt eine Abmeldung innerhalb der letzten 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn, fallen folgende Rücktrittsgebühren an: Abmeldung zwischen 4 und 6 Wochen vor der Veranstaltung: 25% der Teilnahmegebühr (mindestens €25), Abmeldung zwischen 3 Wochen und 4 Tage vor der Veranstaltung: 50% der Teilnahmegebühr (mindestens €50). Bei Abmeldung innerhalb der letzten 3 Tage vor der Veranstaltung oder bei Ausbleiben einer Abmeldung wird die volle Kursgebühr erhoben. Wird ein Ersatzteilnehmer oder eine Ersatzteilnehmerin benannt, entfallen die Rücktrittsgebühren. Das IGB als Veranstalter ist berechtigt, die Veranstaltung mangels ausreichender Teilnehmerzahl oder aus sonstigen wichtigen Gründen auch kurzfristig abzusagen. Bereits entrichtete Teilnahmegebühren werden in diesem Fall in vollem Umfang erstattet. Sonstige Schäden im Zusammenhang mit Teilnahme oder Absage werden Teilnehmern grundsätzlich nur erstattet, sofern dem Veranstalter der Vorwurf groben Verschuldens nachzuweisen ist. Für die Veranstaltungen wird Ihnen eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt.

Beginn Weiterbildungen gemäß den Mindeststandards der GwG

Personzentrierte Psychotherapie/Beratung mit Kinder- und Jugendlichen (GwG)

Modul 1: Beginn 21./22. Oktober 2017- alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dagmar.nuding@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: Beginn 21./22. Oktober 2017 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Psychotherapie Modul 1: Beginn 21./22. Oktober 2017; Kontakt: hj.luderer@gmx.de



Mitglied im Weltverband
World Association for
Person-Centered and
Experiential Psychotherapy
and Counseling

Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz
Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

pca.acp

Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne
Formation. Psychothérapie. Relation d'aide.
Società Svizzera per l'approccio centrato sulla persona
Formazione. Psicoterapia. Relazione d'aiuto.

KURSPROGRAMM 2017 WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Berufsbegleitende Weiterbildung für PsychologInnen, ÄrztInnen und HochschulabsolventInnen im Bereich der Humanwissenschaften mit zusätzlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsrichtlinien. FSP-, SPV- und SBAP-Anerkennung.

Weiterbildung in Personzentrierter Beratung

Drei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen und anderen Berufen. SGfB-angelernt, Zugang zur eidgenössischen Fachprüfung.

Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und Kurse zum Kennenlernen des PCA, Fachtagungen

z.B. Focusing, Selbsterfahrungskurse, Achtsamkeit für TherapeutInnen und BeraterInnen, therapeutisches Spiel, Krisenintervention und vieles mehr ...

Detaillierte Kursausschreibungen und Anmeldung unter:
<http://www.pca-acp.ch/de/Weiterbildung/Kursprogramm.38.html> oder

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | info@pca-acp.ch



Schweizerisches Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificat suisse de qualité pour les institutions de formation continue
Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua

PERSONENZENTRIERTES HANDELN »IN AKTION«

AUSTRIA PROGRAMM 2017 ZUM 33. MAL: INTERNATIONALER PERSONENZENTRIERTER WORKSHOP IN DER TRADITION DES LA JOLLA PROGRAMMS

Mittwoch, 24. bis 31. Mai 2017

Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition des La Jolla Programms

Personenzentrierte Wochenend-Gruppen (Selbsterfahrung, Supervision, Theoriereflexion)

Groß- und Kleingruppenerfahrung

Reflexions-Workshop für Praktikerinnen & Praktiker

Als »La Jolla Programm in Österreich« seit 1978 in Zusammenarbeit mit dem Center for Studies of the Person in La Jolla, Kalifornien entwickelt und dem klassischen Person-zentrierten Ansatz von Carl Rogers verpflichtet, ist das Austria Programm europaweit der einzige Workshop, der nun zum 33. Mal die einzigartige Gelegenheit bietet, genuin personenzentriertes Arbeiten kennen zu lernen und weiter zu erforschen.

Grundsätzliches Ziel des Seminars ist, sich selbst als Person und in den Beziehungen zu anderen weiter zu entwickeln und persönliche wie politische Gestaltungsmöglichkeiten zu entdecken und zu erlernen. Dabei können insbesondere die Beziehungen zwischen den Teilnehmern und Teilnehmerinnen und den einzelnen Gruppen als Lern- und Wachstumschance wahrgenommen werden.

In diesem Seminar kann man unter anderem:

- den PCA und seine personalen und sozialen Implikationen »in Aktion« erleben und theoretisch und praktisch erlernen
- den State of the Art personenzentrierten Denkens und Handelns kennen lernen
- die eigene Person sowie eigenes und fremdes Kommunikationsverhalten besser verstehen lernen
- freier und kreativer handeln lernen & sein Verhaltensrepertoire in sozialen Situationen nachhaltig erweitern
- Menschen begegnen, die sich nach Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung, Beruf und Kultur unterscheiden
- charakteristische Bedingungen für kollektive Entscheidungsfindung & selbstgesteuertes Lernen in Gruppen erkennen
- die Entwicklung von Groß- und Kleingruppen und ihrer Strukturen verstehen und mitgestalten lernen
- die Kunst der Gruppenleitung und die Möglichkeiten, für andere Menschen hilfreich zu sein, lernen

Facilitating Team 2017: *Peter Frenzel* (Mag., SFU Wien; IPS, Wien; TAO; Kaleidos);
Renata Fuchs (SFU Wien; IPS, Wien; Zentrum f. Beratung, Training & Entwicklung, Krems);
Gillian Proctor (Herausgeberin, Psychotherapeutin, GB);
Peter F. Schmid (Univ-Doz. HS-Prof. Mag. Dr., KF-Univ. Graz & SFU Wien; IPS, Wien) u. a.

Ort: Bildungshaus Schloss Großrußbach bei Wien, NÖ

Anrechenbarkeit: Propädeutika, Aus-, Fort- & Weiterbildungen, Aufnahmeverfahren Fachspezifikum, Studium SFU: Selbsterfahrung - 50 Std.; Wochenende: Supervision, Selbsterfahrung 15 Std.

Nähere Informationen und Anmeldung:

<http://austriaprogramm.pfs-online.at>; Tel.: +43 699 81513190; Mail: office@pfs-online.at



8-12 JULY 2018
PRE-CONFERENCE 6-8 JULY 2018

SIGMUND FREUD PRIVATE UNIVERSITY VIENNA
FREUDPLATZ 1, 1020 VIENNA, AUSTRIA



WAPCEPC
World Association for Person-Centered &
Experiential Psychotherapy & Counseling

WWW.PCE2018.COM

PCE 2018

FACILITATING

HOPE

PERSONAL & SOCIETAL

CHALLENGES

**13TH WORLD CONFERENCE
FOR PERSON-CENTERED
& EXPERIENTIAL PSYCHO-
THERAPY & COUNSELING**

VIENNA JULY 2018

**SAVE
THE DATE**

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39
Tel.: +43 664 88 65 95 37, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

PERSON wird die Beiträge nach Ablauf eines Jahres als Volltext in die Datenbank pce-literature.org einspeisen. Autorinnen und Autoren, die damit nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies bei der Einreichung des Beitrages bekannt zu geben, da andernfalls von einer Zustimmung ausgegangen wird.

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

- Dr. Christiane Bahr, Salzburg, E-Mail: bahrchristiane@hotmail.com
- Mag.^a Monika Tuczai, Wien, E-Mail: monika.tuczai@gmx.at

Rezensionen sind per E-Mail bei einer der beiden Redakteurinnen einzureichen.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

