

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2010

14. Jahrgang

Herausgegeben von Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

FACHBEITRÄGE

- Bettina Jenny & Camille Schär:* **Personzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen – das KOMPASS-Training** 5
- Christine Wakolbinger:* **Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie** 21
- Manuela Junker-Moch & Matthias Moch:* **Eltern und Kinder im Trennungsprozess – Personzentriertes Handeln in der familiengerichtlichen Begutachtung** 32
- Klaus Fröhlich-Gildhoff:* **Die Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes für eine moderne Frühpädagogik** 43
- Michael Behr & Dagmar Hölldampf:* **Die Geschichte der Personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie, Elternberatung und Familientherapie** 54
- Andreas Gross:* **Klienten sind Künstler – Über den Verstehensprozess eines Therapeuten** 62

REZENSIONEN

- Tobias Steiger:* **Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Dorothea Hüsson (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte.** 68
- Sabine Schlippe-Weinberger:* **Michael Behr and Jeffrey H.D. Cornelius-White (Eds.): Facilitating Young People's Development. International perspectives on person-centred theory and practice.** 70
- Sabine Schlippe-Weinberger:* **Suzanne Keys & Tracey Walshaw (Eds.): Person-Centred Work with Children and Young People. UK practitioner perspectives.** 71
- Lore Korbei:* **Klaus Riedel: Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern.** 73

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 Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21
Tel.: +49 2305 102 28 58; Fax: +49 2305 102 28 60
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Prof. Dr. Jochen Eckert, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, D-20146 Hamburg, Van-Melle-Park 5
Tel.: +49 40 428 38 53 62; Fax: +49 40 428 38 6170
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG
(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)
A-1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@apg-forum.at

GwG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.
c/o Karl-Otto Hentze, D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: hentze@gwg-ev.org

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 17
Tel./Fax: +43 70 78 46 30
E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.
CH-8005 Zürich, Josefstr. 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie
A-1091 Wien, Postfach 33
Tel.: +43 664 4173170, E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 9,50 / Sfr 15,- zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 16,- / Sfr 25,- 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.

Verleger und Druck

Facultas – Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: verlage@facultas.at

Satz und Layout

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

Redaktion

Michael Behr, Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Judith Reimitz, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Monika Tuczai

Redaktionssekretariat

Edith Muggenhumer, A-1140 Wien, Sonnenweg 88
Tel.: +43 (0)1 596 29 19, Fax: +43 (0)1 596 29 19 - 9
E-Mail: edith.muggenhumer@silverserver.at

Fachbeirat von PERSON (Stand 15. 11. 2009)

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardel-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Christiane Bahr, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ute Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Margarete Fehlinger, Christian Fehringer, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jager, Annette Jessinghaus, Stephan Jürgens-Jahnert, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Lietaer, Hans-Jürgen Luderer, Ulf Lukan, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Jochen Sauer, Eva-Maria Schindler, Sabine Schlippe-Weinberger, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmuth Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stözl, Ursula Straumann, Hans Swildens, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Robert Waldl, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Günther Zurhorst

PERSON
14. Jg. 2010, Heft 1

Herausgegeben von
Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

Inhalt

Editorial 3

Fachbeiträge

Bettina Jenny & Camille Schär
Personzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen – das KOMPASS-Training 5

Christine Wakolbinger
Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der
Personenzentrierten Psychotherapie 21

Manuela Junker-Moch & Matthias Moch
Eltern und Kinder im Trennungsprozess – Personenzentriertes Handeln in der familiengerichtlichen Begutachtung 32

Klaus Fröhlich-Gildhoff
Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für eine moderne Frühpädagogik 43

Michael Behr & Dagmar Hölldampf
Die Geschichte der Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie, Elternberatung und Familientherapie 54

Andreas Gross
Klienten sind Künstler – Über den Verstehensprozess eines Therapeuten 62

Rezensionen

Tobias Steiger

Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Dorothea Hüsson (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.
Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte. 68

Sabine Schlippe-Weinberger

Michael Behr and Jeffrey H. D. Cornelius-White (Eds.): Facilitating Young People's Development. International perspectives
on person-centred theory and practice. 70

Sabine Schlippe-Weinberger

Suzanne Keys & Tracey Walshaw (Eds.): Person-Centred Work with Children and Young People. UK practitioner perspectives. 71

Lore Korbei

Klaus Riedel: Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern. 73

Internationale Veranstaltungen 75

Editorial

Die vorliegende Ausgabe der PERSON ist, nach dem Heft 2/2006, die zweite, die sich der vielfältigen, personenzentrierten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen widmet. Doch ist so vieles in diesen Beiträgen allgemeingültig und wir sind zuversichtlich, dass diese Ausgabe für Leserinnen und Leser aller Arbeitsfelder spannend ist. Wo immer und was auch immer man arbeitet, die eigentliche Qualität des Tuns kommt mit personenzentrierten Haltungen und Interventionen; diese Beiträge zeigen das.

Dieses Heft deckt das weite Feld ab mit einem Artikel über Gruppentherapie mit als autistisch diagnostizierten Jugendlichen, einem über die authentische Therapeutenperson, über das Personenzentrierte in der Frühförderung, bei gerichtlichen Sorgerechtsgutachten und einem Beitrag zur Geschichte der Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie. Den Abschluss bildet die essayistische Betrachtung eines Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu den kreativ-künstlerischen Ressourcen junger Menschen. Allen Beiträgen gelingt es auf für uns faszinierende Weise, Theorien und Konzeptbildungen mit konkreten Vorschlägen und Hinweisen für die praktische therapeutische Arbeit zu verbinden.

Den Beitrag von Bettina Jenny und Camille Schär über Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie mit als autistisch diagnostizierten Jugendlichen haben wir an den Anfang gestellt, weil wir die darin vorgestellte Arbeit als einen weiteren Meilenstein einer fachlich verantwortlich und seriös auf ihre Wirksamkeit hin untersuchten, störungsspezifischen Personenzentrierten Psychotherapie erleben. In ihr wird ein Gruppentherapiekonzept vorgestellt und empirisch evaluiert. Beides gelingt in beeindruckender Weise. Wir heben ihren Artikel besonders hervor, weil wir der Auffassung sind, dass das Bemühen der Autorin um empirische Belege für den Erfolg ihres therapeutischen Ansatzes nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Die Beiträge von Christine Wakolbinger, Klaus Fröhlich-Gildhoff sowie Manuela Junker-Moch und Matthias Moch demonstrieren den Charakter des personenzentrierten Konzeptes als Metakonzept für jedwede psychotherapeutische und therapeutisch orientierte Arbeit. Rogers hat nicht nur eine Therapiemethode entwickelt, sein Konzept markiert eine bis heute unübertroffene Theorie zwischenmenschlicher Beziehung und darauf gründender Bestimmungen

zum Wesen des Menschen und seiner Entwicklung. Diese Beiträge bringen implizit auf den Punkt, wie sehr personenzentrierte Haltungen und Interventionen dazu beitragen, dass Fachkräfte von Klienten als ernsthafte, kompetente und zutiefst menschliche Helfer wahrgenommen werden können.

Mitherausgeber Michael Behr und Dagmar Hölldampf unternehmen in ihrem Artikel den Versuch, die Vielfalt der seit den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts gewachsenen Konzepte bis zu den heutigen Ausdifferenzierungen historisch darzustellen. Wir möchten auch den Artikel von Andreas Gross explizit erwähnen, weil er mit seinem originellen Ansatz aufzuzeigen vermag, wie faszinierend kreative Neuentwicklungen aus dem fruchtbaren Boden psychotherapeutischer Alltagspraxis Personenzentrierter Therapeuten sein können.

Es ist uns zugleich ein Anliegen, auf einige der weltweit unzähligen Veranstaltungen in Aus- und Weiterbildung zum Personenzentrierten Ansatz im Jahr 2010 hinzuweisen. Für Aus- und Weiterbildungen im deutschsprachigen Raum verweisen wir auf die Werbeeinschaltungen im vorliegenden Heft und auf die Kontaktadressen auf der vorderen Umschlagseite.

Ganz besonders ans Herz legen wir Ihnen die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Tagung am 24. und 25. April in Wien (www.kindertherapietagungwien.at), an der auch einige Autoren dieses Heftes ihre Arbeit präsentieren. Aber auch die Dichte der weiteren im Veranstaltungskalender aufgeführten Events zeugt von der Lebendigkeit des Ansatzes: Vor allem von Mai bis August kann man sich fast ununterbrochen auf Tagungen zum Personenzentrierten Ansatz aufhalten.

Das Herausgeberteam:

Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

PS: Nach Redaktionsschluss erreichte uns die traurige Nachricht, dass Ute Binder verstorben ist. Die Redaktion trauert um eine große und berührende Denkerin. Ein Nachruf wird im nächsten PERSON-Heft erscheinen

Bettina Jenny & Camille Schär

Personzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen – das KOMPASS-Training

Zusammenfassung: Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich wurde der Personzentrierte Ansatz konzeptuell auf Kinder-Gruppentherapien übertragen und bei verschiedenen Störungsbildern evaluiert. Da es zur konkreten gruppentherapeutischen Umsetzung für Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung kaum Literatur gibt, entwickelten die Therapeuten¹ im Rahmen einer intensiven Auseinandersetzung mit den spezifischen Besonderheiten dieser Jugendlichen ein eigenes Behandlungskonzept auf personzentrierter Grundlage, das Kompetenztraining in der Gruppe für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (KOMPASS). Die praktische Vorgehensweise wird beispielhaft an Hand der KOMPASS-Module ‚Emotionen‘ und ‚Small Talk‘ geschildert, in denen sich zwei therapeutische Vorgehensweisen darstellen lassen. Inzwischen wurden vier sogenannte Basis-Trainings, in denen 28 Mädchen und Jungen im Alter von 12–18 Jahren mit Asperger-Syndrom oder Atypischem Autismus behandelt wurden, evaluiert und mit einer Kontroll-Wartegruppe (n = 19) verglichen. Die vorläufigen Ergebnisse mit zufriedenstellenden bis guten Effektstärken sprechen für die Wirksamkeit des Gruppentrainings. Eltern und Lehrpersonen geben einen signifikanten Abbau der autistischen Symptomatik und einen Zuwachs an sozialen Kompetenzen an.

Schlüsselwörter: Jugend, Gruppentherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Autismus, Evaluation

Abstract: Person-Centred Group Psychotherapy for Adolescents with Autism-Spectrum-Disorders—the KOMPASS Training. In the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University of Zurich the person-centred approach was applied to group-settings for children with different psychiatric disorders, and the treatments were evaluated. Due to the lack of specific literature on group-intervention for adolescents with autism-spectrum-disorders the therapists developed their own therapeutic procedure based on the person-centred approach incorporating specific characteristics of autistic adolescents, the Social Skills Group-Training for adolescents with Autism-Spectrum-Disorder (KOMPASS). Practical procedures are described through the KOMPASS modules ‘emotions’ and ‘small talk’ as examples to present two different therapeutic strategies. Until now four group-trainings have been evaluated. 28 girls and boys at the age of 12–18 with Asperger Syndrome or atypical autism were included in the study and compared to a waiting-control-group (n = 19). Preliminary results indicate the benefits of the group intervention with moderate to high effect-sizes. Parents and teachers report a significant decline in autistic symptoms and an increase in social skills.

Keywords: adolescence, group-therapy, client-centred psychotherapy, autism, evaluation

1. Einleitung²

„Das ‚Einsam sein‘-Gefühl war dann so stark, dass ich schon Glücksgefühle bekam, wenn mich jemand in der Schule begrüßte. Ich fühlte mich glücklich, als mich eine Schulkollegin um ein Taschentuch bat.“ (Schneebeli, 2009, S. 63)

Unter dem Begriff Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) werden der Frühkindliche Autismus, das Asperger-Syndrom und der Atypische Autismus, dem oft auch der High-Functioning-Autismus zugeordnet wird, zusammengefasst. Wenn von ASS im gut funktionierenden Spektrum die Rede ist, so bezieht sich dies auf Menschen, die trotz spezifischer Besonderheiten kognitiv und sprachlich annähernd altersgemäß entwickelt sind und deren Ausmaß der autistischen Beeinträchtigung, relativ betrachtet, geringer ist als bei Menschen mit Frühkindlichem Autismus. Im Zentrum der ASS, die als tiefgreifende Entwicklungsstörungen alle wesentlichen Lebensbereiche betreffen, steht die Beeinträchtigung der wechselseitigen sozialen Interaktion und Kommunikation. Diese Menschen suchen zwar immer

1 Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale oder für beide Geschlechter explizite Formulierung verzichtet.

2 Dieser Artikel ist Teil der Dissertation ‚Entwicklung und Evaluation einer Gruppentherapie für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens und einer Gruppenbehandlung für Jugendliche mit einer Autismus Spektrum Störung‘ der Erstautorin.

wieder Kontakt, stellen sich dabei aber oft ungeschickt an, so dass die Interaktion für beide Partner unbefriedigend verläuft. Ihr Verständnis der impliziten sozialen Regeln, der verbalen und nonverbalen Codes wie auch der Motive hinter Handlungen ist beeinträchtigt. Sie verfolgen Spezialinteressen, die sie oft kaum mit anderen teilen können, und nehmen nur bedingt an den kollektiven Themen ihrer Bezugsgruppe (z. B. Mode, Musik) teil. Die Orientierung auf soziale Stimuli ist begrenzt, sie werden von anderen als unemotional oder unangemessen emotional wie auch als unempathisch erlebt. Sie haben in der Folge weniger Freunde (Koning & Magill-Evans, 2001) und erleiden mehr sozial aversive Verhaltensweisen wie zum Beispiel Mobbing (Little, 2001). Menschen mit ASS weisen aber auch viele Stärken auf, die therapeutisch genutzt und unterstützt werden sollten. Dabei geht es nicht nur um die besonderen Leistungen bei den Spezialinteressen und ihren Sinn fürs Detail, sondern auch um soziale Kompetenzen wie Loyalität, Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit, Unvoreingenommenheit und Eigenständigkeit (z. B. gegenüber Peer-Druck), aber auch ihre sachliche, eindeutige Kommunikation.

Autistische Kinder lernen auf Grund neuropsychologischer Besonderheiten anders; typisch sind Entwicklungsverzögerungen der Theory-of-Mind (Baron-Cohen, 2001), Besonderheiten der Informationsverarbeitung, die eher am Detail orientiert ist und eine geringere zentrale Kohärenz aufweist (Happé & Frith, 2006) sowie Schwierigkeiten bei den exekutiven Funktionen (Happé & Frith, 1996). Entsprechend müssen auch die Therapieprogramme angepasst werden (Sofronoff, Attwood, Hinton & Levon, 2007). Nachdem man lange davon ausging, dass autistische Menschen ihre sozialen Kompetenzen nur in geringem Maße entwickeln können, ist in den letzten 25 Jahren die Erkenntnis gewachsen, dass sich diese durch gezieltes Training verbessern lassen (Solomon, Goodlin-Jones & Anders, 2004). Auf Grund ihres detail-orientierten Informationsverarbeitungsstils stellt der Transfer in den Alltag und die Generalisierung des Erlernten eine große Hürde dar (Solomon et al., 2004). Auch die Psychotherapie muss sich dieser Aufgabe stellen. Therapieprogramme können Kindern und Jugendlichen mit ASS helfen, sich in ihrer sozialen Umgebung zurechtzufinden und darin ‚navigieren‘ zu können. Sie sollen, sofern sie dies wünschen, die Chance erhalten, sich in der Gleichaltrigen-Gruppe zu assimilieren und mit ihnen vertrauten, aber auch unbekanntem Kindern und Erwachsenen in Kontakt treten zu können.

Das Gruppensetting eignet sich in besonderem Maße für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ASS (Solomon et al., 2004). Die sozialen Verhaltensweisen können im geschützten Rahmen und direkt mit der relevanten Bezugsgruppe, den Gleichaltrigen, geübt werden. Die Arbeit im Gruppensetting fördert auch die Identitätsentwicklung. Jenny (2010) stellt in ihrer Übersichtsarbeit dreizehn Gruppeninterventionen vor, die zwischen 1984 und 2008 evaluiert und publiziert wurden. Auf Grund dieses Überblicks kann davon ausgegangen werden, dass Kinder und Jugendliche mit ASS durch Gruppenbehandlungen neue soziale und kommunikative

Kompetenzen entwickeln können, auch wenn nur fünf Studien einen Transfer in den Alltag belegen und nur selten eine Generalisierung auf weitere soziale und kommunikative Fertigkeiten beschrieben wird. In Jenny (2010) werden auch hilfreiche nicht-evaluierte Behandlungsprogramme aus dem englischsprachigen Raum vorgestellt.

Im KOMPASS-Praxishandbuch (Jenny, Goetschel, Isenschmid & Steinhausen, angenommen) findet sich eine ausführliche Darstellung des klinischen Bildes, eine Beschreibung der Komorbiditäten, eine Zusammenstellung der epidemiologischen Befunde und die Diskussion verschiedener Befunde zur Ätiologie, aber auch verschiedener Behandlungsstrategien.

2. Konzept

„Ich wusste nicht, was ‚abmachen‘ bedeutet, wie man Kinder einlädt oder was man zusammen reden könnte. Welche Person musste man wie und wann grüssen? Meine Mutter erklärte mir, dass dies anderen Zehnjährigen im Alltag mühelos gelingt. Ich musste alles durch Logik, bildliche Erklärungen und Beobachtungen lernen. Was andere intuitiv nebenbei beim Älterwerden wahrnehmen und lernen, bereitete mir grosse Mühe.“ (Schneebeli, 2009, S. 26)

Da es noch kaum evaluierte Gruppenprogramme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ASS gibt (Jenny, 2010) und sich Interventionsprogramme für andere Störungsbilder nicht dazu eignen (Ozonoff & Miller, 1995; Rao, Beidel & Murray, 2008), müssen entsprechende Gruppeninterventionen entwickelt werden. Im deutschsprachigen Raum finden sich aktuell nur zwei evaluierte Programme: das KONTAKT-Gruppentraining von Herbrecht et al. (2008) und das KOMPASS-Gruppentraining von Jenny et al. (angenommen). Herbrecht et al. (2008), die angesichts der relativ kleinen Stichprobe und des Pilotcharakters der Studie das Signifikanzniveau auf $p = .10$ (einseitig) bzw. eine mindestens mittlere Effektgröße bei $ES > .25$ ansetzen, finden signifikante Therapieeffekte in 3 der 8 Skalen der Elternangaben ($n = 10-14$, $p = .02-.08$, $ES = .18-.33$) sowie im einen Lehrerfragebogen ($n = 5$, $p = .16$, $ES = .69$).

Das KOMPASS-Training, das auf prozess- und ressourcenorientierte Aspekte fokussiert und auf der Grundlage des Personenzentrierten Ansatzes entwickelt wurde, entstand aus der Auseinandersetzung mit den Autismus-spezifischen Bedürfnissen und dem Versuch zu verstehen, wie Menschen mit ASS die Welt wahrnehmen und erleben. Mitterhuber & Wolschlagler (2001) betonen, dass erst ausreichendes Wissen um eine Störung und deren Entstehungsbedingungen empathisches Mitvollziehen, eine Zugangsweise zu fremden und zunächst unverständlichen Erlebensformen und entsprechend ein Beziehungsangebot ermöglicht („wissendes Verstehen“, S. 149). Das sogenannte KOMPASS-Basistraining umfasst

neben dem Modul Kennenlernen drei weitere Module, deren Relevanz im KOMPASS-Praxishandbuch (Jenny et al. angenommen) begründet werden: Modul 1 ‚Emotionen‘ (s. 3.3), Modul 2 ‚Small Talk‘ (s. 3.4) und Modul 3 ‚Nonverbale Kommunikation‘ mit den Themen Erster Eindruck und höfliches Verhalten, Körperhaltungen und das Nähe-Distanz-Spektrum, Gestik, Mimik und Blickkontakt, Stimme sowie aktives Zuhören. Bei allen Themen wird immer auf die Entwicklung des Perspektivenwechsels und der Empathie geachtet. Im KOMPASS-Fortgeschrittenentraining, das nicht Teil dieses Artikels ist, wird die Entwicklung des Perspektivenwechsels und der Empathie durch die Module ‚Komplexe Kommunikation‘ und ‚Interaktionen & Freundschaft‘ unterstützt. Gelegentlich finden auch Gruppentreffen für Geschwister von Betroffenen statt.

Es wurde bewusst die Form einer Gruppenintervention gewählt, um die soziale Interaktion mit sozial relevanten Partnern zu fördern und die Generalisierung der erlernten Fertigkeiten zu unterstützen, auch wenn dadurch die Bearbeitung individueller und aktueller Erfahrungen in den Hintergrund rückt. Nur in der Gruppe können reale und vielfältige Beziehungserfahrungen gemacht werden, was besonders für autistische Menschen wichtig ist. Zudem gelten Gruppenbehandlungen als effiziente, adäquate und kostengünstige Verfahren, um Kinder mit Schwierigkeiten der sozialen Kompetenzen zu behandeln (Hoag & Burlingame, 1997). Außerdem stellt nach Lietaer & Keil (2002) der Personzentrierte Ansatz in erster Linie einen gruppentherapeutischen Ansatz dar, der auch auf den Sonderfall der Einzeltherapie angewendet werden kann. Die im KOMPASS-Praxishandbuch aufbereiteten Materialien und Übungen können auch in Einzeltherapien, in Kleinstgruppen mit zwei Teilnehmern oder mit Adaptationen auch mit jüngeren Kindern oder Erwachsenen genutzt werden.

Die von den Betroffenen erlebte ‚Andersartigkeit‘ wird respektiert, und sie werden in ihrem ‚Anderssein‘ akzeptiert. Das Gruppentraining soll Menschen mit ASS eine bewusste, kontextabhängige Wahl aus verschiedenen sozialen Verhaltensalternativen ermöglichen, wenn sie sich in der nicht-autistischen Welt bewegen wollen. Rogers (1988) weist darauf hin, dass Menschen, wenn sie entdecken, dass sie etwas können, auch handeln. So werden die Handlungsmöglichkeiten erweitert, was den Betroffenen die Wahl gibt, sich neuen sozialen Erfahrungen zuzuwenden und soziale Situationen erfolgreich zu bewältigen. Gleichzeitig wird das soziale Verständnis durch explizite Informationen gefördert. Die Jugendlichen werden durch das Training für soziale Aspekte des Alltags wacher, wodurch sie mehr relevante Informationen wahrnehmen, welche ihnen das soziale Verstehen erleichtern. Auch das Bewusstsein für die eigenen sozialen Signale, mit denen sie ständig, auch unbeabsichtigt, kommunizieren, wird geweckt. So lernen sie, den Eindruck, den sie bei anderen hinterlassen, bewusster zu steuern und nicht mehr nur Opfer von Fehlinterpretationen auf Grund von ungenauen Signalen zu bleiben. Somit geht es um die Grundlagen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, die sich im Selbstkonzept

niederschlagen. In der Gruppe können sozio-emotionale Grunderfahrungen mit Gleichaltrigen gemacht werden, die viele Jugendliche mit ASS bisher missen mussten und die ihnen bisher auch Angst machten. Die Jugendlichen erleben sich zum ersten Mal nicht als unverstandene Minderheit, sondern sind innerhalb der Gruppe die Norm bildende Mehrheit. Sie erfahren, dass sie mit ihrer sozialen Behinderung nicht alleine dastehen, sondern einer ‚Schicksalsgemeinschaft‘ angehören. In der KOMPASS-Gruppe werden auch die (sozialen) Stärken betont, es wird auf ihnen aufgebaut und sie werden zur Identitätsentwicklung genutzt.

Bei der konzeptuellen Umsetzung gehen wir auf dem Hintergrund der Literaturdurchsicht davon aus, dass soziale Fertigkeiten bewusst gelernt und intellektuell nachvollzogen werden können (z. B. Hadwin, Baron-Cohen, Howlin & Hill, 1996). Zu den Ressourcen gehört der intellektuelle, sachliche Zugang zum Leben, der genutzt wird, um den intuitiven emotionalen Zugang, der schwächer entwickelt ist, zu unterstützen. Da autistische Kinder soziale Regeln nicht intuitiv im Alltag erlernen, werden für sie soziale Fertigkeiten (z. B. das Begrüßen) erst versteh- und somit adäquat anwendbar, wenn die impliziten sozialen Regeln und unausgesprochenen Erwartungen explizit gemacht werden. Das explizite Lernen von sozialen Verhaltensweisen soll, auf einfachen Fertigkeiten aufbauend, auch komplexere Fertigkeiten vermitteln (Howlin, Baron-Cohen & Hadwin, 1999). Es geht bewusst nicht darum, den Jugendlichen einfach sozial akzeptables Verhalten anzutrainieren, sondern sie sollen Freude an der Interaktion und dem emotionalen Teilhaben erleben und entwickeln können. Zudem werden ihnen immer wieder die dahinterliegenden Motivationen und Interpretationen vermittelt: Weshalb ist es z. B. nicht-autistischen Menschen so wichtig, dass ihre Kommentare im Gespräch aufgenommen werden und ihnen das Gespräch aktiv mit Rückfragen zurückgegeben wird? Was bedeutet dies für sie?

Um die Verständnisschwierigkeiten von abstrakten sozialen Regeln und Abläufen aufzufangen, werden diese im Sinne von Krasny et al. (2003) konkretisiert und visualisiert. Wo immer möglich wird Abstraktes (z. B. Gesprächsablauf, Wirkung der eigenen Körperhaltung) konkretisiert (z. B. durch eine Gesprächsgrafik mit dem ‚kommunikativen Dreieck‘) und visualisiert (z. B. durch eine Figur, die in gespiegelter Pose vor den Teilnehmer gestellt wird). Die für das autistische Spektrum typischen Stärken wie zum Beispiel das hohe Systematisierungsvermögen werden gezielt genutzt (z. B. Ordnung der verschiedenen Gefühlsqualitäten). Damit die Betroffenen durch Erfolg lernen, zum Transfer in den Alltag motiviert werden, Selbstvertrauen in ihre sozialen Fähigkeiten entwickeln und ihr Selbstwertgefühl aufbauen können, werden bei allen Übungen jeweils gerade so viele Hilfsmittel (z. B. Erinnerungstützen, Coach, Platzhalter) bereitgestellt, dass die Übung für den Betroffenen erfolgreich verläuft und sie ein angenehmes emotionales Erlebnis dabei haben. Konstruktives Feedback fördert das Selbstvertrauen, das zu Beginn auf Grund ständiger sozialer Misserfolgserlebnisse meist sehr tief ist, wie unter anderem die hohe Rate an sekundären

depressiven Erkrankungen zeigt. Da das Lob oder auch die Kritik immer ganz konkret formuliert und begründet wird, bleiben die Jugendlichen nicht in der Abhängigkeit vom Therapeuten, sondern werden in ihrer zunehmend differenzierteren Selbst- und Fremdwahrnehmung unterstützt. Das bei KOMPASS eingesetzte Lob bedeutet nicht, dass der Teilnehmer etwas tut, das dem Therapeuten gefällt, sondern dass er nun spontan oder in einer Übung genau das tut oder zeigt, was er zu lernen wünscht (z. B. Kontaktaufnahme durch Blickkontakt und zugewandte Körperhaltung).

Der Strukturierungsgrad des KOMPASS-Trainings ist hoch, um den Betroffenen durch die Vorhersehbarkeit und expliziten Handlungsanweisungen ein hohes Maß an Sicherheit zu gewährleisten (Krasny et al., 2003). Gleichzeitig muss Spielraum für flexible Anpassungen an aktuelle Bedürfnisse der Gruppe oder Einzelner, die jeweils transparent aufgezeigt und begründet werden, bleiben. Jede der im Training gelernten sozialen Handlungsmöglichkeiten soll Freiraum für individuelle Ausgestaltung und Anpassung bieten und somit auch erst die Generalisierung in den Lebensalltag ermöglichen. Wo immer möglich (z. B. Snack-Pausen) wird das Gelernte beiläufig geübt.

Zusammenfassend geht es darum, die Jugendlichen mit ASS bei der Entwicklung sozio-emotionaler Kompetenzen zu unterstützen, die es ihnen ermöglichen, auf eine ständig sich verändernde soziale Umwelt variable und angemessene Antworten finden zu können, statt zu versuchen, diese Umwelt durch rigide Verhaltensweisen möglichst unverändert zu halten. Das KOMPASS-Training unterstützt die Jugendlichen bei der Individuation und der Sozialisation. Eine ausführliche Darstellung und Begründung des Konzeptes findet sich im KOMPASS-Praxishandbuch von Jenny et al. (angenommen).

3. Vorgehensweise

3.1 Teilnehmer

„Kindergarten: ..., dass die gleichaltrigen Kinder in der Schule um mich herum schon sahen, dass ich irgendwie anders war. Ich selbst merkte nicht bewusst, dass ich mich anders verhielt. Damals hatte ich nie das Gefühl, einsam oder alleine zu sein. ... Primarschule: ... Trotz der Schwierigkeiten nahm ich persönlich nicht wahr, dass ich anders bin. ... Gymnasium: ... Als mir bewusst wurde, dass ich irgendwie anders bin, verstärkten sich meine Unsicherheiten und Fruste, die ich schon immer kannte. Ich fühlte mich unverstanden, glaubte auch, niemand könne mich verstehen. Doch ich verstand auch nicht, was mir eigentlich Schwierigkeiten bereitete. Ich fühlte mich als Schwächling und minderwertig. ... Später wollte ich diese Störung nicht mehr haben und versuchte, ‚so zu sein wie die anderen‘ ...“ (Schneebeli, 2009, 23, 28, 31 und 61)

Das KOMPASS-Sozialtraining richtet sich an Jugendliche im Alter von 12–18 Jahren mit ASS im gut funktionierenden Bereich (Asperger-Syndrom, Atypischer Autismus, High-Functioning-Autismus) aus der Deutschschweiz. Sie müssen über eine Intelligenz mindestens im Bereich der Lernbehinderung (IQ > 70) verfügen. Meistens keimt erst im Jugendalter ein Bewusstsein für das eigene ‚Anderssein‘ auf, was zu einem Leidensdruck, aber auch zu einer Behandlungsmotivation führt.

3.2 Die therapeutische Beziehung

Eine KOMPASS-Gruppe wird jeweils von zwei Therapeuten geleitet, die sowohl Erfahrung mit Gruppentherapien als auch in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen haben. Der Persönlichkeit der Therapeuten kommt eine große Bedeutung zu: Die therapeutische Beziehung ist vor allem zu Beginn der Gruppe die wichtigste Kontakterfahrung für die Teilnehmer. Die Gruppe lebt davon, dass sich jeder Betroffene mit seinen Stärken und Schwächen von den Therapeuten angenommen, wertgeschätzt und respektiert fühlt. Dann können sie sich auch gegenseitig akzeptieren, was die Grundlage für die Entwicklung des Selbstwertgefühls jedes Einzelnen darstellt. Die Therapeuten benötigen ein hohes Maß an Kongruenz (von Zülw, 2009) beziehungsweise Authentizität (Schmid, 2008), die Selbstoffenbarung und persönliche Präsenz (Lietaer, 2001, zit. nach Wakolbinger, 2009) umfasst. Unter personenzentrierter Betrachtungsweise kommt auch in der pädagogischen Beziehung (s. 4) der Authentizität, also der Einheitlichkeit von Erfahrung, Bewusstsein und Kommunikation große Bedeutung zu (Behr, 1987, S. 433). Angesichts der Konkretisierungsschwäche von Menschen mit ASS macht erst das kongruente Sein und Handeln die abstrakte Person des Therapeuten konkret und somit wahrnehm- und erfahrbare. Das Vermitteln konkreter sozialer Interaktionsformen kann nur aus konkreten Beziehungserfahrungen heraus in den Alltag hinein fruchtbar werden.

Ein hoher Grad an Empathiefähigkeit ermöglicht es den Therapeuten, die autistische Welt beziehungsweise den inneren Bezugsrahmen zu entdecken. Es geht um Anerkennung und Wertschätzung des Wirklichkeitserlebens des jeweils anderen (Behr, 2009). Die Betroffenen müssen das Interesse der Therapeuten für den eigenen inneren Bezugsrahmen konkret wahrnehmen, um ihn selbst genauer zu explorieren. Das echte Interesse der Therapeuten an den einzelnen Teilnehmern und deren positives Erleben dieses Interesses führen jeweils dazu, dass die Teilnehmer auch aneinander Interesse entwickeln.

3.3 Durchführung des KOMPASS-Gruppentrainings

Das KOMPASS-Training dauert ca. 25 Sitzungen. Es wird mit dem Modul 1 ‚Emotionen‘ begonnen (6–8 Termine), dann folgt das Modul ‚Small Talk‘ (8–10 Termine), und das Modul ‚Nonverbale Kommunikation‘

bildet den Abschluss (6–8 Termine). Die Gruppe von 8 Jugendlichen trifft sich jeweils wöchentlich während 90 Minuten abends nach der Schule oder Lehre. Der Ablauf des KOMPASS-Gruppentrainings ist stark strukturiert und wird visualisiert. Er beinhaltet ein Begrüßungsritual, eine Befindlichkeitsrunde, die 10–15 Minuten, manchmal auch länger dauert, die Rückgabe der mit einem Kommentar versehenen Trainingsaufgaben der Vorwoche sowie die von den Therapeuten vorbereiteten Übungen, eine viertelstündige Pause mit einem Snack, die Verteilung der Trainingsaufgaben für die folgende Woche, eine erneute Befindlichkeitsrunde und das Abschiedsritual.

Die Beschreibung der sozialen Fertigkeiten und Interaktionsformen sowie das entsprechende Hintergrundwissen werden auf Informationsblättern im KOMPASS-Praxishandbuch zusammengestellt und als Hand-out den Jugendlichen gegeben. Diese dienen auch den Eltern und der Schule als Verständnishilfe, was besprochen und wie umgesetzt und begründet wurde. Der Übungsteil, der im Plenum, in der Halbgruppe oder in Partnerarbeit stattfindet, besteht aus selbst entwickelten Gesellschaftsspielen, Rollenspielen und dem gemeinsamen Ansehen und Besprechen von Videos (der Therapeuten und der Betroffenen) sowie dem Bearbeiten von Arbeitsblättern und (Selbst)Beobachtungsaufgaben als Trainingsaufgaben. Wichtige soziale Verhaltensweisen, die spontan gezeigt werden, werden explizit und anerkennend beachtet. In der Pause besteht Raum, sich über Erlebnisse auszutauschen und eigene Themen oder Fragen einzubringen. Die Snack-Pause, aber auch die Befindlichkeitsrunde sowie die Begrüßung und Verabschiedung oder das Warten vor der Stunde entsprechen natürlichen Gruppensituationen, die zunehmend auch zur freien Interaktion genutzt werden. Die Bearbeitung der Trainingsaufgaben beansprucht 20 Min. pro Woche, unterstützt den Transfer des Gelernten in den Alltag, bezieht manchmal die Mitarbeit der Eltern ein und fördert das innerfamiliäre Verständnis. Anlässlich des ersten Informationsabends für Eltern und Lehrpersonen zu Beginn des Gruppentrainings werden die KOMPASS-Module besprochen und auch wichtige Hintergrundinformationen zu den ASS gegeben. Am zweiten Eltern- beziehungsweise Lehrerabend in der zweiten Trainingshälfte werden gezielt Anliegen der Eltern und Lehrpersonen diskutiert. Zwei freiwillige soziale Anlässe pro Jahr für die aktuellen und ehemaligen KOMPASS-Mitglieder bieten vielfältige Interaktionsmöglichkeiten. Einmal treffen sich nur die ASS-Betroffenen zum Klettern, Minigolfen oder ähnlichen Aktivitäten, und im Spätsommer findet ein Spiel- und Grillnachmittag für alle Familienmitglieder statt. Eine ausführliche Darstellung und Begründung der Vorgehensweise findet sich im KOMPASS-Praxishandbuch von Jenny et al. (angenommen).

3.4 Das KOMPASS-Praxishandbuch

In der KOMPASS-Gruppenbehandlung steht die therapeutische Beziehung und nicht das Praxishandbuch im Zentrum. Wie in jeder Therapie mit autistischen Menschen geht es auch im personzen-

trierten KOMPASS-Gruppentraining darum, das Interesse an sozialen Interaktionen und an Kommunikation zu wecken und diese so zu gestalten, dass sie Freude bereiten. Alle Übungen und Spiele sind letztlich diesem Ziel verpflichtet. Die Therapeuten erhalten im Praxishandbuch das explizite Hintergrundwissen zu ihrem eigenen meist nur implizit vorhandenen sozialen Wissen und Verstehen: Wer weiß schon genau, wie sich Erschrecken und Erstaunen mimisch unterscheidet, wie er Small Talk macht oder einem Gegenüber signalisiert, dass er aufmerksam zuhört. Sich auf die Person und die Gruppe als Ganzes zu konzentrieren, bedeutet, dass jede Sitzung je nach Persönlichkeit und intellektuellem, sozialem und emotionalem Entwicklungsstand der Teilnehmer, je nach Gruppenprozess, aktueller Gruppendynamik und Verlauf der vorhergehenden Sitzungen neu geplant werden muss. Der aktuelle Gruppenprozess oder wichtige Anliegen einzelner Gruppenmitglieder haben immer Vorrang vor den geplanten Lektionen. Personzentriert zu arbeiten bedeutet auch, dass mit jeder Gruppe die anvisierten Ziele in den Bereichen Emotionen, Small Talk und Nonverbale Kommunikation auf etwas anderen Wegen erreicht werden können.

Entsprechend finden sich im KOMPASS-Praxishandbuch nicht fertig geplante Gruppenstunden, sondern lediglich eine thematisch geordnete Sammlung von Materialien, die sich bewährt haben. Zu jedem Modul und Subthema werden alle vorhandenen Materialien nach Informationsblättern, Arbeitsblättern und Beobachtungsprotokollen geordnet sowie Übungen mit einer kurzen Beschreibung und der Auflistung aller benötigter Materialien vorgestellt. Im Anhang finden sich Kopiervorlagen aller 26 Informations-, 29 Arbeitsblätter und 25 Beobachtungsprotokolle, aber auch der meisten Materialien der 95 Übungen und Spiele (z. B. Kärtchen, Bastelanleitungen).

Die Therapeuten sollen auch eigene Übungen und Spiele entwickeln. Daher findet sich ein ausführliches Kapitel mit Überlegungen, wie erfolgreiche therapeutische Interventionen aufgebaut sind. Diese Überlegungen sind didaktischer Natur. Hinter jeder Übung steht die Frage, wie sie aufgebaut sein muss, um dem Kind oder Jugendlichen eine bestimmte Erfahrung zu ermöglichen sowie Interesse und Freude an Interaktion und Kommunikation zu wecken.

3.5 Beispiel-Modul ‚Emotionen‘: Aufteilen einer zu erlernenden sozialen Kompetenz in verschiedene Aspekte

„Ich denke, dass das Erkennen von Gefühlen, Absichten, Meinungen, Wünschen, Unausgesprochenem für mich das grösste Problem ist.“ (Schneebeli, 2009, S. 46)

„Das sich ... Hineinversetzen können ... in meine Gefühle ..., ist das Schwierigste für mich und löst bei mir Verwirrung, Irritation und ein Gefühl von Versagen und Schwäche aus. ... Ich kann meine Gefühle nicht einordnen.“ (Schneebeli, 2009, S. 46f)

„Ich konnte mal wieder einmal nicht die emotionalen Freuden mit den anderen teilen.“ (Schneebeli, 2009, S. 48)

Menschen mit ASS weisen ein Defizit im Bereich der Emotionswahrnehmung und im emotionalen Ausdruck auf (Ben Shalom, Mostofsky, Hazlett et al., 2006). Die Auswirkungen einer solchen tiefgreifenden Wahrnehmungsstörung auf das Alltagsleben sind beträchtlich. Diese Schwäche steht unter anderem in Zusammenhang mit der bei Menschen mit ASS beobachteten Schwäche der Theory-of-Mind (Golan & Baron-Cohen, 2006) und dem am Detail orientierten Wahrnehmungsverarbeitungsstil, wie es das Konzept der schwachen zentralen Kohärenz postuliert (Happé & Frith, 2006). Basierend auf dem Befund, dass durch gezieltes Training die Emotionswahrnehmung und -erkennung auf kognitivem Wege gelernt werden kann (Solomon et al., 2004), wurde das Modul ‚Emotionen‘ entwickelt. Der Erwerb der Schlüsselfertigkeiten soll den Jugendlichen die Möglichkeit geben, immer mehr emotionale Erfahrungen zu erleben, sich bewusst zu machen und in ihr Selbstkonzept zu integrieren.

Das Benennen der erlebten und wahrgenommenen Gefühle wird erweitert. Um in einen Referenzprozess zum eigenen emotionalen Erleben einzutreten, erhalten alle Teilnehmer einen Stimmungszeiger, wie er bereits früher für eine personenzentrierte Gruppentherapie für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens entwickelt wurde (Jenny et al., 2006; Jenny & Käppler, 2008). Auch das Erkennen der mimisch-gestischen Darstellung von Gefühlen wird besprochen. Menschen mit ASS erkennen einfache Grundemotionen (z. B. Freude) besser als komplexe (z. B. Schadenfreude) sowie situationsbezogene (z. B. Angst) besser als auf Überzeugungen basierende (z. B. Erstaunen). Hand in Hand damit wird das eigene mimisch-gestische und stimmliche Darstellen von Gefühlen geübt. Die mangelnde nonverbale Kommunikation, im Besonderen auch der wenig variationsreiche mimische Ausdruck zählt zu den Kernsymptomen der ASS. Aufgrund ungenauer oder sogar falscher nonverbaler Signale erleben Menschen mit ASS im Alltag immer wieder Unverständnis ihrem emotionalen Befinden gegenüber und Missverständnisse durch Fehlinterpretationen ihrer emotionalen Reaktionen. Auch das Verstehen kontextabhängiger emotionaler und mentaler Zustände ist beeinträchtigt (Golan & Baron Cohen, 2010). Es ist wichtig, zwischen konventionellen und persönlichen Verbindungen von Situationen und Emotionen zu unterscheiden. Bestimmte Situationen rufen bei Menschen mit ASS andere Gefühle hervor als bei Menschen ohne ASS, was immer wieder zu Unverständnis oder sogar Konflikten führt. Das Lernen der konventionellen Gefühlsreaktionen auf bestimmte Situationen erleichtert die Interpretation von sozio-emotionalem Geschehen. Zudem wird den Jugendlichen bewusst, dass ihre eigene emotionale Reaktion gegebenenfalls erklärungsbedürftig ist. Schließlich wird auch besprochen, wie man reagieren kann, wenn man ein Gefühl beim Gegenüber wahrnimmt. Menschen erwarten oft eine Reaktion ihrer Mitmenschen auf Gefühlsausdrücke (z. B. geteilte Freude bei Stolz). Wenn diese nicht erfolgt, wird das Gegenüber als gefühllos, uninteressiert oder unsympathisch erlebt. Da das Reagieren auf Gefühle anderer im Grunde ein sehr komplexes Geschehen ist, wurde ein einfaches Reaktionsschema

zusammengestellt, welches als Grundlage dient und dann variiert werden kann: Es umfasst u. a. das Zusammenfassen des beim Gegenüber erlebten Gefühls, damit dieser sich entweder verstanden fühlt oder korrigierend erläutern kann, und aktives Zuhören.

3.6 Beispiel-Modul ‚Small Talk‘: Aufteilen einer zu erlernenden sozialen Kompetenz in einzelne Schritte und Zusammenfügen zu einem gesamten Ablauf

„Smalltalk fällt mir schwer... Wie man wo, wann, mit wem und wie grüsst, spricht oder erzählt, muss ich lernen wie Vokabeln einer Fremdsprache.“ (Schneebeil, 2009, S. 42 und 51)

„Ich realisierte nicht, ... dass diese ‚unwichtigen‘ Dinge Teil des Smalltalks waren. Warum gehört denn ‚Duschen‘ nicht zu den Smalltalk-Themen?“ (Schneebeil, 2009, S. 42)

„Eine Schulkollegin hat Geburtstag. Alle umarmen sie. Ich stehe da und gebe ihr die Hand. Ich verstehe die Situation nicht, bin unsicher.“ (Schneebeil, 2009, S. 51)

Ein autistisches Kernsymptom ist das Fehlen von wechselseitiger Kommunikation und der geringe Einsatz von Kommunikation zur sozialen Regulation (z. B. soziales Plaudern). Bei Menschen mit ASS läuft die Kommunikation einseitig ab, da sie kaum auf die Bedürfnisse und Interessen ihres Gegenübers eingehen, sondern mehrheitlich auf sich selbst fokussiert sind (Colle, Baron-Cohen, Wheelwright & van der Lely, 2007). Manchmal reagieren sie nicht auf Fragen (Jones & Schwartz, 2009), stellen keine Fragen und halten den gleichsam implizit vereinbarten, erwarteten Ablauf eines Gesprächs nicht ein. Kinder mit ASS machen weniger Kommentare und geben das Gespräch häufig nicht an den Interaktionspartner zurück (Jones & Schwartz, 2009). Kommentieren stellt eine wesentliche soziale Fertigkeit zum Aufbau von anhaltendem Kontakt dar: Diese persönlichen Zusatzbemerkungen eröffnen die Möglichkeit, dass die Interaktion fortgesetzt wird, da der Gesprächspartner daran anknüpfen kann. Kommentieren und Fortsetzungsfragen stehen entsprechend als Teil des sogenannten ‚kommunikativen Dreiecks‘ im Zentrum des Moduls ‚Small Talk‘. Die Folgen dieser sozial-kommunikativen Schwäche für das soziale Leben sind bedeutsam: Menschen mit fehlenden kommunikativen Fertigkeiten werden oft ausgeschlossen, da sie keine emotional lohnenden Interaktionspartner darstellen, und trotz ihrer guten Intelligenz kann ihnen der Aufbau befriedigender sozialer Beziehungen und eine angemessene berufliche Laufbahn verwehrt bleiben (Krasny et al., 2003).

Mit den Teilnehmern wird mittels Diskussionen und Eltern-Interviews entwickelt, was Small Talk ist und wozu er dient. Wichtig ist auch die Wahrnehmung der Signale, dass ein Gegenüber Kontakt aufnehmen und Small Talk machen möchte. Da viele Menschen mit ASS nicht wissen, worüber man sprechen könnte, wird viel Wert darauf gelegt, mit den Jugendlichen mittels Beobachtungsübungen Themenlisten zu erarbeiten.



Abbildung 1: Modul ‚Small Talk‘: Gesprächsgrafik

Es wird ein Standard-Ablauf für Small Talk im Sinne eines Rezeptes vermittelt, welches sicher funktioniert und nach einer gewissen Übungszeit auch variiert werden kann. Er stellt auch die Grundlage für persönlichere und komplexere Gespräche dar. Jeder Teilschritt (s. Abb. 1) wird nun in Rollen- und Gesellschaftsspielen einzeln geübt und jeweils mit dem vorhergehenden und nachfolgenden Schritt verknüpft. Bei der Begrüßung, die für viele autistische Menschen eine Quelle von Missverständnissen darstellt, wird erarbeitet, dass diese je nach Beziehung unterschiedlich verläuft. Der Einleitungssatz stellt eine kurze Bemerkung oder Frage dar, auf welche das Gegenüber mit einem Antwortsatz eingehen kann (z. B. „Schön, dass bald Ferien anfangen.“). Es wird viel Wert darauf gelegt, dass der Antwortsatz nicht zu kurz gerät, da dies unhöflich wirken würde (z. B. „Ja, ich freue mich bereits.“). Ganz wichtig ist nun, dass dem Antwortsatz ein Kommentar von zwei bis drei Sätzen angefügt wird (z. B. „Wir fahren in die Bretagne. Dort war ich noch nie. Es soll da tolle Badebuchten geben.“). Das ‚kommunikative Dreieck‘, wie wir es nennen, wird durch die Fortsetzungsfrage (z. B. „Haben Sie auch Ferienpläne?“). abgeschlossen und gleichzeitig erneut in Gang gesetzt, indem nun dem Gegenüber die Chance gegeben wird, sich zu äußern. Die wesentliche Überlegung im Gespräch soll sein, dass das Gegenüber das Thema vermutlich angeschnitten hat, weil es sich selbst dazu äußern möchte. Das kommunikative Dreieck fördert oder erzwingt wechselseitige Kommunikation, eines der Kerndefizite von Menschen mit ASS. Das Ende des Small Talks wird durch einen Abschlusssatz begründet (z. B. „So, ich muss weiter.“), da plötzliche Gesprächsabbrüche unfreundlich wirken und das Gegenüber verunsichert zurücklassen. Den gesamten Ablauf des Small Talks zusammenzufügen, können die Jugendlichen zuerst spielerisch miteinander üben. Dann folgen Übungen mit Erwachsenen mit Videofeedback und Gespräche mit Eltern, Bekannten, Lehrperson und Gleichaltrigen.

4. Beziehung und Erleben als personzentrierte Basis des KOMPASS-Programms

„Diese Therapie hat mir geholfen. Hier übte und lernte ich genau das, was mir im Alltag so viele Schwierigkeiten bereitete. ... Diese [Beispiele] zeigen, mit welchen (für den Nichtbetroffenen meist selbstverständlichen) Situationen wir uns beschäftigt haben. Ich kann jetzt vielleicht etwas mutiger sein, weil ich nun gewisse Abläufe in Gesprächen besser verstehe.“ (Schneebeli, 2009, S. 68f)

Die KOMPASS-Gruppenbehandlung wurde aus einem humanistischen Menschenbild und einer personzentrierten Haltung heraus entwickelt und aus personzentrierten Grundlagen hergeleitet. Die praktische Vorgehensweise bedarf aufgrund des Störungsbildes einiger Anpassungen. Es kann an dieser Stelle nicht darum gehen, umfassend aufzuzeigen, wie sich die ASS im personzentrierten Störungsmodell konzeptualisieren lassen. Dafür sei auf das Modell von Zülows (2009) verwiesen, das ASS und das personzentrierte Entwicklungsmodell verbindet. Sie schreibt, Kinder mit ASS „haben aufgrund neurobiologischer und psychologischer Besonderheiten einen Mangel an unmittelbarem Kontakt- und Selbsterleben und entsprechend ... ein strukturelles Entwicklungsdefizit des präverbalen Selbst. Dieses Entwicklungsdefizit kann man im personzentrierten Begriffssystem nicht als Inkongruenzen bezeichnen, sondern es bedeutet, dass Kinder mit Asperger-Syndrom über ein weniger deutliches oder differenziertes organismisches Selbsterleben verfügen“ (S. 300f).

Der Personzentrierte Ansatz stellt durch die zentrale Stellung von Beziehung und Kommunikation ein in hohem Masse geeignetes Behandlungskonzept für Menschen mit autistischen Interaktions- und Kommunikationsproblemen dar. „Die personzentrierte Haltung ist primär eine Art und Weise des Seins, die ihren Ausdruck findet in Einstellungen und Verhaltensweisen, die wachstumsförderndes Klima schaffen. Sie ist mehr eine basale Philosophie als nur eine Technik oder eine Methode.“ (Rogers, 1982, zit. nach Korunka, 1992, S. 71). Stumm & Keil (2002) halten fest, dass sich die konzeptuelle Zugehörigkeit einer therapeutischen Vorgehensweise in der Beibehaltung bestimmter Grundannahmen (Aktualisierungstendenz, durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz geprägtes Beziehungsangebot des Therapeuten, Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des Klienten) zeige, die sie eindeutig von anderen psychotherapeutischen Therapietheorien unterscheidbar mache. Die professionelle Kompetenz, Methoden und Techniken gehen beim personzentrierten Therapieansatz aus der personzentrierten Haltung hervor (Stumm et al., 2002). Auch bei autistischen Menschen muss das therapeutische Angebot im Sinne der Grundhaltungen „in Entsprechung zu den Wahrnehmungsmöglichkeiten und zum Kontaktverhalten der Klienten umgesetzt werden“. (Mitterhuber & Wolschlagler, 2001, S. 149). Der Therapeut muss sich immer

die Frage stellen, worauf sich die Empathie zu richten hat, was ein Verständnis für die autistische Wahrnehmungswelt bedingt.

Im Sinne von Högers Abstraktionsmodell (1989, zit. nach Stumm et al., 2002) wurde bei der Entwicklung des KOMPASS-Praxishandbuchs versucht, die spezifischen Interventionsformen (z. B. Übungen) aus der personenzentrierten therapeutischen Grundhaltung der Autoren und aus den übergreifenden Merkmalen des Beziehungsangebots (Kongruenz, bedingungsfreie Wertschätzung, Empathie) abzuleiten und an die konkrete Situation der Jugendlichen mit ASS anzupassen, um die Selbstexploration und letztlich Selbstempathie zu fördern (Stumm et al., 2002). Auch die konkreten therapeutischen Verhaltensweisen der Autorin und ihrer Mit-Therapeuten innerhalb der Gruppensitzung (z. B. Diskussion, Rollenspiel) entspringen diesem Denken und lassen sich auf die darunterliegenden Abstraktionsebenen zurückführen. Die Umsetzung gelingt mal besser und mal weniger gut, was v. a. auch durch die Reaktion der Jugendlichen deutlich wird. Ob und wie andere Therapeuten, die sich vom KOMPASS-Praxishandbuch anregen lassen werden, die personenzentrierte Haltung in der direkten therapeutischen Begegnung leben werden, muss natürlich offen bleiben.

Das KOMPASS-Sozialtraining als beziehungs- und erlebensorientierte Gruppenintervention steht auf der Basis der personenzentrierten Therapie, wie sie für die Kindertherapie (Weinberger, 2001; Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper & Monden-Engelhardt, 2002; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009a) weiterentwickelt und auf das Gruppensetting übertragen wurde (Jenny et al., 2006). Das KOMPASS-Training steht in der integrativen Tradition der personenzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen, wie sie auch Behr, Hölldampf & Hüsson (2009b) unterstützen. Die Frage nach dem „definable climate of facilitative psychological attitudes“ (Rogers, 1961) muss aber reflektiert werden. Langjährige eigene klinische Erfahrung wie auch die Literatur (z. B. von Zülow, 2009; Krasny et al., 2003) zeigen, dass eine hilfreiche psychologische Haltung bei autistischen Menschen klarer strukturiert, weniger gesprächsorientiert und konkreter erfolgen muss, als dies bei anderen Klientengruppen notwendig ist. Eine auf die autistische Person zentrierte Therapie muss auch dessen Anliegen ernst nehmen, seine Entwicklungsdefizite kompensieren zu wollen. Eine nachhaltige Möglichkeit, die den Klienten auch bald befähigt, neue soziale Erfahrungen zu machen, besteht darin, ihn die impliziten Informationen über die nicht-autistische soziale Welt, in welcher er leben muss und oft auch leben möchte, zum Beispiel durch Fragen oder Beobachtungsübungen angeleitet, entdecken zu helfen und ihm dann zur Verfügung zu stellen. Das therapeutische Vorgehen wird entsprechend durch konkrete Informationsvermittlung und handlungsorientierte Übungen ergänzt. Die Gruppenform von KOMPASS mit der Bedeutung des Gegenwärtigen (Hier und Jetzt) eignet sich besonders für Jugendliche mit ASS, die sich auf Grund der Konkretisierungsschwäche sowohl mit Vergangenen und Erlebtem als auch mit Zukünftigem und Vorgestelltem schwer tun. Gemäß Lietaer &

Keil (2002) stellt gerade das Feedback durch Gruppenmitglieder im Vergleich zum Explorieren von vergangenen Lebenserfahrungen eine gute Möglichkeit dar, um rigide zwischenmenschliche Muster zu durchbrechen, wie sie Teil der autistischen Kontaktgestaltung sind.

Neue und alternative Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen verringern das Inkongruenzerleben oder lösen es auf (Speierer, 1992). Das KOMPASS-Training möchte nicht nur die therapeutische Beziehung als Beziehungserfahrung nutzen, sondern den Betroffenen neue Beziehungen in ihrem Lebensumfeld ermöglichen. Die Behandlung baut somit auf dem intensiven therapeutischen Kontakt, aber auch auf den Kontakterfahrungen zwischen den Betroffenen auf und vermittelt die Voraussetzungen für erfolgreiche Sozialkontakte außerhalb des geschützten Rahmens der KOMPASS-Gruppe. Um das Inkongruenzerleben zu mildern, lernen die Teilnehmer sich selbst mit ihren Stärken und Schwächen, die wertschätzend beachtet werden, aber auch sich selbst in den Augen anderer (Fremdwahrnehmung) kennen. Erst durch das Verständnis für die impliziten sozialen Gepflogenheiten und möglichen Differenzen zum eigenen Sozialverhalten wird das Verstehen der Fremdwahrnehmung konkret genug, um sie auch mitzugestalten.

Im KOMPASS-Training wird die Selbstregulationsfähigkeit des Klienten genutzt. Kinder und Jugendliche mit ASS sollen sich bestimmte sozio-emotionale Werkzeuge wie zum Beispiel die Fähigkeit, emotionale Prozesse bei sich und anderen differenziert benennen und wahrnehmen zu können, aneignen und soziale Prozesse besser verstehen dürfen, um der Selbstregulation, die durch rigide Verhaltensweisen gebremst oder blockiert ist, Raum geben zu können. Das KOMPASS-Training vermittelt diese Werkzeuge und erweitert das soziale Verständnis. Auch die Ressourcenorientierung ist personenzentriert. „Nicht in den Defiziten liegt das Potential zu Veränderung, sondern in den Ressourcen“ (Pörtner, 2002, S. 518), die aufgespürt, gefördert und genutzt werden sollen. Bei autistischen Kindern ist das intuitive, beiläufige soziale und emotionale Lernen weniger differenziert entwickelt und stellt nicht den primären Zugang zum Verstehen der Welt dar. Daher wird ihre Stärke, der sachliche, rationale, konkrete Zugang genutzt, wozu KOMPASS viele Umsetzungsideen bietet. Was Pörtner (2002) für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen schreibt, gilt auch in der Arbeit mit Menschen mit ASS: Das durch das Erleben von Misserfolg, Unvermögen, Unverständnis, Missverständnissen und Ohnmacht geprägte Selbstkonzept kann durch neue Erfahrungen von Kompetenz, Handlungsfähigkeit, Verstehen und Verstandenwerden erweitert und verändert werden.

Das Ziel von Personenzentrierter Psychotherapie besteht darin, Inkongruenzen zu vermindern und neue Erfahrungen ins Selbstkonzept zu integrieren. Nach von Zülow (2009) wird in der Kinderpsychotherapie eine Veränderung der Selbststruktur angestrebt, indem eine Entwicklung im Hinblick auf mehr Vollständigkeit und Realitätsangemessenheit stattfindet, das Selbstwörterleben stabilisiert wird und die mit der jeweiligen Problematik einhergehenden

Inkongruenzen zwischen Selbstbild und organismischem Erleben aufgelöst werden sollen. Zwar werden in der KOMPASS-Gruppe neue Erfahrungen gemacht und ermöglicht, doch steht die Bearbeitung der individuellen Inkongruenzen nicht im Vordergrund. Von Zülow (2009) fordert eine Therapie zur Förderung der präverbalen Selbststrukturen und der sozio-emotionalen Basiskompetenzen zur Ermöglichung von erfolgreichen Sozialkontakten und zur Auflösung von Inkongruenzen. An diesem Punkt setzt das KOMPASS-Gruppentraining an: Es vermittelt die sozio-emotionalen und kommunikativen Basiskompetenzen, um das organismische Selbsterleben verbal differenziert symbolisieren zu können. Das personzentrierte Konzept des (inneren) Bezugsrahmens symbolisiert die autistische Grunderfahrung des Anders-Seins. In der KOMPASS-Gruppe lernen die Betroffenen sowohl den eigenen inneren Bezugsrahmen als auch den kollektiven nicht-autistischen Bezugsrahmen kennen, was sonst nicht die Aufgabe von Therapie darstellt. Der Betroffene und der Therapeut erklären einander durch explizite Hinweise, wie der eigene Bezugsrahmen aussieht, wie er sich anfühlt, welche Werte gelten und wie man sich darin bewegt.

Hinter KOMPASS stehen ein humanistisches Menschenbild und ein personzentriertes Verständnis von menschlicher Veränderung in der Interaktion. Es folgt nicht einem verhaltenstherapeutischen Ansatz, und es steht nicht nur ein sozial erwünschtes Verhalten im Zentrum, sondern KOMPASS will zusätzlich Horizonte öffnen und Empathie dafür fördern, was die soziale Umwelt von Menschen mit ASS implizit in unterschiedlichen relevanten Lebensbereichen erwartet, z. B. wechselseitige soziale Kommunikation statt sachbezogenes Monologisieren. Die Jugendlichen sollen sich selbst in Relation zur sozialen Umwelt besser verstehen lernen. Es geht auch um das Verständnis dafür, weshalb bestimmte Verhaltensweisen für Nicht-Betroffene so wichtig sind (z. B. Begrüßung als Zeichen, wahrgenommen zu werden, oder Mimik als Hinweis auf die Gefühls- und Gedankenwelt). Wichtig ist außerdem das Verständnis, in welchen Bereichen und wie die Betroffenen diese Erwartungen nicht erfüllen und daher zum Beispiel am Gegenüber uninteressiert wirken. KOMPASS bietet auch die Gelegenheit, in geschütztem Rahmen und unter wertschätzender Anleitung das erwartete Verhalten zu üben. Das Verstehen einiger Quellen für Missverständnisse und für das gegenseitige Unbehagen bis zum eigenen Leiden am Anderssein sowie das Beherrschen der erwarteten Verhaltensweisen sind die Voraussetzung für die Wahlfreiheit im Verhalten. Das Gruppentraining soll ihnen eine bewusste, kontextabhängige Wahl aus verschiedenen sozialen Verhaltens- und Kontaktalternativen ermöglichen: Die Jugendlichen sollen lernen, zu wählen, wann sie anderen Menschen wie begegnen und welchen Eindruck sie beim Gegenüber hinterlassen möchten, da dies die Entwicklung dieses Kontaktes beeinflusst. Im Verlauf entwickeln die meisten Teilnehmer ein Sensorium dafür, wie sie ihr eigenes Befinden sowie Situationen und Kontakte dahingehend einschätzen können, ob sie sich gemäß den sozialen Erwartungen verhalten möchten oder nicht. Die Gruppe stellt das

erste Übungsfeld dar, in dem zwei wichtige Beziehungsformen mit bestimmten Rollenerwartungen repräsentiert sind.

Vorrang vor pädagogischen Zielen hat ganz im Sinne Behrs (1989) immer die Beziehungsklärung und -verbesserung. Wann immer im Gruppenverlauf Fragen auftauchen, die die Beziehungsgestaltung der Teilnehmer untereinander oder zu den Therapeuten betreffen, werden diese angesprochen. Meistens geschieht dies im Plenum, manchmal aber auch nur unter den Betroffenen. Die Übungen und Informationen über das implizite soziale Wissen sind nur dann hilfreich und der sozialen und kommunikativen Entwicklung des Betroffenen nachhaltig förderlich, wenn sie in die therapeutische Beziehung und das reale Gruppengeschehen eingebettet sind. Das KOMPASS-Praxishandbuch (s. 3.4) stellt eine Sammlung von Hintergrundinformationen, Materialien und Übungen bereit, die im Rahmen einer personzentrierten Gruppen- oder auch Einzelbehandlung eingesetzt werden können. Das spontane Gruppengeschehen mit den wechselseitigen Beziehungen wird immer beachtet, und die Gruppe wird auch für korrigierende Beziehungserfahrungen genutzt (Haar, Zauner & Zech, 1979). In den edukativen Phasen, also den Lektionen, werden spezifische Interventionen eingesetzt, um spezifische Erfahrungen und Entwicklungen zu ermöglichen.

4.1 KOMPASS und der personzentrierte Lernansatz

Das KOMPASS-Gruppentraining umfasst mit dem psychotherapeutischen auch einen pädagogischen Anteil, der für die Strukturierung von Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten (Specht, 1993) verantwortlich ist. Der personzentrierte Lernansatz (Rogers, 1988) stellt dabei einen hilfreichen Hintergrund dar: Signifikantes Lernen verbindet kognitives Lernen, Erfahrungen und Emotionalität (Behr, 1987). Die in der KOMPASS-Gruppe vermittelten Fertigkeiten und gelebten Interaktionsformen sind für die Teilnehmer hoch bedeutsam, werden im Handeln erlebt und erlernt, fördern in hohem Maße ihre soziale Unabhängigkeit und führen zu Verhaltensveränderungen, die sich in vielen Lebensbereichen ausdrücken. Die Forderung Rogers' (1988), dass Kompetenzen gelehrt werden sollen, die flexibles Reagieren auf eine sich verändernde Umwelt erlauben, wird erfüllt. Dies ist für autistische Menschen existenziell: Die soziale Umwelt besteht nur aus Veränderung. KOMPASS stärkt die Handlungsfähigkeit der Jugendlichen, die Behr (1989) als Intention personzentrierter Pädagogik betrachtet. Als Gruppenbehandlung ist KOMPASS aber nicht im klassischen Sinne nicht-direktiv, sondern die Grundlagen für neue Erfahrungen werden gezielt an die Jugendlichen herangetragen und, auch wenn die Teilnahme an allen Aktivitäten immer freiwillig ist, so entsteht doch bald eine implizite Gruppennorm, die aktive Teilnahme begünstigt. Die Jugendlichen eignen sich Wissen und Können an, das ihnen direkt für ihre Beziehungsgestaltung innerhalb der Gruppe zur Verfügung steht. Der Personzentrierte Ansatz in der Pädagogik prägt v. a. auch die Auffassung der Beziehung zwischen Lehrendem und Lernendem, in der der Lehrende immer

auch vom Lernenden lernt. Pädagogischer Erfolg wird durch die Qualität dieser Beziehung beeinflusst, die sich durch das Ausmaß an Kongruenz, Wertschätzung und Empathie definiert, das der Lehrende verwirklichen kann (Behr, 1987; Cornelius-White, 2007). In der personenzentrierten Pädagogik nimmt die Empathie im therapeutischen Handeln eine weniger zentrale Stellung als in der Therapie ein, sondern im Vordergrund steht der Beziehungsaspekt eines einfühlenden Lehrenden, bei dem sich der Lernende verstanden und darum in seinem So-Sein akzeptiert fühlt (Behr, 1987).

In der personenzentrierten Therapie ist der Klient der Experte für sein Leben, der Therapeut der Experte für den Veränderungsprozess. Auch Menschen mit ASS sind die Experten für ihre autistische Welt, doch die Therapeuten sind nicht nur die Prozessexperten, sondern auch die Experten der sozio-emotionalen, kommunikativen und sozial-konventionellen Interaktionsformen, welche die Gruppenteilnehmer erlernen möchten. Sie kennen die sozialen Codes, die für das Bestehen innerhalb einer sozialen Gemeinschaft und der vorgegebenen Gesellschaft günstig oder sogar notwendig sind. Autistische Jugendliche wünschen meist konkrete Hilfestellungen zur Entwicklung sozialer Kompetenzen, damit sie über Wahlmöglichkeiten zwischen Verhaltensweisen und Begegnungsmodi verfügen, die sie so einsetzen können, wie es zu ihnen und ihrer Lebenssituation passt. So wie dies auch personenzentriert arbeitende Pädagogen tun (Behr, 1989), muss das Expertentum und dessen Grenzen offengelegt werden. Der Kompetenzunterschied, der akzeptiert wird und für die Beziehung unerheblich ist, steht nicht im Widerspruch dazu, dass sich jeweils zwei gleiche gültige Wirklichkeiten berühren (Behr, 1987).

Zusammenfassend ist die KOMPASS-Gruppenbehandlung als Gruppentraining auf personenzentrierter Basis dem Personenzentrierten Ansatz zuzurechnen.

5. Evaluation

5.1 Stichprobe

Die bisherigen Ergebnisse der **Interventionsgruppe** beziehen sich auf 24 Jungen und 4 Mädchen aus 4 KOMPASS-Gruppen mit einem Durchschnittsalter von 14,2 Jahren (11,6–17,4 Jahre). Die Teilnehmer verfügen über eine Intelligenz, die von der Lernbehinderung bis zur überdurchschnittlichen Intelligenz reicht (IQ = 72–145) und im Schnitt IQ = 104 beträgt. Die meisten Jugendlichen haben die Diagnose Asperger-Syndrom (71%), ein Viertel Atypischen Autismus (25%) und einer Frühkindlichen Autismus im Sinne eines High-Functioning-Autismus. Die autistische Symptomatik ist stark ausgeprägt wie der FSK ($n=25$, $M=20.3$, $SD=6.2 > \text{cut-off}=15$) und der ASSF ($n=22$, $M=26.7$, $SD=9.7 > \text{cut-off}=17$) zeigen. Zwei Drittel der Betroffenen (68%) weisen zudem mindestens eine Komorbidität auf. Im Zusammenhang mit den Komorbiditäten wurde gut ein Drittel der Probanden (36%) bereits vor dem Gruppentraining

medikamentös behandelt, was während der Intervention unverändert beibehalten wurde. Ansonsten erhielt kein Teilnehmer gleichzeitig eine andere Therapie. Nur ein Viertel der Teilnehmer wird in einer Regelklasse der Volksschule oder einer Privatschule (25%) unterrichtet, mehr als die Hälfte besucht eine Kleinklasse in einer Sonder- oder Privatschule (61%) und ein kleiner Teil besucht eine weiterführende Schule wie das 10. Schuljahr oder das Gymnasium (11%). Die Stichprobendaten der **Warte-Kontrollgruppe**, die 17 Jungen und 2 Mädchen umfasst und mehrheitlich aus Warte-Probanden besteht, unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen der Interventionsgruppe (Jenny & Schär, eingereicht).

5.2 Material

Folgende diagnostische Instrumente wurden verwendet: Die *Marburger Beurteilungsskala zum Asperger Syndrom (MBAS)* von Kamp-Becker & Remschmidt (2006) wird seit 2006 von den Eltern ausgefüllt. Seit 2007 füllen Eltern und Lehrpersonen die *Skala zur Erfassung Sozialer Reaktivität (SRS)* (Bölte & Poustka, 2007) aus. Der *Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG)* (Bölte, 2005a) wird von Eltern, Lehrpersonen und Therapeuten genutzt. Im Weiteren werden noch die folgenden, hier nicht referierten Fragebögen eingesetzt: *Checkliste zur Beurteilung von Gruppenfertigkeiten (CBG)* (Bölte, 2005b), *Child Behavior Checklist (CBCL)* bzw. *Teacher's Report Form (TRF)*, Arbeitsgruppe ‚Deutsche Child Behavior Checklist‘, 1998 bzw. 1993), *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)* (Mattejat & Remschmidt, 1999).

5.3 Versuchsablauf

Das KOMPASS-Gruppentraining wird seit 2005 mit einer Verlaufsuntersuchung über drei Messzeitpunkte evaluiert und mit einer Warte-Kontrollgruppe verglichen. Die Erhebung findet vor (Prä) und nach dem Gruppentraining (Post) wie auch 10–12 Monate nach Gruppentrainingsende (Katamnese) statt. Die Warte-Kontrollgruppe wird jeweils 5–6 Monate im Voraus zusammengestellt und besteht mehrheitlich aus späteren Gruppenmitgliedern und zum kleinsten Teil aus Kandidaten, die aus verschiedenen Gründen (z. B. unpassender Wochentag des Trainings, Anreise, überzählig) dann doch nicht mit KOMPASS behandelt wurden. Es ist zu beachten, dass zu Beginn des Projektes noch nicht alle Verfahren zur Verfügung standen, was die Stichprobengröße pro Verfahren stark schwanken lässt.

5.4 Vorläufige Ergebnisse

Die Prüfung der Testwerte auf Normalverteilung in der Grundpopulation mittels Komogorov-Smirnov Goodness of Fit-Test lässt normal verteilte Daten vermuten, was aber aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden konnte. Daher werden in der Datenanalyse die Mittelwerte der

jeweiligen Stichproben vor und nach der Intervention nicht-parametrisch mittels WILCOXON-Test verglichen und auf Signifikanz geprüft. Zudem werden die dazugehörigen Effektstärken (Cohen's d) berechnet und Warte-Kontroll- und Interventionsgruppe mittels T-Tests für unabhängige Stichproben verglichen.

An dieser Stelle werden nur einige Ergebnisse der Eltern und Lehrpersonen geschildert; eine ausführliche Darstellung unter anderem auch der signifikanten Veränderungen in der CBCL beziehungsweise TRF und bei den Therapeutenangaben im FEG und CBG sowie die hohe Therapiezufriedenheit gemessen im FBB findet sich in Jenny & Schär (eingereicht).

Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG):

Eltern (n=21) und, wenn auch etwas weniger deutlich, Lehrpersonen (n=20) beobachten eine klare Zunahme der sozialen Kompetenzen bei den jugendlichen KOMPASS-Teilnehmern, die sich jeweils auch in den meist zufriedenstellenden Effektstärken zeigen lässt. Die Eltern beschreiben im Gesamtwert (p=.01, ES=.66) eine signifikante Verbesserung der sozialen Fertigkeiten (s. Abbildung 2), die sich am deutlichsten im Bereich Interaktion (p=.01, d=.61), aber auch bei den kommunikativen Fertigkeiten (p=.03, ES=.53) zeigt. Die Zunahme der Fertigkeiten der Perspektivenübernahme (p=.03, ES=.67), die nicht spezifisch geübt wurden, stellt eine Generalisierung dar. Lehrpersonen schätzen die sozialen Kompetenzen bereits vor dem Training höher als die Eltern ein (s. Abbildung 2) und geben einen signifikanten Zuwachs im Gesamtwert (p=.03, d=.61) und im Bereich Kommunikation (p=.02, ES=.62) an. Die beiden anderen Bereiche (Interaktion ES=.06, d=.51; Perspektivenwechsel p=.09, ES=.56) sind nur einseitig signifikant und weisen mäßige Effektstärken auf.

Im Vergleich dazu zeigen sich in der Warte-Kontrollgruppe (n=16) keine signifikanten Veränderungen im Gesamtwert (p=.11, ES=.41) oder in einem der Teilbereiche (p=.07-.43, ES=.36-38).

Bereits bei T1 weist die Warte-Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe signifikant geringere soziale Kompetenzen auf (p.04), doch der Unterschied vergrößert sich im Verlauf der Therapie auf ein höheres Signifikanzniveau (p.004).

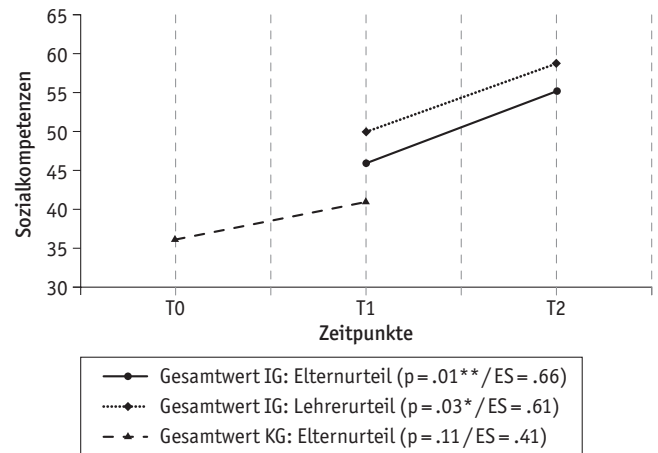


Abbildung 2: Veränderung des Gesamtwertes der Sozialkompetenzen im Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG): Eltern- und Lehrerangaben der Kontroll- (T0-T1) und Interventionsgruppe (T1-T2)

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe; KG = Warte-Kontrollgruppe. T0 = Messzeitpunkt zu Beginn der Wartezeit; T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post). p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes; ES = Effektstärke; * = p ≤ .05, ** = p ≤ .01, *** = p ≤ .001.

Marburger Beurteilungsskala zum Asperger Syndrom (MBAS):

Gemäß den Beobachtungen der Eltern (n=19) findet sich in allen Bereichen eine deutliche Symptomreduktion, was sich auch in zufriedenstellenden bis guten Effektstärken abbildet. Der Gesamtwert (s. Abbildung 3) nimmt signifikant ab (p=.01, ES=.55) und liegt nach Behandlungsende sogar leicht unter dem Cut-off-Wert (M = 101.0 < Cut-off=103). Die Skala ‚Theory of Mind, Kontakt- und Spielverhalten‘, die nach Gruppenende auch unter den Cut-off-Wert absinkt (M = 35.7 < Cut-off=38), weist die deutlichste Symptomreduktion

Tabelle 1: Übersicht über die Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG) der Eltern (Interventions- und Kontrollgruppe) und Lehrpersonen (N-Eltern = 21, N-Lehrer = 20, N-Wartegruppe = 16)

Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens: Variable	Interventionsgruppe-Elternangaben				Interventionsgruppe-Lehrerangaben				Warte-Kontrollgruppe-Elternangaben			
	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T0 M (SD)	T1 M (SD)	p	ES
Gesamtwert	45.5 (13.7)	54.6 (14.0)	.01 **	.66	49.7 (16.2)	58.7 (12.7)	.03 *	.61	35.6 (14.7)	41.1 (11.9)	.11	.41
Kommunikation	19.1 (5.8)	22.8 (7.6)	.03 *	.53	21.0 (7.2)	25.2 (6.3)	.02 *	.62	15.3 (6.9)	17.5 (5.1)	.43	.36
Interaktion	23.1 (7.9)	27.6 (6.7)	.01 **	.61	24.8 (7.9)	28.3 (5.8)	.06	.51	17.9 (7.4)	20.6 (6.6)	.07	.38
Perspektivenübernahme	3.2 (1.5)	4.3 (1.7)	.03 *	.67	4.0 (2.3)	5.2 (1.9)	.09	.56	2.3 (1.9)	2.9 (1.6)	.21	.36

Anmerkungen. T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post); T0 = zu Beginn der Wartezeit. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes (berechnet durch Wilcoxon-Test), * = p ≤ .05, ** = p ≤ .01, *** = p ≤ .001, ES = Effektstärke

Tabelle 2: Übersicht über die Ergebnisse der Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS) der Eltern (Interventions- und Kontrollgruppe) (N-Eltern = 19, N-Wartegruppe = 15)

Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom: Variable	Interventionsgruppe-Elternangaben				Warte-Kontrollgruppe-Elternangaben			
	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T0 M (SD)	T1 M (SD)	p	ES
Gesamtwert	110.9 (15.5)	101.0 (20.4)	.01**	.55	112.2 (23.1)	112.2 (23.1)	.75	.13
Theory of Mind, Kontaktverhalten	40.3 (6.0)	35.7 (6.9)	.003**	.72	41.2 (5.3)	41.2 (5.3)	.60	-.04
Geteilte Aufmerksamkeit, Mimik, Gestik	25.8 (5.3)	24.8 (6.5)	.20	.17	25.7 (8.0)	25.7 (8.0)	.48	.11
Stereotypes, situationsinadäquates Verhalten	21.7 (5.5)	19.7 (7.2)	.08	.31	23.5 (8.4)	23.5 (8.4)	.48	.18
Sprachstil, Sonderinteressen, Motorik	19.2 (4.7)	16.9 (4.4)	.03*	.51	18.5 (6.1)	18.5 (6.1)	1.0	.15

Anmerkungen. T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post); T0 = zu Beginn der Wartezeit. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes (berechnet durch Wilcoxon-Test), * = p ≤ .05, ** = p ≤ .01, *** = p ≤ .001, ES = Effektstärke

(p = .003, ES = .72) auf. Das ist insofern besonders erfreulich, als sie in einem autistischen Kernbereich liegen. Eine signifikante Verbesserung findet sich auch bei der Skala ‚Auffälliger Sprachstil, Sonderinteressen und Motorik‘ (p = .03, ES = .51). Die Skalen ‚Geteilte Aufmerksamkeit und Freude, Mimik, Gestik‘ (p = .20, ES = .17) und ‚Stereotypes und situationsinadäquates Verhalten‘ (p = .08, ES = .31) zeigen keine signifikante Verbesserung.

In der Warte-Kontrollgruppe (n = 15) beobachten die Eltern weder im Gesamtwert (p = .75) noch bei den Teilbereichen (p = .48–1.0) eine wesentliche Symptomverbesserung beobachten, was sich auch in den schwachen Effektstärken zeigt (ES = -.04–.18). Während sie sich in den Ausgangswerten nicht signifikant von der Interven-

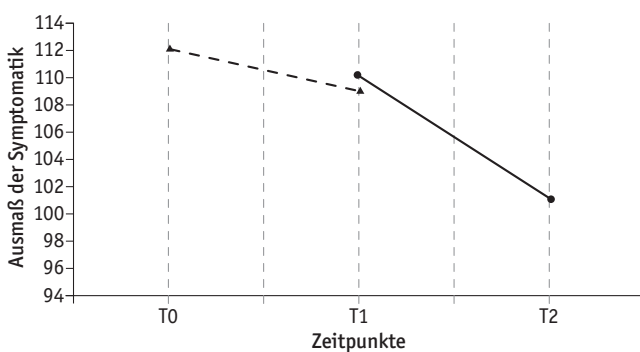
tionsgruppe unterscheidet, findet sich bei T2 ein signifikanter Unterschied im Faktor ‚Theory of Mind, Kontakt- und Spielverhalten‘ (p = .02).

Skala zur Erfassung Sozialer Reaktivität (SRS):

Die Eltern (n = 14) erleben gemäß der SRS eine bedeutsame Abnahme der Auffälligkeiten der sozialen Responsivität. Eine signifikante Symptomreduktion (p = .009) und eine gute Effektstärke (ES = .68) finden sich beim Gesamtwert (s. Abbildung 4). Die Verbesserungen bei den Faktoren ‚Soziale Kommunikation‘ (p = .003, ES = .77), ‚Soziale Kognition‘ (p = .004, ES = .80) und ‚Autistische Manierismen‘ (p = .03, ES = .51) fallen ebenfalls signifikant aus, was die guten Effektstärken bestätigen. Keine signifikante Verbesserung zeigt sich bei ‚Soziale Bewusstheit‘ (p = .29, ES = .34) und ‚Soziale Motivation‘ (p = .47, ES = .25). Die Angaben der Schule (n = 11) zeigen zwar ebenfalls eine Abnahme der Symptomatik, sie ist jedoch im Gesamtwert (p = .06) trotz zufriedenstellender Effektstärken (ES = .45) knapp nicht signifikant (s. Abbildung 4). Im Unterschied zu den Eltern beobachten die Lehrer aber eine signifikante Veränderung bei ‚Soziale Motivation‘ (p = .05, ES = .64). Die anderen Skalen zeigen eine nicht signifikante Abnahme der Symptomatik (p = .06–.18, ES = .19–.50).

Im Gegensatz dazu findet sich in der Warte-Kontrollgruppe (n = 8) in der Beobachtung der Eltern sowohl im Gesamtwert wie auch in allen Skalen eine leichte Zunahme der autistischen Symptomatik. Während sich Warte- und Interventionsgruppe bei T1 nicht unterscheiden, unterscheiden sich bei T2 der Gesamtwert (p = .05) und der Faktor ‚Soziale Motivation‘ (p = .02) signifikant.

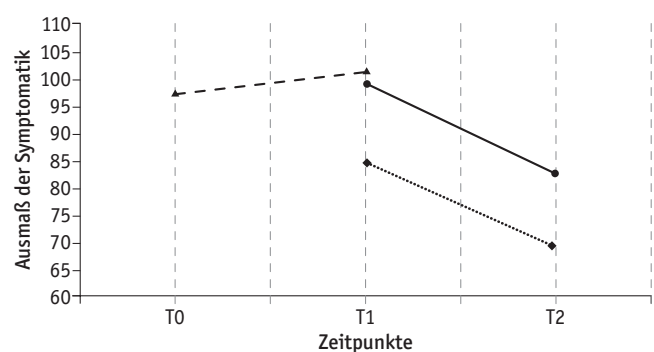
Während sich Warte- und Interventionsgruppe bei T1 nicht unterscheiden, unterscheiden sich bei T2 der Gesamtwert (p = .05) und der Faktor ‚Soziale Motivation‘ (p = .02) signifikant.



—●— Gesamtwert IG: Elternurteil (p = .01** / ES = .55)
-▲- Gesamtwert KG: Elternurteil (p = .01 / ES = .13)

Abbildung 3: Veränderung des Symptomgesamtwertes in der Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS): Elternangaben der Kontroll- (T0-T1) und Interventionsgruppe (T1-T2)

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe; KG = Warte-Kontrollgruppe. T0 = Messzeitpunkt zu Beginn der Wartezeit; T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post). p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes; ES = Effektstärke; * = p ≤ .05, ** = p ≤ .01, *** = p ≤ .001.



—●— Gesamtwert IG: Elternurteil (p = .01** / ES = .68)
.....◆..... Gesamtwert IG: Lehrerurteil (p = .06 / ES = .45)
-▲- Gesamtwert KG: Elternurteil (p = .67 / ES = .20)

Abbildung 4: Veränderung des Symptomgesamtwertes in der Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS): Eltern- und Lehrerangaben der Kontroll- (T0-T1) und Interventionsgruppe (T1-T2)

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe; KG = Warte-Kontrollgruppe. T0 = Messzeitpunkt zu Beginn der Wartezeit; T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post). p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes; ES = Effektstärke; * = p ≤ .05, ** = p ≤ .01, *** = p ≤ .001.

Tabelle 3: Übersicht über die Ergebnisse der Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS) der Eltern (Interventions- und Kontrollgruppe) und Lehrpersonen (N-Eltern = 14, N-Lehrer = 11, N-Wartegruppe = 8)

Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität: Variable	Interventionsgruppe-Elternangaben				Interventionsgruppe-Lehrerangaben				Warte-Kontrollgruppe-Elternangaben			
	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T0 M (SD)	T1 M (SD)	p	ES
Gesamtwert	98.7 (26.7)	82.2 (21.5)	.01**	.68	83.8 (32.5)	68.5 (35.9)	.06	.45	97.5 (19.5)	101.4 (19.9)	.67	-.20
Soziale Bewusstheit	10.9 (3.7)	9.8 (3.1)	.29	.34	9.6 (3.9)	7.9 (4.3)	.11	.42	11.9 (4.2)	12.1 (3.1)	.93	-.08
Soziale Kognition	19.4 (5.6)	15.1 (5.1)	.004***	.80	15.8 (6.2)	13.6 (7.6)	.15	.33	16.0 (7.7)	16.8 (3.5)	.73	-.13
Soziale Kommunikation	35.5 (10.0)	28.6 (7.7)	.003***	.77	29.1 (11.8)	23.2 (12.0)	.06	.50	34.5 (6.0)	35.1 (8.6)	.78	-.08
Soziale Motivation	16.5 (5.3)	15.4 (3.4)	.47	.25	16.5 (5.6)	12.6 (6.7)	.05*	.64	19.6 (4.3)	20.6 (5.8)	.83	-.18
Autistische Manierismen	16.4 (6.5)	13.3 (5.7)	.03*	.51	12.7 (7.7)	11.3 (7.5)	.18	.19	15.5 (6.1)	16.9 (6.5)	.92	-.22

Anmerkungen. T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post); T0 = zu Beginn der Wartezeit. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes (berechnet durch Wilcoxon-Test), * = p ≤ .05, ** = p ≤ .01, *** = p ≤ .001, ES = Effektstärke

6. Diskussion

Auf Grund der vorläufigen Ergebnisse kann das KOMPASS-Gruppentraining als wirksam betrachtet werden. Die betroffenen Jugendlichen, aber auch die Eltern sind mit dem Behandlungserfolg und der Durchführungsweise zufrieden oder sehr zufrieden. Mit verschiedenen Untersuchungsinstrumenten und in verschiedenen Beurteilerperspektiven zeigen sich eine signifikante Abnahme der autistischen Symptomatik und eine Zunahme der sozialen Kompetenzen. Dass die Lehrpersonen ebenfalls positive Veränderungen beobachten, verweist darauf, dass den Jugendlichen der Transfer der erlernten Verhaltensweisen in den Alltag gelungen ist. Eine genaue Analyse der einzelnen Faktoren zeigt, dass in einzelnen Bereichen auch Generalisierungen auf nicht direkt geübte soziale Kompetenzen stattfinden.

Der Vergleich mit einer Warte-Kontrollgruppe zum Ausschluss von biopsychosozialen Reifungseffekten unterscheidet dieses Evaluationsprojekt von den meisten anderen Gruppenevaluationen (Rao et al., 2008; Jenny 2010). In der Warte-Kontrollgruppe finden sich im Verlauf eines halben Jahres keine signifikanten Veränderungen in die gewünschte Richtung, sondern im Bereich der sozialen Responsivität sogar eine leichte Verschlechterung. Der direkte Vergleich zeigt, dass sich Warte- und Interventionsgruppe bei T1 nicht oder kaum unterscheiden, bei T2 jedoch schon, was in einzelnen Bereichen auch signifikant ist.

Im Rahmen der allgemeinen Psychotherapieforschung zur Wirksamkeit muss sich das KOMPASS-Sozialtraining mit der Kinder-Psychotherapie (.71 nach Casey & Berman, 1985; .79 nach Weisz, Weiss, Alick & Klotz, 1987; .54 nach Beelmann & Schneider, 2003;

.80 nach Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005, zit. nach Hölldampf & Behr, 2009), aber auch den Gruppentherapien (.82 nach Bratton et al., 2005) messen. Die Effektstärken des KOMPASS-Gruppentrainings liegen im Bereich dieser Werte, was angesichts der tiefgreifenden Beeinträchtigung von Jugendlichen mit ASS beachtlich ist. Die Wirksamkeit ist vergleichbar mit derjenigen von personzentrierter Therapie mit Kindern und Jugendlichen (.49–.56 nach Hölldampf & Behr, 2008), wenn auch nicht die hohen Effektstärken der personzentrierten Gruppentherapie (.85 von Jenny et al., 2006) erreicht werden, die sich aber auf die Therapie von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens im Sinne von oppositionell-verweigerndem und sozial-ängstlichem Verhalten bezieht, die als gut therapierbar gelten. Auch den Vergleich zu verhaltenstherapeutischen Therapien (.55 nach Beelmann & Schneider, 2003; .71 nach Bratton et al., 2005) muss das KOMPASS-Projekt nicht scheuen. Der Vergleich zum anderen autismus-spezifischen Gruppentraining KONTAKT von Herbrecht et al. (2008) fällt ebenfalls günstig aus.

Als methodische Einschränkungen, die hier nicht diskutiert werden können, müssen die vorerst noch kleine Stichprobe, die Ausfälle bei den Lehrer-Fragebogen und das Fehlen einer Randomisierung bei der Kontrollgruppe als Ergänzung zur Wartegruppe erwähnt werden. Es fehlen auch eine Selbstbeurteilung der betroffenen Jugendlichen hinsichtlich ihrer autistischen Symptomatik und sozialen Kompetenzen, Einschätzungen des Sozialverhaltens im Alltag durch unabhängige externe Rater und testpsychologische Befunde (z. B. zur Emotionserkennung).

Seit der Fertigstellung des Praxishandbuchs wird das KOMPASS-Gruppentraining auch extern eingesetzt: Seit Herbst 2008 wird es in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der

Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und seit Herbst 2009 in einer psychiatrischen Privatpraxis bei Chur durchgeführt, im Herbst 2010 folgen dann eine Gruppe im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Luzern und in der Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie in Münster (BRD). Es ist geplant, das Kompetenztraining für jüngere Kinder zu adaptieren. Das Erstellen eines Praxishandbuchs und die Evaluation des Fortgeschrittenen-Gruppentrainings hat ebenfalls begonnen. Auch über einen engeren Einbezug der Schule wird nachgedacht.

Literatur:

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. Bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Aufl. mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plüsch, S. Bölte, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of Mind in Normal Development and Autism. *Prisme*, 34, 174–183.
- Baron-Cohen, S., Spitz, A. & Cross, P. (1993). Can Children with Autism Recognize Surprise? *Cognition and Emotion*, 7, 507–516.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 129–143.
- Behr, M. (1987). Carl R. Rogers und die Pädagogik. *Neue Sammlung*, 27, 425–439.
- Behr, M. (1989). Pädagogisches Handeln und Kinderpsychotherapie: Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung. In M. Behr, F., Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 1*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 37–58) Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009a). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009b). Beziehung und Methode – Theorien und personzentriert-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 13–33) Göttingen: Hogrefe.
- Zusammenfassend ergänzt das KOMPASS-Gruppentraining das breite Spektrum an personenzentrierten Behandlungsansätzen bei Kindern und Jugendlichen. Es ist störungsspezifisch aufgebaut, berücksichtigt die spezifischen Stärken und Schwächen autistischer Kinder und Jugendlicher und unterstützt die bisherigen Befunde zur Wirksamkeit personenzentrierter Behandlungen und gruppen-therapeutischer Sozialtrainings für Kinder mit ASS (Jenny, 2010).
- Ben Shalom, D., Mostofsky, S. H., Hazlett, R. L., Goldberg, M. C., Landa, R. J., Faran, Y., McLeod, D. R. & Hoehn-Saric, R. (2006). Normal Physiological Emotions but Differences in Expression of Conscious Feelings in Children with High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, (3), 395–400.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (2002). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band I: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Bölte, S. (2005a). *Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG)*. Frankfurt/M.: J. W. Goethe Universität.
- Bölte, S. (2005b). Checkliste zur Beurteilung von Gruppenfertigkeiten (CBG). Frankfurt/M.: J. W. Goethe Universität.
- Bölte, S. & Poustka, F. (2007). *Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS)*. Bern: Huber.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376–390.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388–400.
- Colle, L., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & van der Lely, H. (2007). Narrative Discourse in Adults with High-functioning Autism or Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Springer Verlag Online.
- Cornelius-White, J. (2007). Learner-Centered Teacher-Student Relationships Are Effective: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 77 (1), 1–31.
- Golan, O. & Baron-Cohen, S. (2006). Systemizing empathy: Teaching adults with Asperger syndrome of high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia. *Development and Psychopathology*, 18, 591–617.
- Golan, O. & Baron-Cohen, S. (2010). Systematisches Training zum Erkennen von Emotionen bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen. In H.-C. Steinhausen & R. Gundelfinger (Hrsg.), *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haar, R., Zauner, J. & Zech, P. (1979). Gruppentherapie und Gruppenarbeit bei Kindern und Jugendlichen. In A. Heigl-Evers (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band VIII: Lewin und die Folgen*. Zürich: Kindler.
- Hadwin, J., Baron-Cohen, S., Howlin, P. & Hill, K. (1996). Can we teach children with autism to understand emotions, belief or pretense? *Development and Psychopathology*, 8, 345–365.

- Happé, F. & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119, 1377–1400.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (1), 5–25.
- Herbrecht, E., Bölte, S. & Poustka, F. (2008). *KONTAKT: Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoag, M. J. & Burlingame, G. M. (1997). Child and adolescent group psychotherapy: a narrative review of effectiveness and the case for meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 7 (2), 51–68.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. (S. 197–222) Heidelberg: Asanger.
- Höllkamp, D. & Behr, M. (2008). Wirksamkeit personzentrierter Kinder- und Jugendlichentherapie. In M. Behr, D. Höllkamp & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 319–339). Göttingen: Hogrefe.
- Howlin, P., Baron-Cohen, S. & Hadwin, J. (1999). *Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide*. Chichester: John Wiley & Sons LTD.
- Jenny, B., Goetschel, P., Käppler, C., Samson, B. & Steinhausen, H.-C. (2006). Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person*, 2, 93–107.
- Jenny, B. & Käppler, C. (2008). Gruppentherapie – Konzept, Vorgehen und Evaluation einer Gruppenbehandlung bei Kindern mit sozialen und emotionalen Problemen. In M. Behr, D. Höllkamp & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 101–120). Göttingen: Hogrefe.
- Jenny, B. (2010). *Gruppentrainings für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen*. In H.-C. Steinhausen & R. Gundelfinger (Hrsg.), *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jenny, B., Goetschel, P., Isenschmid, M. & Steinhausen, H.-C. (angenommen). *KOMPASS – Zürcher Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen: Ein Praxishandbuch für Gruppen- und Einzelinterventionen*.
- Jenny, B. & Schär, C. (eingereicht). Kompetenztraining in der Gruppe für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (KOMPASS): Konzept und erste Ergebnisse der Evaluation.
- Jones, Ch. D. & Schwartz, I. S. (2009). When Asking Questions is not Enough: An Observational Study of Social Communication Differences in High Functioning Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 432–443.
- Kamp-Becker, I. & Remschmidt, H. (2006). Die Marburger-Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom. In H. Remschmidt & I. Kamp-Becker. *Das Asperger-Syndrom* (S. 242–254). Berlin: Springer Verlag.
- Koning, C. & Magill-Evans, J. (2001). *Social and Language Skills in Adolescent Boys with Asperger Syndrome*. *Autism*, 5 (1), 23–36.
- Korunka, C. (1992). Das Menschenbild. In P. Frenzel, P. Schmid & M. Winkler. *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie* (S. 71–82). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Krasny, L., Williams, B., Provencal, S. & Ozonoff, S. (2003). *Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12, 107–122.
- Lietaer, G. (2001). Being Genuine as a Therapist: Congruence and Transparency. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Vol. 1: Congruence*. (pp. 36–54) Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Lietaer, G. & Keil, W. (2002). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. (S. 295–317) Wien: Springer.
- Little, L. (2001). Peer Victimization of Children with Asperger-Syndrome Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 995–6.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Mitterhuber, B. & Wolschlagler, H. (2001). Differenzielle Krankheitslehre der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stözl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie; Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen; Bibliothek Psychotherapie Band 8*. Wien: Facultas Universitäts-Verlag.
- Ozonoff, S. & Miller, J. (1995). Teaching Theory of mind: A new approach to social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 415–433.
- Pörtner, M. (2002). Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. (S. 513–532) Wien: Springer.
- Rao, P. A., Beidel, B. C. & Murray, M. J. (2008). Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or High functioning autism: A review and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Online.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1982). Meine Beschreibung einer personzentrierten Haltung. *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 75–77.
- Rogers, C. R. (1988). *Lernen in Freiheit. Zur inneren Reform von Schule und Universität*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Schmid, P. F. (2008). *Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber*. *Person*, 12 (1), 22–34.
- Schneebeli, S. (2009). *Maturaarbeit: Verstehen und Verstanden werden – Mein Leben mit dem Aspergersyndrom*. Kantonsschule Freudenberg: unveröffentlichte Maturaarbeit.
- Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S. & Levon, I. (2007). *A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioural Intervention for Anger Management in Children Diagnosed with Asperger Syndrome*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (7), 1203–1214.
- Solomon, M., Goodlin-Jones, B. & Anders, T. (2004). A Social Adjustment Enhancement Intervention for High Functioning Autism, Asperger's Syndrome, and Pervasive Developmental Disorder NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (6), 649–668.
- Specht, F. (1993). Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 113–124.
- Speierer, G.-W. (1992). Einheitliche oder Krankheitsspezifische Inkongruenzformen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie? *GwG-Zeitschrift*, 85, 22–26.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. (S. 1–62) Wien: Springer.

- Wakolbinger, C. (2009). Die präsente Therapeutenperson – Authentizität als entscheidender Faktor in der personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 59–77) Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen – Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542–549.
- Zülw, Carola von (2009). Das Asperger-Syndrom – Personenzentrierte Spieltherapie als sozial-emotionale Entwicklungsförderung. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 285–316) Göttingen: Hogrefe.

Autoren:

Bettina Jenny (*1965), lic. phil., dipl. Primarlehrerin, klinische Psychologin und personenzentrierte Psychotherapeutin, seit 1994 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Diagnostikerin, Einzel- und Gruppentherapeutin mit einem Schwerpunkt bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung tätig, verschiedene Lehraufträge.

Camille Schär (*1984), Studentin und angehende Psychologin der Universität Zürich, seit 2007 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Praktikantin in der Klinik und im Fachteam Autismus tätig und seit 2008 als studentische Hilfskraft im Bereich Diagnostik autistischer Kinder und für die Datenanalyse des KOMPASS-Evaluationsprojekts angestellt.

Korrespondenzadresse:

lic. phil. Bettina Jenny
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Neumünsterallee 3
CH-8032 Zürich, Schweiz
E-Mail: bettina.jenny@kjpdzh.ch

Christine Wakolbinger

Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie

Zusammenfassung: Anhand der Falldarstellung einer dreijährigen Kindertherapie mit bislang 100 Therapiestunden wird der umfassende Verstehensprozess in einer personenzentrierten¹ Psychotherapie besprochen. Im Vordergrund steht die Gestaltung einer entwicklungsförderlichen und hilfreichen Beziehung: Wie geht die Therapeutin auf die unterschiedlichen Beziehungswünsche und Beziehungsanforderungen des Kindes ein? Welche Theorien und Verstehenshypothesen helfen ihr, in personenzentrierter Art und Weise auf das Kind zu reagieren? Welche Gedanken, Gefühle und Motive hat sie während und nach den Therapiestunden? Die Aufgabe der Therapeutin² ist es, sich immer wieder um die Herstellung einer heilsamen Beziehung zu dem Kind zu bemühen. Dabei nutzt sie ihre persönliche Resonanz und ihr theoretisches Wissen, um das Kind verstehen und wertschätzen zu können. Die besondere Herausforderung in der Kindertherapie besteht darin, dass die Therapeutin ihren individuellen Verstehensprozess in konkrete (Spiel-)handlungen umsetzen kann.

Schlüsselwörter: Spieltherapie, therapeutische Beziehungsgestaltung, therapeutische Resonanz, heilsame Beziehung

Abstract: The Healing Relationship: Therapeutic Resonance as Basis of Empathic Understanding and Positive Regard in Person Centered Therapy. Based on the case study of a three-year child therapy of more than 100 sessions, the comprehensive process of understanding in a person-centered psychotherapy is discussed. The emphasis is placed on forming a relationship which is helpful and conducive to development. How does the therapist respond to the child's various needs and demands in the relationship? Which theories and hypotheses of understanding assist the therapist in being responsive to the child in a person-centered way? Which thoughts, feelings, and motives does the therapist have during and after therapy sessions? It is the task of the therapist to make consistent efforts to establish a helpful relationship with the child. In doing so, the therapist uses personal resonance and theoretical knowledge in order to give empathic understanding and unconditional positive regard to the child. Child therapy specifically challenges the therapist to transform an individual process of understanding into concrete interactions and play.

Key words: play therapy, therapeutic relationship, therapeutic resonance, healing relationship

Einleitung

„... es dürfte die Beschaffenheit der persönlichen Begegnung auf lange Sicht das Element sein, welches bestimmt, bis zu welchem Grad es zu einem Erleben kommt, das Entwicklungen freisetzt und Wachstum fördert“ (Rogers, 1962/1983, S. 211, 212). Diese bei Rogers bereits 1962 nachzulesende Aussage hat bis heute nichts an

Gültigkeit verloren. Im Gegenteil, neuere Studien bestätigen und belegen vielfach, dass „... Aspekte des Beziehungsgeschehens diejenigen Merkmale des Therapieprozesses (sind), deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist“ (Grawe et al. 1994, S. 775; vgl. auch Orlinsky et al., 1994; Fröhlich-Gildhoff, 2007).

Wie sieht nun eine entwicklungsfördernde Beziehungsgestaltung in einer personenzentrierten Psychotherapie genauer aus? Rogers hat in seinen Schriften viel Wert auf die therapeutische Haltung und die Einstellung der Therapeutin in der Begegnung mit dem Klienten³ gelegt. Eine Konkretisierung dieser Haltung in der therapeutischen Praxis war ihm nicht so wichtig. Gerade der Bereich

1 In diesem Artikel wurde die offizielle Zusatzbezeichnung „personenzentriert“ entsprechend der vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit geführten Psychotherapeutenliste gewählt.

2 Zur leichteren Lesbarkeit wurde hier die weibliche Form „Therapeutin“ gewählt. Frauen und Männer sollen jedoch mit diesem Text gleichermaßen angesprochen werden.

3 Auch mit „Klient“ sind selbstverständlich beide Geschlechter angesprochen.

der Kinderpsychotherapie stellt die Therapeutin jedoch vor die große Herausforderung, die therapeutisch wirksamen Variablen in konkrete Handlungen umzusetzen, da ca. 90% der Therapiezeit in Kindertherapien mit Spieltätigkeit zugebracht wird (vgl. Schmidtchen, 1996). Die Aufgabe einer Kindertherapeutin ist es, auf jedes Therapiekind mit einem hoch individuellen, maßgeschneiderten, theoriegeleiteten und an der personenzentrierten Haltung orientierten Beziehungs- und Spielangebot einzugehen, mit dem Ziel, dem Kind neue, emotional korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

Um im Folgenden den umfassenden Verstehensprozess in einer personenzentrierten Psychotherapie anschaulich darzustellen, werde ich verschiedene Therapiesequenzen der ersten beiden Therapiejahre mit einem institutionell untergebrachten Kind im Hinblick darauf ausführlich besprechen, wie sich der Aufbau einer förderlichen und heilsamen Beziehung ganz konkret in der Praxis gestalten kann.

1. Erstkontakt: Passen wir beide zusammen?

Robert⁴ ist 7,4 Jahre alt, als er zum Erstgespräch mit seiner Bezugsbetreuerin kommt. Robert ist seit seinem 4. Lebensjahr in einer Institution untergebracht. Aufgrund extrem aggressiver Ausbrüche war er im Alter von 5 bis 6 Jahren ein Jahr in psychotherapeutischer Behandlung.

Die Betreuerin berichtete, dass sich mit dem Schuleintritt die Verhaltensauffälligkeiten von Robert wieder akut verschlimmert hätten. Er habe keine Frustrationstoleranz und wieder sehr heftige aggressive Durchbrüche, wobei er auf Kinder und Erzieher unkontrolliert einschlage, sie beiße, kratze und kaum zu beruhigen sei. Robert brauche sehr lange, bis er ruhiger werde, er habe auch große Probleme beim Einschlafen. Manchmal nässe Robert auch ein. Die Hausaufgabensituation sei immer wieder extrem belastend, Robert habe Probleme, sich länger zu konzentrieren und weigere sich oft, die Aufgaben zu machen. Es sei immer wieder ein Kampf und brauche Stunden, bis die Hausaufgaben erledigt seien. Gegen seine Hyperaktivität bekomme Robert regelmäßig Ritalin.

Bei der klinisch-psychologischen Diagnostik wurden eine reaktive Bindungsstörung F 94.1, eine posttraumatische Belastungsstörung F 43.1, und eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F 90.1 nach ICD-10 diagnostiziert.

Die Anamnese ergab, dass Robert bei der Übernahme in die Institution verwaorlost wirkte, ihn der Vater oft geschlagen habe und die Mutter mit den Kindern überfordert gewesen sei (Robert hat noch mehrere Geschwister). Die Kinder seien oft stundenlang sich selbst überlassen gewesen. Anlass für die Fremdunterbringung sei ein gewaltsamer Streit zwischen den Eltern gewesen. Derzeit

verbüße der Vater eine Haftstrafe, Robert habe schon seit drei Jahren keinerlei Kontakt zu ihm. Die Mutter besuche Robert im Heim nur sehr selten und unregelmäßig.

Beim Erstgespräch sitzt mir ein lebhafter, hübscher blonder Bursche gegenüber. Er ist neugierig und aufgeschlossen, beantwortet bereitwillig meine Fragen und freut sich sichtlich, dass er im Mittelpunkt steht. Er ist nach Beantwortung der Fragen sofort bereit, mit mir ins Spieltherapiezimmer zu gehen und schaut sich begeistert um, was es denn da alles gibt. Sehr bald geht er die Stufen zur Zwischenebene hinauf, wo Bücher, Decken, Matratzen und Kuscheltiere liegen und sagt: „Das erinnert mich an zuhause, wir haben dort auch ein Hochbett, von dem ich einmal hinuntergefallen bin, und bald bin ich wieder zuhause.“

Ich mag diesen Burschen sofort, er wirkt lebendig, neugierig und fröhlich auf mich und erinnert mich an meinen Sohn, der ein Jahr jünger ist als Robert. Trotzdem überlege ich gut, ob ich auch genug Kapazität für Robert habe, aufgrund der Anamnese muss ich mit einer längerfristigen, wahrscheinlich auch teilweise anstrengenden Therapie rechnen.

1.1 Diagnostische Überlegungen zum Erstkontakt

Bei Robert wurde eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, die durch frühe und anhaltende Traumatisierungen in den ersten vier Lebensjahren entstanden ist. Hier helfen die Erklärungsmodelle von Weinberg (2005) und Heinerth (2007) zum besseren Verständnis der verschiedenen Symptome von Robert. Robert wurde stark vernachlässigt und immer wieder vom Vater verprügelt, er konnte mit hoher Wahrscheinlichkeit als Reaktion auf diese akuten Bedrohungen sein genetisches Notfallprogramm des Kämpfens und Kontrollierens nicht bzw. nicht erfolgreich ausagieren. In der Folge kam es zu einer akuten Belastungsreaktion mit Ärger und Überreaktivität im Anschluss an die überlebten Notfälle. Da dieser Zustand unbehandelt blieb (die Mutter konnte Robert nicht schützen bzw. auf seine Gefühle nicht adäquat eingehen), entwickelte sich eine posttraumatische Belastungsstörung. Dazu gehören Symptome wie Schlafstörungen, Unruhe, Misstrauen, Dauerwachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Wut, Konzentrationsschwierigkeiten, Aufsässigkeit und Trotz, Hyperaktivität und extreme und schnelle Stimmungswechsel (vgl. Weinberg, 2005, S. 98).

Robert hat für seine traumatischen Erfahrungen in den ersten vier Lebensjahren nicht genügend Empathie erfahren und dadurch Gefühle wie Hilflosigkeit, Verzweiflung, Angst, Bedrohung und Ausgeliefertsein nicht symbolisieren können. Meine Aufgabe wird es sein, meine Beziehung zu Robert so zu gestalten, dass diese „gesperrte Symbolisierungsfähigkeit“ (vgl. Heinerth, 2007, S. 120), wie sie bei posttraumatischen Belastungsstörungen zu finden ist, aufgehoben wird und sein Selbstkonzept wieder wachsen kann.

⁴ Die Daten des Kindes sind soweit verändert, dass die Anonymität gewahrt bleibt.

1.2 Beziehungsebene

Da die Beziehungsgestaltung zu Kindern beim ersten Kennenlernen direkter und unmittelbarer als mit erwachsenen Klienten verläuft, erlebe ich sie oftmals als anspruchsvoller als in der Erwachsenentherapie (vgl. Wakolbinger, 2000; 2009; Weinberger, 2008). Schon Axline hat 1947 betont, dass die Therapeutin Kinder gern haben und ihnen mit Achtung und Annahme gegenüber treten muss. Kinder spüren sofort, ob die Therapeutin wirklich gerne mit ihnen zusammen ist oder dies nur vorgibt. Sie reagieren klar und eindeutig mit einer Verweigerung der Therapie, wenn grundsätzliche Freude über den Kontakt mit ihnen nicht vorhanden ist. Daher ist es beim Erstkontakt gerade in Kindertherapien nicht nur wichtig, einen Kontakt zum Kind herzustellen und zu überprüfen, ob das Kind mit dem therapeutischen Beziehungsangebot erreicht werden kann. Die Therapeutin muss sich auch ehrlich fragen: Ist mir dieses Kind sympathisch? Denn es ist nicht nur die Spielebene, die in der Arbeit mit Kindern zählt, es laufen zwischen Kind und Therapeutin ständig Interaktionen ab, die ich als wesentlich für den Beziehungsaufbau und den Fortschritt in der Therapie erachte.

2. Sicherheit: Was braucht dieses Kind, um sich bei mir sicher zu fühlen?

In den ersten Stunden kann sich Robert gar nicht entscheiden, was er tun will. Dauernd findet er etwas Neues, will es ausprobieren, legt es nach kurzer Zeit wieder weg. Er fragt immer wieder, ob er die Schwerter, die Autos, den Ball etc. mitnehmen darf. Dazwischen steckt er einen Schnuller in den Mund und meint, dass er und sein Bruder Schnuller sehr gerne gehabt hätten. Er nimmt jede Stunde die zur Verfügung stehenden Plastikschwerter, ersticht schnell und kurz die Puppen und wirft sie weg. Daraufhin will er immer wieder mit mir kämpfen, und mich kurz und bündig töten. Ich komme mit dem Tempo der Handlungen kaum mit, es gelingt mir nur selten, etwas aufzugreifen, schon ist Robert bei der nächsten Sache. Durchgängig kommt die Frage, ob er etwas mitnehmen darf und immer wieder finden kurze schnelle Kämpfe statt, bei denen er mich tötet. Wenn Robert geht, ist das Therapiezimmer buchstäblich ein einziges Schlachtfeld.

2.1 Das Therapiezimmer als sicherer Ort für das Kind

Auf der Spielebene ist Robert eindeutig überfordert mit dem Spielangebot im Zimmer, und es stellt sich rasch heraus, dass er einen engeren Rahmen braucht, der ihm Halt und Sicherheit gibt. Da misshandelte und vernachlässigte Kinder häufig ein Übermaß oder einen Mangel an Stimulation in ihrer Kindheit erlebt haben, fehlt ihnen oftmals die Fähigkeit, ihre Umgebung zu erkunden, auszuprobieren und zu spielen (vgl. Gil, 1993). Auch haben diese Kinder

kaum Kompetenzen zur Selbstregulation ausgebildet und stehen unter (Dauer-)Stress (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 41). Daher entscheide ich mich dazu, ab der 3. Stunde einige Spielsachen in den Kasten zu räumen und nur mehr ausgewähltes Spielmaterial offen und sichtbar zur Verfügung zu stellen.

Auf der Beziehungsebene gibt es die durchgängig massive Forderung an mich, ihm doch zu erlauben, Spielsachen mitzunehmen. Mir fällt auf, dass Robert nach einem Nein von mir sichtlich enttäuscht ist und mich immer wieder sofort erschießt oder mit Schwertern tötet. Wiederholt sage ich Robert, dass ich seinen Wunsch verstehen kann, diese tollen Sachen mitnehmen zu wollen. Ich verstehe, dass sie ihm sehr gut gefallen und kann gut nachvollziehen, dass er sie sehr gerne den anderen Kindern im Heim zeigen möchte. Ich betone aber, dass dies leider nicht möglich ist, da hier die Regel gilt, dass alle Sachen im Spielzimmer bleiben und nur die Dinge mitgenommen werden können, die wir basteln. Ich sage Robert, dass ich merke, wie enttäuscht er darüber ist, und wenn mich Robert daraufhin erschießt, melde ich ihm zurück, dass er jetzt wütend auf mich ist und mich daher tötet.

3. Auftauchen erster Inkongruenzen: Was will verstanden werden?

Beim Aufräumen nach der 3. Stunde fällt mir auf, dass ein Auto fehlt. Kann es sein, dass Robert es eingesteckt hat? Ich bin mir nicht sicher, eventuell hat es vorher schon gefehlt, dennoch nehme ich mir vor, in der nächsten Stunde etwas wachsamer zu sein.

In der 4. Stunde beobachte ich, wie Robert eine Kugel einsteckt, und spreche das auch an. Erst streitet er es ab, dann gibt er widerwillig die Kugel heraus. Danach will er verstecken spielen und ich soll bloß nicht schauen, was er macht. Beim Aufräumen merke ich, dass wieder ein Auto fehlt. Nun ist mir klar, dass Robert es eingesteckt hat und auch, welchen Zweck unser Versteckspiel hatte. Ich ärgere mich und bin ziemlich wütend, dass Robert mich mit dem Versteckspiel so austricksen konnte.

3.1 Überlegungen zum Verständnis der Handlungen von Robert

Besonders Kindertherapien sind viel mehr durch (Spiel-)Handlungen als durch Worte bestimmt. „Kinder inszenieren im Spiel, was sie seelisch beschäftigt; indem sie spielen, arbeiten sie ein Problem, eine Bedrohung, einen Aspekt ihres Selbst, eine Beziehungserfahrung, einen Wunsch oder eine Emotion durch“ (Behr, 2007, S. 153). An anderer Stelle (Wakolbinger, 2009) habe ich jenen Prozess, der in mir abläuft, wenn ich zu verstehen versuche, was ein Kind mit seinen (Spiel-)Handlungen ausdrücken möchte, „Übersetzungsarbeit“ genannt (vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2007). Ich versuche dabei, nicht

nur mit dem Kind empathisch mitzuschwingen, sondern gleichzeitig die Symbolsprache Spiel in mein Erwachsenenverstehen zu transformieren, indem ich mein aktuelles Verständnis der konkreten Entwicklung und Lebenssituation des Kindes nutze. Weiters versuche ich, von einem theoretischen Standpunkt aus zu verstehen, wie sich Selbstkonzept und Aktualisierungstendenz im kindlichen Spiel bzw. in den Handlungen ausdrücken, und worin sich organismuserhaltende bzw. -entfaltende Tendenzen zeigen.

Das Ergebnis meiner Übersetzungsarbeit in diesem frühen Stadium der Therapie sieht folgendermaßen aus:

Robert hat mir am Anfang der 4. Stunde erzählt, dass er Micky-Maus-Bücher liebt, aber Dagobert hasst, weil der so böse ist und nie etwas hergibt. Von seiner Bezugsbetreuerin weiß ich, dass es Robert mit seinem Charme immer wieder schafft, Süßigkeiten von fremden Menschen geschenkt zu bekommen, und dabei sehr viel Energie und Einsatz entwickelt. So kaufte ihm der Zivildniener, der ihn zur letzten Therapiestunde brachte, am Weg zu mir Pringles und Eistee, die mir Robert stolz zeigte. Kann es sein, dass ich dieser Sequenz zuwenig Beachtung geschenkt habe? Robert wirkt auf mich sehr bedürftig, eventuell ist es seine Strategie, sich über Essen und Spielsachen die Zuwendung zu holen, die er braucht. Wenn Robert so sein Zuwendungsbedürfnis stillt, kann es auch sein, dass er deshalb das Auto mitgenommen hat. Sollte meine Hypothese stimmen, stellt mich das vor die Frage, wie ich mit dieser großen Bedürftigkeit umgehen soll. Was kann ich Robert anbieten, das für mich passt und gleichzeitig ihm hilft, seine Bedürftigkeit etwas zu stillen?

Oder hat Robert deshalb die Autos eingesteckt, weil er von mir als Person zuwenig Resonanz bekommt? Mir wird bewusst, dass ich bisher zu wenig auf die große Bedürftigkeit von Robert eingegangen bin, sie wohl auch noch nicht wirklich ganz verstanden habe.

3.2 Persönliche Resonanz der Therapeutin

Immer wieder lösen Kinder durch ihre Handlungen oftmals auch intensive Reaktionen auf der Therapeutinnenseite aus. Durch das Vorherrschen der Handlungs-/Spielebene in Kindertherapien erlebe ich häufiger als in der Erwachsenentherapie, dass eigene Anteile von mir aktiviert werden. Therapeutinnen müssen ihre typischen Reaktionsmuster kennen, denn nur dann ist es ihnen möglich, ihre eigenen Gefühle in der Therapie zu nutzen und sich als Resonanzboden für die Klienten zur Verfügung zu stellen (vgl. Beckmann-Herfurth, 1996, S. 205). Um sich gut in ein Kind einfühlen zu können, muss die Therapeutin auch ihr eigenes inneres Erleben gut spüren können. So kann sie bemerken, was das Kind in ihr auslöst und wie sie gefühlsmäßig zu ihm steht. Nur dann, wenn die Therapeutin wirklich offen zu sich selbst sein kann, sie kongruent in der Beziehung mit dem Kind ist, kann sie dem Kind als ganze Person gegenüberreten, und ihm aus ihrer Betroffenheit und ihrem Erleben heraus antworten.

In der Analyse meiner emotionalen Reaktionen merke ich, wie sehr meine Wertschätzung für Robert momentan leidet. Ich bin ziemlich wütend auf ihn und will die beiden Autos zurück haben, besonders weil auch andere Therapiekinder sehr gerne damit spielen und ich ihnen erklären muss, dass sie verschwunden sind. Ich bin auch wütend auf mich selbst, da ich mich so leicht habe austricksen lassen. Ich mag das Gefühl nicht, die „Blöde“ zu sein. Das ist unangenehm und ich bemerke in mir die Tendenz, dieses Gefühl schnell wieder beiseite zu schieben. Ich weiß, dass ich empfindlich darauf reagiere, belogen und für eigene Zwecke benutzt zu werden. Hier wird eine alte Verletzungsgeschichte bei mir aktiviert, die ich gut kenne, die aber mit sehr unangenehmen Gefühlen verbunden ist. Ich versuche nun, meine eigene Geschichte, meine eigenen Gefühle und die Beziehung und das Geschehen mit Robert auseinander zu halten. So kann ich meinen Ärger dazu nutzen, besser zu verstehen, was sich zwischen Robert und mir auf der Beziehungsebene abspielt. Warum belügt er mich? Was wünscht er sich von mir, das er derzeit nur über seinen Diebstahl ausdrücken kann?

Mir wird bewusst, dass meine bisherigen verbal-empathischen Verstehensversuche, als Reaktion auf seinen Wunsch, Spielsachen mitzunehmen, für Robert zu kurz gegriffen haben. In diesem Punkt verstehe ich ihn noch nicht oder übersehe etwas Wichtiges. Kinder gehen erst dann einen Schritt weiter, wenn sie voll und ganz in ihrem Erleben verstanden wurden. So gesehen ist das Einstecken des Autos ein Ausdruck davon, dass ich etwas Wesentliches bei Robert noch nicht verstanden oder gespürt habe. Wahrscheinlich muss ich noch genauer und verständnisvoller auf seine Wut und Verzweiflung eingehen, wenn seine Wünsche nach Mitnehmen von Spielsachen nicht erfüllt werden.

3.3 Erste Verstehenshypothesen

Robert ist ein sehr bedürftiges Kind, dies zeigt sich unter anderem in seinem dringenden Bedürfnis, Spielsachen mitnehmen zu wollen. Wenn diese Wünsche nicht verstanden und erfüllt werden, ist er völlig verzweifelt, gerät außer sich und reagiert in der Folge mit massiver Aggression, wenn auch seine Verzweiflung nicht verstanden wird. Daher muss ich einerseits darauf achten, Robert in seiner Verzweiflung wirklich anzunehmen und andererseits auf seine hohe Bedürftigkeit besser eingehen.

4. Arbeit mit den Bezugspersonen

Vor der 7. Stunde erhalte ich einen Anruf der Bezugsbetreuerin, dass Robert mit einem größeren Kind seiner Gruppe über Nacht verschwunden sei, beide Buben seien stehlen gegangen. Robert sei auch aus der Schule davongelaufen und die Institution überlege ernsthaft, ob sie ihn noch in der Einrichtung behalten könne.

Ich spreche Robert in der Stunde darauf an, teile ihm mit, was die Bezugsbetreuerin mir erzählt hat. Er meint, er hätte das getan, weil er im Heim nicht genug spielen darf.

4.1 Bezugspersonenarbeit als wesentlicher Bestandteil von Kindertherapien

Die Arbeit mit den Bezugspersonen des Kindes ist ein wesentlicher Teil von Kindertherapien. Da die Mutter von Robert den Kontakt zu mir ablehnt, habe ich von Beginn der Therapie an regelmäßigen Kontakt zur Bezugsbetreuerin von Robert. Diese Gespräche dienen einerseits dazu, für mich wichtige Informationen zu bekommen, andererseits geht es darum, die Bezugspersonen dabei zu unterstützen, mehr Verständnis für das Kind zu entwickeln.

In dieser Therapiephase sind meinerseits auch Gespräche mit der pädagogischen Leitung der Institution notwendig, um den drohenden „Hinauswurf“ von Robert aus der Institution zu verhindern.

4.2 Transparenz gegenüber dem Kind

Wenn ich Informationen über ein Therapiekind erhalte, teile ich diese dem Kind mit. So vermeide ich den Eindruck, dass ich Geheimnisse mit den Erwachsenen habe und brauche auch meine Informationen vor dem Kind nicht zu verheimlichen, was unsere Beziehung beeinträchtigen würde.

5. Halt geben: Klare Grenzen sind wichtig

Bei einem Spiel mit kleinen Ritterfiguren steckt Robert die Artusfigur ein und will sie nicht mehr hergeben. Erst nachdem ich mehrmals sage, wie schwer es für Robert sein muss, etwas zu sehen, das ihm gefällt und es dann nicht haben zu können, kann Robert die Figur wieder aus seiner Hosentasche „herauszaubern“. Er nimmt daraufhin die Pistole, erschießt mich, und nimmt dann noch die Schwerter, um mich zu köpfen. Er sagt: „So kannst du nicht sehen, wenn ich etwas nehme“. Ich sage: „Ah, du möchtest nicht, dass ich es merke, wenn du etwas einsteckst.“ Dann will Robert verstecken spielen und ich sage ihm, dass ich in den letzten Stunden bemerkt habe, wie sehr ihn das Versteckspiel verleitet, etwas von mir einzustecken und dass ich das Spiel deshalb nicht mehr mit ihm spielen will, um ihm zu helfen, nichts mehr bei mir einzustecken. Robert reagiert darauf ärgerlich, aber irgendwie auch erleichtert. Er sagt: „Das ist gemein!“, wirkt aber gleichzeitig nicht mehr so fahrig und etwas ruhiger auf mich. Daraufhin schlage ich Robert vor, gemeinsam einen Pudding zu kochen, den wir dann auch essen können. Robert ist begeistert: „Das muss ich unbedingt im Heim erzählen“, und gesteht mir dann, dass er noch ein paar Dinge von mir in den letzten Stunden eingesteckt hat. Er will mir zwar nicht sagen, was es ist, verspricht aber, mir diese Dinge beim nächsten Mal mitzubringen.

Am Ende der Stunde umarmt Robert mich kurz und ich bleibe mit dem Gefühl zurück, dass ich mit meinen Handlungen Robert erstmals wirklich voll und ganz erreicht habe, und auch etwas Essentielles von ihm verstanden habe.

5.1 Umgang mit Grenzsetzungen

Klare Grenzen sind wichtig in der Therapie. Sie schaffen Sicherheit, Orientierung und Vertrauen und ermöglichen die gegenseitige Achtung von Kind und Therapeutin. Grenzen sollen aus Achtung und Verantwortung für den anderen heraus gesetzt werden und nicht nur zur Bewältigung der eigenen Angst. Damit bleibt Spielraum für Nähe und Distanz (vgl. auch Axline, 1990, S. 127; Weinberger, 2001, S. 209 ff, Wakolbinger, 2009, S. 72 ff, Hüsson, 2009, S. 258).

5.2 Grenzsetzungen helfen

In diesem Fall hat meine klare Grenzsetzung uns beiden geholfen, mehr Vertrauen und gegenseitige Achtung zu entwickeln. Mir hilft diese klare Grenze, wieder wertschätzend für Robert da zu sein. Es gelingt mir gut, zu verstehen, dass Robert hinter Lügen und Stehlen seine hohe Bedürftigkeit verbirgt, und dies jene Verhaltensweisen sind, die er entwickelt hat, um überleben zu können. Mein Gefühl, Robert erstmals wirklich in seinem Inneren berührt zu haben, hilft mir, mich besser einfühlen zu können, wie es im Inneren von Robert aussehen könnte.

Auch in verschiedenen anderen Situationen merke ich, wie wichtig klare Grenzen für Robert sind. Ein gutes Beispiel dafür ist meine Zuckerldose. Robert hat sie sehr schnell entdeckt, und in den ersten Stunden hatten wir immer wieder die Diskussion, ob er mehr als ein Zuckerl haben kann. Die Regel lautet jedoch: ein Zuckerl pro Therapiestunde. Versuchsweise habe ich ihm einmal zwei Zuckerln erlaubt, als er in einer der ersten Stunden sehr heftig darum bettelte. Das Resultat war, dass Robert den Rest der Stunde wieder haltloser und fahriger wurde, und ich sehr schnell erkannt habe, wie wichtig meine Festigkeit und ruhiges Betonen der Regel: „Ein Zuckerl pro Therapiestunde“, für ihn ist. Eine weitere Regel, die ich für Robert gefunden habe, lautet: „Du darfst eine Packung Milch pro Therapiestunde verbrauchen“. Wenn wir gemeinsam Pudding kochen und nachher essen, bestehe ich darauf, dass ich meine 2 Portionen auch wirklich selbst esse und sie nicht an ihn abgebe, auch wenn er noch so bettelt und sagt, er habe Hunger. Bis heute ist das gemeinsame Pudding kochen wichtig für Robert. Heute kann ich ihm sagen: „Nein, das glaube ich nicht, dass du Hunger hast, ich glaube, du bist einfach nur gierig auf meine Portion“ – und Robert grinst daraufhin.

Gerade in solchen, manchmal fälschlicherweise als „Nebenschauplatz“ oder als „nicht therapeutisch“ verstandenen Situationen, zeigt sich, ob die Therapeutin wirklich präsent ist und sich

als kongruentes Gegenüber zeigt. In Kindertherapien passiert es meiner Ansicht nach durch die vorherrschende Handlungsebene leichter, nicht ganz genau und gut überlegt zu reagieren, sondern z. B. auch einmal zu schnell etwas zu erlauben. Aber es ist die Herausforderung an die Therapeutin, „... nicht „nachzugeben“ und dem Klienten die Konfrontation mit „dem Anderen“ zu ersparen, nicht das Objekt dessen zu werden, wie der Klient die Beziehung anlegt, „designt“, in Szene setzt. Es geht darum, nicht vom Klienten dazu verwendet zu werden, die Begegnung zu vermeiden, indem allfällig zugewiesene Rollen übernommen werden.“ (Schmid, 2008, S. 25). Nur wenn die Therapeutin auch in vermeintlich „nebensächlichen“ Situationen achtsam und im Sinne des therapeutischen Auftrags handelt, nämlich unmittelbar gegenwärtig zu sein und ein verlässliches Gegenüber zu bieten, kann sie ein durchgängiges Beziehungsangebot zur Verfügung stellen, das seine heilsame Wirkung entfalten kann.

6. Selbstwertbedrohliche Erfahrungen und Abwehrverhalten

In der nächsten Stunde will Robert zu Beginn Mikado spielen. Aber er erträgt es überhaupt nicht, wenn ich auch nur annähernd so gut bin wie er, sofort zählt er falsch oder beendet das Spiel. Danach erschießt er mich kurz mit der Pistole und ich verstehe, dass er eigene Unzulänglichkeiten sofort mit Aggressionen bekämpft. Er muss mich dann töten, mich ausschalten. Danach spielen wir Baby, Robert setzt sich mit Schnuller in den Puppenbuggy und ich fahre ihn herum. Er genießt es, dass ich wie mit einem ganz kleinen Kind mit ihm spreche und ihn herumkutschiere. Danach sehen wir Bilderbücher für kleine Kinder an und ich lese Robert vor. Gegen Ende der Stunde hilft Robert mir erstmals, aufzuräumen und verrät mir, wo er das blaue Rennauto versteckt hat, das mir seit vier Stunden fehlt.

6.1 Einfühlung der Therapeutin

In dieser Stunde habe ich gespürt, wie verletzlich Robert ist, wie schnell er sich bedroht und ohnmächtig fühlt und dann Grenzen verletzt, um sich wieder mächtiger und stärker fühlen zu können. Von seiner Bezugsbetreuerin weiß ich, dass Robert im Heim von vielen Kindern abgelehnt wird. Teilweise haben diese Kinder Angst vor ihm, und darauf ist Robert stolz. Es ist ihm wichtig, dass er sich nichts von anderen gefallen lässt, immer wieder erzählt er mir davon, wie er sich mit größeren Burschen „anlegt“, auch wenn sie stärker sind als er. Auch von den Bezugsbetreuern lässt er sich nichts gefallen, wenn er sich ungerecht behandelt fühlt, verweigert er die an ihn gestellten Anforderungen, und nimmt die Konsequenzen in Kauf. In diesen Situationen wünscht sich Robert von mir, dass ich anerkenne, wie mutig er ist, wie er sich absolut nichts gefallen lässt.

Gerade aggressive Kinder müssen Erfahrungen von Verletzlichkeit oder Schwäche abwehren. Sie haben ein sehr geringes Selbstwertgefühl und müssen daher ihre Interessen aggressiv durchsetzen (vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 227). So ist es für Robert sehr bedrohlich, sich schwach oder unfähig zu fühlen. D. h. ganz konkret, im Spiel zu verlieren, bedroht ihn massiv. Er hat in solchen Situationen keine andere Möglichkeit, als aggressiv zu reagieren und sein Gegenüber auszuschalten.

Immer wieder gibt es Sequenzen, wo Robert aus einem Spiel heraus mich persönlich tätlich angreifen, schlagen oder absichtlich verletzen will. Hier versuche ich, sehr schnell zu reagieren, indem ich z. B. sage: „Ich merke, du hast jetzt große Lust, mir in echt eine drüberzuhauen. Das geht nicht, hier ist die Regel: Wir tun einander nicht weh. Du kannst dafür den großen Bären nehmen“, oder „ich hänge dir dafür den Boxsack auf“.

6.2 Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen

Bei Kindern, die zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten neigen, „... hat sich eine erhöhte Gewaltbereitschaft als stabile Form der Weltbegegnung herausgebildet, die als stabiler Anteil des Selbstkonzepts handlungsleitend ist“ (Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 222).

Ich merke, wie wichtig mein konsequentes Verhalten und mein ruhiges und bestimmtes Einfordern von Grenzen ist. Robert ist zwar deshalb manchmal ärgerlich, aber er wird mit der Zeit ruhiger und fühlt sich sichtlich sicherer bei mir.

„Infolge früher Beziehungserfahrungen – vor allem Erfahrungen von fehlender Regelmäßigkeit, die zu unsicheren Bindungsrepräsentationen führen, fehlender Unterstützung bei der Affektregulation und fehlenden Selbstwirksamkeitserfahrungen – kommt es zu einer verzerrten Symbolisierung von Erfahrungen im Selbstkonzept. Folge und Ausdruck hierfür sind eine „aggressiv gepolte“ Fremd- und Selbstwahrnehmung, eine unzureichende Selbststeuerung und ein geringes Selbstwert(erleben) ...“ (Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 234). Fröhlich-Gildhoff nennt Wertschätzung und Konfrontation der Therapeutin als jene wesentlichen Variablen, um Kindern mit aggressiven Verhaltensweisen die Möglichkeit zu neuen Beziehungserfahrungen zu geben.

Robert kann Regelspiele eigentlich nicht spielen, auch wenn er sich offensichtlich immer wieder darum bemüht. Ich verstehe in der Zwischenzeit sehr gut, dass bei drohendem Verlieren sofort direkt sein Selbstwertgefühl betroffen und seine gesamte Person in Frage gestellt ist, was er nicht erträgt und dann massiv aggressiv reagiert. Ich verstehe auch, dass es Robert hilft, sich kurzfristig besser zu fühlen, wenn er nach einer für ihn frustrierenden Situation oder Erfahrung mich erschießt oder tötet. Ein Kind, das destruktive Verhaltensweisen zeigt, ist im Grunde „... ein Kind, das tief in seinem Inneren sehr zornig ist, sich zurückgewiesen, unsicher, ängstlich und verletzt fühlt und oft nur ein schwach ausgeprägtes

Selbstgefühl besitzt. Auch hat es eine sehr schlechte Meinung von dem Teil seines Selbst, den es kennt“ (Oaklander, 1992, S. 258).

Ich bemühe mich daher, Robert mehr Erfahrungen zu ermöglichen, die nicht frustrierend sind, sondern selbstwertstärkend. Gleichzeitig versuche ich, ihn dabei zu unterstützen, zu lernen, bei frustranen Erfahrungen auch anders als mit Aggression zu reagieren. Ich strenge mich bei Regelspielen nicht sonderlich an, damit Robert gewinnen kann oder ich schlage Regelveränderungen vor, sodass es mehr um ein gemeinsames Punkte sammeln geht. Dies hilft ihm einerseits zwar, andererseits will Robert sich wirklich mit mir messen.

Nach ein paar Wochen beginnen wir, miteinander Fußball zu spielen, und fast 2 Jahre lang spielen wir jede Therapiestunde eine Sequenz Fußball miteinander. Hier ist Robert wirklich gut, ich muss mich anstrengen, damit ich ihm auch Tore schießen kann, und Robert genießt auch kleine Rangeleien mit mir, wenn wir um den Ball kämpfen. Immer wenn ich ihm ein Tor schieße oder er nicht gleich einen Treffer bei mir landet, braucht er einen Schluck Milch aus der Babyflasche, um „Kraft zu kriegen“, um „wieder stark zu sein“ und um durchzuhalten. Mit der Zeit helfen auch Tiere mit, nicht gleich aufzugeben, wenn er mal keinen Treffer landet. Hier, beim Fußballspielen, gelingt es Robert erstmals nach einem Therapiejahr, es zu ertragen, dass ich gleich viele Tore schieße und zu sagen: „Du bist echt gut im Fußball“.

7. Regressive Bedürfnisse

Mir wird immer klarer, dass es für Robert ganz wichtig ist, dass ich ihm einerseits festen Halt und klare Grenzen biete, andererseits aber genug Raum und Möglichkeiten zur Verfügung stelle, damit er seine regressiven Bedürfnisse befriedigen kann.

Da Robert ein Kind ist, das zuwenig an feinfühligem Eingehen auf seine Bedürfnisse in den ersten Lebensjahren erfahren hat, ist auch ein „nachholen können“ in der Therapie wichtig. In verschiedenen Studien hat sich Feinfühligkeit als die wichtigste Variable mütterlichen Verhaltens für sichere Bindung und gesunde kindliche Entwicklung erwiesen (vgl. auch Schmücker/Buchheim, 2002, S. 182; Grossmann/Grossmann, 2002, S. 299).

Robert spielt sehr gerne regressive Spiele. Er kann in diesen Situationen mein Beziehungsangebot voll und ganz annehmen, wenn ich sehr einfühlsam darauf reagiere, was er genau jetzt braucht, sei es eine Decke um sich zuzudecken, die Flasche um zu trinken oder das Kuschneln beim Vorlesen. In diesen Situationen wächst das Vertrauen zwischen uns und ich spüre, dass hier das voll und ganz angenommen sein für Robert essentiell ist.

8. Bindungsbeziehung

Kommen und gehen sind im ersten Therapiejahr schwierige Situationen für Robert. So versteckt er sich am Beginn der ersten Therapiestunden öfters in einer Ecke im Wartezimmer und hat die Jacke über den Kopf gezogen. Wie soll ich darauf reagieren? Wie einen Kontakt zu ihm herstellen? Ich versuche es auf verschiedene Art und Weise: Zuerst setze ich mich neben ihn auf den Boden und warte einfach ab, was passiert. Aber das hilft Robert nicht weiter. Dann berühre ich ihn und sage: „Hallo, Robert, fein dass du da bist“, aber auch darauf bekomme ich keine Reaktion von ihm. Erst als ich auf seinem Rücken klopfte und sage: „Hallo, da ist die Christine, ist da jemand zuhause?“, reagiert Robert, grinst, springt auf und läuft ins Therapiezimmer. Manchmal sieht Robert Micky-Maus-Hefte an und reagiert nicht auf mich. Er begrüßt mich nicht und sieht mich nicht an. Ich versuche, Kontakt zu ihm herzustellen, indem ich mich zu ihm setze, mit ihm ins Heft schaue, manchmal einen Kommentar zu den Bildern gebe und warte, bis er bereit ist, von sich aus Kontakt zu mir aufzunehmen. So ist es Robert möglich, mit mir über das Micky-Maus-Heft in Kontakt zu treten und wir gehen in der Folge nach einigen Minuten ins Therapiezimmer.

Auch das Gehen ist oft schwierig für Robert. Manchmal will er einfach nicht gehen, weil wir gerade ein tolles Spiel spielen, er unbedingt noch etwas tun muss und sich schwer trennen kann. Die Ankündigung, dass die Stunde in fünf Minuten zu Ende ist, greift bei ihm zu kurz. Gerade dann, wenn es ihm nicht so gut geht, ist das Beenden der Therapiestunde besonders schwierig. Vor drei Jahren habe ich ihm in solchen Momenten angeboten, ihn auf meinem Rücken hinauszutragen, in der Zwischenzeit ist er mir aber zu schwer geworden. Also ziehe ich ihn an den Beinen hinaus, und das ist ein lustvolles Spiel zwischen uns geworden. Wir plaudern dann noch, während Robert sich die Schuhe anzieht. Robert wünscht sich manchmal, dass ich ihm die Schuhe anziehe, was ich jedoch ablehne. Ich reiche sie ihm lieber zu, sie ihm auch anzuziehen, wäre mir zuviel. Zum Abschied gibt es eine kurze Umarmung oder ein Aufeinanderklatschen der Hände, früher hat er immer noch von der Haustüre unten ein „Tschüss“ in die Gegensprechanlage gerufen. Diese Rituale helfen Robert, die für ihn immer wieder schwierige Abschiedssituation zu meistern.

8.1 Überlegungen zur Bindung

Anhand des Verhaltens eines Kindes beim Erstkontakt, beim Begrüßen und Verabschieden lassen sich oftmals gute Rückschlüsse auf das Bindungsmuster und Bindungsverhalten des Kindes ziehen. Dieses Bindungsverhalten wird in unsicheren Situationen aktiviert. Erst wenn eine Situation sicher für ein Kind geworden ist, kann Explorationsverhalten stattfinden (vgl. Ainsworth & Bell, 1974). Dann wird durch die Anwesenheit einer stabilen Bindungsperson, durch ihr feinfühliges und reflektiertes „Begegnen“, die gesunde Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten ermöglicht

(vgl. auch Gahleitner, 2008, S. 48). In den seltensten Fällen haben es Therapeutinnen in der Kindertherapie mit sicher gebundenen Kindern zu tun. Es ist ihre Aufgabe, den Kindern eine verlässliche Beziehung und eine sichere Bindung anzubieten, die dann nur allzu oft getestet und auf ihre Verlässlichkeit hin überprüft wird. Kinder treten mit ihrem Bindungsmuster, Bindungsverhalten und Bindungserwartungen mit der Therapeutin in Interaktion. Deren Aufgabe ist es nun, so auf das Bindungsverhalten des Kindes einzugehen, dass es neue, emotional korrigierende Erfahrungen machen kann und in der Folge immer mehr an Bindungssicherheit und sicherer Basis zwischen der Therapeutin und dem Kind entsteht. Erst wenn es ihr gelungen ist, mit ihrem Beziehungsangebot eine bedeutsame andere Person für das Kind zu sein, können innere Erfahrungen neu strukturiert werden. Dies ist nur möglich, indem die Therapeutin auf das oft sehr schwierige Beziehungsangebot und agierende Bindungsverhalten eines Kindes einfühlsam verstehend und wertschätzend reagiert. Dazu ist es notwendig, dass die Therapeutin ihr eigenes Bindungsmuster gut kennt und auch gut einschätzen kann, welche Gefühle bei den Kindern in bindungsrelevanten Situationen von ihr verstanden werden wollen⁵.

8.2 Bindungsverhalten von Robert

Bei Robert kann ich klar erkennen, dass Angst und Abwehr beim Kommen und Kummer und Protest beim Gehen jene Gefühle sind, die von mir empathisch verstanden und bedingungslos positiv beachtet werden sollen. Robert ist ganz zu Beginn völlig problemlos und freudig mit mir ins Therapiezimmer gegangen, obwohl er mich überhaupt nicht kannte. Er hat, ohne mich besonders zu beachten, sofort mit der Exploration des Zimmers begonnen. Dies war ein deutlicher Hinweis auf einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil, der dann entwickelt wird, wenn das Kind in Belastungssituationen zurückgewiesen wurde und keine verlässliche Unterstützung erlebt hat. Solche Kinder lernen, ihre Ängste in Angst auslösenden Trennungssituationen nicht mehr zu spüren, indem sie als Vermeidungsstrategie z. B. ständiges Explorationsverhalten zeigen.

9. Wertschätzung: Magst Du mich wirklich?

Immer wieder fragt mich Robert, ob er nicht ausnahmsweise etwas vom Therapiezimmer mitnehmen kann. Er versucht mir glaubhaft und eindringlich zu versichern, dass er diesen Gegenstand (ein Schwert, einen Ring, ein Auto etc.) ganz dringend braucht. Er hat in den letzten Stunden nichts mehr heimlich eingesteckt, im Gegenteil, manchmal bat er mich, mich neben ihn zu stellen, damit er beim Kramen in der Autoschachtel oder der Schachtel mit den

kleinen Figuren nichts einsteckt. Als er mich wieder einmal fragt und danach wissen will, was andere Kinder bei mir spielen und ob diese Spiele lustiger für mich sind, verstehe ich plötzlich, worum es Robert geht. Er will wissen, ob er wirklich wichtig für mich ist, ob ich ihn ehrlich mag.

9.1 Ausdruck von Wertschätzung

Ich weiß, dass gerade sehr verhaltensauffällige Kinder eigentlich immer mit einem grundlegenden Gefühl der Minderwertigkeit kämpfen, das sie um jeden Preis mit auffälligem Verhalten zu überspielen versuchen. Robert hat weder Erfolgserlebnisse in der Schule, noch gibt es ein gutes Miteinander im Heim für ihn. Seine Mutter besucht Robert nur selten und unverlässlich im Heim und auch damit kämpft Robert sehr. Er idealisiert seine Mutter sehr stark und kann es nicht ertragen, wenn Betreuer etwas Negatives über sie sagen. Gleichzeitig reagiert er mit heftigen aggressiven Ausbrüchen bei nichtigen Anlässen, wenn sie wieder einmal nicht zum vereinbarten Termin am Wochenende zu Besuch gekommen ist. Dies alles verstehend, versuche ich, auf der Handlungsebene darauf einzugehen. Ich bereite für die nächste Therapiestunde eine Schachtel mit verschiedenen Dingen (Rennauto, Bärenbruder, Flugzeug, Batman, Buzz Lightyear) vor. Robert freut sich riesig, als ich ihm erkläre, dass diese Schachtel hier bei mir nur für ihn da ist, nur er damit spielen darf und wir die Schachtel dann bis zur nächsten Stunde im Kasten verstecken. Er legt noch einen Ring von sich aus dazu und viele Stunden lang holt er die Schachtel, wenn auch nur kurz, hervor, überprüft, ob alles noch da ist und spielt mit „seinem Schatz“.

10. Achtung und Respekt

Robert versucht immer wieder, mich von Beginn der Stunde an herumzukommandieren, mir Befehle zu erteilen, z. B.: „Bring mir die Milch!“, „Zieh mir die Schuhe aus!“ etc. Ich merke, dass dies sehr unangenehme Gefühle in mir auslöst und beginne, sehr genau zwischen Realebene und Spielebene zu unterscheiden. So sage ich z. B.: „Du möchtest mich heute herumkommandieren. Wir können gerne spielen, dass du der König bist und ich deine Dienerin“.

10.1 Etablierung von Respekt

Ich merke, wie wichtig mir die klare Trennung von Realebene und Spielebene in der Beziehung mit Robert ist. Auf der Spielebene macht es mir nichts aus, herumkommandiert, schikaniert und schlecht behandelt zu werden. Ich kann dann gut meine Gefühle von Unterlegenheit, Ohnmacht und Ausgeliefert-Sein verbalisieren, und Robert kann es genießen, in diesem Spiel der Stärkere und Mächtigere zu sein.

⁵ Zum Thema der eigenen Bindungssicherheit vgl. Höger, 2007, wo sich sehr fundierte Anregungen zum Bindungsmuster von Therapeutinnen finden lassen.

Aber auf der Realebene möchte ich, dass wir beide respektvoll miteinander umgehen und uns gegenseitig achten können. Robert ist anfangs irritiert davon, manchmal auch ärgerlich, wenn ich diese Unterscheidung der Ebenen vehementer einfordere. Aber es hilft ihm mit der Zeit, selbst klarer und strukturierter zu werden und damit auch mehr an Ruhe zu gewinnen. Damit ist es uns möglich, in intensiven Spielen an Themen wie Macht, Ohnmacht, Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit zu arbeiten.

11. Wachsen in der Begegnung

Über eine lange Strecke im Therapieprozess geht es um das Selbstwertgefühl von Robert. Er hat eine zutiefst schlechte Meinung von sich selbst, er hält sich im Grunde für absolut wertlos und unnützig. Wenn er jedoch auch nur ein bisschen Gefahr läuft, diese tiefe Minderwertigkeit zu spüren, reagiert er mit aggressivem, hyperaktivem Verhalten. Dies ist sein Schema der Alltagsbewältigung. Nichts ist bedrohlicher für ihn als dieses „ich bin scheiße“, wie er es im zweiten Therapiejahr manchmal von sich selbst sagt, zu spüren. Indem ich Robert im ersten Therapiejahr bei Spielen gewinnen lasse, ihn schummeln lasse, nähre ich seine fragile Selbststruktur. Aber Robert braucht mehr an selbstwertstärkenden Erfahrungen. Immer wieder sucht er die Bestätigung von mir, überprüft mich, ob er mir wirklich etwas wert ist. Dies zeigt sich im Nachsehen, ob „seine Milch“ da ist, ob alle Gegenstände in „seiner Schachtel“ sicher verwahrt sind, oder an seinem Geburtstag, wo er sichtlich völlig überrascht ist, dass er den gewünschten Wilde-Kerle-Fußball wirklich von mir geschenkt bekommt. Immer wieder spielen wir Versorgungsspiele, wo Robert ein Baby ist und sich von mir verwöhnen lässt. Manchmal bettelt und jammert er, wie arm er denn sei, dass er kein zweites Zuckerl haben kann. Dieses Verhalten war bisher seine Strategie, um sich wertvoll zu fühlen, nämlich viel von anderen Menschen zu bekommen. Er ist dann jedoch sichtlich beruhigt, wenn ich klar und deutlich antworte: „Nein, du weißt, das ist gegen die Regel“. Es ist nicht so leicht für Robert, dieses tief verwurzelte negative Selbstbild von sich zu verändern. Dabei helfen ihm taktile und motorische Erfahrungen, wie Fußball zu spielen, mit dem Boxsack zu kämpfen, Sand zu spielen oder mit Knete zu arbeiten, sich selbst mehr zu spüren und damit sein Selbstwertgefühl langsam zu steigern.

12. Arbeit am Trauma

Immer wieder erschreckt mich Robert in den Therapiestunden, sei es ganz überraschend mitten in einem Spiel, indem er „Huh!“ macht, oder indem er vor ins Therapiezimmer läuft, sich hinter der Tür versteckt und mich erschreckt, wenn ich hineingehe. Meine Verbalisierungen, wie: „Du erschreckst mich gerne“, oder „Es macht dir

Spaß, mich zu erschrecken“ etc. greifen zu kurz und sind irgendwie unbefriedigend für uns beide.

12.1 Überlegungen zu manchmal unverständlichen Verhaltensweisen

Immer wieder verstehe ich als Therapeutin nicht sofort oder auch über einen längeren Zeitraum nicht, was ein Kind mit einem speziellen Verhalten oder einem Spiel ausdrücken will. Aber ich habe im Laufe meiner jahrelangen Tätigkeit gelernt, dass jede Verhaltensweise, so komisch und befremdlich sie auch für mich sein mag, immer einen Sinn für das Kind hat und nie etwas nur zufällig passiert. Daher kann ich auch für sehr seltsame und manchmal mühsame oder ärgerliche Verhaltensweisen von Kindern Verständnis aufbringen und sie nicht nur als Provokation oder Ärgernis erleben.

Robert bemüht sich sichtlich, mich wirklich zu erschrecken und zu überraschen, das verstehe ich. Aber was möchte er mit seinem Verhalten noch ausdrücken? Lange Zeit verstehe ich den tieferen Sinn seines Verhaltens nicht. Erst im zweiten Therapiejahr gibt es eine Sequenz, wo ich das Gefühl habe, hier geschieht ein weiterer essentieller Schritt.

Ich komme gerade mit einer Klientin aus dem Erwachsenentherapiezimmer und will sie verabschieden. Robert hat sich heimlich aus dem Wartezimmer zur Tür des Erwachsenentherapiezimmers geschlichen und schreit: „Huh!“. Ich erschrecke fürchterlich, weil ich ihn nicht gesehen habe und meine spontane Reaktion sieht so aus, dass ich ihn in den Arm nehme, beutle und sage: „Ma, du Lauser, mich so zu erschrecken, Wahnsinn!“ Robert lacht und freut sich riesig, dass es ihm endlich gelungen ist, mich ordentlich zu erschrecken; und ich bin froh, dass die Klientin, mit der ich gerade aus dem Therapiezimmer gekommen bin, eine Ausbildungskandidatin ist, die über diese Situation nur herzlich lacht. In der Therapiestunde mit Robert spreche ich diese Situation dann an und sage, dass es ihm diesmal wirklich gelungen ist, mich ordentlich zu erschrecken. Er meint, dass er froh ist, dass ich darüber nicht böse bin und gelacht habe. Ich sage: „Ja, das ist nicht immer so, wenn man jemanden erschreckt, dass diese Person dann lacht“. Robert nickt, ist plötzlich sehr ernst, sagt aber nichts weiter dazu. Einige Stunden später wird mir dann klar, was Robert hier bearbeitet hat, als wir uns in einem Spiel (wir sind Brüder) anschleichen und den Vater erschrecken, der auf dem Sofa liegt. Roberts Vater muss damals auf das erschreckt werden durch die Kinder mit heftiger Wut reagiert und die Kinder wahrscheinlich verprügelt haben.

Gerade schwer traumatisierte Kinder zeigen manchmal irritierende Verhaltensweisen. Nachdem sich Sicherheit im Therapiezimmer etabliert hat, das Kind sich verstanden und angenommen fühlt, kommt es zur Bearbeitung der ursprünglichen Traumata. Oft geschieht das symbolisch in einem Spiel. Kinder symbolisieren nicht

sprachlich wie Erwachsene, sondern indem sie handelnd im Spiel ihren inneren Impulsen, Anmutungen, Affekten und Zuständen folgen. Mit diesem Wissen von der Vielfalt von Symbolisierungsprozessen gelingt es der Therapeutin besser, geduldig zu bleiben, auch mit sich selbst, und darauf zu vertrauen, dass Entwicklung stattfindet, auch wenn sie nicht gleich immer alles versteht. Ihr Bemühen und Ringen um Kontakt und um Beziehung trägt, neben ihrem Verständnis und ihrer Empathie, die gemeinsame Arbeit und ist für das Kind spürbar und wichtig. Kinder wiederholen ihre Verhaltensweisen immer wieder, spielen ein Spiel so lange, bis die Therapeutin endlich versteht und es dadurch einen Schritt weitergehen kann und Symbolisierung stattfindet. Hier zeigt sich die ungeheure Kraft der Aktualisierungstendenz.

Robert hat mir mit seinem unermüdlichen Bemühen, mich zu erschrecken, zeigen wollen, wie sehr er sich in seinen frühen Jahren ausgeliefert gefühlt haben muss, wie unberechenbar und unzuverlässig er seine Bezugspersonen erlebt hat.

13. Etablierung von Gegenseitigkeit: Wir beide gemeinsam

Jetzt, im dritten Therapiejahr, geht es hauptsächlich um die Aufarbeitung der ursprünglichen Traumata von Robert. Immer wieder spielen wir Kampfszenarien, in denen es darum geht, sich selbst schützen zu können und beschützt zu werden. Drache und Bärenbruder helfen im Kampf und in der Zwischenzeit kämpfen wir Seite an Seite gegen diverse Feinde. Robert muss nicht mehr, so wie zu Beginn der Therapie, der Aggressor sein, um überleben zu können. Wichtig für ihn ist dabei, dass er, wie eine Kollegin in der Intervention so schön ausdrückte, „... eine Therapeutin hat, die ihn schützt und die sich selbst gut schützen kann. Nur so kann man mit ihr gemeinsam an den Ort des Grauens gehen“. Ein gutes Beispiel dafür ist folgende Sequenz:

Ich stehe in der Küche und bin gerade dabei, den Pudding umzurühren. Robert geht ins angrenzende Kindertherapiezimmer, nimmt zwei Kasperlfiguren und lässt sie beide miteinander spielen. Plötzlich verändert er seine Stimme und sagt: „Na, Arschloch und Missgeburt, jetzt bring ich euch um!“ und beginnt, auf die zwei Figuren einzuschlagen. Ich reagiere darauf folgendermaßen: „Heast Oida, lass die Kinder in Ruh’!“. Daraufhin wirft Robert die Figuren weg, beginnt heftig zu lachen, kommt zu mir in die Küche, umarmt mich und meint: „Du bist echt toll, ich komme so gerne zu dir“.

Heute kann Robert z. B. beim Unospiel auch verlieren. Er wirft zwar die Karten weg und ärgert sich heftig, aber er erträgt es, nicht immer zu gewinnen. Im Sinne des dynamischen Widerstandes und des Haltgebens lasse ich ihn auch nicht mehr so wie früher gewinnen,

sondern spiele mit vollem Einsatz. Ich kann mich selbst als Person Robert mehr zumuten. Zwischen uns hat sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt. Robert hat gelernt, auf der Realebene respektvoll mit mir umzugehen, was sich z. B. in „bitte“ und „danke“ mir gegenüber äußert. Er hat gelernt, sich selbst mehr zu schätzen. Er kann nun unter anderem wirklich stolz sein auf sein fußballerisches Talent und spielt in der Zwischenzeit auch tatsächlich in einem Verein. Er kennt seine schwachen Seiten und weiß, dass er in manchen Dingen wirklich nicht gut ist, aber er reagiert darauf nicht mehr mit aggressiven Ausbrüchen. In den nächsten Monaten wird der Abschied auf uns zukommen. Ich weiß, dass ich gerade bei Robert diese Phase behutsam gestalten muss, aber ich weiß auch, dass Robert es schaffen wird, sich gut von mir zu trennen.

14. Schlussbemerkung

Ich lerne aus jeder Begegnung, und eigentlich am meisten von den sehr beeinträchtigten und traumatisierten Menschen. Bei Robert berührt mich sein unbändiger Lebenswille sehr, der ihn auch die schlimmsten Dinge auf seine Art und Weise bewältigen und in seiner Entwicklung weitergehen ließ. Ich habe sehr um die Beziehung zu ihm gekämpft, denn er hat mich immer wieder mit seinen Verhaltensweisen an meine persönlichen Grenzen gebracht. Aber wir haben beide nicht aufgegeben, Robert nicht, der bislang keine einzige Stunde versäumt hat und mir stundenlang geduldig seine Verhaltensweisen gezeigt hat, bis ich endlich verstanden habe. Auch ich habe ihn nicht aufgegeben und ihn nicht als untherapierbar, asozial und delinquent abgeschoben. In meinem Bemühen, immer wieder eine hilfreiche Beziehung zu Robert herzustellen, habe ich gelernt, sehr kreativ zu sein, um mein wertschätzendes Verstehen über viele Handlungen auszudrücken. Selten war es in einer Therapie für mich so deutlich zu spüren wie in der Beziehung zu Robert, dass ich erst dann, wenn ich wirklich vollständig und uneingeschränkt präsent bin, mich als ganze Person auf diesen Menschen einlasse und mich berühren lasse, wirklich hilfreich sein und aus meiner Berührtheit heraus kongruent antworten kann. Für diese Erkenntnis bin ich Robert sehr dankbar.

Abschließen möchte ich mit einem Zitat von Rogers, das mir im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit sehr wichtig geworden ist: „Der Grad, in dem ich Beziehungen eingehen kann, die die Entfaltung anderer als eigenständige Menschen fördern, entspricht in dem Maß der Entfaltung, die ich in mir selbst erreicht habe. Das ist in einiger Hinsicht ein beunruhigender, aber auch vielversprechender und anregender Gedanke. Er bedeutet, dass ich, wenn ich daran interessiert bin, hilfreiche Beziehungen zu schaffen, eine faszinierende, lebenslange Arbeit vor mir habe, in der ich meine Anlagen auf Entfaltung hin ausrichte und entwickle“ (Rogers, 1961/1988, S. 70).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S.; Bell, S. M. (1974). Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In: Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (Hrsg.), (2003), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung* (S. 217–241). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Axline, V. (1990/1947). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (7. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Beckmann-Herfurth, E. (1996). Zur Person des Therapeuten. In C. Böck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Bd. I.* (S. 195–216). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Spieltherapeutische Konzepte und Praxis eines personenzentriert-interaktionellen Vorgehens. In J. Kriz & T. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 151–166). Wien: Facultas.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3. Jg., H. 4, 9–11.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2009). Gewalttätige Kinder und Jugendliche – Ein Forschungssurvey zu den Ursachen und ein personenzentriertes Interventionskonzept. In Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Gahleitner, S. (2008). Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem „allgemeinen Wirkfaktor“. *Person*, 1, 12. Jg., 46–57.
- Gil, E. (1993). *Die heilende Kraft des Spiels. Spieltherapie mit missbrauchten Kindern*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Hogrefe.
- Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (2002). Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In Strauß, B.; Buchheim, A.; Kächele, H. (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Heinerth, K. (2007). Das Trauma der frühen Störung. In GwG Akademie (Hrsg), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (2007). Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Person*, 1, 11. Jg., 5–12.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie. In Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Oaklander, V. (1992). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Klett-Cotta.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In Bergin, A. E., Garfield, L. S. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270–376). New York: Wiley.
- Rogers, C. R. (1983/1962). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In Rogers, C. R. *Therapeut und Klient*. Fischer tb.
- Rogers, C. R. (1988/1961). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz-Konfrontation-Austausch. Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *Person*, 1, 12. Jg., 22–34.
- Schmidtchen, S. (1996). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In J. Eckert, E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Heidelberg: Springer.
- Schmücker, G.; Buchheim, A. (2002). Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In Strauß, B.; Buchheim, A.; Kächele, H. (Hrsg.). *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Wakolbinger, C. (2000). Der Therapieprozess in der Personenzentrierten Kindertherapie. *Person*, 1, 4. Jg., 52–62.
- Wakolbinger, C. (2009). Die präesente Therapeutenperson: Authentizität als entscheidender Faktor in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.) *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen*. Weinheim: Beltz.
- Weinberger, S. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim und München: Juventa.

Autorin:

Christine Wakolbinger, Mag., geb. 1960, klinische Psychologin und personenzentrierte Psychotherapeutin. Arbeit in freier Praxis und als Ausbilderin für personenzentrierte Psychotherapie, sowie als Leiterin des Weiterbildungscurriculums für personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP) in Wien. Langjährige Tätigkeit im Wiener Krankenanstaltenverbund (AKH). Arbeitsschwerpunkte sind – neben der Ausbilderinnentätigkeit – die personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und die Supervision. Publikationen zu Angststörungen, Psychosomatik, frauenspezifischen Themen und zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Korrespondenzadresse:

Mag. Christine Wakolbinger
 Fillgradergasse 9/9
 1060 Wien
 Österreich
 E-Mail: chr.wakolbinger@chello.at

Manuela Junker-Moch & Matthias Moch

Eltern und Kinder im Trennungsprozess – Personzentriertes Handeln in der familiengerichtlichen Begutachtung

Zusammenfassung: Ehepartner mit Kindern, die in einer Trennungssituation leben, sich trennen wollen oder bereits geschieden oder getrennt sind, stehen vor der Frage, bei wem ihre Kinder zukünftig leben sollen. In Konfliktfällen entscheidet das Familiengericht über die Personensorge und das Aufenthaltsbestimmungsrecht, wobei das Gericht in hochstrittigen, schwierigen Problemlagen vor der Entscheidung oftmals eine gutachterliche Stellungnahme einholt. In diesem Fall sehen sich die Familien mit einer Gutachterin oder einem Gutachter konfrontiert, der/die aus fachlicher Sicht zu einer Regelung im Sinne des Kindeswohls Stellung beziehen soll. Ein personenzentrierter Umgang mit den Betroffenen unterstützt deren Offenheit im Gespräch. Eine wertschätzende, akzeptierende und empathische Grundhaltung von Seiten des/der Sachverständigen allen Beteiligten gegenüber sowie Kongruenz im Gespräch mit Einzelnen oder gemeinsam sowie auch in der Exploration mit dem Kind regen zur Veränderung von Kommunikationsstrukturen in der Familie an. Dies unterstützt den Prozess der Begutachtung im Idealfall dahingehend, dass für die Familie akzeptable und langfristig tragende Empfehlungen erarbeitet werden können. In jedem Fall aber wird bei den Betroffenen der Prozess der Selbstexploration und der Symbolisierung angeregt.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Scheidungsfamilien, Begutachtung, Kindeswohl, Familienrecht, Sachverständiger

Abstract: Parents and Children leading up to separation — Person-centered support within legal expertise. Married Couples with children, who are leading up to a separation, wish to separate or are already separated or divorced, are confronted with the problem of with whom their children, in the future, should live. In difficult cases the custody of the children and the right to decide on their place of abode has to be legally decided, whereby, in highly problematic and questionable cases a lawyer often has to obtain a psychological expert's opinion before making a decision. In such a case the family is faced with an expert, who, from a professional perspective, should come to an arrangement according to the well-being of the child. A person-centered exchange with those concerned helps them to communicate in an unrestrained manner. An appreciative, acceptive and empathic basic attitude towards those concerned, on the part of the psychological expert, as well as congruence in a dialogue, in a collective discourse and in the examination of the child, help to encourage a change in the family communication-structure. In the ideal situation this supports the appraisal process to the effect that acceptable advice, on a long-term basis, can be put into action. In any case the self-explorative and symbolic process of those concerned will be initiated.

Keywords: client-centered psychotherapy, divorce, appraisal process, well-being of children, custody, family law, psychological expert

1. Einleitung und Problemstellung

Gutachten im Familienrecht dienen dazu, psychologisch-fachliche Grundlagen für richterliche Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Sie nehmen beispielsweise zur Frage Stellung, welche Regelung der elterlichen Sorge nach einer Trennung oder Scheidung für die Kinder angestrebt werden sollte (§§ 1671, 1672, 1680, 1696 BGB¹;

§ 163 FamFG²; §§ 402 ff. ZPO³; Westhoff & Kluck 1994, 7). Die Sachverständige⁴ soll dem/der Richter/in Entscheidungsgrundlagen darbieten, die dem Wohle des Kindes gerecht werden und das Gericht in seiner juristischen Entscheidung unterstützt. In dieser Position unterliegt ihre Tätigkeit eindeutig dem Auftrag, den sie vom Gericht

1 Bürgerliches Gesetzbuch. Wir beziehen uns in diesem Text ausschließlich auf Rechtsbestimmungen in Deutschland

2 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

3 Zivilprozessordnung

4 Die durchgehende Verwendung der weiblichen Form steht immer für beide Geschlechter

in Form einer zu beantwortenden Fragestellung erhält. Sie ist in allen ihren Schritten an diesen Auftrag gebunden und hat nicht das Recht, eigene Fragen einzubringen oder mit den Betroffenen neue Themen zu bearbeiten. Insofern sieht das Verfahren eine sachorientierte Untersuchung vorliegender Tatbestände vor, die mit psychologisch-diagnostischen Methoden in Erfahrung gebracht und dargestellt werden sollen (Dettenborn & Walter, 2002). In der Fortentwicklung der Bestimmungen nach dem FGG⁵ sowie dem SGB VIII⁶ (Wiesner, 2006) hat aber der Begutachtungsprozess durch den § 163 Abs. 2 FamFG einen erheblichen Bedeutungswandel erfahren. Es ist gesetzliche Pflicht der Gutachterin, nach Möglichkeit aktiv zur Deeskalation des Familienkonflikts beizutragen (Meysen et al., 2009, S. 27 ff). Eine Voraussetzung dafür, diese Aufgabe in befriedigender Weise umzusetzen, ist eine dem personenzentrierten Ansatz entsprechende wertschätzende Haltung, die den Beteiligten unabhängig von der gerichtlichen Fragestellung Offenheit und Achtung signalisiert. Die Frage, die sich daher in sehr vielen Begutachtungsprozessen stellt, lautet: Wie kann man die Betroffenen am Begutachtungsprozess in einer Weise beteiligen, dass letztendlich eine gemeinsame getragene (oder zumindest akzeptierte) und dem Kindeswohl entsprechende Lösung empfohlen werden kann?

Eine so formulierte Problemstellung stellt allerdings die Perspektive der Sachverständigen (oder des Gerichts) in den Mittelpunkt. Mit gleicher Berechtigung wäre zu fragen, mit welcher Aufgabenstellung die von der Begutachtung betroffenen Eltern und ihre Kinder konfrontiert sind. In der Regel verfolgt jeder Elternteil eigene Ziele und sieht sich dabei vom anderen Elternteil behindert oder bedroht. Im Scheidungskonflikt sehen sie sich mehr oder weniger gezwungen, zur Regelung ihrer „privaten“ Beziehungen das Gericht in Anspruch zu nehmen und in diesem Rahmen sich am Begutachtungsprozess zu beteiligen. In diesem Prozess kommen ihre intimen Gedanken, Konflikte, Wut, Ablehnung, ggf. auch Zweifel und eigene Schwächen ins Gespräch, die einer nüchternen, rein sachbezogenen Begutachtung entgegenstehen.

Offensichtlich tut sich also ein deutlicher Widerspruch auf zwischen der vom Gesetz vorgegebenen „formalen“ Begutachtung im Sinne einer Tatsachenfeststellung einerseits und den auf Seiten der Betroffenen bestehenden Gefühlen, Ängsten und Konflikten im Kontakt mit der Gutachterin andererseits. Ein fachlich angemessenes Verständnis der Begutachtung und ihrer Problematik muss diesen Widerspruch aufgreifen und methodisch bearbeiten. Es sollte insbesondere in den Blick nehmen, wie die Sachverständige ihre Beziehung zu den Betroffenen versteht. Denn diese muss aus professionellen Gründen so gestaltet sein, dass einerseits eine offene, von Vertrauen und Verständnis geprägte Kommunikation möglich wird, andererseits die sachbezogenen Inhalte im Mittelpunkt stehen und

die Gutachterin ihre Neutralität wahrt. Nur im Gelingen dieser Gratwanderung steht eine deeskalierende Lösung in Aussicht.

Die Frage lässt sich also folgendermaßen zuspitzen: Wie kann es einer Gutachterin gelingen, deeskalierend zwischen den Beteiligten zu wirken und zu einer sach- und tatsachenorientierten Empfehlung zu gelangen, ohne die Beteiligten in ihrer Lage der Hilflosigkeit, Verzweiflung oder Kampfesstimmung zu missachten und damit die Eskalation zu unterstützen?

In folgenden Schritten soll das Problem erörtert werden: Zunächst wird die Frage aufgeworfen, in welcher Position sich betroffene Eltern und Kinder in der Kommunikation mit der Gutachterin befinden (2), bevor – darauf Bezug nehmend – grundsätzliche Verfahrensunterschiede in der bisherigen Gutachter-Praxis skizziert werden (3). Vor dem Hintergrund eines prozessorientierten Vorgehens werden nun die Bedingungen einer gelingenden Kommunikation zwischen Betroffenen und Gutachterin untersucht, beginnend mit der Frage nach deren Selbstverständnis (4), über einzelne Schritte des Verlaufs der Begutachtung (5) bis zu den zu bearbeitenden Inhalten (6). Abschließend ist dann die Frage zu beantworten, inwieweit ein personenzentrierter Umgang zu einer sachgerechten Aufgabenerfüllung der Gutachterin beiträgt (7).

2. Zur Lage der Betroffenen

Im Unterschied zur Situation in einem strafrechtlichen Verfahren ist die Teilnahme an einer Begutachtung im Fall einer strittigen elterlichen Trennungssituation mehr oder weniger freiwillig. Das bedeutet, dass die Gutachterin davon ausgehen kann, dass sich die Beteiligten zumindest ansatzweise in der Lage sehen, eigene Interessen, Sichtweisen und Motive in den Begutachtungsprozess einzubringen. Manchmal sehnt sich der eine Elternteil nach dem „Expertenblick“ und/oder einem „klärenden“ gerichtlichen Beschluss in der illusionären Hoffnung, dann endlich Ruhe in der neuen Familienkonstellation zu erreichen. Der andere stimmt dann dem Begutachtungsprozess in der Regel eher halbherzig zu. Es ist auch möglich, dass das Gericht seinerseits eine Begutachtung anregt, was dann von den Eltern unter Zusprachen ihrer Anwälte zum Wohl des Kindes (mehr oder weniger) akzeptiert wird.

Vor diesem Hintergrund ist eine Begutachtung – trotz (oder auch wegen) der mit ihr einhergehenden ambivalenten Motivlagen – für die Betroffenen aus der Natur der Sache mit besonderem Stress verbunden. Die Trennung von einem einst geliebten Partner geht immer mit Gefühlen des Zweifels, der Verunsicherung und dem grundlegenden Infrage stellen der eigenen Person einher. Eltern fühlen sich einerseits im Recht und sind bereit zu kämpfen, andererseits empfinden sie ihre Lage als bedrohlich, sich selbst als verletzlich und angreifbar. In dieser Situation einer grundsätzlichen Erschütterung ihres Selbstbildes haben die Betroffenen Angst, sich in ihrem Wesen authentisch zu zeigen. Denn ihre Schwächen könnten

5 Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

6 Sozialgesetzbuch VIII, Kinder- und Jugendhilferecht

möglicherweise einen Nachteil in Hinsicht auf die gutachterliche Empfehlung bedeuten. Dies führt –notwendigerweise – zu teilweise sehr selektiven Situationsdarstellungen.

In einem Fall zeigte sich eine Mutter sehr bemüht darum, der Gutachterin davon zu berichten, was ihr in ihrer extrem belasteten Ehesituation im Alltag selbstverständlich gelungen ist: z. B. tägliches Frühstück für die Kinder richten, da sein für die Kinder nach der Schule usw. Sie vermied dagegen, ebenfalls darzustellen, dass sie sich – wenn ihr Mann am Wochenende zuhause war – stundenlang aus Verzweiflung in ihrem Arbeitszimmer eingeschlossen und die Tür trotz Bitten der Kinder nicht mehr geöffnet hatte.

Hinzu kommt, dass die Eltern oft lang andauernde Konflikte hinter sich haben und/oder sich möglicherweise noch mitten in schwerwiegenden Auseinandersetzungen befinden. Diese extrem spannungsreiche Ausgangssituation unterscheidet diese Eltern von denen, die zu einvernehmlichen Lösungen kommen und trotz Trennung noch einen Austausch auf der Elternebene führen können. Diese strittigen Eltern befinden sich emotional in einer hochbelastenden und verunsichernden Situation. Das einst sich wechselseitig entgegengebrachte Vertrauen der Partner wird jetzt im Nachhinein in vielen Fällen dazu benutzt, durch selektive Wahrnehmung und Berichterstattung das eigene Selbst auf Kosten des anderen zu stärken.

Kinder verleihen ihren Verunsicherungen in ganz anderer Weise Ausdruck. Auch wenn viele versuchen, sich – im Sinne einer eher oberflächlichen Situationsanpassung – sozusagen „auf eine Seite zu schlagen“, sind bei den meisten vielfache Hoffnungen und Wiedervereinigungswünsche zu beobachten, die zeigen, dass sie die Trennung längst noch nicht verarbeitet haben. In ihren sehr belasteten seelischen Befindlichkeiten stehen die Kinder oft zwischen den Fronten und ihr Erleben ist in der Regel durch Verlustängste und Loyalitätskonflikte geprägt

3. Statusorientiertes versus prozessorientiertes Vorgehen

Lebenskrisen sind immer Phasen der Veränderung. Indem die Begutachtung in einer Krise stattfindet, stellt sich die Frage, inwieweit die Begutachtung selbst den in der Krise sich wandelnden Gegebenheiten Rechnung trägt. Denn nur wenn sie dazu in der Lage ist, kann sie letztlich glaubwürdige Aussagen über zukünftige Lösungswege machen. Daher sind vor Beginn der Begutachtung von Seiten der Sachverständigen grundsätzliche Überlegungen zum Vorgehen anzustellen. Hinsichtlich diagnostischer Verfahrensweisen stehen sich zwei Möglichkeiten gegenüber: die *Statusdiagnostik* versus die *Interventionsdiagnostik*.

Der *Eigenschafts- oder Statusdiagnostik* liegt das „Symptom-orientierte Modell“, das aus der Medizin adaptiert wurde, zugrunde. Es geht davon aus, dass stabile Eigenschaften diagnostiziert und

aufgrund dessen zukünftiger Verhaltensweisen vorhergesagt werden können. Auswirkungen der Rahmen – und Entstehungsbedingungen auf das Verhalten werden dabei nicht erfasst (Salzgeber, 2001, S. 242 ff).

Das *interventionsorientierte Vorgehen* geht von Veränderungen des Verhaltens aus und berücksichtigt diese schon im Begutachtungsprozess. So kann während der Begutachtung Verhalten der Eltern modifiziert werden, um beispielsweise das strittige Kommunikationsniveau zu reduzieren (Modifikationsstrategie). In diesem Verständnis wird das Handeln der Sachverständigen nicht mehr auf das schriftliche oder mündliche Gutachten beschränkt, sondern orientiert sich zunehmend mehr an gezielten Interventionsmaßnahmen und deren konfliktmindernden Auswirkungen (Salzgeber, 2001, S. 245).

Ein Sachverständigengutachten soll also dazu dienen, das Familiengericht bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen, aber gleichzeitig auch den betroffenen Familien bei der Suche nach einer eigenverantwortlichen und zum Wohl des Kindes dienlichen Lösung zu helfen. Entsprechend wurde in FamFG § 163 Abs. 2 festgelegt, dass die Sachverständige „auf die Herstellung des Einvernehmens zwischen den Beteiligten hinwirken soll“.

Mögliche Konfliktlinien wurden auch in anderen Rechtsbestimmungen bedeutsam: Bereits mit In-Kraft-Treten des überarbeiteten Kindschaftsrechts am 01.07.1998 wurden – neben dem Sorge- und Umgangsrecht der Eltern – auch andere Fallkonstellationen und weitere Fragestellungen in den Blick genommen. So kann ein Umgangsrecht von Großeltern oder anderen Personen begehrt werden, zu denen das Kind in der Zeit des Zusammenlebens mit den Eltern eine Beziehung entwickelt hat (§ 1687 BGB). Fragestellungen nach einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls (§ 1666 BGB) oder Fragen nach einer Rückführung des Kindes von Pflegeeltern zu den leiblichen Eltern (§ 1632) wurden relevant (Westhoff & Kluck, 1994, S. 7).

Mit der Kindschaftsrechtsreform, dann aber auch mit der Berücksichtigung des § 1 SGB VIII im FamFG wurde der Begleitung, Beratung und Unterstützung der Familien ein deutlich stärkeres Gewicht zugemessen. Der Einsatz eines Verfahrensbeistandes (vgl. Meysen et al., 2009, S. 24 ff) als Sprachrohr und Fürsprecher des Kindes hilft, dessen Rolle und Position im Verfahren zu stärken. Darüberhinaus steht die aktive Beteiligung sowie die Unterstützung der Autonomie der Eltern im Mittelpunkt des Verfahrens.

Entsprechend wirken sich die gesetzlichen Änderungen auch im Prozess der Begutachtung dahingehend aus, dass Familiengerichte gutachterliche Interventionen (Beratung vermitteln, Umgangsbesuche erproben, Umgangspausen aufheben) zunehmend mehr begrüßen. Es wird insgesamt als bedeutsamer angesehen, eine von den Eltern getragene oder auch praktisch umsetzbare Vereinbarung zu erreichen, anstatt das Gutachten ohne eine betreffende Intervention abzuschließen. Beispielhaft dazu kann das „Cochemer Modell“ genannt werden, in dem die prozessorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachleute (Anwälte, Familiengericht,

Jugendamt, Beratungsstellen, Sachverständige) eine Einigung der Eltern erleichtern soll (Kölner Fachkreis Familie, 2005).

Was kann im Zusammenhang mit einer interventionsorientierten Gutachtertätigkeit unter „Intervention“ verstanden werden? Gedacht ist gewiss an Bemühungen der Gutachterin, Handlungsbereitschaften und -möglichkeiten der Familienmitglieder im Sinne einer Problemlösung nicht nur festzustellen, sondern auch anzuregen und in ihren Auswirkungen prozessbegleitend zu erkunden. Dies entspricht einem Handlungsverständnis, das davon ausgeht, dass sich im Prozess des Handelns der Blick auf das Problem verändert. Wenn also beteiligte Familienmitglieder dazu angeregt werden, Lösungsvorschläge probenhalber umzusetzen, dann erhalten sie die Möglichkeit, Neues (möglicherweise Ungewohntes, auch bisher Abgewehrtes) zu erfahren und zu überdenken und im besten Fall aus dieser Erfahrung zu lernen.

4. Das Selbstverständnis der Gutachterin

Im Folgenden soll nun gezeigt werden, in welcher Weise eine personenzentrierte Kommunikation zwischen Gutachterin und Eltern sowie anderen betroffenen Familienmitgliedern diesen Interventionsanspruch verwirklichen kann. Im Mittelpunkt einer so verstandenen Intervention stehen der bewusste Aufbau und die Gestaltung der Beziehung zwischen Gutachterin und Familienmitglied entsprechend den Kriterien der personenzentrierten Theorie.

Wesentliches Element für diese Beziehungsgestaltung, die sowohl der Sachfrage zum Kindeswohl als auch der aktuellen psychischen Situation der Betroffenen gerecht wird, – so die hier vertretene These – ist in erster Linie die Wertschätzung gegenüber den Schilderungen der Betroffenen (Rogers, 1973, 1987). Diese Wertschätzung bildet die wesentliche Grundlage dafür, dass die Betroffenen bereit sind, in der Bemühung um das Kindeswohl zu kooperieren.

Während im therapeutischen Prozess die Bedeutung der Beziehung als Grundlage des persönlichen Heilungsprozesses im Mittelpunkt steht, muss sich die gutachterliche Beziehung auf ein viel bescheideneres Ziel beschränken. Sie dient in erster Linie dazu, Sicherheit und Offenheit in der Kommunikation darüber zu gewährleisten, wie das Befinden des Kindes von den Beteiligten erlebt wird, welche Hintergründe sie dafür erkennen und wie sie zukünftig zur Sicherung des Kindeswohls beitragen können. Von Beginn an muss den betroffenen Eltern deutlich sein, dass die Aufgabe der Gutachterin letztlich in einer wegweisenden Stellungnahme gegenüber dem Gericht besteht. Zugleich gilt es jedoch, ihnen durch dieses Beziehungsangebot zu zeigen, dass die Inhalte dieser Stellungnahme (Sachaussagen und ihre Begründungen) letzten Endes nichts anderes sind als von der Gutachterin gebündelte Erfahrungen, die sie im Verlauf des Kommunikationsprozesses mit den Betroffenen machen konnte. Die gutachterliche Stellungnahme macht sich also weniger

fest an einmaligen Aussagen oder schlüssigen Begründungen oder Einschätzungen der Betroffenen als vielmehr an einer Zusammenschau vieler einzelner Erfahrungselemente, zu denen sie in der Begegnung mit der Gutachterin selbst beitragen.

Aufgabe der Gutachterin ist es also, Bedingungen für einen solchen „Erfahrungsaustausch“ möglichst optimal zu gestalten. Fühlt sich der Betroffene nicht ernst genommen oder abgewertet, würde er versuchen, den Kommunikationsprozess – etwa mit juristischen Mitteln – zu blockieren. So werden Termine langfristig verschoben, da zunächst Rücksprache mit den Anwälten zu halten ist. Die/Der Betroffene wird im negativsten Fall versuchen, der Sachverständigen Befangenheit nachzuweisen, und daher einen anderen Gutachter einzuschalten.

Die Wertschätzung jedem Elternteil gegenüber unterstützt darüberhinaus die gutachterliche Neutralität. Denn sie trägt dazu bei, dass alle beteiligten Familienmitglieder gleichermaßen zu einem Höchstmaß an Commitment angeregt werden. Nur wenn gewährleistet ist, dass jedes Sich-Einbringen Wertschätzung erfährt, können Familienmitglieder einzeln und gemeinsam die Sicherheit und Offenheit gewinnen, die für eine stabilisierende Veränderung der konflikthaften Beziehungsstrukturen im Sinne einer langfristig realistischen Lösung notwendig sind.

Die Gutachterin geht also davon aus, dass eine grundlegende Offenheit für die jeweils subjektive Sicht der Eltern die Voraussetzung für die Kontaktaufnahme ist. Erst zu einem späteren Zeitpunkt werden am Kriterium des Kindeswohls den Eltern ihr Verhalten, ihre Gefühle und ihre Haltung gegenüber den Kindern widergespiegelt.

In einem Fall von Kindesmisshandlung wird die Gutachterin auch einem in der Vergangenheit misshandelnden Vater offen begegnen. Diese Haltung ist selbstverständlich nicht als Billigung des Geschehenen zu verstehen, sondern als Grundbaustein der personenzentrierten Kommunikation. Auch der Vater, in diesem Fall der Täter, muss sich in seiner Not, der hilflosen Situation des Schlagens verstanden fühlen. Erst in dieser Gesprächsatmosphäre berichtet er von seinen überflutenden Gefühlen der Wut und seiner Hilflosigkeit, sich zu kontrollieren. Das Berichtete wird nicht dazu führen, ihn gewähren zu lassen, sondern möglicherweise seine Bereitschaft zu erkennen oder zu unterstützen, selbst professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diese Erfahrung der Autoren deckt sich mit den Erfahrungen in therapeutischen Beziehungen, in denen es längst Common-sense ist, dass die Beziehungsqualität ein entscheidender Wirkfaktor für eine positive Veränderung ist (Behr, 2002, S. 96). Entsprechend lautet auch eine der Grundannahmen zur Person aus der humanistischen Psychologie, dass der Impuls zur persönlichen Entwicklung von innen kommen muss. Die Verantwortlichkeit für Lernen und Verhalten kann nicht in einer Außeninstanz liegen, sondern nur bei der Person selbst (Goetze 2002, S. 55). Die Person gestaltet ihre Entwicklung, indem „das Selbst sich durch Beziehungserfahrungen

formt“ (Behr, 2009, S. 39). In diesem Sinne ist von einer erweiterten Handlungsfähigkeit des Betroffenen im Zuge der hier gemachten Beziehungserfahrungen auszugehen.

Der Personzentrierte Ansatz bietet u. E. eine gute Grundlage für ein gutachterliches Vorgehen, welches die Betroffenen im Verlauf der Begutachtung in ihrem Selbst stärkt und damit zur Mitwirkung anregt, zum Wohl ihres Kindes Lösungsstrategien zu entwickeln. Beispielsweise wird im Verfahren die Erziehungsfähigkeit unter anderem nach dem Kriterium der Lernbereitschaft einer Person betrachtet. In diesem Sinne ist die Gefahr eines Beschlusses des Gerichts ohne Mitwirkung der Eltern und Kinder nicht langfristig dem Kindeswohl dienlich, weil sie möglicherweise nur kurz Bestand hat.

Mit diesem Vorgehen setzt die personzentrierte Intervention gewissermaßen an der untersten Basis des Begutachtungsprozesses an: nämlich an der Begegnung und am Gespräch zwischen Gutachterin und betroffenem Familienmitglied. Werden diese Begegnungen von Letzterem als wertschätzend und selbststärkend erlebt, dann ist davon auszugehen, dass das Familienmitglied bisher abgespaltene Selbstanteile neu erfahren und auch im Kontakt mit anderen größere Autonomie und Offenheit zeigen kann (Elliott, 1996; Elliott & Freire, 2008). Die Gutachterin wird dann nicht mehr nur als „Funktionsträgerin“ des Gerichts erlebt, sondern als „reales Gegenüber“ (Behr, 2009, S. 37), das in der Kommunikation wertschätzende Anteilnahme vermittelt und auf Äußerungen des Betroffenen authentisch und glaubwürdig reagiert.

So konnte einer Mutter aus einem fernöstlichen Kulturkreis im Prozess der Begutachtung erfahrbar gemacht werden, ihren Sohn Ende des Vorschulalters nunmehr vom Laufrad auf den Roller umsteigen zu lassen. Im vorliegenden Fall lag das Verhalten der Mutter nicht an Ignoranz, sondern an ihrer eigenen Ängstlichkeit, dem Kind könnte etwas zustoßen. Mit zunehmendem Beziehungsaufbau konnte die Mutter sich für die Perspektive ihres Sohnes öffnen und ihr Verhalten tatsächlich ändern. Monate nach der Begutachtung berichtete die Mutter der Gutachterin bei einer spontanen Begegnung, wie viel sie aus dem Gutachten über ihr Kind gelernt habe. Diese Äußerung war umso erstaunlicher, als dass die Mutter auch etliche Aspekte über Einschränkungen ihrer Erziehungsfähigkeit im Gutachten lesen musste. Im Rahmen der Begutachtung gelang es aber, ihr Wertschätzung entgegen zu bringen, trotz ihres vielfach dem Kindeswohl entgegenstehenden Verhaltens (Zwangsfüttern des Kindes). Zugegebenermaßen war dies für die Gutachterin eine hohe Anforderung.

Unter dem Aspekt des Beziehungsaufbaus ist es an dieser Stelle wenig hilfreich, den Betroffenen mit einer vermeintlichen Objektivität zu konfrontieren. Vielmehr kann die je subjektive Schilderung als diagnostischer Hinweis auf das jeweilige Selbstbild dienen. So ist es – wie auch in der Beratung und der Therapie – im Begutachtungsprozess zentral, die jeweilige Wahrnehmung des Einzelnen in ihrer Bedeutung für das Familiensystem zu verstehen, wenn auch nicht – wie im therapeutischen Prozess – zu bearbeiten.

Eine empathische Grundhaltung ist unabhängig davon, was die Person inhaltlich beschreibt. Wenn sich der betroffene Elternteil in seiner Persönlichkeit, seinen Eigenschaften und seinen Einstellungen und Haltungen zu verschiedenen Aspekten des Lebens und der Erziehung angenommen fühlt, kann er sich auch im weiteren Verlauf der Begutachtung authentischer zeigen. Die Eltern erleben damit genügend Raum, um aus ihrer Sichtweise heraus die Familiensituation und mögliche Probleme beim Kind zu beschreiben.

Im Gegensatz dazu reagiert das Gegenüber mit Rückzug und Verschlussheit, wenn spürbar wird, dass das Berichtete von der Gutachterin möglicherweise als falsch oder negativ bewertet wird. Die subjektiv unterschiedlichen Realitäten der Eltern werden angenommen und auf dieser Grundlage erste Hypothesen über das jeweilige Selbstbild und die Familiendynamik gebildet.

5. Meilensteine im Verlauf der Begutachtung

5.1 Beziehungsaufbau in den Erstkontakten

Die Begutachtung beginnt mit einer schriftlichen Kontaktaufnahme mit den Eltern, um einen ersten Gesprächstermin zu vereinbaren. Der Elternteil, der den ersten angebotenen Termin der Sachverständigen wahrnehmen möchte, kommt ohne Kind in die Praxis. Es finden in dieser Phase getrennte Elterngespräche statt. Bereits zuvor liegen der Gutachterin die Gerichtsakten vor, die je nach Einstellung der Parteivertreter mehr oder weniger konfliktfördernd verfasst sind. Erfahrungsgemäß bewährt es sich, die Akte nicht vor dem Erstgespräch zu lesen, um dem Elternteil mit größerer Offenheit begegnen zu können.

Wie bereits dargelegt kommt die Gutachterin bei diesem Erstkontakt in keine offene Situation, sondern ihre Begegnung mit der Familie ist beeinflusst durch Kriterien der sozialen Erwünschtheit, dem Bestreben der Betroffenen, nichts Falsches zu sagen oder zu tun. Dieser Sachlage Rechnung zu tragen prägt sowohl das Erstgespräch wie auch den gesamten weiteren Verlauf.

Jeder Elternteil berichtet nun über die familiären Prozesse aus seiner subjektiven Erlebenswelt. Aus personenzentrierter Sicht ist bedeutsam, dass sich der jeweilige Elternteil in seiner Person und Wahrnehmung verstanden und geachtet fühlt (Strohbach, 2002, S. 8). Dies stellt sich im therapeutischen als auch im Gespräch im Rahmen der Begutachtung in gleicher Weise dar. Das „Schicksal“ der Gutachterin ist es, dass sie nach den Erstgesprächen in der Regel zwei völlig konträre Versionen von ein und derselben Familiensituation erhält. Dies kann sich auch im Verlauf der Begutachtung wiederholen, indem beispielsweise ein und dasselbe (vor wenigen Tagen geführte) Telefonat zwischen den Eltern in vollkommen unterschiedlichen Versionen wahrgenommen und dementsprechend gegenüber der Sachverständigen widergegeben wird. Die Schilderung der Eltern erfolgt aus ihrem subjektiven Erleben, was erlittene Kränkungen, ungerechtfertigte Anklagen, Unterstellungen

psychischer Erkrankungen oder Beschuldigungen des sexuellen Missbrauchs beinhalten kann.

5.2 Hausbesuche und weitere Erhebungen

Der Verlauf des Erstkontakts bildet die Grundlage für die Kommunikation beim Hausbesuch, der nun als nächster Schritt im Begutachtungsverlauf folgt. Er findet in der Regel zuerst bei dem Elternteil statt, bei dem die Kinder aktuell leben. Grundsätzlich zeigt ein Besuch im häuslichen Umfeld die alltägliche Versorgung und gibt Hinweise darauf, ob die primären Bedürfnisse nach Nahrung, Zuwendung und Hygiene befriedigt werden. Des Weiteren wird der Elternteil im Umgang mit dem Kind, mit anderen Familienmitgliedern und möglicherweise mit neuem Partner und/oder Großeltern erlebt.

Gelegenheit, Dauer und Verlauf eines Hausbesuchs sind beispielsweise so zu gestalten, dass die Sachverständige an alltäglichen Geschehnissen im Familienleben (Essen, Spielen, Spazieren gehen) teilnehmen kann. In der Regel ist dabei von einem mehrstündigen Kontakt auszugehen, dessen Ende nicht von vorneherein festgelegt sein muss. Alternativ kann auch eine Spielsequenz eingeleitet werden, die dann vergleichsweise bei beiden Elternteilen durchgeführt wird. Die in diesen Alltagsvollzügen beobachteten Interaktionen zeigen, inwieweit das Kind in seinem Selbst entsprechend seinem Alter und Entwicklungsstand wahrgenommen und behandelt wird. Die Beobachtung authentischer Interaktionen setzt jedoch voraus, dass die Sachverständige sensibel und taktvoll im Lebensfeld der Familie interagiert.

Im weiteren Verlauf der Begutachtung folgen Explorationstermine mit den Kindern und in der Regel testpsychologische Erhebungen in Abwesenheit der Eltern. Die Willensbekundung der Kinder auf der verbalen und auf der Verhaltensebene spielt dabei eine große Rolle. Zur weiteren Datenerhebung sind Gespräche mit Dritten (Großeltern, Erzieherinnen, Lehrer, Kinderärzte, Sachbearbeiterin des Jugendamts usw.) notwendig, wenn von ihnen wichtige Aussagen zur kindlichen Entwicklung zu erwarten sind.

5.3 Konfrontation der Eltern mit gutachterlichen Beobachtungen

Wie bereits angedeutet beinhalten die Schilderungen der Eltern oftmals Aussagen und Feststellungen, die den Beobachtungen der Sachverständigen oder den Beschreibungen von Dritten widersprechen. Für die Sachverständige erhebt sich die Frage, ob und wie mit solchen Widersprüchen im Kontakt mit den Beteiligten gearbeitet werden kann. Eine Konfrontation der Eltern mit den gewonnenen Erkenntnissen kann insbesondere dann hilfreich sein, wenn die Abweichungen groß und offensichtlich sind. Damit soll dem Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, sich nochmals zu äußern.

Ein Beispiel aus einem Umgangsverfahren: Die Sachverständige beobachtet und begleitet ein Kind, als es vom Umgangsbesuch beim

Vater zur Mutter zurückkehrt. Das Kind zeigt sich „aufgedreht“ und impulsiv. Für die Mutter besteht kein Zweifel, dass dieses kindliche Verhalten einzig durch den Kontakt zum Vater ausgelöst sein kann. Die Sachverständige beschreibt nun das Verhalten des Kindes aus ihrer Perspektive. Dadurch erhält die Mutter die Gelegenheit, ihre Zuschreibungen zu überdenken, ohne sich belehrt zu fühlen.

Die Methode der Konfrontation kann im positiven Fall die einseitige Perspektive der Eltern erweitern und ggf. auch alternative Interpretationen zulassen. Vor dem Hintergrund einer glaubwürdigen Beziehung können Eltern auf der Grundlage eindeutiger Beobachtungen und Ergebnisse dazu angeregt werden, ihre Deutungen und Interpretationen zu hinterfragen, wenn sie sich dadurch nicht in ihrer Person bedroht sehen.

5.4 Das gemeinsame Gespräch mit hochstrittigen Eltern

In den meisten hochstrittigen Scheidungsfällen ist die offene Kommunikation zwischen den Eltern unterbrochen. Oftmals reden die Partner nicht mehr als das allernötigste miteinander. Ein gemeinsames Gespräch wird in Begutachtungen in der Regel angestrebt, aber nicht immer umgesetzt, da die Betroffenen möglicherweise nicht einwilligen. Dennoch darf eine prozessorientierte Begutachtung diesen Aspekt nicht außer Acht lassen, da von der Kommunikationsfähigkeit der Eltern das Kindeswohl entscheidend abhängt. Das von der Gutachterin initiierte gemeinsame Gespräch dient der Unterstützung eines gemeinsamen elterlichen Blicks auf das Kind. Aus diesem Grund stellt die Sachverständige, wenn sie den Eltern ihre Befunde darstellt, immer die Sichtweise des Kindes in den Mittelpunkt, um Gefühle der Wertung und Schuld bei den Eltern zu vermeiden. Über die Perspektive des Kindes werden die Eltern in der Regel gut erreicht und es besteht nicht die Gefahr, über Beziehungsschwierigkeiten des Paares zu diskutieren bzw. zu streiten.

Viele Eltern können sich zu Beginn der Begutachtung ein gemeinsames Gespräch nicht vorstellen. Wenn der Grund dafür darin liegt, dass konkrete Ängste vor verbalen Angriffen oder gar aggressiven Belästigungen von Seiten des Partners bestehen, kann sich diese ablehnende Haltung im Verlauf des Begutachtungsprozesses ändern. Günstige Bedingungen dafür sind das Vertrauen in die Gutachterin, dass sie sich zum einen strikt am Kindeswohl orientiert, zum anderen klare Regeln, ggf. auch Schutzmaßnahmen, die den Gesprächsverlauf sichern.

5.5 Entmystifizierung der gutachterlichen Empfehlung

Die personenzentrierten Kriterien der Echtheit bzw. Kongruenz legen es nahe, die Empfehlung den Betroffenen zeitgleich und unter gleichwertigen Bedingungen mitzuteilen und zu erläutern. In der Regel wird dies von den Eltern angenommen. Durch dieses Vorgehen werden die Eltern durch das Gutachten nicht überrascht. Auch der ggf. unzufriedene Elternteil hat die Möglichkeit, sich nochmals zu

äußern. Die Erfahrung zeigt, dass die Eltern eine letztendlich ausgesprochene Empfehlung vor dem Hintergrund des beschriebenen Verfahrens nicht als Vertrauensbruch erleben. Dies kommt nicht immer so deutlich zum Ausdruck wie beispielsweise in der Äußerung eines Elternteils, der sagt: „Wenn Sie mir sagen, dass die Kinder sich bei dem anderen Elternteil wohler fühlen, akzeptiere ich es auch!“ Darüberhinaus kommt es durchaus vor, dass sich diese Eltern nach der Begutachtung erneut bei der Gutachterin melden.

Eine Erörterung der Empfehlung ist jedoch nicht in jedem Fall möglich. Bei problematischen Persönlichkeitsstrukturen des einen oder anderen Elternteils ist dies nicht zu verantworten, denn es könnte eine reale Gefahr für die Kinder darstellen, wenn ein Elternteil die Empfehlung als Bedrohung erlebt und emotional überreagiert.

6. Inhalte der Begutachtung

Möglicherweise ist bisher der Eindruck entstanden, dass sich die Qualität einer Begutachtung ausschließlich an kommunikativen Rahmenbedingungen und Prozesseigenschaften festmacht. Dass dies nicht der Fall ist, versteht sich von selbst und daher soll im Folgenden auf zentrale Inhalte eingegangen werden, die im Gespräch und in den Beobachtungen zwischen Gutachterin und Familie zum Thema gemacht werden.

6.1 Sozialisation und Beziehungserfahrungen der Eltern

Ein gelungener Beziehungsaufbau im Rahmen der geführten Einzelgespräche macht es dem Betroffenen möglich, neben – und ausgehend von – aktuellen Erfahrungen auch über seine eigene Kindheit und frühen Beziehungserfahrungen zu sprechen (Selbstenwicklung). Nach Rogers Persönlichkeitstheorie entwickelt sich das *Selbst* eines Menschen in der frühen Interaktion mit seinen primären Bezugspersonen. Dabei macht das Kind positive oder negative Erfahrungen, es erlebt in diesem Kontakt in größerem oder geringerem Maß eine sogenannte *Interaktionsresonanz* (Behr, 2009, S. 48). Diese unterschiedliche Qualität der Interaktion hat wesentlichen Einfluss darauf, inwieweit das Kind der Welt mit Vertrauen oder aber mit Misstrauen begegnet und welche Arbeitsmodelle das Selbst für sich ausbildet (Bowlby, 2006).

Eigene Sozialisationserfahrungen prägen die elterlichen Fähigkeiten zur Erziehung. Erlebte die Erziehungsperson selbst in ihrer Kindheit nur ein geringes Maß an Interaktionsresonanz, geringe Wertschätzung oder gar Abwertung, entwickelte sich bei ihr ein negativ geprägtes Selbstbild („*Ich bin nicht liebenswert; nicht wert gelobt oder getröstet zu werden*“). Das grundlegende Bedürfnis nach Wärme und Zuwendung wurde nur bedingt befriedigt und nur bestimmte *organismische Erfahrungen* wurden angemessen symbolisiert. Diese Erfahrungen wirken ihrerseits auf das Interaktionsverhalten mit dem eigenen Kind und prägen wiederum dessen

Beziehungserfahrungen und dessen Selbstentwicklung. Damit entstehen erneut *Inkongruenzen*, diesmal in der Persönlichkeit des eigenen Kindes. So erklären sich Bindungs- und Erziehungsmuster, die über Generationen fortgeführt werden (Gloger-Tippelt, 1999).

Erziehung fordert also die Begegnung mit der eigenen Geschichte heraus. Beispielsweise verlangt das Kind Trost und Zuwendung in Situationen, in denen der Elternteil selbst Zuwendung nie erfahren und daher die aktuellen schmerzenden Erfahrungen des Kindes als annehmswerte Selbstanteile nicht integrieren kann. Der Erwachsene ist in diesen Situationen oft hilflos, reagiert aus Überforderung ungehalten oder gar aggressiv oder überlässt die Bewältigung solcher Situationen seinem Partner/seiner Partnerin.

Die Gutachterin muss häufig zur Erziehungsfähigkeit der Eltern Stellung nehmen, welche auf den Aspekten Beziehungsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Lernfähigkeit der Eltern gründet (Nienstedt & Westermann, 1995). Um diese einschätzen zu können, werden die Eltern in der Begutachtung in Bezug auf die Verarbeitung ihrer eigenen Sozialisationserfahrungen angesprochen. Denn diese beeinflusst den Umgang mit dem eigenen Kind. Reflexionen darüber, welche Selbstanteile in der eigenen Erziehung wertgeschätzt wurden und welche nicht, tragen dazu bei, diese Erfahrungen bewusst zu erinnern und ggf. zu überwinden. Nur so kann es gelingen, einer Wiederholung eigener seelischer Verletzungen im Umgang mit den eigenen Kindern zu entgehen.

6.2 Generationenübergreifende Familienbeziehungen

Im vorangehenden Abschnitt wurde bereits klar, dass eine Trennung von Eltern – wie auch Heirat und Familiengründung – immer im Kontext der Beziehungen zwischen mehreren Familiengenerationen zu sehen ist, die oftmals durchaus ambivalent sind. Dies gilt jedoch nicht nur in Bezug auf die frühe Bindungs- und Identitätsproblematik. Eine Trennung von Eltern betrifft auch die Praxis der Generationenfolge elementar, indem sie Fragen nach zukünftigen Kontakten, Befugnissen, Kommunikationsinhalten und Einflussmöglichkeiten nicht nur zwischen Eltern und Kindern, sondern auch zwischen Großeltern und Enkeln aufwirft.

Durch eine Ehescheidung werden nicht nur Eltern getrennt, sie verändert auch die Beziehungen zwischen dem getrennten Elternteil und seinen ehemaligen Schwiegereltern wie auch zwischen Enkeln und Großeltern. Bei mehr als drei lebenden Generationen ist die sich wandelnde Beziehungsstruktur noch komplexer.

Dieser Aspekt der generationenübergreifenden Beziehungen ist aus unterschiedlichen Gründen wichtig für die Begutachtung: (1) Die Eltern der sich trennenden Partner haben – auch im Vorfeld – nicht selten großen Einfluss auf die Ehescheidung und deren Bewältigung. (2) Spontane Hilfe wie auch langfristige Unterstützung können Geschiedene in erster Linie von ihren Eltern erwarten (Colletta, 1979; Wagner, 2002). (3) Auch Großeltern haben in der Regel ein Interesse daran, die Beziehungen zu ihren Enkeln nicht zu

verlieren (Moch, 1993). Die Gutachterin muss diese Einflüsse mit all ihren förderlichen und hemmenden Aspekten mit im Blick haben, wenn sie auf eine Empfehlung einer Lösung hinarbeitet, die dem Kindeswohl am meisten entspricht.

Für die zukünftigen Lebensbedingungen des Kindes kann entscheidend sein, wie sich die Beziehungen des primär sorgenden Elternteils zu seinen eigenen Eltern gestalten (Moch, 1996). Ebenso können ehemalige Schwiegereltern eine Umgangsregelung in größerem oder in geringerem Maße unterstützen. Es kann jedoch auch sein, dass diese Beziehungen Quelle von Konflikten sind, die künftig das Kindeswohl zusätzlich belasten. Eine interventionsorientierte Begutachtung wird daher auch im Blick haben, wie sich die sich trennenden Eltern innerhalb der sie umgebenden Generationenbeziehungen verhalten. Haben sie soweit ein starkes Selbst aufbauen können, um sich in angemessener Weise von ihren Eltern abzugrenzen? Schwelen alte Konflikte weiter, die stärkende Erfahrungen im Miteinander unmöglich machen? Erschweren Loyalitäten gegenüber der Herkunftsfamilie veränderte Beziehungen zum ehemaligen Ehepartner (Moch & Junker, 1998).

Im Rahmen des Begutachtungsprozesses können diese Fragen nicht abschließend beantwortet werden. Im Sinne eines interventionsorientierten Vorgehens werden die ehemaligen Partner jedoch durchaus aufgefordert, die Muster, welche ihre aktuellen Beziehungen zu ihren Eltern, Großeltern und/oder Schwiegereltern prägen, anzuschauen, auch und gerade, wenn ihnen am Wohlergehen ihres Kindes gelegen ist. Denn auch die Kinder selbst haben möglicherweise in ihren Großeltern wichtige Ressourcen, die ihnen nicht verloren gehen sollten. Oder sie leiden an der großen Abhängigkeit, den der geschiedene Partner seinen Eltern gegenüber zeigt. Indem die Gutachterin über ihr Beziehungsangebot den Eltern selbst Wertschätzung und Stärke vermittelt, zeigt sie ihnen auch Möglichkeiten auf, ihre (oft sehr prägenden) Erfahrungen mit den älteren Familiengenerationen neu und zunehmend unabhängiger von Hoffnungen und Verpflichtungen anzuschauen.

Gewiss kommt hier den sehr unterschiedlichen Geschlechtsrollen hinsichtlich der Pflege intergenerationaler Beziehungen eine große Bedeutung zu. Frauen mögen in dieser Hinsicht ganz anders gefordert sein als Männer. Denn immer noch ist in Familienkonstellationen nach einer Ehescheidung die weibliche Linie (Ur-)Großmutter, (Groß-)Mutter, Mutter/Tochter konstanter und tragender als die männliche (Krappmann, 1988; Moch, 1993; Wagner, 2002). Geschiedenen Vätern fällt es demgegenüber eher schwer, die Beziehungen über drei Generationen aufrechtzuerhalten (Moch & Junker, 1998).

6.3 Die Beziehung zum Kind als elementare Stütze des Selbst

Bricht die Beziehung zum Partner ab, stürzt oft ein ganzes Lebensmodell zusammen. Der Traum, eine „Familie“ leben zu können, geht offensichtlich nicht in Erfüllung, was eine existentielle Erschütterung

für die Erwachsenen als auch für die Kinder bedeutet. Nicht selten stellen sich bei den Eltern Gefühle von Versagen insbesondere gegenüber den gemeinsamen Kindern ein. Denn für diese waren die Eltern bemüht, den Familienrahmen zu ermöglichen oder gerade wegen ihnen wurde möglicherweise der Schritt in die Ehe überhaupt gewagt. Auch gründen eigene Lebensperspektiven oft auf der Erziehung der Kinder.

Die Haltung der Eltern in der Nachtrennungsphase beeinflusst aus diesen Gründen die Kinder immer subtil, selbst wenn es der Elternteil nicht beabsichtigt und subjektiv sogar um das Gegenteil bemüht ist. Resonanz und Wertschätzung erfahren die Kinder nur in Bezug auf bestimmte organismische Erfahrungen, die sie im Kontakt mit dem anderen Elternteil (etwa bei einem Umgangsbesuch) machen. Die mögliche Sehnsucht oder Freude in der Begegnung mit dem einen Elternteil werden vom anderen Elternteil weniger positiv beantwortet als mögliche Klagen, Kritik oder Beschwerden (Alpträume, Bettnässen), die das Kind nach einem Kontakt mit dem einen Elternteil zeigt.

Der Blickwinkel der Eltern ist nach Umgangskontakten oftmals sehr einseitig und alternative Erklärungsmöglichkeiten für z. B. die Unruhe oder das Einnässen des Kindes können nicht erkannt oder mit bedacht werden. Solch unerwünschtes Verhalten kann nur durch das Fehlverhalten des besuchenden Elternteils verursacht worden sein.

Oft wird für die Eltern mit der Trennung die Beziehung zum Kind wichtiger denn je, da diese als das verbleibend Stabile erscheint. Sucht das Kind die Nähe zum anderen Elternteil oder bevorzugt es diesen gar, wird dies als Bedrohung des eigenen Selbst erlebt und löst oftmals massive Verlustängste beim Erwachsenen aus. Es ist auch für den Außenstehenden leicht vorstellbar, wie verletzend sich der drohende Verlust dieser Beziehung anfühlen muss. Auf dem Boden einer solchen Bedrohung (Ängste, Verletzungen, Enttäuschungen) wenden sich viele Scheidungspartner nach außen, indem sie dem ehemaligen Partner massive Vorwürfe machen, ihm eine psychische Erkrankung unterstellen oder ihn gar des sexuellen Missbrauchs am Kind bezichtigen.

Dies soll keinesfalls so verstanden werden, als seien sexueller Missbrauch und psychische Erkrankung als Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit eines Elternteils sowie als Grund für eine Trennung nicht tatsächlich möglich. Diese Tatbestände müssen im Begutachtungsprozess jedoch klar von jenen abgegrenzt werden, in denen Eltern ihr eigenes Selbst durch die „Degradierung“ des anderen stärken müssen. Ihre eigene Biographie ermöglichte ihnen keine Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls, sodass sie sich nach der Trennung bodenlos, ohne jede Orientierung und zutiefst in ihrem Selbstwert gekränkt fühlen. Dies führt dann im Extremfall zu ungerechtfertigten Umgangsvereitelungen, die nur schwer als solche auszuweisen sind und sich massiv auf das kindliche Erleben auswirken. Die Kinder werden dann instrumentalisiert und in ihrem Leiden als „Munition“ benutzt, um den anderen zu

besiegen. Ein solches Szenario des existentiellen Macht – und Vernichtungskampfes, ausgetragen über die Kinder, beschreibt einen Großteil der Klientel in solchen Begutachtungsprozessen.

6.4 Familienkonflikte im Spiegel des kindlichen Verhaltens

Die Kinder begegnen der Gutachterin in einer noch ungeklärten Situation bezüglich ihres zukünftigen Lebensmittelpunktes. Sie sind mit den Fragen beschäftigt, wo sie denn nun jeden Tag schlafen, von wo aus sie in die Schule gehen werden, bei wem sie ihr Kinderzimmer und ihre Lieblingssachen haben, ob ihnen ihre Freunde erhalten bleiben oder gar ein Umzug droht. Für viele Kinder ist die elterliche Trennung die erste Erfahrung existentieller Verunsicherung, da sie immer davon ausgegangen sind, dass Elternschaft etwas Überdauerndes sei. Diese Hoffnung bringen sie noch lange Zeit danach in Form von Wiedervereinigungswünschen zum Ausdruck.

Kinder gehen – je nach ihrem Entwicklungsstand – unterschiedlich mit der Trennung um. Je jünger sie sind, umso weniger können sie die Scheidung getrennt von ihrer eigenen Person sehen (Strohbach, 2002, S. 9). Sie fühlen sich schuldig, durch ihr Fehlverhalten zur Trennung beigetragen zu haben (Jaede, 2006, S. 21). Ältere Kinder sind kognitiv eher dazu fähig, sich abzugrenzen. Es kommt vor, dass sie rational vorgeben zu wissen, dass die Familie nicht mehr zusammenleben wird. Einige betonen explizit, froh zu sein, den elterlichen Streit endlich nicht mehr ertragen zu müssen. Und dennoch besteht auch bei ihnen unterschwellig die Sehnsucht, dass alle wieder zusammenleben.

Die Kinder erleben im Beziehungskampf der Eltern viele Inkongruenzen. Ihre organismischen Erfahrungen im Zusammensein mit dem einen Elternteil werden durch die negative Beschreibung dieser Person durch den anderen Elternteil nicht bestätigt. Es gibt Kinder, die dies konkret zum Ausdruck bringen: *„Ich weiß nicht mehr, was ich glauben soll!“* Viele haben von dieser Ambivalenz jedoch kein Bewusstsein.

So verbrachte ein 5-jähriger Junge beim Umgangskontakt eine entspannte, lustvolle Zeit mit seiner Mutter in den Räumen des Kinderschutzbundes. Auf der Heimfahrt zum Vater wandelt sich plötzlich seine Sichtweise und er spricht stereotyp davon, dass die Mama die Familie verlassen habe; die Mama eine Hexe und böse sei.

Dauert der Beziehungskampf lange an, so reagieren Kinder – je nach Entwicklungsstand und Geschlecht – oftmals mit dauerhaften Verhaltensauffälligkeiten. Sie haben beispielsweise zu nichts mehr Lust, ziehen sich zurück und / oder fallen in ihrem Leistungsniveau massiv ab. Sie zeigen kindliche Depressionen und erleben sich hilflos. Sie wollen helfen, doch haben sie keine Mittel und scheinbar keinen Einfluss auf das elterliche Verhalten. Oder aber sie reagieren mit Aggressionen, Lügen, Verweigerungen usw. Ihre Verhaltensweisen sind in Abhängigkeit vom Geschlecht unterschiedlich: Insbesondere im früheren Kindesalter reagieren Jungen oft zeitnäher und externalisierend, währenddessen Mädchen häufiger zunächst

noch sehr „gut funktionieren“ und sich anpassen (Walper, 2002). Im Jugendalter nivellieren sich die Unterschiede. Insgesamt lassen diese Reaktionen darauf schließen, dass die Kinder in ihrer Selbstentwicklung stark beeinträchtigt werden.

Eine eigene Position nehmen die Kinder im Extremfall dadurch ein, dass sie ihre Bilder von den Eltern aufspalten: der eine wird zum bösen und der andere zum guten Elternteil. Wie das vorangehende Beispiel verdeutlicht, erleben die Kinder dabei jedoch große Ambivalenzen. Denn in der jeweiligen Situation können sie nur einen Teil von sich leben. Seelisch bedeutet dies eine Inkongruenz zwischen der Entwicklung ihres Selbsterlebens und den äußeren Bedingungen der Wertschätzung durch die Eltern. Damit geht dann häufig eine Kontaktverweigerung einher.

Die personenzentrierte Haltung unterstützt – wie auch bereits bei den Eltern beschrieben – den Zugang zum Kind. Sie stellt zunächst die Beobachtung in den Mittelpunkt, um das Selbstbild des Kindes zu erfassen. Auch im Rahmen von spielbasierten oder testpsychologischen Verfahren kommt es darauf an, insbesondere solche Anteile im Selbst des Kindes zu erkennen, die keine Resonanz erlebt haben. Dies ist von großem diagnostischem Wert, weil daraus auf den aktuellen seelischen Zustand des Kindes geschlossen werden kann. Indem die Gutachterin diese Erkenntnis dem Kind spiegelt, schafft sie eine gute Grundlage für die kindliche Willensbekundung. Darüberhinaus nutzt die Gutachterin diese Erfahrung mit dem Kind, um die Eltern damit zu konfrontieren. Eine differenzierte Beschreibung der kindlichen Situation aus personenzentrierter Sicht kann auch für alle am Fall beteiligten Dritten (z. B. Jugendamt, Therapeutin) sehr hilfreich sein.

7. Schlussfolgerungen

Im vorliegenden Beitrag wird ein Vorgehen im Rahmen der psychologischen Begutachtung im familiengerichtlichen Verfahren vorgeschlagen, bei der die Gutachterin ihren Auftrag auf der Grundlage einer personenzentrierten Vorgehensweise ausführt. Dabei wurde eingangs die Frage aufgeworfen, ob bzw. inwieweit der Auftrag einer sachorientierten Tatbestandserhebung mit anschließender gerichtlicher Empfehlung im Widerspruch zu einer personenzentrierten Kommunikation mit den Beteiligten steht. Zur Beantwortung dieser Frage empfiehlt es sich, die zentralen Argumente, welche die Widerspruchsthese stützen, im Einzelnen zu erörtern. Gewiss mag das dargestellte Vorgehen vielen Gutachterinnen ungewöhnlich, vielleicht auch kritikwürdig erscheinen. So könnten sie etwa einwenden:

- (1) der personenzentrierte Ansatz sei zur objektiven Befunderhebung nicht geeignet,
- (2) Begutachtung sei keine Therapie,
- (3) die Gutachterin sei nicht mehr neutral,
- (4) dem Klienten würden ungerechtfertigte Hoffnungen auf eine Beziehung gemacht.

Wir wollen abschließend versuchen, diese Argumente zu entkräften und den personenzentrierten Ansatz im Begutachtungsverfahren zusammenfassend zu begründen. Warum ist eine personenzentrierte Grundhaltung der Gutachterin in der Kommunikation mit den Betroffenen im Begutachtungsprozess fachlich geboten?

Ad 1: Primäres Ziel der Begutachtung ist es, eine dem Kindeswohl dienliche Antwort auf die gerichtliche Fragestellung zu geben und dem Gericht eine entsprechende Lösung zu empfehlen. Dieses Ziel wird verfolgt, indem die Gutachterin mit Kindern, Eltern und ggf. weiteren Personen in Kontakt tritt und dabei psychologisch relevante Tatbestände erhebt. Zu diesem Zweck kommen durchaus – aber nicht nur – klassische Instrumente der psychologischen Diagnostik zum Einsatz. Denken, Fühlen und Verhalten der Familienmitglieder sind wesentlich von ihren subjektiven Realitäten geprägt. Die Inkongruenzen, die zwischen psychischem Erleben und subjektiver Symbolisierung auftreten, sind in erster Linie in einer offenen, akzeptierenden Kommunikation mit einem „realen Gegenüber“ erkennbar. Wenn der Betroffene die Gutachterin einzig in ihrer formalen Rolle wahrnimmt, wird er sich in seinen Äußerungen an dem zu orientieren versuchen, was er aus normativen oder aus Opportunitäts-Gründen für angebracht oder günstig hält. Je mehr er die Gespräche und Erhebungen im Rahmen der Begutachtung als mitmenschliche Begegnungen erleben kann, in denen seine Empfindungen wahrgenommen und verstanden werden, desto eher wird er sich öffnen und seine emotionalen Verletzungen als wichtigen Teil möglicher Lösungen zur Sprache bringen. Es liegt auf der Hand, dass auf diesem Weg ein größeres Maß an Objektivität zu erreichen ist, als über eine „sachbezogene“ Befragung durch einen „Unbeteiligten“.

Ad 2: Carl Rogers sah den von ihm entworfenen Kommunikationsansatz keineswegs nur als therapeutischen an. Vielmehr betonte er (Rogers, 1987), dass für jede Veränderung menschlichen Verhaltens im Sinne eines persönlichen Wachstums in Familie, Freundeskreis, Bildungssystem, Arbeitswelt eine personenzentrierte Beziehung das Entscheidende ist. Persönliche Veränderung – auch außerhalb der Therapie – beruht immer auf der Begegnung mit einem authentischen Gegenüber, der am eigenen subjektiven Erleben wertschätzende Anteilnahme zeigt. Die Familienmitglieder befinden sich durch den Trennungsprozess zudem in einer psychischen Krise, die auf eine Veränderung, auf eine Lösung drängt, an der sie selbst Teil haben. Eine gutachterliche Empfehlung im Sinne des Kindeswohls muss diese subjektiv begründete Veränderungsbereitschaft einbeziehen und ausloten. Dabei werden im interventionsorientierten Vorgehen Möglichkeiten und Bereitschaften zu Reflexion, Perspektivenwechsel und Selbstveränderung nur angeregt. Je nach Kompetenzen und emotionalen Ressourcen des Einzelnen können diese Anregungen auf fruchtbaren Boden fallen. Mit Therapie hat die Begutachtung nichts zu tun, durchaus jedoch mit ihrer möglichen Anbahnung.

Ad 3: Die Gutachterin ist in ihrer Rolle als Beauftragte des Gerichts verpflichtet, in all ihren Handlungen und Äußerungen

neutral zu sein. Ein personenzentriertes Vorgehen fordert geradezu diese Neutralität, indem sich die Gutachterin im Kontakt mit der Familie jeder wertenden Stellungnahme enthält. Gerade diesbezüglich bietet sich also der personenzentrierte Ansatz sehr an, da er absieht von vorgefertigten Handlungserwartungen und den Betroffenen in seinem Ansinnen betrachtet und zu verstehen versucht. Ein wertschätzender Umgang mit jedem Beteiligten sowie ein echtes Interesse an seinem Erleben, seiner Perspektive beinhaltet keineswegs eine Parteinahme (auch keine vermeintliche) im Sinne einer einseitigen Interessenvertretung, wohl aber eine Perspektivenübernahme von Seiten der Gutachterin, die der subjektiven Realität des Beteiligten Geltung verschafft.

Ad 4: Das Kindeswohl steht im Zentrum der Begutachtung und der abschließenden Empfehlung. Zu allen Zeitpunkten im Begutachtungsprozess muss dies den Eltern klar gemacht werden. Die Eltern werden als diejenigen verstanden, die für das Wohl des Kindes sorgen und bei der Klärung ihrer Aufgaben und Möglichkeiten Unterstützung erhalten (Wiesner, 2006, S. 27, 249 ff). Das Beziehungsangebot der Gutachterin bleibt also – im Sinne eines „Clearings“ – diesbezüglich inhaltlich und zeitlich beschränkt.

Ein gerichtlicher Beschluss, der eine gutachterliche Empfehlung umsetzt, verlangt von den Betroffenen, dass sie von eigenen Interessen zum Wohl des Kindes Abstand nehmen müssen. Inwieweit sie dies können, wird wesentlich davon beeinflusst, ob sie sich im Verlauf der Begutachtung in ihrer Person wahrgenommen und angenommen gefühlt haben. Im positiven – wenn gleich selten auftretenden – Fall haben die Eltern an der Empfehlung selbst mitgewirkt und können diese annehmen. So können einvernehmliche Regelungen als Ergebnis einer am Prozess orientierten Begutachtung nach personenzentrierten Kriterien betrachtet werden.

Die vom Gericht geforderte Empfehlung der Gutachterin als unabhängige, allein am Kindeswohl orientierte Expertise geht aber in jedem Fall über das Verstehen hinaus. Das zielgerichtete Verfahren mündet am Ende der Begutachtung in einen Lösungsvorschlag zum Wohl des Kindes. Damit wird im strengen Sinne eine rein personenzentrierte Haltung verlassen. Hier ergreift die Gutachterin die Initiative und bezieht im Sinne einer Handlungsempfehlung eindeutig Stellung. Was dem Kind fehlt, worunter es leidet und was getan werden sollte, wird von ihr klar benannt.

Die reine Empfehlung – zumal wenn sie entgegen dem erklärten Willen der Betroffenen ausfällt – liegt in der Verantwortung der Gutachterin und ist somit nicht mehr Teil der gemeinsamen Kommunikation. Möglicherweise wird die Empfehlung von einzelnen Beteiligten nicht verstanden. Wenn etwas widersprüchlich bleibt in diesem Vorgehen, dann ist es diese Stellungnahme, wenn man sie als „Endpunkt“ versteht. Wenn man jedoch der Tatsache Rechnung trägt, dass die Lösung des Familienkonflikts kein einmaliger Akt ist, die durch den Gerichtsbeschluss besiegelt wird, sondern vielmehr ein sich über die Zeit erstreckendes Ringen um Verständigung, dann kommt der Art und Weise, wie dieses Ringen erfolgt, die größere

Bedeutung zu. Aus diesem Grund liegt auch der Schlüssel für die Tragfähigkeit der gutachterlichen Stellungnahme in jedem Fall in der Gestaltung des Begutachtungsprozesses und in den Erfahrungen, welche die Beteiligten darin gemacht haben.

Literatur

- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip der Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 35–58). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, F. Kemper & E. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 95–122). Band 1, Göttingen: Hogrefe.
- Bowlby, J. (2006). *Trennung*. München: Reinhardt.
- Colletta, N. D. (1979). Support systems after divorce—Incidence and impact. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 837–846.
- Dettenborn, H. & Walter, E. (2002). *Familienrechtspsychologie*. München: Reinhardt.
- Elliott, R. (1996). Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine Metaanalyse zur Effektforschung. *GwG-Zeitschrift*, 27 (101), 29–36.
- Elliott, R. & Freire, B. (2008). Person-centred and experiential therapies are highly effective: Summary of the 2008 Meta-analysis. *Person-Centred Quarterly*, 11, 1–3.
- Gloger-Tippelt, G. (1999). *Transmission von Bindung über die Generationen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jaede, W. (2006). *Was Scheidungskindern Schutz gibt*. Freiburg: Herder.
- Kölner Fachkreis Familie (2005). Das Cochemer Modell – die Lösung aller streitigen Trennungs- und Scheidungsfälle? *Kind-Prax*, 8, 202–206.
- Krappmann, L. (1988). Über die Verschiedenheit der Familien alleinerziehender Eltern – Ansätze zu einer Typologie. In K. Lüscher, F. Schultheis & M. Wehrspau (Hrsg.), *Die postmoderne Familie* (S. 131–142). Konstanz: Universitätsverlag.
- Meysen, T. & Balloff, R. (Hrsg.) (2009). *Das Familienverfahrensrecht – FamFG. Praxiskommentar mit Einführung, Erläuterungen, Arbeitshilfen*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Moch, M. (1993). Subjektive Repräsentationen von ‚Familie‘ nach einer Scheidung im mittleren Lebensalter. In K. Lüscher & F. Schultheis (Hrsg.), *Generationenbeziehungen in ‚postmodernen‘ Gesellschaften* (S. 215–234). Konstanz: Universitätsverlag.
- Moch, M. (1996). Geschiedene Väter und ihre Eltern. Zur sozialen Bedeutung der Herkunftsfamilie im Scheidungsfall. *Familiendynamik*, 21, 283–298.
- Moch, M. & Junker, M. (1998). Zur „sozialen Logik“ der Generationenbeziehungen deutscher und amerikanischer Scheidungsväter. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 18, 250–266.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (1995). *Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien*. Münster: Votum.
- Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG.
- Salzgeber, J. (2001). *Familienpsychologische Gutachten*. München: Beck.
- Strohbach, S. (2002). *Scheidungskindern helfen*. Weinheim: Beltz.
- Wagner, M. (2002). Familie und Soziales Netzwerk. In R. Nave-Herz (Hrsg.), *Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland* (S. 226–246). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Walper, S. (2002). Verlust der Eltern durch Trennung, Scheidung oder Tod. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5. Auflage). (S. 818–832). München: Psychologie Verlags Union.
- Westhoff, K. & Kluck, M.-L. (1994). *Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen*. Berlin: Springer.
- Wiesner, R. (2006). *SGB VIII*. München: Beck.

Autoren:

Manuela Junker-Moch, geb. 1964, Diplompsychologin, Fachpsychologin für Rechtspsychologie (DGfP/BDP), Kinder- und Jugendpsychotherapie (GwG). Forschungsaufenthalt am National Institut of Health (NIH) Washington DC. Dozentin für Entwicklungspsychologie an verschiedenen Hochschulen.

Prof. Dr. rer. soc. Matthias Moch, geb. 1954, Diplompsychologe, Supervisor (BDP), Studiengangleiter und Geschäftsführer der Fachkommision an der Fakultät Sozialwesen der Dualen Hochschule Baden-Württemberg. Leitung von Forschungsprojekten sowie Institutionsberatung im Bereich der Jugend- und Erziehungshilfen.

Gemeinsame internationale Forschungserfahrungen im Bereich Ehescheidung (Cornell University; Universität Konstanz); Fortbilder für Jugendämter und Einrichtungen zum Thema Kinderschutz.

Korrespondenzadresse:

Manuela Junker-Moch
Wörrishofenerstr. 54
D-70372 Stuttgart
E-Mail: junkermoch@arcor.de

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für eine moderne Frühpädagogik¹

Zusammenfassung: Im vorliegenden Beitrag wird die These untersucht, dass zentrale Paradigmata einer sich zunehmend wissenschaftlich entwickelnden Frühpädagogik wesentliche Parallelen aufweisen zu den Grundannahmen und -erkenntnissen des Personenzentrierten Ansatzes. Nach einer kurzen Darstellung des aktuellen Diskurses in der Frühpädagogik und den Essentials Personenzentrierter Konzepte werden die Parallelen anhand von vier bedeutenden Aspekten untersucht: (1) der Grundannahme des aktiven, nach eigener Weiterentwicklung strebenden Menschen, (2) der Bedeutung der Beziehung, (3) der Bedeutung des Umfeldes, vor allem der Eltern, und (4) anhand der inhaltlichen-methodischen Dimensionen Entwicklungsförderung und Lernen. Es wird deutlich, dass zumindest implizit die Paradigmata des Personenzentrierten Ansatzes sich in den Konzeptionierungen der Frühpädagogik wiederfinden – personenzentrierte Pädagogik sollte sich vor diesem Hintergrund offensiver positionieren.

Schlüsselwörter: Frühpädagogik; Bildung, Betreuung und Erziehung im Kindesalter; Personenzentrierter Ansatz; Klientenzentrierte Psychotherapie; personenzentrierte Pädagogik

Abstract: The Influence of the Person-Centered Approach on a Modern Early Childhood Education. This article explores similarities between the central theoretical paradigm of modern, scientifically based Early Childhood Education and Care (ECEC) and the basic principles of the Person Centred Approach (PCA). After a short description of the current discourse in ECEC and PCA similarities are analyzed on the basis of four central principles: (1) the fundamental idea of the active, competent child fostering his/her own self-development, (2) the importance of the (professional) relationship, (3) the importance of the social environment, especially the parents, and (4) the concept of learning. The paper holds that the principles of the PCA can be found in the paradigm of ECEC theory and concepts – and that the PCA should be exposed clearer in scholarly educational debates.

Keywords: Early Childhood Education and Care, Person Centered Approach, Client Centered Psychotherapy

1. Einleitung

Das Thema „Bildung, Erziehung und Betreuung in der (frühen) Kindheit“ bzw. „Frühpädagogik“² hat seit etwa sieben Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz Hochkonjunktur. Es ist nicht nur eine kaum zu überblickende Zahl neuer Publikationen zu dieser Thematik erschienen, sondern es sind in Deutschland ca. 60 neue entsprechende Studiengänge entstanden und die Forschungstätigkeit hat zugenommen.

Ebenso ist ein breiter politischer Fachdiskurs entstanden und es wurden entsprechende Grundlagenpapiere bzw. Studien verfasst (Deutschland: BMFSFJ, 2003, 2004, 2005; Österreich: Specht [Hrsg.], 2009; Schweiz: Stamm, 2009). Damit verbunden werden Diskussionen um die Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung geführt, die jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrags sind.

Es zeichnen sich breite inhaltliche Grundübereinstimmungen über das Menschenbild, den „Kern“ des pädagogischen Konzepts sowie die Interaktion zwischen Fachkraft und Kind ab; diese Grundübereinstimmung weist viele Ähnlichkeiten mit zentralen Prämissen des Personenzentrierten Ansatzes auf, die in diesem Beitrag näher untersucht werden sollen.

Die inhaltliche Diskussion im Feld der Frühpädagogik kreist zum einen um die Frage, was Kernbestandteile des Fachgebiets und der entsprechenden Tätigkeit sind – so bekommt neben der

1 Ein besonderer Dank gilt Dipl. Psych. Eva-Maria Engel und Dipl. Sozpäd. Maïke Rönnau-Böse für ihre hilfreichen und korrigierenden Anmerkungen und Kommentare.

2 Trotz – oder wegen – der wachsenden Bedeutung der professionellen pädagogischen Arbeit mit Kindern in einem Alter von 0–12 Jahren (mit einem Schwerpunkt bei der Altersgruppe 3–6 Jahre) und deren Bezugspersonen wird um die Fachbezeichnung trefflich gestritten. In diesem Beitrag wird die Bezeichnung „Frühpädagogik“ gewählt. Fachlich ist damit der Bereich der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung (FBBE) gemeint.

pädagogischen Arbeit mit dem Kind die Zusammenarbeit von Fachkräften und Eltern einen immer höheren Stellenwert. Zum anderen wird um das Verhältnis der Bedeutung einzelner Bildungsbereiche bzw. „Domänen“ (wie der Sprache oder mathematischer Fähigkeiten – in Österreich hat die Sprachdiagnostik und -förderung einen sehr hohen Stellenwert; vgl. Specht, 2009; Breit & Schneider, 2009a,b) zur allgemeinen Förderung der Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes „gerungen“. Einen Konsens gibt es in den drei betrachteten Ländern, dass Frühpädagogik *nicht* eine „Vorverlagerung schulischen Wissenserwerbs“ (Stamm, 2009, S. 17) bedeutet, sondern „die Gestaltung anspruchsvoller, anregungsreicher, entwicklungs- und beziehungsförderlicher Umgebungen, in denen Kinder alle Sinnesorgane brauchen und ihre intellektuellen Lerndispositionen entwickeln können“ (ebd.).

Zu beobachten ist, dass sich zentrale Elemente des personenzentrierten Paradigmas in der aktuellen Diskussion um eine moderne Frühpädagogik wiederfinden, ja zu „Richtgrößen“ geworden sind. Ohne dass dies explizit so benannt wird, ist Personenzentrierung, wenn auch implizit und unspektakulär, ein inhaltlicher Fixationspunkt in der (Früh-)Pädagogik geworden.

Im vorliegenden Beitrag wird diese These anhand der Analyse folgender Aspekte untersucht:

- die Grundannahme des aktiven, nach eigener Weiterentwicklung strebenden Kindes
- die Bedeutung der Beziehung (und der Bindung)
- die Bedeutung der Bezugspersonen
- inhaltlich-methodische Aspekte entwicklungsförderlicher pädagogischer Arbeit

Einschränkend muss betont werden, dass sich die vorliegende Analyse auf den deutschsprachigen Raum begrenzt. Der Schwerpunkt der Analyse liegt dabei auf allgemeinen Entwicklungstheorien und pädagogischen Konzeptionen – auf die Betrachtung der pädagogischen oder therapeutischen Begegnung mit Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten kann nicht eingegangen werden. Als wesentliche Bezugspunkte bei der Betrachtung des Personenzentrierten Ansatzes wurden aus der Vielfalt der personenzentrierten Literatur zum einen die grundlegende Arbeit von Rogers (1959/1987) „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ gewählt; zum anderen zwei aktuelle Veröffentlichungen (Schmid, 2008; Lux, 2007), die Rogers' Grundlagen aufgreifen. Diese Bezugspunkte wurden gewählt, weil es in diesem Beitrag nicht darum geht, Vergleiche zwischen konkreten pädagogischen Konzeptionen oder Vorgehensweisen zu ziehen, sondern darum, die allgemeineren (anthropologischen) Grundlagen in ein Verhältnis zu setzen. – Einen ähnlichen Versuch hat Behr (1989) vor 20 Jahren unternommen, als er für den Bereich der Schulpädagogik das (entstehende) Konzept einer personenzentrierten Pädagogik mit pädagogischen Reformansätzen verglich.

2. Die Bezugspunkte der Analyse: Frühpädagogik und Personenzentrierter Ansatz

2.1 Frühpädagogik

Lange Jahre führten Früh- oder Elementarpädagogik in Forschung und politischer Diskussion ein Rand- bzw. Schattendasein, obwohl sich im Alltag der Einrichtungen eine vielfältige Praxis zeigte und innovative Modellprojekte entstanden waren. Der vielzitierte „Pisa-Schock“, schlechte Ergebnisse in OECD- Vergleichsstudien (OECD, 2004), aber auch der gesellschaftliche Wandel und damit verbundene Themen wie: Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Vielfalt von Werten, Lebensstilen und Lebenslagen, Multikulturalität sowie ein gewachsenes Wissen um die Bedeutung der ersten Lebensjahre führten dazu, dass die Frühpädagogik aus dem „Dornröschenschlaf“ aufwachte. Dies ist begleitet von einer Reihe von Folgen:

- In Deutschland wurde nicht nur die Garantie auf einen Platz in einer Kindertageseinrichtung ab dem 3. Lebensjahr gesetzlich festgelegt, sondern darüber hinaus wurden auch mit dem Tageseinrichtungsausbaugesetz (TAG) weitere Garantien für die Betreuung von unter dreijährigen Kindern gegeben. Auch in Österreich und der Schweiz wird der Ausbau von Betreuungsplätzen besonders für Kinder unter drei Jahren forciert; es stellen sich dabei neue Fragen der Struktur- und Prozessqualität (Specht, 2009; Flitner, 2009; Stamm, 2009).
- Es existieren in mittlerweile jedem deutschen Bundesland Orientierungs- oder Bildungspläne (mit unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad) für den Bereich der vorschulischen Bildung, Betreuung und Erziehung. In Österreich wird die Diskussion über landesweit einheitliche Bildungspläne für den Vorschulbereich geführt. In der Schweiz existiert ein solcher Rahmenplan für Kindergärten; Kontroversen bestehen, ob ein entsprechender Plan auch für den Bereich der Kinderkrippen etabliert werden soll (z. B. Jaun, 2009).
- Die Ausbildung der Fachkräfte auf akademischem Niveau hat sich in Deutschland neben der klassischen ErzieherInnenausbildung³ an Fachschulen etabliert; mittlerweile existieren fast 60 Studiengänge in höchst heterogenen Angebotsformen, die alle das Ziel haben, FrühpädagogInnen im Rahmen eines Bachelor-Studiums zu qualifizieren. Gleichfalls werden in der Schweiz und Österreich neue Ausbildungsstrukturen auf Hochschulniveau für die frühpädagogischen Fachkräfte favorisiert und gefordert (Specht, 2009; Stamm, 2009).
- In Deutschland haben insbesondere die Bertelsmann-Stiftung und die Robert Bosch Stiftung (Projekt „Profis in Kitas“, www.profis-in-kitas.de) systematisch – neben sporadischen Initiativen einzelner Wirtschaftsverbände – die Bedeutung dieses Bildungs- und Entwicklungsbereichs erkannt und entsprechende Forschungs- und Entwicklungsprojekte realisiert.

3 In dieser Arbeit wird das „Binnen-I“ verwendet, um eine gender-sensible Schreibweise zu gewährleisten.

- In der Schweiz (Stamm, 2009) und in Österreich (Specht, 2009) sind jüngst relevante Überblicksstudien zur Situation der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung erschienen, die neben strukturellen Forderungen bzw. Handlungsempfehlungen auch inhaltliche Richtungsweisungen beinhalten.
- Insgesamt wurde hierdurch der Fachdiskurs belebt – wenngleich festzustellen ist, dass es keine konsistente Theoriebildung gibt und auch die Forschung in diesem Bereich für viele Jahre vernachlässigt worden ist.

Insgesamt bildet sich jedoch über Grundfragen in Wissenschaft und Praxis ein Konsens in einer Reihe von zentralen Punkten (Überblicke z. B. Fried & Roux, 2006; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff, 2008; Simoni & Wustmann, 2009), die im dritten Abschnitt näher beleuchtet werden.

2.2 Personenzentrierter Ansatz (person centered approach, PCA)

In der personenzentrierten Theoriebildung bestand einer der wesentlichen Fortschritte in den letzten 20 Jahren in einer differenzierteren und störungsspezifischen Adaption des Ansatzes (Beginn: Eckert, Höger & Linster, 1993). Ebenso konnte in den letzten 20 Jahren eine eigenständige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland sich mit einer Reihe von Publikationen etablieren und die schon länger bestehende Praxis reflektieren (z. B. Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper & Monden-Engelhardt, 1997; 2002; Boeck-Singelmann, Hensel, Jürgens-Jahnert & Monden-Engelhardt, 2003; Goetze, 2002; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009; Weinberger, 2001; Weinberger & Papastefanou, 2008). Auch im Rahmen der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden störungsspezifische Adaptationen, beispielsweise zur Arbeit mit sexuell traumatisierten Kindern und Jugendlichen (Riedel, 2002; Hüsson, 2009) oder gewalttätigen Jugendlichen (Fröhlich-Gildhoff, 2006) entwickelt.

Im Unterschied zu dieser inhaltlichen Entwicklung ist die Personenzentrierte Psychotherapie auf politischer Ebene vor allen Dingen im Rahmen der Strukturierungen der Psychotherapie in Deutschland durch das Psychotherapeutengesetz in eine defensive Position geraten. Mit viel Anstrengung gelang es, dass auch die Gesprächspsychotherapie ein berufsrechtlich anerkanntes Verfahren ist, dagegen steht die sozialrechtliche Anerkennung nach wie vor aus; die Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird dabei völlig auszugrenzen versucht. Es besteht im Bereich der Psychotherapie die Gefahr, dass der Personenzentrierte Ansatz in seiner Bedeutung bzw. in der öffentlichen Wahrnehmung ins Abseits gestellt wird.

Daneben haben sich jedoch Prinzipien der personenzentrierten Beratung in unterschiedlichen Weiterbildungsstrukturen und im Beratungsbereich klar etabliert (das Buch von S. Weinberger zur „Klientenzentrierten Gesprächsführung“ ist 2008 in 12. Auflage

erschienen!); auch im Bereich der Organisationsberatung und des Coachings (z. B. Terjung & Kempf, 2001) wurden neue Praxisfelder erschlossen.

Die Situation im Psychotherapie-Bereich ist in Österreich und der Schweiz wesentlich günstiger, weil das Verfahren dort in das System der kassenfinanzierten Krankenbehandlung eingebunden werden konnte.

Zugleich scheint es so, dass die personenzentrierten Paradigmen – auch in der Ausbildung von PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, HeilpädagogInnen etc. im Bereich der Gesprächsführung – „Allgemeingut“ geworden sind, ohne dass immer wieder explizit auf den Ansatz und insbesondere seine Weiterentwicklungen (s. o.) Bezug genommen wird. Die Bedeutung der Beziehung ist gerade in der jüngeren Psychotherapieforschung unumstritten (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994, Norcross 2002, Lambert & Barley 2002, Wampold 2001). Die Bedeutung der „Basisvariablen“ Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz für zwischenmenschliche Kommunikation, aber auch für die entwicklungsförderliche Begleitung von Kindern wird vielfältig in unterschiedlichsten Bereichen gelehrt und gelernt – ohne dass der Rückbezug zum Personenzentrierten Ansatz explizit erfolgt.

Behr (1989) hat in seiner Analyse sehr präzise herausgearbeitet, wie sich zwischen Personenzentriertem Ansatz und reformpädagogischen Konzepten viele Parallelen herstellen lassen und welche („operationalisierte“) Konsequenzen sich für pädagogisches Handeln daraus ableiten. Auch für ihn stellt die „zwischenmenschliche Beziehung das entscheidende Agens“ „für personale Entwicklungs-, Erziehungs-, Lern- und Bildungsprozesse“ (ebd., S. 153) dar. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass „Personenzentrierung in der Erziehung ... mehr (beinhaltet) als das Trivialverständnis des Ansatzes in Form der drei Variablen“ (ebd., S. 177).

Auch in der Frühpädagogik werden implizit viele Grundannahmen und Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes übernommen und weiterentwickelt; dies wird im Folgenden präzisiert.

3. Parallelen zwischen Personenzentriertem Ansatz und Frühpädagogik

Anhand von vier zentralen Themen sollen Parallelen zwischen PCA und Frühpädagogik untersucht werden.

3.1 Grundannahme: der aktive, nach eigener Weiterentwicklung strebende Mensch

Das „grundlegende“ Axiom des Personenzentrierten Ansatzes ist die *Aktualisierungstendenz*, die für Rogers an erster Stelle der Definition des theoretischen Konzeptes steht: „Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten: und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung

des Organismus dienen. [...] Der Begriff beinhaltet die Tendenz des Organismus zur Differenzierung seiner selbst und seiner Funktionen, er beinhaltet Erweiterung im Sinne von Wachstum, [...] dies meint die Entwicklung hin zu Autonomie und weg von Heteronomie oder der Kontrolle durch äußere Zwänge“ (Rogers, 1959/1987, S. 21). Nach Weinberger (2001) ist die Aktualisierungstendenz ein „Entwicklungsprinzip: eine richtungsgebende Kraft im Menschen, sein in ihm liegendes Potenzial zu entwickeln. Es geht um Wachstum, um die „Suche nach Freude oder Spannung, Tendenz zur Kreativität, Tendenz mühsam gehen zu lernen, wo doch Krabbeln müheloser zur selben Bedürfnisbefriedigung führen würde (Rogers, 1959/1991, S. 22)“ (ebd. S. 25). Auch in aktuellen Betrachtungen wird dem Konstrukt der Aktualisierungstendenz höchste Bedeutung beigemessen (z. B. Lux, 2007, S. 14ff; Kriz, 2006). Schmid (2008) verweist darauf, dass im Sinne Rogers die Aktualisierungstendenz allerdings immer auch eine Beziehungsdimension hat: „die Tendenz zur Aktualisierung ist [...] ein Potenzial, über das jeder Mensch ‚in sich‘ verfügt, das aber der Beziehung bedarf, um wirksam zu werden“ (ebd. S. 126). Eine wichtige Funktion hat die Aktualisierungstendenz, indem sie Erfahrungen danach bewertet, ob sie für den Organismus – also die psychische und physische Einheit des Menschen – erhaltend oder förderlich sind. Auf diese Weise werden „positive und negative Erfahrungen in das Bewusstsein aufgenommen“ (Weinberger, 2001, S. 25). Über diese Bewertungsprozesse kommt es zur Selbstkonzeptbildung und dann auch zur Selbstaktualisierung als Teil der grundlegenden Aktualisierungstendenz.

Hier finden sich im Übrigen deutliche Analogien zu den Ergebnissen der empirischen Säuglingsforschung, insbesondere von Stern (1992) und Dornes (2003, 2001). Diese gehen anhand sehr dezidierter Beobachtungen von Säuglingen und Kleinkindern – und deren Interaktionen – vom Bild des aktiven, kompetenten Säuglings aus, der schon von Geburt an mit seiner Umwelt in Kontakt tritt und danach strebt, sich diese anzueignen. Aufgrund realer Interaktionserfahrungen bilden sich innerpsychische Schemata, die dann zu einem Selbst(empfinden) führen. Entsprechungen finden sich ebenfalls in den Erkenntnissen der Neurobiologie (vgl. z. B. Hüther & Krens, 2005; Hüther, 2004; Grawe, 2004).

In der schon erwähnten Analyse überträgt Behr (1989) die grundlegenden Annahmen des Personenzentrierten Ansatzes auf Bildungsprozesse: „Kinder lernen und entwickeln sich aus sich selbst heraus am besten – sie benötigen dazu nicht Lenkung, sondern viel eher förderliche Bedingungen, insbesondere nicht dirigierende Beziehungsangebote von Erwachsenen“ (ebd., S. 152).

Es gibt nicht *die* einheitliche *frühpädagogische Theoriebildung*, sondern eine Vielfalt von Traditionen, die stark mit Pionierinnen und Pionieren von Pestalozzi über Fröbel und Montessori bis zu moderneren Konzepten wie dem Situationsansatz (ein Überblick zur Geschichte findet sich z. B. bei Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff, 2008) verbunden ist. Allerdings besteht unabhängig von den unterschiedlichen Autoren ein weitestgehend übereinstimmendes

Grundverständnis des Bildes eines selbst-aktiven, (ko-)konstruierenden Kindes. Exemplarisch seien hierzu einige bedeutende Positionen angeführt:

- Schäfer (2006) betont als Ausgangspunkt der Frühpädagogik – unter Bezugnahme auf Fröbel – die „Selbsttätigkeit des Kindes“.
- In der viel beachteten und rezipierten Reggio-Pädagogik wird das Kind „als Konstrukteur seiner Entwicklung und seines Wissens betrachtet. Es weiß daher am besten, was es braucht; und es verfolgt mit Energie und Wissbegierde die Entwicklung seiner Kompetenzen“ (Knauf, 2000). Dem Kind wird zugeschrieben, dass es „über natürliche Gaben und Potentiale von ungeheurer Vielfalt und Vitalität“ verfügt (Reggio Children, 1998, S. 63, zitiert nach Knauf, 2000), es ist ein „eifriger Forscher“ (Malaguzzi, 1984, S. 4).
- Kluge (2006) sieht das „Kind als Subjekt seines Erziehungsvorgangs“ (S. 25).
- „Kinder sind von Geburt an kompetent, aktiv und wissbegierig. Sie versuchen, die Welt mit all ihren Sinnen zu entdecken und zu verstehen“ (Simoni & Wustmann, 2009, S. 20).
- Fthenakis (2003) formuliert programmatisch: „Bildung wird in diesem Sinn nicht mehr als ein primär individuumzentrierter, sondern als ein sozialer Prozess definiert, in dessen Verlauf neben den Fachkräften und den Kindern auch deren Eltern und Andere eine aktive, ko-konstruktive Rolle spielen. Diesem Verständnis von Bildung liegt eine Vorstellung vom kompetenten Kind zugrunde, das Mitgestalter seiner Entwicklung und seines Lernens ist“ (S. 12). Somit ist das Kind „nicht bloß Objekt der Bildungsbemühungen anderer. Im Gegenteil, es wird nunmehr als Subjekt im Bildungsprozess behandelt, als kompetent handelndes Wesen, das seine Entwicklung, sein Lernen und seine Bildung ko-konstruiert“ (S. 26; s. a. Fthenakis & Schmidt, 2007).
- Im „Orientierungsrahmen für Hochschulen“ des hochschulübergreifenden Projektes „Profis in Kitas“ der Robert Bosch Stiftung wird formuliert: „das Kind verfügt über differenzierte Wahrnehmungsfähigkeiten und miteinander verknüpfte sinnliche, emotionale und kognitive Zugänge zu Weltphänomenen, diese möchte es ausbauen und weiterentwickeln. Seinen Erkenntnissen und Empfindungen, seinen Vorlieben und Sympathien verleiht das Kind vielfältig und individuell Ausdruck. [...] Wahrnehmen, Erfahren, Empfinden und Handeln ebenso wie unmittelbare körperliche und sinnliche Erfahrungen, sind individuelle Prozesse, mit denen das Kind nach Mustern sucht und Erwartungen überprüft. So konstruiert jedes Kind auf seine subjektive Art Wissen über die Welt und damit untrennbar eine Konzeption der eigenen Persönlichkeit“ (Robert Bosch Stiftung, 2008, S. 22f.).

Dieses Selbstverständnis des aktiven, die Welt erobernden und sich dadurch selbst bildenden Kindes findet sich vom Grundsatz her in allen modernen frühpädagogischen Konzeptionen (z. B. Fried & Roux, 2006; Liegle, 2006; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff, 2008; Stamm, 2009). Auch die Frühpädagogik betont, dass sich Kind und Erwachsener in einem ko-konstruktiven Prozess befinden: „Kinder

und Erwachsene sind gleichermaßen Ko-Konstrukteure von Lern- und Bildungsprozessen. In der Interaktion mit anderen wachsen Kinder [...], gleichzeitig spiegeln die Reaktionen der Interaktionspartner auch die Handlungen und Äußerungen des Kindes diesem, wie und wer es selbst ist. Das Kind integriert diese Erfahrungen in die Entwicklung seines Selbstbildes und in die Konstruktion der eigenen Identität“ (Robert Bosch Stiftung, 2008, S. 23).

Die Parallelen zwischen (Selbst)aktivität und Aktivierung, Selbst(konzept)-Bildung und Interaktion zwischen Frühpädagogik und PCA sind offensichtlich. Auf das zentrale Element von Interaktion, die Beziehung, wird im Folgenden näher eingegangen.

3.2 Bedeutung der Beziehung

Im Konzept der *Personzentrierung* wird die Beziehungs(gestaltung) zwischen TherapeutIn und PatientIn, allgemeiner: zwischen zwei Menschen, als bedeutendste (Wirk)variable, als „das zentrale Element von Beratung und Therapie“ (Weinberger, 2001, S. 29; Hervorh. im Original) gesehen. Rogers selbst hat als erste Bedingung, damit sich ein therapeutischer Prozess entwickelt, formuliert: „Zwei Personen befinden sich im Kontakt“ und zwar so, „dass es sich um eine echte Beziehung zweier Personen handelt, in der beide nach besten Kräften bemüht sind, in der Interaktion sie selbst zu sein“ (1959/1987, S. 40 f.); Lux hat das später aufgegriffen und betont, dass sich diese beiden Personen „gegenseitig emotional berühren“ müssen (2007, S. 130). Eine Zeitlang wurde Beziehungsgestaltung in der non-direktiven oder noch klientenzentrierten Phase auf die technizistische, möglichst genaue Anwendung der Grundbedingungen Kongruenz, bedingungslose positive Beachtung und Empathie reduziert. Dabei hat es sich nach Eckert (2003) als nicht günstig erwiesen, diese Grundvariablen als einzelne, isolierte Aspekte von Verhalten zu betrachten. Sie sind sehr eng miteinander verbunden und entfalten ihre Wirksamkeit in der Beziehung. Im Personzentrierten Ansatz ist der Beziehungsbegriff weiter und „tiefer“ gefasst. Schmid (2008) betont, „es handelt sich [...] um eine *Du-Ich-Beziehung*. Letztlich gibt der andere dabei nicht etwas, sondern sich selbst als Person zu erkennen und spricht mich als Person an“ (ebd. S. 127, Hervorh. im Original). Oder noch weitergehend: „Die Person entsteht durch den Widerstand in der Begegnung mit dem Anderen [...]. Therapeutische Begegnung bedeutet ebenso miteinander sein, wie einander gegenüber sein“ (ebd. S. 126). Die zentrale Bedeutung der (therapeutischen) Beziehung wird durch vielfältige Erkenntnisse der Psychotherapieforschung bestätigt: „Wenn man alle je untersuchten Zusammenhänge zwischen bestimmten Aspekten des Therapiegeschehens und dem Therapieergebnis zusammennimmt, dann sind Aspekte des Beziehungsgeschehens diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist“ (Grawe, Donati & Bernauer 1994, S. 775), dies wird bestätigt durch aktuelle Ergebnisse der Psychotherapieforschung (z. B. Lambert & Barley, 2002).

In der *Frühpädagogik* wurde die Fachdiskussion lange Zeit um didaktisch- methodische Fragen in der Arbeit mit dem Kind im engeren Sinne geprägt; insgesamt nahm und nimmt der Aspekt der Beziehungsgestaltung zwischen professioneller Fachkraft und Kind(ern) noch eine vergleichsweise geringe Rolle ein. Während zum Beispiel die Themen Sprachförderung, die Förderung früher naturwissenschaftlicher Fähigkeiten oder die „angemessene“ Beobachtung, Dokumentation oder Diagnostik relativ breit rezipiert werden, hat das wichtige Thema „professionelle Beziehungsgestaltung“ erst in einer jüngeren Publikation von Becker-Stoll und Textor (2007) Beachtung gefunden. Dies ist umso erstaunlicher, da „eine der zentralen Variablen, die den Lernerfolg bei kleinen Kindern bestimmen, [...] die Wirkung der Erzieher(innen) auf die Art und Qualität der Erziehung [ist]. Dies wird in vielen Forschungsberichten, Untersuchungen und Vorlagen detailliert belegt. Wenn die Qualität öffentlicher Bildung anvisiert wird, sollte die Rolle der Erzieher(innen) im Mittelpunkt stehen [...]“ (Siraj-Blatchford, 2007, S. 98). Entsprechend konstatiert Jaun: „Kinder [brauchen] für ihre Entwicklung vertrauensvolle, verlässliche und verfügbare Beziehungen zu Erwachsenen ...“ (Jaun, 2009, S. 10).

Das Motto „ohne Bindung keine Bildung“ findet als Devise Resonanz (auch im schon zitierten „Bild vom Kind“ und in einem curricularen Baustein des „Orientierungsrahmens für Hochschulen“ [Robert Bosch Stiftung, 2008] wird auf die Bedeutung professioneller Beziehungsgestaltung hingewiesen); auch Stamm spricht in der schon mehrfach zitierten umfassenden Studie von der „bewussten Anregung der kindlichen Aneignungstätigkeit durch Erwachsene“ (Stamm, 2009, S. 10). – Indes liegen, insbesondere im deutschsprachigen Raum, nur wenige Forschungsergebnisse zu dieser Thematik vor.

Zunehmend werden die Erkenntnisse der Bindungsforschung (z. B. Grossmann & Grossmann, 2004; Ahnert, 2004; Grossmann, 2001) auf den Bereich professioneller Beziehungsgestaltung in der Frühpädagogik bezogen und entsprechende Konsequenzen formuliert. Forschungsergebnisse zur *Intensität* der Beziehung zeigen grundsätzlich, dass sicher gebundene Kinder eher auch sichere Beziehungen zu den pädagogischen Fachkräften aufbauen, wenn gleich diese schwächer sind als zu den Eltern. Das internalisierte Beziehungsmodell wird auf die Fachkräfte übertragen (Textor, 2007; Ahnert, 2007; Becker-Stoll, 2007). Von großer Bedeutung ist dabei, dass Kontinuität in der Beziehung gewährleistet ist. Ein Wechsel von Fachkräften bewirkt Verunsicherung oder gar Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung.

Es gibt eine Reihe von Studien, die Zusammenhänge zwischen stabilen, guten Beziehungen zwischen ErzieherIn und Kindern und positiven Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung im sprachlichen und kognitiven Bereich aufzeigen; entsprechende Zusammenhänge konnten zu erhöhter Aufmerksamkeit, verringerten Verhaltensauffälligkeiten sowie gesteigerter sozialer Kompetenz auf Seiten der Kinder gefunden werden (Pianta, Stuhlman & Hamre, 2007; Textor, 2007; Ahnert, 2007).

Nach Pianta et al. (2007) können stabile Beziehungen zu Fachkräften auch kompensatorisch wirken und negative familiäre Beziehungserfahrungen, zumindest ein Stück weit, ausgleichen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Resilienzforschung, wonach die Beziehung zu einer stabilen erwachsenen Bezugsperson *der* zentrale entwicklungsförderliche Faktor für eine gesunde kindliche Entwicklung ist; diese Bezugsperson kann auch eine Person außerhalb des Familiensystems – damit eine professionelle ErzieherIn/FrühpädagogIn – sein (vgl. Zusammenstellungen bei Wustmann, 2004; Opp & Fingerle, 2007).

Es geht also darum, die kindlichen Bindungsbedürfnisse konsequent zu beachten und dann auch adäquat, das heißt in Form einer gelingenden „Passung“ (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2007 a, c) auf die vorhandene Bindungsstruktur des einzelnen Kindes feinfühlig einzugehen.

Dies setzt wiederum eine systematische Beobachtung des kindlichen Beziehungs- bzw. Bindungsverhaltens voraus. In Deutschland stehen noch keine alltagstauglichen entsprechenden Instrumente für den Bereich der Kindertageseinrichtungen zur Verfügung⁴. Von Modellen aus dem englischsprachigen Raum berichten Pianta et al. (2007).

Die kindlichen Bindungsbedürfnisse müssen individuell beantwortet werden, dabei ist es insbesondere für Kinder mit unsicherem Bindungsverhalten wichtig, konsistente Unterstützung und Beachtung zu erleben.

Eine wichtige Voraussetzung zur Realisierung derartiger explorationsunterstützender Angebote sind gute Rahmenbedingungen wie angemessene ErzieherInnen-Kind-Relationen, begrenzte Gruppengrößen, ein durch ausreichende personelle Ressourcen abgesichertes, verlässliches BezugserzieherInnen-System und ein entwicklungsförderliches Gruppenklima (vgl. z. B. Fröhlich-Gildhoff, 2007b).

Umfangreiche Studien im Rahmen des NICHD (Early Child Care Research Network) weisen darauf hin, dass zum einen die emotionale und soziale Unterstützung wichtig ist, aber eben auch die kontinuierliche Unterstützung bei den konkreten Aktivitäten des Kindes. Ahnert führt dabei den Begriff der Explorationsunterstützung bzw. Assistenz ein: „Ohne Assistenz gelangt das Kind bei schwierigen Aufgaben an die Grenzen seiner Handlungsfähigkeit, braucht es zusätzliche Informationen und Unterstützung. Besteht eine sichere Erzieherinnen-Kind-Bindung, wird das Kind diese Hilfen vorrangig bei dieser Bindungsperson suchen und von ihr auch akzeptieren“ (Ahnert, 2007, S. 34). Die NICHD-Studien zeigten auch, dass gerade die Kinder, die aufgrund ihrer Voraussetzungen besondere Unterstützung benötigen, diese nicht ausreichend einfordern können und daher einer ganz besonderen Aufmerksamkeit und Zuwendung der Fachkräfte bedürfen, um in ihrer Weise, die Welt zu erkunden,

gefördert zu werden (NICHD, 2002; 2005a, b). Besonders wichtig ist es, die individuellen Lern- und Beziehungsbedürfnisse der Kinder wahrzunehmen und dann entsprechende individualisierte Hilfen anzubieten. Durch ein klar strukturierendes, unterstützendes und explorationsförderndes Verhalten der pädagogischen Fachkräfte lassen sich nachgewiesenermaßen auch Verhaltens-, Aufmerksamkeits- oder Anpassungsprobleme von Kindern verändern (zusammenfassend z. B. Pianta et al., 2007).

Schäfer (2006) beschreibt entsprechend eine der wesentlichen „Konsequenzen für die Frühpädagogik“: „Man braucht eine pädagogische Haltung des ‚Zuhörens‘, um die individuellen Versionen der Gedanken, Theorien oder Antworten von Kindern zu bemerken und zu verstehen. Zuhören meint hier ein ‚Hören‘ mit allen Sinnen. Dies ist die Grundlage für die Bedeutung der Beobachtung im frühkindlichen Bildungsprozess“ (S. 41). Auch nach Liegle (2006) stellen Beziehungen „die wichtigste und am nachhaltigsten wirkende Voraussetzung für den aktiven Aufbau des Subjekt-Welt-Bezugs dar“ (S. 99). Grundlegend ist dabei das „Dialogische Verstehen“, „Verstehen im Modus der Verflechtung ... ist eine soziale Praxis nicht nur der Erwachsenen, sondern auch der Kinder“ (S. 19) – hier finden sich sehr deutliche Analogien zum Konzept der „Fördernden Nicht-Dirigierenden Einzeltätigkeiten“ von Tausch & Tausch (1998), das weit über eine missverstandene Nicht-Direktivität hinausgeht.

3.3 Bedeutung des Umfeldes, vor allem der Eltern

Im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes hat Rogers über den „Tellerrand“ der unmittelbaren therapeutischen bzw. Beratungsbeziehung hinausgeschaut und die Bedeutung der realen Erfahrungen des Kindes in seiner sozialen Welt – und damit die Interaktion mit den Eltern – für die eigene Entwicklung des Kindes gesehen. Im Zusammenspiel zwischen realen Erfahrungen und Aktualisierungstendenz bilden sich die inneren Strukturen, die ihrerseits wiederum den Wahrnehmungsprozess strukturieren: „Das Kind lebt in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet nur in ihm selbst existiert, die es sozusagen selbst erschaffen hat [...]. Die wahrgenommene Realität [ist] die für das Individuum eigentliche, die sein Verhalten beeinflusst“ (Rogers, 1959/87, S. 48). Dies ist eine Position, die der des Konstruktivismus sehr nahe ist; Rogers verweist an vielen Stellen auf die Bedeutung der (durch das Individuum bewerteten) Erfahrungen in den Interaktionen.

In Rogers' Entwicklungstheorie – deren Grundbestandteile bis heute den Personenzentrierten Ansatz prägen – sind zwei Elemente von wesentlicher Bedeutung. Zum einen das „Bedürfnis nach positivem Bezug“ des Kindes, insbesondere das Bedürfnis nach „positiver Beachtung“ – hier finden sich im Übrigen viele Parallelen zu den Konzepten der Bindungstheorie (s. o.), Bowlby hat das Bindungsbedürfnis in einer sehr ähnlichen Ausformulierung als grundlegendes menschliches Bedürfnis postuliert. Zum anderen hat das „Bedürfnis nach Selbstbeachtung“ (Rogers, 1959/1987, S. 49) eine

⁴ Ein interessantes entsprechendes Forschungsprojekt wurde jüngst am Marie Meierhofer Institut in Zürich unter der Leitung von H. Simoni und C. Wustmann begonnen (www.mmizuerich.ch)

wesentliche Bedeutung – auch hier finden sich Parallelen zum später entwickelten und empirisch abgesicherten Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen (z. B. Bandura, 1995; Grawe, 1998).

Die adäquate Befriedigung dieser kindlichen Grundbedürfnisse erfolgt in entwicklungsförderlichen Interaktionen mit den und durch die unmittelbaren Bezugspersonen. Die Kernelemente entwicklungsförderlichen Erziehungsverhaltens und insbesondere die Beschreibung des „demokratischen Erziehungsstils“ wurden später von Tausch und Tausch (1998) aufgegriffen und empirisch weitergehend untersucht – hier hat sich eine eigenständige erziehungswissenschaftliche Tradition im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes herausgebildet. Rogers selbst hat aus seiner grundlegenden Theorie auch Schlüsse gezogen für entsprechend förderliches „Familienleben“ und „Erziehung und Lernen“ (Rogers, 1959/1987, S. 66f).

Konzeptionen vorschulischer Erziehung bezogen sich lange Zeit überwiegend auf die Arbeit mit dem Kind allein, moderne *Frühpädagogik* hingegen sieht die Arbeit mit den Eltern (und sozialen Netzwerken) als gleichbedeutende Kernbestandteile des Tätigkeitsfeldes und der Ausbildung (vgl. z. B. Qualifikationsrahmen des Projekts „Profis in Kitas“ der Robert Bosch Stiftung, 2008; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff, 2008; Textor, 2005; 2006; Jaun, 2009; Stamm, 2009; Specht, 2009).

Unter dem Begriff der „Erziehungspartnerschaft“ oder „Bildungspartnerschaft“ ist die Notwendigkeit beschrieben worden, dass sich Eltern und ErzieherInnen oder LehrerInnen gemeinsam im Interesse der Kinder austauschen und partnerschaftlich die Entwicklung des Kindes fördern. Textor beschreibt Erziehungs- und Bildungspartnerschaft wie folgt: „Die Grundhaltung ist hier, dass die Erziehung und Bildung eines Kindes die ‚Co-Produktion‘ von Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen und dem Kind selbst ist. Daraus ergibt sich die Zusammenarbeit zwischen allen Erwachsenen, basierend auf einem intensiven dialoghaften Informations- und Erfahrungsaustausch. [...] So sollten ErzieherInnen und LehrerInnen selbst mehr familienbildend tätig werden und Eltern darüber informieren, wie gute Lernvoraussetzungen in Familien geschaffen und (Selbst-) Bildungsprozesse der Kinder initiiert und unterstützt werden können. [...] Je mehr die Familie als Co-Produzent von Bildung wahrgenommen und je intensiver die Kooperation mit ihr wird, umso mehr müssen ErzieherInnen und LehrerInnen ihre Erziehungs- und Bildungsziele mit den Eltern abstimmen und ihre Bildungsangebote in die Familie hineinbringen“ (Textor, 2005, S. 157f.). Jaun spricht davon, dass es ein „Akt gesellschaftlicher Solidarität“ sei, „Eltern bei der schwierigen Aufgabe des Bildens und Erziehens zu unterstützen“ (Jaun, 2009, S. 14).

Erziehungspartnerschaft stellt sich nicht von selbst her. Nicht selten sehen sich ErzieherInnen und Eltern als Konkurrenten, schieben sich wechselseitig die Schuld für Probleme der Kinder zu etc. Eine wichtige Erkenntnis der Studie in 137 Kindertageseinrichtungen von Fröhlich-Gildhoff, Kraus-Grüner & Rönnau (2006) war,

dass es für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Eltern und ErzieherInnen nötig ist, dass sich die Haltung der ErzieherInnen gegenüber den Eltern ändert: „Dort wo Konkurrenz bestand, Berührungängste den wechselseitigen Umgang prägten und/oder vorrangig die Defizite der Erziehungsberechtigten gesehen wurden, gelang es durch ein verändertes und gestärktes Selbstverständnis der Fachkräfte, den Blick vom einzelnen Kind zur gesamten Familie zu weiten. Die ErzieherInnen sahen, dass sie als Professionelle auf die Eltern zugehen und sich an deren Stärken und Interessen orientieren sollten. Dabei ist es wichtig, die je einzelne Familie mit ihren Ressourcen, aber auch Problemen in den Blick zu nehmen“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2006, S. 14). Es ließ sich eine „Wirkungskette zur Gestaltung einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Eltern und ErzieherInnen“ (ebd.) beschreiben:

An deren Ausgangspunkt stehen die (Team-)Weiterbildung der ErzieherInnen sowie die Entwicklung eines Leitbildes und eines Konzepts. Die damit beginnende Haltungsänderung ist gekennzeichnet durch eine Blickänderung vom Kind zur Familie, das aktive Zugehen auf die Eltern und das mit Wertschätzung verbundene Orientieren an den Stärken und Interessen der Eltern. Auf dieser Grundlage können dann Methoden und Angebote etabliert werden, die sehr spezifisch auf die Situation der Einrichtung und v. a. auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Elterngruppen zugeschnitten sein müssen – wie z. B. spezifische Beratungsformen, Informationsabende, Elterncafés, Elternkurse etc. Beides, Haltungsänderung wie Methoden, führen zu einer stärkeren Öffnung der Eltern und damit zu einem sich gegenseitig positiv verstärkenden Kreislauf der partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

3.4 Entwicklungsförderung, Lernen

Ausgangspunkt für Entwicklung(sförderung) und Lernen ist im Personenzentrierten Ansatz die Beziehung (s. o.). Auf deren Grundlage sind vier Aspekte jedoch wesentlich für (begleitete) Lernprozesse:

- Zum einen die Beobachtung. Dies begründet ausführlich Schmid (2008) in seiner aktuellen Analyse: Er betont dabei, dass der Prozess des Beobachtens oder Erkennens immer ein wechselseitiger ist: „Dem Anderen kann ich nicht gerecht werden, wenn ich von mir oder anderen auf ihn schließe, sondern nur dann, wenn ich ihn mich ansprechen lasse. Der Andere ist dabei Subjekt [...]. Die Bewegung des Erkenntnisvorganges geht hier nicht vom Ich zum Du („Was kann ich als Therapeut beim Klienten sehen, erkennen?“), sondern umgekehrt vom Anderen zu mir („Was gibt mir der Andere zu erkennen, was zeigt er mir, was offenbart er, was will er verstanden haben?“)“ (S. 127).
- Ein weiterer Schritt in der Begegnung und Be(ob)achtung ist das Erfassen der (Entwicklungs-)Potenziale des Anderen. Schmid stellt die Frage „Wie ist (Persönlichkeits-)Entwicklung möglich?“. Dabei kommt er zu dem Schluss, „das Mögliche ist ebenso eine Dimension des Person-Seins, wie das bereits Verwirklichte. [...] Relevant ist nicht nur, was bereits ‚sichtbar vorhanden‘ ist, sondern

ebenso das Potenzial: als Möglichkeit, als Vermögen, als Kraft, es trägt den Keim zur Verwirklichung in sich.“ (2008, S. 126) – Hier lassen sich Entsprechungen zum grundlegenden Konzept der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotsky, 2002, s. u.) herstellen.

- Eine weitere grundlegende Bedingung für Veränderung und Entwicklung ist die „Offenheit für Erfahrung“ (Rogers, 1959/1987, S. 32). Rogers betont, dass Personen nur dann offen für Erfahrungen sind, wenn sie sich in keiner Weise „bedroht [fühlen]. [...] Für Erfahrungen offen zu sein, bedeutet, sich in einem Zustand zu befinden, der das Gegenteil des Zustandes der Abwehr ist“ (ebd.). Diese Abwehrhaltung führt dazu, dass Erfahrungen nicht vollständig aufgenommen bzw. exakt symbolisiert werden. Es kommt so nicht zur Aufnahme bzw. Integration neuer Erfahrungen, im Extremfall zu Inkongruenzen, woraus dann psychische Störungen entstehen können.
- (Be-)Achtung des ganzen Menschen, insbesondere auch seiner Stärken. Auch wenn Rogers dies nicht so explizit beschrieben hat, so hat im Personenzentrierten Ansatz die Orientierung an den Ressourcen des Individuums eine zentrale Bedeutung und bildet die Grundlage für Begegnung aber dann auch für Veränderung. Schmid (2008) spricht davon, dem Menschen „als Person“ zu begegnen und dadurch seine Ressourcen zu aktualisieren. Auch Behr (1989) betont in der „Operationalisierung“ pädagogischen Handelns, dass „individuelle Lernvorgänge wichtiger (sind), als solche, die vorgegebenen Standards folgen“ (ebd., S. 172). Folglich fördert der Pädagoge „Interessen, Neigungen und persönliche Entwicklungspotentiale in einer nicht besitzergreifenden Weise“ (ebd.).

Nach Schmid ist damit auch ein „radikal neuer Zugang zur Diagnostik“ verbunden, eine „Diagnostik, die den Menschen jenseits von Störungen und Krankheiten in seinem Potenzial nicht vorrangig in seinen Defiziten in den Blick nimmt“ (Schmid, 2008, S. 129). – Die Ressourcenorientierung und -aktivierung ist als einer der zentralen therapieschulübergreifenden Wirkfaktoren empirisch herausgefiltert worden (z. B. Grawe et al., 1994; Flückiger & Wüsten, 2008).

Die neueren Konzeptionen der *Frühpädagogik* gehen übereinstimmend von einem ko-konstruktiven Bildungsprozess von Kind und Bezugspersonen aus. Dabei ist die sehr *individuelle* Betrachtung des Kindes mit seinem jeweiligen (Entwicklungs-)Stand eine wesentliche Grundlage, es geht um das Prinzip, jedem Kind ein individuelles Bildungsangebot zu gestalten. Das einzelne Kind ist mit seinen Entwicklungspotentialen ins Zentrum gerückt. Liegle (2006) fasst das Prinzip der individualisierten Pädagogik mit dem schönen Kernsatz zusammen: „Die hundert Kinder einer Tageseinrichtung [...] brauchen hundert Bildungsprogramme“ (ebd., S. 102). Hier aufbauend sollen den Kindern anregende Bedingungen – bspw. auch durch eine anregende Raumgestaltung – zur individuellen Bildung/Selbstbildung angeboten werden. Darüber hinaus geht es darum, das einzelne Kind individuell in seiner spezifischen „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotsky, 2002) zu unterstützen und

weitergehend dem Kind auch entwicklungsangemessen „Themen zuzumuten“ (vgl. Laewen & Andres, 2007, 2002 a, b). Die Tätigkeit der FrühpädagogInnen ist damit durch ein hohes Maß an Differenziertheit (aber auch Komplexität) gekennzeichnet.

- Reflektierte Beobachtung und Dokumentation – oder „Diagnostik“ – werden als Kernbestandteil der Tätigkeit verstanden und stellen die Grundlage für pädagogisches Handeln dar. Eine individualisierte Pädagogik muss erkennen, wo das einzelne Kind mit seinen Interessen, seinen Entwicklungspotenzialen etc. steht und wie es sich durch sein Leben und den Alltag der Kindertagesstätte bewegt. „Nur die Beobachtung hilft, jedem Kind mit seinen Bedürfnissen gerecht zu werden“ (Strätz, 2007, S. 126). Beobachtung ist die Grundlage reflektierter pädagogischer Planung und der Gestaltung von Begegnungsangeboten. Laewen weist darüber hinaus zu Recht darauf hin, dass „die Tatsache, dass kein Konzept moderner Frühpädagogik ohne Beobachtung und Dokumentation auskommt, [...] vielfach zu der [...] Annahme geführt [hat], dass beide Verfahren für sich bereits sinnvolle Methoden seien. Das ist jedoch nicht der Fall. Beobachtung und Dokumentation sind relativ sinnlose Verfahren, solange sie nicht in ein pädagogisches Konzept eingebunden sind, das ihnen erst Sinn und Bedeutung verleiht“ (Laewen, 2006, S. 103).
- Wie in vielen anderen aktuellen Veröffentlichungen (z. B. Fried & Roux, 2006) wird auch im schon mehrfach erwähnten Grundverständnis „Bild vom Kind“ (Robert Bosch Stiftung, 2008) auf die Bedeutung von Sicherheit und Angstfreiheit für Lernen hingewiesen: „Für die Entwicklung ihrer Selbstbildungsprozesse benötigen Kinder [...] ein Lebensumfeld, das einerseits ihren Autonomiebestrebungen ‚Raum‘ gibt, ihnen andererseits aber auch genügend Sicherheit, Schutz und Unterstützung bietet, damit sie ihre persönlichen Fragestellungen herausfinden und Lösungsversuche ausprobieren können“ (ebd., S. 23). Diese Erkenntnis basiert auf den Ergebnissen der Lernpsychologie und Neurobiologie, wonach Angstfreiheit *die* wesentliche Grundlage für integrierbare neue Erfahrungen darstellt (z. B. Hüther, 2004; 2005; Singer, 2003; 2004). Die Fachkräfte sollen das Kind in seinen Selbst-Bildungs-Bewegungen (ko-konstruktiv) unterstützen: „Das Ziel ist ..., die Situationen der Kinder so zu strukturieren, dass sie darin selbsttätig Erfahrungen machen können“ (Schäfer, 2006, S. 42). „Die Aufgabe des Pädagogen ist es, für Lerngelegenheiten zu sorgen und Lernbedürfnisse des Kindes zu unterstützen“ (Fthenakis, 2003, S. 29).
- Nach Simoni und Wustmann sind „Pädagogische Fachkräfte ... Bildungs- und Entwicklungsbegleiter“ (keine Trainer oder Instruktoren). Sie beobachten die Kinder kontinuierlich in ihren Bildungs- und Entwicklungsprozessen und bieten ihnen auf der Basis ihrer Beobachtungen neue Herausforderungen an“ (Simoni & Wustmann, 2009, S. 21).

4. Fazit

Es konnte gezeigt werden, dass es eine Reihe von Parallelen zwischen den zentralen Paradigmata des Personenzentrierten Ansatzes und bedeutenden Grundlagen einer modernen Frühpädagogik – wie sie sich jetzt auch zunehmend an (Fach-) Hochschulen in Deutschland, Österreich und der Schweiz verbreiten – gibt. Diese Parallelen werden zumeist nicht explizit so benannt, die Philosophie des Personenzentrierten Ansatzes hat sich gewissermaßen implizit durchgesetzt. In der Frühpädagogik wird die Bedeutung der Begegnung von Person zu Person (noch) nicht ausreichend rezipiert, hier können Bezugspunkte zum Personenzentrierten Ansatz, aber auch eine darauf aufbauende Forschung weitergehende Erkenntnisse liefern und zu einer Bereicherung von Theorie und Praxis insgesamt beitragen. Grundlagen einer professionellen, entwicklungsförderlichen

Beziehungsgestaltung – und die Entwicklung entsprechender Kompetenzen in Aus- und Weiterbildung – können und sollten deutlicher auf die langjährigen Traditionen und Forschungsergebnisse aus dem Personenzentrierten Ansatz Bezug nehmen.

Hierzu ist es allerdings ebenso nötig, dass sich die personenzentrierten Verbände stärker mit pädagogischen Fragen befassen. Der Personenzentrierte Ansatz hat sich in der Außen- wie Innenwirkung möglicherweise zu lange fixiert auf Anerkennungen im Rahmen des Gesundheitssystems – die Potenziale im pädagogischen Bereich sind nicht ausreichend betrachtet und beachtet worden. Hier liegen viele Chancen, die hier angedeuteten Fragen noch systematischer zu durchdenken und sich – dann auch in den Fachgesellschaften – aktiver einzubringen.

In jedem Falle ist ein offener Austausch, auch die deutlichere Betonung der impliziten Grundlagen, eine wichtige Perspektive.

Literatur

- Ahnert, L. (2007). Von der Mutter-Kind- zur Erzieherinnen-Kind-Bindung? In F. Becker-Stoll & M. R. Textor (Hrsg.), *Die Erzieherin-Kind-Beziehung. Zentrum von Bildung und Erziehung* (S. 31–41). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Ahnert, L. (Hrsg.) (2004). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München: Reinhardt.
- Bandura, A. (Hrsg.) (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Becker-Stoll, F. (2007). Eltern-Kind-Bindung und kindliche Entwicklung. In F. Becker-Stoll & M. R. Textor (Hrsg.), *Die Erzieherin-Kind-Beziehung. Zentrum von Bildung und Erziehung* (S. 14–31). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Becker-Stoll, F. & Textor, M. R. (Hrsg.) (2007). *Die Erzieherin-Kind-Beziehung. Zentrum von Bildung und Erziehung*. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Behr, M. (1989). Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1* (S. 152–181). Salzburg: Otto Müller.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.) (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005). *Zwölfter Kinder- und Jugendbericht*. Berlin: Eigendruck des Ministeriums. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/Redaktion-BMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/zwoelfter-kjb,property=pdf.pdf> [Zugriff: 18. 04. 2008].
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2004). *Perspektiven zur Weiterentwicklung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland*. Berlin: Eigendruck.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2003). *Auf den Anfang kommt es an! Perspektiven zur Weiterentwicklung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland*. Weinheim: Beltz.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (1997). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Anwendung und Praxis* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2003). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Breit, S. & Schneider, P. (2009a). Das Projekt „Frühkindliche Sprachstandsfeststellung“. In S. Breit (Hrsg.), *Frühkindliche Sprachstandsfeststellung. Konzept und Ergebnisse der systematischen Beobachtung im Kindergarten* (S. 7–9). Graz: Leykam.
- Breit, S. & Schneider, P. (2009b). Ergebnisse der Sprachstandsfeststellung. In S. Breit (Hrsg.), *Frühkindliche Sprachstandsfeststellung. Konzept und Ergebnisse der systematischen Beobachtung im Kindergarten* (S. 22–44). Graz: Leykam.
- Dornes, M. (2001). *Der kompetente Säugling – die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer-Taschenbuch.
- Dornes, M. (2003). *Die frühe Kindheit: Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt/M.: Fischer-Taschenbuch.
- Eckert, J. (2003). Grundhaltungen. In G. Stumm, J. Wiltchko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 147–150). Stuttgart: Pfeiffer.

- Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.) (1993). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts*. Köln: GwG-Verlag.
- Flitner, C. (2009). Familienergänzende Kindertagesbetreuung. *vpad Bildungspolitik*, H 161, Sept 2009, 4–8.
- Flückiger, F. & Wüsten, G. (2008) *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für die Praxis*. Bern: Huber
- Fried, L. & Roux, S. (Hrsg.) (2006). *Pädagogik der frühen Kindheit*. Weinheim: Beltz.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. *Person*, 10 (2), 151–163.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007a). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007b). Wer Qualität will, muss in Qualität investieren. *Kindergarten heute*, 37 (5), 6–14.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007c). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3 (4), 9–11.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Kraus-Gruner, G. & Rönnau, M. (2006). Gemeinsam auf dem Weg. Eltern und ErzieherInnen gestalten Erziehungspartnerschaft. *Kindergarten heute*, H. 10/2006, 6–15.
- Fthenakis, W. (Hrsg.) (2003). *Elementarpädagogik nach PISA*. Freiburg: Herder.
- Fthenakis, W. E. & Schmidt, R. (2007). *Auf den Anfang kommt es an!: Perspektiven zur Weiterentwicklung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland*. Berlin: Scriptor.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. (2001). Die Geschichte der Bindungsforschung. In G. Suess, H. Scheuerer-Englisch & W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik* (S. 29–52). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Grossmann, K. und Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 243–269). Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G. (2004). Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35 (4), 246–252.
- Hüther, G. (2005). *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. & Krens, I. (2005). *Das Geheimnis der ersten neun Monate unserer frühesten Prägungen*. Düsseldorf: Patmos-Walter.
- Jaun, T. (2009). Vom sozialen zum pädagogischen Auftrag – Familienergänzende Kinderbetreuung im Spannungsfeld von Betreuung, Bildung und Erziehung. *vpad Bildungspolitik*, H 161, Sept 2009, 9–14.
- Kasüschke, D. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2008). *Frühpädagogik heute. Herausforderungen an Disziplin und Profession*. Köln: Wolters-Kluwer, Carl Link Verlag.
- Kluge, N. (2006). Das Bild des Kindes in der Pädagogik der frühen Kindheit. In: L. Fried & S. Roux (Hrsg.). *Pädagogik der frühen Kindheit* (S. 22–33). Weinheim: Beltz
- Knauf, T. (2000). Reggio-Pädagogik. Ein italienischer Beitrag zur konsequenten Kindorientierung in der Elementarerziehung. In W. E. Fthenakis, M. R. Textor (Hg.): *Pädagogische Ansätze im Kindergarten* (S. 181–201) Weinheim, Basel: Beltz; ebenso: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1595.html> [Zugriff 12. 2. 2009].
- Kriz, J. (2006). Self-Actualization. Norderstedt: BoD
- Laewen, H.-J. (2006). Funktion der institutionellen Früherziehung: Bildung, Erziehung, Betreuung, Prävention. In L. Fried & S. Roux (Hrsg.), *Pädagogik der frühen Kindheit. Handbuch und Nachschlagewerk* (S. 96–106). Weinheim: Beltz.
- Laewen, H.-J. & Andres, B. (Hrsg.) (2002a). *Forscher, Künstler, Konstrukteure. Werkstattbuch zum Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen*. Weinheim: Beltz.
- Laewen, H.-J. & Andres, B. (Hrsg.) (2002b). *Bildung und Erziehung in der frühen Kindheit. Bausteine zum Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen*. Weinheim: Beltz.
- Laewen, H.-J. & Andres, B. (2007). Das Infans-Konzept der Frühpädagogik. In: N. Neuß (Hrsg.). *Bildung und Lerngeschichten im Kindergarten. Konzepte, Methoden, Beispiele* (S. 73–100). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–32). Oxford: University Press.
- Liegle, L. (2006). *Bildung und Erziehung in früher Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lux, M. (2007). *Der Personenzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Reinhardt.
- Malaguzzi, L. (1984). *Zum besseren Verständnis der Ausstellung: 16 Thesen zum pädagogischen Konzept*. Berlin.
- NICHD Early Child Care Research Network (2005a). Predicting individual differences in attention, memory, and planning in first graders from experiences at home, child care, and school. *Developmental Psychology*, 41, 99–114.
- NICHD Early Child Care Research Network (2005b). Early child care and children's development in the primary grades: Follow-up results from the NICHD Study of Early Child Care. *American Educational Research Journal*, 42, 537–570.
- NICHD Early Child Care Research Network (2002). The interaction of child care and family risk in relation to child development at 24 and 36 months. *Applied Developmental Science* 6, 144–156.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- OECD (2004). *Die Politik der frühkindlichen Betreuung, Bildung und Erziehung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Länderbericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/oecd-kurfassung.property=pdf.pdf> [Zugriff 27. 12. 2007].
- Opp, G. & Fingerle, M. (Hrsg.) (2007). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. (2. neu bearbeitete Aufl.). München: Reinhardt.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin, & L. S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270–376). New York: Wiley.
- Pianta, R. C., Stuhlman, M.W. & Hamre, B. K. (2007). Der Einfluss von Erwachsenen-Kind-Beziehungen auf Resilienzprozesse im Vorschulalter und in der Grundschule. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.). (2007), *Was*

- Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (2. neu bearbeitete Aufl.)* (S. 192–211). München: Reinhardt.
- Reggio Children (Hrsg.) (1998). *Ein Ausflug in die Rechte von Kindern. Aus der Sicht der Kinder*. Neuwied: Luchterhand.
- Riedel, K. (2002). Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Mißhandlung. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2 (2. Aufl.)* (S. 185–209). Göttingen: Hogrefe.
- Robert Bosch Stiftung (2008). *Frühpädagogik Studieren. Ein Orientierungsrahmen für Hochschulen*. Stuttgart. Eigendruck Robert Bosch Stiftung (auch im Internet unter: <http://www.profis-in-kitas.de/fruepaedagogik%20studieren>).
- Rogers, C. R. (1959/1987 bzw. 1991 [3. Aufl.]). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Schäfer, G. E. (2006). Der Bildungsbegriff in der frühen Kindheit. In: L. Fried & S. Roux (Hrsg.), *Pädagogik der frühen Kindheit* (S. 33–44). Weinheim: Beltz.
- Schmid, P. F. (2008). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personenzentrierten Ansatzes. *Gesprächsführung und Personenzentrierte Beratung* 39 (3), 124–130.
- Simoni, H. & Wustmann, C. (2009). Frühe Bildung basiert auf Neugier und verlässlichen Beziehungen. *vpod Bildungspolitik*, H 161, Sept 2009, S. 15–21.
- Singer, W. (2003). Was kann ein Mensch wann lernen? Ein Beitrag aus Sicht der Hirnforschung. In: W. E. Fthenakis (Hrsg.), *Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können* (S. 67–77). Freiburg: Herder.
- Singer, W. (2004). *Der Beobachter im Gehirn. Essays zur Hirnforschung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Siraj-Blatchford, I. (2007). Effektive Bildungsprozesse. Lehren in der frühen Kindheit. In F. Becker-Stoll & M. R. Textor (Hrsg.), *Die Erzieherin-Kind-Beziehung* (S. 97–114). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Specht, W. (Hrsg.) (2009). *Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009, Band 2*. Verfügbar unter: <http://www.bifie.at/buch/773/1-0> [Zugriff 29. 10. 2009].
- Stamm, M. (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Eine Grundlagenstudie im Auftrag der schweizerischen UNESCO-Kommission*. Fribourg/CH: Eigendruck (auch: www.unifr.ch/pedg; www.fruehkindliche-bildung.ch/forschung/studien.html).
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strätz, R. (2007). Das Kind wahrnehmen, beobachten, verstehen. In: F. Becker-Stoll & M. R. Textor (Hrsg.), *Die Erzieherin-Kind-Beziehung. Zentrum von Bildung und Erziehung* (S. 115–130). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1998). *Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person* (11. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Terjung, B. & Kempf, T. (2001). *Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personenzentrierten Organisationsentwicklung*. Köln: GwG-Verlag.
- Textor, M. R. (2005). *Elternarbeit im Kindergarten. Ziele, Formen, Methoden*. Norderstedt: BoD.
- Textor, M. R. (2006). Die Zusammenarbeit mit Eltern – Formen und Angebote. In M. R. Textor (Hrsg.), *Erziehungs- und Bildungspartnerschaft mit Eltern. Gemeinsam Verantwortung übernehmen* (S. 34–63). Freiburg: Herder.
- Textor, M. R. (2007). Die Erzieherin-Kind-Beziehung aus Sicht der Forschung. In M. R. Textor (Hrsg.), *Kindergartenpädagogik – Online-Handbuch*. Verfügbar unter: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1596.html> [Zugriff am 21. 04. 2008].
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weinberger, S. (2008, 12. Aufl.). *Klientenzentrierte Gesprächsführung*. Weinheim: Juventa.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.
- Wygotsky, L. S. (2002). *Denken und Sprechen. Psychologische Untersuchungen*. Weinheim: Beltz.

Autor:

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff ist hauptamtlicher Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. Er ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG). Er hat 20 Jahre Berufserfahrung als niedergelassener Psychotherapeut und als Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers. Ebenso arbeitet er als Supervisor bzw. Dozent und Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten (Ausbilder in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, GwG). Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung an der EFH Freiburg; Forschung im Bereich Jugendhilfe, Pädagogik der frühen Kindheit, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Projektleiter Freiburg „Profis in Kitas“ (Robert-Bosch-Stiftung)

Korrespondenzadresse:

Evangelische Hochschule Freiburg,
Bugginger Straße 38,
79114 Freiburg,
Tel.: 0761-478 12 40
E-Mail: Froehlich-Gildhoff@efh-freiburg.de

Michael Behr & Dagmar Hölldampf

Die Geschichte der Personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie, Elternberatung und Familientherapie

Zusammenfassung: Der Beitrag ordnet die verschiedenen Entwicklungslinien von Konzepten seit dem frühen 20. Jahrhundert anhand bedeutender Publikationen. Quellen hierfür sind die Primärliteratur selbst sowie Übersichtsarbeiten zu historischen Vorläufern. Psychodynamische Hypothesen, wonach die Therapiewirkung in Deutungen des kindlichen Spiels bestünde, wurden schon in den 40er- und 50er-Jahren ersetzt durch Auffassungen über die Wirkmächtigkeit des Spiels selbst und die dies fördernde interpersonelle Beziehung. Im deutschsprachigen Raum entwickelte seit den 70er-Jahren vor allem Schmidtchen die klientenzentrierte Psychotherapie mit Kindern zu einer differenziert operationalisierten, wissenschaftlich begründeten Heilmethode. Weiterentwicklungen folgten durch Integration experienzieller Methoden, Betonung der Interaktionsprozesse mit der Therapeutenperson und durch Entwicklung störungsspezifischer Konzepte. In den USA entstanden in dieser Zeit spezielle Elterntrainings wie Filialtherapie und personzentrierte familientherapeutische Konzepte. Sowohl in den USA als auch in Deutschland wurden Wirksamkeitsstudien durchgeführt, die in zwei umfassenden Metaanalysen kulminieren.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Spieltherapie, Kind, Jugend, Erziehungsberatung, Familie

Abstract: The History of the Person-Centered Approach in Child and Adolescent Psychotherapy, Parental Counseling and Family Therapy. This article provides an overview of different tracks of emerging concepts of child psychotherapy since the beginning of the 20th century by referring to influential publications. Specifically, sources of primary literature and overviews on historical precursors were used. In the 1940's and 1950's psychodynamic hypotheses, which claim the effect of therapy as a result of interpreting the play process, were substituted by concepts about the healing power of play itself and play facilitating interpersonal relationships. Since the 1970's, Stefan Schmidtchen developed client-centered psychotherapy with children towards a differential, operationalized and evidence based healing method in German speaking areas. Further developments include the integration of experiential methods, the highlighting of the interactional process with the therapist and disorder specific applications. In the USA, parenting trainings e.g. filial therapy, and person-centered family therapy concepts emerged. Both in the USA and Germany outcome research was conducted and summarized in two comprehensive meta analysis.

Key words: client-centered Psychotherapy, play therapy, child, adolescent, parenting, family

Vorläufer und Anfänge

Anna Freud gilt als Vorläuferin und Begründerin einer Spielpsychotherapie mit Kindern. Auf der Grundlage der umfassenden analytischen Struktur- und Entwicklungstheorie ihres Vaters Sigmund Freud vertrat sie das Konzept, therapiebedürftige Kinder spielen zu lassen und ihre Spielhandlungen zu deuten. Für sie stellte das Spiel des Kindes nicht nur die zentrale Ausdrucksform des kindlichen Erlebens dar – dies wird bis heute von allen spieltherapeutischen Konzepten so vertreten –, zudem zeige sich im Spiel auch unbewusstes Material, vergleichbar dem Material, das bei Psychoanalysen von Erwachsenen aus Träumen oder freien Assoziationen gewonnen

werde. Die Deutung dieses Materials dem Kind gegenüber sah sie als entscheidenden Wirkfaktor der spieltherapeutischen Arbeit (1927).

Neben ihr erdachten auch Hermine von Hug-Hellmuth (1913, 1921) und Melanie Klein (1927) auf den Prinzipien der Psychoanalyse beruhende Konzepte. Kleins Ansatz fand vor allem bei Neo-Freudianern Anklang: Sie vertrat die Auffassung, sofort mit Beginn der Spielstunden das Kind mit Deutungen seines Spielverhaltens zu konfrontieren. A. Freud postulierte dagegen zunächst eine längere Phase des Beziehungsaufbaus, da das Kind noch kein funktionierendes Über-Ich aufgebaut, keine Krankheitseinsicht habe, nicht freiwillig komme und nicht die Fähigkeit zur freien Assoziation habe. Erst nach dem Beziehungsaufbau seien Deutungen des

Spielverhaltens sinnvoll. Die Entwicklung dieser Konzepte und die Gründung erster Ausbildungsinstitute vollzog sich bis in die 30er-Jahre hinein vor allem in Wien und Berlin, dann mit der Emigration der Therapeutinnen in Großbritannien.

Fast parallel entwickelte sich in den USA ein weiterer therapeutischer Ansatz, gegründet auf den Überlegungen von Otto Rank (1936). Er grenzte sich von orthodoxem analytischem Denken ab, indem er nicht Deutungen, sondern eine wertschätzende Hier-und-Jetzt-Beziehung zur Therapeutenperson als wesentlichen therapeutischen Wirkfaktor sah. Seine „*Beziehungstherapie*“ wurde von Jessie Taft (1933) und Frederick Allen (1934) für die Kindertherapie weitergedacht. Ranks Hypothese vom Geburtstrauma aufgreifend, bieten sie dem Kind anstelle von Deutungen der Spielthemen eine authentische und förderliche Beziehung an, die die Erfahrung des Geburtstraumas überwinden und Selbstakzeptanz aufbauen soll. Wie Rank im Bereich der Erwachsenentherapie können Taft und Allen als Vorläufer der personenzentrierten Kindertherapie gesehen werden.

Taft und Allen beeinflussten auch Rogers' Arbeit in Rochester, wo er von 1928 bis 1939 als junger Psychologe zu Beginn seiner Berufszeit in einer großen Erziehungsberatungsstelle tätig war, welche er am Ende leitete (Kirschenbaum, 2007). Obwohl diese Jahre seine späteren Theoriebildungen vorbereiteten, arbeitete er anfangs stark diagnostisch ausgerichtet und in der konkreten Therapie- und Beratungspraxis mit vielen Methoden experimentierend, gegen Ende zunehmend an Taft und Allen orientiert. Rogers erstes großes Werk „*The clinical treatment of the problem child*“ (1939) beinhaltet Überlegungen zur Kinderpsychotherapie, die sich in späteren Konzepten wiederfinden (Reisel, 2001; Reisel & Wakolbinger, 2006).

Die Ausdifferenzierungen der Jahrhundertmitte

Alle in der Folge entstandenen kinderpsychotherapeutischen Konzepte sehen das Spiel des Kindes in einem mit ausgesuchtem Spielmaterial ausgestatteten Spielzimmer als zentrales Medium des psychotherapeutischen Geschehens. Sie unterscheiden sich allerdings in Hinblick auf

- Hypothesen zur Wirkung von Deutungen des kindlichen Spielverhaltens;
- Hypothesen zur Wirkung der Beziehung mit der Therapeutenperson;
- Hypothesen zur Wirkung eines direktiven bzw. nicht-direktiven Vorgehens, also einer Lenkung bzw. Nicht-Lenkung des kindlichen Spielverhaltens durch die Therapeutenperson.

Diese Ausdifferenzierungen fanden um die Zeit des 2. Weltkrieges herum nur im anglo-amerikanischen Raum statt. Insbesondere entwickelten sich in den USA Formen der nicht-direktiven Spieltherapie, die später auch klientenzentriert oder personenzentriert genannt wurde. Virginia Axline (1947) übertrug das von Carl Rogers (1942;

1951) konzipierte, in Deutschland bis heute *Gesprächspsychotherapie* genannte Verfahren auf die spieltherapeutische Arbeit mit Kindern. Deutungen spielen in ihrem Zugang zum Kind keine Rolle mehr. Durch die vom Kind in Hinblick auf das Spielverhalten vollkommen nicht-direktive und zugleich empathische und bedingungsfrei wertschätzend erlebte Beziehung kann es seinen Spielprozess frei entfalten, ohne von Bewertungen gelenkt oder behindert zu werden. Der Spielprozess kann so durch die unverfälschten emotionalen Erfahrungen des Organismus kreiert werden, die das Kind unmittelbar und ganzheitlich erleben kann. Diese ganzheitlichen Erfahrungen erlebt das Kind als klärend, als den Selbstwert stärkend, Konflikte lösend und Kongruenz stiftend.

Das Modell von Axline prägte seitdem jegliche nicht-psychoanalytischen Ansätze der Spieltherapie in theoretischer wie praktischer Hinsicht. Während die psychoanalytische Arbeit bis heute am Deutungs-Prinzip festhält, entwickelten sich alle anderen spieltherapeutischen Ansätze auf Axline'scher Grundlage: Sie ermöglichen Spielprozess- und Beziehungserfahrungen mit dem Ziel der Klärung des Selbsterlebens und des Stiftens von Kongruenz. Dabei sehen einzelne Konzeptausformungen mehr oder weniger vor, das freie Spiel des Kindes direktiv über Interventionen der Therapeutenperson zu beeinflussen. Sie setzen unterschiedliche Schwerpunkte in Hinblick darauf, inwieweit die Erfahrung des Spielprozesses und/oder die Beziehung zur Therapeutenperson den entscheidenden Wirkfaktor darstellen.

Solche andere, mit der personenzentrierten Spieltherapie zwar korrespondierende, doch sie auch modifizierende Ansätze dieser Zeit sind:

Die „*Release Play Therapy*“ nach David Levy (1938), stellt eine Vorform heutiger traumatherapeutischer Konzepte dar: Levy arrangiert Spielszenen so, dass das Kind die traumatisierende Erfahrung neu durchleben kann. Dieses Konzept wurde von Gove Hambidge (1955) als „*Structured Play Therapy*“ fortgeführt. Dabei wird zunächst dem Beziehungsaufbau Raum gegeben, dann die angstbesetzte Situation reinszeniert und durchgespielt, gefolgt von freiem Spiel zur Verarbeitung und Erholung. Wollte man einen der Ansätze dieser Zeit als Ursprung der kognitiv-behavioralen Kinder- und Jugendlichentherapie sehen, dann wäre dies am ehesten „*Structured Play Therapy*“, eine Verbindung von Spiel und Reizkonfrontation mit dem Ziel der Habitualisierung.

Die *Individualpsychologische Spieltherapie* nach Adler (1930), Dreikurs (1966) und Ackerknecht (1982) ähnelt in der Praxis sehr dem personenzentrierten Vorgehen, sie beinhaltet aber auch direktive Elemente, in Form von interpretierenden Fragen, die dem Kind zu Einsichten in seinen „Lebensstil“ verhelfen und dadurch zu einer Änderung desselben führen sollen.

Mit der ausgesprochen direktiven Methode des „*Theraplay*“ nach DesLauriers (1962) und Jernberg (1979, 1987) soll die Therapeutenperson sehr frühe Erfahrungen des Körperkontaktes, des Gehaltenwerdens, der Fürsorge und Führung vermitteln.

In den USA entwickelte sich in erster Linie die klassische Personenzentrierte Kinder- und Jugendpsychotherapie durch Arbeiten der Autoren Clark Moustakas (1953, 1959), dem Ehepaar Norton (2002), dem Ehepaar Guerny (1964) und insbesondere durch Gary Landreth (1982, 2002). In Großbritannien trugen Janet West (1996) sowie Kate Wilson und Virginia Ryan (2006) dazu bei. Vor allem Landreth differenzierte das Konzept von Axline in Hinblick auf spezifische Verhaltensformen der Therapeutenperson aus, und ist bis heute ausgesprochen aktiv in der Ausbildung von Spieltherapeuten und in der Wirksamkeitsforschung. Sein Ansatz kann als orthodoxe Weiterführung des Modells von Axline gelten, indem er ihr Vorgehen konsequent bewahrt und es dabei mit Beschreibungen des therapeutischen Vorgehens in spezifischen Situationen konkretisiert. Daneben wurde von dem Ehepaar Guerny die sogenannte „*Filial Therapy*“ entwickelt: Hierbei werden Eltern angeleitet, selbst zu Hause personenzentrierte Spielstunden mit ihren Kindern durchzuführen. Diese Stunden werden dann regelmäßig in der Elterngruppe supervidiert. Dieser Ansatz findet in Deutschland bis heute kaum Anwendung, obwohl über 20 Wirksamkeitsstudien beeindruckende Ergebnisse erbrachten (Guerny, 1964; Bratton et al., 2005; Bratton, 2006).

Die Nachkriegsentwicklung im deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum begann die Entwicklung nach dem Krieg zögerlich. Als erster entwickelte der Schweizer Hans Zulliger (1952) einen zunächst analytisch geprägten, dann aber einen eigenen, dem personenzentrierten Vorgehen recht nahen Ansatz. Auch er verwarf bald, wie Axline, das Interpretieren und Deuten dem Kind gegenüber. Die Therapeutenperson sollte jedoch für sich über Interpretationen des kindlichen Spielverhaltens verfügen. Diese werden aber nur dann wichtig, wenn die Therapeutenperson in das kindliche Spiel eingreift, etwa indem sie Anregungen oder Material gibt, strukturiert oder Einsichten ermöglicht. Im Kern spielt das Kind jedoch selbstgesteuert und wird durch das Spiel selbst geheilt. Die Therapeutenperson optimiert den Spielprozess nur gelegentlich, indem sie aufgrund ihrer Interpretationen strukturierend eingreift. Goetze (2002, S. 33) vermutet aufgrund der Ähnlichkeit zur personenzentrierten Arbeit, dass Zulliger, lebte er noch, heute ein Protagonist der personenzentrierten Spieltherapie wäre.

Die klassische Form der Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie verbreitete sich in den deutschsprachigen Ländern durch das Ehepaar Tausch (1956) und durch die Übersetzung des Werkes von Axline (1972). Sehr schnell folgten Weiterführungen von Stefan Schmidtchen (1974) sowie von Herbert Goetze und Wolfgang Jaede (1974). Diese Arbeiten, in der Folge insbesondere die von Schmidtchen (1976; 1980; 1989; 1996; 2001), verbanden die Personenzentrierte Kinder- und Jugendpsychotherapie mit den

Forschungsmethoden und Denkweisen einer verhaltensorientierten und empirischen Psychologie: stringente Zielformulierungen, differenzielle Diagnostik, Operationalisierungen des Therapeuten- und des Klientenverhaltens, Prozessevaluation. Tragischerweise konnten die Forscher damals nicht wissen, dass Jahrzehnte später die Wirksamkeit dieser Therapieform infrage gestellt sein würde, und widmeten sich eher der Prozess- als der Wirksamkeitsforschung. Die Prozessforschung versprach viel eher die Qualität der Therapie zu erhöhen, während die Wirksamkeit schon damals als belegt galt und ohnehin nicht angezweifelt wurde.

Die Prozess- und Outcomeforschung von Schmidtchen und die mit ihr entwickelten differenzierten Evaluationsinstrumente und Operationalisierungen verankerten die Personenzentrierte Kinder- und Jugendpsychotherapie in den deutschsprachigen Ländern als wissenschaftlich fundierte psychologische Psychotherapieform. Sie elaborierte u. a. die Verbindung personenzentrierten Vorgehens mit diagnostischen Verfahren und mit einer verhaltensorientierten Betrachtung des Therapieprozesses.

Den Arbeiten von Schmidtchen folgten weitere theoretische Differenzierungen auf der Grundlage der großen Entwicklungstheorien und zum störungsspezifischen Vorgehen (Benecken, 1982; Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper & Monden-Engelhardt, 2002a; 2002b; 2003, Behr & Cornelius-White, 2008; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009) Wenn man diese auf der Grundlage der klassischen therapeutischen Beziehung entstandenen Weiterentwicklungen und Vertiefungen der Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie übersichtlicher ordnen möchte, so lassen sich folgende drei große Stränge herausstellen.

- *Experienzielles Vorgehen und Methodenvielfalt:* Die Weiterentwicklung um experienzielles Vorgehen bereichert das personenzentrierte therapeutische Beziehungsangebot um spezifische erfahrungszentrierte Angebote des Therapeuten, die zu einem vertieften emotionalen Erleben des Klienten führen können. (Goetze, 1981; 2002; Weinberger, 2001; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009). Zu einem breiten Repertoire der zum Einsatz kommenden Applikationen gehören Märchen, Geschichten, kreative Medien und andere Materialien, die den Selbstexplorations- und Erfahrungsprozess unterstützen. Zum Teil werden auch methodische Elemente *gestalttherapeutischer Arbeit* nach Oaklander (1978) oder der *Hypnotherapie* integriert, ohne jedoch deren Störungs- bzw. direktives Interventionskonzept aufzugreifen.

- *Interaktionelles Vorgehen und Therapeutenperson:* Die Weiterentwicklung um interaktionelles Vorgehen konkretisiert das therapeutische Handeln durch Interventionen, die Austausch und Auseinandersetzung mit dem Klienten im Rahmen der personenzentrierten Beziehung gestalten (Wakolbinger, 2009; Weinberger, 2001; 2008; Behr, 2003; 2009b). Der Einsatz von Interaktionsresonanz und die dadurch bedingte andere Qualität der therapeutischen Beziehung ermöglicht nicht nur Symbolisierungsprozesse aus dem Spielprozess heraus, zusätzlich werden auch das Erleben der Beziehung

selbst verändert sowie die Reaktionsbereitschaften und die Interaktionsschemata im Kind und damit das Selbsterleben. Dem Therapeutenverhalten in der unmittelbaren Hier-und-Jetzt-Interaktion kommt so eine zentrale Bedeutung zu. Dieses interaktionelle Vorgehen gründet auf Konzepten der Bindungstheorie, der Säuglingsforschung (Stern, 1985) und greift das Schema Konzept nach Barlett (1932) und Piaget auf (Behr, 2009a).

- *Störungsspezifisches Vorgehen*: Eine dritte Kategorie der Weiterentwicklung entfaltet Konzepte störungsspezifischer Behandlung, dargestellt insbesondere bei Goetze (2002), Weinberger (2001), Boeck-Singelmann et al. (2002a, 2002b, 2003) und Landreth (2001). Insbesondere werden auch traumatherapeutische Behandlungsmethoden auf personenzentrierter Grundlage entwickelt (Weinberg, 2005; Hüsson, 2008; 2009; Hensel & Landoldt, 2007). Hier wird das personenzentrierte Beziehungsangebot auf allen Ebenen an die speziellen Erfordernisse bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und deren Bedürfnisse angepasst.

Die Entwicklung der personenzentrierten Elternberatung und Familientherapie

Grundsätzlich beinhaltet die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen neben der Kinder- und Jugendpsychotherapie die klassische Form der Elternberatung und Familientherapie. Personenzentrierte Beratung ist so alt wie das personenzentrierte Konzept selbst. Rogers (1939) entwickelte die Personenzentrierte Psychotherapie zum Teil aus seinen Erfahrungen mit therapiebegleitenden Elterngesprächen (Hinz & Behr, 2002, Kirschenbaum, 2007). Die Prinzipien der personenzentrierten Gesprächsführung stellen bis heute die Säulen jeder Elternberatung dar, gleich unter welchem Verfahrensdach (Weinberger, 2008). Jüngere Differenzierungen liegen vor von Killough-McGuire & McGuire (2000), Ehlers (2002b), Grützner, Kulisch & Langenmayr (2002b), Fröhlich-Gildhoff (2003) oder Behr (2006).

Zwei weitere Modelle der personenzentrierten Elternberatung und Familientherapie wurden zunächst in den USA entwickelt.

Therapeutische Elterntrainings

Hier müssen vor allem die *Filialtherapie*, inzwischen auch „*Child Parent Relationship Therapy*“ (CPRT) genannt, sowie das „*Relationship Enhancement Skill Training Program*“ hervorgehoben werden. Bei der *Filialtherapie* werden Eltern bzw. ein Elternteil vom Therapeuten darin trainiert, mit dem Kind spieltherapieartige Sitzungen entsprechend dem Konzept von Axline (1947) durchzuführen. Dies können sie dann in der eigenen Wohnung an einem eigens zu definierenden Ort einmal wöchentlich über einige Monate hinweg durchführen. Erste Überlegungen dazu finden sich bei Dorothee Baruch (1949) und Rogers' Tochter Natalie (Fuchs, 1957). Als ausgereiftes Konzept

wurde die *Filialtherapie* dann vom Ehepaar Guerny bereits in den 60er-Jahren eingeführt (Guerny, B. G., 1964). Kurioserweise könnte S. Freud mit seiner „*Analyse des kleinen Hans*“ (1909) als rudimentärer Vorläufer dieser Form der Kinderpsychotherapie gesehen werden, als dieser ein halbes Jahrhundert zuvor Eltern (ärztliche Kollegen) brieflich beraten hatte, während sie eine auf dem Spiel basierende Behandlung ihres Kindes selbst vornahmen. Bis heute gibt es immer wieder neue Zielgruppenspezifizierungen (z. B. Landreth & Lobaugh, 1998; Goetze, 2001) und differenzierte Konzeptbildungen (Landreth & Bratton, 2006; Bratton, Landreth, Kellam, & Blackard, 2006).

Für Familien mit eher älteren Kindern und Jugendlichen wurde das *Relationship Enhancement Skill Training Program* entwickelt. Hier werden Eltern nicht im spieltherapeutischen Sinne geschult, sondern sie lernen kommunikative Fertigkeiten für Gespräche mit ihren eher jugendlichen Kindern. Dieses Konzept wurde gleichfalls vom Ehepaar Guerny vor allem seit den 80er-Jahren verbreitet. Die Grundidee entstand zum Teil aus der Therapiearbeit mit Eltern und Jugendlichen sowie mit Pflegeeltern (Guerny, B., 1977; Guerny L., 1977). Danach wurden immer differenziertere Programme entwickelt, etwa für die Eltern-Jugendlichen-Beziehung (Coufal & Brock, 1979; Vogel song & Guerny, B., 1980), die Beziehung des Elternpaares (Guerny, B. G., 1985) oder die Beziehungen insgesamt in der Familie (Guerny & Guerny, 1989; Ginsberg, 1997), und diese in Gruppentraining-Programmen vermittelt und auch evaluiert (Guerny, L., 1995).

Personenzentrierte Familientherapie

Zum anderen wurden immer differenziertere Modelle einer personenzentrierten Familientherapie entwickelt. Sie gründen auf den wegweisenden Arbeiten von Virginia Satir zum Zusammenhang von Selbstwert, Beziehung und Kommunikation und ihren, dem humanistischen Paradigma erwachsenen Behandlungstechniken (Satir, 1993; Bandler, Grinder & Satir, 1987). Personenzentrierte Familientherapie verzichtet auf direktive, das System aufbrechende Interventionen. Vielmehr wirkt die Therapeutenperson auf die Empathiefähigkeit der Familienmitglieder ein, indem sie selbst, ähnlich der Einzeltherapie, empathische Interventionen einbringt, die immer wieder die Perspektiven der einzelnen Familienmitglieder sukzessive und gleichberechtigt fokussieren (Raskin & van der Veen, 1970; Schnabel, 1986; Pavel, 1989; Anderson, 1989; Gaylin, 1990, 2001; Anderson, 2001; Bott, 2001). In manchen dieser Konzepte greift die Therapeutenperson aktiv in das Interaktionsgeschehen ein, zum Beispiel – das Non-Direktivitäts-Prinzip relativierend – erteilt sie das Wort, unterbricht, stellt Fragen, spricht bestimmte Familienmitglieder an, arbeitet mit leeren Stühlen oder mit Stühlen, die bestimmte Rechte oder Funktionen verleihen, setzt in variabler Weise Spielzeug mit ein usw. (Schmidtchen, 1996; O'Leary, 1999, 2007). Jüngste Veröffentlichungen betonen insbesondere die Integration

erfahrene Methoden in die Familientherapie (Gaylin, 2008; Greenberg & Goldman, 2008; O'Leary, 2008; Rober, 2008) und entwickeln Modelle zu einem methodenintegrativen Arbeiten, insbesondere in Hinblick auf das systemische Paradigma (Kriz, 2004, 2007; Moser & Johnson, 2008).

Wirksamkeitsnachweise

Sowohl in den USA als auch in Deutschland wurden seit den 60er- bzw. 70er-Jahren kontinuierlich Wirksamkeitsstudien zur Effektivität der Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie durchgeführt. Dadurch liegen heute zwei Metaanalysen vor, die dieses Verfahren eingehend untersuchen:

- die Metaanalyse von Bratton, Ray, Rhine und Jones (2005) zu spieltherapeutischen Behandlungsmethoden anglo-amerikanischer Provenienz, welche für die personenzentrierten Methoden hohe Effektivitäten errechnet;
- die Metaanalyse von Beelmann und Schneider (2003), die für den deutschsprachigen Bereich für die verhaltenstherapeutischen und die personenzentrierten Verfahren klare Wirksamkeitsnachweise herausstellt.

Der Metaanalyse von Beelmann und Schneider kommt dabei insofern eine besondere Bedeutung zu, als nur in Deutschland durchgeführte Studien berücksichtigt wurden. Zudem handelt es sich hier um Forscher ohne Verbindung zu einem psychotherapeutischen Verfahren. Die Autoren sind selbst keine Psychotherapeuten und, anders als bei fast jeder Forschung, die von Psychotherapeuten durchgeführt wird, neutral in Hinblick auf das psychotherapeutische Paradigma. Weitere aussagekräftige Arbeiten zu dieser Frage liefern die Wirkfaktorenanalyse von Fröhlich-Gildhoff (2008), das Forschungs-Review von File, Hutterer, Keil, Korunka und Macke-Bruck (2008) sowie das Review von Metaanalysen von Hölldampf und Behr (2009).

Institutionalisierungen und Ausbildungen

Hier verliefen die Entwicklungen im anglo-amerikanischen und im deutschsprachigen Bereich unterschiedlich. Aufgrund anderer medizinischer Versorgungsstruktur wurde im anglo-amerikanischen Bereich 1982 die *Association for Play Therapy* (APT) gegründet, die sich interdisziplinär und eklektisch versteht und bis ins Jahr 2008 auf 5600 Mitglieder anwachsen konnte. Als ihre Haupt-Begründer gelten Charles Schaefer und Kevin. Ausbildungen werden dort jedoch nicht nach einheitlichen Richtlinien und jeweils von

regionalen Instituten angeboten, dennoch ist ein Mindeststandard vorgeschrieben, um zertifizierter Anbieter zu sein. Das Spektrum der Ausbildungen reicht von verfahrenintegrativen bis hin zu sehr verfahrenstreuen Ausbildungen.

In Deutschland vollzieht sich die institutionelle Entwicklung dagegen eher getrennt nach Psychotherapieverfahren. Seit 1987 bietet die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) nach bundesweiten Richtlinien systematische Ausbildungen in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen an und organisiert die Qualitätssicherung. In Österreich geschieht dies seitens der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP), des Forum/APG, des Instituts für Personenzentrierte Studien (IPS der APG) und der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG), in der Schweiz seitens der Schweizerischen Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz (pca.acp).

Fazit

Exakt ein Jahrhundert vergingen von Freuds Analyse des kleinen Hans bis heute. Vor allem die zurückliegenden 60 Jahre ließen das Wissen um kindliche Entwicklungen, Fehlentwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten geradezu explodieren. Wir können dem Kind Möglichkeiten geben, sein Erleben auszudrücken, einhergehend mit einer zwischenmenschlichen Beziehung, die auf den sechs Kernbedingungen von Rogers (1957) gründet. Dies kann je nach Störung unterschiedliche, konkrete Interventionen erfordern. Dabei verstehen wir Personenzentrierte Therapie nicht als ein eklektisches Bündel spezifischer Interventionen, sondern zuerst als ein hochdifferenziertes, facilitatives Beziehungsangebot, das sich als empathische, wertschätzende, präsente und kongruente Haltung der Therapeutenperson beschreiben lässt. Es ist eine nachgeordnete Frage, ob und welche spezifischen Interventionen auf der Grundlage dieses Beziehungsangebotes zum Einsatz kommen, dies ergibt sich kriterienbasiert aus der konkreten Situation.

Mit den dargestellten Weiterentwicklungen bedient die Personenzentrierte Kinder- und Jugendpsychotherapie sehr differentiell einen großen Indikationsbereich. Sie hat zudem die Theorie der therapeutischen Beziehung und die Rolle der Therapeutenperson fortgeschrieben, indem sie diese als ausgesprochen interaktiv und konturiert konzipiert. So können personenzentrierte Kinder- und Jugendtherapeuten heute selbst bei höchst problematischem sozialem Umfeld oder schwersten Traumatisierungen signifikant helfen und der betroffenen Person und auch ihren Bezugspersonen zu einem glückvollen und selbstbewussten Leben verhelfen.

Literatur

- Ackerknecht, L. K. (1982). *Individualpsychologische Kinder- und Jugendpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Adler, A. (1930). *The Education of Children*. New York: Greenberg.
- Allen, F. (1934). Therapeutic Work with Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 193–202.
- Anderson, W. A. (1989). Family Therapy in the Client-Centered Tradition. *Person-Centered Review*, 4, 295–307.
- Anderson, H. (2001). Postmodern Collaborative and Person-Centred Therapies: What would Carl Rogers say? *Journal of Family Therapy*, 23, 339–360.
- Axline, V. M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Axline, V. M. (1972). *Kinder-Spieltherapie im nichtdirektiven Verfahren*. München: Reinhardt.
- Bandler, R., Grinder, J. & Satir, V. (1987). *Mit Familien reden – Gesprächsmuster und therapeutische Veränderung* (3. Aufl.). München: Pfeiffer.
- Barlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baruch, D. (1949). *New Ways in Discipline*. New York: McGraw-Hill.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 129–143.
- Behr, M. (2003). Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents – A Theory-based Concept of Interpersonal Relationship through Play and the Use of Toys. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 89–103.
- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierte Erstkontakte in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *Person*, 10 (2), 108–117.
- Behr, M. (2009a). Constructing Emotions and Accommodating Schemas: A model of self-exploration, symbolization, and development. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (1), 44–62.
- Behr, M. (2009b). Interaktionsresonanz – Antworten auf das Klientenverhalten durch Handlung und im Spiel. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Cornelius-White, J. (Eds.) (2008). *Facilitating Young People's Development: International perspectives on person-centred theory and practice*. Ross-on-Wye: PCCS.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Benecken, J. (1982). *Kinderspieltherapie Fallstudien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), (2002a). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), (2002b). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 2: Anwendung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), (2003). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bott, D. (2001). Client-Centred Therapy and Family Therapy: A review and commentary. *Journal of Family Therapy*, 23, 361–377.
- Bratton, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-Session Filial Therapy Model*. New York: Routledge Publishers of Taylor & Francis Publishing.
- Bratton, S., Landreth, G., Kellam, T., & Blackard, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents*. New York: Routledge Publishers of Taylor & Francis Publishing.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376–390.
- Coufal, J. D., & Brock, G. W. (1979). Parent-Child Relationship Enhancement: A skills training approach. In N. Stinnett, B. Chesser, & J. De-Frain (Eds.), *Building family strengths: Blueprints for action* (Vol. 1, 233–256). London: University of Nebraska Press.
- DesLauriers, A. (1962). *The experience of reality in childhood schizophrenia*. New York: International Universities Press.
- Dreikurs, R. (1966). *Kinder fordern uns heraus*. Stuttgart: Klett.
- Ehlers, B. (2002b). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2* (2. Auflage). (S. 73–92). Göttingen: Hogrefe.
- File, N., Hutterer, R., Keil, W., Korunka, C. & Macke-Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personenzentrierten und Experiential Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review. *Person*, 12 (2), 5–32.
- Freud, A. (1927). *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. München: Kindler.
- Freud, S. (1909). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. G.W., Bd. 7.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). „Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen“. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2008). Effective Factors in Child and Adolescent Therapy: Considerations for a meta-concept. In M. Behr & J. Cornelius-White (Eds.), *Facilitating Young People's Development: International perspectives on person-centred theory and practice* (pp. 25–39). Ross-on-Wye: PCCS-Books.
- Fuchs, N. (1957). Play Therapy at Home. *Merrill-Palmer Quarterly*, 3, 89–95.
- Gaylin, N. L. (1990). Family-Centered Therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (pp. 813–828). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Gaylin, N. L. (2001). *Family, Self and Psychotherapy: A person-centered perspective*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Gaylin, N. L. (2008). Person-Centered Family Therapy: Old wine in new bottles. *Person-centred and Experiential Psychotherapies*, 7 (4), 235–244.
- Ginsberg, B. G. (1997). *Relationship Enhancement Family Therapy*. New York: Wiley.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nichtdirektive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.
- Goetze, H. (Hrsg.), (1981). *Personenzentrierte Spieltherapie. Grundlagen, Erfahrungen und Perspektiven einer Kindertherapie nach Carl Rogers*. Göttingen: Hogrefe.

- Goetze, H. (2001). Filialtherapie. *Sonderpädagogik*, 31, 94–101.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. & Goldman, R. N. (2008). The Dynamics of Emotion, Love and Power in an Emotion-Focused Approach to Couple Therapy. *Person-centred and Experiential Psychotherapies*, 7 (4), 279–293.
- Grützner, W., Kulisch, E. & Langenmayr, A. (2002b). Gruppenpsychotherapie bei Kindern aus Scheidungsfamilien und ihren Eltern. Ein integratives Modell auf personenzentrierter Basis. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis*. (S. 181–207). Göttingen: Hogrefe.
- Guernsey, B. G. (1964). Filial Therapy: Description and Rationale. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 303–310.
- Guernsey B. G., Jr. (1977). *Relationship Enhancement: Skill-Training Programs for Therapy, Problem Prevention, and Enrichment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guernsey, L. (1977). A Description and Evaluation of a Skills Training Program for Foster Parents. *American Journal of Community Psychology*, 5, 361–371.
- Guernsey, B. G., Jr. (1985). Person-Centered Therapy, Therapists, and Marital and Family Relationship Enhancement Therapies: Relationships. *Renaissance*, 2 (3), 1–3.
- Guernsey, L. (1995). *Parenting: A Skills Training Manual* (5th ed.). Available from NIRE/IDEALS, 12500 Blake Road, Silver Spring, MD 20904. Information/order: E-mail niremd@nire.org
- Guernsey, L. G., & Guernsey, B. G., Jr. (1989). Child Relationship Enhancement Family Therapy and Parent Education. *Person-Centered Review*, 4, 344–357.
- Hambidge, G. (1955). Structured Play Therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 601–617.
- Hensel, T. & Landolt, M. (2007). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hinz, A. & Behr, M. (2002). Biografische Rekonstruktionen und Reflexionen – Zum 100. Geburtstag von Carl Rogers. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*. 33 (3), 197–210.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2009). Wirksamkeit beziehungsorientierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionale Behandlungskonzepte*. (S. 319–339). Göttingen: Hogrefe.
- Hug-Hellmuth, H. v. (1913). *Aus dem Seelenleben des Kindes: Eine psychoanalytische Studie*. Leipzig: Deuticke.
- Hug-Hellmuth, H. v. (1921). On the technique of child-analysis. *International Journal of Child Psycho-Analysis*, 2, 287–305.
- Hüsson, D. (2008). Sexually Abused Children and Adolescents: A person-centred play therapy protocol. In M. Behr & J. Cornelius-White (Eds.), *Facilitating Young People's Development: International perspectives on person-centred theory and practice*. (pp. 52–64). Ross-on-Wye: PCCS-Books.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche: Differentielles und therapeutisches Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionale Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Jernberg, A. M. (1979). *Theraplay. A new treatment using structured play for children and their families*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jernberg, A. M. (1987). *Theraplay*. Stuttgart: G. Fischer.
- Killough-McGuire, D. & McGuire, D. (2000). *Linking Parents To Play Therapy: A Practical Guide With Applications, Interventions, and Case Studies*. New York, NY: Brunner-Routledge-Taylor & Francis Group.
- Klein, M. (1927). *Die Psychoanalyse des Kindes*. München: Reinhardt.
- Kriz, J. (2004). Personenzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte. In A. v. Schlippe & W. C. Kriz, (Hrsg.), *Personenzentrierung und Systemtheorie* (S. 13–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz, J. (2007). Actualizing tendency: The link between person-centered and experiential psychotherapy and interdisciplinary systems theory. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 6, 30–44.
- Landreth, G. L. (2002). *Play Therapy: The art of the relationship* (2nd Edition). New York: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L. (Ed.), (2001). *Innovations in Play Therapy: Issues, process, and special populations*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L. (Ed.), (1982). *Play Therapy: Dynamics of the Process of Counseling with Children*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-Session Filial Therapy Model*. New York: Routledge Publishers of Taylor & Francis Publishing.
- Landreth, G. L., & Lobaugh, A. F. (1998). Filial Therapy with Incarcerated Fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 157–165.
- Levy, D. (1938). Release therapy in young children. *Psychiatry*, 1, 387–389.
- Moser, M. B. & Johnson, S. (2008). The Integration of Systems and Humanistic Approaches in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Person-centred and Experiential Psychotherapies*, 7 (4), 262–278.
- Moustakas, C. E. (1953). *Children in Play Therapy. A key to understanding normal and disturbed emotions*. New York: Ballantine.
- Moustakas, C. E. (1959). *Psychotherapy with Children. The Living Relationship*. New York: Ballantine Books.
- Norton, C. C. & Norton, B. E. (2002). *Reaching Children through Play Therapy. An experiential approach* (2nd Edition). Denver: The Publishing Cooperative.
- Oaklander, V. (1978). *Windows to our Children*. Moab-Utah: Real People Press.
- O'Leary, C. (1999). *Counselling Couples and Families. A person-centred approach*. London: Sage.
- O'Leary, C. & Johns, M. B. (2007). Couples and Families. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counseling* (pp. 266–278). New York: Palgrave Macmillan.
- O'Leary, C. J. (2008). Response to Couples and Families in Distress: Rogers' six conditions lived with respect for the unique medium of relationship therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7 (4), 294–307.
- Pavel, F. G. (1989). Integrierte klientenzentrierte Therapie von Systemen. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald, *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1* (S. 229–256). Salzburg: Otto Müller.
- Rank, O. (1936). *Will Therapy*. New York: Knopf.
- Raskin, N. J. and van der Veen, F. (1970). Client-Centered Family Therapy: Some clinical and research perspectives. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.), *New Directions in Client-Centered Therapy* (pp. 387–406). Boston: Houghton Mifflin.
- Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. *Person*, 2, 55–67.
- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 295–332). Heidelberg: Springer.

- Rober, P. (2008). The Therapist's Inner Conversation in Family Therapy Practice: Struggling with the complexities of therapeutic encounters with families. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7 (4), 245–261.
- Rogers, C. R. (1939). *The Clinical Treatment of the Problem Child*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Satir, V. (1993). *Selbstwert und Kommunikation: Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe* (11. Aufl.). München: Pfeiffer.
- Schmidtchen, S. & Baumgärtel, F. (1980). *Methoden der Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1976). *Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie*. Kiel: Selbstverlag.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1996). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnabel, M. (1986). Zur Integration von Einzel- und Familientherapie, klientenzentrierter Haltung und systemischem Denken. *GwG-Info* 64, 34–42.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Taft, J. (1933). *The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship*. New York: Macmillan.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Vogelsohn, E. L., & Guernsey, B. G., Jr. (1980). Working With Parents of Disturbed Adolescents. In R. R. Abidin (Ed.), *Parent Education and Intervention Handbook* (pp. 297–321). Springfield, IL: Charles G. Thomas.
- Wakolbinger, C. (2009). Die präzente Therapeutenperson: Authentizität als entscheidender Faktor in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth – Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen*. Beltz: Weinheim.
- Weinberger, S. (2008). *Klientenzentrierte Gesprächsführung* (12. Auflage). Weinheim: Beltz.
- West, J. (1996). *Client-Centred Therapy* (2nd Edition). London: Jessica Kingsley.
- Wilson, K. & Ryan, V. (2006). *Play Therapy: A Non-directive Approach for Children and Adolescents* (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Publishing.
- Zulliger, H. (1952). *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Frankfurt: Fischer.

Autoren:

Michael Behr ist Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Daneben ist er seit 1984 praktisch tätig als Gesprächspsychotherapeut und als personzentrierter Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche in Stuttgart sowie als Ausbilder und Kursleiter.

Dagmar Hölldampf arbeitet in Lehre und Forschung an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd im Fach Psychologie. Praktisch ist sie in der KOBRA Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Stuttgart als Spieltherapeutin tätig.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Michael Behr
 Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd
 Oberbettringerstr. 200
 73525 Schwäbisch Gmünd
 E-Mail: michael.behr@ph-gmuend.de

Andreas Gross

Klienten sind Künstler

Über den Verstehensprozess eines Therapeuten¹

Zusammenfassung: *Ausgehend von Klientenarbeiten fokussiert dieser Aufsatz auf die Kongruenz von Klienten. Die in der Therapie verfertigten Produkte von zwei Klienten im Kindesalter verweisen den Autor auf deren schöpferische Tätigkeit. Dies öffnet den Blick auf den Klienten als Künstler, der kongruent handelt. Die hier gewählten Beispiele zweier Installationen weisen aus, dass die Künstler jeweils handelnd Themen entdecken, die uns alle etwas angehen: Wir möchten andern echt begegnen oder uns vor Angriffen schützen. Die hier abgebildeten von Klienten gebauten Kunstwerke werden diskutiert anhand von Themen wie dem Spiel, der klinischen Betrachtungsweise, der Aktualisierungs- und der Selbstbehauptungstendenz. Schließlich wird in Thesen ausgeführt, dass Klienten Künstler seien, künstlerische Produkte von Klienten als Veränderungsbotschaften zu verstehen seien und der Therapeut als Galerist fungiere.*

Schlüsselwörter: *Kongruenz, Wertschätzung, Kunst in der Therapie, kreative Medien in der Therapie*

Abstract: Clients are Artists. On the process of understanding of a therapist. *Starting from creative works of clients, this essay focuses on the latter's congruence. The products made by clients aged ten and eight direct the author's focus towards the client as an artist who acts congruently. These artists discover topics that concern all of us. We like to encounter each other congruently or we strive to protect us against attacks. The clients' works of art are discussed by the means of play, clinical focus, actualizing tendency and that of self-assertion. The essay concludes with theses, which emphasize that clients are artists, moreover that their products of art are signs of change and, finally, that the therapist acts as an owner of a gallery.*

Keywords: *Congruence, unconditional positive regard, art in therapy, creative media in therapy*

1. Anliegen

Mein Anliegen besteht darin, einen Stolperstein zurechtzurücken, um Knie und Kopf zu schonen: Ich stolpere über die Produkte der Klienten (es handelt sich hier konkret um zwei Knaben im Alter von 8,5 und 10 Jahren), mit denen ich therapeutisch arbeite. „An diesem Objekt da hätte sich wohl auch Klee erfreut,“ sage ich mir etwa – und denke an seine „Gipspyramide“ (Klee 1920/1987, S. 166) –, oder: „Was würde Umberto Eco (1968/1971, S. 262–266) zu einer solchen ‚Figuration‘ dozieren, wenn er diese Szenerie hier im Sandkasten sähe?“ Ich komme oft nicht umhin, Klienten als Künstlern zu begegnen. Sprachliche Wendungen, scheinbar unvermittelt entstehende Objekte berühren mich. Dieser junge Mensch schafft hier und jetzt etwas, was kein anderer so hätte tun können, empfinde ich in solchen Momenten. Nennt sich so etwas nicht Kunst? Der Klient zeigt mir, was sich getan hat, kaum jemandem sonst

öffnet er seine schöpferische Seite, während die Menschen in seinem Umfeld sich ängstigen, er schaffe es nicht, den an ihn gestellten Anforderungen zu genügen, obschon er in eine Therapie gehe! Meine Gedanken enden jeweils damit, dass ich mir sage: „Typisch Künstler! Vollbringt wundervolle Dinge, verkracht sich aber mit seinen Sponsoren!“

Mit dem Wort „Stolperstein“ möchte ich kennzeichnen, wie schwer es mir fiel, solche immer wieder spontan erlebten Situationen zu verstehen und dieses Verstehen zu formulieren. Besonders erwartete ich nicht, dass die zwei hier als Beispiele unter vielen abgebildeten Arbeiten so intensiv auf mich wirkten, dass ich mich gedrängt fühlte, auf sie als Kunstwerke zu antworten und sie nicht bloß als klinisches Material zu sehen.

Ich möchte nach einer Erläuterung der Lesart des hier verwendeten Kunstbegriffs versuchen, meinen Blick auf den Klienten als Künstler in den Abschnitten 2–6 genauer zu beschreiben und die daraus entstehenden Konsequenzen im Abschnitt 7 in kurz gehaltenen Thesen zusammenzufassen.

¹ Wo es nicht explizit um die beschriebenen Klienten bzw. Künstler und den Therapeuten geht, meint der Autor ebenso Klientin, Künstlerin, Therapeutin.

2. Zum hier verwendeten Kunstbegriff

Es wird in den folgenden Abschnitten von Kunst und künstlerischem Produkt die Rede sein. Was überhaupt als Kunst betrachtet werden könnte oder sollte: Dies ist ein sehr weites Feld. Ich behelfe mir deshalb – auch der gebotenen Kürze wegen – mit dem französischen Dichter Stéphane Mallarmé (1842–1898), einem der Geburtshelfer der künstlerischen Moderne. In einer Umfrage sagte er: „Wir erleben im Augenblick ... ein wahrhaft außerordentliches Schauspiel, das einzigartig ist in der ganzen Geschichte der Poesie: jeder Poet macht sich daran, auf einer nur ihm eigenen Flöte die Weisen zu spielen, die ihm belieben ...“ (Mallarmé 1892/1998, 61).

Was hier vorgelegt wird, sind individuelle Weisen von Gestaltungen in Form von Installationen, die zwei Klienten gebaut haben, mit denen der Autor therapeutisch arbeitet. Künstlerisch nenne ich ihre hier vorgestellten Arbeiten, weil sie, mit Materialien gestaltet, eine Komplexität aufweisen, die über eine psychologische Bedeutung hinausgeht. Diese Arbeiten verstehe ich mit dem ersten Blick, den ich auf sie werfe, nicht als klinisches Material. Ich erlebe sie zunächst als Kunstwerke, ich bewundere ihre Originalität und die kreative Energie, die in ihnen steckt. Danach erst, der Not gehorchend, werfe ich einen klinischen Blick auf sie². Ich nehme aber nun nicht eine kategoriale Trennung von Kunst und Spiel vor. Eher trifft zu, dass der Kunst der Klienten zu ihrem Recht verholphen werden soll, die, wie ich meine, nicht die Würdigung erfährt, die sie verdient. Die hier abgebildeten Arbeiten können als Kippfiguren gesehen werden: Sie lassen sich als Kunstwerke betrachten und können als Mitteilungen der Klienten im therapeutischen Prozess verstanden werden.

3. Aktionskunst



**Bild 1: Rolly (Bildtitel des Klienten)
oder ein zeitgenössisches Kunstwerk (Anm. des Autors)**

Bild 1 zeigt einen in weniger als einer Stunde entstandenen Wurf eines zeitgenössischen Kunstwerks, bei dessen Bau der Künstler zehn Jahre alt war. Als etwas Leichtes, Spielerisches könnte es im Jelmoli-Rasen an der Bahnhofstrasse im Zentrum Zürichs das Publikum mit der Kunst des Spiels erfreuen: Ein Geviert aus Würfeln, das, wo die Würfel fehlten, mit einer Matratze und einem Kissen geschlossen wird. Im Zentrum des Gevierts liegt ein weiterer Würfel. An den Rändern liegen zwei etwa gleich große Bälle, zu denen zuerst gegriffen wird. Die Spieler müssen nun versuchen, mit Ballwürfen den in der Mitte liegenden Würfel so zum Gegenspieler hinüber zu bugsieren, dass der Würfel auf der Seite des Gegenspielers den Rand des Spielfeldes berührt.

Die Vorlage dazu stammt aus dem Turnunterricht, aus einem Teil einer Realität, aus der Künstler gelegentlich für ihre Kunst schöpfen mögen: Ein Medizinball soll mit Bällen zum Kreis hinaus geschubst werden. Dieses Spiel wird hier in den im Gegensatz zu den Bedingungen im Turnunterricht knapp bemessenen Raum einer psychotherapeutischen Praxis transponiert (Oerter 1997, S. 260), und zu einer intimen Zwiesprache zwischen zwei Spielern umfunktioniert, in der lachende Laute vorherrschen. Man darf ein wenig fies sein, die Regeln erschweren, Kraft einsetzen, aber so blutig ernst und schlagend will's einfach nicht werden. Der junge Künstler verändert die Regeln sogar zu Gunsten des unterlegenen älteren Spielers.

Dem Rahmen wurde beim Bau viel Aufmerksamkeit geschenkt. Das Spielfeld erfuhr im Vergleich zur Vorlage aus dem Unterricht eine fest gebaute Begrenzung, die auch ein Spielelement bildet, denn es ist verboten, sie zu überschreiten. Die andern Regeln dürfen immer wieder neu festgelegt werden, so dass es möglichst zu einem Ausgleich im Spielstand kommt. Der Objektkünstler ist zugleich ein Aktionskünstler. Er lädt den Mitspieler dazu ein, bei dieser Kunst mitzutun. Verlangt werden nicht nur motorische Geschicklichkeit und Konzentration, sondern auch Fantasie in der Handhabung der Regeln, die zu einem Punkteausgleich führen sollen. „In Offenheit für die Möglichkeiten des Spiels sich ausgleichend einbringen“ oder kurz „eine echte Begegnung gestalten“, könnte diese Tätigkeit genannt werden.

Würde man nun die über die letzten Jahre entstandene Gesamtgestaltung dieses Künstlers ausstellen, sähe der geneigte Besucher einzelne Bilder und Filme von Szenen und Szenenfolgen, ein sprachliches, bildnerisches und szenisches Gesamtbild. Ähnlich Manganelis (1980) Roman „Hundert Romane in Pillenform“ kippte das Produkt von der Realität in die Fantasie, ins Fantastische auch und zurück. Der Klient ist schöpferisch tätig, leistet Bemerkenswertes und so bewegt er sich in aufrechterem Gang als es seine immer wieder zur dramatischen Anspannung neigende Lebensszenerie vermuten ließe (siehe Abschnitt 5).

² Eine entwicklungspsychologisch grundierte Sicht auf den Zusammenhang zwischen Kunst und Spiel findet sich bei Oerter (1997, S. 297–303).

4. Das Kunstwerk des Klienten als Ausdruck des therapeutischen Prozesses

Der Prozess, der zur Verfertigung eines künstlerischen Produkts führt, kann in Entsprechung zu Rogers (1957) folgendermaßen beschrieben werden:

4.1 Der Therapeut als Facilitator der künstlerischen Gestaltung³

4.1.1 Klient und Therapeut befinden sich miteinander in Kontakt. Dabei beschäftigt sich der Klient mit einem Medium. Die Klienten können frei wählen, mit welchem Material sie sich auseinandersetzen möchten. Am Anfang der Stunde ist häufig eine Phase zu beobachten, in der der Klient sich verbal nicht mitteilt, sondern damit beginnt, etwas aufzubauen.

4.1.2 Der Therapeut nimmt die Gestaltung und schließlich das gestaltete Material als Mitteilung des Klienten an ihn wahr.

4.1.3 Der Klient weiß im Voraus, dass allenfalls fotografiert wird. Der Therapeut wartet präsent ab, bis das Material einen für den Klienten stimmigen Gestaltungsgrad erreicht hat, bis zum Zeitpunkt also, wo der Klient ihm ein Zeichen erteilt, dass jetzt fotografiert werden kann. Am Display beurteilt der Klient, ob Bildausschnitt und Belichtung mit seiner Vorstellung übereinstimmen, wie das Bild auszusehen hat.

Im Augenblick der Aufnahme ist der Therapeut jeweils nicht sicher, wie er dieses im Entstehen begriffene Bild verstehen sollte. Das Bild ist immer komplexer als der Druck auf den Knopf. Der Druck im Kopf des Therapeuten, auch er komplex, sucht, weil nicht zum Aushalten, nach Befreiung im Druck auf den Knopf des Auslösers.

4.1.4 Der Therapeut versteht die Mitteilung des Klienten anhand des gestalteten Materials in aller Regel nicht.

4.1.5 Der Therapeut verhält sich gegenüber seinen Verstehensimpulsen skeptisch und verweigert sich, so gut es geht, sich einstellenden Bedeutungsinterpretationen.

4.1.6 Der Therapeut fragt den Klienten, welcher Titel zum Bild passe. Erst dieser Titel stellt eine sprachliche Verknappung dessen dar, was es in einem ersten Ansatz zu verstehen gilt.

4.2 Die Veranschaulichung und Würdigung der Leistung des Klienten

Die Installation veranschaulicht die Leistung des Klienten. Mit der Fotografie wird unterstrichen, dass etwas Bedeutsames hervorgebracht wurde, der Titel macht die Fotografie zum Bild des Klienten, das in seinem Beisein oder mit seiner Hilfe in einen Bildband geklebt wird. Mit der Zeit entsteht sein persönliches Museum. Die Erfahrung zeigt immer wieder, dass ein solches Bild die Würdigung des Hervorgebrachten erleichtert, denn es liegt schon die Würdigung der Arbeit des Klienten in Form eines bleibenden Wertes vor. Sodann werden die Fertigkeiten, die Einfälle, die Ausführung, schließlich die Installation, das Objekt oder die Spielanlage, alles in allem die Person in einem bestimmten Hier und Jetzt gewürdigt.

Im Bauen eines Objekts, in der Arbeit allgemein, erkennen wir uns als prozesshafte Wesen. Schon die Frage, wie wir anfangen sollen, schickt uns mitunter auf verschlungene Wege. Der Prozess, der in der Auseinandersetzung mit dem Objekt entsteht, bringt Themen unserer Sehnsüchte hervor: Wie schätzen wir es, uns auf gleicher Augenhöhe zu messen! Brächten wir es nur fertig, die wichtigsten menschlichen Bedürfnisse auszugleichen! Könnten wir uns doch nur wirksam schützen (siehe Abschnitt 6)!

5. Aktionskunst als Ausdruck der Selbstaktualisierungstendenz

Das künstlerische Produkt kann als Übersprungsleistung gesehen werden: Es zeigt etwas vor, was noch nicht als gefestigter Entwicklungsschritt vorliegt. Es überspringt Stufen, die zum Ziel der anstehenden, vom Klienten gesuchten Veränderung führen, erfasst diese im Voraus, erhellt den Veränderungswunsch, wirft, um mit Ernst Bloch (1959, S. 242–258) zu sprechen, einen ästhetischen Vorschein auf einen Teil einer künftig möglichen neuen Lebenspraxis.

Dieser in der persönlichen Entwicklung nach vorne leuchtende Gehalt lässt die in Bild 1 gezeigte aktionskünstlerische Installation als einen Meilenstein erscheinen, der auf dem Weg zum „fully functioning“ (Rogers 1987, S. 59) in dessen Nähe steht. Es handelt sich insofern um eine anachronistische Leistung, als sich keine klinische Beschreibung mehr aufdrängt. Der Klient hat eine spielerische Situation geschaffen, die uns Menschen aufzeigt, woran wir oft scheitern: Nähmen wir das Spielangebot des Künstlers an, wir könnten uns mit unseren Möglichkeiten ganz eingeben, den andern mitbeachten, zu Regeländerungen bereit sein, die einen ausgeglichenen Spielstand ermöglichen, also Überblick und Durchblick beweisen, wir könnten Taktiker und Strategen sein, ohne den anderen zu übervorteilen. Wir würden diese Tätigkeiten in vollen Zügen genießen und uns am Spielende für das gemeinsame Gelingen beim anderen bedanken.

Der Künstler hat hier einen Ausdruck für die Selbstaktualisierungstendenz geschaffen. Er macht sichtbar, dass er zu Austausch

³ Siehe dazu auch: Rogers, N. (1993, S. 11–25).

fähig ist und dazu, Ausgleich zu schaffen. Genau dies im Alltag umzusetzen, stellte ihn damals, als die Installation entstand, vor beträchtliche Schwierigkeiten. So war er zweimal von der Schule gewiesen worden, weil er sich zu aggressiv verhalten hatte. Im Aufbau der Installation und in der Ausführung der Aktionskunst hingegen tat der Klient das Gegenteil dessen, was er im Alltag gezeigt hatte. Ich hätte ihm als sein Therapeut keine bessere Anlage anbieten können, um mit ihm einzuüben, was er oft nicht leisten konnte. Es lässt sich sogar sagen: Hätte man sonst nichts von ihm gewusst, man hätte seine Problematik nicht erraten.

Die Kunst ist kein Garant für alltägliches Gelingen, sie verweist im Gegenteil darauf, was schwer zu schaffen ist. Die abgebildete Installation mag auf etwas Elementares hinweisen, dessen Komplexität und Geltung sich erst bei näherem Zusehen entpuppt. Wir sehen, was für den Klienten bedeutsam ist, und wir staunen, wie er es uns zeigt, so dass auch wir uns verstanden fühlen: Ja, könnten wir die Utopie eines ausgleichenden Austauschs nur umsetzen, um wieviel ginge es uns besser! So sind wir vom Bild eines besseren Lebens berührt, das sogar eine Handlungsanleitung enthält: Übe! Wenn der Klient sich auf diese Weise mit dem Therapeuten austauscht, dann handelt er in dieser Situation kongruent (siehe 7.1).

6. Aktionskunst als Ausdruck der Selbstbehauptungstendenz



Bild 2: Die beste Burg des Lebens

In Bild 2 scheinen wir das Gegenteil des nach vorne Leuchtens zu sehen. Der 8,5-jährige Klient gab als Titel für seine Installation „Die beste Burg des Lebens“ an. Von dieser Burg ist eine aus einem Stuhl, einem Sessel, einem Sitzsack und Schaumstoffwürfeln zusammengebaute Mauer sichtbar, die die schmalste Stelle des Therapieraums einnimmt. Hinter der Mauer befindet sich der Schutzraum der Burg. Dieser Bau entstand aus einem Spiel, das sich in der Schweiz „Burgvölk“ (Burgvölkerball) nennt: Klient und Therapeut bauten sich aus den Schaumstoffwürfeln eine Burgmauer auf. Es galt nun, mit Bällen den gegnerischen Burgherrn zu treffen und seine Burg zu

zerstören. Dabei nutzte der Therapeut einen kurzen Moment aus, während dem der Klient unvorsichtigerweise seine Burg verlassen hatte und besetzte sie. Der Klient war kurz perplex, protestierte nicht lange, sondern baute sich aus den Elementen der Burg des Therapeuten und weiteren Objekten die in Bild 2 abgelichtete Burg auf. Bei der gemeinsamen Betrachtung der Fotografie war der Therapeut erstaunt. Wie konnte diese lose Mauer die „beste Burg des Lebens“ beschirmen? (Ungewöhnlicherweise hatte der Klient den Titel hochdeutsch formuliert.) „Man sieht nach außen und kann hinein,“ sagte der Klient dazu und führte sogleich erfolgreich Krieg gegen die Burg des Therapeuten.

Ein Stolperstein! denke ich nachträglich. Der Aufforderungscharakter des Bildes regt dazu an, in der „besten Burg des Lebens“ eine Verbildlichung der Selbstbehauptungstendenz sehen. Es handelt sich ähnlich wie in Abschnitt 5 um eine bildliche

Präsentation einer abstrakten Größe. Die spontane Wende, die der Therapeut dem Spiel gegeben hat, führt zu einem unerwarteten Ergebnis: Der Klient macht sichtbar, was ich bei ihm damals nicht einmal als Thema vermutet hätte, denn er verweist mit seiner Installation auf sein Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz. Das neue Gebilde hat eine recht ungewöhnliche Dimension, pflanzt sich an günstiger Lage auf und propagiert damit deutlich, dass dieses Bedürfnis nicht aufgegeben werden kann. Der Klient spielt dabei vor, dass er dazu im Stande ist, sich unter veränderten Bedingungen einen Ort des Schutzes zu schaffen, der den Blick in die Runde zudem nicht verunmöglichen soll. Allzu große Dichte des Schutzes ist der Sicherheit abträglich, denn wie soll man sich wehren, wenn man nichts sieht?

In Übereinstimmung mit dem Burgbau verleiht die Titelgebung des Klienten dem Bild bzw. der abgebildeten Installation eine über das Spiel hinausweisende Dimension. Mit der besten Burg des Lebens lässt sich das (gesellschaftliche) Leben wohl besser bestehen. Wir wären flexibel genug, uns einen Schutz mit Durchblick zu bauen, wo auch immer es Not täte. Dies hat uns dieser junge Künstler vorzeigt.

7. Abschließende Thesen

7.1 Klienten sind Künstler

Klienten gestalten künstlerische Produkte, wie erfundene oder abgewandelte Spiele, Stegreifszenen, Sätze und Bilder im weitesten Sinn des Worts. Diese Produkte enthalten eine künstlerische Potenz: Je nachdem, wie sie betrachtet oder aufgefasst werden, zeigen sie etwas Anderes, zeigen es auf noch nicht so gesehene Weise (Rogers 1961/1973, S. 339), sie sind vieldeutig und nicht nur als klinisches Material zu sehen. Gestaltung ist Experiment, das Distanz zum einmal Erlebten schafft und als Einwurf in das eigene Leben sich bemerkbar macht.

Die zwei hier vorgestellten Künstler haben uns also etwas zu sagen. Ihre künstlerischen Aussagen mögen eher als Utopien anmuten, denn als operationalisierbare Verhaltensschritte. „Im Austausch für Gleichheit sorgen“ und „gegen Bedrohung Schutz bilden“ mögen eher Themen darstellen, die aus einem philosophischen Katalog über das gute Leben stammen und dort näher auszuführen wären (Nussbaum 1988/1999, S. 176–226). Damit machen die zwei Künstler mit ihren Werken etwas sichtbar, was ich als Therapeut, der ich beanspruche, mich um Kongruenz zu bemühen, durchaus auch gerne vorzeigen möchte, vorausgesetzt ich hätte dieses künstlerische Vermögen.

Klienten als Künstler zu verstehen, bedeutet, wie die zwei vorgestellten Beispiele zeigen mögen, auf ihre Kongruenz zu fokussieren. Was bei Rogers (1961/1973, S. 74) bezüglich Kongruenz für den Therapeuten gedacht ist, gilt hier für den Klienten, nämlich dass dieser „in der Beziehung“ zum Therapeuten „authentisch und ohne ‚Front‘ oder Fassade dasteht, (...) offen die Gefühle und Einstellungen präsentiert, die im jeweiligen Augenblick in ihm auftauchen (...), fähig, sie mitzuteilen.“

7.2 Künstlerische Produkte von Klienten sind mitunter Veränderungsbotschaften

Es wird dafür plädiert, unter künstlerischen Produkten von Klienten eine Auswahl ihrer Veränderungsbotschaften zu sehen. Es wird nicht behauptet, dass dies in jedem Fall zutrefte. Diese Arbeiten entziehen sich zunächst einem spontanen und systematischen Verstehen und wir erkennen sie deshalb kaum auf den ersten Blick als künstlerisches Produkt oder Veränderungsbotschaft. Die hier vertretene Sichtweise unterscheidet sich von einer rein klinischen, die das Produkt als Station in einer Entwicklungslogik erhellen will, und dabei inhaltlich eher dessen Inkongruenz betont. Hier, in den zwei vorgestellten Situationen, wird, wie in 7.1 schon erwähnt, im Gegenteil Kongruenz vorausgesetzt. Im Verfertigen von Installationen, wie sie in Bild 1 und 2 einzusehen sind, ist der Klient kongruent. Er begegnet dem Therapeuten als ein Mensch, der gekonnt Medien einsetzt, um auf etwas aufmerksam zu machen, das alle angeht, Interesse vorausgesetzt: „Kunst gibt nicht das Sichtbare wieder, sondern macht sichtbar“ (Klee, 1920/1987, Klappentext).

Als Veränderungsbotschaft werden diese hier vorgestellten Installationen deshalb angesehen, weil sie einen Vorschein auf noch nicht umgesetztes Verhalten bzw. im Umfeld noch nicht Vermitteltes werfen: Es wird erst noch darum gehen, dies herbeizuführen, also

etwa einen Ausgleich im Umfeld des Kindes zu erreichen, indem bestimmten Bedürfnissen mehr Geltung verschafft oder das Kind gegen überfordernde Ansprüche wirksam geschützt wird.

7.3 Therapeuten sind Galeristen

Der Therapeut entdeckt, fördert und propagiert besondere Künstler in einem besonderen, virtuellen Kunstgeschäft. Er schafft materiell und psychologisch die Produktionsvoraussetzungen für diese Kunst. Er zeigt, was die Künstler können, etwa in Eltern- und Standortgesprächen. Er wirbt dafür, dass ihre Werke als Kunstwerke gewürdigt werden. Ohne Therapeuten geht Kunst verloren. Mit Therapeuten wird ab und an Kunst geboren. Als Galerist schlüpft der Therapeut ein Stück weit aus seiner Therapeutenrolle heraus. Er stellt klinische Überlegungen zurück und lässt sich stattdessen auf ein Kunstwerk ein, in dem er nicht gleich eine Werkarbeit sieht, die zu einem bestimmten Entwicklungsstand des Klienten passt. Der Galerist betont den Unterschied zwischen Kreativität und Kunst zu Gunsten der – neue Sichtweisen hervorbringenden – Kunst. Es geht ihm letztlich auch nicht um stimmige Bezüge zu Elementen der Psychotherapietheorie, sondern er lässt sich von Kunst begeistern, die in der Zusammenarbeit zwischen zwei (oder mehreren) Menschen entsteht. Wenn er etwas vermittelt, dann seine Begeisterung –, und diese versetzt ihn und wohl auch den Klienten in einen leicht erregten, aber angenehmen, also normalen Zustand.

7.4 Neue Methode – neues Veränderungsglück?

Mit dem Blick auf den Klienten als Künstler gerät kein Zauberinstrument in Sicht, das die Anstrengungen des Klienten beschleunigt in sein Umfeld überträgt, woher sogleich der Ruf „Hurra, Fortschritt!“ schallt. Die fotografierten und vom Klienten mit einem Titel versehenen Objekte rücken eher ein Anliegen, ein Ziel, ein Vorhaben, ein ungelöstes Problem oder allgemein formuliert, die Entdeckung eines Themas ins Bild, das der Klient mitteilt. Die Entdeckung wird vom Therapeuten zu verstehen versucht und somit gewürdigt. Wenn in diesem Zusammenhang Veränderung Thema wird, dann wird auf eine Zustandsveränderung im Klienten gezielt. Was hier vorgestellt wurde, bewegt sich unter dem Titel Veränderung also in klassischen personenzentrierten Gewässern. Allerdings werden dabei die Inseln der Würdigung besonders intensiv besucht, von denen aus sich auf Menschen blicken lässt, die dauernd etwas schaffen.

Literatur:

- Bloch, E. (1959). *Das Prinzip Hoffnung (Gesamtausgabe in 16 Bänden, Band 5)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Eco, U. (1972). *Einführung in die Semiotik*. München: Wilhelm Fink Verlag. (Original erschienen 1968: La struttura assente. Milano: Casa editrice Valentino Bompiani)
- Mallarmé, S. (1892). Über die literarische Entwicklung (Umfrage von Jules Huret). In Goebel, Gerhard & Rommel, Bettina (Hrsg., Übers. von Gerhard Goebel unter Mitarbeit von Christine Le Gal.). (1998). *Stéphane Mallarmé. Kritische Schriften. Französisch und Deutsch* (S. 61–73). Geringen: Lambert Schneider. (Original erschienen 1892 in Huret, Jules: *Enquête sur l'évolution littéraire. Notes et préface de D. Grojnowski*. Reprint Vanves, ohne Angabe des Ortes, 1982. Dieser Originaltext ist zugänglich in: Mallarmé (2003): *Oeuvres complètes II* (S. 697–702). Paris: éditions Gallimard.
- Manganelli, G. (1980). *Irrläufe. Hundert Romane in Pillenform*. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach. (Original erschienen 1979: Centuria. Cento piccoli romanzi fiume. Milano: Rizzoli Editore)
- Nussbaum, Martha C. (1999). *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Hrsg. H. Pauer-Studer. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Oerter, R. (1997). *Psychologie des Spiels* (2. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Paul-Klee-Stiftung u. a. (Hrsg.). (1987). *Paul Klee. Leben und Werk*. Stuttgart: Verlag Hatje. Teufen: Verlag Arthur Niggli AG.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: *Journal of consulting psychology* 21, 2, pp. 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG Verlag (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (ed.), *Psychology. A study of a science. Vol III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961a/1998). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. (12. Auflage). Stuttgart: Klett Cotta. Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, N. (1993). *The creative connection. Expressive arts as healing*. Palo Alto, California: Science & Behavior Books, Inc.

Autor:

Andreas Gross, Lic.phil., 1949, Fachpsychologe FSP für Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapeut PCA, delegiert arbeitender Psychotherapeut in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis in der Region Zürich.

Korrespondenzadresse:

Andreas Gross
 Ekkehardstr. 25
 CH-8006 Zürich
 E-Mail: agross@hispeed.ch

Rezensionen*

Tobias Steiger

Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Dorothea Hüsson (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte.

Göttingen: Hogrefe, 2009. 368 Seiten, ISBN 978-3-8017-2158-9, € 29,95/SFr. 52,95.

Die HerausgeberInnen haben eine Sammlung wissenschaftlich begründeter personenzentrierter und methodenintegrativer Praxiskonzepte der Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie zusammengetragen, gespeist aus Beiträgen der 1. Stuttgarter Kindertherapie-Fachtagung 2007. Das Buch bietet einen reichen und breiten Fundus, der als Ganzes einen sehr guten Einblick und Überblick über personenzentriertes therapeutisches Schaffen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien im deutschsprachigen Raum zu Beginn des 21. Jahrhunderts ergibt.

Das Werk reiht sich ein in die in den letzten 15 Jahren erschienenen Sammel-, Lern- und Übersichtsbücher zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (Boeck-Singelmann et al., 1996, 1997, 2003; Weinberger, 2001; Weinberger & Papastefanou, 2008), und geht teilweise darüber hinaus, indem es systematisch aufgebaut ist, einen großen Teil der wichtigen Felder der Kinder- und Jugendpsychotherapie berücksichtigt und qualitativ fast durchgehend hohes Niveau erreicht.

Die Publikation gliedert sich in sechs Teile, sie enthält wichtige Beiträge zum therapeutischen Beziehungsangebot, zu Methoden und Techniken, zu verschiedenen Klientengruppen, zu störungsspezifischem Arbeiten und zur Forschung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Nach dem einführenden Beitrag der Herausgeber, der den theoretischen, methodischen und praktischen Reichtum der personenzentrierten Konzepte zur Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie aufzeigt, werden in Teil 1 unter dem Titel „Beziehungsangebot und Therapeutenperson“ drei Artikel vorgestellt. Weshalb dieser Titel gewählt wurde, erschließt sich sofort, schreibt hier Michael Behr doch über Interaktionsresonanz und Christine Wakolbinger über die präsenzte Therapeutenperson, beides wichtige Beiträge zur Weiterentwicklung der Personenzentrierten Kinderpsychotherapie. Im Beitrag von Herbert Goetze spielt die Arbeit mit dem Umfeld, die

Beziehungsarbeit, allerdings nicht zwischen Therapeut und Klient, sondern zwischen Therapeut und den Eltern sowie zwischen den Eltern und ihren Kindern eine wesentliche Rolle. Die von ihm eingebrachte therapeutische Idee ist zwar meines Erachtens in der Kinder- und Jugendpsychotherapie zukunftsweisend, doch ist diese Art der Psychotherapie – der Therapeut instruiert die Eltern mit ihren Kindern im personenzentrierten Spiel zu Hause und reflektiert zusammen mit den Eltern diese Erfahrungen – im deutschsprachigen Raum noch nicht ausgereift bzw. nicht ausformuliert. Möglicherweise müssten auch der Name „Fialltherapie“ zugunsten des im englischsprachigen Raum gebräuchlichen Begriffs „Eltern-Kind-Beziehungstherapie“ aufgegeben und englischsprachige Beiträge, zum Beispiel von Landreth & Bratton (2006), ins Deutsche übersetzt werden. Der Ansatz hat jedenfalls bisher im deutschsprachigen Raum noch nicht die Verbreitung gefunden, die er verdienen würde.

Im Teil 2 wird von Bettina Jenny & Christoph Käppler nochmals – wie bereits in PERSON 2/2006 (Jenny et al., 2006) – das gruppentherapeutische Konzept bei Kindern und Jugendlichen mit sozialen und emotionalen Problemen vorgestellt. Auch in diesem Artikel zeigen die Autorin und der Autor wieder eindrücklich auf, wie Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen theoretisch fundiert, systematisch und strukturiert und dennoch personenzentriert sein kann. Klaus Fröhlich und Maïke Rönnau gelingt mit der Adaptation des Resilienzkonzepts an das personenzentrierte Gedankengut eine überzeugende Integrationsleistung des Personenzentrierten Ansatzes mit dem Konzept der Resilienzförderung.

Im Teil 3 (Medien und Sprache) wird beispielhaft in zwei Beiträgen die personenzentrierte therapeutische Arbeit mit Hilfe von therapeutischen Ausdrucksmitteln aufgezeigt. Herbert Goetze adaptiert die Arbeit mit Metaphern bzw. das Erfinden von Geschichten für Spieltherapie Klienten. Heidrun Rust zeigt an der Therapie mit

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

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detaillinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

kognitiv beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen mögliche halbstrukturierte Vorgehensweisen mit zeichnerischen Mitteln auf. Insbesondere den Beitrag von Heidrun Rust erachte ich als sehr lesenswert, weil er aufzeigt, dass es mit recht einfachen Mitteln und in relativ kurzer Zeit möglich ist, mit kognitiv eingeschränkten Kindern und Jugendlichen personenzentriert eine große Bandbreite von Themen zu bearbeiten.

Teil 4 über Jugendliche beginnt mit einem rührenden Artikel von Reinhard Tausch, dem deutschen „Urgestein“ der Personenzentrierten Psychotherapie, über drei kleinere Studien an Schulen mit Kindern und Jugendlichen und der wenig spektakulären alten und doch immer wieder neuen Erkenntnis, dass man nur die Kinder und Jugendlichen in geeigneter Art zu fragen braucht und sie dabei natürlich ernst nehmen muss, um Antworten zu erhalten, die dabei helfen würden, das Befinden der Kinder und Jugendlichen in der Schule – und im Gefolge auch das Befinden der Lehrpersonen – signifikant und nachhaltig zu verbessern. Die Studien sind in ihrer Schlichtheit gefährdet, unterschätzt zu werden. Es folgt ein Artikel von Sabine Weinberger, einer der Hauptvertreterinnen der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichentherapie der Gegenwart im deutschsprachigen Raum. Es macht Freude, ihre theoretisch klare und doch sehr konkrete Einführung in die Psychotherapie mit Jugendlichen zu lesen, die Anfängern und Fortgeschrittenen Orientierung und Sicherheit verleihen kann. Klaus Fröhlich arbeitet seit Jahren unermüdlich daran, die Psychotherapie mit dissozialen und gewalttätigen Jugendlichen auf dem Boden einer personenzentrierten Grundhaltung konzeptuell weiterzuentwickeln. Sein neuester Artikel zu diesem Thema zeichnet sich durch noch größere Differenziertheit und Schlüssigkeit aus und zeigt auf, worauf es in der psychotherapeutischen Arbeit mit gewalttätigen Jugendlichen ankommt, nämlich um kongruente, wenn nötig konfrontative, Wertschätzung. Diese Haltung zu verwirklichen erfordert ein hohes Maß an Fähigkeiten und Fertigkeiten der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

Im Teil 5 zu störungsspezifischem Arbeiten rührt zunächst Dorothea Hüsson nicht nur am Tabu „sexueller Missbrauch“, sondern thematisiert damit auch eines der die Entwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie am meisten behindernden Tabus, des unaufgeforderten Ansprechens von schwierigen Themen in der Psychotherapie. Sexueller Missbrauch ist dafür das Paradebeispiel, weil wohl kaum eine andere Erfahrung derart schambehaftet ist wie sexuelle Übergriffe. Unaufgefordertes, wenn natürlich auch Marker-basiertes Ansprechen eines schambesetzten Themas ist zweifellos ein schwieriges Unterfangen und setzt ein hohes Maß an Einfühlung und Sensibilität voraus, ist aber gerade ein Ausdruck von Empathie, wenn nonverbaler Ausdruck von Scham und Blockierung als Marker in der Therapie auftauchen. Sie beschreibt in ihrem Artikel in überzeugender Weise, wie Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bei sexuellem Missbrauch gestaltet werden muss, um effektiv zu sein und nicht in die verschiedenen Fallen, die bei Therapien mit dieser Klientengruppe versteckt sind, zu geraten.

Klaus Riedel greift mit der Psychotherapie bei Kindern psychisch kranker Eltern ein wichtiges Thema auf, zu dem es kaum Fachliteratur gibt. Er schreibt in einer allgemeinen und einführenden Weise, was sicherlich hilfreich ist, um einen groben Überblick zu bekommen, worauf es bei dieser Klientengruppe ankommt. In der Allgemeinheit liegt aber auch die Schwäche dieses Artikels, dem es leider an Beispielen mangelt. Der Neuigkeitswert der Ausführungen ist eher klein und dem Praktiker ist in seinem konkreten Alltag wenig geholfen. Carola von Zülow beschreibt in ihrem Artikel eindrücklich, klar und konkret die Möglichkeiten und Grenzen des Personenzentrierten Ansatzes in der Psychotherapie mit Kindern mit einem Asperger-Syndrom, dies nach einer für den Praktiker sehr lesenswerten Einführung in den Stand der Erkenntnis zu autistischen Störungen.

Im Teil 6 werden im ersten Artikel sieben schulenübergreifende Metaanalysen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichentherapie vergleichend analysiert und im abschließenden Beitrag eine systematische Bibliographie zur personenzentrierten Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien zusammengestellt. Besonderes Verdienst des Artikels zur Wirksamkeit ist neben dem (erneuten) Aufzeigen, dass Personenzentrierte Spieltherapie mit mittleren bis hohen Effektstärken wirksam ist und insbesondere auch Filialtherapie hohe Effektstärken erzielt, das Bestreben, schulenübergreifende Wirkparameter zu erfassen. Damit werden wichtige, auch standespolitische Signale gesetzt, den Schulstreit auf der politischen Ebene zu überwinden.

Insgesamt eignet sich das Buch bestens als Grundlagenwerk, bietet aber auch eine Vielfalt an Vertiefungen und Konkretisierungen und gehört in die Bibliothek jedes Kinder- und Jugendlichentherapeuten.

Literatur:

- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), (1996). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), (1997). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 2: Anwendung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), (2003). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Jenny, B., Goetschel, P., Käppler, C., Samson, B. & Steinhausen, H.-C. (2006). Personenzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person, 2*, 93–107.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-Session Filial Therapy Model*. New York: Routledge.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen*. Weinheim: Beltz.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.

Sabine Schlippe-Weinberger

Michael Behr and Jeffrey H. D. Cornelius-White (Eds.): Facilitating Young People's Development. International perspectives on person-centred theory and practice.

Ross-on-Wye: PCCS Books, 2008. 240 Seiten, ISBN 978 1 906254 00 1. £ 19,-, € 22,-, SFr. 33,-.

Die Idee zu dieser Anne-Marie und Reinhard Tausch gewidmeten, 15 Kapitel umfassenden Anthologie entstand auf dem 7. Weltkongress für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung 2006 in Potsdam (Conference for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling, PCE). Für das Buch wurden Autoren aus vier Kontinenten gewonnen, die in der Konferenzsprache Englisch den Lesern neue Konzepte, neue Untersuchungen und unterschiedliche Blickwinkel auf den Personzentrierten Ansatz vorstellen.

Nach einem sehr engagierten Vorwort von Brian Thorne beschreiben die Herausgeber Michael Behr und Jeffrey Cornelius-White im ersten Kapitel die vielfältigen Weiterentwicklungen, die die Spieltherapie, wie sie von Axline 1947 erstmals beschrieben wurde, mittlerweile erfahren hat. Dies sind vor allem die Vielfalt von Methoden, die aus anderen humanistischen Therapieverfahren integriert wurden und die Entwicklung vom Spieltherapeuten zum Personzentrierten Kinder- und Jugendlichentherapeuten, der je nach Bedarf neben der Spieltherapie eine Personzentrierte Therapie mit Jugendlichen durchführt und auch mit der Familie oder mit Eltern als Co-Therapeuten in Form der Filialtherapie arbeitet. Daran anschließend wird auf die mittlerweile gut elaborierten Konzepte außerhalb der Psychotherapie, speziell im Bereich der Schule, eingegangen und eine Übersicht über die gegenwärtigen Forschungsfelder gegeben. Besonders zu erwähnen ist eine Übersicht über die weltweiten Veröffentlichungen störungsspezifischer Personzentrierter Psychotherapie, systematisiert nach ICD-10, eine Darstellung der Effektstärken von 8 Metaanalysen und last not least die Anschriften der wichtigsten Fachverbände im Bereich der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Klaus Fröhlich-Gildhoff stellt im nachfolgenden Artikel die Durchführung und die Ergebnisse eines Forschungsprojektes vor, in dem, ausgehend von den von Grawe und seinem Team gefundenen Wirkfaktoren in der Erwachsenenpsychotherapie, auf Video aufgenommene Therapeut-Kind-Interaktionen von Kindertherapie-sitzungen systematisch analysiert wurden, um festzustellen, inwieweit die von Grawe formulierten Wirkfaktoren auch auf die Kindertherapie zutreffen.

Daran anschließend beschreibt Else Döring, wie sich, ausgehend von der Bindungstheorie, konkrete Interventionen für die Therapeut-Kind-Beziehung ableiten lassen und wie sich aus Untersuchungen zum Spiel des Kindes konkrete Anwendungen für den Einsatz in der Spieltherapie ergeben.

Mit dem Missbrauch von Kindern befassen sich die nächsten Kapitel: Dorothea Hüsson zeigt an Hand etlicher Fallbeispiele auf,

wie die klassische Personzentrierte Kindertherapie bei sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls im Sinne einer stärkeren Führung und Strukturierung modifiziert werden muss und die US-Amerikanerin Frances Kominkiewicz erläutert, inwieweit der Personzentrierte Ansatz über den psychotherapeutischen Bereich hinausgehend in Ermittlungsverfahren bei Kindesmisshandlungen und Kindesmissbrauch hilfreich eingesetzt werden kann und inwieweit im forensischen Bereich Tätige von einer entsprechenden Schulung profitieren können.

In den darauffolgenden drei Kapiteln geht es vorwiegend um Jugendliche. So stellt der Belgier Erwin Vlerick ein evaluiertes Focusingtraining für Jugendliche mit geringem Selbstvertrauen oder negativem Selbstbild vor und Klaus Fröhlich-Gildhoff beschreibt ein biopsychosoziales Modell, das die Entstehung von aggressivem Verhalten in der frühen Kindheit aufzeigt, um dann auszuführen, inwieweit das daraus resultierende, sehr rigide Selbstkonzept eine störungsspezifische Modifikation des Personzentrierten Konzepts, speziell ein konfrontatives Verhalten des Therapeuten, erfordert, um die Selbstreflexion der Betroffenen anzuregen. Daran anschließend beschreibt Ulrike Bächle-Hahn, wie sich das Konzept des „Peer Group Counselling“, das sich einerseits auf das Personzentrierte Konzept bezieht und andererseits eine notwendige stärkere Strukturierung bietet, in einem Heim, in dem Jugendliche wegen einer Störung des Sozialverhaltens und/oder Delinquenz untergebracht waren, bewährt hat.

Die weiteren Kapitel beschäftigen sich dann mit dem Personzentrierten Konzept im Bereich von Schule und Lernen: So stellt Mick Cooper die Ergebnisse von 5 Studien vor, in denen eine humanistische bzw. Personzentrierte Beratung an Gymnasien (secondary schools) in Großbritannien evaluiert wurde, und Akira Kanazawa und Satoko Wakisaka schildern nach einem Überblick über den Personzentrierten Ansatz im Japanischen Schulsystem mittels Falldarstellungen den hilfreichen und heilenden Einsatz Personzentrierter Beratung in der Schule in einem quasi psychotherapeutischen Setting mit wöchentlichen Einzelsitzungen, wobei immer auch Lehrer und Eltern einbezogen wurden. Der Australier Bernie Neville beleuchtet anschließend an Hand eines konkreten Fallbeispiels von aggressivem und oppositionellem Verhalten Möglichkeiten und Schwierigkeiten des Personzentrierten Ansatzes im Kontext Schule. Dabei macht er nicht vor eigenen Unzulänglichkeiten Halt, zeigt seinen eigenen Lernprozess und beschreibt, wie sich auch im Klassenraum Bedingungen für ein positives Persönlichkeitswachstum realisieren lassen.

Das Autorenteam D. Hölldampf, G. Aich, Th. Jakob und M. Behr zeigt an Hand einer qualitativen Studie, wie sehr die oft spannungsgeladene und von Unverständnis geprägte Kommunikation zwischen Lehrern und Eltern an einer mangelhaften Realisierung von Empathie, Unbedingter Wertschätzung und Kongruenz auf beiden Seiten leidet. Daran anschließend wird das von S. Mühlhäuser-Link, G. Aich, S. Wetzels, G. Kormann und M. Behr konzipierte Gmünder Gesprächsführungsmodell (GGM) vorgestellt, ein evidenzbasiertes Trainingskonzept, das sich für Lehramtsstudenten wie für erfahrene Lehrer eignet, um ihre Kommunikationsfähigkeiten im beruflichen Bereich allgemein wie auch speziell im Dialog mit den Eltern zu verbessern.

Renate Motschnig-Pitrik geht im letzten Beitrag zu diesem Thema der Frage nach, inwieweit personenzentrierte Encountergruppen zwischenmenschliche Beziehungen und Lernen in einem akademischen Rahmen verbessern können. In ihrer Studie zeigt sie – eindrucksvoll angereichert durch protokollierte Aussagen der Studenten – wie sehr die Studenten von einem Kurs in personenzentrierter Kommunikation, der neben Encountergruppen auch Online Kommunikation und strukturierte Workshops beinhaltete, im Sinne eines ganzheitlichen Lernens profitierten und welche Möglichkeiten

sich für die personenzentrierte Kommunikation unter Einbeziehung des Computers noch ergeben.

Im abschließenden, von den Herausgebern verfassten Kapitel wird einleitend thematisiert, dass die besondere Stärke und das Einzigartige des Personenzentrierten Ansatzes in der Verbindung zwischen einer empirischen und einer philosophisch-ethischen Basis besteht. Danach fassen die Herausgeber die zentralen Themen, die in dem vorliegenden Band angesprochen wurden und die es weiter zu erforschen gilt, noch einmal stringent zusammen und nennen weitere, zukünftige Fragestellungen und Herausforderungen.

Das Ziel des Buches, Beiträge aus vier Kontinenten zusammenzubringen, um herauszufinden und zu dokumentieren, wie sich der Personenzentrierte Ansatz länderübergreifend im Feld der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen weiter entwickelt hat, ist eindrucksvoll gelungen. Das ganze Buch ist übersichtlich strukturiert und die durchwegs sehr lebendig geschriebenen Artikel fassen das Wesentliche anschaulich zusammen, so dass es im Englischen gut zu lesen ist. Aus allen Artikeln spricht ein großes Engagement für den Ansatz, der auf den Leser überspringt und dieses Fachbuch für alle im Bereich von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Tätigen zu einer ausgesprochen anregenden Lektüre macht.

Sabine Schlippe-Weinberger

Suzanne Keys & Tracey Walshaw (Eds.): Person-Centred Work with Children and Young People. UK practitioner perspectives.

Ross-on-Wye: PCCS Books, 2008. 156 Seiten, ISBN 978 1 906254 01 8. £ 19,-, € 22,-, SFr. 33,-.

Diese Anthologie ist das „Schwestern Buch“ zu dem von Michael Behr and Jeffrey H.D. Cornelius-White herausgegebenen Band (siehe die entsprechende Rezension in diesem Heft). Ging es darin um theoretische Perspektiven und empirische Arbeiten aus der ganzen Welt, ist dieser Sammelband ein Buch von Praktikern aus Großbritannien für Praktiker. Entstanden ist ein sehr leidenschaftliches Buch, in dem es in allen Beiträgen ganz zentral um das Thema Beziehung als Begegnung „von Mensch zu Mensch“ geht, als Art und Weise „zu sein“ (a way of being) und nicht etwas „zu tun“ (a way to do). Die Autoren beschreiben, wie sich diese Begegnung, als zentrales Postulat von Rogers' Philosophie und Psychotherapie, im schulischen Arbeitsraum und in psychosozialen Feldern umsetzen lässt, dabei bringen sie sich mit Aspekten ihrer Lebensgeschichte und/oder ihres Lernprozesses ganz persönlich und direkt ein, so dass das Thema Begegnung beim Lesen auch direkt erfahrbar wird.

Im ersten einleitenden Artikel gehen die Autoren Richard House und Sue Palmer auf zwei offene Briefe ein, die sie 2006 und 2007 im Daily Telegraph veröffentlicht haben. In diesen Briefen prangerten

sie die immer schneller werdenden sozialen, kulturellen und technologischen Veränderungen an, soweit diese die Kindheit gefährden. Sie sprechen von einer vergifteten Kindheit (toxic childhood), in der das freie Spiel immer seltener wird und in der die Erwachsenen immer mehr die Bedürfnisse von Kindern ignorieren, so dass zunehmend depressive Erkrankungen bei Kindern auftreten. Sie zeigen auf, wie all das, was sie in den offenen Briefen, die viel Beachtung fanden, für den Umgang mit Kindern forderten, ganz genau das ist, was Rogers in seinem Personenzentrierten Ansatz formulierte.

In einem zweiten einleitenden Artikel folgt von Ashley Fletcher ein ebenso leidenschaftliches Plädoyer für Beziehung und Respekt gegenüber Kindern und Jugendlichen, statt Macht und Kontrolle – und für mehr Vertrauen in die ihnen eigene Resilienz, statt der Suche nach der geeigneten Technik, was mit ihnen wohl am besten zu machen sei.

In den ersten beiden Kapiteln des Bandes geht es dann speziell um Kindertherapie. Tracey Walshaw beschreibt, wie sie ein Training in Personenzentrierter Spieltherapie entwickelte, das die Kreativität

in jeder Person freisetzt und in der die persönliche Entwicklung des Einzelnen das ist, worauf es ankommt. Des Weiteren räumt sie mit vielen, von Teilnehmern geäußerten Annahmen darüber auf, wie eine Personzentrierte Spieltherapie auszusehen habe, was man als Therapeut zu tun und zu lassen habe, um abschließend aufzuzeigen, was einen guten Kindertherapeuten ausmacht. Cate Kelly beschreibt die Kindertherapie als so ganz anders als Erwachsenentherapie und fokussiert dabei speziell auch den Beziehungsaspekt: Wie die Art und Weise, in Beziehung zu sich selbst zu gehen, durch die Ausbildung gefördert wurde, wie sie die therapeutische Beziehung zu einem Kind als ganz anders als zu einem Erwachsenen erlebt; wie es aussieht, einen Elternteil in den Beziehungsraum mit hineinzunehmen und wie sich die Beziehung zwischen Kind und Therapeutin im Spiel- statt im Sprachraum anfühlt und gestaltet.

An diese Artikel schließen sich sieben Beiträge an, in denen die spezifischen Herausforderungen beschrieben werden, auf die man trifft, wenn es darum geht, den Personzentrierten Ansatz im System Schule umzusetzen. Allen Autoren ist dabei ein kritischer Blick auf das britische Schulsystem gemeinsam, das eher auf Verhaltensmanagement ausgerichtet ist statt auf Beziehung und in dem erfolgreichen Projekten ein Ende droht, weil kein Geld mehr vorhanden ist. Sie reflektieren die Rolle der Kinder in einer von den Erwachsenen regierten Welt und machen darauf aufmerksam, wie viel weniger therapeutische Hilfe notwendig wäre, wenn man den Kindern und Jugendlichen schon zu einem früheren Zeitpunkt Hilfen bereit gestellt hätte.

Tracey Walshaw beschreibt die Herausforderungen, denen sie als Personzentrierte Beraterin in einer Grundschule gegenüberstand und noch immer steht: die Schwierigkeiten mit den institutionellen Vorgaben, der Lehrerschaft, mit der Schweigepflicht, dem Raum mit einer Einsichtsscheibe, dem kritisch beäugtem Spielmaterial und vielem mehr. Sie zeigt auf, wie mit viel Kreativität und Flexibilität und dem Vertrauen in den personzentrierten Beziehungsansatz diesen Schwierigkeiten gegenübergetreten werden kann.

Das Sandspiel ist das Thema von Jo Woodhouse. Anhand verschiedener Fallbeispiele zeigt er auf, wie sich Kinder im Sandspiel ausdrücken, wie er das mit allen Sinnen aufnimmt und dem Kind das Verstandene kommuniziert, welche intensive Beziehung bei dieser Arbeit entsteht und wie gerade auch Kinder mit einer Lernbehinderung sich mit diesem Material ausdrücken können.

Gill Clarke beschreibt an Hand des Fallbeispiels eines jungen Mädchens im Teenageralter ihren eigenen Lernprozess in der mehrjährigen Beratungsbeziehung. Sehr eingängig schildert sie ihre Unsicherheiten, Ängste und Zweifel genau so wie die Verhaltensweisen, die den Prozess immer wieder förderten und die halfen, über alle Schwierigkeiten hinweg zu einem absoluten Vertrauen in den Personzentrierten Ansatz und der damit einhergehenden heilenden Beziehungserfahrung zu kommen.

Daran schließt sich ein Beitrag von Sue Hawkins an, die mit Hilfe wörtlicher Aussagen einer 15-Jährigen beschreibt, wie die thera-

peutische Beziehung erlebt wurde. Eindrucksvoll wird dargestellt, wie einführendes Verstehen, unbedingte positive Wertschätzung und die Kongruenz der Therapeutin eine Beziehung schaffen, die von der Schülerin als heilsam und ihre Persönlichkeitsentwicklung fördernd wahr- und angenommen werden kann.

Nadine Littledale beschreibt darauf folgend an Hand einer Gruppenstunde mit zwölf- bis dreizehnjährigen Schülern, wie der Personzentrierte Ansatz im psychodramatischen Spiel umgesetzt werden kann, wie die Schüler Zugang zu ihren belastenden Emotionen fanden und dies hilfreich im Gruppenprozess aufgefangen wurde.

Was es heißt, als Personzentrierte Beraterin in einem College mit sehr vielen Immigranten zu sein, beschreibt Suzanne Keys. Sie schildert z. B. die spezielle Notwendigkeit, niedrigschwellige Angebote zu machen, das Lehrpersonal mit einzubeziehen, Bescheidenheit zu lernen und bei den komplexen Anforderungen sehr auf die eigenen Ressourcen zu achten.

Tracey Walshaw schildert dann noch einmal, wie der Personzentrierte Ansatz von Mitarbeitern in einem speziellen Zentrum für Grundschulkindern, die aufgrund ihrer Verhaltensprobleme in einer staatlichen Schule nicht mehr beschulbar waren, umgesetzt wird, die Art und Weise, wie diese Mitarbeiter den Kindern und Eltern, die jeweils eine Kette an schlechten Beziehungserfahrungen hinter sich haben, eine Beziehung anbieten, die auf Einfühlung und auf einer nicht wertenden Herangehensweise basiert und die von hoher Kongruenz und persönlichem Engagement geprägt ist.

Mit dem sehr komplexen Feld der Adoption von Kindern beschäftigt sich der Artikel von Cate Kelly. Ihr geht es nicht darum, wie sie eine therapeutische Beziehung zu dem adoptierten Kind aufbauen kann, sondern wie Adoptiveltern geholfen werden kann, die von Rogers postulierten Bedingungen einer heilsamen und wachstumsfördernden Beziehung zum adoptierten Kind zu realisieren. An Hand von zwei Fallgeschichten wird dies näher ausgeführt.

Julie West befasst sich in ihrem Beitrag damit, wie Kinder in soziale Projekte miteinbezogen werden. Sie nennt dies kindzentriertes Verhandeln (child-centred negotiation), in dem es darum geht, die Kinder ernst zu nehmen und ihnen eine Stimme zu geben, ihnen zu helfen, mit den verschiedensten spielerischen Mitteln herauszufinden, was sie in Bezug auf dieses oder jenes Projekt denken, fühlen und was für sie wohl gut sein mag. Bedingungen und Herausforderungen dieser Arbeit werden beschrieben, ebenso wie konkrete Projekte dargestellt.

Die nächsten zwei Beiträge befassen sich damit, wie die personzentrierte Haltung in der Arbeit mit homosexuellen jungen Menschen umgesetzt werden kann. In den sehr persönlichen und eindrucksvollen Artikeln geht es bei Ashley Fletcher um seine Erfahrungen mit sehr jungen, männlichen, homosexuellen Prostituierten (Rent Boys) und dem Spagat zwischen dem Beziehungsansatz einerseits und den gesetzlichen Vorschriften, z. B. die Jungen der Polizei zu melden, andererseits. Lisa Anthony beschreibt ähnlich

beeindruckend ihre Arbeit mit Lesben, Homosexuellen und bisexuellen jungen Leuten.

Im vorletzten Kapitel geht es um Trauer und Verlust bei Kindern und jungen Menschen. Seamus Nash, der in einem Hospiz arbeitet, schildert seine Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern, die Arbeit mit Eltern und Betreuern und die Beobachtung der zunehmenden Medicalisierung und Pathologisierung von Trauerprozessen.

Sehr stimmig endet dieser Sammelband mit Sheila C. Youngson, die auf 40 Jahre persönliches und berufliches Lernen zurückblickt,

in denen sie an Hand verschiedenster Lebensstationen die Weisheit „kleiner Leute“ und die Kraft des Personenzentrierten Ansatzes für sich entdeckte.

Wie bereits anfänglich gesagt: eine bemerkenswerte, packende Sammlung von Beiträgen, die den Leser in viele persönliche und berufliche Erfahrungswelten eintauchen lässt, so dass unmittelbar erlebt werden kann, was es heißt, im „Hier und Jetzt“ des beruflichen Alltags personenzentriert zu sein.

Lore Korbei

Klaus Riedel: Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern.

Köln: GWG-Verlag, 2008. 250 Seiten, ISBN 978-3-926842-42-8, ca. € 22,-/ca. Sfr. 35,-

Ich hatte den Titel anfangs missverstanden in dem Sinn: Empathie für Kinder psychisch kranker Eltern, mit der Hoffnung, einführendes/mitfühlendes Wissen für unsere Klient/inn/en – die ja gehäuft aus dieser Umgebung kommen – zu gewinnen. Ja: Deutsche Sprache – schwere Sprache.

Also zurück: Klaus Riedel, Dipl. Pädagoge und Dipl. Sozialarbeiter, schreibt seine Dissertation zu diesem Thema und steht fest auf psychotherapeutischem Boden als Kinder- und Jugendtherapeut und als Ausbilder für Personenzentrierte Spieltherapie. Ebenso ist er in der Fort- und Weiterbildung tätig. Eine enge Theorie-Praxis-Verstrickung kann also erwartet werden und wird bestätigt.

Im ersten Teil wird Empathie, das Herzstück der Klientenzentrierten/Personenzentrierten Psychotherapie, beleuchtet – ihr Stellenwert kursorisch behandelt. Riedel zieht Vergleiche mit der Psychoanalyse, vor allem mit Kohut (etwas, das schon Rogers beschäftigt hat; siehe 1991, S. 299), und nimmt Abgrenzungen zur Verhaltenstherapie vor.

Dass Empathie ein zentraler Aspekt, ein wesentlicher Wirkfaktor in vielen psychotherapeutischen Richtungen ist, ist mittlerweile zum „common knowledge“ geworden. Die jüngste Publikation von Frank M. Staemmler (2009) (siehe die Besprechung von Diether Höger dazu im vorliegenden Heft) gibt unter anderem Zeugnis davon. Die Unterschiede liegen im Wie und Wozu ihrer „Verwendung“. Die Empathieentwicklung wird als Teil der Emotionalen Intelligenz gesehen – und für alle, die Ute Binder (1994) gelesen haben, ist Riedels Zusammenfassung der Empathieentwicklung vom Beginn des Lebens an eine gute Wiederholung. Spannend sind die Ausführungen zum Zusammenhang zwischen sicherer Bindung und empathischem Verhalten im Unterkapitel zur Bindungstheorie (Kap. 1. 1. 3.).

Biermann-Ratjen et al. (1979/2003, Kap. IV) – was leider im Literaturverzeichnis nicht vorkommt – haben den Versuch unternommen, die Phasen der Entstehung des Selbst nach Stern mit der Ätiologie von Störungen zu verbinden. Damit ist klar geworden, wie sehr die Empathie – oder der Mangel an Empathie – der Bezugspersonen neben Kongruenz und Bedingungsloser Wertschätzung krankheitsfördernd oder krankheitsverhindernd sein kann – bzw. in der Entstehung des Selbst eine primordiale Rolle spielt.

Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie haben die Position von Rogers bestärkt: die „Feinfühligkeit“ der Bezugsperson gilt auch als wesentlicher Faktor in der Bindungstheorie. Dass diese Feinfühligkeit (Einfühlung, Empathiefähigkeit) gerade bei psychisch schwer kranken Eltern (die auch als solche diagnostiziert sind!) gestört ist, kann angenommen werden. Was die Auswirkungen davon auf die Empathieentwicklung ihrer Kinder sind, ist die Forschungsfrage von Riedel.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich zuerst mit der Situation der Kinder und ihrer Eltern aus medizinischer und psychiatrischer Perspektive (High-Risk-Forschung und Genetische Studien). Sozialpsychiatrische, familienorientierte und sozialpädagogische Ansätze runden das Bild ab: Psychosoziale Belastung und Kompensationsfaktoren und deren Diskussion sind für Psychotherapeutinnen und -therapeuten leicht, gut und flüssig zu lesen – ein empfehlenswertes Kapitel aber auch für alle „Außenstehenden“, denen bei einem manchmal sehr geschlossenen System (durch Tabuisierung der psychischen Erkrankung, Scham- und Schuldgefühle, ...) eine ganz wichtige Aufgabe zukommt.

Ebenfalls interessant sind die ev. auch prognostischen Aussagen, wie z. B. „Im Vergleich zu schizophrenen und affektiven

Störungen weisen Kinder von Eltern, die an Persönlichkeits- und Suchtstörungen leiden, die ungünstigeren Entwicklungsmerkmale auf (Sollberger 2000, S. 21)“ (S. 82).

Aber auch schützende Faktoren sind tröstlich, wie z. B. der „leichtere“ Schweregrad der Erkrankung, der nicht zu frühe Beginn der Erkrankung in Hinsicht auf das Alter der Kinder, die Kompetenz der Familienmitglieder, die nicht erkrankt sind, gute Gesundheit oder Attraktivität des Kindes, sowie gute intellektuelle und soziale Fähigkeiten.

Die Zusammenfassung der wesentlichen Publikationen zu diesem Thema ermöglicht eben jene von mir fantasierte Empathie für Kinder psychisch verstörter und verstörender Eltern.

Das Kapitel 3 – Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern - wäre idealerweise auch für Österreich wünschenswert! Sehr informativ ist das Kapitel 3. 6. „Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme der Hilfsangebote“.

Die empirische Untersuchung (7. Kapitel) erscheint mir als Nicht-Psychologin gut angelegt sowohl in der Fragestellung und Forschungsstrategie, als auch von der Testbeschreibung her. Und

doch erinnere ich mich an einen Ausspruch von Marianne Ringler: „Wir müssten ja alle diese Untersuchungen nicht machen, wenn ein paar ‚Selbstverständlichkeiten‘ anerkannt wären ...“, hier z. B. dass eben eine Korrelation besteht zwischen psychisch schwer erkrankten Eltern und Empathiedefiziten bei deren Kindern.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979/2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 9. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Rogers, C. R. (1991). Rogers, Kohut and Erickson: Eine persönliche Betrachtung über einige Ähnlichkeiten und Unterschiede. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Psychotherapie: Entwicklungslinien und Geschichte* (S. 299–313). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Stammmler, F.-M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Internationale Veranstaltungen

Podiumsdiskussion: „Wie existenziell ist die Humanistische Psychologie – wie humanistisch ist die Existenzielle Psychologie?“

(Mick Cooper, Alfried Längle, Gerhard Stumm) (organisiert von Forum/APG, ÖGWG und GLE)

Zeit: 14. April 2010, 19.30 Uhr

Ort: Therapiezentrum Gersthof, 1180 Wien

Info/Kontakt: www.apg-forum.at; buero@apg-forum.at

3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (organisiert von Forum/APG, IPS/APG, ÖGWG und VRP)

Thema: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder

Zeit: 24./25. April 2010

Ort: Kardinal König Haus, Wien

Info/Kontakt: www.kindertherapietagungWIEN.at; chr.wakolbinger@chello.at

6. Großes Forum der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

Thema: Gesprächspsychotherapie? Gesprächspsychotherapie! Eine Bestandsaufnahme

Zeit: 1./2. Mai 2010

Ort: Hamburg, Haus Rissen

Info/Kontakt: Claudia Demmler, Uni Hamburg, FB Psychologie, von Melle Park 5, 20146 Hamburg

XI. International Forum on the Person-Centered Approach

Thema: PCA in time of transition

Zeit: 2.–10. Mai 2010

Ort: Susdal (in der Nähe von Moskau), Russland

Info/Kontakt: www.pca2010.com; pca2010@onlinereg.ru

22. International Focusing Conference

Thema: Focusing, Veränderung und Verantwortung

Zeit: 5.–9. Mai 2010

Ort: Pforzheim

Info/Kontakt: www.focusing.de

25th Annual ADPCA Conference (E) — Celebrating the 25th anniversary of ADPCA

Thema: Rogers, Rochester, Rediscovery

Zeit: 9.–13. Juni 2010

Ort: Rochester, New York

Info/Kontakt: www.adpca.org/events.html

40 Jahre Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Thema: Personzentrierte Psychotherapie & Beratung – der humanistische Weg aus der Krise

Zeit: 11./12. Juni 2010

Ort: Mainz

Info/Kontakt: www.gwg-ev.org; akademie@gwg-ev.org

9th PCE Conference

Thema: Empowerment: The politics of the helping relationship

Zeit: 30. Juni – 4. Juli 2010

Ort: Aurelia Convention Centre, Rom

Info/Kontakt: www.pce2010.com; secretariat@pce2010.com

29. Internationale Focusing Sommerschule 2010

Zeit: 26. Juli – 5. August 2010

Ort: Humboldt-Haus Achberg bei Lindau am Bodensee

Info: www.daf-focusing.de

Focusing-Wochen Achberg 2010

Zeit: 6.–5. August 2010

Ort: Humboldt-Haus Achberg bei Lindau am Bodensee

Info/Kontakt: www.focusing-netzwerk.de; gfk@bluewin.ch

5th Annual Focusing Institute Summer School — FISS 2010

Zeit: 20.–26. August 2010

Ort: Garrison Institute in Garrison, New York

Info: www.focusing.org

2. DGfB-Kongress – Deutsche Gesellschaft für Beratung

Thema: „Da hol' ich mir Beratung“ – Professionalität und Verantwortung auf dem Markt von Beratung

Zeit: 24./25. September 2010

Ort: Frankfurt

Info/Kontakt: www.dachverband-beratung.de; info@dachverband-beratung.de

ÖGWG-Woche 2010

Thema: „Der schöpferische Sprung“: Kreative Veränderungen während der Therapie – Kreative Medien in der Therapie

Zeit: 20.–23. Oktober 2010

Ort: Puchberg bei Wels, Oberösterreich

Info/Kontakt: www.oegwg.at; oegwg@psychotherapie.at

Vorschau

World Congress for Psychotherapy 2011

Zeit: 24.–28. August 2011

Ort: Sydney, Australia

Info: www.wcp2011.org



Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

Einladung zum 6. Großen Forum

der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

Am 01. und 02.05.2010 in Hamburg

Gesprächspsychotherapie? Gesprächspsychotherapie!

Eine Bestandsaufnahme

Programm:

Samstag, 01.05.2010

11:00 -12:30 **Mitgliederversammlung**

14:30 -15:00 **Begrüßung**

Referate mit anschließender Diskussion

15:00 -16:30 Dipl.-Psych. Karl-Otto Hentze: Die Gesprächspsychotherapie
in der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. Inge Frohburg: Die Gesprächspsychotherapie an den Universitäten

16:30 -17:00 **Pause**

17:00 -18:30 Prof. Dr. Mark Helle: Die Gesprächspsychotherapie an den Fachhochschulen

Prof. Dr. Ludwig Teusch: Die Gesprächspsychotherapie in der stationären
klinischen Versorgung

ab 19:30 **Gemütliches Beisammensein**

Sonntag, 02.05.2010

Referate mit anschließender Diskussion

9:00 -10:30 Dr. Gerhard Stumm: Weiterentwicklungen im Rahmen des Klientenzentrierten
Konzepts: Techniken und Leitlinien

Prof. Dr. Jürgen Kriz (angefragt): Gesprächspsychotherapie im
Gesundheitswesen

10:30 -11:00 **Pause**

11:00 -12:30 **Arbeitsgruppen** zum Thema: "Wie kann ich meine
gesprächspsychotherapeutische Identität bewahren?"

12:30 -13:15 **Mittagspause**

13:15 -14:30 **Plenum mit Auswertung der Arbeitsgruppendifkussion**

Tagungsort: Haus Rissen, Rissener Landstr. 193, 22559 Rissen, Hamburg

Tel.: Tel. ++49-(0)40 81 90 70, Fax ++49-(0)40 81 90 759

Teilnahmegebühr:

DPGG Mitglieder €120,- Nichtmitglieder €150,-

Studierende und Psychotherapeuten in Ausbildung €30,-

(Fortbildungspunkte sind bei der Hamburger Psychotherapeutenkammer
Beantragt).

Anmeldung bei Frau Claudia Demmler, c/o Universität Hamburg, FB Psychologie, Von-
Melle-Park 5, 20146 Hamburg.



Vorankündigung
ÖGWG-Woche 2010

„Der schöpferische Sprung“
Kreative Veränderungen während der Therapie
Kreative Techniken in der Therapie

Puchberg bei Wels, 20. – 23. Oktober 2010

Ziel der Tagung:

Es ist immer wieder ein Wunder, wenn nach etlichen therapeutischen Begegnungen das Gesicht einer Klientin plötzlich und unvorhergesehen verändert ist und man begreift, da ist etwas geschehen. Eine Neuordnung ist sprunghaft entstanden. Ein kreativer Prozess in Gang gekommen. Diesem Wandel sind Kreationen vorausgegangen, Erfindungen einer neuen Zugangsweise zu den inneren Knoten. Über eine andere Sprache, über neue Metaphern, über kreative Medien. Wie schöpferische Sprünge initiiert und durch kreative Medien unterstützt werden können wird Thema der Woche sein.

Vorläufige Programmpunkte:

- **Klientenzentrierte Kunsttherapie** mit Prof. Dr. Norbert Groddeck, Supervisor (DGSv), Kunsttherapeut (AKT und DFKGT), Person-zentrierte Beratung, Coaching und Psychotherapie. Tagesworkshop
- **Das Spezifische in der Arbeit mit kreativen Medien** / Methoden Ethik, Set, Setting und Interventionstechniken, Dokumentation mit Michaela Frank
- **Sprünge in der Kunst** anhand von Beispielen mit Lore Korbei
- Kreativwerkstätten
- **Creativ-Encounter** mit Helmut Schwanzar
- Der schöpferische Sprung in Therapien. Wandel, Veränderung und die Entwicklung von Kreativität, NN
- Generalversammlung
- Fest

Anmeldung: oegwg@psychotherapie.at

Teilnahmegebühren: Ordentliche Mitglieder: EUR 170.-, AusbildungskandidatInnen 50%, assoziierte Mitglieder und Mitglieder anderer Vereine EUR 190.-, Nicht-Mitglieder EUR 210.-, Frühbucherbonus bis 1. August 2010 minus EUR 20.- (außer AusbildungskandidatInnen). **Stornoregelung:** bis 30. September 2010 100%, bis 1. Oktober 50%

Existentialism: Challenges and Contributions to Person-Centered Practice (Supervisionsseminar)

Leitung: Prof. Mick Cooper

Moderation: Dr. Gerhard Stumm

Zeit: Samstag, 17.4. 2010, 10 - 19 Uhr, Sonntag, 18.4. 2010, 10 - 13 Uhr

Ort: Therapiezentrum OK, 1140 Wien, Onno Kloppgasse 6/3

Kosten: Euro 200.- (exkl. MwSt. siehe Zahlungsbestimmungen)

Anmeldung: schriftlich bei Dr. Gerhard Stumm, email: gerhard.stumm@tplus.at

Podiumsdiskussion: veranstaltet von Forum/APG, ÖGWG und GLE

„Wie existenziell ist die Humanistische Psychologie – wie humanistisch ist die Existenzielle Psychologie?“

Leitung: Prof. Mick Cooper (Glasgow) und DDr. Alfred Längle (Wien)

Moderation: Dr. Gerhard Stumm (Wien)

Termin: Mittwoch, 14.4. 2010, Beginn: 19:30

Fortbildungs Workshop, Vortrags- und Diskussionsabende:

Vortrag:

Selbstöffnen und Beziehungsklären –
zwei Handlungskonzepte der Personzentrierten Psychotherapie

Leitung: Dr. Jobst Finke

Termin: 17.6.2010, 19:30 Raum Wien

Aus- und Fortbildungsseminar:

Selbstöffnen und Beziehungsklären – zwei Handlungskonzepte der Personzentrierten Psychotherapie

Leitung: Dr. Jobst Finke, Dr. Beatrix Teichmann-Wirth

Zeit: Samstag, 19.6. 2010, 10 - 19 Uhr, Sonntag, 20.6. 2010, 10 - 14 Uhr

Anmeldung: schriftlich bis 19.5. 2010 bei Beatrix Teichmann-Wirth, e-mail: beawirth@yahoo.de

Theorieseminar:

Personenzentrierte Entwicklungspsychologie und Störungsmodelle

Leitung: Dipl.Psych. Eva Biermann-Ratjen, Dr. Barbara Reisel

Theorieseminar mit supervisorischen Anteilen:

Bindungsmuster und die therapeutische Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie

Leitung: Prof. em. Dr. Dieter Höger

Genauere Informationen entnehmen Sie bitte unserem

Programm unter www.apg-forum.at

Forum/APG

1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3, Telefon und Fax +43 1 966 79 44, e-mail: buero@apg-forum.at

www.apg-forum.at

10. Fortbildungstage der GwG-Akademie am 11.-13. Juni 2010

Personzentrierte Psychotherapie & Beratung – der humanistische Weg aus der Krise – 40 Jahre GwG

Freitag, 11. Juni 2010

- 14:00 Uhr: Eröffnung des Jubiläums, Begrüßung, Grußworte
- 15:15 Uhr: **Festvortrag des 1. Vorsitzenden der GwG Dr. Michael Halhuber-Ahlmann**
- 16:00 Uhr: Ehrung der Jubilare mit anschließendem Sektempfang
- 17:00 Uhr: Parallele Veranstaltungen mit: Prof. Dr. Anna Auckenthaler, Mareke de Brito Santos-Dodt, Prof. Dr. Jochen Eckert, Prof. Dr. Klaus Heinerth, Curd Michael Hockel, Dr. Beate Hofmeister, Dr. Stefan Jacobs, Dorothea Kunze, Prof. Dr. Renate Motschnig, Sonja Kabicher, Barbara Wirkner, Prof. Dr. Reinhard Tausch, Prof. Dr. Dieter Tscheulin
- 19:30 Uhr: **Prof. Dr. Klaus Dörner: Beiträge des Personzentrierten Ansatzes zur Gesundung von Person, Wirtschaft und Gesellschaft – Vortrag mit Diskussion**
-

Samstag 12. Juni 2010

- 08:30 Uhr: Focusing und freundliche Aufmerksamkeit am Morgen mit Astrid Schillings
- 09:15 Uhr: **Prof. Dr. Jürgen Kriz: Die Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes in Beratung und Psychotherapie und die Utilisierung durch andere – Vortrag mit Diskussion**
- 10:30 Uhr: Parallele Veranstaltungen mit: Wolfgang Bensel, Dirk Fiedler, Petra Brandes, Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, Dorothea Kunze, Gerhard Kupich, Ilse Lenski, Barbara Wirkner, Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer, Prof. Dr. Renate Motschnig, Sonja Kabicher, Dieter Müller, Meike Heilmann, Gerhard Schäfer, Michael Schlechtriemen, Prof. Dr. Ludwig Teusch, Lore Korbei
- 14:00 Uhr: **Dr. Helmut Quitmann: Der philosophische und ideengeschichtliche Hintergrund der Humanistischen Psychologie am Beispiel verschiedener personenzentrierter Ansätze – Vortrag**
- 15:00 Uhr: Präsentation der GwG-Regionen
- 15:45 Uhr: **Prof. Dr. Heiner Keupp: Von der Gesellschaftsvergessenheit der Psychotherapie und der Notwendigkeit von Gesellschaftsdiagnostik – Vortrag**
- 17:00 Uhr: Parallele Veranstaltungen mit: Stefan Brandt, Dr. Jobst Finke, Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Stephan Jürgens-Jahnert, Christiane Geiser, Prof. Dr. Klaus Sander, Torsten Ziebertz, Herbert Schiffmann, Dr. Cornelia Seewald, Prof. Dr. Gert-W. Speierer, Prof. Ursula Straumann, Christiane Zimmermann-Lotz, Dr. Daniela Tausch, Dr. Peter Tossmann, Lore Korbei
- 20:00 Uhr: Festveranstaltung im Kunstquartier „alte Patrone“
-

Sonntag 13. Juni 2010

- 10:00 Uhr: Verbandspolitisches Forum der GwG
-

Teilnahmegebühr: 210,- Euro (GwG-Mitglieder: 195,- Euro)

Tagungsort: Erbacher Hof, Mainz

Information und Anmeldung: Tel.: +49 221 925908-50 / Fax.: +49 221 925908-19 /
akademie@gwg-ev.org/ www.gwg-ev.org





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 2009-2010

WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

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

Weiterbildung in Personzentrierter Beratung Niveau I und Diplomniveau II

Zwei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen und anderen Berufen.

Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und Kurse zum Kennenlernen des PCA

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

Bestellung des Kursprogramms und Anmeldung:

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | F +41 44 272 72 71 | info@pca-acp.ch

FACHZEITSCHRIFT AUF FRANZÖSISCH

Seit 2005 gibt die **pca.acp** in Zusammenarbeit mit Personzentrierten Verbänden aus Frankreich und Belgien eine internationale Fachzeitschrift auf französisch heraus: **ACP Pratique et Recherche**.

Die Zeitschrift erscheint zwei Mal pro Jahr, ein Jahresabonnement kostet CHF 50.- / Euro 33.- und kann bei der Geschäftsstelle **pca.acp** bestellt werden.

VERANSTALTUNGEN IM PCA.INSTITUT ZÜRICH

Datum	Thema	Gestaltung
15. April 2010	Die Stimme in Psychotherapie, Beratung und Unterricht	Julia Schürer

Die Veranstaltungen finden im PCA.Institut, Josefstrasse 79, CH-8005 Zürich, jeweils von 19.15 bis 21.15 Uhr statt.

Alles auch auf: www.pca-acp.ch

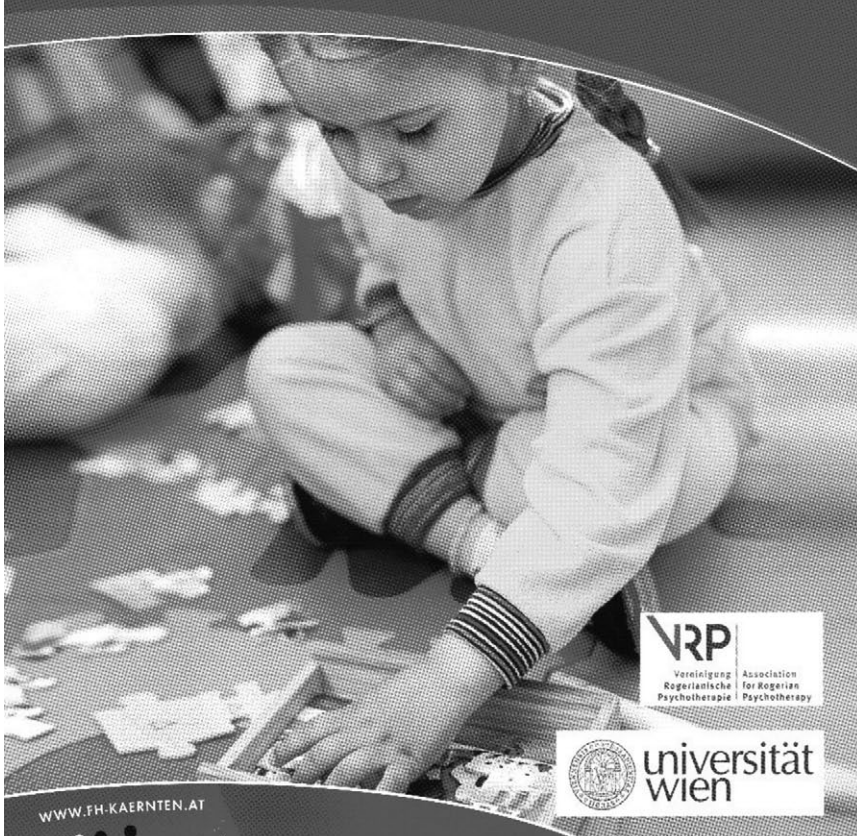
STUDIENBEREICH
GESUNDHEIT UND PFLEGE



STUDIERN AN DER FH KÄRNTEN

PERSONENZENTRIERTE SPIELTHERAPIE UND FILIALCOACHING

Berufsbegleitender Weiterbildungsgang (MAS)



Team und Lehrende

Deutmeyer Melanie (Studienbereichsleitung)

Missoni Waltraud (Lehrgangsmanager)

Aichernig Susanne, Behr Michael, Goetze Herbert (angefr.), Hammer Andrea, Hölldampf Dagmar, Hüsson Dorothea, Hutterer Robert, Pawlowsky Gerhard, Wakolbinger Christine, u.a.

Kontakt & Information

Fachhochschule Kärnten

Hauptplatz 12, 9560 Feldkirchen in Kärnten

DI Waltraud Missoni

Tel.: 0590500-4117

w.missoni@fh-kaernten.at

www.fh-kaernten.at, siehe auch www.vrp.at/master

Die **Fachhochschule Kärnten** in Feldkirchen bieten im Rahmen der Weiterbildungsangebote ein 4-semesteriges Masterstudium an: *Personenzentrierte Spieltherapie und Filialcoaching*. Die Teilnehmer/innen an diesem Studienangebot sollen in die Lage versetzt werden, spieltherapeutische Elemente in ihre praktische Arbeit mit Kindern zu integrieren sowie deren Eltern bei der förderlichen Gestaltung von Spielsituation zu unterstützen (Filialtherapie & Filialcoaching).

Der Master-Lehrgang richtet sich an Angehörige aller Berufe, die praktisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten speziell an PsychotherapeutInnen, KindergärtnerInnen, LehrerInnen, Sozialarbeiterinnen, Kinderkrankenschwestern etc. Einschlägige Vorbildungen können bei Gleichwertigkeit im Inhalt und Umfang angerechnet werden.

Voraussetzungen: Studienberechtigung und Arbeit mit Kindern, Jugendlichen.

Beginn: Herbst 2010

Dauer: 4 Semester (120 ECTS, 62 SWS). Der Lehrgang ist berufsbegleitend organisiert (Wochenende, geblockt). Um Präsenzzeiten gering zu halten, sind tlw. Elearning-Elemente enthalten.

Lehrgangsabschluss: Masterarbeit und kommissionelle Prüfung (Master of Science).

Aufnahmeverfahren: Bewerbungsformular, Lebenslauf mit Foto, Nachweis der genannten Zugangsvoraussetzungen

Kosten: EUR 7.200.- für 4 Semester (Anrechnungen reduzieren Kosten)

Veranstaltungen des
Institut für Personzentrierte Studien
April - Oktober 2010

Datum	Titel	LeiterIn
16.4.10	Traumseminar	P.F. Schmid
ab 17.4.10	Humanistisches Menschenbild	P.F. Schmid
23./24.4.10	Sexualität - Sexuelle Identität	S.-M. Fuchs
24./25.4.10	Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder	Kindertherapietagung
11.5.10	Das IPS stellt sich vor - Wien	AusbilderInnen
7./8.5.10	Aggression und Widerstand	P.F. Schmid
14./15.5.10	Personzentriertes Coaching	P. Frenzel
27.5.10	Das IPS stellt sich vor - Linz	M. Winkler
29.5.10	Supervisionstag	M. Winkler
3.-6.6.10	Entscheidungs- (Auswahl-) Seminar	R. Fuchs
11./12.6.10	Eifersucht und Vertrauen	P.F. Schmid
18./19.6.10	Einen psychosozialen Beruf ergreifen?	S.-M. Fuchs
2./3.7.10	Systemisches Denken und personz. Praxis	P. Frenzel
2./3.10.10	Personzentrierte Aufstellungen	P.F. Schmid

Eine Veranstaltung des IPS in Zusammenarbeit mit der SFU:

Prof. Mick Cooper
University of Strathclyde, Glasgow

„The facts are friendly“
Essential Research Findings

Der aktuelle Stand der Forschung zur
Personzentrierten Psychotherapie

Sigmund-Freud-PrivatUniversität
Wien 3., Schnirchgasse 9a

Donnerstag, 15. April 2010, 20.00

Nähere Informationen bei: schmid@ips-online.at

11. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium

Rahmenthema:

Einsamkeit – Ihre Bedeutung für Dynamik und Therapie seelischer Störungen

Mit Beiträgen u. a. von Jobst Finke, Anette Jessinghaus,
Arnulf Müller, Marlis Pörtner und Ludwig Teusch

Ort:

Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel

Zeit:

Freitag, 12. Nov. 2010

Auskunft und Anmeldung:

Frau Lührmann-Ott, Sekretariat Prof. Dr. L. Teusch

Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel

Grutholzallee 21

D-44577 Castrop-Rauxel

Tel. +49-2305-102 28 58, Fax +49-2305-102 28 60

Klinik für psychische Erkrankungen
(Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)
Chefarzt: Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker

**Personenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen -
zur Theorie und Praxis der therapeutischen Beziehungsgestaltung**

Jahrestagung 2010 der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

Freitag, den 24. September 2010, 13:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Samstag, den 25. September 2010, 09:00 Uhr bis 13:00 Uhr

06618 Naumburg, Humboldtstraße 31

Die Jahrestagung 2010 der ÄGG wird erstmals von den Mitarbeitern der Klinik für psychische Erkrankungen am Saale- Unstrut- Klinikum Naumburg ausgerichtet. In Vorträgen und Workshops soll erörtert werden, welchen Beitrag die personenzentrierte Psychotherapie zur Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen leisten kann. Dabei soll auch die Frage untersucht werden, welchen Stellenwert der Methode in der Weiterbildung und Fortbildung zukommen sollte.

Naumburg wird sich gerade im Spätsommer als attraktiver Tagungsort präsentieren; das Rahmenprogramm soll den Teilnehmern die Kulturschätze der Region nahe bringen und Gelegenheit für Begegnung, Gespräche und informellen Austausch bieten.

Sie können sich informieren und zur Teilnahme anmelden bei:

Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker
Saale- Unstrut- Klinikum Naumburg
Humboldtstr. 31, 06618 Naumburg
fm.boecker@klinikum-naumburg.de

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 Dr. Franz Berger, Laupenring 163, CH-4054 Basel
Tel.: +41 61 302 09 85, E-Mail: franz.berger@unibas.ch

oder

c/o Prof. Dr. Diether Höger, D-33613 Bielefeld, Barlachstraße 36
Tel.: +49 521 88 55 48, Fax: +49 521 88 99 24
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39
Tel.: +43 1 407 55 872; Fax: +43 1 407 55 874, 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

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Umfang max. 8.000 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. 1.000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet. Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch
Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at
Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

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.

