

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2 | 2006

10. Jahrgang

Thema: Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Herausgegeben von Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

FACHBEITRÄGE

- Bettina Jenny, Philippe Goetschel, Christoph Käppler, Barbara Samson und Hans-Christoph Steinhausen: Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation* 93
- Michael Behr: Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien* 108
- Catherine Iseli: Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* 118
- Eva Maria Biermann-Ratjen, Barbara Reisel: Was will hier verstanden werden? Die Anwendung personzentrierter Entwicklungslehre in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeit* 131
- Anna Julia Wittmann: Personzentrierte Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch Eine Kasuistik zur Verdeutlichung zentraler Spiel- und Symbolisierungsprozesse* 142
- Klaus Fröhlich-Gildhoff: Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen* 151
- Anita Holzer: Jugendliche in der Personzentrierten Psychotherapie. Eine Reflexion der Praxis* 164
- Christian Fehringer: Ja, so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute. (W. Busch) Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen* 176
- REZENSIONEN** 187

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle 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 61 70
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-1060 Wien, Otto-Bauer-Gasse 5/14
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: apg-forum@chello.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

SGGT – Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
CH-8005 Zürich, Josefstr. 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: sggtspcp@smile.ch

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

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, A-1070 Wien, Kaiserstraße 14/7; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Clara Arbter-Rosenmayr, Michael Behr, Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Judith Reimitz-Filipic, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Fachbeirat von PERSON (Stand 30. 6. 2006)

Elisabeth Ardelt-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, Reinhold Fartacek, Margarete Fehlinger, Christian Fehringer, Andrea Felnetmeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christine Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Karin Hegar-Stark, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jäger, 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, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Annette Murafi, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Barbara Reisel, Klaus Renn, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, 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 Stölzl, 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, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltshcko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz

Herausgeber dieses Hefts

Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

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

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

Thema:
Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Herausgegeben von Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

Inhalt

Editorial 91

Fachbeiträge

Bettina Jenny, Philippe Goetschel, Christoph Käppler, Barbara Samson und Hans-Christoph Steinhausen
Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation 93

Michael Behr
Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern,
Jugendlichen und Familien 108

Catherine Iseli
Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen 118

Eva Maria Biermann-Ratjen, Barbara Reisel
Was will hier verstanden werden? Die Anwendung personzentrierter Entwicklungslehre in der kinder-
und jugendpsychotherapeutischen Arbeit 131

Anna Julia Wittmann
Personzentrierte Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch
Eine Kasuistik zur Verdeutlichung zentraler Spiel- und Symbolisierungsprozesse 142

Klaus Fröhlich-Gildhoff
Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen 151

Anita Holzer
Jugendliche in der Personzentrierten Psychotherapie. Eine Reflexion der Praxis 164

Christian Fehringer
Ja, so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute. (W. Busch)
Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen 176

Rezensionen

Viktor Hobi

Jochen Eckert/ Eva-Maria Biermann-Ratjen/ Diether Höger (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. 187

Harald Geißler

Dorothea Kunze: Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung.
Wie Wissen zum (nicht) veränderten Handeln führt. 189

Mark Galliker

Inghard Langer / Stephan Langer: Jugendliche begleiten und beraten. 189

Hans Schwerzmann

Klaus Sander / Torsten Ziebertz: Personenzentriert Beraten – Lehren – Lernen – Anwenden.
Ein Arbeitsbuch für die Weiterbildung. 191

Personenzentrierte Publikationen: Auswahl an deutsch- und englischsprachigen Neuerscheinungen seit 2004 193

Editorial

Die vorliegende Ausgabe der PERSON ist die erste überhaupt, die sich ganz der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie widmet. Das Heft deckt dieses weite Feld ab mit einem Artikel über Gruppentherapie, einem über Erstgespräche, je drei Beiträgen, die sich speziell der Kindertherapie und dreien, die sich der Therapie von Jugendlichen zuwenden, sei es mit Fallbeispielen und Erfahrungsberichten, sei es mit theoretischen Erörterungen und Konzeptbildungen. Allen Beiträgen gelingt es auf hohem Niveau, Theorien und Konzeptbildungen mit konkreten Vorschlägen und Hinweisen für die praktische therapeutische Arbeit zu verbinden.

Den Beitrag von Bettina Jenny und Philippe Goetschel über personenzentrierte Gruppenpsychotherapie haben wir an den Anfang gestellt, weil die darin vorgelegte Studie in jeder Hinsicht ausgesprochenen Seltenheitswert besitzt. In ihr wird ein Konzept zu einer Kindertherapie in Gruppen vorgestellt und empirisch evaluiert. Beides gelingt in hervorragender Weise. Das Bemühen der Autoren um einen empirischen Beleg für den Erfolg ihres therapeutischen Ansatzes kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Der zweite Beitrag über beziehungsorientierte Erstkontakte in der Kinder- und Jugendpsychotherapie stammt aus der Feder des Mitherausgebers Michael Behr. Die Artikel von Barbara Reisel und Eva-Maria Biermann-Ratjen, von Anna Julia Wittmann und von Catherine Iseli behandeln Themen und Aspekte der Kindertherapie in unterschiedlicher Weise. Die beiden erst genannten zeigen aufschlussreich die Anwendung personenzentrierter Konzepte und Haltungen an einem konkreten Fallbeispiel, die letzt genannte Autorin beschreibt vielfältig, wie, der Ausdruck von Empathie in der Kinder- und Jugendlichentherapie konkret aussehen kann. Sie unternimmt den verdienstvollen und gelungenen Versuch, hypnotherapeutische und systemische Vorgehensweisen und Konzepte in den personenzentrierten Ansatz zu integrieren.

Die letzten drei Artikel haben alle die Psychotherapie von Jugendlichen zum Thema. Anita Holzer geht es wie Catherine Iseli darum, Empathie in der therapeutischen Arbeit zu konkretisieren. Sie beleuchtet neben der Empathie auch die Umsetzung der bedingungslosen Wertschätzung und einer kongruenten therapeutischen Haltung mit interessanten Beispielen aus ihrer eigenen Praxis.

Die Arbeit von Klaus Fröhlich-Gildhoff verpflichtet sich einem schulenübergreifenden integrativen Denken. Sein Konzept für die Arbeit mit delinquenten und gewaltbereiten Jugendlichen gründet

auf einer beeindruckenden Analyse des Forschungsstandes. Dies mündet in manchmal sogar provokantes Neudenken der personenzentrierten Kernbedingungen Authentizität und Selbsteinbringung, das sicher zu Diskussionen Anlass geben wird.

Auch Christian Fehring nähert sich mit seinem essayistischen, sehr anregenden Artikel der Psychotherapie von aggressiven, gewaltbereiten Jugendlichen, jedoch nochmals von einer ganz anderen Seite. Er versucht in einem historischen Kontext mit soziologischer und gesellschaftlicher Betrachtungsweise zu verstehen, wie adoleszente Gewaltbereitschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts entsteht, wodurch sie begünstigt wird, um anschließend die Möglichkeiten und Bedingungen personenzentrierten Arbeitens in diesen schwierigen Entwicklungsphasen auszuloten.

In den letzten 2 Jahren ging die Person wichtige Schritte. Ein wissenschaftlicher Beirat und ein Praxisbeirat begutachten und unterstützen die qualitative Entwicklung der bei der PERSON eingereichten Fachartikel, ein drittes Gutachten erfolgt durch einen Redakteur, siehe das Editorial des Hefts 02/04. Vor einem Jahr erfolgte dann der Beitritt der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) zum Herausgeberteam, damit tragen nun alle deutschsprachigen Verbände gemeinsam unsere Zeitschrift.

Wir möchten bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass die Etablierung eines Fachbeirats niemanden abschrecken sollte, seine eigenen praktischen Erfahrungen und/oder theoretischen Reflexionen in Form eines Artikels bei der PERSON einzureichen. Im Gegenteil: unsere Erfahrungen der letzten zwei Jahre zeigen, dass in der fachlichen Begutachtung auch die große Chance liegt, die Autorinnen und Autoren fachlich bei der Ausarbeitung ihrer Artikel zu unterstützen.

Als weitere Neuerung hat die PERSON-Redaktion mit Beginn des Jahres 2006 eine interne Rezensionen-Kommission eingesetzt. Damit ist der Anspruch verbunden, dass in der PERSON künftig wichtige Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich unseres Ansatzes rezensiert werden sollen. Darüber hinaus sollen die wichtigsten schulenübergreifenden Werke aus dem Psychotherapie- bzw. Beratungsbereich besprochen werden. Soweit eine Rezension nicht möglich ist, soll auf die Neuerscheinungen hingewiesen werden, was mit der vorliegenden Ausgabe der PERSON erstmals geschieht.

Es ist uns zugleich ein Anliegen, auf einige der weltweit unzähligen Veranstaltungen in Aus- und Weiterbildung zum personenzentrierten Ansatz im Jahr 2007 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 vom 17. März 2007 in Stuttgart (www.personenzentriert.eu), an der auch einige der Autoren dieses Hefts Workshops halten werden (s. auch die Werbeeinschaltung in diesem Heft).

In Wien veranstaltet das IPS die Tagung „Identitätsentwicklung durch Begegnung – 10 Jahre IPS – Jubiläumssymposium vom 27.–28. 4. 07. Mail: fehringer@chello.at (www.ips-online.at).

In Mallorca findet vom 7. – 12. Mai 07 ein internationales Forum zum personenzentrierten Ansatz statt (www.pcaforum2007.org, barcelo1@arrakis.es).

In Frankfurt veranstaltet die GwG-Akademie die „Fortbildungstage“ am 16.–17. Juni 07. (www.gwg-ev.org)

In New York findet vom 25.–27. Juli 07 die „Annual Conference of the Association for the Development of the Personcentered Approach ADPCA“ (<http://www.adpca.org/events/NY2007.htm>) statt.

In San Francisco Airport Marriott findet vom 14.–16. August 07 eine Konferenz über humanistische Psychotherapien im 21. Jahrhundert statt: „Humanistic psychotherapies for the 21st century: Evolution in theory, research and practice“ (E-Mail: david4@fda.net).

Das Herausgeberteam:
Michael Behr, Judith Reimitz und Tobias Steiger

**Bettina Jenny, Philippe Goetschel, Christoph Käppler, Barbara Samson
und Hans-Christoph Steinhausen**

Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation

Zusammenfassung: *Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich wurde der personzentrierte Ansatz konzeptuell auf Kinder-Gruppentherapien übertragen und evaluiert. Da es zur konkreten gruppentherapeutischen Umsetzung kaum Literatur gibt, waren die Autoren darauf angewiesen, die Vorgehensweise sowie einige der Forschungsinstrumente im Rahmen einer intensiven Auseinandersetzung mit dem personzentrierten Ansatz und auf Grundlage der einzeltherapeutischen Erfahrungen selbst zu entwickeln. Inzwischen wurden in sieben Gruppentherapien 33 Jungen im Alter von 8–12 Jahren behandelt und mit Abstand von sechs und zwölf Monaten katamnestisch untersucht. Die Indikation für die Gruppentherapie besteht in Störungen mit einem Mangel an sozialen Kompetenzen gemäß ICD-10. Die vorgestellten Ergebnisse sprechen für die Wirksamkeit der gruppentherapeutischen Interventionen. Hohe Effektstärken belegen einen signifikanten Abbau der angstbezogenen und aggressiven Symptomatik. Gemäß Angaben der Eltern und Lehrpersonen konnten die Sozialkompetenz und das Selbstwertgefühl erhöht werden.*

Schl sselw rter: *Kindesalter, Gruppentherapie, personzentrierter Ansatz, Störung des Sozialverhaltens, Evaluation*

Abstract: Person-Centered Group-Therapy for Children: Concept, Procedure and Evaluation. *In the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University of Zurich the person-centered approach was applied in a group-setting with children. The treatment was evaluated simultaneously. Due to the lack of specific literature the authors had to develop their own adequate therapeutical procedures in group-therapy and some of the research-instruments in reflection on the person-centered approach and in recourse to their own experiences in individual therapy. Up to now a sample of 33 boys (8–12 years old) in seven groups were included in the study and followed-up at intervals of six and twelve months after the group-therapy. The indication for group-therapy consists in disorders characterized by a lack of social competences according to ICD-10. Results indicate the benefits of the group intervention. High Effect Sizes demonstrate a significant decline in anxiety-based and aggressive symptoms. Furthermore, parent and teachers told about increased social competence and self-confidence.*

Keywords: *Childhood, group-therapy, person-centred approach, childhood conduct disorders, evaluation*

1. Einleitung

Im vorliegenden Beitrag werden zunächst das therapeutische Konzept, die konkrete Vorgehensweise einer personzentrierten Gruppentherapie mit Kindern sowie das begleitende Forschungsprojekt dargestellt, wie sie von B. Jenny und Ph. Goetschel entwickelt, angewendet und durchgeführt wurden. Danach werden einige Ergebnisse der Evaluation vorgestellt, welche an der Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters der Universität Zürich durchgeführt wurde.

In der Gruppentherapie mit Kindern verfolgen die Autoren einen personzentrierten Ansatz, der demjenigen von Weinberger (2001) nahe kommt. Die Auswahl der einzelnen methodischen Vorgehensweisen geschah zielorientiert im Hinblick auf die erwünschten the-

rapeutischen Veränderungen, während die therapeutische Arbeit prozessorientiert ausgerichtet war. Die Autoren¹ erachteten es als ihre Aufgabe, den einzelnen Kindern und der Gruppe Impulse zu geben und konkrete Angebote zu machen. Dabei hatte das aktuelle Geschehen vor bestimmten geplanten Aktivitäten stets Vorrang. Bei der Entscheidung des Einsatzes bestimmter therapeutischer Interventionen wurde auf das Abstraktionsmodell von Höger (1989, 2006) Bezug genommen.

Bei der Planung konnte auf Basis der Literatur davon ausgegangen werden, dass Gruppentherapie ein effizientes, ad quates und kostengünstiges Verfahren ist, um Kinder mit Schwierigkeiten

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

im Bereich der Sozialkompetenzen zu behandeln. Bei den meisten vorliegenden Untersuchungen handelt es sich dabei um Effektivitätsstudien. Hoag und Burlingame (1997) unterzogen 56 Studien im Zeitraum von 1974 bis 1997 einer Metaanalyse und fassten die Ergebnisse mit der Feststellung zusammen, dass gruppentherapeutisch behandelte Kinder hinsichtlich einer Symptomreduktion signifikant besser abschnitten als Kontrollgruppen. Es zeigte sich zudem, dass Gruppentherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern, die im Zusammenhang mit einem Mangel an Sozialkompetenz stehen (z. B. Hyperkinetisches Syndrom, soziale Ängstlichkeit), Erfolg versprechende Ergebnisse hervorbringen (Barrett, 1998). Heekerens (1996) zeigte in seiner bis 1999 reichenden Literaturrecherche, dass der personenzentrierte Ansatz in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen als wirksam erachtet werden kann. Auch die Effektivitätsstudien von Schmidtchen (1996a) zeigen die Wirksamkeit der klientenzentrierten Kinderspieltherapie zur Behandlung psychischer Störungen. Schmidtchen, Acke & Hennies (1995) analysierten den Verlauf von Klientenvariablen bei personenzentrierten Spieltherapien einzeln und in Gruppen bei gemischten Störungsbildern und fanden eine hohe Korrelation zwischen Therapieerfolg und den Basisvariablen des personenzentrierten Ansatzes.

Im Gegensatz zu Erwachsenengruppen (Yalom, 1996) spielen bei Kindern möglicherweise andere therapeutische Wirkungsmechanismen (z. B. Peer-Faktoren) eine weitaus größere Rolle. Harris (1995) geht aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse davon aus, dass der Einfluss der Peer-Gruppe außerhalb des Elternhauses auf die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen ungleich größer ist, als derjenige der Eltern. Die Gleichaltrigengruppe kann überdies auch eine protektive Wirkung haben, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit schwierigsten psychosozialen Rahmenbedingungen (Bender & Lösel, 1997).

2. Konzept der personenzentrierten Gruppentherapie mit Kindern

Leitlinien für ein personenzentriertes Handeln

In der Gruppentherapie gelten ähnliche Handlungsleitlinien wie in der personenzentrierten Einzeltherapie mit Kindern. Dennoch müssen Unterschiede beachtet werden, auf die auch Lietaer & Keil (2002) hinweisen. Die beiden Autoren gehen sogar davon aus, dass der personenzentrierte Ansatz in erster Linie ein gruppentherapeutischer Ansatz ist, der auch auf den Sonderfall der Einzeltherapie angewendet werden kann, und nicht umgekehrt.

- Das **Spiel** mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten ist die **Sprache des Kindes**. Personenzentrierte Kindertherapie ist eine „*Therapie des Tuns und des Darstellens von Erfahrungen, weniger eine des Denkens und Verbalisierens*“ (Hobi, 1998, S. 4). Kinder „*reflektieren nicht über das Leben, sondern sie inszenieren es*“ (Schmidtchen, 1996a, S.

135). Daher wird auch in der Gruppentherapie dem freien Spiel der Kinder viel Platz eingeräumt.

- Die **Symbolisierung** von Themen, Anliegen, Bedürfnissen erfolgt beim (jüngeren) Kind primär spielerisch und im gestaltenden Miteinander und erst danach über eine sprachliche Symbolisierung (Hobi, 1998). Therapeuten müssen sich daher immer wieder fragen, was das Kind mit einer bestimmten Symbolisierung ausdrückt. In der Gruppe wird die sprachliche Symbolisierung jedoch wichtiger. Die Therapeuten achten darauf, das Verstandene zu benennen, damit die (mit-interagierenden) Kinder die Erfahrung besser einordnen können. Das Verstandene kann sich auf das Erleben eines Einzelnen, auf die Gruppenerfahrung oder auf die Gruppendynamik beziehen. Die Therapeuten machen also den inneren und äußeren **Bezugsrahmen** (inkl. der Ebene der Bewertungen) des Einzelnen und der Gruppe explizit. Wir gehen dabei davon aus, dass auch eine Gruppe nicht nur einen äußeren, sondern auch einen inneren Bezugsrahmen aufweist, der als Konsens mehr oder minder von allen Gruppenmitgliedern geteilt und mit-konstituiert wird.

- **Spiel** wird nach Hobi (1998) als **Freiraum** verstanden, um sich und die Welt gemäß eigenem Tempo und Entwicklungsstand zu entdecken und zu erschließen. Das Spiel ist „*ein Schonraum*“ (Hobi, 1998, S. 93), in welchem das Kind noch nicht mit der ganzen Realität konfrontiert wird. Es konstruiert eine neue Wirklichkeit, welche seinen momentanen Bedürfnissen und Zielsetzungen entspricht und deren Erfüllung zulässt. „*Es kann den Spielverlauf selbst steuern und ihn damit immer soweit der Realität anpassen, als es diese zu bewältigen vermag.*“ (Hobi, 1998, S. 93) Diese Bewältigung ermöglicht neue Entwicklungsschritte, sodass sich Spiel- und Persönlichkeitsentwicklung gegenseitig beeinflussen.

Die Kinder in der Gruppe werden in der freien Spielzeit zwar nicht direktiv auf ein festgelegtes Ziel in der einzelnen Gruppensitzung hingeführt, doch der Freiraum im Spiel ist enger als in der Einzeltherapie. Die individuellen Bedürfnisse jedes Kind beeinflussen zwar Thema, Material, Richtung und Arbeitsweise, doch immer in Abstimmung der Bedürfnisse aller, welche durch die Therapeuten vollzogen wird. Jedes Kind wird durch die Therapeuten begleitet, die im Sinne eines angestrebten Entwicklungszuwachses Modifikationen wie zum Beispiel Eingrenzung, Erweiterung und Veränderung gemäß ihrem empathischen Verständnis in den Begleitungsprozess einbringen. Hierbei ist zudem zu beachten, dass die Kinder in der Gruppe nur bestimmte Aspekte ihres Erlebens inszenieren und gleichzeitig mit den relevanten Aspekten der anderen konfrontiert werden. Indirekt ist meistens klar, dass es nicht um lebensgeschichtliche, individuelle Traumata geht, sondern um ihre soziale Erfahrungsgeschichte und ihre bisher ungenügend wertgeschätzten und akzeptierten sozialen Bedürfnisse.

- „*Indem das Kind seine Wirklichkeit nicht nur darstellt, sondern auch verändert, schafft es sich die Möglichkeit zum **Probehandeln**. Alle Gefühle, Gedanken und Handlungen sind erlaubt, selbst solche, die in der Realität unmöglich oder verboten sind*“ (Hobi, 1998, S. 97).

Übersetzt auf die Gruppe bedeutet dies, dass im geschützten Raum der Gruppentherapie und auf dem Hintergrund der tragenden therapeutischen Beziehung zum Erwachsenen soziales Probehandeln stattfindet. Die Kinder experimentieren mit neuen (sozialen) Verhaltensweisen und beobachten die Reaktionen und Konsequenzen. Sie proben den Ausdruck von bestimmten Gefühlen und Bedürfnissen, die bisher zu wenig Beachtung gefunden haben. Gleichzeitig stellen alle anderen Gruppenmitglieder Verhaltens- und Interaktionsvorbilder dar, die sozusagen stellvertretend probehandeln. Wenn die Gruppe ko-therapeutisch geleitet wird, fungiert die Interaktion und Kommunikation der Therapeuten untereinander ebenfalls als wichtiges Modell.

- Durch die **freie Spielwahl** behält das Kind beziehungsweise die Gruppe die Kontrolle über das Geschehen und die dahinter liegenden Erfahrungen/Bedürfnisse. Es wird davon ausgegangen, dass die Gruppe wie das einzelne Kind den Weg kennt, wie Erfahrungsmöglichkeiten geschaffen werden. Somit ist es die Aufgabe der Therapeuten, Spielräume zu eröffnen, die Ausdruck und Dialog ermöglichen.
- Die **Kontrolle über den Spielverlauf** wird dem Kind beziehungsweise der Gruppe überlassen. Somit nehmen die Therapeuten Regieanweisungen des Kindes oder der Gruppe entgegen oder fragen immer wieder nach, wer was benötigt (Folgen und Erweitern auf der Handlungs-, Gefühls- und Wahrnehmungsebene). Die Therapeuten bieten zudem ein stetiges Beziehungsangebot und zeigen eine hohe Bereitschaft zur Partizipation und ein aktives Kontaktverhalten. So greifen sie bisweilen in Rücksprache mit dem Einzelnen oder der Gruppe und unter Berücksichtigung der inneren Bezugsrahmen aktiv ein: zum Beispiel in Form von Reflexion und Verbesserung von Problemlösungsverhalten, Anregungen zur Ideenproduktion, Verführung zu sozialer Interaktion, Erleichterung von prosozialem Verhalten. Sie versuchen, möglichst indirekte Hilfestellungen zu bieten und andere Kinder hierfür als Ressource einzusetzen.
- In der Einzeltherapie wie auch in der Gruppe gibt der Therapeut durch seine Interaktion und sein Handeln (z. B. verbale Empathie, Affektabstimmung, Spiegeln) **Interaktionsresonanz** (Behr, 1996) auf das Handeln des Einzelnen wie der Gruppe als Ganzes. Das Kind sucht in der Regel **gemeinsame Spielerfahrungen**: Es erfährt die Interaktionsresonanz als Wertschätzung und genießt sie. In der Gruppe sucht das einzelne Kind die gemeinsame Spielerfahrung primär mit den anderen Kindern, aber auch mit den Therapeuten. Da es mit den Bedürfnissen der anderen Kinder konfrontiert ist, kann es seine eigenen Wünsche nach gemeinsamem Erleben nicht immer ohne Kompromisse konkretisieren.
- In der Gruppentherapie geht es um **konkrete soziale Erfahrungen**, die sich in der aktuellen Situation und aufgrund der Vorerfahrungen beider Interaktionspartner konstellieren. Die Gruppe stellt ein soziales Übungsfeld dar. Im Gegensatz zur Einzeltherapie geht es somit höchstens sekundär um das Verarbeiten, also darum, Unverständliches durch Darstellung verständlich zumachen, scheinbar

Unvereinbares zu verbinden oder im Chaos Übersicht zu gewinnen (Hobi, 1998).

- Während das Kind in der Einzeltherapie mit dem Therapeuten und mittels verschiedener Medien **Beziehungsmuster** inszeniert, bildet das Kind in der Gruppe primär mit konkretem, interaktivem Handeln sowie verbalen Äußerungen Beziehungsmuster mit den Gleichaltrigen. Jedes Kind bringt seine bisherigen Beziehungserfahrungen in die Gruppe und bearbeitet sie im direkten Hier & Jetzt. Das Gruppenfeedback ermöglicht es, festgefahrene Beziehungs- und Verhaltensmuster zu erkennen und gegebenenfalls zu verändern.

In der Gruppe ist nicht die Zweierbeziehung zu den Therapeuten zentral, vielmehr findet eine Vielfalt von wechselnden Beziehungen zwischen Individuen und verschiedenen Subsystemen (manchmal auch gleichzeitig) statt (vgl. Lietaer & Keil, 2002). Demnach erachten es die Therapeuten als ihre Aufgabe, diese Interaktionen immer wieder zu ermöglichen und zu fördern.

- Die therapeutische Aufgabe ist eine vielfache: Es gilt in einer aktuellen Situation sowohl auf der Ebene des einzelnen Kindes die momentane, einmalige und individuelle **Bedeutung** seiner Inszenierung innerhalb seines inneren Bezugsrahmens zu entschlüsseln als auch auf der Ebene der Gruppe deren interaktionelle Bedeutung zu erfassen. Zudem ist zu beachten, dass es in einer Interaktion zwischen zwei oder mehr beteiligten Kindern immer auch zwei oder mehr innere Bezugsrahmen mitspielen (in der doppelten Bedeutung).
- Wie in der Einzeltherapie benötigt das Kind neben der nicht-verbalen Symbolisierung das **Benennen** innerer Prozesse, „damit sie nicht nur bildhaft, sondern auch sprachlich verankert sind“ (Hobi, 1998, S. 95). Die Sprache wird in Form von Beschreibungen, Mitteilungen, Selbstexploration, Kommentaren und Fragen genutzt, um die Erfahrungen bewusstseinsfähig zu machen. Dies gilt auf der Ebene des einzelnen Kindes wie auch der (Sub-)Gruppe.
- Die Verantwortung für die physische und psychische Sicherheit des Kindes ist in der Gruppe mit ihren dynamischen Zusatzeffekten besonders ernst zu nehmen. Dies bedingt auf Therapeutenseite eine klare Bereitschaft, **Grenzen zu setzen**. Der Energie des Kindes und der Gruppe Grenzen entgegenzusetzen bedeutet, das Kind aufzufangen und seine ‚Power‘ nicht ins Leere fallen zu lassen. Grenzsetzungen stehen mit der therapeutischen Beziehung in Wechselwirkung, da sie auch Widerstand, Berührung und somit Kontakt bedeuten. Das Therapeutenverhalten soll sich in der typologischen Einordnung nach Tausch & Tausch (1970) mit den Koordinaten Geringschätzung versus Wertschätzung sowie minimale Lenkung versus maximale Lenkung im sozial-integrativen Bereich befinden.
- Während in der Einzeltherapie mit dem Kind dessen **Bewertungen** gesucht werden, ergänzen die Therapeuten dies in der Gruppe zusätzlich mit ihren therapeutischen Bewertungen. Es wird **ressourcenorientiert** gearbeitet: Die Stärken des Kindes werden wahrgenommen, verbalisiert, erarbeitet und unterstützt, ungünstige Selbstwahrnehmungen, Verhaltensweisen, Vorstellungen und Bewertungen verändert. Die Therapeuten geben im Hinblick auf

den Zuwachs von sozialen Kompetenzen viel positives Feedback, um dem Kind zu zeigen, dass es mit seinem Verhalten wahrgenommen wird. Sie **loben** individuell: Zum Beispiel wird beim einen Kind explizit wertgeschätzt, dass es seine Bedürfnisse lauter und klarer ausdrückt und sie versucht, durchzusetzen statt sofort auf einen Kompromiss einzugehen, beim anderen aber, dass es seine Bedürfnisse zu Gunsten eines Gruppenprozesses etwas zurücknehmen kann.

- **Gruppen- und Einzelprozesse** sollen den individuell vereinbarten Therapiezielen und den Bedürfnissen der Gruppe gerecht werden. Dabei entscheiden die Therapeuten im Sinne einer Prozessarbeit jeweils von Sitzung zu Sitzung auf welcher Ebene die Priorität zu setzen ist.

- Es finden sich auch einige **gruppenspezifische therapeutische Aufgaben**: Die Therapeuten geben der Gruppe ein gewisse Minimalstruktur und teilen dabei die Ansicht von Lietaer & Keil (2002), dass eine „*nicht-manipulative Prozessdirektivität*“ (S. 305) notwendig ist. Der Zusammenhalt der Gruppe wird (z. B. mittels Ritualen) aktiv unterstützt und gefördert. Die Therapeuten beachten Gruppennormen und sprechen die expliziten wie die impliziten Regeln immer wieder (nicht wertend) an. Gruppendynamische Prozesse (z. B. Führungsansprüche, Koalitionen, Ausschlüsse) sind wahrzunehmen und darauf zu achten, dass diese Positionen sich nicht verfestigen, sondern immer wieder von anderen Kindern eingenommen werden können. Die Gruppe fordert von den Therapeuten ein hohes Maß an Kongruenz, Transparenz und Präsenz (vergl. auch die Überlegungen von Lietaer & Keil, 2002).

Arbeit mit dem Umfeld

Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bedeutet in der Regel und wann immer möglich, auch Arbeit mit dem Umfeld (Familie und Schule). Konkret heißt dies für die Einzeltherapie, dass neben den Spieltherapiestunden regelmäßige Gespräche mit den Eltern, oft nur mit der Mutter, seltener auch Gespräche mit der ganzen Familie (inkl. Geschwister) sowie gelegentlich und nach Bedarf Kontakte zum schulischen und gegebenenfalls außersfamiliären Umfeld (z. B. Sportverein) stattfinden. Diese Überlegungen gelten ebenso für die Gruppentherapie mit Kindern, sofern sich nicht zum Beispiel aufgrund eines Forschungsdesigns Einschränkungen ergeben.

Die Ziele der Umfeldarbeit bestehen in der Förderung einer guten Eltern-Kind-Beziehung, dem Initiieren eines konstruktiven elterlichen Verhaltens zur Förderung der kindlichen Entwicklung (z. B. Kommunikation), der Unterstützung der Familie zur Vermeidung von familiären Risikofaktoren sowie zur Stärkung der Ressourcen und Hilfestellungen bei biologischen Risikofaktoren.

Spezifische gruppentherapeutische Techniken

In der Gruppentherapie wurden auch Prozess leitende Hilfen eingesetzt, wie sie Schmidtchen (2001) und Schmidtchen, Acke & Henries (1995) für die personenzentrierte Einzelspieltherapie formuliert

haben. Im Folgenden werden einige Interventionstechniken kurz geschildert, die in der Gruppentherapie zusätzlich zum Einsatz kamen.

Moderation: In einer Gruppe gilt es immer wieder, die Bedürfnisse der Einzelnen zu Gehör zu bringen, die Kinder mit diesen Bedürfnissen untereinander in Kontakt zu bringen und gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Um den Kindern hierbei neue soziale Erfahrungen zu ermöglichen, benötigen sie einen Gesprächsmoderator.

Dialogisches Kommentieren aus dem Off: Die Therapeuten sprechen vor den Kindern über anstehende Fragen, das Verhalten eines Kindes, ein mögliches Verständnis dieses Verhaltens, um dessen inneren Bezugsrahmen für alle transparent zu machen und dem betroffenen Kind zurückzumelden, was sie verstanden haben.

Prozess-Spiegelung (Time-Out): Wie beim sportlichen ‚Time-Out‘ wird in ‚slow-motion‘ besprochen, was auf der Handlungs-, affektiven und kognitiven Ebene geschehen ist (Verbalisieren des verstandenen inneren Bezugsrahmens) und wie die Situation fortgeführt werden könnte (Handlungsalternativen).

Zirkuläres Fragen: Die zirkulären Fragen, wie sie aus der systemischen Therapie bekannt sind, eignen sich unter anderem vorzüglich für Feedbackrunden, Konfliktlösungen und Entscheidungsfindungen. Sie können ebenfalls gut beim therapeutischen Time-Out eingesetzt werden.

„Doppeln“: Ein Therapeut stellt sich (z. B. in einer Konfliktsituation) hinter ein Kind und verbalisiert den verstandenen inneren Bezugsrahmen (Handlungen, Emotionen, Kognitionen/Bewertungen). Er nimmt dann mit dem Gegenüber, sei es ein Kind, einer der Therapeuten oder mit der doppelnden Person des anderen Kindes im Gespräch Kontakt auf. Gleichzeitig versichert sich der doppelnde Therapeut bei dem entsprechenden Kind immer wieder, ob er noch auf der richtigen Fährte ist und ob das Kind nun wieder selbst sprechen möchte.

Pädagogisch-therapeutische Interventionen: Gruppentherapeutisches Arbeiten ist in einem gewissen Maß auch pädagogisches Arbeiten. Man könnte auch sagen, dass in der Arbeit mit Kindergruppen besonders deutlich wird, was auch für das einzeltherapeutische Arbeiten mit Kindern gilt, dass psychotherapeutisches Arbeiten jeweils auch eine Prise Pädagogik enthält. Es geht konkret zum Beispiel um das Durchsetzen von Abmachungen, die Wahrung der persönlichen Grenzen und die Gewährleistung des Schutzes jedes Kindes.

Phasenmodell

Der Gruppenverlauf orientiert sich an folgendem Therapiephasenmodell, welches sich auch in jeder der sieben durchgeführten Gruppen so darstellte. Die betreffenden Phasen (v. a. 2–4) überlappen sich dabei teilweise, sodass sich zwischen den Phasen 2–4 kleine sich wiederholende Zyklen ergeben. Zudem ist zu beachten, dass die meisten Stunden auf einer Mikroebene dieselben Phasen beinhalten. Die Phase der Realitätsbewältigung war in den im Zentrum

für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich durchgeführten Gruppentherapien meistens kürzer, da durch die begrenzte Anzahl der Gruppentermine die Schlussphase meist aktiv einzuleiten war.

1. **Einleitungsphase:** Es ist die Phase des Sich-Kennen-Lernens. Die Kinder verhalten sich meist noch sehr angepasst. Es findet ein kontrolliertes Miteinander-Agieren statt.
2. **Phase des Experimentierens und der Aggressionsbewältigung:** Die eigenen Bedürfnisse kommen deutlicher zum Vorschein. Die individuellen Unterschiede werden beobachtbar, gewohnte Verhaltensmuster in Konfliktsituationen machen sich bemerkbar.
3. **Phase der Konfliktbewältigung:** Konflikte treten offen zu Tage und werden mit Hilfe der Therapeuten bearbeitet. Die Suche nach anderen Lösungsstrategien und Konfliktmanagement wird wichtig.
4. **Phase der Realitätsbewältigung:** Der Fokus richtet sich nun stärker auf die aktuelle Lebenssituation, der Transfer nach außen erhält mehr Beachtung.
5. **Ablösungs- & Abschiedsphase:** Die Kinder sollen sich mit dem Thema Trennung auseinandersetzen. Der Abschied, das Ende der Gruppe wird mit den Kindern erarbeitet.

Ziele

Als Hauptziel soll die Gruppentherapie den Kindern Entwicklungs-, Gestaltungs- und Spielräume bieten, die ihr psychosoziales Wachstum anregen und fördern. Zusammengefasst wird die Gruppentherapie als Begegnungsort verstanden, wo soziale Erfahrungen alltagsnahe erprobt, erweitert, modifiziert werden können. Im Sinne von Rogers soll der individuellen Aktualisierungstendenz in der Gruppentherapie Raum gegeben werden, ohne jedoch die Gruppenkohäsion zu vernachlässigen. Dabei versteht sich die Gruppentherapie als gemeinsamer Prozess, wo neben dem individuellen Wachstum auch ein Wachstum der Gruppe als solche stattfinden soll. Es wird darauf geachtet, dass möglichst eine Balance zwischen Gruppe, Individuum und Themenschwerpunkt (soziale Kompetenz) hergestellt wird. Die Therapieziele können demnach in folgende Bereiche gegliedert werden: Verbesserung der Selbstwahrnehmung und sozialen Empathie, realistisch(er)e Einschätzung eigener Stärken, Schwächen und persönlicher Ziele, Entwickeln von sozialen Copingstrategien, Vermitteln von neuen oder anderen Peer-Erfahrungen, Erfahrungen von Gruppenkohäsion.

3. Strukturelles Vorgehen

Rahmenbedingungen

Jedes Kind hatte eine **Bezugsperson**, die Therapeutin oder den Therapeuten. Diese Bezugsperson war dem betreffenden Kind entweder bereits von der vorangehenden Abklärungsphase her bekannt

oder sie wurde ihm, bei externen Zuweisungen, zugeteilt. Mit der Bezugsperson fanden mindestens drei vorgängige Termine zum Kennenlernen, für die Bearbeitung der Fragebogen sowie zum Vorbesprechen der Gruppenregeln und zum Festlegen der individuellen Gruppenziele statt. Die Bezugsperson hielt auch den Kontakt zu den Eltern und zur Schule und führte die Nachuntersuchungen (Post 1–3) durch.

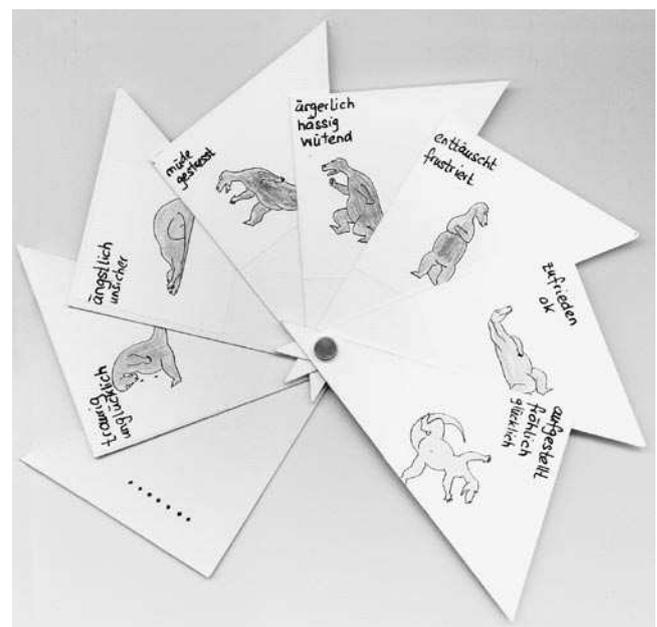
Es wurde eine **Probezeit** von drei Gruppenterminen vereinbart. Danach konnten sowohl das Kind als auch die Eltern sowie das Therapeuten-Team entscheiden, ob die Gruppe weiter besucht werden sollte.

Die Gruppe fand in zwei unterschiedlichen **Räumen** statt: Der angeleitete Teil fand in einem Mehrzweckraum statt, der groß und leer war, kaum Ablenkung bot und lediglich Decken als Sitzgelegenheiten aufwies. Die freie Spielzeit fand in einem gut ausgestatteten, etwas zu kleinen Spielzimmer statt, in welchem eine Kampf- und eine Ruhe- und Rückzugsecke eingerichtet wurde.

Die jeweilige **Planung** wurde von Stunde zu Stunde aktualisiert und war somit bei jeder Gruppe verschieden. Das bedeutet, dass viele geplante Interventionen nur einmal in einer bestimmten Gruppe verwendet wurden. Wie bereits dargelegt, wurde unabhängig von der Planung, wann immer notwendig, auf **aktuelle** (Gruppen-)Geschehnisse eingegangen.

Die Kinder unterschrieben am Ende der Probezeit einen **Gruppenvertrag**, der vier Gruppenregeln umfasste und auf den während der Gruppe Bezug genommen werden konnte: 1. Ich gebe mir Mühe, niemandem mit Worten oder Schlägen absichtlich weh zu tun. 2. Ich mache nichts absichtlich kaputt. 3. Ich sage laut *STOP*, wenn es mir zu viel wird. 4. Wenn jemand *STOP* sagt, höre ich sofort auf.

Abb. 1 (Die Dino-Vorlagen entstammen dem Buch von Löffel, H. & Manske, Ch., 2001).



In der Anfangsphase bastelten wir mit den Kindern jeweils einen **Stimmungszeiger** (s. Abb. 1) mit fünf bis sieben Gefühlsbereichen (z. B. aufgestellt–fröhlich–glücklich, zufrieden–ok, enttäuscht–frustriert, ärgerlich–wütend, müde–gestresst, ängstlich–unsicher, traurig–unglücklich) und einer freien Kategorie für weitere Gefühle (z. B. eifersüchtig, stolz). Der Stimmungszeiger wurde jeweils zu Beginn und am Ende der Gruppe sowie im Verlauf bei passenden Gelegenheiten eingesetzt. Er sollte den Kindern helfen, ihr momentanes Befinden zu klären und auszudrücken. Die Kinder konnten so ebenfalls lernen, gemischte Emotionen zu erfassen, indem verschiedene Kärtchen gezeigt wurden.

Ablauf der Kinder-Gruppentherapie

Einstiegsphase (,angeleitete Zeit'):

Die Einstiegsphase von etwa 20–30 Minuten fand im Mehrzweckraum statt und war die durch die beiden Therapeuten geführte Zeit.

Zu Beginn der Gruppentherapie boten wir den Kindern ein **Be-grüßungsritual** an oder ließen sie eines erfinden, mit welchem sie sich jeweils begrüßten und verabschiedeten. Dann folgte ein kurzer **Wochenrückblick**. So bestand die Gelegenheit, von einem Erlebnis der vergangenen Tage zu berichten. Danach wurde die aktuelle Befindlichkeit mit dem Stimmungszeiger symbolisiert, wobei die Kinder sich freiwillig auch verbal dazu äußern konnten.

Themen: Die Therapeuten hatten jeweils bestimmte Aufgaben, Übungen oder Spiele vorbereitet. Es wurden Themen geplant, welche gemäß Beobachtung der Therapeuten beim Individuum und bezüglich des Gruppenprozesses (s. Phasenmodell) anstanden. Oft waren sie Folge einer Begebenheit der letzten Stunde beziehungsweise beobachteter Inkongruenzen. Die meisten Themen zogen sich über mehrere Therapiesitzungen hinweg.

Das **Ziel** dieses geführten Teils bestand in einer Erweiterung der Verhaltensmöglichkeiten und der Aufhebung von Inkongruenzen.

Themenbeispiele: Sich gegenseitig Kennenlernen, Gefühle, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Feedback geben, Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben, Konfliktbewältigung, Entscheidungsfindung & Abstimmen unterschiedlicher Bedürfnisse, Respektieren von Grenzen, Konsensfindung, Kooperation & Teamarbeit, Bedeutung der Peergruppe, konkrete soziale Kompetenzen (z. B.: Wie frage ich möglichst erfolgreich ein anderes Kind, ob es mit mir spielt).

Umsetzung der Themen: Meistens wurden in jeder Therapiesitzung neue didaktische Umsetzungen entwickelt, manchmal aber zog sich eine didaktische Idee (z. B. Schiffsreise) über mehrere Stunden hinweg, und die verschiedenen Themen wurden immer wieder damit verknüpft. Im Folgenden zeigen wir anhand einiger Beispiele, wie in verschiedenen Gruppen jene Themen, die sich in bestimmten Phasen immer wieder konstellierte, gestaltet wurden.

1. Phase: Kennenlernen

Namen gegenseitig Kennenlernen: Namenskärtchen, Ball- und Fangspiele

Selbstwahrnehmung: Quartett/Memory über die Gruppenmitglieder, Arbeit mit Identifikations-Tierfigur, Gestalten einer eigenen Insel für das Identifikations-Tier

Stärken-Schwächen: Steckbrief

Gefühle: Gefühls-Memory, Arbeit mit dem Bilderbuch ‚Ein Dino hat Gefühle‘ (Löffel & Manske, 2001), Rollenspiel, Pantomime.

2. Phase: Experimentieren, Aggressionsbewältigung

Selbstwahrnehmung/Grenzen: Blinde-Kuh, Anschleichen-, Nähe-Distanz-Spiel, Hahnenkampf, Gestaltung von Reviergrenzen für das Identifikations-Tier

Attraktivität als Spielpartner: Sammeln von Attraktions-Punkten, Rollenspiel, Bildergeschichte

Entscheidungsfindung: Treffen konkreter Gruppenentscheidungen
Abstimmen von Bedürfnissen: Planung einer imaginären Schiffsreise/der Abschlussstunde.

3. Phase: Konfliktbewältigung

Konfliktlösung: Time-Out, Inszenieren des Bilderbuchs ‚Du hast angefangen! Nein, du!‘ (McKee, 1986)

Respektieren von Grenzen: siehe 2. Phase

Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben: Alle-gegen-Alle ohne vereinbarte Regeln, Erfinden eines Gruppenspiels

Partner-/Teamarbeit: gemeinsames Basteln, gemeinsames Bauen eines Hotels/einer Kugelbahn im Rahmen eines Architekturwettbewerbs, der bei der Bewertung auch die Teamarbeit beachtet.

4. Phase: Realitätsbewältigung

Raum, um weniger entwickelte Seiten eines Kindes, zu fördern: Ballspiel für Aggressionen

Transfer: Rollenspiel (z. B. ‚Pausenplatz‘), eigener Comic zu sozialen Standardsituationen, Kurzfilm über relevante soziale Situationen

Peer-Gruppe: Talkshow ‚Bedeutung der Peergruppe‘, Aufstellung der Gruppe mittels Figuren, Verbindungswege zwischen Inseln der Kinder bauen

Fremdwahrnehmung: Feedback zu den Gruppenmitgliedern mittels Tierfiguren, Zeichnung der Gruppe wie bei der Familie-in-Tieren, Aufbauen einer Insel oder eines Hotels, wo alle Gruppenkinder sich wohl fühlen.

Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben: siehe 3. Phase

5. Phase: Ablösung, Abschied

Gruppenabschlussstunde: Planung und Gestaltung der Abschlussstunde

Feedback Gruppentherapie: Werbung für/gegen Gruppentherapie.

Freie Spielzeit:

Die freie Spielzeit fand in der Regel im Spielzimmer statt und dauerte 40 bis 50 Minuten. Die Kinder konnten gemäß ihren momentanen Bedürfnissen frei entscheiden, was und mit wem sie spielen wollten. Sie konnten unter Einhaltung der Gruppenregeln alleine, in Kleingruppen oder alle miteinander spielen. Die Therapeuten begleiteten die Kinder dabei individuell, als Gruppenmitglied wie auch die Gruppe als Ganzes. Je nach Wunsch der Kinder spielten die Therapeuten mit. Vor allem wenn nicht alle Kinder im selben Spiel engagiert waren, wurde darauf geachtet, dass entweder der eine Therapeut nicht aktiv mitspielte und eine Außenposition für das gesamte Gruppengeschehen behielt oder dass die Therapeuten explizit machten, dass sie je nach Situation wieder aus dem Spiel aussteigen werden.

Die **Ziele** bestanden unter anderem in der Symbolisierung von Erfahrungen und Unterstützung bei deren Integration ins Selbstkonzept sowie im Üben von sozialen Kompetenzen in einem geschützten Rahmen.

Abschlussrunde:

Für die Abschlussphase von 10 bis 20 Minuten wurde in den Mehrzweckraum zurück gewechselt. Sie stand wieder unter der Leitung der beiden Therapeuten und diente der Besprechung von noch Anstehendem aus der aktuellen Therapiesitzung (v. a. Beziehungsklä rung unter den Kindern) sowie einer **Befindlichkeitsrunde** (Stimmungszeiger), gelegentlich der Planung der nächsten Stunde und meistens einem **gemeinsamen Spiel** (z. B. Uno, Fußballspiel, Alle gegen-Alle, Pyramidenspiel).

Dann wurden die **Fragebogen** zur Prozessevaluation verteilt und von jedem Kind einzeln ausgefüllt. Zum Abschluss gab es eine Erfri schung. Die Kinder verabschiedeten sich mit ihrem **Abschiedsritual**.

Elterngruppe

Die 7. Gruppentherapie wurde von einer Elterngruppe begleitet. Die Themen waren an einigen Terminen zuvor festgelegt, an anderen wurde auf aktuelle Fragen der Eltern und auf die beim ersten Ter min erfragten Themenwünsche eingegangen, die zum großen Teil auch den von Therapeutenseite geplanten Themen entsprachen. Die inhaltlichen Schwerpunkte wurden jeweils im Plenum und in Sub gruppen diskutiert und anhand konkreter Beispiele aus dem Alltag der beteiligten Familien verdeutlicht und geübt. Die Therapeuten verteilten zu den behandelten Themen selbst zusammengestellte Informationsblätter, Beobachtungsprotokolle und Übungsmaterial. Die elterlichen Diskussionen wurden schriftlich zusammengefasst und ebenfalls für alle kopiert. Da genügend Zeit eingeplant war, damit sich die Eltern gegenseitig kennen lernen konnten, entstand eine sehr offene Gesprächsatmosphäre, in welcher vertiefte Dis kussionen (z. B. über die Bedeutung von Lob oder das Wesen von Grenzen und Regeln) möglich waren und die Eltern sich gegenseitig spontan Feedbacks gaben.

Durchführung des Konzeptes

Therapeutisches Konzept: Die Durchführung des Projekts (1998-2003) beinhaltete sieben Kinder-Gruppentherapien nach dem personzentrierten Ansatz sowie in einem Fall (7. Gruppentherapie) eine Kindergruppe mit begleitender Elterngruppe. Die Therapeuten versuchten im konzeptuellen Rahmen einer personzentrierten Gruppentherapie (s. oben) eine Balance zwischen der Forderung Schmidts (1999) nach einem geplanten, strukturierten und be gründbaren Handlungsprozess, dem gelebten Augenblick des Ein zeln sowie dem spontanen Geschehen einer Gruppentherapie zu finden. Zu einem späteren Zeitpunkt sind die Autoren auf ähnliche Überlegungen auch bei Reisel & Fehring (2002) gestoßen.

Altersspektrum: Die Kinder sollten bei Gruppenbeginn zwi schen acht und zwölf Jahre alt sein. Innerhalb der jeweiligen Gruppe war der Altersunterschied geringer, da sogenannte 'jüngere' (2.-4. Klasse) und 'ältere' Gruppen (4.-6. Klasse) gebildet wurden, um den Kindern einen altersgemäßen Peer-Kontext zu bieten.

Geschlecht: Bisher wurden lediglich Jungen gruppentherapeu tisch behandelt, da sich nie genügend Mädchen für eine eigene Gruppe fanden. Gemischte Gruppen wurden nicht befürwortet, da diese im Primarschulalter füreinander nicht die entscheidende Bezugsgruppe darstellen und sich Konflikte und Unsicherheiten meist innerhalb der eigenen Geschlechtsgruppe ereignen.

Dauer: Die 1.-6. Gruppentherapie dauerte 18 Termine à 75 Mi nuten, die 7. Gruppentherapie 22 Termine à 75 Minuten. Die zur 7. Gruppentherapie begleitende Elterngruppe umfasste sieben etwa monatliche Termine à 90-105 Minuten.

Zeitpunkt: Die Gruppentherapie fand jeweils am frühen Nach mittag statt, sodass die Kinder einen Teil der Mittagspause und die Schule, die auch von der Gruppentherapie profitiert, eine Unter richtsstunde zur Verfügung stellen mussten.

Gruppengröße: Aufgrund der begrenzten Größe des Spielzim mers musste die Teilnehmerzahl auf fünf Kinder beschränkt werden, auch wenn uns sechs optimal erscheinen. Faktisch wurden zwei Gruppen nur mit vier Kindern durchgeführt: In der 1. Gruppenthera pie kam ein Kind von Beginn an nicht und in der 3. Gruppentherapie mussten ein sehr junges Kind, nachdem es von drei Probeterminen zwei verpasst hatte, wegen mangelnder Kooperation und Unterstüt zung durch die Eltern ausgeschlossen werden.

Indikation: Die Indikation wurde gemäß ICD-10-Diagnosen, die mit beeinträchtigten sozialen Kompetenzen einhergehen, gestellt: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störung des Sozialverhaltens (F91), Störung des Sozialverhaltens bei vorhande nen sozialen Bindungen (F91.2), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3), Kombinierte Stö rung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), Störung mit so zialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2). Jede Gruppe war vom Diagnosespektrum her jedoch bewusst heterogen zusammengesetzt.

Probezeit: Die ersten drei Gruppentermine galten als Probe zeit. Danach konnten die Kinder, die Eltern und wir Therapeuten

entscheiden, ob die Teilnahme fortgesetzt werden soll. Ein Kind wurde nach der Probezeit ausgeschlossen, da die Eltern nicht in der Lage waren, seine regelmäßige Teilnahme zu garantieren. Ein anderer Junge mit sozialer Ängstlichkeit wollte nicht mehr kommen, konnte dann aber von den Eltern und Therapeuten zum Weitermachen motiviert werden. Ein weiteres Kind legte es im Verlauf der Gruppe darauf an, aus der Gruppe ausgeschlossen zu werden, indem es massive Grenzüberschreitungen zeigte. Es wurde dennoch gehalten, um ihm nach bereits mehreren Schul- und anderen Gruppenausschlüssen die Erfahrung zu ermöglichen, nicht erneut ausgeschlossen zu werden.

Besonderheiten: Alle **weiteren Interventionen**, die parallel zur Gruppentherapie stattfanden, bestanden bereits vor Gruppenbeginn und sind in der Baseline der Prä-Messung enthalten. Es fand während der Gruppentherapie also keine Veränderung der störungsrelevanten Maßnahmen (z.B. Medikation mit Ritalin) statt. Ursprünglich war eine **verhaltenstherapeutische Vergleichsgruppe** geplant, die aber lediglich zwei Mal durchgeführt wurde, womit kein vollständiger Vergleichsdatensatz zur Verfügung steht. Die geplante **Kontrollgruppe**, die als Wartegruppe konzipiert war, ließ sich nicht realisieren, da die Eltern und Lehrer der Wartegruppe die Fragebogen unzuverlässig ausfüllten und die Kinder meist schnell andere Maßnahmen erhielten. Keines dieser Kinder nahm danach an unserer Gruppentherapie teil.

Elterngruppe: Die 7. Kinder-Gruppentherapie, welche mit 22 Terminen etwas länger als die Gruppen 1–6 dauerte, wurde von vornherein mit einer parallel stattfindenden Elterngruppe konzipiert. Die Elterngruppe beinhaltete sieben Termine à 90 Minuten, die auf Wunsch der Eltern auf maximal 105 Minuten ausgedehnt werden konnten, in etwa monatlichem Abstand. Die Gruppe traf sich abends, damit auch berufstätige Elternteile teilnehmen konnten. Es nahmen jeweils 5–10 Eltern teil, wobei jede Familie mit mindestens einem Elternteil vertreten sein sollte. Bei vollständigen Familien wurde die Teilnahme beider Eltern gewünscht, jedoch nicht zur Bedingung gemacht. Bei getrennt lebenden Eltern waren beide eingeladen, sofern sie einigermaßen konfliktfrei miteinander kommunizieren konnten. Auch neue Partner und Partnerinnen waren unter dieser Prämisse willkommen. Auf Wunsch konnten die Eltern zur konkreten Umsetzung der besprochenen Themen Telefontermine zu vorher festgelegten Zeiten in Anspruch nehmen. Das Gruppenzimmer war jeweils 15 Minuten vor Gruppensitzungsbeginn bereits geöffnet, sodass die Eltern sich bereits früher ungezwungen bei einer kleinen vorbereiteten Erfrischung treffen und mit einander reden konnten.

4. Methode

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 33 Jungen. Der **Altersrange** beträgt bei Gruppenbeginn zwischen 7,9 und 12,4 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 9,6 Jahren (SD=1,4 Jahre).

Das **Intelligenzspektrum** liegt zwischen IQ=78 und IQ=141 mit einem Mittelwert von IQ=107 (SD=14.8). Einen unterdurchschnittlichen Intelligenzquotienten wiesen drei Kinder (9.1%) und einen (weit) überdurchschnittlichen sechs Kinder (18.2%) auf, womit die kognitiv schwächeren Kinder etwas unterrepräsentiert und die intellektuell stärkeren Kinder leicht überrepräsentiert sind.

Bei den **Diagnosen** (vgl. Tabellen 1+2) wies der überwiegende Teil der Kinder (81.7%, n=27) eine Störung des Sozialverhaltens aus dem externalisierenden Spektrum im Sinne von aggressiv-oppositionellem Verhalten auf und nur knapp ein Fünftel (18.3%, n=6) eine internalisierende Störung im Sinne von sozialer Ängstlichkeit. Fast drei Viertel der Kinder (73.2%) wiesen eine Komorbidität auf Achse 1 auf. Bei fast zwei Dritteln der Kinder (63.6%, n=21) oder gut 80% aller Kinder mit einer Komorbidität betraf dies eine komorbide Störung der (Hyper-)Aktivität und Aufmerksamkeit, eines hatte eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität und vier eine Emotionale Störung des Kindesalters (12%). Im Weiteren hatte knapp ein Drittel der Kinder (30.3%) eine komorbide Entwicklungsstörung auf der Achse 2: Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (12.1%, n=4), Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (12.1%, n=4) sowie Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (6.1%, n=2).

Tabelle 1: Häufigkeit der Hauptdiagnosen (Indikation zur Gruppentherapie)

	Häufigkeit	Prozent
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F90.1	18	54.5
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten F91.3	7	21.2
Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen F92	1	3.0
Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen F91.2	1	3.0
Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters F93.2	5	15.2
Anpassungsstörung mit Störung von Gefühlen und Sozialverhalten F43.25	1	3.0
Total	33	100.0

Tabelle 2: Häufigkeit der komorbiden Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Häufigkeit	Prozent
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0 + F90.1	21	60.0
Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität F98.8	1	2.9
Emotionale Störung des Kindesalters F93.8 + F92.0 + F43.25	4	11.5
keine	9	25.7
Total	35	100.0

Zusätzliche Maßnahmen während der Gruppentherapie:

Knapp die Hälfte der Kinder (45.5%, n=15) wurde ausschließlich mit der Kindergruppentherapie behandelt. Bei weiteren 15% (n=5 der 7. Therapiegruppe) wurde die Gruppenbehandlung zusätzlich durch eine begleitende Elterngruppe ergänzt. Zwei allein erziehende Mütter waren zusätzlich in einem städtischen Programm der sozialpädagogischen Familienbegleitung. Zudem erhielten 18.2% (n=6) der Kinder eine schulisch-pädagogische Maßnahme (Heilpädagogischer Förderunterricht, Klassenwechsel). Rund ein Drittel der Kinder (36.4%, n=12) wurde während der Gruppentherapie medikamentös mit Ritalin behandelt. Bei diesen wurde die Baseline im Rahmen der Prä-Messung der Symptomatik (Fragebogen) unter Ritalin erhoben, einzig die Intelligenzmessung fand unter kurzzeitiger Aussetzung der Medikamenteneinnahme statt.

Familie: Mehr als die Hälfte der Kinder stammt aus einer vollständigen biologischen oder nicht-biologischen Familie (51.5%, n=17, bzw. 9.1%, n=3), und 39.4% (n=13) der Kinder werden durch einen allein erziehenden Elternteil betreut, womit diese Personengruppe auch überrepräsentiert ist. Ein Drittel der Kinder ist Einzelkind (30.3%, n=10). Die Eltern der meisten Kinder (Mütter 66.7%, Väter 54.5%) weisen einen Lehr- oder einen Volksschulabschluss auf. Die akademisch ausgebildete Schicht (Matura, Fachhochschule, Universität) der Eltern ist etwas überrepräsentiert (Mütter 33.3%, Väter 42.4%). Die Mehrheit der Mütter ist berufstätig (69.7%, n=23), was deutlich über dem Durchschnitt liegt, und alle Väter, von denen wir über entsprechende Angaben verfügen, sind berufstätig.

Die Gruppenkinder waren in der Mehrheit zusätzlich durch familiäre Faktoren belastet. Mehrere Eltern (17.1%, n=7, v. a. Mütter) waren psychisch belastet und zeigten eine Vielzahl von Symptomen (Depressionen und Suizidversuche, Sozialer Rückzug und Kontaktprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität). Einige (17.1%, n=7) lebten in Familien mit Paarkonflikten bis hin zu konkreten Trennungsabsichten. Im Weiteren fällt auf, dass ein Viertel der Kinder (24.4%, n=10) in der Schule eine Außenseiterrolle einnimmt.

Diagnostik und Evaluation

Es wurden vier **Untersuchungszeitpunkte** gewählt: vor der Gruppentherapie (Prä), nach der Gruppentherapie (Post1), 1. *Katamnese* sechs Monate nach Gruppentherapieende (Post2) sowie 2. *Katamnese* zwölf Monate nach Gruppentherapieende (Post3).

Mit jedem Kind wurde vor der Gruppentherapie (Prä) eine ausführliche **Intelligenzuntersuchung** durchgeführt (HAWIK-III von Tewes et al., 1999, bzw. K-ABC von Kaufman, 1994), wobei diese bisweilen bereits durch die intern zuweisenden Kollegen erfolgt war. Bei externen Zuweisenden wurde in jedem Fall eine eigene Intelligenzuntersuchung vorgenommen.

Im Weiteren füllten die Kinder, Eltern und Lehrpersonen zu allen vier Messzeitpunkten (Prä bis Post3) eine Fragebogenbatterie aus.

Als **Screening-Fragebogen** wurde die *Child Behaviour Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991) bzw. die *Teachers Report Form* (TRF, Achenbach, 1991, Schweizer-Normierung durch Steinhausen, Winkler-Metzke & Kannenberg, 1998) eingesetzt.

Zur Erfassung der **externalisierenden Symptomatik** wurde gemäß DSM-IV-Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens der Fragebogen *„Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV“* (OPT, Lugt, 1998) eigens zusammengestellt. Der Fragebogen *„Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV“* umfasst 10 Items wie „Schiebt die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere“ oder „Widersetzt sich aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen“. Zudem finden sich 3 Fragen zu Beeinträchtigungen: „Führen die Verhaltensweisen des Kindes zu Beeinträchtigungen ...“, „in der Beziehung zu ihnen“, „im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „in der Schule“. Alle Items sind 5-stufig skaliert (nein – selten – manchmal – ziemlich oft – häufig).

Die **internalisierende Symptomatik** wurde mit der *Social Anxiety Scale for Children Revised* (SASC-R-D von La Greca & Stone, 1993, deutsche Fassung Melfsen & Florin, 1997) erfasst.

Da Kinder mit externalisierenden wie auch internalisierenden Störungen viele **konkrete Ängste** aufweisen, wurde zudem in der 2.–6. Gruppentherapie der *Fear-Survey-Schedule for Children* (FSSC-R von Th. Ollendick, 1978, deutsche Übersetzung von Steinhausen) eingesetzt, der 103 Fragen zu verschiedensten Ängsten aufweist.

Zudem wurde das **Selbstwertgefühl** in Bezug auf die Schule, die Freizeit und zu Hause mit der *Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche* (ALS, Schauder, 1996) erhoben.

Bei der 7. Gruppentherapie wurde auf den FSSC-R und die ALS verzichtet und dafür eine **familiendiagnostische Untersuchung** mit dem *Familien-Identifikations-Test* (FIT, Remschmidt & Matzejat, 1999) durchgeführt.

Aus Platzgründen verzichteten die Autoren an dieser Stelle auf eine detaillierte Darstellung der durchgeführten **Prozessevaluation**, welche nach jedem Termin über einen eigens entwickelten Fragebogen durch die Kinder und beide Therapeuten mit Bezug auf jedes Kind erhoben wurde.

Statistische Analysen

In der Datenanalyse (SPSS für Windows) wurden zunächst einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und nachfolgende t-Tests berechnet, um die Therapieeffekte über die Zeit (T0=Prä, T1=Post, T2=Katamnese 1 sechs Monate und T3=Katamnese 2 zwölf Monate nach Therapieende) zu evaluieren. Während die Varianzanalyse vollständige Datensätze zu allen Messzeitpunkten voraussetzt, konnten die Einzelkontraste zum Vergleich zweier Zeitpunkte teilweise auf Basis eines größeren Datensatzes analysiert werden, wodurch sich einzelne Effekte auch klarer zeigten. Mit zweifaktoriellen Varianzanalysen wurde zusätzlich untersucht, ob Moderatorvariablen wie zum Beispiel Gruppenzugehörigkeit, Alter, Bildung

der Eltern die Effekte der Gruppentherapie beeinflussen. Die Varianzanalyse mit zusätzlicher Berücksichtigung der variierten Gruppenkonzeption ergab kaum Gruppenunterschiede (1.–6. Gruppentherapie im Vergleich zur 7. Gruppentherapie) in der Beurteilung der Eltern, der Kinder sowie der Lehrpersonen, sodass sie im weiteren Verlauf zusammen ausgewertet wurden.

Im Folgenden werden zu einzelnen Fragebogenverfahren der Mittelwert-Verlauf und die signifikanten Veränderungen (F-Test) sowie die signifikanten Einzelkontraste zwischen den einzelnen Zeitpunkten (t-Tests) zusammengefasst. Aus Platzgründen werden nicht alle Daten der ein- und zweifaktoriellen Varianzanalyse im Einzelnen beschrieben und tabellarisch dargestellt, sondern an anderer Stelle gesondert publiziert² (Jenny, Käppler, Eschmann, Samson & Steinhausen, in Vorb.). Dass trotz zufrieden stellender Effektstärken³ über alle Fragebogen (mittlere ES=0.63) auf die Beschreibung der Ergebnisse der Lehrpersonen verzichtet wird, rechtfertigt sich auch dadurch, dass diese Ergebnisse dieselben Trends aufweisen, wenngleich sie aufgrund einer geringeren konstanten Antwortbeteiligung der Lehrpersonen auf einer geringeren Datenbasis (N) beruhen. Die Ergebnisse des FSSC-R werden trotz hoch signifikanter Ergebnisse und mittlerer bis guter Effektstärken (Eltern ES=0.79, Kinder ES=0.55) ebenfalls nicht an dieser Stelle publiziert, da sie den Befunden aus dem SASC und dem CBCL entsprechen. Beim ALS ließen sich keinerlei Veränderungseffekte feststellen, weshalb lediglich in der Diskussion darauf eingegangen wird.

5. Ergebnisse

Über alle Verfahren hinweg beobachteten die Eltern die ausgeprägteste Symptomatik und die deutlichste Verbesserung, was sich auch in der hohen mittleren Effektstärke von 0.85 zeigt. Die Kinder nahmen eine geringere Symptomatik wahr und erlebten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg eine bedeutsame Abnahme der Symptomatik, wie es auch die befriedigende mittlere Effektstärke (0.60) abbildet.

Evaluation auf der Ebene einzelner Instrumente

Child Behavior Checklist (CBCL, vgl. Tab. 3 und Abb. 2): Grundsätzlich zeigen sich in der CBCL sowohl im Gesamtwert als auch bei den Skalen ‚Externalisierung‘ und ‚Internalisierung‘ wie auch auf der Ebene aller Faktoren Veränderungen in erwünschter Richtung, die im Vergleich vom Ausgangszeitpunkt vor der Gruppentherapie

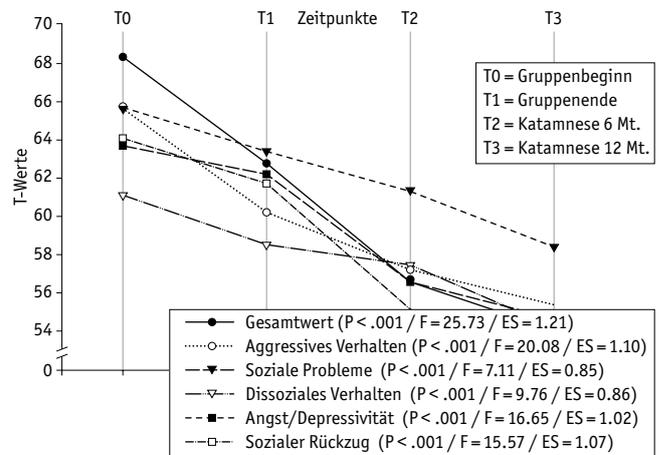
Tabelle 3: Auswahl der Ergebnisse der Child Behavior Checklist (CBCL): Gesamtwert und Subskalen

CBCL 1.–7. Gruppe n=19	Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD)								F/ Chi	p	ES
	T0		T1		T2		T3				
Gesamtwert	68.3	12.8	62.8	11.8	56.6	11.5	54.1	10.6	25.73	***	1.21
Externalisierung	64.0	10.8	59.4	8.2	55.1	10.5	52.6	9.8	18.97	***	1.11
Internalisierung	64.0	11.8	61.0	11.8	53.2	11.3	51.7	9.8	22.13	***	1.12

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES=Effektstärke
T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 23–27. Die kursiv gedruckten Werte stellen Chi²-Werte des Friedman-Tests dar, da die Voraussetzungen laut dem Mauchly-Sphericity-Test für den F-Test nicht gegeben waren.

Abb. 2: Ergebnisse in der Child Behavior Checklist (CBCL): Gesamtwerte und Faktoren



zum Stand ein Jahr nach Therapieende (T0-T3 n=24 p ≤ .001) alle hoch signifikant sind. Der CBCL-Gesamtwert zeigt sowohl im Verlauf während der Gruppentherapie (T0-T1 n=24 p ≤ .01) als auch noch im ersten Halbjahr danach (T1-T2 n=25 p ≤ .001) sehr signifikante Veränderungen. Auf Skalenebene zeigen sich diese signifikanten Veränderungen im Bereich der externalisierenden Symptomatik während (T0-T1 p ≤ .001) und nach der Gruppentherapie (T1-T2 p ≤ .001), bei den internalisierenden Verhaltensweisen hingegen erst nach der Gruppentherapie (T1-T2 p ≤ .001). Auf Faktorebene finden sich in einigen Bereichen signifikante Symptomreduktionen während der Gruppentherapie (T0-T1 n=27: Aggressives Verhalten p ≤ .001, Körperliche Beschwerden p ≤ .01 und Dissoziales Verhalten p ≤ .01), in anderen Bereichen erst nach der Gruppentherapie (T1-T2 n=25: Angst/Depressivität p ≤ .001, Sozialer Rückzug p ≤ .001). Die zweite Katamnese nach einem Jahr ergibt bei den Dissozialen Verhaltensweisen (T2-T3 n=25 p ≤ .05) sich verzögert einstellende signifikante Effekte. Die Effektstärken sind in den angestrebten Bereichen gut bis außergewöhnlich hoch ausgefallen (ES=0.85–1.21).

Oppositionelles-Trotzverhalten (OPT, vgl. Tab. 4): Die Symptomatik (Eltern n=23 p ≤ .01, Kinder: n=23 p ≤ .001) sowie die Belastung (Eltern n=22 p ≤ .01, Kinder n=16, p ≤ .01) haben über den gesamten Zeitverlauf in der Einschätzung der Eltern und Kinder

2 Interessierte Leser können weitere Ergebnisse bei den Autoren anfordern.
3 Die Berechnung der Effektstärken erfolgte nach der klassischen Vorgehensweise (Cohen's d) für abhängige (repeated measurement) Daten.

Tabelle 4: Ergebnisse in der Skala Oppositionelles-Trotzverhalten gem. DSM-IV (OPT)

OPT 1.-7. Gruppe		Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD)								F/ Chi	p	ES
		T0		T1		T2		T3				
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Eltern (n=22-23)	Symptome	22.3	7.5	17.8	5.7	16.7	8.0	15.7	8.1	3.84	*	0.84
	Belastung	7.7	2.8	5.6	2.6	5.4	2.5	4.8	3.2	15.94	***	0.97
Kind (n=29)	Symptome	18.4	6.2	15.5	4.2	13.6	5.4	13.3	5.5	9.30	***	0.88
	Belastungen	3.4	2.3	2.4	1.6	2.2	1.5	2.4	1.4	7.02	***	0.53

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES = Effektstärke
T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 24–31 und bei den Kindern zwischen 29–33.

Tabelle 5: Ergebnisse in der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R)

SASC-R 1.-7. Gruppe		Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD)								F/ Chi	p	ES
		T0		T1		T2		T3				
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Eltern (n=22-23)	Gesamt	25.0	13.1	21.5	13.5	18.2	11.8	13.1	10.7	11.57	***	0.98
	SAD	9.8	7.0	8.4	5.9	7.4	6.0	5.6	5.1	12.85	**	0.69
	FNE	15.6	8.6	12.8	8.6	10.6	7.2	7.2	7.1	12.88	***	1.07
Kind (n=24-27)	Gesamt	19.4	9.1	13.8	7.7	11.9	8.2	12.7	9.7	23.60	***	0.70
	SAD	9.6	4.5	6.7	4.0	5.3	4.5	5.3	4.6	23.39	***	0.94
	FNE	9.8	6.2	7.3	4.9	6.5	5.6	7.0	6.0	11.61	**	0.45

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES = Effektstärke
T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.
SAD = Vermeiden von und Belastung durch soziale Situationen (Social Avoidance and Distress Scale),
FNE = Furcht vor negativer Bewertung (Fear of Negative Evaluation)

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 18–20 und bei den Kindern zwischen 26–33.

hoch signifikant abgenommen, wobei beide die Symptomreduktion (Eltern p ≤ .01, Kinder p ≤ .05) und die Entlastung (Eltern p ≤ .001, Kinder p ≤ .01) am deutlichsten bereits während der Gruppentherapie (T0–T1) wahrnehmen. Die Effektstärke ist bei den Eltern-Angaben hoch ausgefallen (0.84–0.97), bei den Kindern zeigt die Symptomreduktion ebenfalls eine gute Effektstärke (ES=0.88), während die Effektstärke im Bereich der Abnahme der Belastungen (ES=0.53) als mäßig einzuschätzen ist.

Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC-R-D, vgl. Tab. 5): In der Einschätzung der Eltern hat das ängstliche Verhalten insgesamt hoch signifikant (p ≤ .001) und über den gesamten Untersuchungszeitraum konstant abgenommen, wobei die stärkste Abnahme im Vergleich zwischen Prä-Messung und den beiden Katamnesezeitpunkten (T0–T2 n=23 p ≤ .01, T0–T3 n=24 p ≤ .001) zu verzeichnen ist. Dies gilt vor allem für die Angst vor Kritik (p ≤ .001), aber auch für das Vermeidungsverhalten (p ≤ .01). Das Erleben der Kinder zeigt ebenfalls eine hoch signifikante Abnahme der Symptomatik insgesamt (p ≤ .001) und in beiden Bereichen (SAD p ≤ .001, FNE p ≤ .05), die jedoch im Vermeidungsverhalten deutlicher zum Ausdruck kommt. Zudem nehmen sie den größten Effekt während der Gruppentherapie (T0–T1 z. B. Gesamtwert n=33 p ≤ .001) sowie im Prä-Katamnese2-Vergleich (T0–T3 z. B. Gesamtwert n=29 p ≤ .001) wahr. Die Effektstärke des Gesamtwertes ist für die Elternangaben insgesamt gut (ES=0.98) und für die Angaben der Kinder zufrieden stellend (0.70). Während die Effektstärke

bei den Eltern vor allem für die Angst vor Kritik (1.07) sehr deutlich ist, zeigt der Faktor Vermeidung von sozialen Situationen (0.94) bei den Kindern den stärksten Effekt.

Bedeutung von Moderatorvariablen

Die Befunde zu Einflussfaktoren, die den Ergebnisverlauf moderieren, werden im Folgenden summarisch berichtet und können aus Platzgründen an dieser Stelle nicht mit allen Ausgangsdaten tabellarisch dargestellt werden⁴.

Alter: Im OPT der Eltern (n=23) zeigt sich eine Interaktion mit dem Verlauf (Interaktionseffekt p=.04), indem sich bei den älteren Kindern die elterliche Belastung während der Therapie deutlicher und auch nach der Gruppe noch weiter reduziert. Im OPT der Kinder (n=29) findet sich zwar kein Interaktionseffekt, aber die älteren Kinder geben im Unterschied zu den Elternangaben ein geringeres Ausmaß der Symptomatik an und zeigen auch nach Therapieende eine weitere Symptomreduktion, während die jüngeren Kinder bereits vor der Gruppe eine ausgeprägtere Symptomatik aufweisen

und nach Therapieende nur noch eine leichte Abnahme verzeichnen (Gruppeneffekt p=.01). Auch im SASC-R-D (n=21) weisen die älteren Kinder gemäß den Angaben der Eltern eine etwas höhere Symptomatik im Bereich der Furcht vor negativer Bewertung auf, die jedoch während und v. a. nach der Gruppe sehr stark abnimmt, sodass sie ein Jahr nach Ende der Behandlung einen tieferen Wert aufweisen als die Gruppe der älteren Kinder (Interaktionseffekt p=.05).

Zusätzliche Behandlung: Kinder, denen während der Gruppentherapie eine weitere Maßnahme zukommt, weisen in verschiedenen Erhebungsverfahren eine ausgeprägtere Symptomatik auf. Im CBCL (n=19) zeigt sich, dass die mit Ritalin behandelten Kinder (n=5) vor und nach der Gruppentherapie signifikant höhere Werte im Faktor Aggressives Verhalten aufweisen. Sie profitieren in gleichem Maße von der Therapie und zeigen einen Symptomrückgang, wobei die Kinder ohne Ritalin katamnestic weiter einen stetigen Symptomrückgang aufweisen und somit bessere Langzeiteffekte zeigen. Die zusätzliche Behandlung mit Ritalin bewirkt also keinen Interaktionseffekt (p=.82), aber sowohl einen signifikanten Gruppen- (p=.04) als auch Zeiteffekt (p<.01), was einen parallelen Veränderungseffekt in beiden Gruppen dokumentiert. Dazu passt, dass die Kinder ohne Ritalin vor der Gruppe einzig bei der Subskala Internalisierende Störungen höhere Werte aufwiesen. Dies legt die

⁴ Interessierte Leser können diese Daten bei den Autoren anfordern.

Annahme nahe, dass aggressive und sozial weniger kompetente Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung vermehrt mit Ritalin behandelt werden.

Familie: Es zeigen sich insgesamt kaum Unterschiede je nach Familiensetting, Geschwisterposition, elterlicher Berufstätigkeit oder Bildung.

Kinder, deren **Eltern eine psychische Störung oder schwerwiegende Krankheit** aufweisen zeigen durchwegs höhere Symptomwerte. Sie haben in der Wahrnehmung der Eltern (CBCL $n=5$, SASC-R $n=5$) vor der Gruppentherapie mehr als doppelt so hohe Angstwerte und im CBCL zudem deutlich mehr Soziale Probleme als Kinder von gesunden Eltern. Während der Therapie sinken die Werte beider Kindergruppen gleichermaßen, vor allem im ersten Halbjahr nach der Gruppentherapie nehmen aber diejenigen der Kinder von belasteten Eltern nochmals stark ab, sodass die Kinder mit belasteten Eltern nach der Gruppentherapie eine erhebliche Verbesserung in ihren Angstwerten (Interaktionseffekte CBCL $p=.02$, SASC-R-D-Gesamt $p=.15$, SAD $p=.03$) und bei ihren sozialen Problemen ($p=.01$) aufweisen und dann nahezu das selbe (niedrige) Niveau der Kinder mit unbelasteten Eltern aufweisen. Trotz der kleinen Stichprobe verweist dies, gerade auch wegen der Einheitlichkeit der Befunde in verschiedenen Verfahren, zum einen auf die besondere Belastung der Kinder gesundheitlich belasteter Eltern und zum anderen darauf, dass gerade sie gut auf die Gruppentherapie ansprechen und von ihr besonders profitieren. Im CBCL findet sich zudem eine für die Kinder von (psychisch) kranken Eltern erhöhte Belastung bei der Subskala Internalisierende Störung sowie beim Faktor Sozialer Rückzug und dabei zwar kein Interaktionseffekt, aber ein paralleler Rückgang.

Im SASC-R ($n=27$) der Kinder zeigt sich im Vergleich zwischen **Einzel- und Geschwisterkindern** während der Gruppentherapie eine parallele Angstreduktion von einem vergleichbaren Niveau aus. Während nach der Gruppentherapie die Angstwerte der Einzelkinder wieder ansteigen, sinken sie bei den Geschwisterkindern weiter ab (Interaktionseffekt $p=.03$). So zeigt sich, dass ein sozialer Lernkontext wie eine Gruppentherapie gerade von Einzelkindern in besonderer Weise genutzt werden kann. Einzelkinder scheinen vor allem während der Gruppenbehandlung zu profitieren, wohingegen der Effekt sich nicht als gleichermaßen stabil erweist wie bei den Geschwisterkindern, die möglicherweise ihre neu entwickelten sozialen Kompetenzen im familiären Rahmen weiter stabilisieren und generalisieren können.

6. Diskussion

Es kann aufgrund der hier präsentierten Befunde festgehalten werden, dass sich die personenzentrierte Gruppentherapie in der vorliegenden Form mit einer Mischung aus einem strukturierten Teil und freier Spielzeit auch bei Störungen im Kindesalter, die mit einer

Beeinträchtigung der sozialen Kompetenzen einhergehen, als wirksam erwiesen hat. Dies bildete sich auch in den Gesprächen mit den Kindern, Eltern und der Schule nach Ende der Gruppentherapie und zu den beiden Katamnesezeitpunkten ab: Dort wurde konsistent berichtet, dass sich die Sozialkompetenz, das Selbstwertgefühl, empathisches Wahrnehmen und Denken, prosoziales Verhalten sowie das Akzeptieren von sozialen Regeln deutlich verbessert und sich die aggressive und/oder angstbezogene Symptomatik zugleich verringert habe.

Zusammenfassend zeigen sich also aus verschiedenen Beurteilerperspektiven und anhand verschiedener Untersuchungsverfahren in unterschiedlichen Bereichen, vor allem auch in den Zielbereichen des aggressiv-oppositionellen und des ängstlichen Verhaltens, eine bedeutsame Symptomreduktion und ein entsprechender Rückgang der Belastung, was den Befunden von Schmidtchen (1996a) entspricht. Die Effektstärken sind, im Besonderen bei den Angaben der Eltern, im Vergleich zur Literatur, wie sie z. B. Schmidtchen (1996a) aufgearbeitet hat, als sehr gut einzustufen. Casey & Berman (1985) haben in ihrer Meta-Analyse von Studien zu klientenzentrierten, verhaltenstherapeutischen, kognitiven und psychodynamischen Therapieverfahren eine durchschnittliche Effektstärke von 0.71 für die Psychotherapie mit Kindern errechnet. Weisz, Weiss, Alicke & Klotz (1987) kommen mit einer Effektstärke von .79 auf ein ähnliches Ergebnis. Verschiedene Autoren (Schmidtchen, 1996a, Heekerens, 1996, Casey et al., 1985 und Weisz et al., 1987) weisen darauf hin, dass die klientenzentrierte Kindertherapie eine geringere Effektstärke als die verhaltenstherapeutische aufweist. In unserer Studie nun bewegen wir uns im ähnlichen Range der Effektstärken wie bei verhaltenstherapeutische Methoden.

Die Eltern schätzen die Symptomatik über alle Fragebogen hinweg am höchsten ein und nehmen auch die deutlichsten Verbesserungen wahr, was sich auch in der hohen mittleren Effektstärke zeigt. Die Kinder erleben im Vergleich zu den Eltern eine geringere Symptombelastung, jedoch ebenfalls eine Symptomabnahme über den gesamten Untersuchungszeitraum, was sich auch in einer zufrieden stellenden mittleren Effektstärke zeigt. Kinder und Eltern verzeichnen die Veränderung jedoch teilweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten: Tendenziell erfahren die Kinder sie pointierter bereits während der Gruppentherapie oder direkt danach, die Eltern eher etwas später. Die katamnesticen Untersuchungen ein halbes und ein ganzes Jahr nach Gruppentherapieende zeigen, dass die durch die Kinder erlebten und von den Eltern beobachteten erwünschten Veränderungen anhalten. Diese Befunde stehen im Einklang mit der Übersichtsarbeit von Froborg (2004), in welcher sie 40 empirischen Studien zur Behandlung erwachsener Klienten im Hinblick auf deren Langzeiteffekte analysiert.

Es zeigt sich auch, dass sich die 7. Gruppentherapie mit der längeren Dauer und der parallelen Elterngruppe im Erfolg nicht signifikant von den anderen Gruppentherapien unterscheidet.

Schmidtchen (1996a) fand hingegen bei der klientenzentrierten Einzelspieltherapie bessere Effekte bei einer Kombination mit ergänzenden Familien- oder Elterngesprächen. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Befundlage könnte darin gesehen werden, dass in einer begleitenden Elterngruppe nur begrenzt auf die individuellen Verhaltensschwierigkeiten des einzelnen Kindes und der konkreten familiären Alltagsdynamik eingegangen werden kann.

Für Gruppentherapien mit Kindern allgemein und im Besonderen auf der Basis des personenzentrierten Ansatzes als konzeptuellem Hintergrund liegen kaum Vorläufer-Studien vor. Die hier vorgelegten Ergebnisse können so lediglich im weiteren Kontext von Schmidtchens Effektivitätsstudien (1996a) über die Wirksamkeit von klientenzentrierter Kinderspieltherapie betrachtet werden. Auch die Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen von Casey & Berman (1985) und Weisz, Weiss, Alicke & Klotz (1987) erachten die Wirksamkeit der klientenzentrierten/nicht-direktiven Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als erwiesen. Heekerens (1996) verifizierte in seiner umfassenden Literaturrecherche die Gültigkeit dieser Befunde. Boulanger & Langevin (1992) wählten für ihre Studie zur gruppentherapeutischen Behandlung von fünf fünfjährigen Jungen mit Auffälligkeiten im Sozialverhalten ein dem unseren ähnliches therapeutisches Vorgehen (16 Sitzungen) mit einem angeleiteten Teil und freier Spielzeit sowie einer begleitenden Elterngruppe: In fünf der sechs untersuchten Skalen (u.a. auch Depression und Aggression) zeigten sich signifikante Verbesserungen.

Wie für Forschungsprojekte im klinischen Versorgungskontext charakteristisch, unterliegt auch die vorliegende Untersuchung einigen methodischen Einschränkungen. Als erstes sind die fehlende Vergleichs- und Kontrollgruppe zu nennen, die sich, wie auch bei den oben genannten Vergleichstudien, aus praktischen Gründen nicht realisieren ließen. Somit bleibt letztlich offen, ob die betroffenen Kinder möglicherweise auch ohne Gruppentherapie eine Symptomreduktion aufgewiesen hätten, da sich Veränderungen prinzipiell auch bedingt durch biopsychosoziale Reifungsprozesse ergeben können. Zudem konnte nicht in einem größeren Umfang kontrolliert werden, welche Drittfaktoren (z. B. familiäre und schulische Veränderungen) die Symptomreduktion unterstützt haben. Im Besonderen muss hier auf die Kinder mit einer zusätzlichen medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) hingewiesen werden, da diese Behandlung immer wieder auch zu sekundären Effekten im Bereich des psychosozialen Funktionierens führt. Zum einen wurde dieser Effekt jedoch dadurch gemildert, dass die entsprechenden Kinder das Medikament bereits im Vorfeld der Prä-Messung einnahmen, und zum anderen wurde der statistisch nicht nachweisbare Effekt varianzanalytisch kontrolliert.

Ein längsschnittlicher Datensatz über vier Messzeitpunkte weist naturgemäß auch Lücken auf. Der größte Datenverlust findet sich bei den Angaben aus der Schule: Einige wenige Kinder besuchten

vor der Gruppentherapie keinen Schulunterricht (T0), bei anderen sollten nach Schulwechseln die neuen Lehrpersonen nichts von den früheren Schwierigkeiten wissen oder (neue) Lehrpersonen waren nicht bereit, etwas zum Evaluationsprojekt beizutragen. Somit fehlt in einigen Bereichen die Beurteilung durch die Lehrpersonen, die für die ergänzende Einschätzung des Erfolgs wichtig wäre. Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass 26 der Kinder nach der Gruppentherapie in der bestehenden Schulform (Volksschule: Regelklasse, Kleinklasse) weiterbeschult werden konnten. Bei den anderen sieben Kindern war der Wechsel in eine Privatschule oder in eine Kleinklasse der Volksschule bereits vor Gruppeneintritt geplant worden. Auch einige der Eltern schickten trotz mehrmaliger Erinnerungen vor allem bei den katamnesticen Befragungen (T2-3) die Fragebogen nicht zurück, weil sie unterdessen mit anderen Themen (z. B. Scheidung) absorbiert waren. Zudem weisen die vorhandenen Lücken im Datensatz der Eltern auch darauf hin, wie belastet und desorganisiert manche Familien strukturiert sind. Somit hätte die Kontrolle von Seiten der Therapeuten wohl noch intensiver ausfallen müssen.

Die Fragebogenauswahl könnte nach den vorliegenden Erfahrungen aus heutiger Sicht optimiert werden. Der CBCL als eines der Standardinstrumente der klinischen Forschung hat sich ebenso wie der SASC-R bewährt. Im Unterschied zum OPT und FSSC-R wären in Zukunft bereits bestehende, evaluierte und validierte Fragebogen vorzuziehen. Der FSSC-R scheint uns im deutschsprachigen Raum noch zu wenig verbreitet. Dass beim ALS keinerlei Effekte gefunden wurden, mag unter anderem mit der Tatsache, dass ein großer Teil der Kinder bereits vor der Gruppentherapie gute bis sehr gute Werte im ALS (Deckeneffekt) aufwies, zusammenhängen. Doch gerade die bekannten Deckeneffekte erweisen sich als für Verlaufsforschungen hinderlich.

Die Studie weist somit einige methodische Verbesserungsmöglichkeiten auf. Dennoch ergibt sie ein insgesamt sehr einheitliches Befundmuster, das zur Annahme berechtigt, die durchgeführte Form der personenzentrierten Kinder-Gruppentherapie als erfolgreich zu beurteilen. Weisz, Weiss und Donenberg (1992) äußerten die Vermutung, dass die Wirksamkeit von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen bisher mehrheitlich unter Laborbedingungen erforscht werde. Mit der vorgelegten Studie kamen die Autoren nun der Forderung nach einer Erprobung unter alltäglichen klinischen Bedingungen nach.

In diesem Sinne sind die Autoren bestrebt, das Gruppenmodell laufend zu verbessern und zu erweitern. So hat etwa die Elterngruppe auf der Symptomebene keinen unmittelbaren Effekt gezeigt, scheint also nicht zwingend parallel zur Kindergruppe stattfinden zu müssen, und kann vielmehr von ihr abgekoppelt durchgeführt werden. Seit drei Jahren wird nun auch versucht, den personenzentrierten Ansatz in der gruppentherapeutischen Behandlung von Kindern mit Störungen im autistischen Spektrum (Asperger-Syndrom, High-Functioning-Autismus) umzusetzen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL4-18)*. Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Melchers, P. & Heim, K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Baggerly, J. (2004). The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression and Anxiety of Children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, Vol. 13 (2)*, 31–51.
- Barrett (1998). Evaluation of Cognitive Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27 (12)*, 459–468.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe, 41–68.
- Boulanger, M. & Langevin, C. (1992). Direct Observation of Play-Group Therapy for Social Skills Deficits. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, Vol. 2 (4)*, 227–236.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*, 388–400.
- Froburg, I. (2004). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie: Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33 (3)*, 196–208. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Harris, J. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review, 102*, 458–489.
- Heekerens, H. P. (1996). Wirksamkeit der personzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe, 141–151.
- Hoag M. J. & Burlingame G. M. (1997). Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child Psychology, 26 (9)*, 234–246.
- Hobi, R. (1998). Therapie durch das Spiel. *Sondernummer des Brennpunkts zur SGGT-Fachtagung, Personzentriert: Thema und Variationen*. Zürich, Oktober 1998.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe, *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117–138). Berlin: Springer.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person, 2*, 35–44. Wien: Facultas.
- Jenny, B., Käppler, C., Eschmann, S., Samson, B. & Steinhausen, H. C. (in Vorbereitung). Evaluation der personzentrierten Gruppentherapie mit Kindern.
- Kaufman, A. S. & Kaufman, N. (1994). Kaufman-Assessment Battery for Children: Deutschsprachige Fassung von P. Melchers und U. Preuss: Manual (2. ergänzte und korrigierte Auflage). Frankfurt/M.: Swets.
- Lietaer, G. & Keil, W. (2002). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer, 295–317.
- Löffel, H. & Manske, Ch. (2001). *Ein Dino zeigt Gefühle*. Bonn: Verlag mebes & noack.
- Lugt, H. (1998). *Fragebogen zum Oppositionellen Trotzverhalten bei Kindern nach den Kriterien des DSM-III*. Unveröffentl. Fragebogen, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zürich.
- McKee, D. (1986). *Du hast angefangen! Nein Du!* Düsseldorf: Sauerländer.
- Melfsen, S. & Florin, I. (1997). Die Social Anxiety Scale for Children – Revised. Deutschsprachige Version (SASC-R-D). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 6*, 224–229.
- Ollendick, T. H. (1978). *The Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*. Unpublished manuscript. Indian State University Terre Haute Indiana.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy, 21*, 685–692.
- Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child: Carl Rogers als Kindertherapeut. *Person, 2*, 55–67. Wien: Facultas.
- Reisel, B. & Fehring, Ch. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 335–352). Wien: Springer.
- Remschmidt, H. & Matthejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test (FIT): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauder, T. (1996). *Aussageliste zum Selbstwertgefühl (ALS): Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Schmidtchen, S. (1976). *Klientenzentrierte Spieltherapie: Beschreibung und Kontrolle ihrer Wirkungsweise*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1996a). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 153–194). Göttingen: Hogrefe, 99–139.
- Schmidtchen, S. (1996b). Wider den Non-Direktivitätsmythos: Empirische Analyse des Therapeutenverhaltens in erfolgreichen Kinderspieltherapien. *GwG-Zeitschrift, 104*, 14–23.
- Schmidtchen, S. (1999). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). Effektivitätsverbesserung durch prozessleitende Hilfen – Neue Wege in der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. In I. Lager (Hrsg.), *Reinhard Tausch-Festschrift zu seinem 80. Geburtstag*. Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S., Hennies, S. und Acke, H. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40*, 34–42.
- Schmidtchen, S., Acke, H. & Hennies, St. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel: Prozessanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *GwG-Zeitschrift, 99*, 15–23.
- Schmidtchen, S. & Hennies, S. (1996). Wider den Non-Direktivitätsmythos: Hin zu einer differentiellen Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift, 104*, 14–24.
- Steinhausen, H. C., Winkler-Metzke, Ch. & Kannenberg, R. (1996). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Handbuch – Die Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Zentrum für Kinder und Jugendpsychiatrie.
- Tausch, R. & Tausch, A. M. (1970). *Erziehungspsychologie-Psychologische Vorgänge in Erziehung und Unterricht*. Göttingen: Hogrefe.
- Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U. (Hrsg.) (1999). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder HAWIK-III 3. Auflage: Manual*. Bern: Huber.

- 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.
- Weisz, J. R., Weiss, B. & Donnerberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578–1585.
- Yalom, J. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie*. München: Pfeiffer.

Angaben zu den Personen

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 tätig, verschiedene Lehraufträge wie z. B. an der Universität Zürich.

Philippe Goetschel (*1957), lic. phil., dipl. Kindergärtner, klinischer Psychologe und personenzentrierter Psychotherapeut, von 1996–2004 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Diagnostiker sowie Einzel- und Gruppentherapeut, seither an der Erziehungsberatungsstelle in Allschwil und in eigener Praxis tätig.

Christoph Käppler (*1962), Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, M.A.S. Children's Rights, Fachleitung Psychologie im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, Klinische Tätigkeit am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lehr- und Forschungstätigkeit im Rahmen der Abteilung Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters (PPKJ) an der Universität Zürich.

Hans-Christoph Steinhausen (*1943), Professor, Dr. med., Dipl.-Psych., Dr. phil., Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Verhaltenstherapeut, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Freie Universität Berlin 1979), Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Universität Zürich) und Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich seit 1987.

Kontaktanschrift

lic. phil. Bettina Jenny
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Neumünsterallee 3
CH-8032 Zürich
Telefon 0041/(0)43 499 26 26
Bettina.Jenny@kjpdzh.ch

Michael Behr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ziele beim beziehungsorientierten Erstkontakt

Die Beraterperson zielt an:

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

Vorgehensweisen: the state of the art

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 1: Fünf Setting-Optionen beziehungsorientierter Erstkontakte

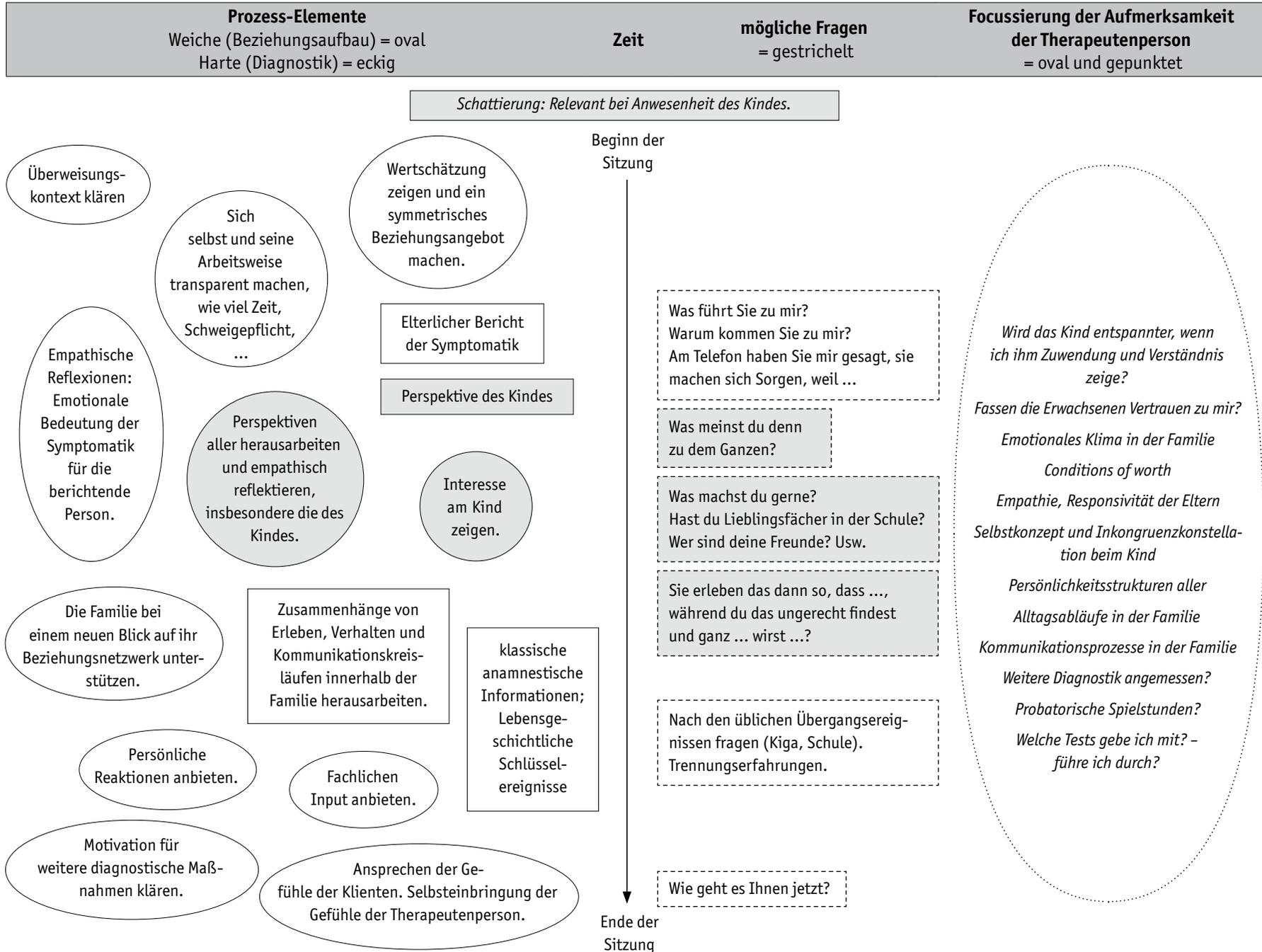
klassisch	Kindzentriert / Weinberger	Jugendlichenzentriert	Elternzentriert	Familienzentriert / O'Leary
<ul style="list-style-type: none"> • Familie oder Mutter und Kind • 3 Spieltermine + Test-Diagnostik • nur Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Kind (Eltern füllen Fragebogen aus), • nur Eltern,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

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

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

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

Abbildung 1. Das Stuttgarter Konzept beziehungszentrierter Erstkontakte.



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

Ein Konzept für einen beziehungsorientierten Erstkontakt

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

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

Die Prozess-Elemente im Einzelnen:

Wertschätzung zeigen und ein symmetrisches Beziehungsangebot machen.

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

Überweisungskontext klären.

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

Transparenz schaffen.

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

Elterlicher Bericht der Symptomatik.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perspektive des Kindes.

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

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

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

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

Interesse am Kind zeigen.

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

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

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

Die Familie bei einem neuen Blick auf ihr Beziehungsnetzwerk unterstützen.

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

Persönliche Reaktionen anbieten.

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

Fachlichen Input anbieten.

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

Klassische anamnestiche Informationen; lebensgeschichtliche Schlüsselereignisse.

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

Motivation für weitere diagnostische Maßnahmen klären.

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

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

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

Aufmerksamkeitsfokussierung der Therapeutenperson

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

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

Fazit

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

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

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

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

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

Literatur

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

Autor

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

Korrespondenzadresse

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

Catherine Iseli

Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

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

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

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

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

Einleitung und Fragestellung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Im Fokus der Empathie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Kommunikation des Kindes

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

Beispiele für solche Schwerpunkte:

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

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

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

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

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

Beispiele:

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

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

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

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

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

1.2 Das Kind im System

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

Therapieindikation und Anmeldung

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

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

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

Abhängigkeit

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

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

Empathie in die Kraft der Eltern-Kind-Beziehung

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

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

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

Beispiele:

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

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

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

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

Empathie für die Bedürfnisse der relevanten Bezugspersonen

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

1.3 Entwicklungsaufgaben

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 Transfer in den Alltag

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

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

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

Therapievereinbarung

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

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

Zuschreibungen und Bewertungen

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

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

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

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

Beispiele

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

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

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

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

Beispiele für solche Fragen:

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

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

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

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

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

Standortgespräche

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

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

Beispiele

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

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

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

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

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

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

2. Methoden und Techniken als Träger von Empathie

2.1 Ausgangslage:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Konkretisierung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Epilog

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

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

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

Literaturverzeichnis

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

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

Autorin

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

Korrespondenzadresse

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

Eva Maria Biermann-Ratjen, Barbara Reisel

Was will hier verstanden werden?

Die Anwendung personzentrierter Entwicklungslehre in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeit

Zusammenfassung: *In einem durch die Personzentrierte Entwicklungstheorie geleiteten Supervisionsprozess wird die Therapie mit der sechsjährigen Sophie reflektiert. Aus einem turbulenten Spiel, mit dem die unbedingte positive Beachtung des Kindes durch die Therapeutin immer wieder gefährdet wird, findet das Kind zu einem Rollenspiel, in dem es sich selbst spielt. Die Therapeutin, die die Mutter darstellen soll, befriedigt das Kind in seinem Bedürfnis nach empathischer unbedingter positiver Beachtung und bleibt dabei kongruent – d. h. sie lässt sich dabei nicht in eigene Gefühle verstricken. Therapeutin und Supervisorin verstehen gemeinsam, dass das Kind mit den Problemen der Entwicklungsphase zu tun hat, in der es darum geht, die eigenen Gefühle klar von denen, die man bei anderen empathisch versteht, zu unterscheiden und zu symbolisieren, und um die Gefühle, die entstehen, wenn die Umwelt die Hilfe versagt, die das Kind bei dieser Entwicklung braucht.*

Stichwörter: *Supervision, Kinderpsychotherapie, Selbstkonzeptentwicklung, Phasen in der kindlichen Selbstentwicklung, „Bösesein“*

Abstract: *Pathways to empathic understanding — Application of person-centred developmental theory in child and adolescent psychotherapy. The course of the psychotherapeutic treatment of the six years old girl Sophie is reflected within the frame of a supervision based on the person-centred concept of the development of the self. The therapeutic process starts with a turmoil challenging the therapist's unconditional positive regard of the child and develops into a situation, in which the child is more and more able to figure her own role in interaction with the therapist playing the part of the child's mother. The therapist is able to satisfy the child's need for unconditional positive regard and remains congruent: she does not get involved in her own emotional reactions to the child. The therapist and the supervisor cooperate in elaborating an understanding of the child's problems which originate from a lack of unconditional positive regard in a certain developmental phase. In this phase the child begins to differentiate and symbolize its own feelings and to discriminate them from the feelings of others – especially the feelings experienced when there is a lack of the social support which constitutes the conditions of this development.*

Keywords: *Supervision, child psychotherapy, self-concept-development, developmental phases in early childhood, „naughtiness“*

1. Einleitung/Präambel:

Wir haben in vielen Ausbildungsseminaren zum Thema „Personzentrierte Entwicklungspsychologie und Störungslehre“ als Lehrtherapeutinnen versucht, unseren Ausbildungskandidatinnen die Personzentrierte Entwicklungslehre als Grundlage für ein besseres Verstehen der Selbstkonzeptentwicklung (von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen) näher zu bringen. Dabei haben wir dargestellt, wie sich die vermutliche Entwicklungsgeschichte und relative Reife des Selbstkonzepts auf den Erfahrungsprozess des Klienten auswirkt bzw. wie sich die szenische Darstellung dessen, was verstanden werden will, für unseren Verstehensprozess nutzbar machen lässt.

Mit diesem Beitrag wollen wir diesen unseren Zugang auch in nachlesbarer Form veröffentlichen.

Wir stellen zunächst den Verlauf einer Kindertherapie bis zur 15. Therapiestunde vor, die zum Zeitpunkt des ersten Supervisionsgesprächs auch die letzte war (Kapitel 2). Danach skizzieren wir die theoretischen Vorstellungen, die uns bei der Supervisionsarbeit geleitet haben (Kapitel 3.1). Im Anschluss daran stellen wir den konkreten Prozess der Supervision als theoriegeleiteten Weg zum genaueren Verstehen dessen, was bis zu diesem Zeitpunkt „verstanden werden wollte“, dar. Eine Kindertherapeutin (Reisel) berichtet aus einer Kindertherapie. Eine Supervisorin (Biermann-Ratjen) stellt theoriegeleitete Fragen. Diese veranlassen die Therapeutin, ihr Erleben der Prozesse in der Therapie aus einer spezifischen Perspektive zu reflektieren. Daraus ergibt sich die Antwort auf die Frage: „Was will hier verstanden werden?“, die einer diagnostischen Einschätzung, abgeleitet aus der Personzentrierten Entwicklungslehre, entspricht (Kapitel 3.2). Daraus werden Schlussfolgerungen

abgeleitet, die der Therapeutin helfen, kongruent zu bleiben und dem Erleben des Kindes die unbedingte positive Beachtung zu geben, die es für seine Selbstkonzeptentwicklung benötigt (Kapitel 4).

Nach der Supervision haben zwei weitere Therapiestunden (16. und 17. Std.) stattgefunden. Therapeutin und Supervisorin tauschen sich am Ende dieses Artikels darüber aus, dass sie den Verlauf der ersten dieser beiden Stunden als eine Bestätigung ihrer Verstehensansätze erleben. Auch die darauf folgende Stunde enthält eine solche Bestätigung. Das Kind ist also in seinem Entwicklungsprozess unbedingt positiv beachtet worden und hat dadurch einen weiteren Entwicklungsschritt vollziehen können (Kapitel 5 und 6).

2. Falldarstellung / Sophie

Sophie ist zu Beginn der Psychotherapie 6,5 Jahre alt. Sie lebt bei ihrer Mutter, die Eltern sind seit dem 2. Lebensjahr von Sophie getrennt. Die Besuchskontakte zum Vater fanden unregelmäßig statt und wurden von Sophie in den letzten 2 Jahren zunehmend abgelehnt. Die Mutter sah sich zunehmend in der schwierigen Situation, dem Vater gegenüber erklären zu müssen, dass Sophie ihn nicht sehen wolle, gleichzeitig versuchte sie, Sophie mit Drängen und in Aussicht gestellten Belohnungen zum Besuchskontakt mit dem Vater zu überreden, um Konflikte mit dem Vater zu vermeiden. Der Vater vermutete dabei, dass die Mutter ihm das Kind entziehen und entfremden wolle, und konnte sich nicht erklären, dass seine Tochter ihn nicht mehr sehen wollte. Er beantragte bei Gericht eine Klärung der Besuchsrechtsregelung. Das Gericht gab in Folge den Auftrag, ein Sachverständigengutachten zu erstellen, das die Gründe der massiven Kontaktverweigerung des Kindes abklären und eine Grundlage für die zu treffende Entscheidung liefern sollte.

Die Gutachterin kam aufgrund von sehr ausführlichen Erhebungen und Explorationen aller Beteiligten (Mutter, Vater, Sophie), zu folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen an das Gericht: Sophie wird als emotional deutlich irritiertes Kind beschrieben, das sich vehement gegen jeden Kontakt mit dem Vater ausspricht. Als Begründung dafür wirft sie ihm Aggressionshandlungen und Grenzverletzungen vor. Die Gutachterin vermutet massive Loyalitätskonflikte des Kindes, die aus einer stark ambivalenten Beziehung der Kindeseltern zueinander resultieren. Sophie sichert sich dadurch ihre Beziehung zur Mutter, indem sie sich eindeutig auf ihre Seite stellt. Es gibt keine evidenten Nachweise tatsächlicher Gewalthandlungen von Seiten des Vaters, wobei sie auch nicht eindeutig ausgeschlossen werden können. Die Gutachterin empfiehlt aufgrund der massiven Irritation des Kindes eine psychotherapeutische Unterstützung für Sophie. Für die Dauer der Psychotherapie sollen die Besuchskontakte zum Vater ausgesetzt werden. Das Gericht schloss sich den Empfehlungen der Gutachterin an und verlangte von der Mutter den Nachweis, dass eine Psychotherapie eingeleitet wurde.

Die Mutter wendet sich in der Folge an mich mit der Bitte um Einleitung einer Psychotherapie. Im Erstgespräch mit der Mutter wird deutlich, dass sie damit vor allem dem Auftrag des Gerichtes nachkommen möchte, um sich im noch bevorstehenden Scheidungsverfahren vom Kindesvater keinen Nachteil einzuhandeln. Sie zeigt jedoch auch Sorge um ihr Kind und Interesse daran, Sophie die nötige Unterstützung für ihre weitere Entwicklung zukommen zu lassen.

Die Mutter beschreibt Sophie als ein gewissenhaftes Mädchen, das all ihre Aufgaben mit einer Tendenz zur Perfektion zu erfüllen versucht. Sie ist eine ausgezeichnete Schülerin und auf dem Weg, eine erfolgreiche sportliche Karriere einzuschlagen. Die Mutter selbst war in ihren Jugendjahren eine erfolgreiche Sportlerin und arbeitet nun als Trainerin in dieser Sportart. Sophie absolviert wöchentlich dreimal ein intensives Training, und es gibt immer wieder intensive Zeiten mit Wettkämpfen am Wochenende, die sie meistens gewinnt. Sie gilt als „Beste ihrer Altersklasse“. Der Alltag von Sophie ist somit stark bestimmt durch enge Stundenpläne (Schule, Hausübungszeiten, Trainingszeiten und Wettkampfzeiten) und lässt wenige Freiräume offen. Obwohl die Mutter mehrfach betont, Sophie müsse diese Sportart nur solange ausüben, wie sie selbst Freude daran habe, wird deutlich, dass es für die Mutter persönlich sehr wichtig ist, ihr Kind in diesem Bereich zu fördern. Die Organisation des Alltages gelingt der Mutter nur mit Hilfe der Großmutter mütterlicherseits. Auf Nachfrage berichtet die Mutter auch von Situationen, in denen Sophie zornig wird, besonders wenn ihr etwas nicht so gelingt, wie sie es sich vorgenommen hat oder Grenzsetzungen von Seiten der erziehenden Personen nötig werden. Darauf reagieren sowohl Mutter als auch Großmutter oft mit Strenge und Erklärungen, die an Sophies Vernunft appellieren und ihre Gefühle außer Acht lassen. Als Beispiel führt die Mutter an, dass Sophie am Vortag auf dem Schulweg einen Zornesanfall mit Toben und Weinen gehabt habe, als sie entdeckte, dass sie einen Sack mit Kastanien, den sie der Lehrerin mitbringen wollte, zu Hause vergessen hatte. Sie wollte unbedingt umkehren, um die Kastanien zu holen. Die Mutter hatte das Säckchen vor dem Weggehen gesehen und eingesteckt. Während des Zornesanfalles von Sophie scheint es der Mutter jedoch nicht angebracht, Sophies Gefühle der Enttäuschung zu verstehen und sie zunächst zu beruhigen und ihr zu sagen, dass sie das Säckchen dabei habe, sondern macht daraus wiederum eine „Leistungssituation“, in der sie Sophie erklärt, dass man sich eben zeitgerecht um seine Dinge kümmern müsse.

Es wurde vereinbart, die Therapie solange fortzusetzen, wie sie dem Entwicklungswohl des Kindes förderlich erscheint. Es war nicht erforderlich, die Therapieindikation und -planung als Voraussetzung für ihre Finanzierung durch ein Begutachtungsverfahren (bzw. für Österreich: für eine Kostenübernahme von Seiten der Krankenkasse) überprüfen zu lassen. Dadurch war es möglich, die Entwicklung der Diagnose im personenzentrierten Sinn im Verlauf des therapeutischen Prozesses zu verfolgen. Bislang haben 15 Stunden mit Sophie und 5 Beratungsgespräche mit der Mutter stattgefunden.

Die erste Stunde mit Sophie

Sophie beginnt die erste Stunde mit mir damit, gleich klarzustellen, dass sie nie wieder zu ihrem Papa gehen wolle und immer bei ihrer Mama bleiben wolle, und stellt unmissverständlich fest: „Ich mag nicht über meinen Papa reden, sonst komm ich nie wieder zu dir!“ Damit ist die Bedingung für unsere Beziehung klar.

Danach erkundet sie neugierig und interessiert, was sie hier spielen könne, und findet sehr schnell Kontakt zu mir, den sie weitgehend steuert und kontrolliert.

Ich erlebe sie als ein Kind, das ohne jedes Zögern von den möglichen Angeboten im Spielzimmer Gebrauch macht und sofort Aktivitäten setzt, die bald auch eine Reaktion meinerseits verlangen. Sie entschließt sich ein Bild zu malen und nimmt sehr schnell „Besitz“ von allen Malutensilien. In mir entsteht der Eindruck: Sie weiß genau, was sie will, und nimmt sich dafür, was sie braucht, und teilt mir sofort die Rolle der untergeordneten „Hilfskraft“ zu, die der Verwirklichung ihres Planes zu dienen hat. Diese erste Stunde macht mir klar, dass Sophie mich stark in meiner Präsenz und Authentizität fordert.

Ab der 2. Stunde kommt Sophie zu unserem Termin und strahlt schon im Vorzimmer bei der Begrüßung in freudiger und ungeduldiger Erwartung, um mir mitzuteilen: „Ich weiß schon, was wir heute spielen!“ Dieses Rollenspiel wird seitdem jede Stunde mit Variationen gespielt und macht die Bandbreite an emotionalen Erlebnisinhalten spürbar, die Sophie in sich trägt, die aber für ihr Selbstkonzept zu bedrohlich sind und daher nur verzerrt symbolisiert werden können.

Eine immer wiederkehrende Spielsequenz: „Kofa hat Geburtstag“

„Heute hat Kofa wieder Geburtstag“ teilt Sophie mir mit und erwartet mittlerweile von mir, dass ich genau weiß, was damit gemeint ist und was ich dabei zu tun habe. Kofa ist ein Biber und eines der vielen Stofftiere im Spielzimmer. Für ihn wird ein riesiges Fest gestaltet, zu dem alle anderen Tiere eingeladen werden. Die Chefin ist Sophie, sie plant und organisiert alles bis zum letzten Detail und teilt mich ein als ihre Helferin. Zunächst muss das Fest vorbereitet werden, wir backen eine Torte, machen Pizza und Schinkenbrote und packen viele Geschenke ein, rufen alle eingeladenen Tiere an, damit sie nicht vergessen zum Fest zu kommen und holen sie auch ab, damit sie es rechtzeitig schaffen hier zu sein. Als Hilfskraft bekomme ich ständig Aufträge im entweder höflichen oder herrischen Befehlston, manchmal muss ich sogar errahnen, was von mir gewünscht wird. Erfülle ich die Aufträge widerspruchslos, werde ich gelobt. Wage ich eine kleine Widerrede, werde ich stark getadelt oder bekomme erklärt: „Hier bestimme nur ich!“ Auch die eingeladenen Gäste (mindestens 15 Tiere aus der Spielecke) haben sich entsprechend zu verhalten und die Befehle der Gastgeberin zu befolgen. Selbst das Geburtstagskind Kofa darf keine eigenen Wünsche äußern (was ich stellvertretend gelegentlich versuche). Sophie verwendet zunächst 45 Minuten der Stunde für die Festvorbereitungen, in denen sie die

absolute Kontrolle über alle Vorgänge innehat, und verwendet die restlichen 5 Minuten der Stunde für das eigentliche Fest, während dem sie ihre alles kontrollierende Haltung aufgibt und einer nahezu grenzenlosen, von aggressiven Impulsen gesteuerten Emotion freien Lauf lässt, die jedoch so gestaltet wird, dass sie jederzeit als überfürsorgliche Tätigkeit dargestellt werden kann.

So wird Kofa mit den Geschenkpaketen beworfen und darunter begraben. Wenn ich dazu sage: „Kofa bekommt so viele Geschenke, der kriegt ja gar keine Luft mehr!“ antwortet Sophie: „Nein er kriegt alle Wünsche erfüllt.“ Am Ende der Stunde versinkt das Spielzimmer im Chaos von durcheinander liegenden Tieren, Geschenken, Tellern und Bechern und Tortenstücken aus Knete. Sophie ist von ihren Gefühlen aus dem Spiel so erregt, dass sie Unterstützung braucht, die Stunde beenden zu können. Doch sie strahlt über das ganze Gesicht.

Im Prozess der weiteren Stunden erhält das Spiel folgende Variationen bzw. Erweiterungen:

Die Schlange zeigt eigene Bedürfnisse und Gefühle (ab der 8. Std.)

Sophie kündigt an: „Heute ist die Schlange schlimm und folgt mir nicht“, und fordert mich auf, der schlimmen Schlange meine Stimme zu geben. Die Schlange sagt „Sophie ist eine blöde Sau, ein Arschloch“ und sie opponiert gegen Sophies strenges Kommando. Sophie antwortet: „Hier machen alle, was ich sage. Alle müssen mir helfen, die Schlange zu bestrafen.“ Es folgen schwere Strafen für die Schlange ohne jede Gnade. Sie wird eingesperrt und gequält, ihr Gift wird unschädlich gemacht, und sie hat fast keine Chance zu überleben. Sophie überlässt mir die Rolle, sowohl die Ängste als auch die Wut der Schlange zu verbalisieren und im Spiel darzustellen. Sie bleibt dabei weiterhin gnadenlos ohne jede Empathie für die Schlange. Je mehr sich die Schlange zur Wehr setzt, desto heftiger wird sie bestraft und bedroht. Als die Schlange ihre Wut in einem Gegenangriff auf Sophie ausdrückt, fällt Sophie „tot“ um, um kurz danach wieder lebendig zu sein und einzufordern, dass die Schlange nun weinend und um Entschuldigung bittend angekrochen kommen muss. Damit hat Sophie die Kontrolle wiedererlangt und herrscht die um Verzeihung flehende Schlange an: „Verschwind, aber gleich.“

In dieser Stunde verlangt Sophie von mir einerseits, die Rolle der Schlange zu übernehmen, die sowohl wütend als auch ängstlich ist, gleichzeitig verlangt sie im Spiel von mir, ganz an ihrer Seite zu bleiben und keinerlei Mitgefühl für die Schlange zum Ausdruck zu bringen.

Mama ist böse (ab der 12. Std.)

Sophie gibt am Ende der Stunde folgende neue Anweisung an mich: „Jetzt bist du meine Mama, und ich komme nach Hause, und du bist böse, weil ich so spät komme und nicht angerufen habe“. Ich drücke zunächst die Sorge der Mama um ihr Kind aus, werde aber dann böse, weil sie nicht angerufen hat. Sophie attackiert mich als Mama mit Schwertern und Boxhandschuhen derart heftig und ungebremst,

dass ich mich körperlich zur Wehr setzen muss. Daraufhin drückt sie ihre Aggression verbal aus, indem sie mich in der Rolle der Mama laut anschreit: „Verschwinde! Das ist jetzt mein Haus! Ich hab dein Handy verschenkt und deine Nummer gelöscht!“ Meine Versuche, ihre Gefühle der grenzenlosen Wut zu verbalisieren, überhört sie. Die Stunde und das Spiel sind nur derart zu beenden, indem ich darauf bestehe, die „Mamarolle“ zu verlassen und Sophie in die Realität zurückhole. („Jetzt bin ich wieder die Barbara und wir müssen unsere Stunde zu Ende bringen.“) Damit gelingt es mir auch, die unbedingte Wertschätzung für Sophie und ihre Gefühle aufrechtzuerhalten. Nachdem diese Spielsequenz zum ersten Mal stattgefunden hat, erzählt Sophie ihrer Mutter freudestrahlend „Wir haben heute gestritten!“

Da Sophie mir zeigt, dass sie sich ihren Gefühle bislang nur auf zwei Arten zuwenden kann, entweder durch Abspaltung oder durch impulsive Durchbrüche, führe ich in den kommenden Stunden Strukturhilfen ein, die als Schutz gegen die Bedrohung des Selbstkonzeptes erlebt werden können. Ich leite die Stunde ein mit den Worten: „Ich bin neugierig, ob heute wieder jemand zornig oder böse wird“. Sophie entscheidet dann, wer in dem Spiel (meist die Schlange) welche Gefühle (Wut) zeigen wird. Dann beziehe ich mich indirekt auf ihre Wut und frage: „Wie viel Zeit brauchst du am Ende der Stunde für das, was du am Ende spielen willst?“ Auch hier hat Sophie die Möglichkeit, einen zeitlichen Rahmen (meist antwortet sie: 5,5 Minuten) dafür festzulegen, für die Einhaltung Sorge dann ich.

Die Schlange hat einen Grund für ihr Verhalten (15. Std.)

In der 15. Stunde im Therapieprozess bestimmt Sophie, dass die Schlange „heute brav ist und erst dann schlimm wird“. Sie hilft zunächst kooperativ bei den Festvorbereitungen mit, um dann ungeduldig zu werden, weil sie nicht so lange auf die Geburtstagstorte warten möchte. Sie beginnt zu schimpfen, stiehlt sich dann ein Stück Torte, spuckt es aber wieder aus und attackiert die anderen Tiere/Festgäste. Bevor das übliche Bestrafungsszenario seinen Lauf nehmen kann, frage ich mich laut, „was wohl mit der Schlange los ist, dass sie heute wieder so unausstehlich ist?“ und bespreche mich mit anderen Tieren darüber. Hier kann Sophie einsteigen und schlägt vor, „wir machen eine Besprechungssitzung“. Dabei teilt sie uns mit: „Ich habe gehört, wie die Schlange in der Nacht geweint hat, weil sie zu ihrer Mama will. Aber die hat doch gar keine Mama, die ist doch tot. Oder hat sie uns angelogen und es gibt ihre Mama doch noch?“

Damit wurde erstmals ein Zugang zum empathischen Verstehen für das Verhalten der Schlange möglich. Oder ist es vielmehr ein Zugang zu Sophies eigenem Erleben in Bezug auf ihre Gefühle?

Nun soll die Supervision mir helfen, noch besser zu verstehen, was hier verstanden werden will.

3. Der Prozess der theoriegeleiteten Supervision

3.1 Die theoretische Grundlage

Die Supervisorin stellt ihre Fragen vor dem Hintergrund ihres Verständnisses der personenzentrierten Theorie der Entwicklung des Selbstkonzepts in der frühen Kindheit. Diese soll zunächst so weit kurz skizziert werden, als es für die theoretische Besprechung dieses Therapieprozesses notwendig ist.

Es ist davon auszugehen (siehe dazu: Biermann-Ratjen, 1996 und 2006), dass genau so wie im psychotherapeutischen Prozess auch in der frühen Kindheit Erfahrungen unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden, dass sie von einer anderen Person empathisch verstanden werden und das Kind von einer wichtigen Bezugsperson, die dabei nicht inkongruent wird, unbedingt positiv beachtet wird. Inkongruenz bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Bezugsperson sich nicht aller ihrer eigenen Erfahrungen im Kontakt mit dem Erleben des Kindes bewusst werden kann. Sie kann in diesem Moment des Kontaktes mit dem Kind ihre eigenen Erfahrungen nicht vollständig und korrekt symbolisieren und damit auch die Erfahrungen des Kindes – auf die sie ja reagiert – nicht vollständig und korrekt symbolisieren bzw. verstehen.

Es ist anzunehmen, dass Rogers Beobachtungen in Therapien mit Erwachsenen auch in der Spieltherapie mit Kindern gemacht werden können: dass sich Klienten bzw. Kinder dann, wenn ihnen eine andere Person diese Bedingungen – empathisches Verstehen, unbedingte positive Beachtung und Kongruenz – bietet, immer mehr über diejenigen ihrer Erfahrungen äußern bzw. sie spielend zum Ausdruck bringen, die mit ihrem Selbst zu tun haben. Das sind die Selbst- und Beziehungserfahrungen, deren Innenseiten sich im Kind abspielen und seine potentiellen Selbsterfahrungen darstellen. Und von diesen sind diejenigen, die das Selbstkonzept in Frage stellen bzw. mit diesem nicht zu vereinbaren sind, von herausragender Bedeutung.

Die Konzepte der Bindungstheorie (vgl. dazu Biermann-Ratjen & Eckert, 2002) sind für dieses Verständnis der Personenzentrierten Entwicklungstheorie von großer Bedeutung. Sie verdeutlichen, welcher Art die Erfahrungen sind, in denen das Kind vor allem und von allem Anfang an empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet werden muss. Diese Beachtung muss durch eine Bindungsperson erfolgen, in deren eigenen Emotionen die emotionalen Erlebnisinhalte des Kindes nicht untergehen dürfen – wenn es nicht Schaden an Leib und Seele nehmen soll. Zunächst muss das Kind verstanden werden in den noch nicht reflektierbaren bzw. noch nicht symbolisierten emotionalen Erfahrungen der Abhängigkeit seines körperlichen und psychischen Überlebens davon, körperliche und seelische Nähe zu einfühlsamen Pflegepersonen herstellen zu können. Andererseits muss es auch in dem Protest, wenn diese Nähe nicht hergestellt werden kann, verstanden werden. Dies kann sonst in eine lebensgefährliche Depression übergehen.

Auch Sterns (1992) Darstellungen der Entwicklung des „Sense of Self“ („Selbstempfinden“) sind für Personenzentrierte Psychotherapeuten äußerst hilfreich. Erstens misst Stern dem Bestreben, ein Selbstbild zu entwickeln, eine ebenso besondere organisierende Kraft bei, wie es das Personenzentrierte Konzept mit der Annahme einer Selbstaktualisierungs- und Selbsterhaltungstendenz – als zentrale Inhalte der Aktualisierungstendenz – tut. Und zweitens beschreibt Stern sehr detailliert auf der Grundlage der Ergebnisse der systematischen Säuglingsbeobachtung die Entwicklung dieses „Selbstempfindens“ im Verlauf der ersten Monate und Jahre der Säuglings- und Kleinkindzeit.

Im Personenzentrierten Konzept wird ferner angenommen, dass sich die Aktualisierungstendenz spaltet, sobald sich ein erstes Selbstkonzept – unter der Bedingung hinreichender Erfahrungen des unbedingten positiven Beachtetwerdens im Erleben – entwickelt hat. Es gibt nun eine Tendenz, sich in allen Möglichkeiten so zu entwickeln und zu differenzieren, dass sie den Organismus erhalten und fördern. Ein Selbstkonzept zu entwickeln und auch weiter zu entwickeln gehört zu diesen Möglichkeiten. Und daneben wird nun eine Tendenz beobachtbar, das Selbstkonzept in seiner gegenwärtigen Form zu erhalten bzw. zu verteidigen. Erfahrungen werden nun nicht mehr nur organismisch, d. h. im Hinblick darauf bewertet, ob sie solche der Entfaltung und Erhaltung des Organismus als Ganzem sind oder solche der Behinderung oder Bedrohung. Erfahrungen werden nun auch im Hinblick darauf bewertet, ob sie das Selbstkonzept bestätigen oder nicht. Und Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen, werden als bedrohlich erlebt und nach Möglichkeit dem Bewusstsein als Selbsterfahrungen vorenthalten. Das kann dazu führen, dass die organismische Bewertung der Erfahrung in den Hintergrund gedrängt wird.

Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen und als bedrohlich erlebt werden, wenn es nicht gelingt sie abzuwehren, sind

1. alle Erfahrungen, in denen, als sie zum ersten Mal gemacht wurden, das Kind nicht empathisch verstanden und unbedingt positiv von einer kongruenten Bezugsperson beachtet worden ist
2. alle Erfahrungen, jetzt nicht empathisch verstanden und unbedingt positiv in der Selbsterfahrung verstanden zu werden oder dass eine wichtige Bezugsperson auf die Erfahrungen des Kindes mit Inkongruenz reagiert.

Auch wenn das Kind eine Erfahrung macht, die das Selbstkonzept in seiner bestehenden Form in Frage stellt und dadurch als bedrohlich erlebt wird, kann es unbedingt positiv empathisch beachtet werden. Wenn das der Fall ist, kann das Kind auch diese seine Art, Inkongruenz zu erleben (z. B. in der Form von Angst) oder sich gegen Erfahrungen zu verteidigen (z. B. sie zu vermeiden oder zu verleugnen) in sein Selbstkonzept integrieren bzw., wenn die reflexive Funktion entwickelt ist, sich in dieser Erfahrung selbst verstehen und akzeptieren.

Wenn man sich vor Augen führt, dass dies die Bedingungen für die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept sind und die Möglichkeit besteht, auch im Erleben von Inkongruenz verstanden

zu werden, dann kann man sich die Entwicklung des Selbstkonzepts in der frühen Kindheit als eine Entwicklung in Phasen vorstellen:

- In einer ersten Phase werden – unter den genannten Bedingungen – erste, noch nicht symbolisierte affektive Selbsterfahrungen in der Regulation der Lebensprozesse in der noch sehr körpernahen Interaktion mit den ersten Bindungspersonen in das Selbstkonzept integriert.
- In einer zweiten Phase tauchen – immer noch präsymbolische – erste subjektive Erfahrungen auf und zugleich die Wahrnehmung der subjektiven Erfahrungen anderer. Nun kann das Kind auch wahrnehmen, ob es empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird oder nicht. Es kann sein Bedürfnis nach unbedingter positiver empathischer Beachtung durch Bezugspersonen, die auf sein Erleben nicht mit Inkongruenz reagieren, erfahren. Und es erlebt seine eigenen subjektiven Empfindungen in der Reaktion auf die Befriedigung oder die Frustration in diesem Bedürfnis. Auch diese Selbsterfahrungen kann es unter den genannten Bedingungen in sein Selbstkonzept integrieren oder, wenn diese Bedingungen fehlen, eben nicht.
- In einer dritten Phase geht es darum, dass das Kind in der Erfahrung seiner persönlichen Eigenarten, aber auch Begrenzungen – z. B. und vor allem als entweder weiblich oder männlich – wiederum empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird von kongruent reagierenden wichtigen anderen Personen.

Ein Vergleich dieser Phasen mit denen in Eriksons Entwicklungsmodell (Erikson, 1974; siehe auch Reisel, 2001) ist in der Regel sehr hilfreich, eine Vorstellung von den konkreten Erlebnisgehalten eines Kindes in einem bestimmten Alter zu gewinnen. Wir werden später in der Reflexion des Falles darauf zurückkommen.

3.2 Das Supervisionsgespräch¹

Die Therapeutin hat das 6½ Jahre alte Kind Sophie aus einer geschiedenen Ehe vorgestellt, die den Kontakt zum Vater „massiv“ verweigert. Die Behauptung des Kindes, der Vater sei ihr gegenüber gewalttätig und grenzverletzend, kann nicht bestätigt – aber auch nicht widerlegt werden. Eine Gutachterin (in der Frage des Besuchsrechts) beurteilt das Kind als so „deutlich emotional irritiert“, dass sie eine Psychotherapie empfiehlt. Sie vermutet, dass die Basis für die Irritation „massive Loyalitätskonflikte“ des Kindes in der Beziehung zu den beiden Eltern sind.

¹ Im vorliegenden Fall (Psychotherapie im Kontext eines Pflegschafts-/Gerichtsverfahrens) war eine Diagnosestellung nach ICD-10 nicht erforderlich und ist daher auch nicht erfolgt. Die Therapie wurde nicht von der Krankenkasse finanziert. Wir möchten jedoch dem Leser/der Leserin Anhaltspunkte für eine solche Diagnosestellung geben und hätten in diesem Fall aus den Möglichkeiten, die das ICD-10 dazu bietet, die Diagnose F93.8 (Sonstige emotionale Störung des Kindesalters) gewählt.

Die Therapeutin teilt den Eindruck der Gutachterin, dass das Kind „deutlich emotional irritiert“ sei. Sie leitet ihn ab aus der Erfahrung, dass Sophie ihre eigenen und die Emotionen der Therapeutin im Spiel ganz stark kontrolliert oder sie in der Personifikation der Schlange massiv bekämpft/bestraft, sowie auch in der Person des Vaters (indem sie ihr in der 1. Stunde klarmacht: „Ich mag nicht über meinen Papa reden, sonst komm ich nie wieder zu dir.“).

Die Therapeutin vermutet ferner – wiederum wie die Gutachterin –, dass die Eltern von Sophie in einen heftigen Kampf um „die Trophäe Sophie“ verstrickt sind, und konnte diesen Eindruck auch in den Gesprächen mit der Mutter gewinnen. Die Eltern haben bereits kurze Zeit, nachdem sie sich kennen gelernt hatten, geheiratet, 14 Monate später kam Sophie zur Welt. Die Mutter war zu diesem Zeitpunkt 38 Jahre alt. Der um 9 Jahre ältere Vater hatte bereits einen erwachsenen Sohn aus erster Ehe, für die Mutter, bisher kinderlos, war es die dritte Ehe. Die Mutter beschreibt den Vater als rechthaberisch und besserwisserisch, sie habe sich öfters von ihm stark kritisiert (in Bezug auf ihre Fähigkeiten als Mutter), zuweilen auch stark von ihm bedroht gefühlt. In einer Streitsituation habe sich die Mutter derart bedroht gefühlt, dass sie die Polizei gerufen habe und danach mit Sophie zu ihren Eltern geflüchtet sei. Im Anschluss daran kam es zur Trennung der Eltern, als Sophie 1 Jahr und 5 Monate alt war. Der Vater seinerseits bestreitet gegenüber der Gutachterin die Vorwürfe tätlicher Übergriffe auf seine Frau. Wie auch immer die Konflikte der Eltern nun tatsächlich ausgetragen worden sein mögen, eindeutig nachzuvollziehen bleibt, dass Sophie bereits im Alter von 1,5 Jahren eine Mutter hatte, die sich immer wieder durch den Vater bedroht gefühlt hat und dementsprechend reagiert hat (Polizei, Flucht zu ihren Eltern), und einen Vater hatte, der von früh an das Gefühl hatte, seine Frau wolle „ihr Kind für sich alleine haben“ und ihn von Entscheidungen in Bezug auf ihre gemeinsame Tochter fernhalten, was auch der Grund für viele Streitereien und Konflikte zwischen den Eltern war (aus den Angaben des Kindesvaters an die Gutachterin). Die Mutter stellt auch in Gesprächen mit der Therapeutin die Beziehung zu ihrem Mann als deutlich ambivalent dar. So wünscht sie sich einerseits eine Aussöhnung und Wiederannäherung (und phantasiert über die Möglichkeit, die Ehe aufrecht zu erhalten, da sie den Mann zu ihrer sozialen und finanziellen Absicherung benötigt). Aufgrund ihrer starken Unsicherheiten und Konfliktvermeidungstendenzen vermeidet sie aber auch ein Zusammentreffen mit ihm (egal, ob dieses einer Wiederannäherung oder der Abwicklung der endgültigen Scheidung dienen sollte). Dies alles stützt den Verdacht, dass die Eltern von Sophie in einen heftigen Kampf um „die Trophäe Sophie“ verstrickt sind.

Die Supervisorin äußert ihren Eindruck, dass die Therapeutin darüber hinaus folgenden Verdacht hat: Die Mutter von Sophie erlebt – unterstützt von ihrer eigenen Mutter – in extremer Weise die sportliche Karriere ihrer Tochter Sophie als Fortsetzung ihrer eigenen sportlichen Karriere.

Die Therapeutin bestätigt diesen Eindruck. Die Mutter von Sophie sei sogar noch weitergehend in extremer Weise davon abhängig, dass sie genauso wie ihre eigene Mutter eine gute und erfolgreiche Mutter einer leistungsstarken Tochter ist. Vereinbarte Therapiestunden werden wegen wichtiger Trainerstunden oder Wettkämpfe abgesagt. Zuletzt kam es deswegen zu einer dreimonatigen Unterbrechung der Therapie.

Die Art der Mutter, mit der Therapeutin in Beziehung zu treten, führt zu dem Eindruck, dass die Mutter ihre eigenen Anteile, aufgrund derer sie für Sophie kein empathisches Verstehen entwickeln kann, wiederum auf ihre eigene Mutter projiziert, wenn sie sich z. B. bei der Therapeutin darüber beklagt, dass eigentlich Sophies Großmutter diejenige sei, die mit den oppositionellen Tendenzen (Wut und Ärger, die Sophie ausdrückt) nicht umgehen könne und darauf sehr ungeduldig und aufbrausend reagiere, jedenfalls mit verbaler Abwertung, zuweilen auch mit körperlicher Bestrafung (Ohrfeigen, Klapse). Dies konnte von der Therapeutin auch tatsächlich beobachtet werden, wenn die Großmutter Sophie von der Therapiestunde abholte.

Die Supervisorin möchte ihre Vorstellung mit der der Therapeutin vergleichen und fragt deshalb die Therapeutin: „Verstehe ich das so richtig: In den Augen der Mutter ist Sophie nicht „deutlich emotional irritiert“. Sie denkt, ihr Kind ist nur gelegentlich zornig und protestiert dagegen, dass ihr nicht alles gelingt und sie nicht alles durchsetzen kann. Daher verlangt die Mutter – ohne jede Empathie – von Sophie wieder eine Leistung, nämlich die zu Begrenzungen gehörenden Gefühle – von Ohnmacht, Scham und wütendem Protest – durch vernünftiges Handeln entweder überflüssig zu machen oder sie vernünftig zu kontrollieren?“

Die Therapeutin bestätigt die Vorstellung der Supervisorin: „Genau so ist es. Dies kann bestätigt werden durch Anmerkungen der Mutter mir gegenüber während des Therapieprozesses: So merkte sie einmal an, dass ihr auffiele, dass Sophie am Tage der Stunde bei mir oder am Tag danach in der Schule unkonzentrierter wäre oder auch in der Nacht im Schlaf ängstlich aufschreckte und sich vergewissern müsste, dass „die Mami eh noch da sei“. Die Mutter war zunächst beunruhigt darüber, konnte jedoch die Erklärung meinerseits positiv annehmen, dass Psychotherapie auch bisher verborgen gebliebene Ängste ans Tageslicht bringen kann, was eigentlich das Ziel der Psychotherapie sei, um diese Ängste auch bearbeiten zu können. In Bezug auf oppositionelle Verhaltensweisen von Sophie erwähnte die Mutter in einem Gespräch mit mir, dass sie im Falle, dass Sophie auch einmal „frech“ zu ihr wäre, sie unangenehm an deren Vater erinnere. Das scheint zusätzlich Sophies Chancen zu vermindern, in ihren wütenden Gefühlen verstanden zu werden.“

Die Supervisorin beurteilt Sophie ebenfalls als „deutlich emotional irritiert“: Die Sechsjährige stellt sich im ersten Kontakt in keiner Weise als interessiert an empathischer und unbedingter positiver Beachtung dar, sondern als dominierend und kontrollierend und versetzt die Therapeutin damit in einen emotionalen Zustand, der nicht nur nicht leicht auszuhalten ist, sondern auch nicht leicht

mit einer empathischen unbedingt wertschätzenden Haltung zu vereinbaren. Ab der zweiten Stunde hat die Therapeutin als Hilfskraft von dem Kind als Bestimmerin Aufträge entgegenzunehmen und zu erfüllen – wenn die Therapeutin das tut, wird sie gelobt, wenn sie sich nicht angemessen bestimmen lässt, wird sie getadelt und zu rechtgewiesen. Das Kind erweitert zugleich den Kreis derer, die es kontrolliert. Und das kontrollierende Verhalten wird zunehmend ein kaum noch kontrollierbares.

Die Therapeutin kann in dieser Beschreibung der Supervisorin eine vollständige Symbolisierung dessen erkennen, was sie im Kontakt mit dem Kind erlebt. Was bis dahin im Kontakt mit Sophie als sehr anstrengend wahrgenommen wurde und für die Therapeutin eine Herausforderung an ihr „Kongruent-Sein und -Bleiben“ dargestellt hat, wird durch die folgenden gemeinsamen theoriegeleiteten Reflexionen mit der Supervisorin verstehbar. Damit gewinnt die Therapeutin wieder einen größeren Handlungsspielraum und einen Zugang zu ihrem empathischen Verstehen dafür, welche Selbsterfahrungen Sophie in ihrem Spiel zum Ausdruck bringt.

Die Supervisorin fährt fort:

Inhaltlich werden Wünsche nach Versorgung und Nähe bzw. Verfügbarkeit (im Sinne des Bindungsbedürfnisses) kontrolliert, u. a. dadurch, dass sie im Übermaß gewährt werden. Bestraft wird Protest (wiederum im Sinne des Bindungsbedürfnisses, das heißt Protest gegen die mangelnde Verfügbarkeit der Bindungsperson), und zwar durch Verlassen.

Die Supervisorin vermutet, dass sich das auch zwischen den Kindeseltern so abgespielt haben muss und ebenso zwischen der Großmutter und der Patientin.

Die Verfügbarkeit der Bindungsperson(en) ist das zentrale Thema in der frühesten Phase der kindlichen Entwicklung. Sophies Kreisen um dieses Thema und ihre Abwehr der damit verbundenen Gefühle durch kaum noch kontrollierbares bis ins Aggressive gehendes Kontrollieren ihrer Umwelt im Spiel spricht für eine Stagnation ihrer Entwicklung in einer frühen Entwicklungsphase.

Ab der achten Stunde wird der Protest in der Schlange personalisiert. Bestraft wird das, wogegen protestiert wird, nämlich ein (lebensgefährliches) Verlassen. Zunächst hat die Therapeutin dem Protest (bzw. der Schlange) die Stimme zu geben.

Die Therapeutin kann bestätigen, dass sie das „genau so“ verstanden habe, dieses Verstehen aber noch nicht an das Kind „adressieren“ könne, „weil es noch keinen Selbstanteil in Sophie gibt, der diese Botschaft ohne Bedrohung wahrnehmen kann.“

Die Supervisorin vermutet in den nun folgenden Inszenierungen durch Sophie Darstellungen ihrer Selbsterfahrungen in der Auseinandersetzung mit der Mutter. Das Kind erlebt seine Mutter als Unterwerfung fordernd, gnadenlos strafend, „tot umfallend“ oder verjagend – eben lebensgefährlich verlassend. Die Supervisorin fragt die Therapeutin, ob sie sich vorstellen könne, dass das Kind selbst in die Rolle der Mutter geht, weil „das Kind sich von dir Einfühlung in das erhofft, was es von der Mutter empathisch in Er-

fahrung bringt?“ Sophie erlebt zwar schon auftauchende Selbstgefühle. Sie nimmt solche auch schon in anderen wahr, d. h. sie kann sich auch schon in andere einfühlen. Sophie kann aber ihre Selbstgefühle– und damit auch das, was sie von den Gefühlen der Mutter auf dem Wege der Empathie erfährt – noch nicht klar reflektieren. Und das bedeutet auch, dass sie noch nicht sicher zwischen Selbsterfahrungen und dem, was sie durch Einfühlung in andere erfährt, unterscheiden kann.

Die Therapeutin antwortet: „Ich habe den Eindruck, dass es zunächst einmal darum geht, mich in die Rolle der Affekt-Versteherin zu bringen. Ja, es könnte darum gehen, sich in eine Mutter als Gegenüber eines wütenden Kindes einzufühlen, sich also in die Gefühle einzufühlen, die ein wütendes Kind jemand anderem macht. Es geht also darum, etwas über die Bezogenheit von Gefühlen zu lernen.“

Die Supervisorin macht der Therapeutin ihre unterstützende Rolle deutlich: „Es scheint mir, du hilfst Sophie, bei diesem „Streit“ mit der Mutter nicht unterzugehen“ und hilft der Therapeutin damit folgendes deutlicher wahrzunehmen: „Das ist es, was ich tue, und damit gelingt es mir, meine unbedingte Wertschätzung für sie nicht zu verlieren. Hier muss ich anmerken, dass Sophie in den Therapiestunden sehr gut in der Lage ist, die Ebene des Spiels von der Ebene der realen Beziehung zu mir als ihre Therapeutin/Spielpartnerin zu unterscheiden. Auf der realen Ebene kommt es zu keinem Kontrollverlust. Auch wenn ich von Sophie Rollenaufträge erhalte, in denen ich die Anteile der untergeordneten Hilfskraft oder der Auflehnung gegen Kontrolle und Grenzsetzungen (als Schlange) oder der bösen Mutter übernehmen soll und darin dann mit ihren Aggressionen und Machtansprüchen konfrontiert werde, die zuweilen im Spiel meine Grenze überschreiten, gelingt es immer, Sophie auf die Ebene unserer realen Beziehung zurückzuholen. Hier akzeptiert sie mich als kontrollierende Instanz.“

Die Therapeutin und die Supervisorin stellen gemeinsam fest, dass Sophie aber offenbar eines kontrollierenden Gegenübers bedarf bzw. in ihrem Spiel bisher noch keinen einzigen emotionalen Erlebnisinhalt gezeigt hat, in dem sie sich selbst kontrollieren, geschweige denn verstehen und akzeptieren kann.

In der Folge geht die Supervisorin darauf ein, dass die Therapeutin das Kind nach der 15. Stunde vorgestellt hat, in der „erstmal ein Zugang zum empathischen Verstehen für das Verhalten der Schlange“ bzw. „zu Sophies eigenem Erleben in Bezug auf ihre Gefühle“ möglich wurde.

Die Schlange (Sophie?), zunächst kooperativ, wird ungeduldig, will nicht mehr auf Wunscherfüllung (Verstehen, wie es ihr geht) warten und protestiert. In einer „Besprechungssitzung“, in der es darum gehen soll, herauszufinden, warum sich die Schlange derart benimmt, weiß Sophie zu berichten, dass die Schlange geweint hat, weil sie zu ihrer Mama will.

Was will hier verstanden werden, wenn Sophie dann sagt: „Aber die hat doch gar keine Mama. Die ist doch tot. Oder hat sie uns angelogen und es gibt ihre Mama doch noch?“

Fragt sich Sophie, ob sie mit ihren Gefühlen ihre Mama töten kann – also Schuld hat, wenn diese sie verlässt? Oder denkt sie, sie kann ihre Mama dadurch verlieren – dazu bringen, dass sie sie verlässt, indem sie veröffentlicht, sie habe gar keine (gute) Mutter? Oder ist Sophie ganz böse – eine Lügnerin, wenn sie behauptet, sie habe keine (gute) Mutter? Also wiederum die Schuldige, wenn es zu einer Trennung von der Mutter kommt?

Darauf antwortet die Therapeutin: „Vielleicht muss hier verstanden werden, welcher verwirrender Kampf es ist, die eigenen Gefühle von den Gefühlen anderer unterscheiden zu lernen? Und wie schwer es ist, die Bezogenheit der Gefühle zu erkennen und sich in dieser Erkenntnis bestätigen zu lassen bzw. sich diese Erkenntnis nicht nehmen zu lassen. Sophie hat sicher erlebt, dass sie ihre Mutter durch ihre Gefühle „töten“ kann – also dazu bringen kann, sich innerlich von ihr zu entfernen, statt sie empathisch unbedingt positiv in diesen Gefühlen zu beachten.“

In der Folge wenden sich Supervisorin und Therapeutin der Frage zu, in welcher Entwicklungsphase dieses vermutete Problem von Sophie eine Rolle spielt: zwischen den eigenen Gefühlen und denen ihrer Mutter zu unterscheiden und vor allem herauszufinden, welche Interaktionen es zwischen diesen gibt, speziell was die Frage von Ursache und Wirkung (von Gut und Böse) anbelangt.

Sie fragen: In welcher Entwicklungsphase (bezogen auf das Personenzentrierte Entwicklungskonzept, auf Sterns Entwicklungsmodell des Selbstempfindens und auf Eriksons Modell der psychosozialen Entwicklung) war Sophie, als ihre Eltern sich trennten?

Welche waren die phasenspezifischen emotionalen Erlebnis-inhalte? Gab es Raum für eine empathische unbedingte positive Beachtung des Kindes in dieser Zeit?

Die Therapeutin geht davon aus, dass Sophie zwar zum Zeitpunkt der Trennung der Eltern ca. 18 Monate alt war, aber auch schon davor die Beziehung der Eltern durch Konflikte belastet war, die sicherlich auch die Fähigkeit beider Elternteile beeinträchtigt haben, sich in das Kind einzufühlen und es unbedingt und kongruent in seinem Erleben und dessen Ausdruck wertzuschätzen. Sichtlich war Sophie von Beginn an eine „Trophäe“, um deren Eroberung die Eltern kämpfen mussten. Wenn Sophie also eine derart prominente Funktion in der Beziehung ihrer Eltern darzustellen hatte, ist anzunehmen, dass für ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse nicht immer das nötige Ausmaß an unbedingter positiver Beachtung zur Verfügung stehen konnte.

Nach der Selbstentwicklungstheorie von Stern (1992) ist es in der Zeit vor der Trennung der Eltern bei Sophie um die Entwicklung des Empfindens eines subjektiven Selbst und in weiterer Folge (nach der Trennung der Eltern) um die Entwicklung des verbalen Selbst gegangen. Nach Stern (1992) bildet sich zwischen dem siebten und 15. Monat die Empfindung eines subjektiven Selbst heraus. Das Kind erfasst nun, dass es ein eigenes inneres subjektives Erleben hat, dass andere so etwas auch haben, dass das eigene innere Erleben nicht identisch ist mit dem inneren Erleben einer anderen Person

und dass man mit einer anderen Person über diese inneren Zustände kommunizieren kann. Kinder sind in hohem Maße an dieser Inter-subjektivität interessiert. Wenn sie in diesem Interesse abgewiesen werden, hat das schwerwiegende Folgen. Es geht in dieser Entwicklungsphase darum, wie viel „Mit-Teilen“ mit anderen Menschen bzw. wie viel psychische Isolierung und Einsamkeit erlebt werden. Und es geht auch in der Entwicklungsphase danach, in der sich das verbale Selbst entwickelt, darum, wie diese Selbsterfahrungen symbolisiert und z. B. in Worte gefasst werden können.

Nach Eriksons Entwicklungsmodell (Erikson, 1974; siehe auch Reisel, 2001) beginnt sich das Kind im Verlauf des zweiten und dritten Lebensjahres von der Mutter abzulösen und seinen eigenen autonomen Willen zu erleben. Es kann sich nun aktiv von der Mutter wegbewegen und auch wieder zu ihr hinbewegen. Gleichzeitig will es vermehrt Dinge selber machen und ist immer besser in der Lage, seine Bedürfnisse auch verbal zu artikulieren. Nach Erikson „wird das ganze Stadium zu einem Kampf um Autonomie. Denn während das Kind sich darauf vorbereitet, fester auf seinen eigenen Füßen zu stehen, lernt es auch, seine Welt als „ich“ und „du“ und „mir“ und „mein“ abzugrenzen“ (Reisel, 2001, S.110). Das Ziel dieser Entwicklungsstufe ist demnach, „das Gefühl der Selbstbeherrschung ohne Verlust der Selbstachtung“ zu erfahren und dies gilt, nach Erikson, „als ontogenetische Quelle des freien Willens“. Ist das Kind in dieser Phase einer übermäßigen Beherrschung bzw. Missachtung von Seiten der Eltern unterworfen, dann resultiert daraus ein „Hang zu Scham und Zweifel“.

Unter dem Aspekt einer in Phasen verlaufenden Selbstkonzeptentwicklung im Rahmen des Personenzentrierten Konzeptes (Biermann-Ratjen, 1996, 2006) ist davon auszugehen, dass Sophie schon in ihren primären Bindungsbedürfnissen wenig empathisches Verstehen und vor allem wenig unbedingte positive Beachtung gefunden hat von Eltern, die kaum in der Lage waren, in der Reaktion auf sie kongruent zu bleiben. Besonders Sophies Erfahrungen von (Trennungs-)Angst und Wut (Protest gegen das – auch emotionale – Verlassenwerden) sind sicher nicht korrekt verstanden und symbolisiert worden und konnten daher auch nicht in ihr Selbstkonzept integriert werden.

Für Sophie gibt es also bislang keine Möglichkeit, sich eine positive Erfahrung in Zusammenhang mit ihren Bindungsbedürfnissen vorzustellen (diese hat sie kaum in ihr Selbstkonzept integrieren können) vor allem aber mit den Gefühlen Wut und Angst (in bindungsrelevanten Situationen). Versuche, eine Hoffnung auf Verstandenwerden mit ihnen zu verbinden, drückt Sophie im Spiel aus, indem diese Gefühle der Schlange und dann der Mutter zugeschrieben werden.

Aber jetzt, in der 15. Stunde im Therapieverlauf, bringt Sophie nicht nur diese beiden, die Schlange und die Mutter, sondern auch die Wut und die Unerreichbarkeit der Mutter in einen Zusammenhang. Man könnte auch sagen, das Kind symbolisiert die emotionalen Erlebnis-inhalte, in denen sie Wut erlebt, vollständiger: Es

geht um die Probleme, sich sicher gebunden fühlen zu können oder sich verlassen bzw. vom Verlassenwerden bedroht zu sehen. Sophie deutet an, dass in ihr die Frage brodet, wer wie wirklich fühlt bzw. wer hier die Verantwortung dafür hat oder die Schuld daran trägt, dass jemand „böse“ wird. Erikson (1974) würde sagen, Sophie macht Erfahrungen, die später als Scham und Zweifel erlebt werden.

Die Therapeutin berichtet, dass nach dieser Stunde alle Stunden von der Kindesmutter abgesagt wurden, weil das Kind entweder krank war oder für wichtige Wettkämpfe vorbereitet werden musste. Erst 3 Monate später hat sich die Mutter wieder gemeldet und neue Stunden vereinbart.

4. Conclusio – Was will hier verstanden werden?

Es ist anzunehmen, dass der Austausch über Affektzustände – im Sinne Sterns – zwischen Sophie und ihrer Mutter nur bedingt gelingen konnte. Und wenn es ihn gegeben hat, wird er stärker von den subjektiven Befindlichkeiten der Mutter bestimmt gewesen sein als von denen des Kindes. Es ist vorstellbar, dass in dieser Zeit, in der dem Bedürfnis nach „Mit-Teilen“ des Erlebens besondere Bedeutung zukommt, Sophies Bedürfnisse danach weitgehend unbefriedigt geblieben sind. Es ist also ein Defizit in der Phase entstanden, in der es darum geht, Gefühle explizit durch das Mitteilen und auch Teilen mit einem wichtigen anderen unterscheiden und zuordnen zu lernen. Es kommt heute in der Verwirrung Sophies zum Ausdruck, wenn es um ihre eigenen Gefühle geht. So weiß sie z. B. nicht so genau, warum und wie sie selbst dem Vater gegenüber empfindet. Sie weiß nur, was die Mutter diesbezüglich von ihr erwartet.

Wenn man Sophies Entwicklungsbedingungen aus der Perspektive von Eriksons Entwicklungsmodell (1974) betrachtet, liegt die Vermutung nahe, dass Sophie nur wenig Gelegenheit hatte, sich im Erleben ihres autonomen freien Willens empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt zu fühlen. Vermutlich haben ihre Eltern auf den Ausdruck des autonomen Willens ihrer kleinen Tochter mit heftigen eigenen Gefühlen reagiert und konnten daher in ihrer Reaktion auf das Kind nicht kongruent bleiben. Ging es ihnen doch vorrangig darum, dass sich das Kind für den jeweils einen und gegen den anderen Elternteil entschied. Das Ziel dieser Entwicklungsphase, „das Gefühl der Selbstbeherrschung ohne Verlust der Selbstachtung“ (Erikson 1974, S. 111) scheint von Sophie jedenfalls nicht erreicht worden zu sein.

Im Rahmen der Entwicklungslehre des Personenzentrierten Konzepts (Biermann-Ratjen, 1996, 2006) nehmen wir an, dass in einer zweiten Phase – immer noch präsymbolische – erste subjektive Erfahrungen auftauchen und zugleich die Wahrnehmung der subjektiven Erfahrungen anderer möglich wird. Nun kann das Kind auch wahrnehmen, ob es empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird oder nicht. Es erlebt seine eigenen subjektiven Empfindungen in der Reaktion darauf und kann auch diese

Selbsterfahrungen unter den genannten Bedingungen in sein Selbstkonzept integrieren oder, wenn diese Bedingungen fehlen, eben nicht.

Sophie kontrolliert, bestimmt und organisiert Versorgung und die Regulation von Nähe. Das heißt, sie wehrt die in der psychischen Entwicklung frühesten Gefühle ab, die in Zusammenhang mit dem Angewiesensein auf die Nähe stehen, die Bindungspersonen geben. Sie ist für sie Erfahrungen, die sie nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbaren kann. Sie kommt offenbar nicht einmal auf den Gedanken, dass sie in Bezug auf diese Gefühle unbedingte positive Beachtung erfahren könnte. Sie erlebt den Protest gegen das „nichts zu sagen haben“ in diesem Erfahrungsbereich und die diesen Protest und das Verlassenwerden begleitenden Gefühle von Wut, als böse. Auch diese Gefühle sind offenbar nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbar. Sophie ist in dem Wunsch nach positiver Beachtung in ihrem frühesten eigenen emotionalen und intentionalen Erleben nicht gesehen und befriedigt worden. Auch die Gefühle, mit denen sie diese Wünsche abgewehrt hat, konnte sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren. Sie erlebt nun Angst, wenn solche Reaktionen angemessen wären, vor allem Angst vor dem Allein- und/oder Bösessein. Bisher gibt es keine sicheren Anzeichen dafür, dass sie sie als ihre eigenen Gefühle identifizieren kann. Bislang schreibt sie diese anderen (der Schlange, der Mutter) zu.

5. Verlauf der auf die Supervision folgenden Therapiestunde

Nach dreimonatiger Pause kommt Sophie zu ihrer Stunde (16. Std.) so, als ob es keine Unterbrechung gegeben hätte. Sichtlich erfreut, aus der Obhut ihrer Großmutter entlassen zu sein, stürmt sie ins Spielzimmer und gibt ihre Anweisungen zum Spiel: Diesmal sollen Kofa, Sophie und ich einen Ausflug in die Berge unternehmen, ausgerüstet mit Picknick und einem Zelt. Die Vorbereitungsarbeiten gestalten sich diesmal etwas mehr als bisher als gemeinsames Unterfangen. Ich darf auch meine Vorschläge einbringen und umsetzen und bin nicht mehr alleinige Befehlsempfängerin. Sophie fragt mehrfach nach, wie viel Zeit uns noch verbleibe, und kündigt bereits 20 Minuten vor dem Ende der Stunde an: „Jetzt spielen wir wieder, du bist meine Mama und wirst ganz böse, weil ich nicht nach Hause gekommen bin“. Im Unterschied zu den Stunden davor bekommt das „böse Kind Sophie“ sehr viel Platz und beschimpft und entwertet die Mutter auf jede nur erdenkliche Art und Weise und macht diese dabei völlig macht- und hilflos. Sie ruft ihr zu: „Ich war im Zelt, und dort war es viel schöner als bei dir!“ und zertrampelt dann Mamas Lieblingsblumenbeet. Ich versuche meine zugewiesene Rolle als Mama auf zweierlei Art zu gestalten. Einerseits verbalisiere ich meine Wahrnehmung, dass es das Kind draußen in der Welt viel schöner findet als zu Hause (was Sophie bestätigt) und der Mama auch mal weh tun möchte. Andererseits verleihe ich der Mutter eine

Stimme und lasse sie darüber jammern und klagen, dass das Kind ihr Blumenbeet zerstört. Nachdem Sophie mehrfach die Mutter attackiert und leiden gesehen hat, sagt sie: „Na gut, jetzt bin ich lieb und mache der Mama ein neues Blumenbeet.“ Ich lasse die Mutter ihre Erleichterung und Freude darüber ausdrücken. Doch hier kommt Sophies Antwort: „Das neue Blumenbeet hat eine gute Fee gemacht, weil ich bin böse.“ Hier geht die Stunde zu Ende und Sophie lässt sich leichter als bisher zu einem Abschluss bewegen, nachdem sie sich versichert hat, dass sie bald wiederkommen dürfe.

6. Abschließender Kommentar von Supervisorin und Therapeutin

Supervisorin: Es ist wie so oft: Es kommt mir vor, als hätte Sophie unser Supervisionsgespräch aufmerksam mitverfolgt und sich dabei verstanden gefühlt. Jedenfalls kann sie jetzt bestimmte Erfahrungen als ihre ansehen. Zunächst spielt sie zum ersten Mal das Kind Sophie, und zum anderen gleich das „böse“ Kind. Das „Böse“ durchläuft dabei eine wichtige Entwicklung: Zunächst ist Sophie in ihrem Spielverhalten weniger „böse“ als bisher, in dem Sinne, dass sie es dir leichter macht, das Gefühl der unbedingten positiven Beachtung ihr gegenüber aufrecht zu erhalten. Dann inszeniert sie das, was sie bewegt, erstmals in einem Rollenspiel, in dem sie Dir, der Therapeutin die Rolle der Mutter in einer bindungsrelevanten Situation zuschreibt. Sie macht die Mutter damit „böse“, indem sie die Distanz zur Mutter bestimmt. Sophie lässt dann das „Bösesein“ der Mutter im Spiel nicht gelten, besteht auf ihre eigenen Gefühle und den ihnen entsprechenden Entscheidungen darüber, wie nahe sie der Mutter sein will, und zerstört dann das Blumenbeet der Mutter (das schöne Bild, das sich die Mutter von Sophie oder von sich selbst gemacht hat).

Nachdem die Therapeutin (als Mutter) bei ihren eigenen Gefühlen geblieben ist und damit die Selbsterfahrung von Sophie – „ich

bin böse“ – respektiert hat, kann Sophie auch wieder „lieb“ sein. Als die Mutter (Du, die Therapeutin) das keineswegs „unbedingt“, sondern erleichtert und erfreut wertschätzt, macht Sophie erneut deutlich, dass sie unbedingt, also auch im „Bösesein“ verstanden werden will. Nur wenn sie auch im Bösesein verstanden wird, kann sie sich als mit sich selbst identisch und als selbst bestimmt erleben.

Therapeutin: Das theoriegeleitete Verstehen des Therapieprozesses findet eine nochmalige Bestätigung in einer weiteren darauf folgenden Stunde (17. Std.). Sophie beginnt sofort damit, ihre Beziehung zu ihrer Mutter zu inszenieren. „Heute spielen wir gleich, du bist meine Mama und wirst böse auf mich“. Die ganze Stunde geht es genau darum: dass Sophie ein böses Kind sein kann, dass trotzdem von der Mama nicht weggeschickt wird. Sophie wandert im Spiel nach Amerika aus, wo sie ein „viel schöneres Leben“ hat als zu Hause, nämlich ein selbst bestimmtes, autonomes Leben. Die Mama darf sie dort nur besuchen, wenn sie dazu eingeladen wird. Wenn die Mama auf Besuch kommt, wird sie äußerst unfreundlich behandelt, beschimpft und abgewertet. Wenn die Mama daraufhin wieder abfährt, muss sichergestellt werden, dass sie auch wiederkommt, egal wie das Kind sie behandelt hat.

Wir wollten mit dieser Darstellung anschaulich nachvollziehbar machen, wie förderlich die Verschränkung von Praxis und theoriegeleitetem Verstehen für den Therapieprozess einer Kindertherapie sein kann. Als Therapeutin von Sophie hilft mir der Supervisionsprozess, meine unbedingte Wertschätzung für das Kind aufrechtzuerhalten und mein empathisches Verstehen darauf zu richten, wofür es in der Therapie mit Sophie geht. Erst wenn sie sich sicher sein kann, dass sie auch im Bösesein verstanden worden ist, wird sie solches Bösesein als einen selbst bestimmten Teil ihres Selbst erleben können, ohne fürchten zu müssen, verlassen zu werden. Erst dann wird sie möglicherweise auch eine eigene, selbst bestimmte Stellungnahme zu den bislang verweigerten Besuchskontakten zu ihrem Vater äußern können.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hg.). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. Göttingen, Hogrefe, S. 9–28
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). *Klientenzentrierte Entwicklungslehre*. In: Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, S. 73–91
- Biermann-Ratjen, E.-M. und Eckert, J.: *Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie*. In: Strauss, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.). (2002). Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer. S. 9–16
- Erikson, E. H. (1974). *Der Lebenszyklus: Die Epigenese der Identität*. In: Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. Stuttgart: Klett-Cotta
- Reisel, B. (2001a): *Das Personenzentrierte Entwicklungsmodell. Zum Verständnis kindlicher Entwicklung im Personenzentrierten Ansatz*. In: Frenzel P., Keil W., Schmid P. & Stölzl N. (Hrsg.): Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas. S. 96–118
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta

Autorinnen

Eva-Maria Biermann-Ratjen, Dipl.-psych., 1939, Klinische Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG und in der DPGG, Gastausbilderin in der Sektion Forum der APG, im Ruhestand, Hamburg.

Barbara Reisel, Dr., 1961, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin, Lehrtherapeutin der Sektion Forum in der APG; Leiterin des Weiterbildungscurriculums für „Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ der Sektion Forum in der APG gem. mit der VRP, Psychotherapeutische Arbeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen, Familien und Erwachsenen, Wien.

Korrespondenzadresse

Dr. Barbara Reisel
Leegasse 9/11
A- 1140 Wien
E-Mail: barbara.reisel@chello.at

Anna Julia Wittmann

Personzentrierte Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch

Eine Kasuistik zur Verdeutlichung zentraler Spiel- und Symbolisierungsprozesse

Zusammenfassung: *In ihrem Spiel können Kinder Problemlöseverhalten entwickeln und ihre Konzepte (= Schemata) von der Welt, von ihrem Selbst und von ihren Beziehungen zu anderen Menschen weiterentwickeln und modifizieren. Dieser Effekt wird in der klientenzentrierten Spieltherapie u. a. durch den Aufbau einer freundlichen Beziehung zum Kind, seine vollständige Annahme sowie das respektvolle Aufgreifen und Spiegeln seiner Gefühle und Kognitionen unterstützt. In der Schilderung des spieltherapeutischen Prozesses mit einem vierjährigen sexuell missbrauchten Mädchen wird aufgezeigt, wie es dem Kind gelingt, entscheidende Schemamodifikationen vorzunehmen: So lernt es, ambivalente Gefühle in Bezug auf den Täter zuzulassen, zwischen vertrauenswürdigen und nicht vertrauenswürdigen Menschen zu unterscheiden, ein positives Selbstbild aufzubauen und sich zu wehren.*

Stichwörter: *personzentrierte Spieltherapie, sexueller Missbrauch, Selbstheilungskräfte, Schemamodifikationen*

Abstract: *Person-centred play therapy with sexually abused children — a casuistry to show central processes of play and symbolization. Playing can help children to generate solutions for problems and to develop and modify their concepts (=schemes) of the world, of their selfs and of their relations to other people. In the client-centered play therapy this effect is supported among other things by building up a friendly relation to the child, by his/her full acceptance and the respectful reflection of his/her feelings and cognitions. The following paper outlines the therapeutic process with a four-year-old girl who was sexually abused. It is shown how the child manages to modify crucial schemes: She learns to permit ambivalent feelings regarding the culprit, to differentiate people who are trustworthy from people who are not, to develop a healthy self-esteem and to defend herself.*

Keywords: *Person-centred play therapy, sexual abuse, self-healing forces, scheme modification*

Einleitung

An einem Fallbeispiel wird aufgezeigt, dass personzentrierte Spieltherapie eine effektive Methode darstellt, sexuell missbrauchten Kindern bei der Verarbeitung ihrer belastenden oder traumatisierenden Erlebnisse zu helfen. Der ausführlichen Darstellung des Therapieverlaufs und dessen Reflexion vor dem Hintergrund theoretischer Annahmen und empirischer Erkenntnisse ist eine thematische Einführung vorangestellt.

Theoretischer Hintergrund

Grundzüge der personzentrierten Kinderspieltherapie

Die personzentrierte Spieltherapie geht auf Virginia Axline zurück, die in der Mitte des letzten Jahrhunderts die „Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren“ begründete (Axline, 1947/1997). Wie es der Name bereits sagt, stellt das Spiel in der *Spiel*therapie das zentrale Medium der Kommunikation des Kindes dar, und zwar sowohl seiner Kommunikation mit dem Therapeuten oder der Therapeutin als auch der Kommunikation mit sich selbst (Schmidtchen, 1996): Als Mittel der Informationsübertragung wird die Spielhandlung dazu genutzt, dem Therapeuten oder der Therapeutin wichtige

Erlebnisse, Gedanken, Gefühle etc. mitzuteilen. Als Mittel der Selbstkommunikation kann das Kind das Spiel dazu nutzen, unangenehme Erfahrungen zu verarbeiten. Allgemein ist Spielen in der Kindheit die wichtigste Form der Daseinsbewältigung (Oerter, 1997). Im Spiel hat das Kind die Möglichkeit, seine Konzepte von der Welt, von seinem Selbst und von seinen Beziehungen zu anderen Menschen weiterzuentwickeln oder zu modifizieren, wenn sie zu begrenzt oder unrealistisch sind. Bezogen auf bestimmte Unterkategorien des Welt-, Selbst- und Beziehungskonzeptes benutzt Schmidtchen (1996) in Anlehnung an Piaget (1945/1969) den Begriff „Schema“ und definiert Schemata als grundlegende Organisationsmuster psychischer Prozesse, die in zielgerichteter Weise die Handlungen des Individuums steuern. Insbesondere im Phantasiespiel können bestimmte Komponenten von Schemata trainiert, korrigiert sowie erweitert und es können auch neue Schemata entwickelt werden (Schmidtchen, 1996). Piaget (1945/1969) hat diese beiden Verarbeitungsformen als Assimilation und Akkommodation bezeichnet. Dadurch, dass im Spiel auf ungefährliche Weise mit veränderten und neuen Verhaltensweisen experimentiert werden kann, ermöglicht das Spiel ein emotional-geistiges Probehandeln (Schmidtchen, 1996), das die Kompetenz und das Selbstwertgefühl des Kindes steigert (Mogel, 1994) und später in die Realität übertragen werden kann.

Damit ein Kind in der Therapie auf heilungsfördernde Weise spielen kann, bedarf es bestimmter Voraussetzungen. Axline (1947/1997) formulierte diese Voraussetzungen in Form von acht Prinzipien, die sie aus der von Carl Rogers entwickelten Gesprächspsychotherapie und Persönlichkeitstheorie abgeleitet hat (Rogers, 1942a/1972, 1951a/1973) und die weitgehend auch heute noch als wertvoll für die Gestaltung von Spieltherapien erachtet werden (Kaatz, 1998). So bezeichnet Axline den Aufbau einer warmen, freundlichen Beziehung zum Kind und die vollständige Annahme des Kindes – also seine unbedingte Wertschätzung – als zwei basale Prinzipien. Diese Haltung und Form der Beziehungsgestaltung sind unabdingbar dafür, dass das Kind in der Therapie seine Gefühle und Erlebnisse „ausspielen“ kann, was einen ersten und wichtigen Schritt zur Bewältigung und Heilung darstellt (Körner, 2002). Die grundsätzliche Annahme des Kindes mit all seinen Gefühlen, Gedanken und Handlungen beinhaltet die Anerkennung seiner störenden Verhaltensweisen als einen Versuch, auf seine Inkongruenz aufmerksam zu machen und/oder sie zu bewältigen (Weinberger, 2001).

Des Weiteren benennt Axline (1947/1997) das Erkennen und Reflektieren der Gefühle des Kindes als wichtige Voraussetzung für den Heilungsprozess. Während Axline das Spiel des Kindes hauptsächlich verbal begleitete, erfolgen die Interventionen heutiger Spieltherapeuten und -therapeutinnen auch auf der Spielebene: Was sie vom Selbst-, Welt- und Beziehungskonzept des Kindes zu verstehen haben glauben, teilen sie ihm nicht nur in sprachlicher Form, sondern auch durch eigene Spielhandlungen, beispielsweise in szenischer Weise innerhalb eines Rollenspiels, mit. Die wertschätzende Haltung der Therapeutin oder des Therapeuten vermittelt sich dem

Kind ebenfalls nicht nur verbal, sondern in einem beträchtlichen Maße auch nonverbal, so z. B. darüber, wie es angeschaut wird. Für die Ausweitung der Konzepte von Wertschätzung und Empathie in den nonverbalen Bereich prägte Behr (2003) den Begriff der Interaktionsresonanz. Die jeweilige Handlungsantwort des Kindes auf die Resonanz des Therapeuten oder der Therapeutin kann Aufschlüsse darüber geben, ob es sich tatsächlich angenommen und richtig verstanden fühlt oder nicht (Schmidtchen, 1996). Durch das respektvolle Aufgreifen und verbale oder auch nonverbale Mitteilen der Gefühle, Kognitionen und Bewertungen des Kindes wird diesem geholfen, sich zu entdecken und sich verstehen zu lernen. Verleugnete und verzerrt wahrgenommene Gefühle und Bewertungen können zum Ausdruck kommen und einer Verarbeitung zugänglich werden. Im Laufe der Therapie kann das Kind seine Erfahrungen immer korrekter wahrnehmen (d. h. symbolisieren) und in sein Selbstbild integrieren (Schlippe-Weinberger, 2004; Weinberger, 2001). Spieltherapie setzt also nicht an einem spezifischen Symptom des Kindes an, sondern zielt in erster Linie auf das Wachstum der kindlichen Persönlichkeit, zu dessen Förderung eine bestimmte therapeutische Haltung realisiert wird und womit der Abbau der kindlichen Verhaltensstörungen einhergeht (Riedel, 1997; Schmidtchen, 1993).

Die therapeutische Haltung betreffend ergänzte Axline (1947/1997), dass das Kind in der Therapie den Weg weist und der Therapeut bzw. die Therapeutin ihm folgt. Jegliche Beeinflussung des Kindes lehnte Axline ab und vertrat das non-direktive Verhalten des Therapeuten oder der Therapeutin als absolute Forderung. Während sie beispielsweise davor warnte, in Reaktion auf bestimmte Verhaltensweisen des Kindes Lob zu äußern oder Spielvorschläge zu machen, hält Schlippe-Weinberger (2004) es für förderlich, wenn der Therapeut oder die Therapeutin in bestimmten Situationen eigene Spielideen äußert, um dem Kind weitere Ausdrucksmöglichkeiten anzubieten und/oder ein Thema zu vertiefen. Auch Schmidtchen (1996) ist der Meinung, dass der Therapeut oder die Therapeutin Verhaltensweisen, die heilungsfördernde Veränderungen in Gang setzen, verstärken sollte. Außerdem weist er darauf hin, dass ein Kind nur dann alleine den Weg weisen kann, wenn es über die (intellektuellen und psychischen) Voraussetzungen dazu verfügt. Bei Kindern, deren Selbstheilungsfähigkeiten überfordert sind, erachtet Schmidtchen (1996) es für notwendig, direkte Hilfen zu geben. Dazu gehören Vorschläge und Anweisungen oder auch Modellverhalten, das der Therapeut oder die Therapeutin in der Rolle als Mitspieler oder Mitspielerin zeigen kann.

Rahmenbedingungen einer Psychotherapie mit sexuell missbrauchten Kindern

Durch sexuellen Missbrauch können Kinder massiv in ihrer intellektuellen und sozio-emotionalen Entwicklung beeinträchtigt werden. Ob und in welchem Ausmaß es zu Folgeproblemen nach sexuellem Missbrauch kommt, hängt – wie Studien zeigen – von verschiedenen

Faktoren ab (Bange & Deegner, 1996; Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995): Hierzu gehören die Beziehung, in der das Kind zum Täter steht, die Art, Schwere und Dauer der sexuellen Misshandlung und die den sexuellen Missbrauch evtl. begleitenden anderen Formen von Gewalt. Daneben nimmt das Ausmaß der sozialen Unterstützung nach einem Missbrauchserlebnis Einfluss darauf, wie und ob die kindliche Entwicklung beeinträchtigt wird. Deshalb ist es sinnvoll, die wichtigste(n) Bezugsperson(en) des Kindes, die an dem sexuellen Missbrauch nicht beteiligt war(en), in die Therapie mit einzubeziehen. Insbesondere der langfristige Erfolg von Therapien mit kindlichen Opfern eines sexuellen Missbrauchs kann durch die Berücksichtigung sowohl der individuellen als auch der Systemebene, also der Verbesserung der internen wie auch der externen Bewältigungsressourcen, erhöht werden (Elliott & Carnes, 2001).

Wichtigste Voraussetzung, um überhaupt mit einer Therapie beginnen zu können, ist der Schutz und die Sicherheit des Kindes vor weiteren sexuellen Übergriffen (Goetze, 2002; Klees, 2004; Riedel, 2004). Hierfür sind die eben genannten Bezugspersonen des Kindes zuständig. Unter anderem, um sie bei der Gewährleistung von Schutz und Sicherheit zu unterstützen, hat sich auch deren ergänzende Betreuung als günstig erwiesen (Rushton & Miles, 2000). Gespräche mit einer separaten Beraterin oder Therapeutin schaffen für die Bezugspersonen zudem die Gelegenheit, ihren eigenen emotionalen Reaktionen im Hinblick auf den Missbrauch Ausdruck zu verleihen. Sie können Klarheit über ihr Fühlen und Handeln erlangen und laufen weniger Gefahr, ihre Gefühle am Kind auszulassen (Finkelhor, 1997). Dessen Schutz zu realisieren, kann mit vielen Schwierigkeiten verbunden sein: Um ein Kind, das von einem Verwandten missbraucht wurde, vor weiterem Unheil zu bewahren und ihm bei der Verarbeitung der geschehenen Verletzungen zu helfen, kann es beispielsweise notwendig sein, dass sich die Mutter von ihrem Partner trennt oder die Eltern zum Rest bzw. einem Teil der Familie den Kontakt abbrechen, damit das Kind nicht erneut mit dem Täter zusammentrifft.

Inhaltliche Aspekte einer Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern

Psychotherapie mit sexuell missbrauchten Kindern zielt darauf ab, Zugang zu ihren internen Bewältigungsressourcen zu schaffen, d. h. ihre Selbstheilungskräfte in Gang zu setzen und zu stärken. Für die Verarbeitung von Missbrauchserfahrungen ist der auf den sexuellen Missbrauch folgende Prozess der Bewertung des Erlebten durch das Kind besonders entscheidend. Als protektive Bewertungsprozesse erwiesen sich positive Selbstbewertungen, die externe Attribution von Verantwortung für den Missbrauch und die Wahrnehmung von Selbstkontrolle (Amann & Wipplinger, 2004). Für die Psychotherapie mit Kindern, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, liefert dieser Befund den Hinweis, dass es günstig ist, die Modifikation und Entwicklung entsprechender (Selbst-)konzepte zu unterstützen.

Für den Therapeuten oder die Therapeutin ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass sexueller Missbrauch häufig Verrat durch eine dem Kind nahe stehende Person beinhaltet. Der Täter oder die Täterin hat es seiner Sicherheit beraubt, sein Vertrauen gebrochen und seine Grenzen verletzt. Deshalb gehören Sicherheit, Vertrauen und Misstrauen, Nähe und Distanz, Grenzen und Grenzüberschreitungen zu den häufigsten Themen, die sich im Spiel sexuell missbrauchter Kinder gleichen (Riedel, 2004).

Die Vorzüge der Spieltherapie speziell für sexuell missbrauchte Kinder liegen u. a. darin, dass das Kind sein Trauma auf indirekte Weise, d. h. in symbolischer Form, verarbeiten kann und es nicht notwendig ist, die Missbrauchserfahrungen zu versprachlichen. Dadurch ist die Therapie für die Kinder weniger bedrohlich und ermöglicht es ihnen, ihren Gefühlen offen Ausdruck zu verleihen (Hall, 1997). Klienten und Klientinnen glauben häufig, dass in der Therapie detailliert über den Missbrauch gesprochen werden muss. Die Eltern bzw. die erwachsenen Personen, die die Kinder zur Therapie bringen, nehmen oftmals an, dass nur so eine Heilung möglich ist. Die Kinder, die von dieser Annahme explizit oder implizit Kenntnis erlangen, befürchten entsprechend, dass der Therapeut oder die Therapeutin sie zum Sprechen drängen wird. Erleben die Kinder, dass dies nicht der Fall ist und verstehen die Eltern oder sonstigen Bezugspersonen, dass das Kind in der Therapie seinen eigenen Weg finden kann, von dem Missbrauch zu heilen, ohne unbedingt konkret davon erzählen zu müssen, tritt in vielen Fällen eine große Erleichterung ein, die einen gelingenden therapeutischen Prozess überhaupt erst ermöglicht.

Anknüpfend an diese theoretischen Erörterungen stelle ich den therapeutischen Prozess eines sexuell missbrauchten Mädchens dar, mit dem ich im Rahmen meiner Arbeit in einer Beratungsstelle für Kinder und Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen gearbeitet habe. Um die Anonymität der Klientin zu wahren, wurden ihr Name sowie die Namen der weiteren in der Schilderung auftauchenden Personen geändert.

Fallbeispiel: Maditha

Der Erstkontakt

Maditha ist vier Jahre alt und wird zu unserem ersten Treffen von ihrer Mutter und ihrem Vater begleitet. Ich stelle mich ihr vor und frage sie, ob sie ihre Eltern im Spielzimmer dabei haben möchte, weil ich ihr die Möglichkeit geben möchte, unseren ersten Kontakt zu ihrer größtmöglichen Sicherheit zu gestalten. Sie antwortet: „Papa soll raus, Mama soll da bleiben.“ So geschieht es und ich führe Maditha in unser therapeutisches Setting ein, indem ich ihr erkläre, dass sie hier in diesem Raum alles mit mir spielen darf, was sie möchte, und dass sie, wenn es ihr gefällt, jede Woche für eine Stunde kommen kann.

Maditha zögert nicht lange, sondern steigt sofort in ein Rollenspiel mit mir ein. Zielsicher geht sie auf den Korb mit den Stofftieren zu und sucht sich den großen Hai aus. Mir teilt sie im Folgenden verschiedene andere Tierrollen zu und gibt mir Anweisungen, was ich in den Rollen tun und sagen soll. Der Hai agiert zunächst sehr aggressiv: Er beißt mir ins Bein, frisst die Wölfe und die Fledermaus auf. Dann kommt eine Zauberin und verwandelt den Hai in ein liebes Tier. Nun ist er mit den anderen Tieren befreundet. Nach kurzer Zeit wird er jedoch wieder gefährlich und wechselt so mehrmals zwischen gut und böse hin und her.

Als die Mutter merkt, dass die Tochter sich auch ohne ihre Anwesenheit sicher fühlt, verabschiedet sie sich und geht zu ihrem Mann ins Wartezimmer. Maditha scheint das Hinausgehen der Mutter kaum wahrzunehmen, sie ist ganz in das Spiel vertieft. Gegen Ende unserer Stunde versuche ich, einen Zusammenhang zwischen Madithas realen Erfahrungen und ihrem Spiel herzustellen, indem ich sie frage, ob sie Menschen kennt, die auch so sind wie der Hai: mal lieb und mal böse. „Ja“, antwortet sie, will aber zunächst nicht sagen, an wen sie denkt. Wir spielen weiter und nach kurzer Zeit äußert sie: „Der Oliver hat seinen Pullermann in meine Schnecke gesteckt.“ Mehr erzählt sie nicht darüber, sie will spielen und nicht reden. Als unsere Zeit um ist, möchte sie nicht gehen. Mehrmals vergewissert sie sich, dass sie wiederkommen darf. Schließlich spricht sie aus, was ihr Sorgen bereitet: „Wenn der Oliver das nicht mehr macht, dann darf ich doch nicht mehr kommen. Darf ich dich dann aber besuchen?“ Ich erkläre Maditha, dass sie jetzt ganz oft zu mir kommen darf, auch wenn sie Oliver gar nicht mehr sieht.

Anamnese und psychischer Befund

Maditha wurde in dem halben Jahr vor unserem Erstkontakt mehrfach von Oliver, ihrem dreizehnjährigen Cousin, sexuell missbraucht. Als sie ihrer Mutter davon erzählt, sind die Eltern fassungslos und rufen sofort bei uns an. Sie hatten schon länger Veränderungen an ihrer Tochter beobachtet, die sie jetzt einordnen können: Maditha verhält sich in letzter Zeit auffallend sexualisiert – misst sie z. B. bei ihren Puppen Fieber, steckt sie ihnen das Thermometer in die Scheide – und zeigt gleichzeitig Angst und Ablehnung gegenüber Jungen und Männern. So möchte sie auch mit ihrem Vater kaum noch etwas zu tun haben und bittet die Mutter häufiger darum, dass der Vater nicht mitkommt, wenn die Familie gemeinsame Unternehmungen plant. Nachts möchte Maditha ihre Unterwäsche anlassen und sie will nicht mehr bei ihrer Oma schlafen, weil sie sich dann abends umziehen müsste. Außerdem wird sie schnell ärgerlich, wenn ihr etwas nicht sofort gelingt, und sie wirkt insgesamt unausgeglichen und weniger fröhlich als früher.

Aus der Forschung über die Folgen von sexuellem Missbrauch weiß man, dass Kinder als Reaktion auf Missbrauchserlebnisse sehr unterschiedliche psychische Beeinträchtigungen entwickeln und es kein Symptom oder Syndrom gibt, an dem ein sexueller Missbrauch eindeutig zu erkennen wäre (Amann & Wipplinger, 2004;

Moggi, 2004). Sexualisiertes Verhalten, wie es Maditha zeigt, ist jedoch relativ „typisch“, da es nach sexuellem Missbrauch häufiger als nach anderen belastenden Lebensereignissen auftritt (Kendall-Tackett, Meyer Williams & Finkelhor, 1997). In den kindlichen Reaktionen auf sexuellen Missbrauch lässt sich oft ein Sinn erkennen: Sie stellen Überlebens- oder Bewältigungsstrategien dar (Freund, 2004). So können Madithas Ablehnung von Jungen und Männern, ihr Beharren darauf, nachts mit Unterwäsche zu schlafen sowie ihre Weigerung, sich woanders als zu Hause umzuziehen, als Versuch betrachtet werden, sich vor weiterem Missbrauch zu schützen.

Der therapeutische Prozess

In einem Zeitraum von neun Monaten finden mit Maditha 23 Spieltherapiesitzungen statt. Zusätzlich führe ich alle zwei bis drei Monate ein Gespräch mit der Mutter oder mit beiden Eltern zusammen. Ziel dieser insgesamt vier Gespräche ist es, den Eltern – u. a. durch Informationsvermittlung über sexuellen Missbrauch und seine Folgen – die Einfühlung in ihre Tochter zu erleichtern und sie so in ihrer liebevollen und personenzentrierten Haltung zu ihr zu bestärken (vgl. Enders, 2001). Durch den gegenseitigen Austausch darüber, wie wir Maditha erleben, erhalte ich zudem eine Rückmeldung über Veränderungen in Madithas Verhalten außerhalb des Therapiesetting. Madithas Eltern nutzen neben den Gesprächen mit mir außerdem das Angebot, ihre eigenen Gefühle im Zusammenhang mit dem Missbrauch der Tochter und ihren zukünftigen Umgang mit dem Täter in fünf wöchentlich aufeinander folgenden Beratungsgesprächen mit meiner Kollegin zu klären. Madithas Eltern hatten sofort mit ihrer Schwester bzw. Schwägerin, die die Mutter des Täters ist, gesprochen und waren zunächst erfreut über die Reaktion: Sie veranlasste für ihren Sohn ein Gespräch in einer Beratungsstelle gegen Männergewalt. Kurze Zeit später äußert sie sich jedoch dahingehend, dass Maditha die Übergriffe provoziert hätte. Auch der Rest der Großfamilie stellt sich auf die Seite des Täters. Die Eltern sind sehr enttäuscht darüber und sind erleichtert, mit meiner Kollegin darüber sprechen zu können. Um weitere Zusammentreffen zwischen Maditha und ihrem Cousin zu verhindern, brechen sie den Kontakt zu ihm und seiner Mutter ab und fahren mit Maditha nur noch dann zur Großmutter, wenn der Cousin nicht auch zu Besuch kommt.

Im Folgenden schildere ich chronologisch einzelne Spielszenen, die Madithas Entwicklung exemplarisch dokumentieren, sowie Gesprächssequenzen mit den Eltern. In unserer zweiten Stunde dreht sich das Spiel wieder hauptsächlich um den Hai. Er wird krank. Maditha teilt mir die Rolle der Ärztin und sich die Rolle der Krankenschwester zu. Wie auch in der ersten Stunde verhalte ich mich non-direktiv und folge Madithas Anweisungen, was ich in meiner Rolle zu tun und zu sagen habe. Wir behandeln den Hai mit Hilfe der Utensilien unseres Arztkoffers und er wird wieder gesund. Später in der Stunde stellt Maditha einen Zusammenhang zu diesem Spiel her: Ihre Mutter hat ihr erzählt, dass Oliver krank ist. (Wie diese

mir in unserem nächsten Gespräch mitteilt, hat sie Maditha erklärt, nur kranke Menschen würden Mädchen so weh tun, wie Oliver ihr weh getan habe. Auch hat sie ihr gesagt, Oliver würde jetzt zum Arzt gehen, womit sie kindgerecht auszudrücken versuchte, dass er eine Therapie in einer Männer-Beratungsstelle macht.) Trotz meiner Versicherung nach der ersten Stunde, dass sie jetzt ganz oft zu mir kommen darf, ist sich Maditha dieses Angebots noch nicht sicher und fragt auch nach der zweiten Stunde mehrfach, ob sie wiederkommen darf und ob ich auch ganz sicher da sein werde, wenn sie kommt.

Zwischen der zweiten und dritten Stunde führe ich ein Gespräch mit der Mutter alleine, um ihr zu erklären, wie ich arbeite und ihr die Gelegenheit zu geben, Sorgen oder Fragen zu äußern. In diesem Gespräch macht die Mutter eine Sorge zum Thema, die sie mit Eltern in vergleichbaren Situationen teilt: Ihre Tochter möchte mit ihr nicht weiter über den Missbrauch sprechen. Sie befürchtet, dass Maditha ihr Leid in sich „hineinfrisst“ und es ohne Reden nicht loswerden kann. Ich beruhige die Mutter, dass Maditha nicht über die Details des Missbrauchs sprechen muss, um von den erlittenen Verletzungen zu heilen, sondern dass sie es auf ihre Weise verarbeiten wird, wobei das Spielen eine wichtige Funktion hat (s. o.). Wir könnten Maditha da ganz vertrauen. Die Mutter wirkt erleichtert. Wir verabreden, dass sie Maditha nicht weiter zum Sprechen drängt, ihrer Tochter aber zu verstehen gibt, dass sie, wenn sie es möchte, mit ihr über alles sprechen darf, was sie beschäftigt.

In den folgenden Stunden wiederholen sich die Rollenspiele aus den ersten beiden Sitzungen: Der Hai, gespielt von Maditha, verletzt andere Tiere und frisst sie auf. Mal ist er lieb, mal böse. Immer wieder soll ich die Stärke des Hais bewundern, wenn Maditha ihn unter vollem Körpereinsatz durch imaginierte Wellen toben lässt oder sein Maul aufreißt und sagt: „Du musst sehen, wie viele Zähne der Hai hat und was für einen großen Mund.“

Ab der dritten Stunde fange ich an, mich zu wehren, wenn der Hai mich bzw. ein Tier, das ich spiele, angreift und gebe hierbei meine non-direktive Haltung auf. Zum einen tue ich dies, da es unangenehm ist, wenn mir Maditha die spitzen Zähne des Hais ins Bein haut, d. h. meine Kongruenz gebietet, mich hier zu verteidigen. Maditha kommentiert jeweils, ob mein Wehren Erfolg hat oder nicht: Das eine Mal stirbt der Hai durch meine abwehrenden Boxschläge, das andere Mal habe ich keine Chance. Zum anderen halte ich es – wie es beispielsweise auch Goetze (2002) empfiehlt – für günstig, missbrauchte Kinder zu bestärken, sich selbst besser durchzusetzen und in Situationen, in denen ihre Grenzen verletzt werden, „nein“ zu sagen. Eine solche Bestärkung geschieht, indem ich Maditha ein Modell für wehrhaftes Verhalten liefere, was ich auch in anderen Situationen tue: Maditha fragt mich mehrmals, welches Tier ich als nächstes spielen möchte. Suche ich mir dann eins aus, sagt sie, ich solle ein anderes nehmen. Ich bestehe jedoch auf meinem Wunsch und mache deutlich, dass es doch gerade darum ging, dass ich wählen darf und es mir dann wichtig ist, dass meine Wahl akzeptiert wird.

In der Supervision spreche ich darüber, wie ich mit Madithas Angst umgehen kann, dass sie mich nicht wiedersehen darf. Wir finden die Lösung, dass ich bei unserer nächsten Terminvereinbarung ihrer Frage, ob sie wirklich wiederkommen darf und ich dann auch da sein werde, zuvorkomme und die Rollen tausche. So frage ich Maditha nach der dritten Stunde, als ich mit ihrer Mutter einen neuen Termin abspreche: „Maditha, kommst du auch ganz sicher nächstes Mal wieder?“ „Ja“, sagt sie. „Ich freue mich schon auf dich“, erwidere ich. „Warum?“ möchte sie wissen. „Weil es mir Spaß macht, mit dir zu spielen.“ antworte ich ganz authentisch. Daraufhin hüpft Maditha vergnügt durch den Flur und ruft mir zum Abschied zu: „Tschüß, du kleine Meise.“ – Eine Meise zu haben oder dies gesagt zu bekommen, ist ja üblicherweise nicht unbedingt ein Kompliment, als solche betitelt zu werden, ist es in diesem Fall offensichtlich schon. Wie ich im weiteren Spiel noch sehen werde, sind Vögel in Madithas Vorstellungswelt sympathische und verlässliche Tiere. Auf alle Fälle scheint sie sich von nun an sicher zu sein, dass ich ihr nicht plötzlich wieder verloren gehe.

In der vierten Stunde erzählt mir der Hai, der aktuell lieb und mit mir befreundet ist, eine Geschichte: Als er klein war, wurde er von einem bösen großen Hai gebissen und war tot. Jetzt beißt er alle, die ihm oder seinen Freunden etwas Böses anhaben wollen. „Jetzt wehrst du dich, wenn dir jemand weh tun will“, sage ich. „Jetzt kannst du das und bist stark genug.“

Die ersten Stunden werden vor allem von ihrem Spiel mit dem Hai geprägt, doch es gibt auch Szenen, in denen Tiermütter mit ihren Kindern sprechen und sich um sie kümmern. Auffällig ist, dass es anfangs keine Väter in ihren Spielen gibt. Durch den Missbrauch war Maditha zu der Überzeugung gelangt, dass alle Jungen und Männer, so auch Väter, gefährlich sind und es besser ist, mit ihnen keinen Kontakt zu haben. In den folgenden Therapiestunden lässt sich in eindrucksvoller Weise beobachten, wie es dem Mädchen gelingt, eine Modifikation dieses zu begrenzten Schemas vorzunehmen. Freundliche Männer-Gestalten treten im therapeutischen Spiel zunächst als Ehemänner auf. So heiratet der liebe Hai erst den Schmetterling, später dann die Vogelmutter, die bereits drei Jungen hat. Für die Vögel richtet Maditha im Puppenhaus zwei Zimmer ein: ein Spielzimmer für die Kinder und ein Badezimmer für die Mutter. Der Hai ist leider zu groß und kann nicht mit ins Haus. Deshalb übernimmt er vor dem Haus die Funktion des „Wachters“.

In einer späteren Stunde ist der Hai der Vater zweier kleiner Wölfe. Maditha spielt, dass einer der Wölfe Angst vor dem Vater hat, weil sich dieser ihm zu schnell nähert. So greifbar nah setzt Maditha hier ihre eigene Angst vor dem Vater in Szene, dass ich in meiner Kommentierung des Geschehens automatisch von der Spiel- auf die Realitätsebene wechsele und sie direkt anspreche, indem ich sage: „Der Vater muss vorsichtig mit dir sein, sonst erschrickst du. Ihr müsst langsam zueinander Vertrauen aufbauen.“ „Ja“, antwortet Maditha, auf der Spielebene bleibend, „wenn der Vater langsam kommt, dann möchte der kleine Wolf auch mit dem Vater spielen.“

Dass jedoch nicht nur der Wolf, sondern auch Maditha wieder mit dem Vater spielen möchte, demonstriert sie direkt nach dieser Stunde, von der sie ihr Vater abholt. Sie läuft zu ihm, ruft mir zu: „Schau mal, was ich kann!“ und klettert lachend an ihrem Vater hoch, bis sie auf seiner Schulter sitzt. Auch der Vater fängt daraufhin zu lachen an und der Blick, den er mir zuwirft, spiegelt seine Erleichterung und seine Freude über die wiedergewonnene Nähe zu seiner Tochter. In einer der nächsten Stunden erlaubt die Vogelmutter dem Hai, der in dieser Szene nur ein entfernter Bekannter von ihr ist, die kleinen Vogeljungen anzuschauen. Die kleinen Vögel bekommen Angst, weil sie den Hai nicht kennen. Dann spielt der Hai mit den kleinen Wölfen. Ich frage Maditha, ob sie keine Angst vor ihm haben. „Nein“, sagt sie, „das ist doch ihr Papa.“

Das Ende unserer Stunden kommt Maditha fast immer zu früh und sie beschwert sich mehrfach bei ihrer Mutter oder ihrem Vater, die sie abholen, dass es „minikurz“ war. Allmählich geht Maditha auch zu ruhigeren Spielen über. Sie stellt mit Puppen Alltagsszenen in der Puppenstube dar, kocht Tee und backt Kuchen in unserer Sandkiste, malt und knetet. Dabei zeigt sie viel Ausdauer und kann es auch verkraften, dass sie meine Knetfigur viel schöner findet als ihre eigene.

In einer Stunde – der Hai ist wieder mit dem Vogel verheiratet – lacht der Hai darüber, dass sich die kleinen Vögel so aus dem Nest recken. Ich kommentiere das Geschehen: „Der Vater macht sich über die Kinder lustig und das mögen die nicht.“ Maditha übernimmt die Rolle der Vogeljungen und sagt: „Warum lachst du über uns? Wir wollen nicht, dass du über uns lachst.“ Und die Vogelmutter lässt sie sagen: „Mach dich nicht über die Kleinen lustig, wenn sie versuchen zu fliegen.“

Fast all unsere Kommunikation findet über das Spielen statt. Als Maditha und Anna miteinander zu reden, empfindet Maditha als langweilig. Einmal beginne ich die Stunde mit einem Gespräch darüber, dass sie bald Geburtstag hat. Sie erzählt, dass sie fünf wird und dann so groß ist wie ihre Freundin Petra. Nachdem sie mir erklärt hat, wer Petra ist, schaut sie hoch und sagt vorwurfsvoll: „Sollen wir heute die ganze Zeit warten, bis die Stunde vorbei ist?“ So geht es also weiter mit Spielen, Spielen, Spielen. Themen von früher werden wiederholt und neue kommen dazu. In einer Stunde baut Maditha ein paar Möbel der Puppenstube auf dem Teppich auf. Ein Mädchen und ein junger Mann sitzen in der Küche und frühstücken. Da klingelt das Telefon und das Mädchen geht dran. Sie schreit ihren Gesprächspartner an. „Das Mädchen ist wütend“, kommentiere ich. Maditha legt heftig den Hörer auf die Gabel und sagt: „Das hört man auf der ganzen Welt, bis nach Afrika.“

Auch in ihrem Alltag wird Maditha lauter und wehrt sich. Die Mutter berichtet, dass sich Maditha von anderen Kindern und von ihr selbst nicht mehr so viel gefallen lässt. Sie freut sich darüber und kann gut mit Madithas Widerstand umgehen. In einem gemeinsamen Gespräch erzählen mir die Eltern, dass Maditha wieder lacht und tanzt. Nicht nur im Kontakt mit mir, sondern auch zu Hause und im Kindergarten wirkt sie fröhlich und lebendig.

Auswirkungen des Missbrauchs sind noch dahingehend zu spüren, dass Maditha weiterhin nur mit Unterwäsche unter ihrem Schlafanzug schläft und nicht alleine woanders übernachten möchte. Der Kontakt zum Vater hat sich normalisiert. Sie sucht von sich aus seine Nähe und macht deutlich, wann sie genug vom Kuschneln hat und in Ruhe gelassen werden möchte. Das sexualisierte Verhalten hat nachgelassen. Die Eltern und ich besprechen, dass wir vorsichtig die Endphase der Therapie einleiten. Wir planen, dass Maditha jetzt nur noch alle zwei Wochen zu mir kommt und wir die Treffen dann langsam ausschleichen.

Noch bevor ich eine Gelegenheit finde, das Thema „Abschied“ anzusprechen, bringt es Maditha in der nächsten Stunde auf den Tisch bzw. auf die Bühne. Wie sich herausstellt, hat die Mutter bereits mit ihr darüber gesprochen. Im Spiel passiert nun Folgendes: Maditha ist der Hai, ich bin die Fledermaus. Die Fledermaus verletzt den Hai aus Versehen, weil sie sich zu stark an seiner Haut festkrallt. Der Hai stirbt an den Verletzungen und kommt in den Himmel. Dort scheint ein magisches Licht, das den Hai wieder lebendig macht. Er kommt zurück an den Fluss, an dem die Fledermaus sitzt und weint, weil sie den Hai, ihren Freund, verloren glaubt. Später in dieser Stunde rede ich mit Maditha über unseren Abschied. Ich sage ihr, dass ich den Eindruck habe, es gehe ihr jetzt viel besser und sie brauche deshalb nicht mehr so oft zu mir zu kommen. Sie antwortet darauf nicht, doch der Hund bestätigt mir, dass es Maditha wieder gut geht. Ich frage Maditha, wie es für sie sei, wenn sie nicht mehr zu mir kommen würde. „Ganz doof“, sagt sie. Ich erwidere, dass ich auch traurig sein werde, wenn wir uns nicht mehr sehen und dass wir uns jetzt erst einmal weiterhin treffen, nur nicht mehr so oft. Dabei denke ich daran, wie schnell Maditha und ich zu Beginn der Therapie in Kontakt gekommen sind, dass dieser Kontakt jedoch anfangs von Madithas Misstrauen überschattet war, ich könnte einfach wieder verschwinden. Das soll auf keinen Fall passieren. Wir brauchen Zeit für unseren Abschied, damit er das natürliche Ende eines Prozesses markiert und Maditha ihn nicht als ein Verlassen-Werden erlebt.

Nach dem kurzen Wortwechsel über unsere Gefühle, die unseren Abschied betreffen, entwickelt Maditha ein neues Szenario: Ich bin Ärztin und operiere auf der blauen Matratze meine Patienten. Maditha spielt, sie sei ein Leopard, den sie diesmal selbst verkörpert und nicht durch ein Stofftier darstellen lässt. Der Leopard hat im ganzen Körper Bakterien – in Madithas Fachsprache heißt das: „ein Mezodrom an Bekterien, gonz schworz ist es“ – und ich muss die Bakterien herausoperieren. Wie man das macht, hat mir Maditha in den vielen Stunden zuvor, in denen wir gemeinsam Tiere operiert haben, beigebracht: Man gibt dem Patienten oder der Patientin eine Schlafspritze, schneidet die betroffenen Körperstellen auf und holt vorsichtig mit einer Pinzette jedes einzelne Bakterium heraus. Da Bakterien so klein sind, braucht man manchmal eine Assistentin, die über kleinere Augen verfügt – z. B. den Vogel –, denn mit kleineren Augen kann man kleine Bakterien besser erkennen. Ich operiere also nach allen Regeln der Kunst, doch die Bakterien gehen nicht

richtig weg. Deshalb muss ich den Leoparden noch einmal behandeln. Schließlich ist er wieder gesund und trollt sich vergnügt von dannen. „Schau, wie der Leopard jetzt wieder springen kann“, ruft Maditha und hüpfte durch den Raum. Nun behandle ich meinen nächsten Patienten, den Hai. Während ich ihn operiere, kommt der Leopard wieder angesprungen und kuschelt sich mit auf die Matratze. Maditha sagt: „Der Leopard ist zu dir zurückgekommen und bleibt jetzt immer bei dir!“ Auch auf diese Weise zeigt mir Maditha, dass sie *noch* nicht gehen möchte.

Wie beschlossen schleichen wir die Therapie deshalb *allmählich* aus. Die Mutter bestätigt mir in einem Abschlussgespräch, dass alle Symptome, die Maditha nach dem Missbrauch entwickelt hatte, verschwunden sind: So traut sie sich jetzt auch wieder, woanders zu übernachten, geht mit dem gleichaltrigen Sohn einer Freundin unbefangen in die Badewanne und zeigt kein sexualisiertes Verhalten mehr. Zur letzten Stunde wird Maditha von beiden Eltern gebracht und bringt mir einen riesigen Blumenstrauß mit. Ich mache ihr auch ein Abschiedsgeschenk: einen Stofftier-Leoparden. Maditha packt ihn aus, strahlt mich an und sagt: „So einen hab ich mir schon ganz lange gewünscht!“ Die letzte Stunde ist dann auch dem Spiel mit dem Leoparden gewidmet. Er erkrankt, wird einer Operation unterzogen und lässt sich ausführlich pflegen. Ich frage Maditha, wie sie es findet, dass heute unsere letzte Stunde ist. Sie sagt traurig: „Das find' ich gar nicht gut.“ Doch dann erhellt sich ihr Gesicht wieder und sie fügt an: „Aber wenn ich dich vermisse, kann ich dich ja besuchen.“ Mit Maditha und ihren Eltern habe ich eine Nachuntersuchung in einem halben Jahr vereinbart – dann schauen wir, ob tatsächlich alle Bakterien verschwunden sind.

Reflexion

Wie Maditha ihre „Bakterien“ – ihr Misstrauen, ihr sexualisiertes Verhalten, ihre geringe Frustrationstoleranz etc. – losgeworden ist, versuche ich im Folgenden genauer zu analysieren. Konkret erfolgt eine Prüfung, welche Schemamodifikationen sie vorgenommen hat und inwieweit die dargestellte Praxis mit Theorie und Forschungsergebnissen kompatibel ist.

Verlauf der Therapie

Maditha nahm mein Beziehungs- und Spielangebot sofort an und begann bereits in der ersten Stunde, über das Spiel innere Erlebnis-Anteile auszudrücken. Nach Schmidtchen (1996) besteht das Heilsame des (therapeutischen) Spiels in der Entwicklung von Problemlöseverhalten und der Überarbeitung von Schemata, die zu begrenzt oder unrealistisch sind. Als am geeignetsten dafür bezeichnet er das Phantasiespiel, das geistig am anspruchvollsten ist, da es Vorstellungsbilder, Einsichten, Wissensinhalte und Erlebnisse in zielgerichteter Weise miteinander kombiniert. Maditha füllte die Zeit,

die wir miteinander verbrachten, zu über 90% mit Rollenspielen, als deren Protagonisten sie unsere Stofftiere einsetzte und deren „Drehbücher“ sie im Prozess des Spielens entwickelte. Riedel (2004) sieht den Beginn der Ablösephase in der Spieltherapie dadurch gekennzeichnet, „dass hochverdichtete und stark konfliktbehaftete Szenen im Verlauf der einzelnen Stunden zunehmend an Bedeutung verlieren“ (S. 352) und stattdessen andere Themen und Aktivitäten interessant werden. Das nahende Ende unserer Therapie zeichnete sich dieser These entsprechend aus meiner Sicht ab, als Maditha die Stunden nicht mehr vollständig für ihr Phantasiespiel nutzte, sondern sich auch anderen Beschäftigungen, z. B. dem Kneten von Figuren, zuwandte. Der von mir in Absprache mit den Eltern in die Wege geleitete Abschied wurde von Maditha im Spiel (die Fledermaus weint um den verloren geglaubten Freund – der Leopard wird nach gelungener Operation wieder vollkommen gesund – die vollzogenen Trennungen werden zunächst noch einmal rückgängig gemacht) verarbeitet und auf der Realitätsebene durch das Ritual unserer gegenseitigen Abschiedsgeschenke besiegelt.

Schemamodifikationen

Durch die Art ihres Spiels – das Phantasiespiel – schaffte sich Maditha viel Gelegenheit, Schemata zu überarbeiten oder neu zu entwickeln und Problemlösungen zu erproben. So konnte sie verzerrt wahrgenommene Erfahrungen korrigieren und in ihr Erleben integrieren. Da sie über hilfreiche interne Ressourcen wie Intelligenz und Neugier sowie externe Ressourcen in Form verständnisvoller und Geborgenheit vermittelnder Eltern verfügte, waren ihre Selbstheilungsfähigkeiten so groß, dass ich nur sehr geringen Gebrauch von direktiven Hilfen machen musste, diese jedoch an einigen wenigen Stellen gezielt einsetzte (s. u.). Wichtige Themen und Verarbeitungsschritte in Madithas therapeutischem Prozess waren:

- *die Ambivalenz, die Maditha dem Missbraucher gegenüber empfindet*: Er hat sich liebevoll um sie gekümmert und er hat ihr weh getan. Er war zu ihr sowohl „gut“ als auch „böse“, was für Maditha schwer zu begreifen war. Nach Hall (1997) ist Spieltherapie für ein sexuell missbrauchtes Kind die beste Methode, um unbewusste Konflikte zwischen gut und böse sowie Macht und Ohnmacht auszudrücken. Maditha tat dies durch ihr Spiel mit dem Hai, der ständige Verwandlungen von gut/lieb/beschützend nach böse/verletzend/zerstörernd durchmachte. Dadurch schien es ihr zu gelingen, ihre gegensätzlichen Erfahrungen mit dem Missbraucher zu integrieren. Zudem wurde es Maditha möglich, ihre Gefühle von Zuneigung und Ablehnung gleichermaßen zuzulassen: Oliver auch jetzt noch zu mögen, jedoch nicht zu mögen, was er mit ihr gemacht hat.
- *die Unterscheidung zwischen vertrauenswürdigen und nicht vertrauenswürdigen Menschen*: Maditha hielt nach dem Missbrauch durch den Cousin zunächst alle Jungen und Männer, so auch ihren

Vater, für gefährlich. Deswegen wollte sie mit Jungen und Männern zunächst nichts mehr zu tun haben. Der Vater sollte in der ersten Therapiestunde sofort aus dem Zimmer gehen, da sie sich ohne ihn sicherer fühlte. Wie es Riedel (2004) als typisch für die Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern bezeichnet, nahmen in Madithas Spiel die Themen „Sicherheit“, „Vertrauen und Misstrauen“ sowie „Nähe und Distanz“ eine zentrale Rolle ein. Mit Hilfe ihres Spiels schien Maditha zu erkennen, dass nicht alle (Tiere und so auch) Menschen unvermutet von „lieb“ nach „böse“ wechseln und daraus zu schlussfolgern, dass sie denen, die das nicht tun, vertrauen kann, auch wenn es sich dabei um Jungen oder Männer handelt. Wie man Vertrauen fassen kann, erprobte Maditha ebenfalls im Spiel: Wenn der Hai sich den Wolfsjungen langsam nähert, merken sie, dass er nichts Böses im Schilde führt und wollen mit ihm spielen. Übertragen auf Madithas Beziehung zu ihrem Vater schien dies zu bedeuten: Nachdem sie ihn eine Zeit lang aus der Distanz beobachtet und er ihre Grenzen geachtet hatte und nicht böse geworden war, konnte sie ihm wieder vertrauen und Nähe zu ihm zulassen.

Auch in der Beziehung zu mir wurde Madithas anfängliches Misstrauen deutlich, ob ich so bleiben würde, wie ich mich ihr präsentierte. Ging Maditha auch sehr schnell mit mir in Spielkontakt, so zweifelte sie doch zunächst noch, ob ich mein Beziehungsangebot aufrechterhalte und fragte mich nach den ersten beiden Stunden jeweils mehrfach, ob wir uns auch wirklich wiedersehen. Statt an diesem Punkt lediglich ihre Angst aufzugreifen, von mir verlassen zu werden und diese Angst durch gegenteilige Beteuerungen zu reduzieren zu versuchen, brachte ich authentisch meinen eigenen Wunsch nach weiteren Treffen mit ihr ein: Ich machte ihr deutlich, dass ich mich auf unser Wiedersehen freute. Dadurch überzeugte sich Maditha von meiner Verlässlichkeit und sie konnte ihre Angst vor Verrat und Verlust, die zentrale Erfahrungen bei sexuellem Missbrauch darstellen (Finkelhor & Browne, 1985; Goetze, 2002), überwinden.

- *Selbstbestimmung und -entfaltung:* In Madithas Spiel waren die Opfer, die sich der böse Hai auswählte, seinen Übergriffen hilflos ausgeliefert. Wie es für missbrauchte Kinder typisch ist (siehe hierzu Goetze, 2002), teilte sich Maditha, die jeweils den Hai spielte, die Rolle des Überlegenen bzw. des Täters zu und mir die unterlegenen bzw. Opferrollen. In diesen Spielszenen machte ich ab der dritten Stunde eine Ausnahme von dem Prinzip, dass das Kind alleine den Weg weist und griff zu einer der von Schmidtchen (1996) benannten direktiven Hilfen: Wenn ein Tier, das ich spielen sollte, oder ich selbst von dem Hai angegriffen wurden, wehrte ich mich und zeigte somit Modellverhalten für Situationen, in denen Grenzverletzungen passieren. Ebenfalls zum Modell für „wehrhaftes Verhalten“ wurde ich dadurch, dass ich mich beschwerte, wenn Maditha mir vor dem Beginn unseres Spiels anbot, eine Tierrolle auszuwählen, mir nach meiner Wahl jedoch etwas anderes vorschreiben wollte. Dadurch gab ich darauf Acht, dass zwischen Maditha und mir Gleichberechtigt-

gung herrschte und dass meine Interessen ebenfalls geachtet wurden, was Behr (2003) als wichtige Verhaltensregel zur Wahrung von Kongruenz formuliert hat.

Meine authentische Präsenz und mein daraus erwachsendes Verhalten schafften für Maditha den Raum, ihre Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Sie fasste den Mut, sich gegenüber Grenzverletzungen zu wehren. Sowohl in der Therapie als auch im Kontakt mit ihren Eltern machte sie in der Folgezeit die Erfahrung, dass ihre Bedürfnisse und Grenzen ernst genommen werden und ihr Wehren, das sie im Spiel erprobte (s. Telefonszene mit dem Mädchen, das so laut schreit, dass man es auf der ganzen Welt hört) und in ihrem Alltag zunehmend stärker praktizierte, Erfolg hat.

Insgesamt wurde Maditha im Laufe der Zeit immer forscher. Spielte sie anfangs nur mit den Stofftieren, *erforschte* sie im Laufe der Zeit unser gesamtes Inventar, bezog immer mehr Gegenstände und Materialien in ihr Spiel ein und probierte sich in verschiedenen Aktivitäten aus. Ihre Frustrationsfähigkeit (z. B. beim Kneten) und ihre Selbstakzeptanz wuchsen deutlich.

Fazit

Maditha ist ein wunderbares Beispiel dafür, dass ein Kind mit adäquater Begleitung den Weg aus seinen Schwierigkeiten selbst finden kann. Sie bestätigt damit, was der klientenzentrierte Ansatz postuliert: dass nämlich Menschen in sich selbst die Fähigkeit besitzen, sich in konstruktiver Weise zu entwickeln und man sich darauf verlassen kann, dass sie dies tun, wenn Bedingungen geschaffen werden, die ihr Entwicklungspotential aktivieren oder zumindest nicht blockieren (Rogers, 1977b). Aufgrund der liebe- und verständnisvollen Haltung ihrer Eltern und der guten Zusammenarbeit zwischen ihnen und mir wurde Maditha sehr sicher und umfassend begleitet und fand dadurch ein wachstumsfreundliches Klima vor. Somit unterstreicht ihre Entwicklung auch, was die Forschung zu sexuellem Missbrauch und dessen Folgen herausgefunden hat: Erfährt ein Kind nach sexuellem Missbrauch soziale Unterstützung in Form von Hilfe durch Bezugspersonen und/oder Therapie, ist das Risiko der Entwicklung bzw. Chronifizierung psychischer Probleme geringer (Finkelhor & Berliner, 1995; Pynoss et al., 1995).

Abschließend kann daher festgehalten werden, dass personenzentrierte Spieltherapie gut geeignet ist, um sexuell missbrauchte Kinder bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse zu unterstützen. Für Therapeutinnen und Therapeuten bieten die spieltherapeutische Theorie nach Axline (1947/1997) und deren Weiterentwicklungen (siehe z. B. Behr, 2003; Goetze, 2002; Schlippe-Weinberger, 2004; Schmidtchen, 1996; Weinberger, 2001) eine sehr hilfreiche Orientierung bezüglich ihrer therapeutischen Haltung wie auch ihres therapeutischen Handelns, entheben sie jedoch nicht von der Aufgabe, im Kontakt mit dem Kind flexibel und intuitiv – also im wahren Sinne des Wortes klientenzentriert – zu agieren.

Literatur

- Amann, G. & Wipplinger, R. (2004). Verhaltenstherapie bei kindlichen Opfern eines sexuellen Missbrauchs. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 355–367). Göttingen: Hogrefe.
- Axline, V. M. (1997). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (R. Bang, Übers.). München: Ernst Reinhardt. (Original erschienen 1947: *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin)
- Bange, D. & Deegener, G. (1996). *Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- 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 and Experiential Psychotherapies*, 2, 89–103.
- Enders, U. (Hrsg.) (2001). *Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch*. Köln: Kiepenheuer & Wietsch.
- Elliot, A. N. & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 6, 314–331.
- Finkelhor, D. (1997). Sexueller Mißbrauch von Kindern. Aufgaben und Probleme für den Jugendschutz und professionelle Helfer. In W. Hilweg & E. Ullmann (Hrsg.), *Kindheit und Trauma. Trennung, Mißbrauch, Krieg* (S. 117–134). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the Treatment of Sexually Abused Children: A Review and Recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408–1423.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541.
- Freund, S. F. (2004). Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 326–339). Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hall, P. E. (1997). Play therapy with sexually abused children. In H. G. Kaduson, D. Cangelosi & Ch. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure. Individualized play therapy for specific childhood problems* (pp. 171–194). Northvale (N. J.): Jason Aronson.
- Kaatz, S. (1998). Personzentrierte Kinderspieltherapie. In G. Hörmann & W. Körner (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 257–277). Eschborn: Dietmar Klotz.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L. & Finkelhor, D. (1997). Die Folgen von sexuellem Mißbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 151–186). Tübingen: dgvt.
- Klees, K. (2004). „Wir wollen über nichts Schlimmes erzählen!“. Kriterien zur Diagnostik des posttraumatischen Spiels. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3, 171–176.
- Körner, W. (2002). Kinder-Spieltherapie. In D. Bange & W. Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* (S. 284–291). Göttingen: Hogrefe.
- Mogel, H. (1994). *Psychologie des Kinderspiels*. Berlin: Springer.
- Moggi, F. (2004). Folgen sexueller Gewalt. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 317–325). Göttingen: Hogrefe.
- Oerter, R. (1997). *Psychologie des Spiels*. Weinheim: PVU.
- Piaget, J. (1969). *Nachahmung, Spiel und Traum*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1945: *La formation du symbole chez l'enfant: imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Paris: Delachaux et Niestlé)
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Chicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder, and Adaption* (Vol. 2, pp. 72–95). New York: John Wiley & Sons.
- Riedel, K. (1997). Personzentrierte Kindertherapie bei sexueller Mißhandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis* (S. 159–180). Göttingen: Hogrefe.
- Riedel, K. (2004). Personzentrierte Kinderpsychotherapie bei sexuellem Missbrauch. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 340–354). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1972: *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: *Die klientbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rushton, A. & Miles, G. (2000). A study of support service for current carers of sexually abused girls. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 411–426.
- Schlippe-Weinberger, S. (2004). Kindern spielend helfen – spielend leicht? oder Der Therapeut mit der Pappnase. *PsychotherapeutenFORUM*, 11, 5–12.
- Schmidtchen, S. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 40, 34–42.
- Schmidtchen, S. (1996). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: PVU.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.

Autorin

Anna Julia Wittmann, Dr. phil., geb. 1971, Psychologin mit Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie, arbeitet in einer Beratungsstelle für Kinder und Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen in Magdeburg; Arbeitsschwerpunkte: Hochbegabtenberatung, Beratung und Therapie nach sexuellen Gewalterfahrungen.

Korrespondenzadresse

Dr. Anna Wittmann
Wilhelm-Raabe-Str. 6
39108 Magdeburg
E-Mail: anna.wittmann@gmx.de

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/ gewalttätigen Kindern und Jugendlichen^{1,2}

Zusammenfassung: *In diesem Beitrag werden zunächst aktuelle empirische Befunde zu den Ursachen überdauernden aggressiven bzw. gewalttätigen Verhaltens auf der Grundlage eines integrativen bio-psycho-sozialen Modells zusammengefasst: Frühe, nicht entwicklungsförderliche und Inkongruenz verursachende Beziehungserfahrungen führen zu verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmung, zu unzureichenden Möglichkeiten der Affektregulation und Selbststeuerung, zu einem gering ausgebildeten Selbstwert unzureichenden Kompetenzen im Bereich der Konfliktlösung und -bewältigung.*

Aufgrund der hohen Stabilität des Verhaltens auf der Grundlage eines stark rigidisierten Selbstkonzepts muss das personzentrierte Therapiekonzept störungsspezifisch adaptiert werden: Auf der Basis einer wertschätzenden und empathischen Begegnungshaltung kommt es besonders darauf an, kongruent und auch konfrontativ neue Anstöße zur Selbstreflexion, zum Aufbau von Selbstverantwortung und damit letztlich zur Änderung des Selbstkonzepts zu ermöglichen.

Schlüsselworte: *Gewalt, Aggression, Störungen des Sozialverhaltens, Klientenzentrierte Psychotherapie, Kinder und Jugendliche.*

Abstract: *Person-centered pedagogic and therapeutic interventions with aggressive and violent children and adolescents. The first part of this article shows a conclusion of actual empirical results of the causes of stable aggressive/violent behavior, based on an integrated bio-psycho-social explanation-model. Early, non-supporting and -stimulating experiences in interaction and attachment are leading to restrictions in the self-concept. In the consequence follows a) a limited („aggressive-biased“) perception of self and others, b) a lower self-regulation (affect, arousal ...), c) a lower self-esteem (self-efficacy-experiences are in priority made by aggressive behavior) and d) missing social competences/skills (esp. in the regulation of social conflicts).*

In case of the high stability of violent behavior and the rigid self-concept the person-centered psychotherapy concept needs a disorder-specific increase: On the base of an empathic and congruent relationship the general therapeutic attitude has to include positive regard and the willingness to confrontation. The first step in the work with aggressive/violent children or adolescents is the building up of a motivation for change. It is very important to work with the self responsibility, to change the „reality-distortion“ and to change the aggressive biased perception patterns. This needs a more structured therapeutic procedure.

Keywords: *Violence, aggression, disorders in social behavior, client-centered psychotherapy, children and adolescents.*

1. Einleitung

Die pädagogische bzw. therapeutische Arbeit mit aggressiven oder gewalttätigen Kindern und Jugendlichen stellt für Fachkräfte eine besondere Herausforderung dar: Das Verhalten dieser Zielgruppe ist spektakulär, es besteht ein hoher sozialer (Erfolgs-)Druck und zugleich oft eine geringe Veränderungsmotivation bei den Betroffenen. Die störungsspezifische Beziehungsgestaltung auf der Basis einer personzentrierten Grundhaltung erfordert von PädagogInnen und TherapeutInnen besondere Reflexionsfähigkeit und methodische Kompetenzen.

Diese Thematik soll mit dem vorliegenden Beitrag aufgegriffen werden: Vor dem Hintergrund eines umfassenden, bio-psycho-sozialen Verständnisses der Ursachen aggressiven Verhaltens werden Grundlagen einer störungsspezifischen professionellen Begegnung mit dieser Zielgruppe aufgezeigt.

1 Ein herzlicher Dank geht an Dipl. Psych. Eva-Maria Engel für die Durchsicht des Manuskripts und die hilfreichen, kritischen Rückmeldungen.

2 Teile der Kap. 2 und 3 orientieren sich an den Veröffentlichungen des Autors zum Thema Gewalt-Entstehung (s. Fröhlich-Gildhoff 2006a, b)

2. Definitionen und Auftreten

Definition

Je nach theoretischem Hintergrund und praktischer Ausrichtung der AutorInnen finden sich in der Literatur eine Vielzahl von Definitionen von Aggression, Gewalt, antisozialem Verhalten und Delinquenz.

Dabei hat sich in den letzten Jahren eine Grundübereinstimmung herausgebildet, die Aggression bzw. aggressives Verhalten mit einer Schädigungsabsicht verbindet.

Unter Aggression wird eine zielgerichtete körperliche oder verbale Tätigkeit verstanden, die zu einer psychischen oder physischen Verletzung führt.

Oder: „Bei Aggression handelt es sich um ein Verhalten mit Schädigungsabsicht, das vom Opfer als verletzend empfunden wird.“

Aggression verläuft dabei auf drei Ebenen (Scheithauer 2003):

- Motivationale Ebene mit Einstellungen oder Absichten (z. B. Feindseligkeit),
- Emotionale Ebene (z. B. Ärger),
- Verhaltensebene der ausgeführten Handlung (direkt, verbal, indirekt/relational oder körperlich)“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 369).

Diese Definition erscheint griffig, ist allerdings mit der Problematik verbunden, dass sich die Absicht der Schädigung zunächst nur indirekt erschließen lässt, „deren Beurteilung (...) (ist) auf das soziale Urteil eines Beobachters angewiesen“ (Kleiber & Meixner 2000, S. 193, vgl. auch Essau & Conradt 2004).

Der Begriff der *Gewalt* wird i. d. R. für massive Formen aggressiven Verhaltens benutzt, „wobei sich personale Gewalt auf aktive Handlungsvollzüge bezieht, die zu einer effektiven Schädigung von Personen oder Dingen führen und bei der in der Regel ein Ungleichgewicht der Kräfte (z. B. von zwei Personen) vorliegt“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 369).

Weitere, oft benutzte Begriffe in diesem Zusammenhang sind die des ‚aggressiv-antisozialen Verhaltens‘ und der ‚Delinquenz‘. Dabei umfasst der Begriff ‚antisoziales Verhalten‘ solche Handlungen, die offen und klar gegen gesellschaftliche und soziale Regeln gerichtet sind und die Rechte anderer Menschen verletzen. „Der Begriff einer ‚Delinquenz‘ wird zur Beschreibung des Verhaltens von Kindern [und Jugendlichen; d. Verf.] verwandt, die einen Gesetzesverstoß begangen haben, der schwer genug ist, den Jugendstrafvollzug einzuschalten“ (Essau & Conradt 2004, S. 16f), wobei unter diesem Begriff zum Teil sehr unterschiedliche Formen von Gesetzesverstößen gefasst werden.

In den Klassifikationssystemen des ICD-10 bzw. DSM-IV wird aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten unter den „Störungen des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F91.xx) subsummiert (vgl. Dilling et al. 1994; Petermann, Döpfner & Schmidt 2001).

Prävalenz

Die Angaben zur Prävalenz der ‚Störungen des Sozialverhaltens‘ bzw. des ‚aggressiv-dissozialen Verhaltens‘ variieren in unterschiedlichen Studien erheblich. Dies liegt zum einen an unterschiedlichen zu Grunde liegenden Diagnosesystemen, unterschiedlichen Erhebungsmethoden, aber auch unterschiedlichen Beurteilungsquellen (z. B. die Einschätzung der Kinder über Fremdbeurteilung durch die Eltern oder andere Außenstehende); Borg-Laufs (1997, S. 26) stellte unterschiedliche Studienergebnisse zusammen, die zeigten, dass „nur schwache Übereinstimmungen“ von (verschiedenen) Fremdeinschätzungen miteinander und auch mit Selbsteinschätzungen bestehen (Korrelationen von bestenfalls $r = .33$).

Tabelle 1: Prävalenz der Störung des Sozialverhaltens bzw. aggressiv-dissozialen Verhaltens

Untersuchung durch:	Prävalenz	Quelle
American Psychiatric Association 1996	8 % aller Kinder und Jugendlichen (6 – 16 % Jungen, 2 – 9 % Mädchen)	Petermann, Döpfner & Schmidt 2001
Mannheimer Risiko-Kinder-Studie	14,5 % diagnostizierte Kinder der Stichprobe (Grundschulalter), davon 70 % Jungen, 30 % Mädchen	Laucht 2003
Romano et al. 2001	4,2 % 14–17-Jährige (Selbstbericht Jugendliche und Beeinträchtigungskriterien) (5,5 % Jungen, 2,9 % Mädchen)	Essau & Conradt 2004
Lahey et al. 1998	0 – 11,9 % (4–18-Jährige, Median 2 %)	Scheithauer & Petermann 2004

Diese Zusammenstellung macht deutlich, wie unterschiedlich die Einschätzungen hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit sind. Allerdings wird übereinstimmend berichtet, dass die Störung des Sozialverhaltens „zu den am häufigsten ermittelten Störungsformen (zählen). Noch auffälliger zeigt sich die hohe Verbreitungsrate dieser Störung im Kindes- und Jugendalter in klinischen Studien“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 373).

Geschlecht: Offen-aggressives Verhalten wird in weitaus höherem Maß von Jungen gezeigt als von Mädchen; die Angaben hierüber schwanken zwischen 2:1 bis hin zu 4:1. Übereinstimmend lässt sich feststellen: Während die Geschlechtsdifferenzen hinsichtlich der Formen und der Intensität der Aggressionen bei Kleinkindern noch relativ gering sind (Krahé 2001 unter Berufung auf Loeber & Stouthamer-Loeber 1998), so zeigt sich: „Bereits ab dem Vorschulalter haben Jungen die Tendenz, signifikant mehr antisoziales Verhalten zu zeigen als Mädchen. (...) Darüber hinaus erreichen die Symptome der Störung des Sozialverhaltens einen signifikant höheren Schweregrad bei Jungen, insbesondere wenn es um die körperliche Verletzung anderer geht“ (Essau & Conradt 2004, S. 56; ebenso Krahé 2001). Mädchen zeigen in den letzten Jahren deutlicher und häufiger auch körperliche Gewalt – jedoch verschoben

sich die Geschlechterverhältnisse nur minimal (z. B. Brettfeld & Wetzels 2003, S. 86f). Nach einer Studie von Crick & Grotpeter (1995) ist es allerdings so, dass Mädchen signifikant deutlicher relational aggressives Verhalten – also Formen von Mobbing, massiven Intrigen etc. – zeigen als Jungen (s. a. Krahe 2001, S. 59ff, Scheithauer 2003).

Entwicklung über die Zeit: Nach einem deutlichen Anstieg gewalttätigen Verhaltens von Mitte der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts bis etwa zum Jahr 2000 hat sich die Auftretensrate auf hohem Niveau stabilisiert: Humpert & Dann (2001) zitieren eine Studie von Lösel et al. (1999), die zu dem Schluss kommen, dass „die Prävalenz von Gewalt-Taten und Raufunfällen (...) in den 90er Jahren (...) vor allem in den Hauptschulen zugenommen (hat). In den jüngsten Daten ist wieder ein Rückgang zu verzeichnen“ (ebd., S. 21). Diese Tendenz hat sich fortgesetzt, wie sich auch in den Kriminalstatistiken zeigt (vgl. z. B. Brettfeld & Wetzels 2003). Beachtenswert ist hierbei die Tatsache, dass die Ausübung (mehrfacher) Gewalt auf eine kleine Gruppe von sog. „Intensivtätern“ zurückgeht: Auf eine Gruppe von ca. 5 - 7 % der Täter entfällt über 50% der entsprechenden Gesamt-Gewalt-Kriminalität (vgl. z. B. Ostendorf et al. 2002, Lösel et al. 1999).

Es bestehen hohe *Komorbiditätsraten* zwischen den Störungen des Sozialverhaltens und AD(H)S (bis zu 50%), Drogenmissbrauch (bis zu 40%), aber auch zu Angststörungen (bis zu 36%) (vgl. hierzu Scheithauer & Petermann 2004, Essau & Conradt 2004).

3. Ursachen und Auslöser

Grundsätzlich ist bei dem Auftreten aggressiven oder gewalttätigen Verhaltens zwischen – in der Person liegenden – Ursachen und (situativen) Auslösern zu unterscheiden:

Bei Kindern und Jugendlichen, die häufig durch aggressives/gewalttätiges Handeln auffallen, hat sich eine erhöhte Gewaltbereitschaft als stabile Form der Weltbegegnung herausbildet, die als stabiler Anteil des Selbst-Konzepts handlungsleitend ist. Dieser Selbstanteil hat sich in früher Kindheit entwickelt und ist dann überaus stabil: In ihrer Zusammenstellung verschiedener Studien zum Langzeitverlauf aggressiven Verhaltens kommen Essau & Conradt (2004) zu dem Schluss: „Störungen des Sozialverhaltens weisen eine hohe Stabilität auf. Bei zwischen 32 und 81 % der Kinder, bei denen eine solche Störung festgestellt wurde, konnte die Störung auch zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert werden (Burke et al. 2003)(...). Kinder mit einem durchgängig negativen Störungsverlauf haben,

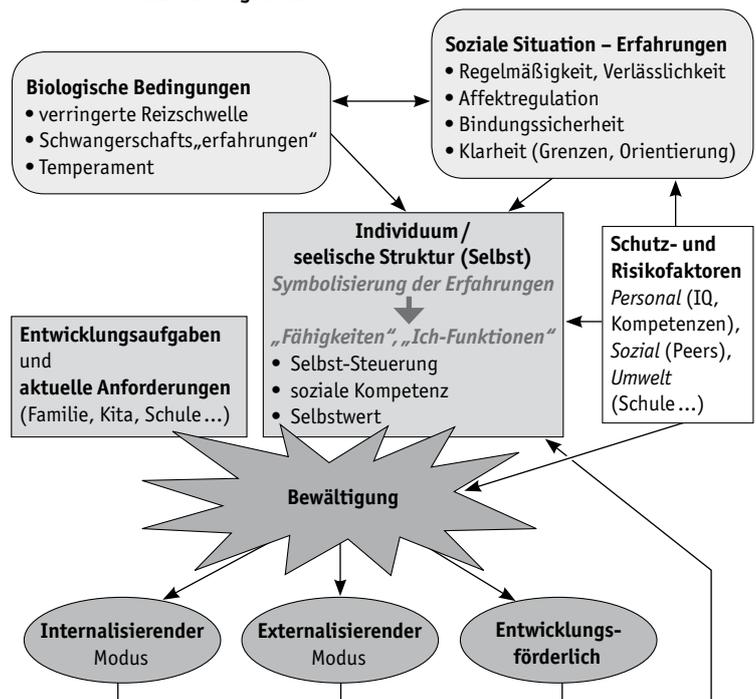
wenn sie älter werden, ein hohes Risiko für Fehlentwicklungen und Probleme in zahlreichen Lebensbereichen“ (Essau & Conradt 2004, S. 84; Borg-Laufs 1997, Dornes 1997, Krahe 2001 sowie Roth & Seiffge-Krenke 2006 kommen in ihren Zusammenstellungen von entsprechenden Studienergebnissen zu dem gleichen Ergebnis).

Wenn Gewalt-Handeln die Art der Weltbegegnung dominiert, dann muss die Basis hierfür ein entsprechender fester (und bestimmender) Anteil des Selbst(konzepts) – im personenzentrierten Sinne; im Sinne von Stern (1992) als handlungsleitende innerseelische Struktur – bilden. Dieser Selbstanteil bestimmt die entsprechende Wahrnehmung und Bewertung der Außenwelt wie der inneren Empfindungen. Im Folgenden soll auf die Entstehung dieser Form der Selbst-Konzept-Bildung eingegangen werden.

3.1 Ursachen

Bei der Entstehung der Auffälligkeiten spielen immer komplexe Wechselwirkungen eine Rolle; diese Komplexität erfasst am ehesten ein Erklärungsansatz, der auf einem integrativen bio-psycho-sozialen Modell basiert, das sich insbesondere an den Erkenntnissen der klinischen Entwicklungspsychologie (vgl. Oerter et al. 1999), bzw. der Entwicklungswissenschaft (Petermann et al. 2004) orientiert. Das hier dargestellte Modell greift ebenfalls die entwicklungsorientierte Störungskonzeption von Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel (1997, Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff 2002) auf und entwickelt sie weiter (ausführliche Darstellung in Fröhlich-Gildhoff i. Dr.):

Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell zur Erklärung der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten



Dieses Modell³ geht zunächst allgemein davon aus, dass im Zusammenspiel zwischen (1) biologischen Ausgangsbedingungen und (2) (früh-)kindlichen (Beziehungs-)Erfahrungen sich die (3) individuelle Selbst-Struktur – im Sinne eines Netzwerks handlungsleitender innerpsychischer Schemata – herausbildet. Die individuelle Struktur, das Selbstkonzept ließe sich (im Sinne des personzentrierten Konzepts) analytisch noch differenzieren in a) die Symbolisierungen der Erfahrungen im Selbst, die immer mehr oder weniger vollständig und genau sein können, und b) damit verbundene individuelle Funktionen („Ich-Funktionen“) bzw. Kompetenzen. Der Entwicklungsprozess ist wiederum abhängig von (4) Risiko- und Schutzfaktoren, bei denen die sozialen Bedingungen und hier insbesondere die primären Bezugspersonen eine besondere Bedeutung haben. Im Laufe der individuellen Entwicklung muss das Kind bzw. der Jugendliche altersabhängig spezifische, v. a. sozial bedingte (5) Entwicklungsaufgaben bewältigen. Neben der Bewältigung dieser alterstypischen Entwicklungsaufgaben müssen immer wieder besondere Stress- oder Belastungssituationen individuell bearbeitet werden. Dieser (6) Bewältigungsprozess ist abhängig vom bisher entwickelten Selbstkonzept und wiederum von aktuell vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren.

Bei der Art der Bewältigung von Belastungsfaktoren oder Entwicklungsaufgaben lassen sich grundsätzlich drei Modalitäten unterscheiden: zum einen eine angemessene entwicklungs- und selbstwertförderliche Bewältigung, zum anderen ein internalisierender Modus, der durch Rückzug und Selbsteinschränkung gekennzeichnet ist und zum dritten ein externalisierender Modus, der z. B. durch ein besonderes Maß an Aggressivität gekennzeichnet ist. Der jeweilige Bewältigungsmodus hat wiederum Rückwirkungen auf die intrapsychische Struktur; es kann zur Verfestigung oder zu Veränderungen kommen.

Dieses grundlegende Modell ist kompatibel mit dem Personzentrierten Modell der Selbst-Bildung und -entwicklung: So beschreibt bspw. Biermann-Ratjen (1993), dass Erfahrungen über Symbolisierungen und innere Repräsentationen zu – handlungsleitenden – Selbsterfahrungen werden: „Das Selbstkonzept entwickelt sich in Interaktion mit der Umwelt – aus dem Sich-selbst-in-der-Umwelt-Erfahren – vor allem in der Interaktion mit anderen Menschen“ (S. 78). Die Inkongruenzen zwischen (der jeweilig entwickelten ‚Ausformung‘ des) Selbst und der konkreten Erfahrungen werden ‚gelöst‘ über eine Rigidisierung des innerpsychischen Systems und eine Verfestigung eindimensionaler Handlungsformen.

Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell werden im Folgenden die wichtigsten Erkenntnisse zu den Ursachen des gewalttätigen Verhaltens zusammengestellt:

(1) *Biologische Faktoren*

Menschen werden mit unterschiedlichen Entwicklungsvoraussetzungen geboren. Diese Voraussetzungen bilden eine Grundlage für die Ausprägung aggressiven Verhaltens.

Die zur Zeit vorliegenden empirischen Erkenntnisse liefern keine Belege für einen eindeutigen genetischen Zusammenhang. Zusammenfassend stellen Scheithauer & Petermann (2004) fest: „Auf Grund der Komplexität der mit einem Verhalten wie z. B. Aggression möglicherweise verbundenen Genabschnitte lassen sich wohl kaum direkte Verbindungen auffinden (z. B. ein klar definierter genetischer Marker, der mit aggressivem Verhalten verknüpft ist)“ (ebd., S. 388).

Eine weitaus größere Bedeutung haben offensichtlich neurologische Verletzungen, die z. B. durch prä-, peri- oder postnatale Bedingungen verursacht sind und sekundär negative Auswirkungen auf Wahrnehmungen, Informationsverarbeitung und Möglichkeiten der Emotionsregulation haben (vgl. auch hierzu die Zusammenstellung bei Scheithauer & Petermann 2004, S. 93ff, aber auch Papoušek 2004).

Die größte Bedeutung wird Temperamentsfaktoren und unterschiedlichen Dispositionen zur Affektregulation auf neurophysiologischer Ebene zugemessen. „Als Temperamentsfaktoren sind dabei konstitutionelle Unterschiede in Aktivität, Reaktivität und Selbstregulation des Menschen zu verstehen“ (Resch 2004, S. 34), die stark anlagebedingt, aber durch Umweltfaktoren maßgeblich beeinflussbar sind.

Schmeck (2003) fasst die bestehenden Untersuchungen zum Zusammenhang von spezifischen Temperamentsmerkmalen und aggressivem Verhalten zusammen:

- „Im Kleinkindalter zu erfassendes schwieriges Temperament stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung von externalisierenden Verhaltensstörungen dar
- dieses schwierige Temperament steht in einem engeren Zusammenhang zu aggressivem als zu dissozialem Verhalten;
- der Zusammenhang ist deutlich zu erkennen zum früh beginnenden aggressiven Verhalten, nicht aber zum aggressivem Verhalten, wenn es erst nach dem 10. Lebensjahr einsetzt;
- von hoher Bedeutung zeigt sich die Interaktion zwischen Temperament und elterlicher Wahrnehmung. Je eher die Temperamentsmerkmale eines Kindes von seinen Eltern als schwierig angesehen werden, desto eher sind im Verlauf der Entwicklung externalisierende Verhaltensstörungen der Kinder zu erwarten.“ (ebd., S. 170; vgl. auch Resch 2004, Wurmser & Papoušek 2004, Essau & Conradt 2004).

(2) *Frühkindliche (Beziehungs-)Erfahrungen*

Auf einer allgemeinen Ebene konnten aus den Daten der Mannheimer Risikokinderstudie eine Reihe von frühen Prädiktoren für das Auftreten von Störungen des Sozialverhaltens mit elf Jahren identifiziert werden: „Anamnestische Belastungen der Eltern

³ Wichtige Anregungen zu Weiterentwicklungen wurden von Prof. Dr. Michael Behr gegeben.

(insbesondere die Herkunft der Mutter aus zerrütteten Familienverhältnissen), (...) chronische Schwierigkeiten der Eltern (wie Arbeitslosigkeit, Streit, Beziehungen und chronische Krankheiten), sowie psychische Störungen der Eltern (insbesondere depressive Erkrankungen der Mutter, sowie Alkoholmissbrauch und antisoziale Persönlichkeit des Vaters)“ (Laucht 2003, S. 51f).

Ein bedeutsamer Faktor ist das Erziehungsverhalten bzw. der Erziehungsstil der Eltern. Petermann et al. (2001) fassen verschiedene Studien zusammen, die einen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und aggressivem Verhalten der Kinder beschreiben. Entscheidende Variablen sind:

- mangelhafte Aufsicht durch die Eltern (Loeber & Stouthamer-Loeber 1986),
- negative Rückmeldung in der Erziehung,
- Mangel an sozialen Regeln (zu viele oder zu wenige Regeln, keine konsequente Einhaltung der Regeln, Petermann & Petermann 2001),
- unzureichende emotionale Unterstützung und Akzeptanz gegenüber dem Kind (Campbell 1991),
- „fehlende positive Anteilnahme“ (Petermann et al. 2001, S. 24)
- „ein strenger, strafender Erziehungsstil (z. B. körperliche Mishandlung, Schläge oder Einsperren des Kindes)“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 396).

Demgegenüber führt ein „autoritativer Erziehungsstil, der beispielsweise gekennzeichnet ist durch emotionale Wärme, eine altersangemessene Beaufsichtigung des Kindes und Interesse an seinen Aktivitäten zur Entwicklung problemorientierter Bewältigungsstrategien, zu einem angepassten psychosozialen Funktionsniveau, besseren Schulleistungen, zu einem stärkeren Selbstwertgefühl. (...) Das in der Familie erlernte Interaktionsverhalten wird vom Kind auf andere Situationen (z. B. Schule) und Personen (...) übertragen“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 396 – in dieser Zusammenfassung von Studienergebnissen findet sich im Übrigen eine Bestätigung des personzentrierten Konzepts von entwicklungsförderlichem Beziehungsverhalten; die ‚frühen‘ Untersuchungen von Tausch & Tausch [z. B. 1991] finden hier wieder eine empirische Bestätigung!).

Besondere Auswirkungen haben die Interaktionen wiederum auf die Emotionsregulation:

Dysfunktionale Unterstützung bei der Emotionsregulation kann zu fehlenden bzw. unzureichenden emotionalen und selbstregulatorischen Kompetenzen und Empathiefähigkeit bei den Kindern führen – und diese Faktoren stehen wiederum in einem engen Ursachenzusammenhang mit überdauerndem aggressivem Verhalten (vgl. u. a. Petermann & Wiedebusch 2003, Essau & Conradt 2004, Scheithauer & Petermann 2004, Krahe 2001).

Ein enger Zusammenhang besteht zwischen unsicheren *Bindungserfahrungen* und (späterem) aggressivem Verhalten: Das *Erfahren einer sicheren Bindung* stellt nicht nur die Grundlage für späteres

eigenständiges sicheres Bindungsverhalten dar, sondern hat größte Bedeutung für die Entwicklung einer stabilen, kohärenten Selbststruktur und deren Basis, des „Kern-Selbst“ (Stern 1995). Nur wenn der Säugling regelmäßige, klare und konsistente Bindungserfahrungen machen kann, kann er entsprechende intrapsychische Repräsentanzen aufbauen, die dann wiederum eine sichere Basis für Neugierverhalten und eine „offene“ Weltbegegnungshaltung bilden – oder, bei entsprechenden Beeinträchtigungen: nicht.⁴

Es gibt eine Vielzahl von Belegen für den Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungserfahrungen und entsprechenden innerpsychischen Repräsentationen („innerem Arbeitsmodell“, Grossmann 2001) und (späterem) aggressivem Verhalten: „Eine unsichere Bindung im frühen Kindesalter kann verknüpft sein mit einem stabil-aggressivem Verhalten vom Vorschul- bis in das Schulalter hinein sowie negativeren Beziehungen zu Gleichaltrigen und einer schlechteren Regulation eigener Emotionen während der Vorschulzeit, und zwar dann, wenn weitere aversive Bedingungen (z. B. negativer Erziehungsstil oder psychische Auffälligkeiten der Eltern) hinzukommen.“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 393). Nach Cichetti et al. (1995) wird das Risiko für das erhöhte Auftreten aggressivem Verhalten durch unsichere Bindungserfahrungen auf drei Wegen erhöht:

- „Eine unsichere Bindung kann aggressives Verhalten steigern, indem Handlungsmuster (...) geformt werden, in denen Beziehungen durch Zorn, Misstrauen und Chaos gekennzeichnet sind“ (aus: Petermann et al. 2001, S. 22; Denham et al., 2002, konnten zeigen, dass sich unsicher gebundene Kinder im Alter von drei Jahren in Interaktionen mit Gleichaltrigen weniger emotional und sozial kompetent verhielten).
- „Aggressives Verhalten wird benutzt, um die Aufmerksamkeit der Bezugsperson zu erhalten.“
- Aus einer unsicheren Bindung entwickelt sich eine „nicht-prosoziale Orientierung im Hinblick auf Beziehungen“ (Petermann et al. 2001, S. 22).

Petermann & Wiedebusch (2003) stellen zusammenfassend fest: „Bei unsicher gebundenen Kindern wurde (...) mit zunehmendem Alter ein Anstieg negativer und ein Rückgang positiver Emotionen festgestellt. Im zweiten und dritten Lebensjahr freuten sich diese Kinder seltener und waren häufiger ängstlich oder ärgerlich“ (ebd. S. 31).

Anhand der Ergebnisse verschiedener Langzeituntersuchungen kommt Dornes (1997) zusammenfassend zu dem Ergebnis: „Unsicher gebundene Kinder haben (...) eine schlechtere Impulskontrolle und sind bei ihren Kameraden weniger beliebt (...). Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung und feindseliger Aggression deutlicher ausgeprägt, als zwischen vermeidender Bindung und Aggression. Desorganisierte Kinder sind im

⁴ Das Konzept der Bindungstheorie ist – ebenso wie die Folgen von Bindungsstörungen – mittlerweile ausreichend differenziert beschrieben, so dass hier auf eine ausführlichere Darstellung verzichtet wird (vgl. z. B. Grossmann 2001, Brisch 1999).

Vorschulalter erheblich aggressiver als vermeidende oder sichere, insbesondere dann, wenn noch andere Risikofaktoren wie niedriger sozioökonomischer Status und/oder Psychopathologie der Mutter hinzukommen“ (ebd. S. 273, 275).

Weiteres soziales Umfeld:

Eine besondere Bedeutung bei der Aufrechterhaltung aggressiven bzw. gewalttätigen Verhaltens haben Gleichaltrigengruppen: Verhaltensauffällige Kinder machen die Erfahrung von Ausgrenzung. Sie werden von sozial kompetenteren Kindern bzw. Jugendlichen abgelehnt und „schließen sich deshalb devianten Peergruppen an. Dies begünstigt grundsätzlich einen abweichenden Lebensstil (...) Es kommt verstärkt zu gewalttätigem Verhalten, Vandalismus und offiziellen Straftaten. Gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse und Sanktionen krimineller Jugendlicher tragen schließlich dazu bei, dass sie eine Identifikation mit dem abweichenden Verhalten aufbauen und sich das antisoziale Verhalten weiter verfestigt“ (Kleiber & Meixner 2000, S. 197). Untersuchungen von McCord (1998) zeigen, dass Kinder früher und nachhaltiger durch aggressiv auffällige Gleichaltrige geprägt werden und der Einfluss der Familie deutlich abnimmt. Dieser Zusammenhang ist allerdings besonders deutlich, wenn sich das auffällige Verhalten früh entwickelt hat und schon ein Prozess der Ausgrenzung erfolgt war (vgl. Petermann et al. 2001, S. 25f, s. a. Essau & Conradt 2004, S. 132f; Scheithauer 2003).

(3) Selbststruktur/psychologische Faktoren

Die im Folgenden dargestellten Befunde weisen auf unzureichende Symbolisierungen von Erfahrungen im Selbst hin. Die so gebildeten Selbst(struktur)anteile können das Risiko für übermäßig/dauerhaft aggressives Verhalten erhöhen:

a) Bindungsrepräsentationen:

Aufgrund unsicherer bzw. desorganisierter Bindungserfahrungen kommt es zu einer Vorsicht und/oder Misstrauen sowie der Stimmung eines „dysfunktionalen Ärgers (...); die Ursprünge dieses Ärgers liegen in frühen und/oder dauerhaften Beziehungserfahrungen des Zurückgewiesenwerdens, die beim Kind eine negative Erwartungshaltung schaffen, die seine Weltsicht einfärbt“ (Dornes 1997, S. 272). Es kommt so zu einem Kreislauf: Aufgrund der erfahrenen Zurückweisungen, Ambivalenzen oder real erfahrenen Aggressionen reagieren die Kinder auch in zweideutigen Situationen „häufiger aggressiv und werden deshalb auch aggressiver behandelt, was wiederum ihre Sicht von der Welt als Ort latenter Bedrohung bestätigt“ (ebd., vgl. auch Papousek 2004).

b) Informationsverarbeitung:

Eine Reihe von Studien zeigen, dass (besonders) aggressive Kinder ein spezifisches Muster der Informationsverarbeitung zeigen. Entsprechend der Theorie der sozialen Informationsverarbeitung nach Crick & Dodge (1994) interpretieren Kinder und Jugendliche mit

aggressivem Verhalten Situationen eher als aggressiv gefärbt und zeigen dann entsprechende Handlungsmuster.

In einer Studie von Burks et al. (1999) konnte über den Verlauf von acht Jahren nachgewiesen werden, dass frühes aggressives Verhalten gepaart ist mit feindlich gesinnten Wahrnehmungs- und Interpretationsmustern, und dass es gewissermaßen selbstverstärkend zu stärker aggressivem Verhalten bei den dann älteren Kindern führt. Krahé (2001) beschreibt einen „hostile attributional style“, eine Tendenz, unklare Situationen als feindselig oder aggressiv zu interpretieren. Diese „verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung“ (Petermann et al. 2001) bildet die Grundlage für einen sich selbstverstärkenden Kreislauf, wodurch das zu Grunde liegende Schema immer wieder verstärkt wird. Auch hier findet sich eine Entsprechung zum bzw. empirische Bestätigung des personenzentrierten Konzepts der Störungsentstehung: Die Symbolisierung von Erfahrungen im Selbstkonzept ist nur über/durch verzerrte Wahrnehmung gelungen – diese Wahrnehmungsverzerrungen strukturieren ihrerseits wieder die Art der Welt-Begegnung.

c) Selbstwirksamkeit und Kontrollerwartungen

Aufgrund unzureichender Selbstwirksamkeitserfahrungen in früher Kindheit bestehen generell bei stärker aggressiven Kindern eingeschränkte Selbstwirksamkeits- bzw. Kontrollerwartungen. Krahé (2001) referiert Untersuchungsergebnisse, die zeigen, dass Menschen mit erhöhtem aggressivem Verhalten generell die Tendenz zeigen, Gefühle von Unwohlsein, Hilflosigkeit und Verletzlichkeit zu empfinden („emotional susceptibility“); in einer Untersuchung konnten Caprara et al. (1994) einen positiven Zusammenhang zwischen dieser Tendenz und der Bereitschaft zu aggressivem Verhalten nachweisen (vgl. Krahé 2001, S. 55f). Aggressives Verhalten ist eine Möglichkeit, um zumindest kurzfristig Situationskontrolle auszuüben und damit das eigene Selbstwirksamkeitserleben zu erhöhen. Petermann et al. (2001) stellen fest, dass aggressive Kinder „glauben, dass Aggression zu Anerkennung, einem höheren Selbstwertgefühl sowie positiven Gefühlen führt (...); weiterhin schätzen diese Kinder ihr aggressives Handeln als effektiv ein“ (ebd., S. 21). Dornes geht sogar davon aus, dass „auch feindselige Aggressionen, wenn sie zum Erfolg führen (...) lustbetont sein“ können. Diese „narzisstische Lust“ kann zum Ziel selbst werden „und zum Ersatz für anderweitig unerreichbare Befriedigung, (...) sowie zur Aufrechterhaltung oder Herstellung einer (labilen) narzisstischen Homöostase“. In Anlehnung an Cohler et al. (1995) stellt Dornes fest, „dass selbst noch die sinnloseste Destruktivität (...) ein verzweifelter Versuch ist, angesichts traumatischer, psychischer und sozialer Erfahrungen von Wertlosigkeit, Überflüssigkeiten und Deprivationen einen Rest von Gefühlen psychischer Lebendigkeit und Vitalität aufrecht zu erhalten“ (ebd., 1997, S. 278f). Auch Krahé (2001) zitiert eine Untersuchung von Baumeister & Boden (1998), die zeigt, dass durch Aggression in bestimmten Situationen oder Gruppen eine Selbstwerterhöhung erzielt werden kann, die dann

langfristig durch Aggressionen immer wieder ‚abgesichert‘ werden muss. Krahé (2001) stellt fest, dass aggressives Verhalten nicht, wie früher oft angenommen, unbedingt mit einem eindeutig niedrigen, aber mit einem unrealistischen bzw. instabilen Selbstwert zu tun hat, der dazu führt, dass Individuen tendenziell aggressiver handeln (vgl. auch Essau & Conradt 2004, S. 110f).

d) Selbststeuerung/-regulation

Auf die möglichen Probleme bei dem sensiblen Zusammenspiel zwischen kindlichem Temperament und elterlichem Verhalten bei der Emotionsregulation wurde hingewiesen. Kinder mit aggressivem Verhalten haben weniger Fähigkeiten zu einer „Selbstberuhigung“ (vgl. z. B. Papousek 2004) und zur Regulation eigener Emotionen entwickelt. Petermann & Wiedebusch (2003) beschreiben „Defizite in der emotionalen Kompetenz bei aggressivem Verhalten:

- eingeschränkter mimischer Emotionsausdruck
- hohe Auftretenshäufigkeit negativer Emotion
- eingeschränkte Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen
- hohes Ausmaß emotionaler Ansteckung
- eingeschränkte Fähigkeit, den mimischen Emotionsausdruck anderer Personen zu interpretieren
- mangelndes Emotionsverständnis“ (ebd., S. 111).

Aggressiven Kindern stehen unzureichende „Emotionsregulationsstrategien“ (ebd.) zur Verfügung; sie verfügen über weniger Selbstberuhigungsstrategien (s. o.), können sich schlechter aus emotionsauslösenden Situationen zurückziehen und haben weniger kognitive Strategien (z. B. internale Aufmerksamkeitsumlenkung) oder externale Regulationsstrategien (z. B. alternatives körperliches Agieren). Krahé (2001) beschreibt eine erhöhte Irritabilität, also eine generelle Tendenz, impulsiv oder konflikthaft/kontrovers zu reagieren, schon bei geringsten Provokationen oder Nicht-Übereinstimmungen (ebd., S. 54). Eine Vielzahl weiterer Untersuchungen bestätigt die ‚gestörte Impulskontrolle‘, die dazu führt, dass aggressives Verhalten unzureichend gehemmt wird (vgl. z. B. Loeber & Hay 1997, Zusammenstellungen bei: Scheithauer & Petermann 2004, Petermann et al. 2001).

e) Handlungspotential

Kinder mit deutlich aggressiverem Verhalten verfügen generell über weniger Kompetenzen, in Konfliktsituationen nicht aggressiv zu handeln und über ein geringeres ‚Repertoire‘ an Handlungspotentialen in sozialen Situationen (vgl. z. B. Scheithauer & Petermann 2004, Essau & Conradt 2004). Damit verbunden hat sich oftmals eine Werthaltung herausgebildet, die Aggression als legitime Form des Sozialverhaltens ansieht (Krahé 2001, S. 53). Diese Verengung oder Vereinseitigung von Verhaltensmöglichkeiten steht in einem engen Zusammenhang mit den o. g. Formen der Informationsverarbeitung und der Selbstwerterhöhung.

Zusammenfassend lassen sich auf der Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Schemata vier Variablen identifizieren, die in einer Wechselwirkung die Disposition zu überdauerndem aggressivem Verhalten hervorbringen und in einem sich selbst verstärkenden Prozess stabilisieren. Im Sinne des personenzentrierten Konzepts handelt es sich um Inkongruenzen, also verzerrte Wahrnehmungen der eigenen Person und der Bezüge zur Umwelt:

- Defizite bzw. Einschränkungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Einschränkungen in der Steuerung und Regulation von Emotionen und daraus resultierenden Verhaltensimpulsen (Selbststeuerung)
- Unsicherer Selbstwert bzw. fehlende Selbstwirksamkeitserwartungen, die durch aggressives Verhalten – kurzfristig – kompensiert bzw. stabilisiert werden
- Defizite im Bereich der sozialen Kompetenzen besonders in unsicheren sozialen Situationen und Konfliktsituationen.

3.2 Auslösebedingungen

Bisher wurde der Entwicklungsverlauf dargelegt, der ursächlich für die Entstehung einer stabilen, durch Aggression bestimmten Verhaltensdisposition gekennzeichnet ist. Allerdings tragen oftmals situative Auslöser dazu bei, dass aggressives Verhalten dann auch wirklich gezeigt wird. Im Folgenden sollen die wichtigsten dieser Auslösebedingungen betrachtet werden:

a) *Unklare soziale Situationen*

... können aggressionsauslösend wirken, weil – wie beschrieben – Kinder und Jugendliche mit einer entsprechenden verselbständigten Verhaltensdisposition auf Grund einseitiger sozial-kognitiver Informationsverarbeitung in diese Situationen aggressive Anteile „hineinlesen“: „Zweideutige soziale Schlüsselreize (werden) als bedrohlich und provokativ“ interpretiert (Scheithauer & Petermann 2004, S. 397, vgl. auch Borg-Laufs 1997, S. 80ff). Das aggressive Verhalten dient dann dazu – subjektiv unter der Prämisse der Selbstverteidigung – Sicherheit in der Situation herzustellen: Das eigene aggressive Verhalten führt zu einer Gegenreaktion und die entsprechende Welt-Sicht wird bestätigt. Solche unklaren Situationen liegen vor, wenn ein Kind oder Jugendlicher in eine neue oder fremde Situation kommt (z. B. eine neue Klasse), wenn Autoritätspersonen sich diffus verhalten oder widersprüchliche Signale geben und wenn Regeln unklar sind bzw. ihre Durchsetzung nur inkonsequent realisiert wird.

b) *Überforderung bzw. Konfrontation ohne Ausweich- oder Rückzugsmöglichkeiten*

Wenn zu hohe oder zu viele Anforderungen zugleich gestellt werden – oder wenn die betroffenen Kinder oder Jugendlichen in starkem

Maße Misserfolgserebnisse erleben – führt dies zu einer Beeinträchtigung (des ohnehin schwankenden) Selbstwertes und zu einem Ansteigen des Erregungsniveaus. Wie dargestellt bestehen bei den Betroffenen nur eingeschränkte Möglichkeiten der Regulation der entstehenden Affekte, die Selbstwahrnehmung ist auf Ärger und Aggression eingeschränkt und entsprechendes Verhalten wird ausgelöst. Eine überstarke Konfrontation ohne die Möglichkeit zu Rückzug oder einer ‚Flucht‘ führt gleichfalls schnell zu entsprechenden ‚Verteidigungs‘-Reaktionen.

c) Soziales Klima, das Gewalt befördert

Es gibt eine Reihe von sozialen Zusammenhängen, in denen gewalttätiges Handeln gewissermaßen ‚Standard‘ im Umgang miteinander geworden ist. Dies betrifft die verbale Kommunikation aber auch den allgemeinen Umgang einer Gruppe untereinander, besonders das „Bewältigen“ von Konfliktsituationen. Olweus (1995) hat ausführlich beschrieben, wie ein solches Klima in schulischen Zusammenhängen entsteht – und welche koordinierten Maßnahmen ergriffen werden müssen, um dieses Klima zu verändern. Eine solche aggressions- bzw. gewaltgeladene Atmosphäre entsteht oft ‚schleichend‘ in pädagogischen Zusammenhängen, z. B. in Schulen, Jugendzentren oder Heimgruppen. Es erfolgt eine wechselseitige Gewöhnung von Betreuten und PädagogInnen an diese Atmosphäre, und der Pegel an verbaler und dann auch körperlicher Aggression steigt langsam aber stetig – Gewalthandeln gilt anscheinend als toleriert und damit legitimiert. Sturzbecher und Hess (2002) konnten anhand einer breiten Untersuchung in Brandenburg zeigen, „dass Schulen, in denen Gewalt herrscht und ignoriert wird (einen) herausragenden Risikofaktor bei der Entwicklung von Jugendgewalt darstellen“ (ebd., S. 210).

d) Alkohol und Drogen

Es gibt eine Reihe von Studien (vgl. z. B. die Übersicht bei Krahé 2001, Borg-Laufs 1997, Lösel et al. 2003, Al-Wiswasi 2004), die einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkohol- bzw. Drogenkonsum und dem Realisieren gewalttätigen Handelns belegen. Alkohol vermindert die Fähigkeit zur Selbststeuerung, zugleich wird die Wahrnehmung sozialer Situationen undifferenzierter. Beides führt dazu, dass die Hemmschwelle zur Ausübung gewalttätigen Handelns sinkt.

e) Eindeutige Hinweisreize („Weapons-Effect“)(Krahé2001,S. 67ff):

Das Vorhandensein von Hinweisreizen auf aggressive Ausdrucksmöglichkeiten, wie z. B. das Vorhandensein von Waffen, erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von aggressivem Verhalten deutlich. Dies bedeutet, dass Hinweise auf Waffen, die auch ‚nur‘ zur Selbstverteidigung gedacht sind, zur Aufrüstung des Gegenübers führt und die Hemmschwelle zur Ausübung von Waffengewalt senkt.

Borg-Laufs (1997) relativiert die Bedeutung der Hinweisreize ein wenig: „Bestimmte Hinweisreize wie etwa Waffen, bestimmte

Kleidung oder bestimmte Slogans (können) aggressives Verhalten auslösen oder erleichtern. Diese Hinweisreize können allerdings von Person zu Person – je nach persönlicher Lerngeschichte – sehr stark variieren“ (ebd., S. 86).

f) Frustrationen

Frustrationen können bekanntermaßen Aggressionen auslösen. Allerdings weist Borg-Laufs (1997) zu Recht darauf hin, dass die aggressionsauslösende Bedeutung von Enttäuschungen oder einschränkenden Bedingungen überbetont wurde (und z.T. auf Artefakte der empirischen Laborforschung zurückzuführen ist): „Tatsächlich ist wohl unbestreitbar, dass Frustrationen auch Aggressionen erzeugen können, allerdings ist aggressives Verhalten nur eine mögliche Reaktion unter vielen anderen möglichen Reaktionen“ (ebd., S. 87). Dies bedeutet, dass Frustrationen vor allem dann Aggressionen hervorrufen, „wenn das aggressive Individuum gelernt hat, in einer solch frustrierenden Situation aggressiv – und nicht anders – zu reagieren“ (ebd., S. 88).

g) Rolle der Medien

In verschiedenen Labor-Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich das aggressive Verhalten durch das Betrachten gewalttätiger Filme in geringem, teilweise auch statistisch signifikantem Maß erhöht. In Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass Kinder, die im Alter von acht Jahren in verstärktem Maße mit aggressiven Medien konfrontiert waren, auch 20 Jahre später eine höhere Affinität zu Filmen oder PC-Spielen mit entsprechendem Inhalt zeigten und auch tendenziell sich stärker gewalttätig verhielten (Krahé 2001). Eine Erklärung hierfür ist, dass „der regelmäßige Konsum dieser Fernsehsendungen (...) Menschen gegenüber Gewalt desensibilisieren (...) kann, so dass aggressives Verhalten eher als akzeptabel betrachtet wird. Wenn ein solches Verhalten zur Belohnungen führt, kann es dadurch verstärkt werden. (...) Das regelmäßige Anschauen von Gewalt kann kognitive Skripte und Urteile über Gewalt modellieren und verstärken“ (Essau & Conrads 2004, S. 136f, vgl. auch Krahé 2001, S. 116, Borg-Laufs 1997, S. 66ff). Allerdings zeigen differenziertere Analysen, dass insbesondere solche Kinder und Jugendliche, die Aggression als handlungsleitenden Selbst-Strukturanteil entwickeln, eher auf Medien mit gewalttätigen Inhalten zurückgreifen, um so das eigene Selbstkonzept – wiederum im Sinne eines Kreislaufprozesses – zu verstärken. Insbesondere Computerspiele mit gewaltbezogenen Inhalten dienen dazu das eigene Kontroll- bzw. Selbstwirksamkeitserleben zu erhöhen (vgl. z. B. von Salisch et al. 2005). So lässt sich der „Wunsch nach Macht, Stärke und Durchsetzung, der im realen Leben nicht (ohne schädliche Folge) zu verwirklichen wäre“ (ebd., S. 229), durch die entsprechenden Spiele erfüllen. Es gelingt so, „eigene Frustrationserlebnisse abzubauen und Bedürfnisse auch Wagnis und Abenteuer auszuleben“ (ebd.). „Daher ist zu erwarten, dass Kinder mit zu gewalttätigem Verhalten prädisponierendem familiärem Hintergrund oder persönlichen

Merkmale mit größerer Wahrscheinlichkeit sich für Filme entscheiden, die Gewalt zum Inhalt haben“ (Essau & Conradt 2004, S. 136). Es ist also davon auszugehen, dass Medien mit gewalttätigen Inhalten besonders bei solchen Kindern und Jugendlichen verstärkend, bzw. verhaltensauslösend wirken, die schon eine entsprechende Prädisposition entwickelt haben; bei anderen scheint der Einfluss deutlich geringer zu sein – so konnten Huesmann et al. (2003) zeigen, dass der sehr häufige Konsum von Filmen mit aggressiven Inhalten ein Prädiktor – unter anderen – für gewalttätiges Handeln sein kann.

Die „Wirkung medialer Gewalt (hängt) nach den vorliegenden Befunden sehr stark von der individuellen Disposition der ZuschauerInnen ab (...); darüber hinaus scheint das Alter der Rezipienten eine entscheidende Variable in diesem Zusammenhang darzustellen. Insgesamt kann nach den zur Zeit vorliegenden Erkenntnissen davon ausgegangen werden, dass die Aggressivität von Kindern und Erwachsenen (nur) verstärkt, nicht aber hervorgerufen wird“ (Borg-Laufs 1997, S. 67, ebenso: von Salisch et al. 2005, Selg 2003).

4. ‚Antworten‘: Interventionen und Therapie

4.1 Grundsätzliche Überlegungen

Aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten entsteht in früher Kindheit durch das Zusammenspiel von personalen, auch biologisch mitbedingten Variablen – vor allem sog. „schwierigem Temperament“ und frühen Beziehungserfahrungen. Das Verhalten ist – aufgrund der frühen Verwurzelung in Selbststruktur bzw. Selbstkonzept und sich selbst verstärkenden Prozessen auf Wahrnehmungs- und Verhaltensebene – relativ stabil. Dies bedeutet, dass zwar in der therapeutischen und pädagogischen Begegnung einerseits korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen angeboten werden müssen, dass jedoch andererseits deutliche „Anstöße“ – also neue, schemaktivierende Erfahrungen – zur Selbstveränderung gegeben werden müssen.

Dies hat Konsequenzen für ein therapeutisches Vorgehen, das die Diskussion um eine störungsspezifische, personenzentrierte Therapie aufgreift (vgl. Eckert et al. 1997, Boeck-Singelmann et al. 2002). Dabei geht es insbesondere darum, einerseits die Gestaltung der therapeutischen Beziehung – über die (je störungsspezifische) Realisierung der Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz hinaus – differenziert zu betrachten. Und es geht darum, auf der Grundlage einer entwicklungsförderlichen Therapiebeziehung (störungs)spezifische Interventionen umzusetzen (vgl. hierzu z. B. Fröhlich-Gildhoff 2005).

Auf empirischer Ebene hat sich gezeigt, dass kombinierte, so genannte multimodale Programme, „die unterschiedliche Lebensbereiche (Familie, Schule, Freizeitbereich), Personen (Eltern,

LehrerInnen, ErzieherInnen, Kind) und Interventionsebenen (Eltern-, Kind- und Schulebene) berücksichtigen“ (Petermann et al. 2001, S. 30), bei der Veränderung aggressiver und gewalttätiger Verhaltensauffälligkeiten die besten Effekte aufweisen und in der Regel erfolgreicher als isolierte Einzel-Psychotherapie sind.

Kleiber und Meixner (2000) fassen die Ergebnisse von Therapievergleichs-Studien zusammen: „Verhaltensnahe, problemorientierte Vorgehensweisen, wie kognitiv behaviorale multimodale Methoden, erwiesen sich gegenüber ungerichteten Gesprächsgruppen, psychodynamischen, introspektionsorientierten oder non-direktiven Konzepten, aber auch gegenüber abschreckenden justiziellen Maßnahmen mit etwa drei Mal höheren Effektstärken als deutlich überlegen“ (ebd., S. 200) – allerdings sind solche Analysen auch auf fehlende systematische Wirksamkeitsstudien von Personenzentrierten Psychotherapien mit gewalttätigen Kindern/Jugendlichen zurückzuführen. Es wird gleichfalls nicht berücksichtigt, dass sich die personenzentrierte Störungslehre und das entsprechende Therapiekonzept von der „ungerichteten“, non-direktiven Tradition deutlich weiter entwickelt haben. Ebenso fehlen differenzierte Analysen über die Wechselwirkung zwischen dem Einsatz methodischer, verhaltensbezogener Elemente und der Bedeutung einer entwicklungsförderlichen Beziehungsgestaltung (zu dieser methodischen Debatte vgl. z. B. Fröhlich-Gildhoff et al. 2003).

4.2 Grundhaltung

Für die Grundhaltung der PädagogInnen bzw. TherapeutInnen im Umgang mit aggressiven bzw. gewalttätigen Kindern und Jugendlichen hat Fröhlich-Gildhoff (2006b, S. 67ff) fünf „Prinzipien“ formuliert:

(1) *Die therapeutische Haltung sollte durch Wertschätzung und Konfrontation zugleich gekennzeichnet sein. Wertschätzung ist auf die Person bezogen – bezüglich des aggressiven Verhaltens sollte deutlich gemacht werden, dass der/die PädagogIn oder TherapeutIn dieses nicht billigt.*

Untersuchungen bei Straftätern (Marshall et al. 2002) haben gezeigt, dass ein „harscher Konfrontationsstil“ allein eher „negative Auswirkungen auf das Therapieergebnis hat, eine empathische Haltung hingegen den Erwerb neuer Bewältigungsstrategien fördert und Bagatellisierungen der Straftaten verhindert“ (Elsner 2004, S. 113).

Eine Konsequenz hieraus ist eine störungsspezifische Konkretisierung des personenzentrierten Handelns in der Psychotherapie mit gewalt-auffälligen Kindern und Jugendlichen: Auf der Grundlage einer verstehenden Beziehungshaltung und -gestaltung müssen die Betroffenen mit ihrem, letztlich selbstschädigenden, Handeln konfrontiert werden. Dies bedeutet ein stärker strukturierendes und fokussierendes Vorgehen.

In der personenzentrierten Psychotherapie wurde bereits früh von Carkhuff (1969a,b) die Variable „Confrontation“ als zusätzliches „Element“ in der therapeutischen Begegnung ins Spiel gebracht. Graessner (1995) schlägt sogar vor, „Strukturgebung“ – aufgrund der großen entwicklungspsychologischen Bedeutung – als vierte „Basisvariable“ in das Therapiekonzept aufzunehmen.

(2) Aufgrund der oftmals geringen Motivation wird es nötig sein, diese zunächst aufzubauen.

Dazu ist es wichtig „einen Anreiz“ zu setzen; dies kann (vorübergehend) über klassische Elemente der Verhaltenstherapie (z. B. Verstärkungspläne) erfolgen, unverzichtbar ist jedoch der Aufbau einer stabilen Beziehung, die weitergehenden Einfluss ermöglicht. Auch schon beim Aufbau der Motivation kann (sollte) es sinnvoll sein, zumindest partiell konfrontativ zu arbeiten: Bei den betroffenen Kindern/Jugendlichen muss zumindest eine minimale Unzufriedenheit mit der gegebenen Lebenssituation und vor allem den sozialen Bezügen und dem eigenen Verhalten bestehen. Dieser „Funke“ an Veränderungsmotivation ist aufzugreifen, und es gilt ihn anzufachen. Besonders gefordert ist hier die Kongruenz der TherapeutInnen: Sie werden gefordert sein, Sympathie für die Kinder/Jugendlichen entwickeln zu müssen und sie in ihrer – z. T. moralisch zu verurteilenden – Form der Weltbegegnung zu verstehen. Zugleich ist ein hohes Maß an Selbst-Achtsamkeit erforderlich, um eine wirkliche Begegnung von Person zu Person gestalten zu können.

(3) Arbeiten an der Selbst-Verantwortung der Betroffenen: Dieser Aspekt hängt eng mit der Motivationsarbeit zusammen: Die schon langfristige und stark aggressive Kinder und Jugendlichen lehnen oftmals die Verantwortung für das eigene Handeln ab. Aufgrund ihrer besonderen Art der Fremd- und Selbstwahrnehmung machen sie andere für die Auslösung ihres Verhaltens verantwortlich. Auch hier ist es nötig, konfrontativ entsprechende Strategien zu hinterfragen.

Es sind „Konfrontationen nötig, um eine Auseinandersetzung des Täters mit seinen Realitätsverzerrungen zu initiieren; sie sind aber nur in einer respektvollen Beziehung wirksam“ (Elsner 2004, S. 113).

Es geht also darum, die Wahrnehmungsverzerrungen – als Ausdruck und Folge der Inkongruenzen – ‚aufzudecken‘, um sie einer Symbolisierung und damit der potentiellen Veränderung zugänglich zu machen.

(4) Ansetzen an der zu Grunde liegenden Strukturstörung: Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben eine über lange Zeit verfestigte Selbststruktur entwickelt und entsprechende intrapsychische Schemata aufgebaut. Es gilt, diese verfestigten Schemata anzustoßen; hier ist der von Grawe (1998) beschriebene Wirkfaktor der „prozessualen Aktivierung“ besonders bedeutsam. So ist es zunächst einmal nötig, den Jugendlichen Struktur zu bieten; dies geschieht durch ein klares Setting und Grenzsetzungen.

Die Jugendlichen müssen die Möglichkeit haben, in der therapeutischen Beziehung „korrektive Erfahrungen“ (Grawe 1998, vgl. auch Fröhlich-Gildhoff 2003) machen zu können, um sich in ihrem Beziehungsverhalten neu orientieren zu können. Die hierbei nötige aktive Rolle des/der TherapeutIn betont Pfeiffer (1993), wenn er davon ausgeht, dass im „Übungsfeld Therapie“ das „Ausleben, Bewusstmachen und Überwinden irrealer Beziehungsstrukturen“ (ebd. S. 29f, vgl. auch Pfeiffer 1995) gestaltet werden muss.

Wichtige Elemente sind:

- „Verflüssigung“ der feindselig ‚getunten‘ und rigiden Haltung gegenüber der Umwelt durch eine Veränderung der Fremd- und Selbstwahrnehmung;
- Differenzierung der Emotionen, besonders durch genaues ‚Spiegeln‘ und möglicherweise erlebnisaktivierende Methoden. Hier bietet das Konzept der genau differenzierenden „Interaktionsresonanz“ (Behr 2002) eine gute Ausgangsbasis;
- Konsequente Veränderung der stark aggressiv gefärbten sozial-kognitiven Informationsverarbeitung bzw. Wahrnehmungsverzerrungen; auch hier sind konfrontative Methoden einzusetzen: Insbesondere der Aspekt, ob Dominanz und Kontrolle wichtiger als prosoziale Ziele sind, muss konsequent thematisiert werden;
- Nicht zuletzt ist wichtig, den betroffenen Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten zu einer konstruktiven Bestätigung ihres Selbstwertes zu geben: Es nützt wenig, ihnen ihre spezifische Form der Selbstwerterhaltung, nämlich die Aggression zu nehmen und ihnen keine Verhaltensalternative zur Verfügung zu stellen. Daher ist es wichtig, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu initiieren und an den vorhandenen Stärken und Ressourcen der Betroffenen anzusetzen.

(5) Die Arbeit mit aggressiven und gewalttätigen Kindern und Jugendlichen ist mühsam und fordert die PädagogInnen und TherapeutInnen in besonderer Weise heraus – vor allem weil das eigene Wertesystem immer wieder in Frage gestellt wird und kurzfristige Erfolge oft nicht möglich sind. Daher ist es wichtig, für sich selbst Sorge zu tragen und dann auch Burn-Out-Prophylaxe zu betreiben.

Geeignete Möglichkeiten können unter anderem sein

- eine Rückversicherung durch Team und Supervision
- das Teilen von Verantwortung durch Einbezug des Umfeldes
- das Knüpfen von Netzwerken, z. B. unter Einbeziehung von Jugendhilfeeinrichtungen
- immer wieder sorgsam die eigenen Grenzen zu achten
- auf die eigene „Work-Life-Balance“ zu achten
- die eigenen Ressourcen zu stärken.

Elsner (2004) fasst seine Erkenntnisse aus der Arbeit mit delinquenten Jugendlichen und Erwachsenen so zusammen: „Wir halten insgesamt eine therapeutische Haltung für nützlich, mit der wir den Täter sowohl unterstützen, zu Veränderungen ermutigen und in seinem Selbstwertgefühl stärken als auch kritisch hinterfragen,

konfrontieren und ihm klare Grenzen setzen. Dabei ist im Therapieverlauf immer wieder die Balance herzustellen zwischen der Unterstützung des Patienten einerseits, ohne dabei in eine Kollusion mit ihm zu geraten, und einer angemessenen Konfrontation mit seiner deliktrelevanten Problematik andererseits, ohne dabei durch eine feindselige Haltung Gefühle von Hilflosigkeit und Beschämung bei ihm hervorzurufen“ (ebd., S. 114).

4.3 Interventionsprogramme

Es gibt eine Reihe von Präventions- und Interventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche, die (übermäßig) gewalttätiges Verhalten zeigen. Diese können nach Zielgruppe, Rahmenbedingungen etc. differenziert werden.

Umfassende Programme zur Reduktion von Gewalt an Schulen stellen z. B. Olweus (1995), Steinmetz-Brand (2006) oder auf einer präventiven Ebene Spröder et al. (2006) bzw. Bieg und Behr (2005) vor.

Die Interventions-Programme für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen lassen sich differenzieren in „konfrontative Programme“ (vgl. z. B. Weidner et al. 1997; Heilemann & Fischwasser-v. Proeck 2001) und „ganzheitliche Programme“. Letztgenannte versuchen, nicht nur auf der unmittelbaren Symptom- bzw. Verhaltensebene anzusetzen, sondern auch die zu Grunde liegenden Faktoren, wie z. B. einen schwachen Selbstwert, mit zu berücksichtigen.

Beispiele hierfür sind:

- „Training mit aggressiven Kindern“ (Petermann & Petermann 2001)
- „Freiburger Anti-Gewalt-Training“ (Fröhlich-Gildhoff 2006a).

5. Schlussbetrachtung

Die Ergebnisse der Ursachenforschung für aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: 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); diese Variablen sind gepaart mit fehlenden bzw. unzureichend ausgeprägten sozialen Kompetenzen vor allem im Bereich der Konfliktbewältigung. Aufgrund der frühen Entstehung hat sich diese Form der aggressiven bzw. gewalttätigen Welt-Begegnung verfestigt; die Veränderungsmotivation ist oftmals gering. Das therapeutische Begegnungsangebot muss in spezifischer Weise auf diese innerpsychische Konstellation der betroffenen Kinder und Jugendlichen adaptiert werden:

Es wird darauf ankommen, ein Beziehungsangebot so zu gestalten, dass die jugendlichen PatientInnen einerseits als Person Wertschätzung erfahren, dass sie jedoch gleichzeitig ein kongruentes Gegenüber erfahren, das ihnen eine Konfrontation mit den Realitätsverzerrungen und den Aufbau von Selbstverantwortung ermöglicht. Oftmals wird ein „Ringen“ um die Motivation zur (Selbst-)Veränderung den Beginn des therapeutischen Prozesses bestimmen. Dazu wird es nötig sein, das personenzentrierte „Therapiebeziehungsangebot“ durch spezifische erfahrungsaktivierende Interventionen zu ergänzen.

Eine störungsspezifische, konzeptionelle Weiterentwicklung der personenzentrierten Psychotherapie mit aggressiven bzw. gewalttätigen Kindern und Jugendlichen wird also einerseits von einer (selbst-)reflexiven Beziehungsgestaltung auf der Grundlage der „Basisvariablen“ ausgehen, um Ermöglichräume und (Beziehungs-)Sicherheit zur Selbst-Entwicklung anzubieten. Andererseits wird es nötig sein, in besonderer Weise aktiv-strukturierend und konfrontierend den Betroffenen zu begegnen, um kongruent eine Person-Person-Begegnung zu gestalten, damit die gewalttätige Form der Weltbegegnung nicht empathisch mit zu (er)tragen. Wertschätzung und Konfrontation geben den Betroffenen die Möglichkeit zu neuen Beziehungserfahrungen; hierdurch werden „Anstöße“ zur „Verflüssigung“ des sehr rigiden Selbstkonzepts gegeben.

Literatur

Al-Wiswasi, S. (2004). *Der Verlauf von Störungen durch Substanzkonsum im Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie*. Dissertation Universität Bremen. URL: http://elib.suub.uni-bremen.de/diss/docs/E-Diss802_DISS.24_02-04.pdf [Zugriff: 06. 09. 2006]

Baumeister, R. F., & Boden, J. M. (1998). Aggression and the self: High self-esteem, low self-control, and ego threat. In: R. Geen & E. Donnerstein (Hrsg.). *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy*. San Diego, CA: Academic. S. 111–137.

Behr, M. (2002). Therapie als Erleben – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte (2. überarb. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe. S. 95–122.

Bieg, S. & Behr, M. (2005). *Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotionalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientierungsstufenalter*. Göttingen: Hogrefe.

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1993). Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts., In: J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.): *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Bd. 1 (S. 77–88). Köln: GwG-Verlag.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T. Kemper, F. & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.) (2002). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. erw. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Borg-Laufs, M. (1997). *Aggressives Verhalten: Mythen und Möglichkeiten*. Tübingen: DGVT.
- Brettfeld, K. & Wetzels (2003). Jugendliche als Opfer und Täter: Befunde aus kriminologischen Dunkelfeldstudien. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 78–114.
- Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Burke, J. D., Loeber, R. & Lahey, B. B. (2003). Course and Outcomes. In: C. A. Essau, (2003). *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. S. 61–94.
- Burks, V. S., Laird, H. D., Dodge, A., Pettit, C. S. & Bates, J. E. (1999). Knowledge structures, social information, processing and children's aggressive behavior. In: *Social Development*, 8, S. 220–236.
- Campbell, S. B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences of early behavior and outcome. In: D. Cicchetti & S. L. Toth (Hrsg.). *Internalizing and externalizing expression of dysfunction*. Hillsdale: Erlbaum. S. 57–90.
- Carkhuff, R. (1969a). *Helping and human relations. Vol I. Selection and training*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carkhuff, R. (1969b). *Helping and human relations. Vol II. Practice and research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Caprara, G. V., Perugini, M. & Barbaranelli, C. (1994). Studies of individual differences in aggression. In: M. Potegal & J. F. Knutson (Hrsg.). *The dynamics of aggression*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates. S. 123–153.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. & Lynch, M (1995). Bowlby's dream comes full circle. The application of attachment theory to risk and psychopathology. In: T. H. Ollendick & J. R. Prinz (Eds.). *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 17. New York: Plenum, pp. 1–75.
- Cohler, B. J., Scott, F. M. & Musick, J. S. (1995). Adversity, vulnerability, and resilience: Cultural and developmental perspectives. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.). *Developmental psychopathology, Vol. 2*. New York: Wiley. S. 753–800.
- Crick, N. R. & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. In: *Child Development*, 66, S. 710–722.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. In: *Psychological Bulletin*, 115, S. 74–101.
- Denham, S. A., Blair, K., Schmidt, M. & DeMulder, E. (2002). Compromised emotional competence: Seeds of violence sown early? In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, pp. 70–82.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (1997). *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Elsner, K. (2004). Tätertherapie. Grundlagen und kognitiv-behavioraler Schwerpunkt. In: M. Broda, S. Fliegel, A. v. Schlippe, J. Schweitzer, W. Senf & U. Streeck (Hrsg.). *Psychotherapie im Dialog: Täter*. Nr. 2, Juni, 5. Jg. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. S. 109–119.
- Essau, C. A. & Conradt, J. (2004). *Aggression bei Kindern und Jugendlichen*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006a). *Freiburger Anti-Gewalt-Training (FAGT) – Konzept, Manual, Evaluation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006b). *Gewalt begegnen – Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2005). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (PTKJ) – eine aktuelle Bestandserhebung. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36. Jg., H1, S. 17–21.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). *Einzelbetreuung in der Jugendhilfe*. Münster: Lit.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (i. Dr.). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer (erscheint 2007).
- Fröhlich-Gildhoff, K., Behr, M., Hufnagel, G. & v. Zülow, C. (2003). Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34. Jg. (4), S. 197–206.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G. (1997). Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. In: *GwG-Zeitschrift* 1/97, 28. Jg., S. 37–49.
- Graessner, D. (1995). Gesprächspsychotherapeutische Krankheitslehre. *GwG-Zeitschrift* 98, S. 39–47.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Heilemann, M. & Fischwasser-von-Proeck, G. (2001). *Gewalt wandeln. Das Anti-Aggressivitäts-Training AAT*. Lengerich u. a.: Pabst Publishing.
- Huesmann, L. R., Moise-Titus, J., Podolski, C.-L. & Eron, L. D. (2003). Longitudinal Relations Between Children's Exposure to TV Violence and Their Aggressive and Violent Behavior in Young Adulthood: 1977–1992 *Developmental Psychology*, Vol. 39, No. 2, S. 201–221.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. 2. überarb. Auflage. Band 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 35–80.
- Humpert, W. & Dann, H. D. (2001). *KTM Kompakt. Basistraining, Zerstörungsreduktion und Gewaltprävention für pädagogische und helfende Berufe auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells*. Bern: Huber.
- Kleiber, D. & Meixner, S. (2000). Aggression und (Gewalt-)Delinquenz bei Kindern und Jugendlichen: Ausmaß, Entwicklungszusammenhänge und Prävention. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*. 31. Jg., Heft 3, S. 191–205.
- Krahé, B. (2001). *The Social Psychology of Aggression*. Philadelphia: Psychology Press Ltd.
- Laucht, M. (2003). Aggressives und dissoziales Verhalten in der Prä-Adoleszenz: Entstehungsbedingungen und Vorläufer in der frühen Kindheit. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 47–56.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. In: *American Psychologist*, 53, S. 242–259.

- Loeber, R. & Hay, D. F. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: A life span perspective. In: D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Hrsg.). *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley. pp. 51–59.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In: N. Morris & M. Tonry (Hrsg.). *Crime and justice: An annual review of research*. Chicago: University of Chicago Press. S. 29–149.
- Lösel, F., Bliesener, T. & Averbek, M. (1999). Hat die Delinquenz von Schülern zugenommen? Ein Vergleich im Dunkelfeld nach 22 Jahren. In: M. Schäfer & D. Frey (Hrsg.). *Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe. S. 65–89.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y. M., Mann, R. E. & Thornton, D. (2002). Therapist features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, S. 395–405.
- McCord, J. (Hrsg.) (1998). *Coercion and punishment in long-term perspectives*. New York: Cambridge University Press
- Oerter, R., Hagen, C. v., Röper, G., & Noam, G. (Hrsg.) (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Olweus, D. (1995). *Gewalt in der Schule*. Bern: Huber.
- Ostendorf, H., Köhnken, G. & Schütze, G. (2002). *Aggression und Gewalt*. Frankfurt a. M., Berlin, Bern: Lang.
- Papousek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 77–110.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, H. M. (2001): *Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2001). *Training mit aggressiven Kindern. 10. überarb. Auflage*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift* 97, S. 27–32.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und Therapie psychischer Störungen. In: L. Teusch & J. Finke (Hrsg.): *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 19–40). Heidelberg: Asanger.
- Resch F. (2004). *Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld*. In: M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 317–348.
- Roth, M. & Seiffge-Krenke, I. (2005). Die Relevanz von familiären Belastungen und aggressivem, antisozialen Verhalten in Kindheit und Jugend für Delinquenz im Erwachsenenalter: Eine Studie an ‚leichten‘ und ‚schweren‘ Jungs in Haftanstalten. In: I. Seiffge-Krenke (Hrsg.). *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 283–308.
- Salisch, v. M., Kristen, A. & Oppel, C. (2005). Aggressives Verhalten und (neue) Medien. In: I. Seiffge-Krenke. (Hrsg.). *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 198–237.
- Selg, H. (2003). Mediengewalt und ihre Auswirkungen auf Kinder. *Unsere Jugend*. 55. Jg., H. 4. S. 147–155.
- Scheithauer, H. (2003). *Aggressives Verhalten von Jungen und Mädchen*. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Scheithauer, H. & Petermann F. (2004). Aggressiv-dissoziales Verhalten. In: F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.). *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 367–406.
- Schmeck, K. (2003). Die Bedeutung von spezifischen Temperamentsmerkmalen bei aggressiven Verhaltensstörungen. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 157–174.
- Spröber, N., Schlottke, P. F. & Hautzinger M. (2006). ProACT-E: Ein Programm zur Prävention von „bullying“ an Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern. Evaluation eines schulbasierten, primärpräventiven Programms für weiterführende Schulen unter Eibeziehung von Lehrern, Schülern und Eltern. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), S. 40–150.
- Steinmetz-Brand, U. (2006). In der Krise wächst die Chance. Ganzheitliches Gewaltpräventions- und Interventionsprogramm der Georg Büchner Schule, Schule für Erziehungshilfe und Kranke. In: K. Fröhlich-Gildhoff. *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 134–151.
- Sturzbecher, D. & Hess, M. (2002). Jugendgewalt und Reaktionen des sozialen Umfeldes. In: D. Sturzbecher (Hrsg.). *Jugendtrends in Ostdeutschland: Bildung, Freizeit, Politik, Risiken. Längsschnittanalysen zur Lebenssituation und Delinquenz 1999-2001*. Opladen: Leske + Budrich. S. 182–209.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1991). *Erziehungspsychologie (10. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Weidner, J., Kilb, R. & Kreft, D. (Hrsg.) (1997). *Gewalt im Griff. Neue Formen des Anti-Aggressivitäts-Trainings*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wurmser, H. & Papousek, M. (2004). Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz. In: M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 49–76.

Autor

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Prof. Dr., Jahrgang 1956, Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der EFH Freiburg. Psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut. Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung an der EFH Freiburg. Forschung im Bereich Jugendhilfe, Pädagogik der Frühen Kindheit, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

Kontaktadresse

Evangelische Fachhochschule Freiburg
Bugginger Straße 38
D-79114 Freiburg
E-Mail: froehlich-gildhoff@efh-freiburg.de

Anita Holzer

Jugendliche in der Personzentrierten Psychotherapie

Eine Reflexion der Praxis

Zusammenfassung: Im vorliegenden Artikel wird die psychotherapeutische Praxis mit Jugendlichen anhand von Konzepten des personzentrierten Ansatzes reflektiert. In einem ersten Teil werden die entwicklungspsychologischen Aufgaben des Jugendalters beschrieben. Die Jugendzeit mit ihrer starken Entwicklungsdynamik ist eine krisenanfällige Zeit, die Loslösung der Kinder und Eltern voneinander fordert alle Beteiligten. Jugendliche können in eine Krise kommen, wenn die Bewältigungsstrategien nicht mehr greifen. Welche Bedeutung diese Krisen innerhalb der gesamten psychischen Entwicklung einnehmen, ist oft schwer abzuschätzen.

Das personzentrierte Beziehungsangebot ist in hohem Maße für die Arbeit mit Jugendlichen geeignet, da das empathische Verstehen ihrer widersprüchlichen Erfahrungen für die Erweiterung des Selbstkonzeptes von großer Bedeutung ist. Die Abstraktionsebenen, wie Höger sie formuliert hat, bilden die Basis für den Versuch, konkretes Therapeutenverhalten als Manifestationsformen des personzentrierten Beziehungsangebotes zu erklären.

Stichwörter: Entwicklung im Jugendalter, Trennung, Klientenzentrierte Psychotherapie, Selbstkonzept

Abstract: Adolescents in Person-centered Psychotherapy. In this article I reflect on the psychotherapeutic practice with adolescents based on the concept of client-centred psychotherapy. First the mental development of the adolescent is described. Adolescence with its dynamic development takes a high risk for crisis. The separation of children and parents from one another is a challenge for both. Young people can shift into a crisis if their coping strategies do no longer work. It is often difficult to evaluate the significance of the crisis within the whole mental development.

The person-centred relationship is most suitable for psychotherapy with adolescents. Empathy for their conflicting experiences is very important for the development of their concept of self. The level-of-abstraction concept as coined by Höger helps to explain the manifest behaviour of therapists in the person-centred relationship.

Keywords: Adolescent development, separation, client centered psychotherapy, self concept

1. Einleitung

Der personzentrierte Ansatz mit seinen therapeutischen Basiskompetenzen Kongruenz, Empathie und bedingungsfreie Wertschätzung des Erlebens ist in hohem Maße geeignet für eine Jugendlichentherapie. Das besondere Training der personzentrierten Psychotherapeutin, sich alle Wahrnehmungen, Gefühle, Impulse und Wertungen zu vergegenwärtigen und daraus zum Handeln zu kommen, ist überzeugend für Jugendliche, die widersprüchlichen Gedanken, Gefühlen und Impulsen ausgesetzt sind. Nach Christiane Monden-Engelhardt (1997, S. 9) ist das personzentrierte Psychotherapiekonzept auch darum besonders für diese Altersgruppe geeignet, weil es in seinen Grundannahmen entwicklungs- und wachstumsorientiert ist.

Personzentriert zu arbeiten bedeutet, mit der Klientin¹ an den inneren Ort hinzugehen, an dem sie sich befindet, dabei das Vergangene mit zu fühlen und das Kommende mit zu ahnen. Das holt die Jugendlichen, die sich in einer Welt zwischen der Kindheit und der zu werdenden erwachsenen Person bewegen, gut ab. Als kongruente Person stellt sich die Therapeutin mit ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und ihrem eigenen inneren Erleben zur Verfügung, damit die Klientin ihre Erfahrungen und ihr Erleben möglichst angstfrei erkunden, sich so mit inneren und äußeren Begebenheiten auseinandersetzen und daran ihr Selbstkonzept entwickeln kann.

¹ Ich verwende in diesem Artikel vorwiegend die weiblichen Formen, da die meisten meiner Klientinnen wie auch ich Frauen sind.

Was Jugendliche vollbringen, wenn sie das Eigene suchen und finden, aber auch wenn sie ihren Bezug zur Welt gestalten, ist ein schöpferischer Akt. Aus Kindern, die mehr oder weniger vertrauensvoll mit den Eltern ihren Weg gegangen sind, sollen Erwachsene werden, die selbstständig denken und das Leben auf ihre Art meistern. In der Arbeit mit Jugendlichen ist die Psychotherapeutin meist nicht nur Begleiterin der Jugendlichen, sondern auch der Eltern, die ebenfalls einen schwierigen Weg zu gehen haben.

Als überzeugte personzentrierte Psychotherapeutin erlebe ich mich in der Therapie mit Jugendlichen anders als mit Erwachsenen: Mein Verantwortungsgefühl ist stärker angesprochen, mein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz wird häufiger auf die Probe gestellt. Ich nehme öfter direkt Stellung und äußere meine Meinung. Ich informiere und konfrontiere häufiger als in der Arbeit mit Erwachsenen. Ich biete mich den Jugendlichen an als ein Gegenüber, an dem sie sich orientieren und reiben können. Die Gespräche bewegen sich häufiger im äußeren Bezugsrahmen. Ich beziehe die Eltern und das Lebensumfeld mit in die Arbeit ein und hole damit das Thema Autonomie und Abhängigkeit von mir aus ins Therapiezimmer. Immer wieder habe ich das Gefühl, die therapeutische Beziehung zu riskieren und mache doch die Erfahrung, dass sie gerade dadurch gestärkt wird.

Angesichts dessen, wie ich mich also selbst als Jugendlichen-therapeutin erlebe und verhalte, tauchen mir immer wieder Fragen auf: Was passiert da genau? Wie kann ich aus dem personzentrierten Ansatz heraus die Situation der Jugendlichen verstehen und wie mein Therapeutinnenverhalten erklären und begründen? Es soll in diesem Artikel darum gehen, die Praxis zu reflektieren und mit personzentrierten Konzepten zu verbinden. Meine Überlegungen beruhen auf Erfahrungen in der ambulanten Psychotherapie, vorwiegend mit weiblichen Jugendlichen.

2. Die entwicklungspsychologische Situation von Jugendlichen

Die hormonelle Entwicklung bringt einen Schub in die physische, psychische und soziale Erfahrungswelt der Kinder. Die körperlichen Veränderungen, die wachsende Bedeutung der Gleichaltrigen, die Ablösung von den Eltern und die Aufgaben, die die Jugendlichen in der Gesellschaft zu übernehmen haben, bringen in hohem Maße neuartiges Erleben mit sich, das angemessen symbolisiert und ins Selbstkonzept integriert werden soll. Damit dies geschehen kann, müssen diese neuen Erfahrungen von bedeutsamen Anderen positiv beachtet werden. Zu diesen gehören jetzt nicht mehr nur die Eltern, sondern auch die Freunde und Freundinnen aus der Peergroup. Die Akzeptanz in der Gruppe der Gleichaltrigen ist in dieser Lebensphase von besonderer Bedeutung. Die Bewertungen, die von diesen bedeutenden Anderen gemacht werden, können im Widerspruch stehen zu den organismischen Bewertungen des Individuums. Rogers

(1959a/1987, S. 49) schreibt dazu, der Ausdruck der positiven Beachtung durch einen andern könne von größerer Bedeutung sein als der organismische Bewertungsprozess. Das Individuum richte sich dann mehr nach der positiven Beachtung durch andere als nach den Erfahrungen, die von positivem Wert für die Aktualisierung des Organismus seien.

Innere und äußere Bewertungsinstanzen können also in einen erheblichen Widerspruch zueinander geraten. Wenn die eigenen Erfahrungen in der organismischen Bewertung als der Selbstachtung dienlich erlebt werden, aber in der sozialen Gruppe keine Akzeptanz finden, können sie nicht vollständig symbolisiert werden. Es entsteht eine große Spannung und eine Verunsicherung über das Selbstkonzept.

Bei Erikson (1966, S. 106) wird dieses Erleben mit andern Worten beschrieben. „In der Pubertät werden alle Identifizierungen und alle Sicherungen, auf die man sich früher verlassen konnte, erneut in Frage gestellt.“ Jugendliche seien beschäftigt mit der Frage, „was sie in den Augen anderer zu sein scheinen im Vergleich zu dem, was sie zu sein fühlen“. Ein Jugendlicher sei „in manchmal krankhafter, oft absonderlicher Weise darauf konzentriert herauszufinden, wie er, im Vergleich zu seinem Selbstgefühl, in den Augen anderer erscheint und wie er seine früher aufgebauten Rollen und Fertigkeiten mit den gerade modernen Idealen und Leitbildern verknüpfen kann“ (ebd. S. 131). Wie stellvertretend im äußeren Erscheinungsbild versucht wird, das aus sich zu machen, was man gerne wäre, beschreibt die Schweizer Autorin Christine Rinderknecht in einem Roman über ein Teenagerleben in den 60er-Jahren auf anschauliche Art. Auch wenn Trends, Mode, und Idole heute andere sind – das innere Erleben hat sich kaum verändert.

„Um Lars auf mich aufmerksam zu machen, schnitt ich an einem Mittwochnachmittag all meinen Röcken die Säume ab und nähte sie mit krummen Stichen weit über dem Knie wieder zusammen. Der Minirock war Mode, alle Mädchen trugen Miniröcke, ohne Minirock war man ein Landei, eine von hinter dem Mond, wenn man mit einem Faltenrock bis knapp übers Knie daherkam ... Die Mittwochnachmittagsaktion machte dem Zustand ein Ende und befreite meine Knie von dem Ruf, der Familie der Landeier anzugehören. Nach den Knien kam das Gesicht dran. Ich zupfte mir die Härchen über der Nasenwurzel aus und versuchte das Gewucher über den Augen in elegante hauchdünne Bögen zu verwandeln, so wie bei Tanja, die aussah wie eine Madonna. Sie hatte ein ovales fein geschnittenes Gesicht mit dunklen Rehaugen, langen dunkelbraunen Haaren und Augenbrauen wie mit einem Pinsel gemalt, aber sie waren echt. Ich zupfte an meinen Härchen herum, bis ich keine Härchen mehr hatte und die Augenbrauen mit einem Stift hinmalen musste. Sie waren nicht so schön wie die von Tanja, und man sah, dass sie nicht echt waren. Auch die Haare waren ein Problem. Ich wollte mir einen Coupe Hardy schneiden lassen, wie Françoise Hardy mit Stirnfransen und Schnitlauchlocken, die unten an den Spitzen nach außen gedreht wurden. Die Coiffeuse riet mir heftig von Stirnfransen ab. Meine Haare

machten an der Stirn einen Wirbel, und mein rundliches Gesicht rief nicht unbedingt nach Stirnfransen. Ich ließ mich nicht abhalten und verlangte Stirnfransen und eine Frisur wie auf dem Bild, das ich aus einem Heft herausgeschnitten hatte. Nach dem Haarschnitt hatte ich keine Ähnlichkeit mit Françoise Hardy. Meine Haarspitzen ließen sich beim besten Willen nicht nach außen drehen, und die Fransen standen schräg in die Luft hinein. Der Minirock, die neue Frisur und die Augenbrauen veranlassten Lars in keinster Weise dazu, mich zu beachten oder mir wenigstens einen Blick zuzuwenden, obwohl ich darauf achtete, mindestens zweimal pro Tag seinen Weg zu kreuzen. ... Ich hasste mich, ich hasste meinen Körper, mein Gesicht. Ich wollte ein neues Gesicht, ein Gesicht wie ein Filmstar mit Beinen wie ein Filmstar, nicht diese Waden, „Sprinterwaden“, sagte Philipp, ich wollte lange, gerade, schlanke Beine haben und blonde Haare mit Stirnfransen, Schnittlauchlocken, grüne Augen und dünne Augenbrauen wie mit einem Pinsel hingemalt. Ich wollte kleine Brüste und dünn sein wie eine Bohnenstange, kurze, flattrige Röcke haben und eine durchsichtige Haut wie Perlmutter schimmernd, und ich wollte einen Freund, der so aussah wie Lars, ich wollte einen Schweden. In meinem Kopf spazierte mein neues Ich mit seinem Schweden im Schulhof herum, und alle drehten die Köpfe, weil sie noch nie so ein schönes Paar gesehen hatten.“ (Christine Rinderknecht: Ein Löffel in der Luft, 2002, S. 129–131)

Die Jugendlichen müssen sich selbst neu erfinden

Das Selbstkonzept des Kindes entwickelt sich nach Biermann-Ratjen (2006, S. 90) durch die Interaktion mit wichtigen Bindungspersonen in drei Phasen. Auf dieser Grundlage verlaufe der weitere Entwicklungsprozess, in dem es darum gehe, immer wieder die Kongruenz zwischen den realen Selbsterfahrungen als ein so und nicht anders geartetes und erlebendes Wesen und dem Selbstkonzept herzustellen. Es gehe darum, diejenigen Selbsterfahrungen zu integrieren, die mit realen Begrenzungen und mit Chancen, bzw. Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung zusammenhängen. Solche Erfahrungen werden in verschiedenen Bereichen gemacht:

- Die sexuelle Identität und die Beziehung zum andern Geschlecht beschäftigen die Jugendlichen in hohem Maße. Manche Mädchen machen schon mit 13–14 Jahren erste sexuelle Erfahrungen, die sie verwirren und die mit widersprüchlichen organismischen Bewertungen verbunden sind. Zudem müssen sich die Jugendlichen mit existenziellen Fragen wie dem Schutz vor Aids und der Verhütung einer Schwangerschaft befassen.
- Die Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch mit den Grenzen, nimmt im Hinblick auf die schulische Laufbahn und die Berufsfindung einen breiten Raum ein. Dabei werden die Jugendlichen mit den Widersprüchlichkeiten oder der Unvereinbarkeit von Selbstideal und Selbsterfahrungen sowie Wünschen und Realitäten konfrontiert.

- Die Beziehung zu den Eltern muss neu definiert werden. Deren Vorrangstellung als bedeutsame Andere wird durch die Bedeutung der Peergroup in Frage gestellt. Die Jugendlichen drängen zu mehr Eigenständigkeit und wollen immer mehr Erfahrungswelten für sich allein haben, die Eltern daraus heraus halten. Das führt zwangsläufig zu Konflikten. Es kann – bei einer oft durch lange Ausbildungen verlängerten Jugendzeit – zu einer großen Spannung zwischen materieller Abhängigkeit und emotionaler Ablösung kommen.
- Im sozialen Umfeld kommt es zu Umbrüchen, und die Jugendlichen müssen darin ihre eigene Position finden. Das Bedürfnis nach Anerkennung (need for positive regard) weitet sich immer stärker aus ins Feld der Gleichaltrigen. In ihrem Kreis bewegen sich die Jugendlichen in einem Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis nach Beachtung und Zugehörigkeit und dem Wunsch nach Individualität.
- Der Bezug zur Welt und die Weltsicht gewinnen an Bedeutung. Die Jugendlichen beginnen sich für Fragen des weiteren Umfeldes zu interessieren und suchen nach Haltungen und Werten in den Fragen der Gestaltung des Zusammenlebens. Religiöse Fragen und ethische Werte können wichtig werden.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es in dieser Entwicklungsphase darum geht, zu einer Identität als erwachsene Person, einem stimmigen Selbstkonzept und passenden Beziehungen zu kommen. Dazu soll eine eigenständige Position im Leben und in der Gesellschaft gefunden werden.

Diesen Entwicklungsprozess haben die Jugendlichen im Umfeld des 21. Jahrhunderts zu bewältigen, in dem sie täglich mit Bildern und Informationen aus der ganzen Welt konfrontiert werden. Die Medien zeigen die Widersprüchlichkeiten zwischen idealisierter Wunschwelt und gewalttätigen Realitäten in allen Facetten. Die Kommunikation im Internet macht es einfach, sich nach außen zu präsentieren, mit falschen Identitäten, und auf diese Art Kontakte zu pflegen mit Personen, über deren Identität letztlich auch keine Gewissheit besteht. Das Internet eröffnet neue Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme. Manche Jugendliche haben dadurch einen erleichterten Zugang zu Gleichgesinnten. Im ausgiebigen Chatten steckt aber auch die Gefahr, dass leibhaftige Beziehungen gemieden werden und damit wichtige Erfahrungen in direkten Kontakten gar nicht mehr gemacht werden können. Zudem ermöglichen die Mobiltelefone, jederzeit in Kontakt treten zu können und kontaktiert zu werden. Das bedeutet für viele, dass auch im äußeren Leben eine große Unruhe herrscht.

Die Pubertät als Zeit der Krisen

Die Pubertät ist also eine Zeit der rasanten Entwicklung. Die zahlreichen neuartigen und intensiven Erfahrungen sollen ins Bewusstsein kommen, damit sie so ins Selbstkonzept integriert werden können. Das bedeutet, dass laufend in Frage steht, ob eine Erfahrung im Bewusstsein zugelassen werden kann, d. h. ob sie angemessen

symbolisiert wird. Werden die Erfahrungen vom Organismus als bedrohlich für das Selbstkonzept erlebt und/oder von den wichtigen Andern nicht positiv beachtet, werden sie nur unvollständig oder verzerrt symbolisiert oder sogar von der Symbolisierung ausgeschlossen (Höger, 2006, S. 61). Das Selbstkonzept wird in dieser Entwicklungsphase – ähnlich wie in einer Krisensituation – in hohem Maße hinterfragt und umorganisiert. Das bedeutet Dauerstress und führt zu Unbehagen, Unsicherheit und innerer Spannung.

Die meisten Jugendlichen bewältigen die Entwicklung mit Hilfe ihres Umfeldes und kommen nicht in psychotherapeutische Behandlung. Sie haben in der Kindheit viele auch widersprüchliche Erfahrungen gemacht, die von den wichtigen Bezugspersonen positiv beachtet wurden. Dank einem breiten Spektrum an Selbsterfahrungen hat sich ihr Selbstkonzept so entwickelt, dass es eine Art filigranes Netz bildet, in dem diese verschiedensten Erfahrungen auch miteinander verbunden sind. Das jugendliche Selbstkonzept ist dann so flexibel, dass es einer Zeit größerer Krisenanfälligkeit standhalten kann und neue Erfahrungen nicht so schnell als Bedrohung erlebt werden.

Wie weit und wie genau Erfahrungen symbolisiert werden können und damit der Gewährwerdung zugänglich sind, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Brandt und Heinerth (2006, S. 7) nennen konstitutionell- biologische Faktoren, soziokulturelle Entwicklungsbedingungen und die soziale Feinfühligkeit und Wertschätzung in signifikanten Beziehungen. Wenn sich unter ungünstigen Voraussetzungen ein brüchiges oder unflexibles Selbstkonzept entwickelt hat, werden die neuen Erfahrungen verzerrt oder unvollständig symbolisiert. Das bedeutet, dass sie den Jugendlichen selbst nicht angemessen bewusst werden und sich in einem Erleben und Verhalten zeigen, welches sowohl vom Jugendlichen selbst wie von der Umgebung schwer zu verstehen ist. So kann sich ein Teufelskreis von Unverständnis entwickeln.

Auffälliges, riskantes und provozierendes Verhalten kann also Ausdruck von verzerrter oder unvollständiger Symbolisierung sein. Gleichzeitig verstärkt sich damit das Krisenrisiko. Bossi (2006, S. 375) definiert die Krise folgendermaßen: „Akute Krisen werden ausgelöst durch belastende innere und äußere Erfahrungen, die plötzlich auftreten können und auf die nicht angemessen reagiert werden kann. Sie durchbrechen die Kontinuität des Erlebens und tragen den Charakter von großer Gefahr und existenziell erlebter Überforderung in sich. Die Person gerät in heftige innere Spannung, Angst, emotionale Verwirrung, ihre üblichen Bewältigungsstrategien versagen.“ Im folgenden Beispiel führt das riskante Verhalten, das schon als Ausdruck einer krisenhaften Entwicklung verstanden werden muss, in eine akute Krise:

Manuela (14)² ist an den Wochenenden oft in der Nacht unterwegs. Sie will sich von niemandem mehr sagen lassen, was sie zu tun hat.

Immer wieder trinkt sie zu viel Alkohol, obwohl sie bereits mehrfach die Erfahrung machen musste, dass sie unter Alkoholeinfluss die Selbst- und die Impulskontrolle verliert. An einem Abend begegnet sie, erneut alkoholisiert, einem Ex-Freund, der mit einer Gruppe männlicher Jugendlichen unterwegs ist. Sie geht auf ihn zu und lässt sich auf einen Streit ein, im Verlaufe dessen sich die beiden prügeln. Beim Weggehen trifft sie weitere bekannte Jugendliche und stachelt diese zur Rache an. Darauf kommt es zu einer Schlägerei unter den beiden Gruppen. Fasziniert schaut Manuela zu und bewundert einen der älteren Jugendlichen, sucht dann den Kontakt zu ihm. Plötzlich sieht sie sich mit ihm allein. Er hält sie fest, bedrängt sie und belästigt sie sexuell. Manuela ist verstört und versteht nicht, was ihr da passiert ist. Sie will die Erfahrung: „Mit mir wurde etwas gemacht, das ich nicht will, ich fühle mich ohnmächtig“ nicht wahrnehmen, denn das Selbstkonzept: „Ich bestimme darüber, was ich mache und was nicht, ich habe mein Verhalten und das der Andern im Griff“ ist massiv bedroht.

Brossi (2006, S. 375) schreibt, dass das zentrale Konstrukt für eine Krisendefinition im personzentrierten Ansatz die Inkongruenz sei. „Inkongruenz ist ja bekanntlich ein Zustand, in dem eine Erfahrung bzw. bestimmte sich wiederholende Erfahrungen gegensätzlich bewertet werden: die gesamtorganismische Bewertung im Hinblick darauf, ob sie der Erhaltung und Förderung des Organismus als Ganzem einschließlich des Selbstkonzeptes dienlich ist, stimmt nicht überein mit der Bewertung dieser Erfahrung hinsichtlich der Kompatibilität mit dem Selbstkonzept.“

Ob es sich bei den jugendlichen Krisen um ein Geschehen handelt, das in einer ambulanten Psychotherapie genügend bearbeitet werden kann oder ob sich eine psychiatrische Erkrankung entwickelt, ist auf Grund der sich zeigenden Probleme oft schwierig abzuschätzen. Du Bois und Resch (2005, S. 77) weisen darauf hin, dass es wichtig ist, den Verlauf einer Krise zu beobachten, um abzuschätzen, welche Auswirkungen sich auf die Entwicklung des Jugendlichen ergeben. „Das diagnostische Profil einer Jugendkrise gewinnt entscheidend an Kontur, wenn neben dem psychopathologischen Querschnitt auch der Längsschnitt beurteilt wird. Hierzu sind Erkenntnisse aus der Anamnese und dem Verlauf heranzuziehen“. Ein entscheidender Faktor für den Verlauf und die Folge des krisenhaften Geschehens ist die Qualität der Bindungserfahrungen, die sich durch die Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen entwickelt hat (Biermann-Ratjen, 2006, S. 84).

Das Spannungsfeld von Autonomie und Abhängigkeit

Zweifellos stellt die Pubertät eine Lebensphase dar, in der die Thematik von Autonomie und Abhängigkeit in hohem Maße in den Vordergrund rückt. Für das Finden einer eigenen Identität wird es zunehmend nötig, sich von der Nähe zu den Eltern zu lösen, neue Erfahrungen in einem erweiterten Umfeld, insbesondere unter den Gleichaltrigen zu machen. Wer bin ich, unabhängig von meinen

² Alle Namen in den Beispielen sind geändert.

Eltern? Wer bin ich in den Augen der Andern? Wer bin ich im Vergleich zu der, die ich sein möchte? Um Antworten auf diese Fragen zu finden, brauchen Jugendliche ein größeres Maß an Autonomie. Oft drängen sie geradezu in die Unabhängigkeit, lehnen jede Art von Bindung an vertraute erwachsene Bezugspersonen ab und haben Angst, schon die geringste Bezogenheit könnte sie in den Sog der alten Abhängigkeit bringen. Insbesondere fürchten sie die Bewertungen ihrer Erfahrungen durch die bedeutsamen Andern, in diesem Fall die Eltern. Oft haben sie gleichzeitig Angst vor der Abhängigkeit und vor der Autonomie und sind in hohem Maße hin und her gerissen. Sie erleben sich selbst als widersprüchlich.

Im guten Fall gibt Nähe Sicherheit und ein Gefühl von Verbundenheit. Zu viel Nähe kann aber auch ein Gefühl von Hilflosigkeit auslösen, das Gefühl, es nicht alleine zu schaffen. Das versuchen die Jugendlichen nach Möglichkeit zu vermeiden. Im guten Fall gibt Distanz das Gefühl von Autonomie. Distanz kann aber auch ein Gefühl von Leere auslösen, das Gefühl, ganz allein auf dieser Welt zu sein. Das löst Angst aus und es wächst das Gefühl der Verlorenheit und Sinnlosigkeit, die Angst vor existenzieller Einsamkeit.

Ablösung ist einerseits ein intrapsychischer Prozess. Das widersprüchliche Erleben von Loslösung und Bindung verlangt eine passende Symbolisierung, um ins Selbstkonzept integriert werden zu können. Das bedeutet, dass dieses Erleben wenigstens teilweise gewahr werden muss. Ablösung ist andererseits aber auch ein interpersonaler Prozess, ein systemisches Geschehen, dessen Vollzug die Beteiligung aller Bezugspersonen voraussetzt. Es ist ein aktives Sich-Weg-Bewegen von jemandem und ein passives Losgelassen-Werden. Eltern haben die anspruchsvolle Aufgabe, ihre Kinder in einem guten Maße gehen zu lassen und trotzdem noch genügend Schutz und Geborgenheit zu bieten. Für beide Seiten gleicht der Weg durch dieses Thema einer Gratwanderung, und die Folgen bei einem allfälligen Absturz können gravierend sein.

Die Ablösung der Eltern von den Jugendlichen

In der Zeit, in der die Jugendlichen beginnen, ihre eigenen Wege zu gehen, Probleme vor den Eltern geheim zu halten, neue Beziehungen einzugehen, denen sie plötzlich eine größere Wichtigkeit zuschreiben als denjenigen zu den Eltern, stehen auch die Eltern vor neuen Herausforderungen. Dass sie diese erfolgreich bewältigen können, ist sowohl für die weitere Beziehung der Kinder zu ihren Eltern als auch für die individuelle Entwicklung der Jugendlichen von großer Bedeutung. Wenn Ablösung gelingen soll, müssen die Kinder von den Erwachsenen die Erlaubnis erhalten, ihren eigenen Weg zu gehen. Die Jugendlichen sind jedoch weiterhin darauf angewiesen, dass ihr Erleben und ihre Erfahrungen mit all den Erfolgen und Misserfolgen, von den immer noch bedeutsamen Andern – den Eltern – positiv beachtet werden. So können auch die oft schwierigen Erfahrungen der Pubertät und Adoleszenz zu Selbsterfahrungen werden.

Eltern stehen in dieser Lebensphase vor einer wichtigen eigenen Aufgabe. Sie werden von den Jugendlichen oft mit großer Vehemenz dazu aufgefordert, ihre Vorstellungen von dem, was für ihre Kinder förderlich ist, loszulassen und diese ihre eigenen Wege gehen zu lassen. Meist divergieren die Meinungen darüber, was richtig und angemessen ist. Die Söhne und Töchter setzen sich bewusst von elterlichen Normen und Werten ab und suchen die Konfrontation. Die Akzeptanz unter den Gleichaltrigen wird über diejenige der Eltern gestellt, weil die Positionsfindung in der Peergroup von großer Wichtigkeit ist. Trotzdem – oder gerade deshalb – bilden die Werte und Normen des Elternhauses wichtige Referenzpunkte, an denen sich das Eigene messen kann. Eltern müssen sich hinterfragen lassen und sollen genau dafür auch noch Akzeptanz und Empathie aufbringen. Damit sie für ihre Kinder kongruente Bezugspersonen sein können, müssen sie ihre eigenen Gefühle und Empfindungen im Zusammenhang mit dem Verlust der Kinder und dem eigenen Älterwerden möglichst exakt symbolisieren.

In den allermeisten Fällen haben Eltern bis dahin eigene Bedürfnisse in den Hintergrund gerückt und sich – ihren Möglichkeiten entsprechend – der Aufgabe der Fürsorge und der Erziehung gewidmet. Sie haben versucht, ihr Leben in Übereinstimmung mit dem Leben der Familie als Ganzes zu gestalten. Dies ist nun immer weniger gefragt und wird von den Jugendlichen zunehmend als überflüssig und störend erlebt. Mütter und manchmal auch Väter müssen sich neuen Aufgaben zuwenden. Auch ihnen stellt sich von neuem die Sinnfrage.

Im guten Fall entwickeln sich solche Veränderungen in der Familie sukzessive und Eltern vertrauen in ausreichendem Maße darauf, dass ihre Kinder die Entwicklungsschritte meistern können und daran reifen. Oft aber werden Eltern überrascht vom Zeitpunkt, der Intensität oder der Art und Weise, wie sich die Entwicklung vollzieht und fühlen sich überfordert. Sie stehen den Konfrontationen oder dem Rückzug ihrer Kinder hilflos gegenüber und brauchen Unterstützung. Viele Eltern haben keinen Einblick mehr in die Welten, in denen sich ihre Kinder bewegen. Was diese über Internet, Computerspiele und Videos zu sehen bekommen, entzieht sich oft der Kontrolle der Erwachsenen und überfordert vielfach die Jugendlichen selbst.

3. Wenn Jugendliche in eine Psychotherapie kommen

Bei einer Anmeldung für eine Psychotherapie ist nicht immer klar, wer der „Kunde“ ist, die Eltern oder die Jugendlichen. Jugendliche neigen oft dazu, ihre Probleme zu bagatellisieren oder sie sehen die Ursachen ihrer Schwierigkeiten im (angeblich) unangemessenen Verhalten ihrer Bezugspersonen und halten so ihren Selbstwert aufrecht. Sie erleben, dass Gleichaltrige mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben und halten diese für normal. In ihrer Suche nach mehr Autonomie sind gerade problembelastete Jugendliche oft

wenig motiviert, sich bei erwachsenen Personen Hilfe zu holen. Meistens werden sie von ihren Eltern in die Therapie gebracht oder über Institutionen vermittelt.

Nach Monden-Engelhardt (1997, S. 20) kommen Jugendliche unter folgenden Voraussetzungen in eine Psychotherapie:

- *Sie werden von Eltern, Schule, Hausärzten und Jugendämtern geschickt, meist wegen dissozialer Verhaltensweisen, Schulleistungsstörungen oder psychosomatischer Symptome.*

Diese Jugendlichen haben Schwierigkeiten im Alltag, sie kommen nicht mehr zurecht mit den Anforderungen der Schule, mit den Konflikten daheim oder unter Kollegen. Manchmal steht konkret zur Diskussion, wie es weiter gehen soll mit der Schule, dem Wohnen oder der Lehre. In dieser Situation der äußeren Instabilität erleben sie sich als höchst verunsichert, was aber besonders männliche Jugendliche überspielen. Sie geben gerne vor, alles im Griff zu haben. Die Angst vor dem Verlust der bereits gewonnenen Autonomie ist groß.

- *Sie kommen manchmal auch freiwillig. Dann sind sie eher depressiv, ängstlich und unsicher, sie fühlen sich sozial isoliert. Ein bestimmtes Maß an Eigenmotivation ist dann von Beginn weg vorhanden.*

Diese Jugendlichen spüren, dass ihre Bewältigungs- und Abwehrmuster nicht mehr funktionieren. Sie fühlen sich belastet, leiden unter Essstörungen, Ängsten oder unter psychosomatischen Symptomen wie Kopf- und Bauchschmerzen. Nicht selten beschäftigen sie Fragen nach dem Sinn des Lebens und sie tragen sich mit Suizidgedanken. Mädchen sind in dieser Gruppe weitaus zahlreicher vertreten als Burschen.

- *Sie kommen nach Suizidversuchen, Drogenmissbrauch oder Weglaufen. Oft geht es dann um eine Krisenintervention.*

Diese Jugendlichen sind häufig in einem institutionellen Rahmen zu finden. Die ambulante Psychotherapie ist dann eine nachfolgende Behandlung nach einem Klinikaufenthalt und wird von sozialpädagogischen Institutionen gerne als Auflage verschrieben.

Jugendliche kommen also mehr oder weniger freiwillig in die Psychotherapie, in einer Situation, in der sie irritiert sind über ihr Erleben und sich selbst nicht mehr zu helfen wissen, weil die bisherigen Abwehr- und Bewältigungsstrategien versagen und neue Versuche, das Leben in den Griff zu bekommen, sich als nicht erfolgreich erwiesen haben.

Ob sich Jugendliche auf eine Psychotherapeutin einlassen können, die ihnen ihr Denken und Fühlen, ihre Wahrnehmungen und ihr Wissen zur Verfügung stellt, hängt von frühen Erfahrungen ab. Wenn sie als Kinder die Erfahrung machten, dass sie Stresssituationen im Kontakt mit einer Bindungsperson zu bewältigen vermochten, und wenn ihr Erleben von wichtigen Anderen gehört

und ohne Bewertungen beachtet wurde, können sie leichter in eine therapeutische Beziehung treten. Wenn sie aber die Erfahrung machten, mit Enttäuschungen, Schmerz und Angst allein gelassen zu werden, setzen sie weniger Hoffnungen in eine hilfreiche Beziehung. Wie wir aus der Bindungstheorie und der Psychotherapieforschung wissen, bilden sich die Erwartungen an eine Psychotherapie mit frühen derartigen Erfahrungen und begegnen uns in Form von Öffnungsbereitschaft und Hilferwartung (Biermann-Ratjen, 2006).

Nach du Bois und Resch (2005, S. 27) sind Jugendliche „von dem rasanten Veränderungsprozess, der sie gestern noch so, morgen schon anders denken und fühlen lässt, tief beeindruckt. Der kognitive Entwicklungsprozess ist nun so weit fortgeschritten, dass sie ihre eigene Situation unter Einbezug des Denkens anderer von innen und außen betrachten können. Sie können unter Umständen sehr viel über ihre eigenen Veränderungen reflektieren und darüber geradezu in einen Reflexions„krampf“ geraten. Die unbedachte Aktion kann eine Flucht aus diesem verkrampften Nachdenken sein“.

Weiter schreiben diese Autoren, dass die Verlagerung eines inneren Vorgangs in einen äußeren eine jugendspezifische Abwehrleistung sei, um den spannungsreichen und widerspruchsvollen inneren Vorgängen nicht so ausgeliefert zu sein. Wenn also Jugendliche sich irgendwie verhalten, in der Realität handeln und im Alltag Situationen kreieren, kann das eine Abwehrleistung sein, es kann aber auch der Ausdruck einer verzerrten oder unvollständigen Symbolisierung des inneren Erlebens darstellen. Innere Schwierigkeiten werden in der Außenwelt inszeniert. Es entsteht eine Wechselwirkung von innen und außen, deren Dynamik diejenige in den meisten andern Lebensphasen weit übertrifft. „Die Aktualität ist ständiger Wegbegleiter und Stellvertreter für die inneren Schwierigkeiten des Patienten“ (du Bois und Resch, 2005, S. 29).

Was sich uns als Erleben und Verhalten präsentiert, ist in seiner Bedeutung und Gewichtung oft schwer einzuschätzen. Manches hätte in einer andern Lebensphase schon Krankheitswert. Im Jugendalter kann ein Symptom auftauchen, Ausdruck einer verzerrten oder unvollständigen Symbolisierung oder Versuch einer neuen Bewältigungsstrategie sein. Manchmal verschwindet es schon nach ersten Erfahrungen wieder. Dabei ist zu beobachten, dass die Symptomatik von Jugendkrisen gewissen Modeströmungen unterworfen sein und es zu Nachahmungseffekten kommen kann. Die Symptome müssen genau besprochen, verstanden und gut beobachtet werden. Das Wissen um die gesamte Entwicklung des Kindes bis zum Jugendlichen und um erhöhte Risiken durch Belastungen in der Lebensgeschichte hilft, den aktuellen Verlauf der Krise und die Bedeutung der Auffälligkeiten zu verstehen.

Dazu ein Beispiel:

Monika (17), die wegen depressiver Episoden in die Therapie kommt, zieht sich eines Tages demonstrativ die Ärmel des Pullovers weit über die Hände. Auf dieses Verhalten angesprochen zeigt sie mir die Ritzspuren in ihren Unterarmen. Ihre Schwester und andere Mädchen

in ihrem Umfeld würden sich auch ritzen. Implizit teilt sie mir mit, dass sie das auch einmal ausprobieren wollte. Ich weiß von Monika, dass sie ihren Vater früh durch Krankheit verlor, sich daraufhin zurückzog und in der Schule lange Zeit eine Außenseiterin war. In der nächsten Zeit beschäftigen uns vor allem die Situationen, in denen sie wieder zur Rasierklinge greift. Sie leidet immer wieder unter Leer-gefühlen, die mit einem Mangel an Beziehungen zu tun haben. Wir verstehen das immer genauer und Monika beginnt langsam sich mehr nach außen zu orientieren. Nach einigen Sitzungen verschwindet das Symptom wieder. Kurz darauf verliebt sich die Klientin, und auch ihre depressiven Verstimmungen nehmen merklich ab.

4. Konzepte der Personzentrierten Psychotherapie und ihre Bedeutung für die Praxis

Die unterschiedlichen Abstraktionsebenen der Beziehungsbeschreibung

Rogers hat für die therapeutische Beziehung notwendige und hinreichende Bedingungen formuliert, unter denen sich ein therapeutischer Prozess entwickeln kann (Rogers, 1959a/1987). Höger (1989, S. 189) schreibt dazu, Rogers habe sein Konzept „vor einem bestimmten geistig-kulturellen Hintergrund, auf der Basis vorgefundener tiefenpsychologischer Modellvorstellungen und ausgehend von Erfahrungen im konkreten Umgang mit Klienten, vor allem auch mit den Effekten seiner Bemühungen, als intuitiven Entwurf entwickelt“. Was Rogers uns von seinen Erkenntnissen mitgeteilt habe, seien Beschreibungen von Einstellungen, Haltungen und handlungsleitenden Modellvorstellungen auf der Seite des Therapeuten und innere Vorgänge und Entwicklungsprinzipien auf der Seite des Klienten, beides Sachverhalte auf einem hohen Abstraktionsniveau. In diesem Sinne könne der personzentrierte Ansatz wohl als Therapiekonzept, nicht aber als Verfahren bezeichnet werden (ebd. S. 201).

Höger (1989) unterscheidet für die Beschreibung der therapeutischen Beziehung vier Abstraktionsebenen:

1. Ebene der allgemeinen Charakterisierung von Beziehungen. Auf ihr lässt sich beispielsweise die „therapeutische Beziehung“ von andern Arten von Beziehungen, etwa der Beziehung „Mutter-Säugling“ oder „Rechtsanwalt-Klient“ unterscheiden.
2. Ebene der Beschreibung übergreifender Merkmale einer Beziehung. Beispielsweise bei der Mutter im Hinblick auf den Säugling „Trösten“, „Körperpflege“ usw.; im Klientenzentrierten Konzept für die Seite des Therapeuten „Kongruenz“, „Bedingungsfreie Wertschätzung“ oder „Empathie“.
3. Ebene der Klassifikation spezifischer Verhaltensformen. Beispielsweise bei der Mutter „Auf den Arm nehmen“, „Beruhigend zu reden“, „Windeln wechseln“; beim Therapeuten „Konfrontieren“,

„Fragen“, „Ansprechen von Gefühlen der Klienten“ (...) oder seitens des Klienten „Selbstexploration“.

4. Konkrete Ebene der Beschreibung von spezifischen Verhaltensweisen in einem bestimmten beobachteten oder registrierten therapeutischen Gespräch (nach Gröflin-Buitink, 2002, S. 118-119).

In der personzentrierten Psychotherapie stellt sich also die Frage: „Welche konkreten Manifestationsformen (Ebene III bzw. IV) des klientenzentrierten Beziehungsangebotes (Ebene II) ermöglichen bzw. erleichtern es einem bestimmten Klienten, dieses Beziehungsangebot auch anzunehmen“ (Höger, 1989, S. 201).

In der Diskussion um ein störungsspezifisches Vorgehen wird heute innerhalb des personzentrierten Ansatzes vermehrt der Frage Beachtung geschenkt, welches differenzielle Vorgehen in der Therapie sinnvoll ist. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, was Klientinnen oder Klienten in ihrer Symptomatik und in ihrem Interaktionsverhalten zum Ausdruck bringen. Es stellt sich also die Aufgabe, auf dem Erlebens- und Erfahrungshintergrund der Klienten ihre Symptome und ihr Interaktionsverhalten zu verstehen und gleichzeitig passende Kanäle zu finden, durch die die Therapeutin das Verstandene mitteilen und dies von den Klienten als solches auch wahrgenommen werden kann. Die konkreten Verhaltensweisen des Therapeuten in einer Therapiesitzung gestalten sich gemäß Höger somit im spezifischen Zusammentreffen eines bestimmten Therapeuten mit einem bestimmten Klienten in einer bestimmten Situation.

Aus der Sicht des störungsspezifischen personzentrierten Ansatzes wird dementsprechend gefragt: Durch welche konkreten Interventionen – auf welchen Kanälen – kann welchen Klienten mit welchem Störungsbild das Beziehungsangebot von Empathie und bedingungsfreier Wertschätzung transportiert werden? Analog dazu kann ich überlegen: Auf welchen Kanälen kann ich die Jugendlichen erreichen? Durch welche Interventionen kann ich meine Empathie zeigen, so dass sie von ihnen auch wahrgenommen werden kann? Jugendliche zeigen neben ihrem individuell geprägten auch ein entwicklungspsychologisch spezifisches Interaktionsverhalten: Sie grenzen sich von erwachsenen Bezugspersonen ab oder ziehen sich zurück, sie stellen Haltungen und Wertungen in Frage, fordern Stellungnahmen heraus, sie probieren unterschiedlichste Verhaltensweisen aus und testen die Reaktionen der Erwachsenen. Sie suchen die Grenzen bei sich und den andern.

Wenn ich mein konkretes Verhalten in den Therapien mit Jugendlichen betrachte, stelle ich fest, dass ich sehr viel häufiger als bei Erwachsenen direkte Fragen stelle, dass ich Informationen gebe, dass ich mich in ihrem äußeren Bezugsrahmen zurechtzufinden versuche. Ich konfrontiere die Klientinnen mit möglichen Folgen ihres Verhaltens, lasse sie mögliche Verhaltensalternativen ausdenken oder gebe sogar Anregungen und Ideen dafür. Die Inhalte der therapeutischen Gespräche sind sehr oft Themen des äußeren Bezugsrahmens: was sich unter Kollegen und Kolleginnen abspielt,

wie sie sich gegenüber Lehrpersonen und Eltern verhalten, wie sie selbst ihre Interessen durchzusetzen versuchen, womit sie wo wie erfolgreich sind oder auch nicht.

Interventionen wie Fragen, konfrontieren, kommentieren, informieren, Ideen und Anregungen geben beschreiben meine Verhaltensweisen auf der Abstraktionsebene 3. Wenn dabei manchmal Zweifel auftauchen, ob ich noch personzentriert arbeite, hilft mir das Konzept der unterschiedlichen Abstraktionsebenen beim Überprüfen. Die Merkmale von Kongruenz, Empathie und bedingungs-freier Wertschätzung (Abstraktionsebene 2) müssen vorhanden sein, und die Beziehung muss sich in der allgemeinen Charakterisierung von anderen Beziehungen unterscheiden (Abstraktionsebene 1). Für Jugendliche von besonderer Bedeutung ist auf der Ebene 1 der Unterschied, dass in der therapeutischen Beziehung keine Sanktionen zu erwarten sind.

Dazu ein Beispiel:

Manuela (14) fällt in der Schule durch schlechte Leistungen, Unkonzentriertheit und Unzuverlässigkeit auf. Es stellt sich die Frage, ob sie den Sprung in die nächste Klasse schafft und ob sie überhaupt an der Schule bleiben kann, denn sie ist oft in Streitereien innerhalb der Klasse und im Schulhaus involviert. Ich merke, dass sie sich kaum Gedanken macht, welche Folgen ein Rauswurf aus der Schule für sie hätte. Sie ist zu stark mit den Aktualitäten in der Mädchengruppe beschäftigt. Manuela hat große Sehnsucht nach Kontakten und braucht die Anerkennung in der Gruppe sehr stark für ihren Selbstwert, nicht zuletzt, weil sie mit den Schulleistungen tatsächlich große Probleme hat. Dieses Erleben muss beachtet und verstanden werden. Gleichzeitig konfrontiere ich sie aber auch sehr direkt mit den möglichen Folgen ihres Verhaltens.

Schon verschiedentlich hatte Manuela sexuelle Kontakte, von denen die Mutter nichts wissen soll. Ich erfahre, dass sie noch kaum informiert ist über Sexualität und Verhütung und auch noch nie bei einer Frauenärztin war. Ich rate ihr dringend, mit ihrer Mutter darüber zu reden. Sie möchte das lieber nicht und wünscht sich, dass ich die Mutter anrufe, in der Hoffnung, dass sie den befürchteten Fragen und möglichen Vorwürfen aus dem Weg gehen kann. Ich übernehme diesen „Auftrag“ nicht, sondern wir üben in einem Rollenspiel, was sie sagen könnte. Wir versuchen auch miteinander zu verstehen, was es ihr so schwer macht, mit der Mutter zu reden.

Manuela ist in ihrem Erzählen wenig spontan, so dass ich sehr oft nachfragen muss. Sie verfügt über einen spärlichen Wortschatz zum Benennen des Erlebens und gebraucht viele unpräzise Formulierungen. Oft kämpfe ich mich durch eine Reihe von Fragen und Vorschlägen, damit ich in einen emotionalen Kontakt komme und mir eine Vorstellung machen kann von dem, was in ihr vorgeht, was sie erlebt und wie es sich in ihrem inneren Bezugsrahmen anfühlen muss.

Die Beziehungen zu Jungs sind in den Therapiestunden oft das wichtigste Thema. Vor kurzem merkte Manuela, dass sie jedes Mal, wenn sie einen sexuellen Kontakt hatte, den Burschen nachher nicht

mehr sehen wollte. In einer bestimmten Stunde schildert sie eine Begegnung mit einem Jungen, der ihr einiges von sich erzählte.

Th: Und du, was hast du ihm von dir erzählt?

Kl: Ich habe ihm gesagt: „Du fragst besser nicht zu viel.“

Th: Du wolltest nicht von dir erzählen?

Kl: Nein.

Th: Warum nicht?

Kl: Es gäbe nichts Gutes zu erzählen. (Sie schaut auf den Boden und ich spüre, wie es ihr unwohl ist.)

Th: Meinst du, weil du vorher dem andern untreu warst? (Davon erzählte sie mir unmittelbar vorher.)

Kl: Ja.

Th: Du willst nicht, dass er das weiß.

Kl: Nein.

Th: Das verstehe ich.

Kl: (schweigt)

Th: Schämst du dich dafür?

Kl: Ja, schon.

In dieser Sequenz wird deutlich, wie durch das direkte Nachfragen und den Vorschlag, wie das Gefühl benannt werden könnte, das Erleben sowohl für die Klientin wie auch für die Therapeutin präzisiert wird. So kann die Klientin sich selbst besser verstehen und der Therapeutin wird es möglich, empathisch zu sein. Hier befinden wir uns auf der Abstraktionsebene 4, dem konkreten Verhalten in einem bestimmten beobachteten Gespräch.

Auf der Abstraktionsebene 3 werden die angewendeten Verhaltensformen wie „Fragen“, „Benennen von Gefühlen“, oder – in anderen Stunden – „Rollenspiel“ und „Konfrontieren“ allgemein beschrieben.

Die übergreifenden Merkmale der Abstraktionsebene 2 wie Empathie, bedingungs-freie Wertschätzung und Kongruenz müssen grundsätzlich vorhanden sein, damit sich die Klientin ihren Erfahrungen zuwenden kann. Dabei gilt die bedingungs-freie Wertschätzung dem inneren Erleben, das wir gemeinsam zu verstehen versuchen, und weniger dem Verhalten. Dass ich im Verlauf der Stunde meine Sorge über ihr Verhalten gegenüber Jungs äußere, ist zur Aufrechterhaltung meiner Kongruenz notwendig.

Auf der Abstraktionsebene 1 unterscheidet sich unsere Beziehung von der Mutter-Kind-Beziehung z. B. dadurch, dass ich keine alltäglichen Situationen mit ihr erlebe. Ich treffe mich mit ihr in einem vorgegebenen Setting eine Stunde pro Woche in meiner Praxis. Von der Lehrer-Schülerin-Beziehung unterscheidet sie sich dadurch, dass es in unseren Gesprächen mehr ums innere Erleben als ums Verhalten geht, und dass ich keine Sanktionen ergreife, da ich keinen pädagogischen Auftrag habe. Von beiden Beziehungen unterscheidet sich die therapeutische Beziehung in diesem Falle auch durch ein hohes Maß an Freiwilligkeit. Diese Unterschiede ermöglichen es Manuela, sich zu öffnen und mir Dinge anzuvertrauen, von denen sie genau weiß, dass sie weder von den Eltern noch von den

Lehrpersonen akzeptiert würden, und dass dies Folgen für sie hätte. Nur wenn sie sich öffnet hat sie die Möglichkeit, ihre Erfahrungen mit Hilfe der Therapeutin zu erkunden und zu integrieren.

Interaktionsresonanz im äußeren Bezugsrahmen

Jugendliche gestalten ihr inneres Erleben in der äußeren Welt. Wie schon weiter oben gesagt, verstehe ich dies nicht nur als Abwehrleistung, sondern auch als Ausdruck einer nicht oder nicht exakt gelungenen Symbolisierung. Was Kinder noch im Spiel gestalten, stellen Jugendliche sehr oft in der realen Welt durch ihr direktes Verhalten dar. Auch das Trotzen des Kindes mit emotionalen Ausbrüchen gegenüber den Eltern verwandelt sich. Es zeigt sich beispielsweise darin, dass die Jugendlichen so gekleidet zur Schule gehen, wie die Eltern es abscheulich finden oder dass sie sich ein Lippenpiercing machen lassen, um die Eltern zu schockieren. Im äußeren Bezugsrahmen werden die wichtigen emotionalen Themen inszeniert und diskutiert. Deshalb drehen sich auch die Gespräche in der Psychotherapie vorerst häufig um äußere Begebenheiten. Die Interaktionen in der Jugendlichentherapie sind oft Diskussionen um Verhaltensweisen und deren Wirkungen, aber auch um Normen und Werte und deren Sinn. Es ist wichtig, darauf einzugehen und auf dieser Ebene in Beziehung zu treten.

In der Kindertherapie, in der das Spiel das Medium der Beziehung ist, schlägt Behr (1996, S. 53) eine Erweiterung und Modifikation der Grundkategorie Empathie vor und spricht von Interaktionsresonanz. Er beschreibt das Verhalten der Therapeutin folgendermaßen: „Sie gibt Resonanz in der Interaktion, Resonanz durch ihr Handeln im Medium. Dabei ist sie auf verbaler Ebene empathisch, ist feinfühlig, stimmt sich auf die Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht ‚wörtlich‘, das kindliche Handeln – die Therapeutenperson tut mehr als dies, sie gibt durch ihre Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes“. Interaktionsresonanz bedeutet, dass ich mich, wie Behr schreibt, als präzente Person zeige und mich innerhalb der Beziehung in die Waagschale gebe. Die Jugendlichen handeln nicht mehr im Spiel, aber sie reflektieren noch wenig oder erst in Ansätzen über das eigene innere Erleben. Sie breiten den äußeren Bezugsrahmen vor mir aus und wollen darüber mit mir ins Gespräch kommen. Wir können ihr Verhalten und Handeln in den realen Lebenssituationen als ihr Medium betrachten.

Interaktionsresonanz in der Jugendlichentherapie heißt dann, mit den Klientinnen über die täglichen aktuellen Erlebnisse, über ihre Standpunkte und Werthaltungen zu diskutieren und sich ihnen anzubieten als bedeutsame Andere, damit sie, wie du Bois und Resch (2005, S. 27) es formulieren, „unter Einbezug des Denkens anderer von innen und außen“ ihre Situation betrachten können. In dieser Formulierung ist auch das „Innen“ enthalten. Damit Jugendliche zu einem kohärenten erwachsenen Selbst finden können, müssen sie ihr inneres Erleben immer besser verstehen und akzeptieren. Es braucht also den Schritt vom äußeren zum inneren Bezugsrahmen.

Empathie im inneren Bezugsrahmen

Der innere Bezugsrahmen ist die Gesamtheit der Erfahrungen, „die dem Gewahrsein eines Individuums in einem bestimmten Augenblick erreichbar sind. Dieser Begriff umfasst die gesamte Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewahrwerdung zugänglich sind“ (Rogers, 1959a/1987, S. 37). Es ist die subjektive Welt des Klienten mit den Gefühlen, die die Gefühle machen, mit der Interpretation der Gefühle, mit dem Einverständnis oder Nicht-Einverständnis mit diesen Gefühlen (ebd, S. 37).

Das Vokabular, um das eigene innere Erleben zu formulieren, fehlt den Jugendlichen noch sehr oft. Manchmal dauert es längere Zeit, bis ich eine Vorstellung davon entwickeln kann, wie sich etwas anfühlt. Begriffe wie „das ist ein Ghetto“, „das psycht mich durch“, „da komme ich auf Paranoia“ geben mir zwar zu verstehen, dass es sich um ein heftiges und unangenehmes Erleben handelt. Ich muss aber viel nachfragen und meine eigenen Formulierungen (die meist viel konventioneller sind) finden für das, was ich zu verstehen glaube, ich muss das Erleben präziser erfassen. Es braucht oft viel innere Übersetzungsarbeit, um zu verstehen und das Verstandene so wieder mitzuteilen, dass die Klientin sich auch verstanden fühlt.

Dazu ein Beispiel:

Jasmin (18) erzählt, dass sie an einer Tramstation saß und wartete. Plötzlich passierte mit ihr etwas Intensives, das sie überhaupt nicht verstand und kaum formulieren kann. Sie sagt: „Ich bi döt ghocket und s'hät mi total durepsycht.“ (Ich saß dort und es „psychte“ mich durch.) Sie kann nicht genauer beschreiben, was in ihr vorging, und sie kann noch weniger verstehen, was da mit ihr passierte. Mit Hilfe von Symbolfotos und durch ganz genaues Nachfragen, wie sie da gesessen sei, welche Gedanken, Bilder und Körperempfindungen sie in dem Moment gehabt habe, und welche Erinnerungen sie mit diesem Ort verbinde, beginnen wir miteinander zu verstehen, dass sie mit dem Begriff „es psycht mi dure“ von Angstzuständen redet, die im Zusammenhang stehen mit einer Erfahrung von Gewalt an diesem Ort. Erst jetzt kann sie einerseits die aktuelle Erfahrung genauer symbolisieren und gleichzeitig einen Teil ihrer Geschichte integrieren.

Um empathisch sein zu können, muss ich einen Zugang zum inneren Bezugsrahmen finden können. Rogers (1959a/1987, S. 40) hat dies als eine der sechs Bedingungen für den therapeutischen Prozess beschrieben. Mit Hilfe von konkreten Fragen, Bildmaterial oder meinen eigenen Vorschlägen zum Benennen des Gefühls soll der Zugang zum inneren Bezugsrahmen der Klientin gefunden werden. Hilfreich erweisen sich dazu z. B. Symbolfotos (Lichtensteiger und Spielmann, 1995), die unterschiedlichste Situationen darstellen. Wenn Jugendliche Fotos aussuchen, die am besten zu den von ihnen berichteten Erfahrungen passen, bekomme ich ein Bild von ihrem Erleben, und wir können miteinander nach den passenden Worten dazu suchen.

Damit Empathie therapeutisch wirksam wird, muss sie von der Klientin mindestens in Ansätzen wahrgenommen werden können. Auch diese Bedingung formuliert Rogers (1959a/1987, S. 40) als Voraussetzung für den therapeutischen Prozess. Manchmal genügt es nicht, Empathie mit Worten auszudrücken, sondern es braucht auch Zeichen auf der Handlungsebene.

Dazu ein Beispiel:

Judiths Mutter ist vor zwei Jahren gestorben. Der Vater hatte sie lange gepflegt und ist in seiner eigenen Trauer gefangen. Judith (18) war in der Zeit der Krankheit der Mutter sehr auf sich selbst gestellt. Zwischen Judith und ihrem Vater gibt es aktuell sehr viel Streit, weil er sich nun plötzlich um die Erziehung seiner 13-jährigen Tochter kümmern will und viele Regeln aufstellt. Mit ihrer Trauer aber ist Judith allein gelassen. Der Jahrestag des Todes beschäftigt sie sehr. Sie möchte ohne den Vater zum Grab gehen, fühlt sich dabei aber sehr einsam. Gemeinsam kaufen wir Blumen, und ich begleite sie zum Friedhof. Am Grab erzählt sie mir von ihrer Beziehung zur Mutter und was sie mit ihr so gerne unternommen hat.

Der Besuch am Grab der Mutter erleichtert Judith die Exploration des eigenen Erlebens und den Ausdruck von Gefühlen und Gedanken. Für mich ist er eine gute Möglichkeit, meine Empathie so auszudrücken, dass sie von Judith wahrgenommen werden kann.

Bedingungsfreie Wertschätzung und Kongruenz

Jugendliche erzählen oft von ihren Erlebnissen mit den Kollegen und Kolleginnen, ihren Erfahrungen und Konflikten daheim, den Problemen mit den Lehrpersonen und ihrem Verhalten in der Schule. Da sie wissen, dass ich unter einer Schweigepflicht stehe, erfahre ich vieles, was andere Erwachsene nicht zu hören bekommen. Darunter sind Verhaltensweisen, die ihnen in ihrer Entwicklung schaden können. Jugendliche Klientinnen begeben sich nicht selten in Situationen, in denen sie ihre psychische und physische Gesundheit riskieren, oder sie bewegen sich an den Grenzen der Legalität. Als Therapeutin spüre ich dann (an ihrer Stelle) Sorge und Angst und den Wunsch, sie vor weiteren Risiken zu bewahren. Es beschäftigt mich innerlich die Frage, wie ich mit meinen eigenen Gefühlen umgehen kann, was es bei der Klientin wertzuschätzen gibt und worauf sich meine Empathie richten soll.

Noch deutlicher als in der Arbeit mit den Erwachsenen muss ich mir bewusst sein, dass sich die therapeutische Grundhaltung der bedingungsfreien Wertschätzung auf die Person als Gesamtes bezieht. Bedingungsfreie Wertschätzung bedeutet: Ich schätze dich als Person mit all deinen Erfahrungen, die du machst, seien sie für dich angenehm oder unangenehm, und wir wenden uns gemeinsam deinem Erleben zu. Es bedeutet nicht: Ich akzeptiere alle deine Verhaltensweisen, ohne sie zu bewerten. Diese Unterscheidung scheint mir in der Arbeit mit Jugendlichen von zentraler Bedeutung. Als Menschen

in einer ausgeprägten Entwicklungssituation suchen sie nach neuen Erfahrungen, probieren aus, was für sie förderlich oder hinderlich sein könnte. Und sie wollen nicht nur an ihren eigenen Erfahrungen, sondern auch anhand der Reaktionen der Umwelt spüren und lernen, wie sich etwas anfühlt. Darum ist meine offene, ehrliche und direkte Stellungnahme bedeutsam, und es ist wichtig, diese zu unterscheiden von der bedingungsfreien Wertschätzung ihres Erlebens.

Rogers (1959a/1987, S. 41) schreibt, dass der entscheidende Aspekt der therapeutischen Beziehung die Kongruenz oder Echtheit des Therapeuten sei. „Dies bedeutet, dass die Symbolisierungen der Erfahrungen des Therapeuten in der Beziehung exakt sein müssen, wenn die Therapie effektiv sein soll. Wenn der Therapeut Bedrohung und Unbehagen empfindet, sich jedoch nur der Akzeptanz und des Verstehens bewusst ist, ist er in der Beziehung nicht kongruent, worunter die Therapie leidet“. Dabei weist er darauf hin, dass solche Gefühle dann mitgeteilt werden sollten, wenn „der Therapeut ständig auf seine eigenen Gefühle und nicht auf die Gefühle des Klienten konzentriert ist“.

Was ich über die Entwicklung einer Jugendlichen weiß, über ihr persönliches Umfeld, mein Verständnis oder auch Unverständnis für ihre Bedürfnisse, mein Wunsch, sie zu schützen, meine Sorgen und Ängste als erwachsene Frau, meine Empathie für die Eltern, alles soll möglichst exakt gewahr werden. Je mehr davon gewahr wird, desto größer ist die Kongruenz. Als Therapeutin muss ich entscheiden, was ich aus all dem, was bei mir auftaucht, mitteile, ohne zu wissen, wie es aufgenommen wird. Gerade in Psychotherapien mit Jugendlichen, die in ihren Reaktionen oft unberechenbar sind, muss ich bereit sein, ein Risiko einzugehen. Dieses besteht meines Erachtens vor allem darin, dass die Jugendliche sich nicht verstanden oder akzeptiert fühlt, aber auch darin, dass sie mich auf die Seite derjenigen schiebt, die ihr (vermeintlich) für ihre Autonomie im Wege stehen.

Kongruenz als Risiko?

Wenn sich also meine eigenen Gedanken, Ängste, Zweifel oder auch Freuden in den Vordergrund drängen und mir erschweren oder verunmöglichen, die Klientin in ihrem Ausdruck empathisch zu verstehen, oder wenn es mir nicht mehr möglich ist, die bedingungslose positive Beachtung aufrecht zu erhalten, stellt sich die Frage, wie ich mit meinem eigenen inneren Geschehen umgehen kann. Im folgenden Beispiel erlebte ich, dass mich die Erfahrungen, von denen Jasmin berichtete, in meiner Freizeit immer wieder beschäftigten. Ich fühlte mich als Erwachsene in hohem Maße herausgefordert, etwas zum Schutze des Mädchens zu unternehmen und überlegte mir, was ich als Mutter machen würde, wenn ich von meiner eigenen Tochter wüsste, was ich hier als Therapeutin zu hören bekam.

Jasmin verhält sich als noch nicht mündige Jugendliche in hohem Maße riskant und erscheint mir sehr gefährdet, sexuell ausgenutzt zu

werden, Gewalttätigkeiten zu erfahren, aber auch in die Illegalität zu geraten. Aus all ihren Berichten meine ich zu hören, dass die Eltern die Gefährdung unterschätzen und zu wenig tun für die Sicherheit ihrer Tochter. Entgegen dem erklärten Willen von Jasmin lade ich die Eltern zu einem Gespräch ein, stelle ihr aber frei, ob sie dabei sein will oder nicht. Ich befürchte, dass ich die Beziehung zu Jasmin aufs Spiel setze und bin doch überzeugt, dass ich nicht anders handeln kann. Jasmin entschließt sich, schweigend teilzunehmen. Beim gemeinsamen Gespräch teile ich meine Ängste und Sorgen mit, ohne Einzelheiten zu nennen. Ich erschrecke über die Reaktionen des Vaters, was mir die Widerstände von Jasmin für dieses Gespräch sehr verständlich macht. Als die Familie das Therapiezimmer verlässt, bin ich unsicher, ob Jasmin zum nächsten Termin erscheint oder ob sie die Therapie abbricht. Zu meiner großen Erleichterung und auch Überraschung kommt sie zuverlässig weiter. Ihr Vertrauen ist eher größer geworden und hinsichtlich ihrer Beziehung zum Vater ist meine Empathie spürbar gewachsen.

Bei der Entscheidung, im Gespräch mit den Eltern so viel aus der Therapie zu „verraten“, war es wichtig, die Empathie für den inneren Bezugsrahmen, für die widersprüchlichen Erfahrungen, denen die Klientin ausgesetzt war, aufrecht zu erhalten. Dabei verbündete ich mich in diesem Fall (innerlich) nicht mit den Autonomiewünschen, sondern mit der inneren Not der Jugendlichen, die diese selbst nicht wahrzunehmen schien oder nicht zeigen wollte. Da Jasmin sich im Elterngespräch sehr zurückzog, war es schwierig zu erfassen, was in ihr vorging. Meine eigene Kongruenz war das einzige Halteseil auf dieser risikoreichen Tour, an dem ich mich festhalten konnte. Die Erfahrungen, dass die therapeutische Beziehung durch ein eingegangenes Risiko oft gestärkt wird, bestätigen mir, dass Jugendliche ein sehr feines Gespür dafür haben, ob Erwachsene ehrlich sind und dass dies das allerwichtigste ist, um mit ihnen in Beziehung zu bleiben.

Literatur:

- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1* (S. 41–68). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (1995). *Gesprächspsychotherapie*. (7. überarbeitete und erweiterte Auflage) Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 73–91). Heidelberg: Springer.
- Binder, U. (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In C. Iseli, W.W. Keil, N. Nemerski, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.). *Identität, Begegnung,*

Abschließende Bemerkungen

Psychotherapie mit Jugendlichen bietet die Chance mit Menschen zu arbeiten, deren Selbstkonzept so sehr im Umbruch ist, dass noch zahlreiche Entwicklungsmöglichkeiten offen sind. Das theoretische Konstrukt einer Aktualisierungstendenz „als dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten“ (Rogers 1959/1987, S. 21) erweist sich in der therapeutischen Arbeit als hilfreich, oft gar notwendig, um das Vertrauen in die konstruktiven Entwicklungskräfte der jungen Menschen zu erhalten und die Hoffnung nicht aufzugeben, wenn sich alles in die gegenteilige Richtung zu entwickeln scheint. Wenn die Eltern mit in die Arbeit einbezogen werden – und das ist meistens der Fall – dann brauchen auch sie Empathie und Wertschätzung für ihr Erleben, damit sie ihr Potenzial im Umgang mit ihren Kindern ausschöpfen können. Von der Therapeutin verlangt der Einbezug der Bezugspersonen einen Spagat zwischen den Generationen. Psychotherapie mit Jugendlichen heißt auch, viele Ungewissheiten aushalten zu müssen, nicht nur, ob die Termine eingehalten werden, sondern auch, ob das Beziehungsangebot auch wahr- und angenommen werden und für die persönliche Entwicklung genutzt werden kann. Ein Therapieabbruch ist oft ein Zeichen dafür, dass dies nicht gelungen ist. Es ist ein in konkretes Handeln umgesetztes Erleben, wie es typisch ist für diese Lebensphase. Glücklicherweise gibt es aber auch das Gegenteil: dass Jugendliche regelmäßig und zuverlässig kommen und ich lange nicht genau verstehe, was sie von mir wollen. Vielleicht ist es einfach das, dass sich jemand wirklich für ihr Erleben interessiert und ihnen hilft, sich selbst besser zu verstehen.

- Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie an der Jahrhundertwende*. (S. 299–320). Köln: GwG-Verlag.
- Brandt, Ch. & Heinerth, K. (2006). Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. *PERSON 1*, 5–13.
- Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 373–391). Heidelberg: Springer.
- Du Bois, R. & Resch, F. (2005). *Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer
- Erikson, E. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Zürich: Buchklub Ex Libris.
- Fehringer, Ch. (2005). Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können? *PERSON 1*, 42–50.

- Gröflin-Buitink, Ch. (2000). Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung in der Personzentrierten Psychotherapie. *Brennpunkt SGGT*, 82, 11–27.
- Gröflin-Buitink, Ch. (2002). Erleben – Benennen – Reflektieren. In C. Iseli, W. W. Keil, N. Nemerski, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.). *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie an der Jahrhundertwende*. (S. 113–144). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*, (S. 197–221). Heidelberg: Asanger.
- Höger, D. (1995). Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. *GwG-Zeitschrift* 100, 47–54.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, Jg. 47, 374–285.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Keil, W. W. (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON* 1, 32–44.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Hrsg.). (2002). *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Lichtensteiger, S. & Spielmann, T. (1995). *IMPRO-FOTOS für Beratung, Psychotherapie und Erwachsenenbildung*. CH-5234 Villigen. (vergriffen).
- Monden-Engelhardt, Ch. (1997). Zur personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2* (S. 9–70). Göttingen: Hogrefe.
- Rinderknecht, Ch. (2002). *Ein Löffel in der Luft*. Zürich München: Pendo.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (3.Auflage) Köln: GwG.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. *PERSON* 1, 4–17.
- Schmidt, S. & Strauss, B. (1996). *Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie*. Psychotherapeut 41, 139–150.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Autorin

Anita Holzer Sonderegger, 1954, Dipl. Psychologin FH, Studienrichtung Erziehungsberatung und Jugendpsychologie, Personzentrierte Psychotherapeutin, Supervisorin und Ausbilderin SGGT, tätig in einer Praxisgemeinschaft mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

Korrespondenzadresse

Anita Holzer Sonderegger
 Adolf Lüchinger-Str. 126
 CH- 8045 Zürich
 E-Mail: holzer.anita@bluemail.ch

Christian Fehringer

Ja, so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute. W. Busch

Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Zusammenfassung: Dieser Artikel setzt sich aus einer essayistischen Beschreibung dreier Themenbereiche zusammen. In einer Betrachtung des soziokulturellen Kontextes von Jugend, sollen die Bedingungen dieser Lebensphase beschrieben werden. Anschließend wird ein Überblick über adoleszente Entwicklungsprozesse in diesem Kontext gegeben. Hier versuche ich vor allem zu erläutern, wie adoleszente Gewaltbereitschaft entsteht und wodurch sie begünstigt wird. Abschließend wende ich mich den Möglichkeiten und Bedingungen personenzentrierten Arbeitens in dieser Entwicklungsphase zu.

Stichwörter: Soziokulturelle Veränderungen, adoleszente Entwicklungsprozesse, psychosexuelle Entwicklung, Gewaltphänomene, Identität.

Abstract: Yes, such is youth nowadays, terrible are these young people. Person-Centred Psychotherapy with Youth — Basic principles and conditions, possibilities and limits. This article consists of three essayistic descriptions: Examining the socio-cultural context of adolescence a description of the conditions of this developmental phase is given. Next, I present an overview over adolescent developmental processes. In particular, I try to explain the origin and fostering conditions of a propensity towards violence. Finally, I address the potentialities and requirements of a Person Centered approach for this developmental period.

Key words: Socio-cultural change, adolescent developmental processes, psycho-sexual development, violence, identity.

1. Der soziokulturelle Kontext

1.1 20. Jahrhundert – Jahrhundert der Jugend

Das 20. Jahrhundert wird als Jahrhundert der Jugend bezeichnet. Kindheit und Jugend treten ins Zentrum der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit. Nach 1900 kommt es vermehrt zur Herausbildung einer eigenständigen Kinder- und Jugendwelt. Ein eigener Habitus entwickelt sich. Die Rolle des Kindes entspricht dem Jugendlichen nicht mehr, die Rolle des Erwachsenen noch nicht. Das ist der Ausgangspunkt jugendlicher Bemühungen, sich eine eigene, autonome Rolle in der und auch gegen die Gesellschaft zu schaffen. (Baacke, 1999, S. 64 ff.) Erst vor dieser Hintergrundentwicklung bekommt die Rede vom 20. Jahrhundert als das der Jugend ihren Sinn.

Die Karriere von Jugend als Lebensphase und Jugendlichkeit als Lebenshaltung seit etwa 1900, ist auch die Entwicklung eines Luxusgutes was den verschwenderischen Umgang mit der Ressource

Lebenszeit angeht. Moderne Gesellschaften beginnen ihren Heranwachsenden ein psychosoziales Moratorium zu gewähren. Dieses Moratorium kann als zeitliches Auseinandertreten der physischen, psychischen und sozialen Reife beschrieben werden, die früher einmal alle zum gleichen „Termin“ fällig waren. Während sich die sexuelle Reife ständig nach vorn verlagerte, hat sich die Kindheits- und Jugendzeit gleichermaßen nach hinten verschoben. Die Dauer der Phase zwischen Kindheit und Erwachsenenleben hat sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts ständig verlängert.

War das psychosoziale Moratorium erst nur wenigen vergönnt, hat es im Lauf der Zeit immer weitere Kreise gezogen. Während in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts für die große Mehrheit der Jugendlichen tatsächlich noch die frühe Integration ins Erwerbsleben die Regel war, verlässt heute die übergroße Mehrheit der Jugendlichen dieses Moratorium nicht mehr vor oder zu Beginn der Adoleszenz. Weit über die Hälfte von ihnen verbringt darüber hinaus weite Strecken der neu definierten Phase der Postadoleszenz

(18. bis 28. Lebensjahr) in der Ausbildung an Universitäten oder an Fachhochschulen. (Vgl. dazu Ferchoff, 1999 S. 123ff und Hurrelmann Vortrag 2004.)

Wesentlich ist mittlerweile die Frage, wie das jugendliche Moratorium genutzt werden soll? Allein im Interesse der Gesellschaft, die qualifizierten Nachwuchs benötigt oder steht das Eigeninteresse der Jugendlichen im Vordergrund? (Ebd. Hurrelmann 2004.)

Schon bald wird das psychosoziale Moratorium von Jugendlichen als Sonderstellung begriffen und auch vehement verteidigt. Die Beschneidung der Selbstentfaltung, die Zumutung von Zeit- und Handlungsdruck löst Empörung aus. Die Vorstellung, dass Fremdwänge der Gesellschaft das heranwachsende Individuum an der Selbstverwirklichung hindern, ist im Laufe des 20. Jahrhunderts Allgemeingut geworden. (Vgl. dazu auch Brinkmann, 1987, S. 55 ff.) Bislang war das Problem des Selbstwerts in Verbindung mit der Selbstverwirklichung noch gar nicht gesehen, oder als rein individuelles Problem betrachtet worden. Nun aber kann der Mangel an Selbstwert, die Unfähigkeit ein entsprechendes Selbstverständnis zu entwickeln, den gesellschaftlichen Umständen angelastet werden. Diese Vorstellung hat auch ungeahnte mediale Unterstützung erhalten.

1.2 Vom Druck sich zu erschaffen und früher Reifung

Sich zu erschaffen ist aktuell der Anspruch, in der radikalisierten neoliberalen Form, des „Ich-will-alles-und-zwar-Jetzt“. Nicht von diesen Eltern, in diese Gesellschaft, in diese Welt geboren zu sein, war vor einigen Jahrzehnten der politisch orientierte Wunsch. Es ist zugleich der Wunsch nach umfassender Authentizität. Anfangs noch als politische Ambition gelebt, wurde dieser Anspruch inzwischen auf das Geschäft medialer Selbstdarstellung heruntergefahren. In den entsprechenden Fernsehshows ist der Anspruch für jedermann verfügbar geworden.

Dieser Anspruch auf Selbstdarstellung, verbunden mit der Frage nach der Selbstwirksamkeit, ist für jeden Heranwachsenden verbunden mit der Erfahrung der Kontingenz des Selbst. Aufgrund von Umständen die man selbst keineswegs gewählt und auch nicht in der Hand hat, derjenige¹ zu sein, der man ist. Natürlich lässt das den Gedanken schmerzlich virulent werden, auch ein ganz anderer als der sein zu können, als der man sich zufälligerweise vorfindet. Denn wir leben in einer multioptionalen Welt, wo es darum geht, sich ständig neu zu erfinden, sich gut zu vermarkten.

Zwischen dieser Erfahrung der Kontingenz und der Resignation ins Unabänderliche erstreckt sich für Jugendliche ein weites Feld: das des Aus- und Anprobierens von Rollen, Haltungen, Ansichten, Selbstwirksamkeitskonzepten. Die Möglichkeit sich mit Kleidung, Haarfarbe, Piercing, Tätowierung ... äußerlich zu verändern, um zu

erkunden, was einem entspricht, ist verführerisch. Diese Änderung erfolgt aus dem Unbehagen, auf eine Rolle festgelegt zu werden oder aus der Lust am Spiel mit der permanenten Veränderbarkeit seiner eigenen Wirksamkeit. Ein 17-jähriger Klient überprüfte etwa seine Wirkung mit einer absurd martialischen schwarzen Kleidung und war höchst zufrieden, wenn sich in der Straßenbahn niemand traute, sich neben ihn zu setzen.

Dementsprechend hat sich auch das so genannte „Fehlverhalten“, ich bevorzuge den Begriff „Signalverhalten“, von Kindern und Jugendlichen in den letzten drei Jahrzehnten stark verändert. (Siehe Resch et al. 1996, S. 284–294.) Früher gab es die gehemmten, durch autoritäre Erziehung eingeschränkten Kinder und Jugendlichen, die nicht aus sich heraus kamen. Heute finden wir vermehrt solche, die keine Grenzen akzeptieren. Psychosen, deren Ausbildung nach psychiatrischen Theorien eine gewisse Reife voraussetzt, treten heute wesentlich früher auf, als vor zwanzig oder dreißig Jahren. Selbstmordhandlungen nehmen bei 10- bis 14-Jährigen massiv zu. Stark gestiegen sind auch die Sexualstraftaten, bei denen ebenfalls eine Verschiebung nach vorne stattgefunden hat. Kinder werden viel früher „reif“, und erleben diese „Reife“ als Überforderung.

1.3 Der Schutz der Kindheit verschwindet – jugendliche Individualisierung wird immer schwerer

Kindheit, als eigenständige und auch geschützte Lebensphase scheint zu verschwinden. Sie verschwindet auch durch die Verfügbarkeit von modernen Medien und den fast ungehinderten Zugang von Kindern zum Konsum- bzw. Freizeitmarkt. Die lebensgeschichtlichen Grenzen zwischen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter sind völlig uneindeutig. Schon Kinder erleben die Vor- und Nachteile einer offenen und kommerzialisierten Gesellschaft unmittelbar. Sie bekommen die Veränderungen im Wirtschafts- und Berufsbereich über ihre Eltern zu spüren. Sie nehmen die gestiegenen Anforderungen im Grundschulbereich wahr und erleben einen hohen Originalitätsdruck in der individuellen Lebensführung, der über Peer-Groups, Werbung und Konsumindustrie auf sie einwirkt. (Siehe dazu Weckbecker-Ergelet, 2005.)

Wie gestalten sich jugendliche Individualisierungsprozesse in einer immer komplexer werdenden Welt? Eine aktuelle Grunderfahrung scheint Überforderung in vielfältiger Weise zu sein. Es ist von jedem Einzelnen ständig zu entscheiden, welche Freunde zu haben es sich lohnt, was gelesen/gehört/gesehen/gespielt werden muss, wie die (Marken)Kleidung auszusehen hat. So fragt sich (und mich) beispielsweise ein 12-jähriges Kind sehr niedergeschlagen, wie es die Auswahl seiner 750 Musiktitel am iPod organisieren soll. Die Wahlfreiheit verringert – schon bei Kindern – nicht das Risiko des Misslingens, sondern vergrößert oft nur die Wahrscheinlichkeit dieser Erfahrung. Das setzt sich in der Jugendzeit und Adoleszenz fort,

1 Die weibliche Form ist immer inkludiert.

und wird zur bestimmenden Erfahrung von Kontingenz. In dem Maß wie jeder Einzelne entscheiden kann und muss, lastet er oder sie sich eine Verantwortung von Komplexitätsreduktion auf, die früher noch kulturell, gesellschaftlich mitgetragen wurde.

Mit dieser Individualisierung geht eine große Verantwortlichkeitsüberlastung einher. Es gibt keine berechenbaren Lebensläufe mehr. Die persönliche Biografie wird zum unberechenbaren Risiko, sodass eine persönliche Identität eher als Möglichkeit und weniger als Wirklichkeit antizipiert werden kann. (Beck, 1986, S. 112). Das produziert in einer Welt, die als real erlebt wird, notwendigerweise das ständig mitlaufende Gefühl der Enttäuschung und der Frustration.

Kindheit bedeutet daher oftmals frustrierte Kindheit und ist verbunden mit einem entmutigenden Gefühl des Alleingelassen-seins. Über Fernsehen und Peer-Group werden schon Kinder laufend mit dem Vergleichshorizont besserer Möglichkeiten konfrontiert. In einer multioptionalen Welt zu leben, und keinen Zugriff auf diese Optionen zu haben, frustriert zutiefst. Es gibt immer mehr Aus- als Einschließungen. Jede Erfüllung ist gleichzeitig ein Ende, und jede Entscheidung für etwas ist eine Entscheidung gegen alles andere. Erfüllungen müssen immer schneller realisierbar sein, um die entstehende Leere abzufangen. Die Vertreibung von Langeweile geschieht aus den unterschiedlichsten Beweggründen schon im frühesten Kindesalter. Viele Eltern ertragen es nur schwer, wenn ihr Kind nichts mit sich selbst anzufangen weiß und machen sofort Beschäftigungsangebote. Aber erst wenn das Kind durch das Erleben von Langeweile durchgegangen ist, erfindet es für sich etwas Neues. Kinder und Jugendliche leben nicht in der besten aller möglichen Welten, sondern in einer Welt der besseren Möglichkeiten. Die große Hoffnung ist der Status des Erwachsenen.

Die geschilderten Umbrüche des Lebensrhythmus bringen es mit sich, dass jede Person ihre Eigenleistung zur Gestaltung ihres Lebens deutlich steigern muss. Schon bei den Kindern ist oft ein nahezu unbewältigbarer Originalitätsanspruch zu beobachten. Denn ob sich jemand als selbständig und befähigt erfährt, hängt davon ab, ob er/sie sich für die eigene Lebensführung selbst verantwortlich empfindet, sich selbst als Quelle der eigenen Handlungen und Urteile begreift. Für viele Kinder und Jugendliche ist es schwierig, diese innere Empfindung zuverlässig aufzubauen, die geeigneten Maßstäbe für Selbständigkeit zu entwickeln und umzusetzen. Sie sind sozusagen ständig auf der Suche nach sich selbst als unverwechselbare Persönlichkeit. (Deutsche Shell-Studie 2002, S. 173ff.)

Kinder trifft diese Herausforderung in einer sensiblen Phase der Entwicklung. Wem vertrauen ist die Frage, wo doch alle so zu kämpfen haben. Was hat eine allein erziehende Mutter ihrem Kind an Beziehungsweisen anzubieten, wenn das Kind alle Beziehungsdramen der Mutter hautnah miterlebt? Schon Kindern und in noch größerem Maß Jugendlichen wird die Fähigkeit der Selbststeuerung abverlangt. Das löst bei vielen massive Überforderung aus! Störungen der Persönlichkeitsentwicklung sind beobachtbar,

der Gesundheitszustand ist Besorgnis erregend. Stresssymptome wie bei Managern sind zu beobachten. Essstörungen, denen oft eine Angststörung zugrunde liegt, nehmen auch unter der Gruppe der männlichen Jugendlichen zu.

Bei Jugendlichen die ich in meiner Praxis sehe, lassen sich sehr vereinfacht drei verschiedene Ausprägungsformen beschreiben:

- Als Reaktion auf vielfältige Überforderungen zeigen sich psychische und körperliche Erschöpfungszustände, Nervosität und Unruhe, Magenverstimmungen, Ess- und Schlafstörungen. Es sind Störungen, die mit der Überlastung im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich zu tun haben. Diese nach innen gerichtete Form der Problemverarbeitung tritt bei Mädchen häufiger auf als bei Burschen und ist charakteristisch für Stile der Überlastungsregulation.
- In der aggressiven Variante ist die Form der Problemverarbeitung nach außen gerichtet. Sie ist bei männlichen Jugendlichen verbreiteter. Dazu zählen Formen der Hyperaktivität, aber auch die Verbreitung körperlicher, psychischer oder verbaler Gewalt. Diesen Verarbeitungsstil erlebe ich in zunehmendem Maß als ansteigend. Der Hintergrund scheint auch hier in sozialer Desorientierung, familiärer Haltlosigkeit, tiefer Enttäuschung von Bindungserwartungen und Frustration von Selbstwertgefühlen zu liegen.
- In einer dritten Variante, ist der Missbrauch von psychoaktiven Substanzen vorherrschend. Zigaretten-, Alkoholkonsum und auch Medikamentenmissbrauch hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Schon Volksschüler erhalten über den Hausarzt Antidepressiva, und im Zuge der Tatsache, dass immer häufiger und auch sehr schnell ADHS diagnostiziert wird, ist auch in diesem Zusammenhang Medikation weit verbreitet.

2. Adoleszente Entwicklungsprozesse und jugendliche Gewaltphänomene

2.1 Ablösung von den Eltern

Unter welchen Bedingungen finden in diesem soziokulturellen Kontext Entwicklungsprozesse statt? Durch die physische Reife, durch die erlangte Fähigkeit zu sexuellen Beziehungen wird die seelische Organisation des Jugendlichen einer umfassenden Veränderung unterworfen. Es gilt die Sexualität und damit ein neues Lebensgefühl, in das Körperbild zu integrieren. Der Jugendliche muss lernen, neue (Liebes-)Beziehungen zu knüpfen, und sich von elterlichen Autoritäten abzulösen.

In der psychosexuellen Entwicklung des Heranwachsenden kommt es zu einer notwendigen Neubewertung sexueller Regungen. Sexuelle Strebungen, Bedürfnisse, Phantasien der Allmacht, Aggressionen ... werden nun vom Jugendlichen auf Personen außerhalb der Familie gerichtet und damit steht erneut die Auseinandersetzung mit dem Fremden, Unbekannten und auch Angstmachenden

bevor. Ein 19-jähriger Klient mit enormer mathematischer Begabung schwärmt mir vor, wie schön doch eine hyperkonfluente Differentialgleichung ist, im Vergleich zur massiven Irritation und Angst, die er im – nun nicht mehr zu vermeidenden – Umgang mit Mädchen erlebt. Eine 17-jährige Klientin beschreibt mir ihren Konflikt der sich in Panik- und Angstattacken symbolisiert mit folgenden Fragen: Was soll ich tun? Ich liebe meine Familie, aber ich spüre, dass sich meine ganze Lebensorientierung von ihr wegbewegt. Ich hab einen – gegenwärtigen – Freund und der nächste steht schon vor der Tür. Ich erlebe die Lust an der Möglichkeit viele Entscheidungen selbst zu treffen und auch durchzuführen, aber ich hab auch Angst davor, dass meine Familie meine neuen Selbständigkeitsgelüste als Undankbarkeit auffasst und mich verstößt; dabei brauch ich sie aber gerade jetzt in dieser Zeit meiner beginnenden (sexuellen) Unabhängigkeit. Ich kann jetzt alles und getraue mich nichts; ich fühl mich alleingelassen wie nie zuvor. Kann ich von meiner Familie verlangen, dass sie mich „frei“ lässt, mir aber trotzdem die Liebe und Sicherheit nicht entzieht?

Wenn Jugendliche sich von den Eltern lösen – oder die Eltern sich von ihnen, etwa durch Scheidung/Trennung zu früh lösen – verliert ihr Selbstkonstrukt möglicherweise wichtige Unterstützung. Narzisstisches Verhalten und Größenphantasien haben in der Adoleszenz daher eine wichtige Brückenfunktion.

2.2 Zuwendung zu Gleichaltrigen

Die elterliche Stütze wird ersetzt durch den Rückhalt in den Gruppen der Gleichaltrigen, durch Größenphantasien und Tagträume. Das stellt eine wichtige Überleitungsfunktion dar, bis das Selbstwertgefühl durch reale Bestätigungen und reale Beziehungen zunehmend gefestigt wird. Wenn dieser Prozess nicht entsprechend verläuft, kann es zu einer kompensatorischen Fixierung auf Tagträume und Größenphantasien kommen. Zu beobachten ist dann oft die Ausbildung eines egozentrischen (pathologischen) Größenselbst, das sich keiner realen Bestätigung mehr aussetzen kann, sondern zunehmend durch archaische, kindlich-destruktive Gefühle gesteuert wird.

Der Jugendliche braucht die Zugehörigkeit zu Gruppen um die seelischen Veränderungen zu bewältigen, um neue Ich-Fähigkeiten und Wertsetzungen zu erlernen und um seine kulturelle und soziale Einbindung zu fördern. Diese sub-kulturellen Milieus sind notwendige Experimentierfelder, was zu rasch wechselnden Zugehörigkeiten und Identifizierungen mit unterschiedlichen Gruppen führen kann.

Gruppen entfalten ihre eigenen besonderen Verhaltensformen, verbunden mit einer oft aggressiven Herausforderung der Erwachsenenwelt. Die Grenzen zur Delinquenz sind in der Adoleszenz demnach oft fließend. In jugendlichen Gruppen besteht quasi eine Aufforderungshaltung etwas Aggressives zu tun. Dieser Drang wird dann ohne bewusste Zielsetzung ausagiert. Die Wertschätzung von

Gewalthandlungen und brutaler Männlichkeit wird zur Gruppennorm und dient der Schaffung von Macht und Ansehen. Jugendliche loten durch Grenzüberschreitungen aus, wie weit sie gehen können. Sie fordern damit eine Begrenzung heraus, die sie auf Dauer nicht umgehen können, sondern vielmehr benötigen, um sich daran zu orientieren, um soziales Verhalten auch zu verinnerlichen. Wie unverständlich und unerträglich so ein aggressives Verhalten für andere sein kann, spürte ich als mir ein Jugendlicher am Beginn einer (verpflichteten) Therapie erzählte, wie er mit Freunden Obdachlose, die auf Parkbänken schliefen, mit Benzin übergossen und angezündet hat. Nur um sie zu erschrecken, nur um „Spaß“ zu haben.

Eine besondere Bedeutung kommt auch Gruppenideologien zu. Weltanschauungen und Ideologien haben eine besondere Bedeutung bei der Identitätsbildung. Der Jugendliche braucht diese Orientierungen um sich ins gesellschaftliche Leben integrieren zu können. Weltanschauungen sind eine Vermischung von gesellschaftlich vorgegebenen Denk- und Urteilkategorien mit den ganz persönlichen gefühlsabhängigen Erfahrungen aus der eigenen Lebensgeschichte.

2.3 Wert und Gefahr einfacher politischer Ideologien

Politische Ideologien eignen sich in besonderer Weise zur Veräußerlichung von inneren – unlöslichen – Konflikten. Ein inneres Drama wird auf die äußere Bühne verlagert. Geeignet sind dafür Ideologien mit einer eindeutigen Gut-Böse-Zuschreibung, die ein einfaches Freund-Feindbild-Denken favorisieren.

Diese Weltbilder sind doppeldeutig für den Jugendlichen. Einerseits wird er dadurch animiert und herausgefordert, sich von diesen scheinbaren Eindeutigkeiten los zu reißen, eigene Positionen zu beziehen (in den Therapien ist dieses Bestreben auch vehement zu sehen), andererseits droht der Jugendliche auch daran fixiert zu bleiben. Besonders dann, wenn massive Hass- und Enttäuschungsgefühle vorhanden sind, die soziale Einbindung nicht funktioniert und der Jugendliche sich entwertet fühlt. Es braucht dann konkrete Feind- und Hassbilder um die eigene, fragile, zerbrechende Identität mit Gewalt aufrecht zu erhalten.

Diese Ideologien können den Jugendlichen Denk- und Handlungswege liefern, die ihnen als Auswegmöglichkeit aus unlöslichen scheinenden Problemen imponieren, aber den Weg zu einer reifen Individuation abschneiden. Statt dass der Jugendliche sich selbst daran abarbeitet definiert nun die Ideologie bzw. die Gruppe, die sie vertritt, was richtig, was gut oder böse ist. Gruppennormen treten an die Stelle eines individualisierten Wertesystems.

Die adoleszente Entwicklung gerät dadurch in eine Sackgasse. Der schmerzhafteste Weg der Individualisierung unterbleibt, reife seelische Kompromisslösungen und das Ertragen von Ambivalenzen werden verhindert. Stattdessen unterliegt sowohl die innere als auch die äußere Welt einer klaren Trennung. Auf der einen Seite

existieren ideale und geliebte Personen, Vorstellungen und Bilder zu denen man gehören möchte. Auf der anderen Seite befinden sich „Feinde“, die gehasst werden können, auf die eigene schwache, verachtete und ängstliche Anteile der Selbstkonstruktion gerichtet werden, um sie dann dort zu verfolgen und zu zerstören, um in sich selbst nur mehr ein starkes Selbstbild zu dulden.

Wird diese Entwicklung zur Selbsterschaffung nicht aufgehalten, läuft der Jugendliche Gefahr, die innere Verbindung zu den eigenen schwachen Anteilen vollständig zu verlieren. Die entstehende innere Leere wird dann mit künstlichen Versatzstücken gefüllt, wozu sich Gruppenideologien oder rechtsradikale politische Weltanschauungen hervorragend eignen. (Sutterlüty, 2002, S. 94 ff.)

2.4 Gewaltbereite Jugendliche – Rollentausch Opfer-Täter

In der Vorgeschichte gewalttätiger Jugendlicher finden sich in der Regel traumatische Kindheitserfahrungen von Verlassenheit, Vernachlässigung und Gewalt.

Fehlende, abwesende Väter und massiv überforderte Mütter, die oft uneindeutige „partnerschaftliche“ Beziehungen zu ihren Kindern leben, begünstigen sadistisch-masochistisch strukturierte Beziehungen.

Viele Kinder machen schon sehr früh Gewalterfahrungen in der Familie. Entweder sie waren selbst dieser Gewalt (von Züchtigung bis hin zu Misshandlung) ausgesetzt, oder sie waren Zeugen physischer Gewaltausübung der Eltern untereinander. Personen die diese Erfahrungen gemacht haben, lernen Gewalt als Weg zu nutzen, Konflikte zu lösen und den Gebrauch von Gewalt zu rationalisieren. Mit Gewalterfahrungen konfrontierte Kinder werden später als Jugendliche oder Erwachsene, meiner Erfahrung nach, viel wahrscheinlicher gewalttätig als andere. Das heißt nicht, dass innerfamiliäre Gewalt notwendigerweise zu Gewalt führt! Doch es besteht ein Kreislauf von Gewalt, erstens durch Übertragung der in der Herkunftsfamilie erfahrenen Gewalt auf die später gegründete eigene Familie, zweitens durch innerfamiliäre Misshandlung im Kindesalter, die oftmals zu außerfamiliärer Gewaltkriminalität im Jugend- und Erwachsenenalter führt. (Hermann, 2002, S. 111.)

Der Zusammenhang zwischen erlittener Gewalt in der Kindheit und der späteren Gewaltausübung im Erwachsenenalter scheint unstrittig. Die Frage ist aber, welche „Vorteile“ der Jugendliche für sein fragiles Selbstkonzept aus der Gewaltausübung zieht, wie sich das jugendliche Selbst durch Gewalt bewahrt?

Ferdinand Sutterlüty geht davon aus, dass sich für gewalttätige Jugendliche mit Gewaltausübung durchaus positive und sogar lustvolle Erlebnisse verbinden. Die Taten versetzen sie in einen euphorischen Zustand. Die Erfahrung des Triumphes, der physischen Überlegenheit, das Genießen des Schmerzes des anderen und die euphorisierende Überschreitung des Alltäglichen, ist oftmals die entscheidende Motivierung bei Jugendlichen. (Sutterlüty, 2002, S. 41 ff.)

Neben der physischen Wehrlosigkeit, den Angstzuständen und der moralischen Verletzung, nämlich ohnmächtig zuschauen zu müssen ohne eingreifen zu können, verändern vor allem die seelischen Missachtungserfahrungen die Selbstbilder der betroffenen Kinder negativ, und führen in einen weiteren Teufelskreis der Missachtungserfahrung in Familie und Schule. Jugendliche erzählen mir in Therapien, dass sie den (gewalttätigen) Auseinandersetzungen der Eltern so ausgeliefert waren, dass sie sich in ihrem Versteck nicht zu bewegen trauten und aus Angst einnässten oder einkoteten. Dieses Erleben war dann mit massiven Scham- und Hassgefühlen verbunden, die sich einer Symbolisierung entzogen.

Der Hass und die Rachewünsche, die sich durch solche Erlebnisse formen, weisen bereits Konturen eines Identitätsentwurfs auf, eines Selbstbildes, künftig selbst zum Täter zu werden. Macht über andere zu haben und diese Macht zu genießen wird zu einer vorherrschenden Wunschvorstellung.

Herangewachsen erleben diese Jugendlichen dann mit ihrer ersten Gewalttat ein bisher nicht gekanntes Gefühl der Selbstachtung, die in einem diametralen Gegensatz zu der erniedrigenden Gewalterfahrung in der Familie steht. Sutterlüty (ebd. S. 69 ff.) spricht von „turning point experiences“, bei denen diese Jugendlichen in der beeindruckenden Art und Weise des Rollentausches von Opfern zu Tätern werden. In der ersten Gewalttat erleben sie schlagartig die Möglichkeit, ihre eigene Opfergeschichte zu beenden und zu einem neuen Verständnis ihres Selbst durchzubrechen.

Einer meiner Klienten (18 Jahre) beschreibt diese Erfahrung als eine für ihn überlebensnotwendige Handlung, die er wie in Trance durchführte. Aufgewachsen als viertes Kind in einer zehnköpfigen Familie im ländlichen Bereich, erlebt er seinen tyrannischen, gewalttätigen Vater im Familienverband als unüberwindbar. Einschlägige gewalttätige und bloßstellende Internatserfahrungen und eine unglückliche erste Verliebtheit, verbunden mit einer öffentlichen Demütigung, bringen ihn, seiner Aussage entsprechend, an den Punkt, an dem er „entscheiden“ muss: entweder seine Würde als Person gänzlich zu verlieren, als ewiges Opfer zu leben, oder zum Täter zu werden, um sich einen Rest an Würde zu erhalten. Er tötet seine geliebte Katze und zieht ihr das Fell ab. Dann geht er zu seinem schlafenden jüngsten Bruder und versucht ihm die Kehle zu durchtrennen. Der Bruder überlebt, da die älteste Schwester, durch den Lärm geweckt, ins Zimmer kommt und rechtzeitig Hilfe holen kann. Mein Klient erklärt mir, dass er das töten wollte, was er am meisten liebte, um seine Stärke zu demonstrieren.

Diese Jugendlichen entwickeln eine extreme Sensibilität für Handlungen anderer, die sie aus ihrer Sicht wieder in eine ohnmächtige, ausgeschlossene, oder erniedrigte Position zu bringen drohen. Oft genügt nur ein Blick eines anderen in den sie Verachtung oder Aggressionsbereitschaft hineinlesen, ein falsches Wort, um eine gewalttätige Reaktion hervor zu rufen. Dahinter steckt die Furcht wieder entwertet und verachtet zu werden. Deshalb lehren diese Jugendlichen zur Angstabwehr andere das Fürchten. Ihr

neues aufkeimendes, auf Gewalt gründendes Selbstverständnis als Sieger/Täter, möchten sie nicht mehr missen, und wählen Gewalt als dauerhafte Lösung. So wird diese eine positive Eigenschaft ihrer Identität, ihres Selbstbildes. Was damit in den Blick kommt sind schwere Kränkungen und unerträgliche seelische Zustände, die durch Gewalt beendet werden.

2.5 Gewaltbereite Jugendliche – fehlende männliche Identifikationspersonen

Fehlende väterliche, kontinuierliche und kohärente Bezugsperson sind als eines der Hauptprobleme zu sehen. Es bestehen in vielen Fällen schnelle Wechsel zwischen männlichen und weiblichen Identifizierungen, was es schwer macht eine einigermaßen zusammenhängende Identität zu erlangen.

Identifizierung mit einer weiblichen Bezugsperson und die Assoziierung mit Passivität, bildet oftmals einen spezifischen Auslöser für Gewaltreaktionen bei manchen männlichen Jugendlichen. Ein fragiles männliches Selbstbild wird durch wiederholte Gewalttätigkeit aufrechterhalten, womit eine bedrängende Identifizierung mit einer weiblichen (schwachen) Identifikationsfigur vermieden wird. In allen diesen Fällen sind die Identifizierungen instabil und lassen weibliche Identifizierungen zur großen Gefahr werden. Dies gilt im Besonderen für die gewalttätigen Adoleszenten, wo das aggressive, provozierende Auftreten, häufig auch der Abwehr von intensiven Sehnsüchten nach Zuwendung dient.

Einer meiner Klienten wurde immer dann gewalttätig, wenn die Beziehung zu seiner Mutter, die als Gelegenheitsprostituierte arbeitet, zu innig, zu intensiv zu werden drohte. Auch muss erwähnt werden, dass das Beziehungsangebot der Mutter dem minderjährigen Sohn gegenüber eindeutig sexualisiert, und damit natürlich nicht entsprechend war.

2.6 Gewaltbereite Jugendliche – mangelnde Symbolisierungsfähigkeit

Mein Eindruck ist, dass diesen Klienten ein verinnerlichtes Zwiegespräch fehlt, das es ermöglicht, innere Erfahrungen als solche zu erleben, zu symbolisieren und sich damit einen Ausdruck zu verschaffen. In der therapeutischen Beziehung muss diese Form des inneren gemeinsamen Dialogs erst entwickelt werden, denn Klienten stehen – in ihrer Einsamkeit – dieser Aufgabe ratlos gegenüber.

Das was in der Regel bei Klienten nach unterschiedlichen Zeitspannen auftaucht, ist eine vage Ahnung für diese Form des Sich-selbst-Begreifens. Diese Ahnung kleidet sich in Fragen wie: Warum bin ich so? Warum tu ich das? Warum spüre ich Hass meiner Freundin gegenüber, wo ich sie doch liebe und sie für mich unverzichtbar ist?

Symbolisierungsfähigkeit entsteht normalerweise dadurch, dass die Bezugsperson den inneren Zustand des Kindes empathisch erfasst, ihn ausdrückt, d. h. mit Bedeutung versieht und dem Kind zurückspiegelt. Geschaffen wird damit beim Kind die Vorstellung eines intentionalen und wirksamen Selbst. Bei depressiven, selbst misshandelten/misshandelnden Müttern und Vätern misslingt dieser Spiegelungsprozess häufig. Dann wird nicht die eigene Erfahrung des Kindes, gespiegelt durch Mutter/Vater, verinnerlicht, sondern der Gefühlszustand der Mutter oder des Vaters selbst.

Klienten sprechen von gefühlsmäßigen „Fremdkörpern“ in ihrem Selbstempfinden, die oft auch nicht integrierbar sind und häufig wie eine fremde innere Stimme erlebt werden. In einem Zustand der extremen Inkongruenz versuchen diese Menschen verzweifelt, sich selbst zu spüren und zu finden, sich von den inneren Fremdkörpern zu befreien, indem sie diese dann „veräußern“ und mit Gewalt in anderen Personen bekämpfen.

Das Problem bei allen Traumatisierungen besteht in hohem Maß darin, dass die eigene Wut und Aggression durch die traumatische Situation der Scham, Hilflosigkeit und Ohnmacht keinen Ausdruck finden kann. Ihr beschämtes Opferselbst und Opfersein erscheint diesen Menschen als unerträglich, wird dann immer wieder in neue – potentielle – Opfer hinein versetzt und dort bekämpft bzw. vernichtet.

Der Kern aller traumatischen Erfahrungen scheint im Erleben einer katastrophalen Einsamkeit zu bestehen. Es entsteht eine tote Zone, in der keine andere Person empathisch verfügbar ist. Dieser Bereich der Persönlichkeit ist kaum formulierbar und entzieht sich damit einer Versprachlichung; er ist nicht oder nur schwer symbolisierbar und kann damit kaum in eine Lebenserzählung integriert werden. Für den Aufbau dieser Fähigkeiten braucht man emotionale Sicherheit, denn nur diese bringt Ruhe ins Hirn, bedeutet ein Vertrauen-Können in die eigenen Fähigkeiten und Vertrauen, dass es jemanden gibt zu dem man gehen kann, wenn alles daneben geht. (Siehe dazu Hüther, 2004. S. 37.)

2.7 Geringe gesellschaftliche Fähigkeit adoleszente Entwicklung zu begleiten

Gewaltphänomene ziehen natürlich massive Folgen in der sozialen Realität nach sich. Insofern steht immer auch das Verhältnis von innerer und äußerer Realität im Fokus der therapeutischen Beziehung. Es ist mir nicht möglich im Rahmen dieser Arbeit ausführlicher darauf einzugehen. (Siehe dazu auch Beck, 1986, S. 113.)

Die dargestellte Problematik ist nicht über Strafrechtsmaßnahmen lösbar. Vielmehr ist anzuerkennen, dass die Fähigkeit der Gesellschaft adoleszente Entwicklungsprozesse aufzunehmen und zu begleiten völlig unzureichend ist. Darunter ist Aufmerksamkeit, Zuwendung, aufnehmendes und Anteil nehmendes, korrigierendes, empathisches, hilfreiches Verhalten von relevanten Bezugspersonen zu verstehen. (Rogers, 1961, S. 45ff und 277 ff.)

Ein solches Vorgehen hat den Sinn und die Funktion, dass wichtige Bezugspersonen und soziale Gruppen in bedeutsamen Beziehungen unerträgliche Affekte der Jugendlichen in sich aufnehmen, dann gemildert und gefiltert wieder zurückgeben. Wenn eine soziale Gemeinschaft wie z. B. die Schule, Aggression und Gewalt nicht aufnehmen, mildern und transformieren kann, die in den Interaktionen von Schülern mit den Schulinstanzen und untereinander ausagiert werden, so verfestigt sich bei vielen Schülern das Bild einer Furcht erregenden Umwelt, die bestimmt ist durch Sinnlosigkeit sowie durch das Fehlen von mitfühlender Gegenseitigkeit und Hilfsbereitschaft. Dies kann ein anhaltendes Gefühl der Schutzlosigkeit nach sich ziehen, verbunden mit einem labilen inneren Zustand, wo sich die Vorstellung einer bevorstehenden Katastrophe mit einer Täter-Opferdynamik mischt und eine Überschwemmung mit – ohnehin latent vorhandenen – Gewaltphantasien zur Folge hat. (Siehe dazu auch W. Bions Containermodell. Den Hinweis erhielt ich in einem Gespräch mit Prof. Dr. Rudolf Ekstein.)

3. Wie kann personenzentrierte Psychotherapie Jugendlichen helfen?

Personenzentrierte Psychotherapie hilft durch die Haltung und die Gegenwärtigkeit des Therapeuten, hilft Mögliches und Gewünschtes in der Realität der therapeutischen Beziehung und in den alltäglichen Beziehungen zu erleben und zu prüfen, hilft Inkongruenzen zu erspüren und ihnen Ausdruck zu geben. Die therapeutische Arbeit erfordert vor allem, sich dem Adoleszenten mit seinen ständig wechselnden Gefühls- und Erlebniszuständen zur Verfügung zu stellen, Miterleben anzubieten und der Konfrontation mit der ständigen Wechselwirkung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sowie der Unvorhersehbarkeit von Bedeutungen standzuhalten.

Mein Bestreben ist es, mit Klienten eine reflexive Beziehung zwischen diesen Zeitdimensionen herzustellen, die nicht in linear-kausaler Weise verläuft, und deshalb auch nicht aus der Vergangenheitsperspektive der Zukunft eine deterministische Bindung auferlegt. Im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses soll dem jugendlichen Klienten ermöglicht werden, sich nachträglich zur Vergangenheit so zu verhalten, dass neue, passendere Verhaltensweisen geschaffen werden können, um Gegenwart lebbarer zu gestalten und Zukunft zu ermöglichen. Dann kann etwa ein 18-jähriger Klient plötzlich „erkennen“, wovor er immer geflüchtet ist, dass er trotz „Erfolg aus dem Stand“ im Leben sucht, diesen Erfolg aber immer selbst verunmöglicht, indem er (sehr sorgfältig) perfekte Bedingungen für Misserfolg schafft.

Jede Person, die ein psychotherapeutisches Angebot in Anspruch nimmt, richtet ihr Interesse in spezifischer Weise auf die vergangene eigene Geschichte, und aktiviert in der Auseinandersetzung mit dieser jene Kreativität, derer sie zur Lösung ihrer aktuellen Fragen bedarf. Dieses Vorgehen beinhaltet die Möglichkeit für

den Jugendlichen sich selbst „unter Vorbehalt“ zu setzen, eine Lebensform die in der Adoleszenz der Identitätsfindung zuträglich ist. Das bedeutet essayistisch – in der Sicht der Jugendlichen hat es durchaus die Bedeutung von beliebig – zu leben, gewissermaßen mit einer Identität auf Widerruf. Es beinhaltet die Fähigkeit, sich eigene Traditionen schaffen zu können, die Vergangenheit um-zu-erzählen, bzw. nachträglich diejenigen Traditionen zu gestalten, derer es bedarf, um Chancen in der Gegenwart zu realisieren, oder Hemmnisse für die Zukunft zu neutralisieren.

Hier liegt die Herausforderung in der Therapie mit Adoleszenten. Offene Standpunkte und eine akzeptierende Haltung müssen die Phasen der Instabilität erfassen, müssen die Momente einer Therapie beachten, an denen Veränderungsprozesse am unvorhersehbarsten, aber trotz allem zweifellos vorhanden sind. Wieder ist das Zeitmoment ausschlaggebend. Ereignisse, die eine momentane Synthese im Fluss der Beziehung zwischen Therapeut und Klient bilden, können als kreative Anstöße für eine Weiterentwicklung gesehen und genützt werden, eben auch dann, wenn sie zufällig auftreten und nicht festgehalten werden können.

Wichtig sind Momente, in denen der Klient sich das erste Mal zurücklehnt, in denen der erste Blickkontakt geschieht, in denen der Klient mir die Frage stellt, ob ich nicht praktischerweise für ihn etwas „erledigen könnte“, ob er die drei CD-Player, die er für einen Freund aufzubewahren hat, bei mir zwischenlagern könne. Oder wenn ich einem Klienten auf ein gemurmertes „Ich sag jetzt nichts, ich bin hungrig!“, vorschlage, dass wir heute in der Therapiestunde gemeinsam kochen, oder auch Essen gehen.

Man kann etwas Neues daraus machen, wenn man sich dem „Dunkel des gelebten Augenblicks“ (Bloch) anvertraut, wenn man sich den gedanklichen Brüchen, inneren Differenzen, den Neben- und Unvernünftigkeiten stellt, die den Jugendlichen ausmachen. Wenn man für den zufällig entstehenden Moment einer Begegnungsmöglichkeit bereit ist, wenn es gelingt, den Zufall zu begünstigen.

Personenzentrierte Psychotherapie sieht ihr Wirkungsfeld im Hier-und-Jetzt, in der aktuellen, bedeutsamen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Für die therapeutische Praxis bedeutet es, dass der Klient in seiner Therapie einer Spur oder vielen Spuren seiner eigenen Geschichte folgt, diese aber nicht als Splitter seiner quasi schon in ihm angelegten „Wahrheit“ erkennt, sondern als Splitter seiner möglichen „Wahrheiten“ zu sehen lernt, die erst im Verlauf des therapeutischen Prozesses konstruiert sein werden. Therapie ist kreative Erschaffung neuer Selbst-Erzählungen, ist für den Adoleszenten zugleich auch Möglichkeit seine Körperlichkeit, sein Körperempfinden in Sprache zu fassen. Aber wie schwierig ist es, eine kohärente Selbsterzählung zu erschaffen, wenn die zentralen Konflikte von Woche zu Woche wechseln? Ein scheinbar unüberwindbarer Konflikt ist plötzlich ohne Bedeutung, offenbar gelöst, taucht aber Monate später mit Vehemenz erneut auf. Der Therapeut hat jedoch keine andere Wahl, als sich dem Tempo und dem Rhythmus, der

Problemerlebensbereitschaft des Klienten anzupassen. Nicht dass es mir verwehrt ist, mein Empfinden, meine Einschätzung einer dargelegten Erfahrung kund zu tun, die Aktualität, die Dringlichkeit wird allein vom Klienten bestimmt.

Die Forderungen des Jugendlichen sind oft widersprüchlich. Er wehrt sich dagegen verstanden zu werden, traut es ohnehin keinem Menschen zu, fühlt sich aber verletzt, wenn man sich nicht um ihn kümmert. Er sucht Distanz und Einfühlung. Verschwiegen und zurückgezogen, herausfordernd und aggressiv verlangt er Geduld und Verständnis des Therapeuten. Dieser wiederum läuft Gefahr in der Widersprüchlichkeit und im Chaos der Gefühle und Empfindungen, im „Sturm und Drang“, unterzugehen. Der Adoleszente läßt sich in kein Schema zwängen, weder in der Therapie, noch im täglichen Leben. Und trotzdem, oder gerade deshalb, braucht er beschützende Kräfte, Bezugspersonen, die ihm dann zur Verfügung stehen, wenn er die Notwendigkeit des „Zu-zweit-Seins“ fühlt. Es ist daher oft auch schwierig, ja sogar unmöglich, anfangs regelmäßige Sitzungstermine festzulegen.

Meine Erfahrung geht in die Richtung, dass je konsequenter ich versucht habe, einer (theoretischen wie praktischen) Vorstellung von mir zu folgen, ich umso eher an Grenzen in der Beziehung zum Klienten gestoßen bin. Je mehr es mir gelungen ist, mich dem „Dunkel des gelebten Augenblicks“ anzuvertrauen, mich den Aufträgen und Einflüsterungen von Familienangehörigen und mit Erziehungsaufträgen belasteten Institutionen zu entziehen, mich von Augenblick zu Augenblick, abseits von diagnostischen „Tatsachen“, führen zu lassen, umso eher bot ich meinem Klienten ein „Zu-zweit-Sein“ bei der Betrachtung und dem Erleben seiner konfliktgeladenen Lebensgeschichte an. Umso eher war das möglich, was Beobachter als Veränderung beschreiben können. Interessant ist die unbekannte Geschichte, die Erzählung, die so schwer unmittelbar durch Bilder beschreibbar, die nicht erfragbar ist. Wichtig ist die Erzählung, die innerhalb der therapeutischen Beziehung „lokale“ Mikrogeschichten entstehen lässt, in denen sich das emotionale Zusammenspiel zwischen Therapeut und Klient spiegelt.

Ein kurzes Beispiel dafür soll dieses magische „Dunkel des gelebten Augenblicks“ skizzieren:

Als Therapeut eines sechsjährigen Mädchens, das stationär aufgenommen war, weil es ständig das Haus in dem es mit seiner Familie und dem Großvater lebte verwüstete, war ich mit unterschiedlichsten und vielfältigsten Theorien „über“ das Mädchen konfrontiert. Jede Theorierichtung hatte ihre Diagnose, ihre Wahrheit (in der Regel Defizitmodelle) über das Kind. In meinem Bemühen um therapeutische Effektivität schließlich vollkommen zermürt, gab ich mich geschlagen und begann mit dem Mädchen in den Therapiestunden „einfach“ Märchen zu erfinden. Wir erzählten uns Phantasiegeschichten, wandelten bekannte Märchen ab und hatten ungezwungene Stunden, die aber nichts an der Zerstörungswut des Kindes änderten, wenn es übers Wochenende zu Hause war. Eines Tages entstand zufällig (?)

eine gemeinsame Erzählung, in der ein Großvater ein Haus baut, die Großmutter plötzlich stirbt und der Großvater den Satz sagt: „Wenn ich das Haus jetzt fertig gebaut hab, kann ich auch sterben“. Ab dem Moment war es nicht mehr schwierig dem Kind zu helfen. Die Angst des Mädchens, dass der Großvater stirbt wenn er mit dem Haus fertig ist, war verstehbar geworden, und in dem Moment wo das Kind verstanden wurde, konnte es auch sein Verhalten ändern. Der erlösende Effekt wurde durch eine zufällige kreative Kombination von Unwissenheit und Ungerichtetheit in der therapeutischen Arbeit auf Grundlage einer bedeutsamen Beziehung erreicht.

Therapeutische Überzeugungen mit der Kraft von Glaubenswahrheiten machen dumm. Zu glauben, wenn etwas funktioniert, ist die Theorie dahinter richtig, ist ein Trugschluss. Soziale Realität wird ohne Wissen über das endgültige Ergebnis produziert. Verschiedenste „Nebenprodukte“ menschlichen Strebens und Wollens, sind Bestandteile unserer Aufgabenstellungen und durchkreuzen unsere Pläne, unsere Gewissheiten. Unter Umständen werden die Effekte, um die es in einem Sozialsystem geht, durch die Kombination von Unwissenheit und Ungerichtetheit weit „effektiver“ erreicht, als wenn man sie wissentlich und direkt erreichen wollte.

Zurück zur Adoleszenz. In dieser wird der Heranwachsende „geschichtsfähig“, aber nicht nur dadurch dass er sich eine Geschichte schafft, indem er Vergangenes symbolisiert, sondern auch dadurch, dass die Gegenwärtigkeit, die im Idealfall Therapeut und Klient einander in einer bedeutsamen Beziehung zu bieten lernen, auch Erwartungen, Wünsche, Phantasien und Hoffnungen erzeugt, die die Zukunft des Klienten beeinflussen werden.

Personenzentrierte Theorie stellt konsequent komplexe, ganzheitliche Prozesse in den Mittelpunkt, die von außen zwar angeregt werden können, z. B. durch eine bedeutsame Beziehung oder durch Veränderung von Bedingungen, die aber nicht steuerbar sind, da sie selbstorganisierend person-immanente Strukturen verwirklichen. Wenn der Therapeut Absichten im Sinne von Behandlungsplänen, Behandlungszielen oder Interventionstechniken hat, um den Klienten dazu zu bringen, eine bestimmte Sache zu tun, dann tut der Therapeut dem Wesen der personenzentrierten Therapie Gewalt an, schreibt Bozarth (1992, S. 139–146).

Wie groß die Schwierigkeiten mit dieser radikalen personenzentrierten Haltung umzugehen sind, soll ein weiteres Beispiel illustrieren:

Einer meiner Klienten, ein 15-jähriger Bursche, 185 cm groß, mit der Statur eines Mannes, hatte mit allen Institutionen (Schule, Jugendamt, Gericht) mit denen er in Verbindung kam, den totalen Krieg entfacht. Seine Eltern lebten getrennt, er wohnte bei seiner Mutter, die ihren Sohn für das Leben in einer bürgerlichen Welt verloren hielt.

Nach einer ungewöhnlich kurzen „Kennenlernphase“ (verstehbar auch als Distanzlosigkeit im Bindungsverhalten) erklärte mein Klient mir sehr glaubwürdig, dass eine seiner Stärken darin liegt, „rechtzeitig“ erkannt zu haben, dass der ewige Hinweis aller Erwachsenen, dass

das nun wirklich seine allerletzte Chance gewesen sei, purer Unsinn ist. Seine Erkenntnis war, dass es immer wieder eine letzte Chance gibt.

Als er Gefahr lief, seine Schulausbildung abbrechen zu müssen, da er nach so vielen Schulwechslern und -abbrüchen nirgendwo mehr akzeptiert wurde, vermochte er die dafür Verantwortlichen zu überzeugen, dass er in einer wirtschaftskundlichen Schule seine Schulzeit abschließen werde. Er wurde in eine Schule eingeschrieben, in der es zu dieser Zeit etwa 1000 Mädchen und 20 Burschen gab. Nach 4 Wochen wurde er wegen „moralischer Gefährdung seiner MitschülerInnen und Untragbarkeit“ der Schule verwiesen.

Doch wiederum hatte er sein Publikum, das im Grunde genommen überall dort war, wo er auftauchte, finden können. Seine Prophezeiungen erfüllte er sich immer wieder. Er hatte die Fähigkeit seine Vorstellungswelt für wahr zu halten, jeden dazu zu bringen, ihm wieder eine Chance einzuräumen und seine Rückschläge als lebensnotwendige Erfahrung zu sehen. Woraus die Erfahrung für ihn bestand, war für mich nie wirklich ersichtlich, da sein Leben sich immer nur zu wiederholen schien; zumindest in meiner Beobachtung, in meiner Art und Weise es zu beschreiben.

Nach dem definitiven Ende seiner Schulkarriere arbeitete er für ein paar Monate in einer exklusiven Herrenboutique in der Innenstadt. Er war für einen Lehrling überdurchschnittlich gut bezahlt, ein sehr erfolgreicher Verkäufer, anerkannt und beliebt bei seinem Chef und den Mitarbeitern und hatte zu seiner großen Befriedigung die „Auflage“, sich dem Stil des Geschäftes entsprechend zu kleiden. Meinem Dafürhalten nach hatte mein Klient mit dieser Arbeitsmöglichkeit die Chance, alle seine Neigungen in gewünschter Weise zu befriedigen. Auch er sprach von dem Gefühl, „erstmal festen Boden unter den Füßen zu haben“. Groß war mein Erstaunen, als mich seine Mutter eines Tages anrief und mir mitteilte, ihr Sohn könne nicht zu seiner Stunde kommen, da er in U-Haft sitze. Er hatte mit einem Arbeitskollegen Anzüge im Wert von knapp 7000 Euro unter der Hand in seinem Freundeskreis verkauft. Seine Mutter bezahlte den entstandenen Schaden, mein Klient kam mit einer bedingten Verurteilung davon und begab sich auf die Suche nach seiner nächsten Chance. Nichts hatte für ihn Bedeutung. Nichts konnte seinen Lebensstil verändern, weder Gefängnisaufenthalte in späteren Jahren, noch dass er bei Schlägereien verletzt wurde. Er kam gern und auch freiwillig zu unseren „Therapiestunden“, wenn auch nicht ganz mehr ganz so regelmäßig.

Ich klagte meinem Supervisor, dass ich nicht den Eindruck hätte, dass in den Sitzungen irgendetwas „sinnvoll Therapeutisches“ geschähe. Seinen Hinweis, ich sei die einzige Anlaufstelle, die der Bursche nun seit 5 Jahren relativ regelmäßig frequentiere, konnte ich nur zur Kenntnis nehmen.

Aber gerade durch diesen Klienten wurden mir die Augen für therapeutisches Arbeiten geöffnet. Ich konnte erkennen, dass meine anfängliche Vision, Jugendliche „vor etwas bewahren“ zu können, eine Illusion war. In unseren Sitzungen, die keineswegs oberflächlich verliefen, die Beziehung war sehr tragfähig, versuchte er, Ereignisse die sein Leben bestimmten, zu verstehen. Und wir waren bemüht einander

zu verstehen. Aber eben nicht mehr. „Wirkliche“ Veränderungen, im Sinn einer „Besserung“ fanden aus meiner Perspektive nicht statt. Die letzte Nachricht die ich von meinem Klienten erhielt, berichtete mir, dass es ihm gut geht und er Geschäfte macht.

Ein Therapeut ist aufgefordert den Lebensraum des jugendlichen Klienten nur mit größter Vorsicht zu betreten, was bedeutet, dass er nur das aufgreift, was der Klient ihm anbietet, und dass er gewissermaßen nur dort eintritt, wo der Jugendliche ihm selbst das Tor öffnet. Jedem Therapeuten wird in der Therapie mit Jugendlichen das beigebracht, was ich für unerlässlich in allen therapeutischen Situation halte, nämlich sich Bescheidenheit zu bewahren und sich in der Kunst des Möglichen zu üben. Der Therapeut, als nicht bedrängender, aber präsenter, emotional zur Verfügung stehender Erwachsener, erfüllt zwei grundlegende Funktionen: nämlich die eines sehr vorsichtigen „Resonanzkörpers“ auf die emotionalen Befindlichkeiten des Klienten, und auch die eines Behälters, der das, was in ihn hineinverlegt wird, nicht bewertet, sondern benennt und erklärt, Erfahrungen als Orientierungen anbietet, sich wegen zeitweiliger omnipotenter Triumphe des Adoleszenten nicht „rächt“, die Entwertung oder die Idealisierung, die sich auf ihn bezieht, mit Gelassenheit ein Stück weit zulässt und sich seine Authentizität erhält.

Mit einigen dieser Tugenden hat das nächste Fallbeispiel zu tun:

Moritz, ein 17-jähriger Gymnasiast mit massiven depressiven Phasen, fallweise Stimmen hörend, wurde an mich überwiesen. Eine Gerichtsverhandlung wegen Exhibitionismus vor minderjährigen Knaben stand bevor. Er wohnte mit seiner Mutter und seinem älteren Bruder (24 Jahre) zusammen, sein Vater verließ die Familie als Moritz 3 Jahre alt war. Er war sehr ungepflegt und vermied es, mich anzusehen. Ich hatte das Gefühl, er würde sich am liebsten in die letzte Ecke des Zimmers zurückziehen.

Der Beginn der Therapie gestaltete sich schwierig, weil Moritz von der Schande seiner begangenen Tat nahezu erdrückt wurde. Er weigerte sich darüber zu sprechen, und meinte nur, es komme nicht mehr vor. Etwa 7 Wochen verbrachten wir alleine mit der Besprechung, wie denn die Gerichtsverhandlung verlaufen würde und welches Strafmaß er zu erwarten habe. Es war uns beiden bekannt, dass Moritz nur eine bedingte Verurteilung mit einer Therapieauflage erhalten würde.

Als die Verhandlung vorbei war, schien einiger Druck von Moritz abzufallen und er begann zögernd, über sich und sein Leben zu sprechen. Dass er sich als Versager sieht, dass er seine Mutter in tiefste Depression treiben würde, wenn sie alles über ihn erfährt, wie schmerzlich es für ihn ist, alle so enttäuscht zu haben und letztlich seinem Bruder nachzugeraten, der zwar maturiert hat, aber sonst ein nutzloses Leben führt, seiner Mutter das Geld aus der Tasche zieht und vermutlich homosexuell ist. Überhaupt sei der Kontakt zwischen ihm und seinem Bruder eine Katastrophe, denn sie hassten sich immer schon und seien froh, wenn sie sich aus dem Weg gehen könnten. Was aber beim gemeinsamen, von der Mutter verordneten, Sonntagsfrühstück nicht möglich ist.

Nach ca. 6 Monaten erklärte Moritz mir, dass er die Schule nicht mehr besuchen wolle (7. Klasse AHS) und fragte mich, ob ich das nicht seiner Mutter beibringen könne. Das war der Punkt an dem unsere therapeutische Beziehung Dynamik entwickelte. Durch dieses persönliche Ansprechen seiner hoffnungslosen Zwangslage schien ein erster Bann gebrochen.

Es wurde Moritz' enorme Enttäuschung über sich selbst deutlich. Das Bild von sich, als zumindest braves, bemühtes Kind seiner Mutter, zerbrach. Er sprach darüber es nicht mehr auszuhalten, sich nicht mehr verstellen zu können. Wenn seine Mutter sich jetzt umbringe, dann sei das seine Schuld, denn er sei doch bisher der Sohn gewesen, auf den sie zumindest ein bisschen stolz sein konnte. Sein Bild als Retter und Bewahrer der Familie, war nicht mehr aufrecht zu erhalten. Aber er hörte keine Stimmen mehr.

Ich sehe es als erstes Zeichen einer sehr fragilen Selbstgewissheit in dem übermächtigen Gefühl der Inkongruenz, dass Moritz sich seiner Ausweglosigkeit auslieferte und ihr Ausdruck verlieh. Er sprach sich damit für einen ersten Moment auch von seiner Schuld frei. Und zwar im doppelten Sinn der Bedeutung: indem er sie mir mitteilte, mir ein erstes Mal ein „Zu-zweit-Sein“ anbot und damit seine Verantwortung in der Familie überprüfte.

Als er diesen Schritt gewagt hatte, begann eine erste vorsichtige Phase der „Exploration“ seiner sexuellen Identitätsdiffusion im Sinne einer sehr zaghaften, aber doch aktiven Experimentierhaltung in den diversen Lebensbereichen. Es stellte sich heraus, dass er in totaler Isolation gelebt hatte, sowohl in der Klassengemeinschaft, als auch außerhalb der Schule. Er hasste seine Mutter, die wie ein Engel über ihn wachte, der er nie etwas Böses antun durfte. Ähnliche Hassgefühle brachte er seinem Bruder und auch seinem Vater entgegen, die beide, wie sich später herausstellte, homosexuell sind und seiner Ansicht nach die Schuld an seiner „sexuellen Verwirrung“ tragen. Schuld daran, dass er nicht weiß, welchem Geschlecht er sich zuwenden soll. In einer späteren Phase der Therapie tauchten Erinnerungen an seine Zeit bei den Sängerknaben auf, wo es zu gleichgeschlechtlichen Kontakten mit älteren und jüngeren Knaben gekommen war, die auch sadomasochistische Facetten aufgewiesen hatten.

Moritz wurde in seiner „Experimentierhaltung“ im Verlauf der Zeit immer aktiver und leitete damit eine für mich schwer auszuhaltende Phase der Therapie ein. Er brach vehement aus seiner Isolation aus, hatte rasch wechselnde Bekanntschaften mit immer jüngeren Burschen (ca. 12- bis 15-jährige), die er in Hallenbädern, in U-Bahnstationen oder im Wiener Prater kennen lernte. Er hatte bei seiner Mutter die Schulpause durchgesetzt, um sich „neu zu orientieren“. Diese beschuldigte mich, ihm keinen Halt zu geben, versuchte einen anderen – effektiveren – Therapeuten für ihn zu finden, der ihn wieder unter Kontrolle bringt und ihm sagt, was im Leben wichtig ist.

Aber Moritz hatte einen ungeheuren „Nachholbedarf“, wie er es nannte, und fühlte sich auch zunehmend wohler. Keine Depressionen mehr, schon lange keine Stimmen im Kopf. Dafür jede Menge Bekanntschaften mit Minderjährigen, die für ihn nun noch viel gefährlicher

wurden, da er inzwischen großjährig geworden war. Die Verwirrung hinsichtlich seiner sexuellen Identität bestand weiterhin. Aber sie war gekennzeichnet von einer aktiven Exploration seiner Situation, im Sinne einer bewussteren und intendierten Selbstüberprüfung. Er begann seine Lebensgeschichte neu zu schreiben und zu bewerten. Er zog von zuhause aus.

Moritz bei der Suche nach seiner geschlechtlichen Identität zu begleiten war für mich schwierig, und erforderte verstärkt supervisory-Unterstützung. Schließlich kam der entscheidende Tag. Moritz „berichtete“ mir darüber, indem er einen extra Termin einforderte. Er war am Nachmittag mit einer Frau und am Abend mit einem Mann zusammen gewesen. Beide waren volljährig. Es ist vollbracht, meinte er. Allein, eine Entscheidung darüber welchem Geschlecht er sich nun zuwenden wolle, konnte er nicht treffen. Er begann mit der Situation zu spielen und fühlte sich als absoluter Teufelskerl. Das, was aber zu meiner Beruhigung geschah, war, dass er sich der Altersgruppe der Über-20-Jährigen zugewandt hatte. Er stellte fest, dass er in dieser Altersgruppe Anerkennung fand.

Von seiner neu entdeckten Selbstwirksamkeit gestärkt, begab sich Moritz auf Arbeitssuche. Das Verhältnis zu seiner Mutter war weiterhin durch starke Konflikte gekennzeichnet. Sie verurteilte die Lebensweise ihres Sohnes und schickte mir einen Zeitungsartikel in dem die „Entdeckung“ eines Gens gemeldet wurde, das für Brandstiftung und sexuelle Perversion bei Menschen verantwortlich sei. Sie forderte mich auf, die Therapie dementsprechend zu gestalten.

Mit der Möglichkeit sich verstärkt Ausdruck zu verschaffen, mit der gestiegenen Fähigkeit seine Sprache zu nutzen, konnte Moritz ein beobachtendes, sich selbst beschreibendes „Selbst“ erschaffen und persönliche Erfahrungen bewerten. Diese Bewertungen modifizierten wiederum andauernd und rekursiv seine aktuellen Erfahrungen.

Aber der sich vollziehende Entwicklungsprozess war noch nicht kohärent und kontinuierlich. Moritz beklagte sich, er fühle sich in jeweils unterschiedlichen Kontexten als unterschiedliche Person. Er sagte von sich, dass er das Gefühl habe, sich dauernd zu verändern. „Ich kann nicht sagen, **der** bin ich, sondern ich kann nur wissen, wer ich in einem bestimmten Moment bin, und wer in einem anderen.“ Doch der therapeutische Diskurs unterstützte diese Suche nach neuen Selbstbeschreibungen, neuem Selbstverständnis, neuer Selbstgewissheit.

Jede therapeutische Kon-versation (das Sich-miteinander-Drehen-und-Wenden) erzeugt im Miteinander-Sprechen immer hypothetische Alternativen, die unterscheidbar sind von der eigenen Wahrnehmung. Diese Alternativen sind, wenn auch nicht immer verstehbar, doch zumindest aussprechbar. Als Moritz die Möglichkeit hatte, seine Geschichte in allen Einzelheiten zu erzählen, verändert sich seine Beziehung dazu. Er veränderte Bedeutungen, denn er übernahm die Rolle des Geschichtenerzählers und er konnte erkennen, dass der Geschichtenerzähler und die erzählte Geschichte nicht identisch sind. Anstatt – statisch – seine Geschichte zu sein, begann er – dynamisch – sich eine Geschichte anzueignen.

Personzentrierte Therapie stellt einen Kontext für angstfreies Üben zur Verfügung; sie kann Hoffnung erzeugen. Mögliche, alternative, Lebens-Geschichten sind aus-sprechbar und diskutierbar in dieser geschützten Atmosphäre. Die Auswahl möglicher Lebens-Formen obliegt ausschließlich dem Klienten.

Die Aufgabe des Therapeuten sehe ich demzufolge darin, eine neue Erzählung mitzuentwickeln, die eine Perspektive anbietet, die unterschiedlich genug ist von der alten Lebensgeschichte, aber auch nicht zu verschieden davon, um die Konversation nicht abbrechen zu lassen. Von entscheidender Bedeutung ist die Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Der personzentrierte Therapeut übernimmt in diesem Prozess Verantwortung für seine Fragen, seine Meinungen, seine Bedeutungswelt und für die Konsequenzen, die sich in der gemeinsamen Beziehung daraus ergeben. Angesichts dieses Verhaltens kann der Klient seine eigenen Ressourcen erkennen und ihnen vertrauen lernen. Es kommt zu einem Lernen von sich selbst, einem Lernen von gelebten Erfahrungen. Im Wesentlichen soll in einer Therapie mit Jugendlichen möglich gemacht werden, dass sich Klienten als aktive Gestalter ihrer Wahrnehmung (oder besser: Wahrgebung) und somit ihrer Lebenswelt erleben, die durch eine Gefühlsoffenheit gekennzeichnet ist, in der neue Erfahrungen angstfrei gemacht werden können und alte Bedeutungsgebungen revidierbar sind.

Abschließend möchte ich noch auf ein paar wesentliche Punkte hinweisen. Personzentrierte Therapie arbeitet mit dem Verständnis,

dass sich Jugendliche lebensgeschichtlich in einem Möglichkeitsraum aufhalten, der durch die Handlungen der relevanten Bezugspersonen bestimmt wird. Die individuelle Entwicklung, ebenso wie die Entstehung und Aufrechterhaltung von seelischen Krankheiten findet innerhalb sozialer Interaktionsprozesse und gegenüber relevanten Bezugspersonen statt. Nicht das Symptom sondern die Person steht im Mittelpunkt. Verhalten gewinnt in der Regel seine Bedeutung aus dem Kontext in dem es stattfindet; diese Prozesse sind rekursiv. Personzentrierte Psychotherapie bietet mit ihrer Zukunftsorientierung eine große Entsprechung zum Lebensalter von Kindern und Jugendlichen. Diese sind „in Entwicklung“, und dürfen nicht auf **ein** Verhalten festgelegt werden, nur weil wir gewohnt sind Kausalität als Prinzip und als Instrument zu sehen, das wir als Beobachter benutzen, um dem, was wir sehen, eine Bedeutung zu geben. Wichtig ist es die Komplexität adoleszenter Phänomene zu verstehen um damit arbeiten zu können. Wir sind als Therapeuten von jugendlichen Klienten, mit welcher Problemkonstellation auch immer, herausgefordert. Wir sind in ganz besonderer Weise für Hoffnung, für lebbar Zukunft zuständig. Es geht nicht ums Beobachten, sondern ums Dabei-Sein. Wärme und Verbundenheit, das Anerkennen des So-Seins ist wesentlich. Jugendliche Klienten brauchen die Chance gegen unsere Theorien recht zu behalten. Wir sollen unser Wissen nicht dafür nutzen das letzte Wort zu haben. Es ist vielmehr ständig unsere Phantasie herausgefordert, immer wieder ein nächstes Wort zu finden.

Literaturverzeichnis

- Baacke, D.: Jugend und Jugendkulturen. 3. Auflage. Juventa Verlag, München 1999.
- Beck, U.: Risikogesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt 1986.
- Bozarth, J. In: Perspektiven rogerianischer Psychotherapie. S. 139–146. 1992
- Brinkmann, W.: Kindheit im Widerspruch. Zwischen Selbsttätigkeit und Fremdbestimmung. Würzburg. 1987
- Deutsche Shell, Hurrelmann, K., Albert, M.: 14. Shell Jugendstudie, Jugend 2002. Fischer TB
- Fehringer, C., Reisel, B.: Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Keil, W., Stumm, G.: Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Springer, Wien 2002.
- Ferchoff, W.: Jugend an der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert. Lebensformen und Lebensstile. Opladen, 2. Auflage 1999.
- Hermann, J.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann, Paderborn 2003.
- Hurrelmann, K.: Schwindende Kindheit – Expandierende Jugendzeit. Neue Herausforderungen für die biographische Gestaltung des Lebenslaufes. Vortrag bei der Margit Egner Stiftung in Zürich 2004.
- Hüther, G.: Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Vandenhoeck & Ruprecht, 2005.
- Postman, N.: Das Verschwinden der Kindheit. Fischer, Frankfurt 1987.
- Resch, F. et al.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Beltz, Weinheim 1996.

- Rogers, C. R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart 1961.
- Sutterlüty, F.: Gewaltkarrieren. Campus Verlag, 2002.
- Weckbecker-Ergelet, M.: Von der Befreiung zur Gestaltung. Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen vor dem Hintergrund soziokultureller und personaler Veränderung. Theoriearbeit für fachspezifische Psychotherapieausbildung am Institut für Personzentrierte Studien (IPS) 2005.
- Wilk, L., Bacher, J.: Kindliche Lebenswelten. Opladen, 1994.
- Zinnecker, J.: Kindheit Jugend und soziokultureller Wandel in der BRD. In: Büchner, P., Krüger, H. H., Chisholm, L. (Hrsg.): Kindheit und Jugend im interkulturellen Vergleich. Opladen 1990.

Autor

Mag. Christian Fehringer, Jg. 1953.

Psychotherapeut, Supervisor, Coach in freier Praxis.

Ausbilder und Lehrtherapeut im IPS der APG.

Korrespondenzadresse

Mag. Christian Fehringer

Roten Löwengasse 13/15

A-1090 Wien

E-Mail: fehringer@chello.at

Rezensionen*

Viktor Hobi

Jochen Eckert / Eva-Maria Biermann-Ratjen / Diether Höger (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis.

Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006. 523 Seiten, ISBN-10: 3-540-28463-X, € 34,95 / SFr. 59,50

Im Bereich der Psychologie, insbesondere der Klinischen Psychologie sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Lehrbüchern neu auf den Markt gekommen. Dass die Gesprächspsychotherapie (GPT) nun auch mit dabei ist, darf nicht nur modisch interpretiert werden. Mit diesem Band ist inhaltlich eine fachlich begründete Lücke ausgefüllt worden. Bis dahin fehlte nämlich eine solche Gesamtübersicht, da neben den Übersetzungen amerikanischer Literatur, vornehmlich jener des Gründervaters C. R. Rogers, lediglich einzelne Bereiche verfügbar waren, nicht zuletzt durch die gleichen, prominenten Autoren, die nun in diesem Band eine Gesamtübersicht geschaffen haben.

Auf einige Themen dieses neuen Lehrbuches soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Gleich einleitend wird auf die ausführliche Definition der Psychotherapie von Strotzka (1975) (hier S. 4) eingegangen. Dies geschieht mit einer solchen Gründlichkeit, wodurch kein Zweifel mehr besteht, dass es sich hier um eine Therapiemethode handelt, die im Hinblick auf die gesundheitspolitischen Anerkennungsprozeduren die drei Kriterien „Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit“ (WZW) zu garantieren verspricht. D. Höger (Kap. 2) geht auf die historische, inhaltliche und methodische Entstehung der GPT ein. Deutlich wird, dass Rogers' Konzept geradezu vielfältig abgesichert ist: Er ist eindeutig ein Vertreter der „Dritten Kraft“ zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Er war Kollege von Ed. L. Thorndike, kannte aber – neben dem empirisch-experimentellen – auch den psychoanalytischen Ansatz und er orientierte sich zusätzlich u. a. an der Existenzphilosophie (z. B. S. Kierkegaard

und M. Buber). Höger versteht es, diesen vielschichtigen Komplex durch das Aufgreifen punktueller Aspekte zu durchleuchten und integriert diese gleichzeitig in ein überschaubares und inhaltlich dennoch reichhaltiges Ganzes. So führte Rogers schon sehr früh für die Ausbildung der Therapeuten Tonbandaufnahmen ein, um eine gezielte Supervision zu ermöglichen; er betonte, dass der Mensch im eigentlichen Wesen sozial, konstruktiv und vertrauenswürdig sei (entgegen der Ansicht von Freud) und dass der Patient nicht Patient zu nennen sei, der vom Arzt geheilt werde, sondern Klient, um die Selbstverantwortung, eben des Klienten, *expressis verbis* zu unterstreichen. Ein kurzer Passus ist hier im Original zu zitieren, damit deutlich wird, was viele Außenstehende der GPT nicht zutrauen: „Therapie ist die Erfahrung, in der ich mich subjektiv geben kann. Forschung ist eine andere Form, bei der ich zur Seite trete und versuche, diese reiche subjektive Erfahrung mit Objektivität zu betrachten, all die eleganten Methoden der Wissenschaft anzuwenden, um festzustellen, ob ich mich selbst betrogen habe“. (Rogers, 1973, S. 29 / hier S. 23).

In einem späteren Kapitel (Kap. 10) befassen sich dann alle drei Herausgeber mit der Frage der Evaluation und Qualitätssicherung. Es fällt auf, dass bereits 1994 in groß angelegten Metaanalysen (z. B. Grawe et al., 1994) (hier S. 269/270) beträchtlich hohe Effektstärken (z. B. ES von 1,01) erzielt wurden. Es ist weiter zu vermerken, dass solche Ergebnisse sogar mit RCT-Studien (Randomized Controlled Trial) erreicht wurden. Im anschließenden Kapitel werden klassische Verfahren zur Messung der Therapieergebnisse (Untersuchungsdesigns, Tonbandaufnahmen, diverse Fragenbogen) dargestellt und sehr ausführlich das Problem „Supervision“ erörtert.

* 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.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U 3)

Damit zeigt sich, entgegen anders lautenden Bemerkungen, dass sich die offiziellen GPT-Vertreter hinsichtlich der Effizienzkontrollen auf einem hohen methodischen Niveau bewegen.

Die GPT stand längere Zeit wegen des sehr breiten Anwendungsbereiches in der Kritik und wurde nicht zuletzt deshalb im engeren Sinne als klinisch orientierte Psychotherapie eher wenig beachtet. Das hing einerseits mit den publikumswirksamen Großveranstaltungen des „späten“ Rogers und auch mit vergleichbaren Aktivitäten des Ehepaars Tausch zusammen, obwohl gerade letzterem bezüglich GPT große Verdienste attestiert werden müssen. Befragte man beispielsweise Kliniken nach der bevorzugten Therapie-Methode, so hörte man immer wieder „Gesprächstherapie“ und stellte dann bei genauerer Nachfrage fest, dass es sich dabei um sehr zentrale und wichtige ärztlich-psychiatrische Gespräche handelt, aber keineswegs um eine klassische GPT. Hier wird nun (Kap. 11–19) in deutlicher Form der Anwendungs- und der Zuständigkeitsbereich der GPT klargestellt: Der Einsatz bei Kindern und Jugendlichen, die personen-zentrierte Beratung, Krisenintervention, GPT bei Sterbenden, als Gruppenpsychotherapie und GPT im stationären Bereich. In jedem einzelnen dieser Anwendungsbereiche wird auf die geschichtlichen Aspekte, auf die differenzierte Indikationsstellung, die diagnostische Vorabklärung, spezifische diagnostische Prozeduren, die adäquate Vorgehensweise und die Therapie-Effizienz eingegangen. Im Abschnitt über Behandlungsleitlinien (Kap. 23) werden bei der Zuordnung einzelner Diagnosen die klassischen Diagnosen-Kriterien (nach ICD-10 oder DSM-IV) leget artis berücksichtigt, sodass auch hier der Anschluss an die weltweit einheitliche Vorgehensweise garantiert ist. Gleiches gilt für die Kapitel Therapieziele und Indikationsstellung (Kap. 7 und 8). Trotz dieser Angleichung und Einheitlichkeit bleibt die GPT-Spezifität dennoch gewahrt. Dieser letztere Aspekt wird u.a. in den Ausführungen über die Persönlichkeit (S. 37), über die Begriffe Organismus (S. 38) und das Selbst (S. 64) transparent. Letzteres fällt auch im Sachverzeichnis auf, insofern etwa in Verbindung mit dem Begriff „Selbst“ und entsprechenden Konnotationen über vierzig Hinweise in unterschiedlichster Kombination aufgeführt sind.

Da in Deutschland, Österreich und der Schweiz unterschiedliche staatliche Bestimmungen über die Zulassung zur (Psychologischen) Psychotherapie im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker auf Basis der Krankenkassen bestehen, ist das abschließende Kapitel „Aus- und Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie“ für Lernende und die staatlichen Behörden heute unentbehrlich (vgl. Kap. 25). Es ist unterteilt in einen Abschnitt über die „Ausbildung und Ausbildungsinstitute in Deutschland, Österreich und in der Schweiz“ sowie in einen größeren Abschnitt „Curriculum für die Ausbildung

nach dem deutschen Psychotherapiegesetz zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie“. Im ersten Teil sind die „unterschiedlichen“ Bestimmungen der drei Länder festgeschrieben, insbesondere bezüglich des abverlangten und vorgängigen Grundstudiums. Es wird dabei deutlich, dass vor allem Österreich einen sehr weiten, nach meiner Ansicht zu weiten, Voraussetzungskatalog ermöglicht. Erleichternd ist es für den Suchenden, dass auch die Adressen der Kontaktstellen (hier für die GPT) nicht fehlen. Im zweiten Teil folgt das Curriculum für eine Ausbildung nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie. Detailliert sind folgende Abschnitte ausgeführt: Allgemeines, u. a. Ausbildungskonzeption (Veranstaltungsformen, Methoden, Arbeitsformen, Zulassungsvoraussetzungen sowie Umfang, Dauer und Lehrpersonal). Es sei hier nur noch angefügt, dass die Ausbildungszeit 3 Jahre (6 Semester) als Vollzeitausbildung bzw. 5 Jahre als berufsbegleitende Ausbildung beträgt. Für beide Formen wird insgesamt die stattliche Stundenzahl von 4570 abverlangt und soll mit einer Prüfung abgeschlossen werden.

Abschließend ist auf einige formale Kriterien hinzuweisen. Die insgesamt 25 Kapitel sind insofern bestens gegliedert, als man auf jeder Seite gleich feststellen kann, in welchem Kapitel man sich gerade befindet. Im Anschluss an jedes Kapitel sind Übungsfragen angefügt, so dass vor allem der Lernende sich Rechenschaft geben kann, wie weit er beispielsweise die zentralen Fragepunkte erfasst hat. Ebenfalls nach jedem Kapitel sind weiterführende Literaturangaben aufgeführt und sofern notwendig, wird auf Quervergleiche innerhalb des Buches hingewiesen. Aus ganz persönlicher Erfahrung fehlt mir, z. B. in Kap. 2 oder 3, bei der weiterführenden Literatur die Arbeit von H. Quitmann (Humanistische Psychologie. Hogrefe, 1996³), in welcher noch integraler Rogers' Herkunft und seine Positionierung in einem übergeordneten Ganzen zur Darstellung kommt, weshalb sie sich ganz besonders für interessierte Einsteiger eignen würde.

Eine zusätzliche Orientierungshilfe – neben dem ausführlichen Inhaltsverzeichnis – bietet das im Anhang aufgeführte Sachverzeichnis. Alles in allem ein Lehrbuch, das diesen Namen verdient, das im Gegenstandsbereich Psychotherapie eine Lücke optimal schließt und für Lehrende und Lernende eine wertvolle Hilfestellung bietet.

Viktor Hobi

Ordinarius für Klinische Psychologie,

Universität Basel (em.),

E-Mail: Viktor.Hobi@unibas.ch

Harald Geißler

Dorothea Kunze: Lerntransfer im Kontext einer personzentriert-systemischen Erwachsenenbildung. Wie Wissen zum (nicht) veränderten Handeln führt.

Köln: GwG-Verlag, 2003. 280 Seiten. ISBN 3-926842-36-9, € 29,90 /Sfr. 52.20

Die von Dorothea Kunze vorgelegte Monographie hat zwei Schwerpunkte: Es ist zum einen die – sehr sorgfältig und systematisch durchgeführte und angenehm lesbare – erwachsenenpädagogische Interpretation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers einschließlich der ideengeschichtlichen Hintergründe einerseits der Theorie von Rogers und andererseits der erwachsenenpädagogischen Interpretation durch die Autorin. Der zweite Schwerpunkt der Arbeit ist die materialreiche Darstellung und differenzierte inhaltliche sowie methodologische Reflexion einer empirischen Untersuchung über den Lerntransfer einer bestimmten erwachsenenpädagogischen Maßnahme. Es handelt sich um eine zweieinhalb-jährige berufsbegleitende Ausbildung in Personenzentrierter Beratung, bei der die Autorin als Co-Trainerin mitwirkte. Die Teilnehmerinnen der Ausbildung waren Personen, die in sozialen Einrichtungen arbeiteten. Die im zweiten Kapitel ihrer Arbeit vorgenommene sehr sorgfältige Darlegung Personenzentrierter Beratung spiegelt insofern den Inhalt der Ausbildung wider.

Offensichtlicher Anspruch der untersuchten und von der Autorin mitgestalteten Ausbildung war, die Prinzipien von Rogers auch zur Grundlage einer entsprechenden erwachsenenpädagogischen Methode für die Vermittlung der Ausbildungsinhalte zu machen. Das ist einer der beiden Gründe für die erwachsenenpädagogische Inter-

pretation, um die sich die Autorin verdient gemacht hat. Der zweite Grund ist, dass die Autorin ihre Untersuchung mit Hilfe qualitativer Interviews durchführte, bei denen sie methodisch ebenfalls auf die Prinzipien von Rogers zurückgriff.

Die Untersuchung wurde in zwei Abschnitten durchgeführt: In einer ersten Interviewrunde sechs Wochen nach Beendigung der Ausbildung ermittelte die Autorin, wie die Inhalte der Ausbildung aus Sicht und im Erleben der vier befragten Kursteilnehmerinnen methodisch gestaltet waren und was in diesem Zusammenhang ihren Lern- und Entwicklungsprozess besonders gefördert bzw. behindert hat. In einer zweiten Interviewrunde, die zweieinhalb Jahre später erfolgte, klärte die Autorin, was die Anwendung des in der Ausbildung Gelernten in der Alltagspraxis besonders erschwert oder erleichtert hat.

Als besonderer Gewinn des vorliegenden Buches kann gewertet werden, dass das von der Autorin erstellte Untersuchungsmaterial mitsamt ihren Interpretationen sehr umfangreich und detailliert dargestellt wird. Der Leser bekommt auf diese Weise einen sehr tiefgreifenden Einblick in die differenzierten – und im Einzelnen teilweise recht unterschiedlichen – Aneignungs- und Entwicklungsprozesse der untersuchten Personen.

Mark Galliker

Inghard Langer / Stephan Langer: Jugendliche begleiten und beraten.

München: Ernst Reinhardt Verlag (Personenzentrierte Beratung & Therapie 1), 2005. 155 Seiten, ISBN 3-497-01760-4, € 18,90

„Nicht mehr Kind und noch nicht erwachsen – viele Erfahrungen und Konflikte können in der schwierigen Phase der Pubertät ernsthafte Krisen auslösen.“ Dieser bekannte Sachverhalt steht auf dem Buchdeckel des im Ernst Reinhardt Verlag in der von der GwG ins Leben gerufenen Reihe „Personenzentrierte Beratung und Therapie“ erschienenen Buches. Es handelt sich um einen Leitfaden aus personenzentrierter Perspektive für alle Personen, die in der psychosozialen Kinder- und Jugendarbeit tätig sind und/oder Töchter oder Söhne haben, die in das angesprochene Alter kommen.

Eine wichtige subjektive Voraussetzung für die Lösung oder wenigstens Entschärfung der Konflikte auf Seiten der Erwachsenen – ob nun Eltern, TherapeutInnen oder BeraterInnen – besteht bekanntlich in der Möglichkeit, sich an die eigene Kindheit und Jugend zu erinnern. So wird beispielsweise erkennbar, wie verletzlich und einsam Kinder- und Jugendliche sein können.

Andererseits sind die eigenen früheren Erfahrungen nicht einfach auf die Gegenwart zu übertragen. So könnte man nämlich leicht zu Aussprüchen wie den folgenden gelangen: „Wir waren doch auch

mal jung. Wir mussten da auch durch. Wir haben das auch überstanden!“ Vieles ist heute anders als früher und in vielen Bereichen sind die Probleme für junge Menschen nicht etwa kleiner, sondern eher größer geworden, als sie damals im 20. Jahrhundert noch waren.

Beispiel TV-Konsum: Je länger ohnedies benachteiligte Kinder und Jugendliche (etwa Migrantenkinder) vor dem Bildschirm sitzen, desto mehr lassen sie sich von den vorgegaukelten Prestigebildern und Fiktionen beeindrucken, desto weniger Zeit und Anreize finden sie, ihr Selbst wirklich zu entwickeln. Reales Selbst und Selbstanspruch klaffen immer mehr auseinander. Im Extremfall kommt es auf der einen Seite zum Stillstand, was die Entwicklung von Fähigkeiten und Persönlichkeit anbelangt, und auf der anderen Seite zur Angeberei und Abhebung von der Wirklichkeit.

Selbstverständlich trauen wir dem Personzentrierten Ansatz zu, uns den Weg weisen zu können, wie Kinder und Jugendliche in Krisensituationen (weitere Auswirkungen sind Depressionen, Risikoverhalten und Gewalt) verständnisvoll und einfühlsam beraten und begleitet werden können. Im Buch werden dann auch entsprechende Wegweiser aufgestellt.

So wird etwa eine ebenso didaktisch einsetzbare graphische Darstellung geboten, in der die LeserInnen im Bereich der x-Achse den Weg finden, *wie andere mich eingespart sehen wollen* und im Bereich der y-Achse den anderen Weg, mit dem *ich mich gerade gegen alle anderen einsparen will*. Der goldene Mittelweg ist dann *mein eigener persönlicher Weg*, dessen Beschriftung – Sie wissen es schon – „Aktualisierungstendenz“ lautet! (vgl. S. 81)

Ein weiteres Beispiel eines Wegweisers ist eine Textstelle zur Bedeutung der Beziehung und der Beziehungsaufnahme mit Jugendlichen, die bisher noch keine tragfähige Beziehung aufbauen konnten:

„Ich-Du-Beziehungen sind unerlässlich zur Entwicklung einer Person. Wenn Kinder und Jugendliche darin unsicher sind, wie eine Person zu ihnen steht, versuchen sie, dies auszutesten, rebellieren oder ziehen sich zurück. Manchmal jedoch genügt ein Blick, eine ausgestreckte Hand, ein Wort einer Bezugsperson und sie reagieren, als wäre in ihnen ein Licht angeschaltet worden: „Ich bin gemeint. Ich bin dieser Person nicht gleichgültig, ich bedeute ihr etwas.“. Sie gehen aus sich heraus und geben – vielleicht nur vorsichtig oder nur einen einzelnen Schritt weit – mit ihrem Blick, ihrer Stimme, ihren Worten, ihren Handlungen zu erkennen: „Du bist mir wichtig oder du könntest mir wichtig werden. Dir kann ich (vielleicht) trauen, dir kann ich – möglicherweise schon das nächste Mal – erzählen, was mich bewegt und dir dazu Fragen stellen.“ (S. 99)

Anhand von ausführlichen Falldarstellungen (Frank, Gaby, Addo, Arne) wird die psychosoziale Arbeit unter Berücksichtigung

des Personzentrierten Ansatzes veranschaulicht. Ungleich verhaltenstherapeutischer und logistischer Ansätze wird das Vorgehen nicht symptomzentriert im Studier- und Beratungszimmer vorbereitet und detailgenau geplant, sondern es entwickelt sich in Begleitung des Jugendlichen und im Erleben mit demselben zusammen im Feld draußen. Bei dieser „Feldarbeit“ steht die reale Beziehung im Vordergrund, das Miteinander und Gegeneinander, die „Aus-einander-Setzung“ der beteiligten Personen. Es wird ein personzentriertes Vorgehen mit all seinen Schwierigkeiten gelebt resp. dargestellt und nicht nur ein schöngestiges.

Erstaunlich ist, dass im Unterschied zum praktischen Teil des Buches, in dem u.a. auch von „Bindung“ und – was im Rahmen eines Personzentrierten Ansatzes weniger selbstverständlich ist – von „Ablösung“ die Rede ist, im folgenden kurzen theoretischen Teil das Konzept *Beziehung* plötzlich keine Rolle mehr zu spielen scheint. Es finden sich nun ausschließlich Begriffe wie „Handlung“, „Vermittlung“ und „Aneignung“, die bisher im Kontext des Personzentrierten Ansatzes ebenfalls selten berücksichtigt wurden.

Schade ist, dass diese Begriffe mit der Beziehung nicht auch theoretisch verbunden werden – um so mehr als dies beispielsweise im Rahmen der Kulturhistorischen Schule, einem Ausgangspunkt des Aneignungskonzeptes, durchaus der Fall war, wenngleich begrifflich anders gefasst und anders ausgedrückt (u. a. Verhältnisbegriff).

Den LeserInnen stellen sich Fragen wie die folgenden: Wie gestaltet sich eine Beziehung zwischen Mutter und Vater, die es dem Kind ermöglicht, sich allmählich von der Mutter loszulösen? Welche Elternbeziehung gestattet es ihm, sich mehr dem Vater zuzuwenden? Ist eine gute Vater-Kind-Beziehung Voraussetzung für die Aneignung gesellschaftlich relevanter Fertigkeiten? Was geschieht, wenn der Vater selten anwesend ist oder fehlt? Inwieweit ist sozial fehlgeleitete Aneignung auf mangelnde persönliche Bindung zurückzuführen? Lässt sich ein reales Selbst tatsächlich vor allem über die *Aneignung* von Kompetenzen aufbauen (und nicht primär über die Freilegung innerer Ressourcen, wie meistens von phänomenologisch und/oder humanistisch orientierten TherapeutInnen angenommen wird)?

Das Buch „Jugendliche begleiten und beraten“ ist leicht verständlich geschrieben, schön ausgestaltet und angenehm im Gebrauch (mit 9 Abbildungen und 4 Tabellen). Es eignet sich für Laien sowie als Einführung für AbsolventInnen von Fachhochschulen und Universitäten, die als JugendberaterInnen tätig sein möchten. Die angeführten ausführlichen Anwendungsbeispiele zeichnen sich durch Realismus und Anschaulichkeit aus.

Hans Schwerzmann

Klaus Sander / Torsten Ziebertz: Personzentriert Beraten – Lehren – Lernen – Anwenden. Ein Arbeitsbuch für die Weiterbildung

Berlin: Frank & Timme, 2006. 256 Seiten, ISBN 3-86596-086-3, € 19,80/SFr. 34,80

Klaus Sander und Torsten Ziebertz präsentieren in diesem Buch die Praxisausbildung in „Beratung“ im Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der FH Düsseldorf. Die Ausbildung richtet sich an Studierende höherer Semester und umfasst Selbsterfahrung und Supervision. Die Teilnehmenden sollen fähig werden, hilfreiche Gespräche mit Menschen „mit begrenzten Lebensproblemen“ zu führen. Gute Kenntnis der Grundlagenliteratur des Personzentrierten Ansatzes wird von ihnen bereits erwartet.

Die Publikation bietet einen konkreten Einblick in Arbeitsformen, Lernerfahrungen und Lernergebnisse. Die wesentlichen inhaltlichen und methodischen Aspekte des Curriculums werden in drei Kapiteln gezeigt: Theoretische Grundlagen Personzentrierter Beratung – erfahrungsorientierte Übungsmodelle – transkribierte Beratungsgespräche als Lernergebnis.

Im theoretischen Teil legen die Autoren knapp und mit griffigen Zitaten elementare Konzepte des PZA dar. Sie verdeutlichen ihr Verständnis Personzentrierter Beratung und leiten daraus didaktische und methodische Schlüsse für die praktische Ausbildung ab. Sie scheuen sich dabei auch nicht, deutlich Position zu beziehen. Ich fühlte mich dadurch angeregt und zur Diskussion eingeladen. Allerdings wären einige zusätzliche Informationen nützlich: Wie viele Stunden stehen in welcher Zeitspanne zur Verfügung? Wie ist das Studium insgesamt aufgebaut? Welche Kompetenzen und Erfahrungen bringen die Studierenden mit und in welchen Arbeitsbereichen machen sie ihre Praktika?

Das zweite Kapitel umfasst eine ganze Reihe erfahrungsorientierter Übungen für die Gruppenarbeit. Viele davon sind entlehnt (z. B. bei Gudjons), jedoch mit spezifischen Kommentaren wie auch mit kurzen Erfahrungsberichten von Teilnehmenden versehen. Das Lern- und Lehrverständnis der Facilitatoren zeigt folgendes Zitat (S. 86): „Die Teilnehmer einer Beraterausbildung sind motiviert, etwas über Möglichkeiten der hilfreichen Veränderung bei anderen zu erfahren und ihre Kompetenzen in dieser Hinsicht zu verbessern. Aufgabe der Ausbilder ist es, den Teilnehmern zu vermitteln, dass die Antwort darauf wiederum in der Frage liegt: Wie kann Veränderung in mir stattfinden?“ Wer in diesem Sinn ausbilden will, findet hier entsprechende Lernarrangements.

Ausführliche Transkripte von „Beratungsgesprächen mit Menschen in schwierigen Situationen“ dokumentieren zum Schluss die Lernergebnisse. Die Transkripte sind eingebettet in eine Einführung und, oft selbstkritische, Reflexionen der Berater/innen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse von Nachbefragungen

zum Curriculum wie auch zu den Erfahrungen von Klientinnen und Beratern in den Gesprächen zusammengefasst. Auffallend und für Studierende ermutigend ist, dass die Klienten die Gespräche weitgehend als hilfreich beurteilen, während die Beratenden oft an ihrer Wirksamkeit zweifeln. Woher diese Diskrepanz? Die Beraterinnen richten ihr Augenmerk primär auf ihre, tatsächlich nicht immer geglückten, Interventionen. Die Klientinnen hingegen weisen vor allem auf deren Engagement und Interesse und bestätigen so einmal mehr das Gewicht des personzentrierten Beziehungsangebots.

Bevor ich nun einzelne Inhalte aufgreife, noch eine Anmerkung zur formalen Gestaltung des Buchs: sie ist nachlässig. Die Grafik erschwert die Lektüre, es fehlen gehäuft Punkte, Kommas, Leerschläge und Schriftzeichen und selbst das Ende eines Zitates ist nicht markiert. Es ist sehr zu wünschen, dass der Verlag sorgfältiger gestaltet und korrigiert.

Sander und Ziebertz sprechen sich dezidiert für eine erfahrungsorientierte Ausbildung im Rahmen einer Lerngruppe aus. Sie wollen insbesondere individuelle Lernprozesse ermöglichen und den Transfer in die Praxis erleichtern. Dazu konzentrieren sie sich auf vier Lernbereiche:

- 1) Erfahrung der eigenen Person
- 2) Erfahrung der Person des anderen Menschen
- 3) Erfahrung einer förderlichen Beziehung
- 4) Erfahrung methodisch kompetenter Vorgehensweisen

An einer Hochschule ein solches Modell anzubieten, halte ich angesichts der gegenwärtigen Ausbildungstrends für ebenso couragiert wie sinnvoll.

Didaktische Entscheide fällen die Autoren konsequent aufgrund ihrer Auffassung von Personzentrierter Beratung. Sie definieren sie – in Abgrenzung zur Personzentrierten Psychotherapie – als relativ kurzzeitiges Angebot, das problem- und lösungsorientiert sei. Sie weisen darauf hin, dass Beratung und Psychotherapie nicht eindeutig aufgrund einzelner Kriterien wie Dauer, Beziehung oder Problemstellung voneinander zu unterscheiden seien. Es gebe keine wissenschaftlich bestätigte Klassifikation von Problemlagen von Menschen in Beratung. „Vielmehr suchen Klienten mit anderen Anliegen Berater auf und erfahren auch andere Angebote als Therapie-Klienten“ (S. 57). Wesentlich sei, „von wem die Problemdefinition stammt und wer die Richtung der Lösung und Veränderung anzeigt“ (S. 59), wie eine Institution ihre Aufgabe sehe und wie Beratende ausgebildet seien.

Aus diesen Überlegungen würde meiner Meinung nach folgen, dass Berater/innen sich auch damit auseinandersetzen sollten, wie ein Arbeitsbündnis zustande kommt und welche Vor- und Nachteile es haben kann, wenn es z. B. auf Zielformulierungen, auf einer Themenwahl oder auf der Einigung auf eine bestimmte Methode beruht. Fragen des Settings und wie gute Zusammenarbeit im Dialog entwickelt und unterstützt werden kann, müssten erörtert werden. Dies fehlt mir im Curriculum.

Aus obiger Darstellung entnehme ich weiter, dass die Autoren es ablehnen, Beratungskonzepte auf generelle Annahmen über Eigenschaften von Klienten zu stützen. Genau das tun sie dann doch. So schreiben sie z. B.: „Nicht unbedingt selbst gespürter Leidensdruck führt Beratungsklienten in die Beratung, sondern oft Umweltdruck, drängende Personen, Instanzen und rechtliche Erfordernisse, soziale Defizite und Benachteiligungen“ (S. 73). Mir wird nicht klar, ob sie sich auf eine bestimmte Klientel beziehen (eventuell auf unfreiwillige und wenig motivierte Klienten in der sozialen Arbeit, denen sie ein Kapitel widmen). Dies müsste explizit zum Ausdruck kommen, denn sie bauen ihr Beratungs- und Ausbildungskonzept auf solchen Feststellungen auf.

Am wenigsten überzeugt haben mich Sander und Ziebertz mit einer Abwandlung der Grundlagentheorien. Sie erachten das Inkongruenzerleben als wichtigsten Motor für Veränderungen. Darum

betonen sie, dass in der Beratung nebst der Selbstexploration vor allem auch Fremd- und Lebensweltextploration angeregt und vermehrt „konfrontierende, Spannung schaffende und Unvereinbarkeiten aufzeigende Berateräußerungen“ (S. 73) eingesetzt werden sollen. Die Autoren sehen sich hier in Übereinstimmung mit Rogers (1959/1987, S. 22). Meines Erachtens setzen sie jedoch einen deutlich anderen Akzent als Rogers, der die Aktualisierungstendenz als zentrales Motiv annahm. Bedürfnis- und Spannungsreduzierung erachtete er zwar als Aspekte davon, er wollte jedoch ausdrücklich die Tendenz zum Wachstum und zur Kreativität betont wissen.

Welche Folgen hat dies für die Ausbildung? Meines Erachtens betont sie zu wenig das zentrale Angebot des PZA, wie wir mit Inkongruenzerfahrungen hilfreich umgehen können: mit wohlwollender, aufmerksamer Zuwendung – dem grundlegenden Beziehungsangebot entsprechend. Wie wichtig das ist, haben die Klientinnen in der schon erwähnten Nachbefragung deutlich gemacht. Mein Fazit: Für angehende Personenzentrierte Berater/innen ist entscheidend zu erfahren, wie liebevolle Annahme bei ihnen und bei anderen wirkt. Als Prüfsteine könnten ihnen einige bemerkenswerte Sätze von Rogers (1961/1973) dienen: „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich“, oder: „Die Tatsachen sind freundlich“. Wenn sie dies aus eigener Erfahrung erfassen und darauf zu vertrauen beginnen, stehen ihre differenziellen Interventionen auf gutem Grund.

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienzellen 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“ gestaltet auf Diskette oder als E-Mail-Attachment (nach Möglichkeit Format *.rtf) an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle 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@aon.at

oder

c/o A. Univ.Prof. Christian Korunka, Institut 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)
- Stichwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text, 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 experienzellen 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.

