

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

02 / 2003

Integrative Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien

Praxisbericht einer Sozialpsychiatrischen Ambulanz

- ganzheitlich - lebensfeldbezogen - ressourcenorientiert - zielgerichtet -

Heike Bühler- Weidle

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von Prof.
Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Redaktion: Prof.Dr.phil. Johanna Sieper, Achenbachstrasse 42, Düsseldorf

e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Uebersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Inhalt	Seite
Einführung	3
I Das Praxisprofil	4
II Die Diagnostik	5
1. Das Erstgespräch	7
1.1. Die Beziehungsgestaltung	
1.2. Die veränderte Sichtweise	
1.3. Die kleinen zielgerichteten Schritte	
2. Der weitere diagnostische Verlauf	12
3. Die diagnostischen Instrumentarien	15
3.1. Standardisierte Testverfahren und Fragebögen	
3.2. Projektive Testverfahren	
3.3. Das „Selbst“ der DiagnostikerIn	
4. Das Auswertungsgespräch	21
4.1. Multimodale Helferangebote	
III Die Behandlung	23
1. Das Selbstverständnis	23
1.1. Der therapeutische Auftrag	
1.2. Das therapeutische Angebot	
1.3. Die therapeutische Beziehung	
1.4. Die therapeutische Ausstattung	
1.5. Die therapeutische Behandlungsform	
2. Die therapeutischen Interventionen und Medien	26
3. Die Prozessschwerpunkte	28
3.1. Ausdrucksprozesse	
3.2. Kohärenzprozesse	
3.3. Wirksamkeitsprozesse	
3.4. Austauschprozesse	
4. Die kontextorientierten Behandlungsschwerpunkte	35
4.1. Die entwicklungsförderliche Beziehung zwischen Kind und Bezugspersonen	
4.2. Der strukturierte und Grenzen setzende Rahmen	
4.3. Entlastung und Hilfe für die Familienmitglieder	
4.4. Kooperation und Koordination mit lokalem Netzwerk und weiteren Helfersystemen	
Resümee und Ausblick	43
Literatur	44

Einführung

Die vorliegende Arbeit wurde kurze Zeit nach der Tragödie in Erfurt im Frühjahr 2002 begonnen. Zwar bestanden schon seit längerem Ambitionen, meine Weiterbildung am FPI im Kinder- und Jugendzweig und die damit einher gehende „berufliche Sozialisation“ im Sinne einer (Zwischen-) Bilanz bzw. in Form einer Abschlussarbeit zu beleuchten, jedoch gab mir (wohl auch) dieser Vorfall den letzten Impuls, das ausgesprochen zeitintensive Vorhaben in die Tat umzusetzen.

Zum einen hatte diese Geschichte des jungen Menschen und die Wucht ihrer Dynamik die Öffentlichkeit (und somit auch mich) zutiefst erschüttert; denn für einen Moment kam die unverschleierte Präsenz der gnadenlosen, unbeholfenen und einsamen Anteile einer schnelllebigen und leistungsorientierten Gesellschaft zum Ausdruck. Leider waren die darauf folgenden wichtigen Werte- Diskussionen u.a. über die Vor- und Nachteile der vorherrschenden „Ellenbogen- Mentalität“ und die vielversprechenden Vorsätze bezüglich Familie, Bildung und Soziales „...diese müssen Wahlkampfthema Nr.1 werden“ (*Spiegel 2002*), nur von kurzer Dauer und sind, allem Anschein nach, einem reaktiven gesellschaftlichen Aktionismus -nach offensichtlicher Bedrohung- zuzuschreiben.

Der Lauf der Dinge wird zeigen, was von diesen wertvollen Ansätzen erhalten bleibt.

Zum anderen ist dies die Geschichte eines „Anschlussverlierers“ (*Zaepfel, Metzmacher 2001*), wie ich sie aus meiner Arbeit, in individuell abgewandelter Form, häufig antreffe - und doch weist sie für mich einen wesentlichen Unterschied, gegenüber den Geschichten der Menschen in meiner Arbeit, auf. Denn in diesen Geschichten ist mindestens ein Mensch aus der Lebenswelt der Kinder, Jugendlichen und Familien vorhanden, der imstande ist, die persönliche Not anzuerkennen und dafür Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen. Sicherlich kein Freibrief für die Lösung der Probleme, jedoch eine lebenswichtige (Coping-)Fähigkeit, die zum Erhalt und Aufbau leiblicher wie ökologischer Gesundheit beiträgt. Wohl wissend, dass diese Fähigkeit der „Selbststoffbarung“ und „Eigeninitiative“ keine Selbstverständlichkeit ist bzw. dass dazu eine ganze Portion Mut, Hoffnung und Vertrauen gehört, begegne ich diesen Menschen immer wieder aufs Neue mit Hochachtung und Respekt.

In diesem Sinne möchte ich nun den Möglichkeitsraum meiner Abschlussarbeit nützen, um einerseits der Frage nachzugehen, mit welchen Fähigkeiten und Lebensumständen ein junger Mensch und seine Familie ausgestattet sein muss, um den vielschichtigen und rasant angestiegenen Einflussgrößen der heutigen Zeit begegnen zu können und damit auch imstande ist, diese hinreichend zu verarbeiten und für sich zu verwenden, so dass Weiterentwicklung möglich wird.

Andererseits möchte ich mich aus professioneller Sicht insbesondere mit den Rahmenbedingungen, Inhalten und Prozessschwerpunkten eines adäquaten Helferangebotes befassen, das hierfür angemessen erscheint.

Um es kurz zu machen, für dieses Vorhaben stehen mir persönlich u.a. zwei fundamentale Ressourcen zur Verfügung: zum einen meine Arbeit in der Sozialpsychiatrische Ambulanz, die mir als zukunftsweisendes Praxisfeld in einem vorgegebenem Kontext, Erfahrungsvielfalt und innovative Gestaltungsspielräume mit meinem Klientel ermöglicht, zum anderen das elementare Gedankengut und praktikable Handwerkszeug der Integrativen Therapie. Die Grundannahmen der IT, insbesondere die Würdigung der Komplexität und Vielschichtigkeit „von den Dingen“, das Ermöglichen bzw. Entfalten und Gestalten zufriedenstellender Lebens- und Handlungsräume und nicht zuletzt die Aufgeschlossenheit bzw. Offenheit und Wertschätzung anderer Verfahren und Professionen gegenüber (*Petzold, Orth 2000*), bestimmen meine Arbeitshaltung und können in meinen Arbeitsauftrag, der **Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ihren Familie**, zu einem Verhältnis von 1:1 **integriert** werden.

Insbesondere möchte ich an dieser Stelle meinen LehrmeisterInnen des Fachbereichs `Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie` danken, die mir durch ihre fachliche Kompetenz und ihre innovative wie aufgeschlossene Art in den letzten 6 Jahren, bezüglich meiner beruflichen wie persönlichen Weiterentwicklung, wichtige WegbegleiterInnen waren.

Im Rahmen eines Praxisberichtes wird nun der Arbeitsauftrag der Sozialpsychiatrischen Ambulanz differenziert beleuchtet, in dem die einzelnen Schwerpunkte und Inhalte von Diagnostik und Behandlung aufgezeigt und mit IT- spezifischem Denken und Handeln ergänzt und bereichert werden.

Es ist mir ein besonderes Anliegen, durch die aufgeführten therapeutischen Interventionen und den differentiell beschriebenen Falldarstellungen, der praktischen Umsetzung ein Forum zu bieten.

Beginnen möchte ich mit der Darstellung des **Praxisprofils** der Sozialpsychiatrischen Ambulanz. Hierbei wird unser Arbeitsauftrag sowie der damit einhergehende interdisziplinäre Versorgungsansatz in der Region beschrieben, der sich durch eine ressourcenorientierte und ganzheitlich ausgerichtete Diagnostik und Behandlung auszeichnet und damit die Selbstheilungskräfte sowie die Komplexität und Vielschichtigkeit von Individuum und Kontext anerkennt.

Im Anschluss erfolgt die differenzierte Beschreibung und Erläuterung der **Diagnostik**, dem ersten Schwerpunkt unseres professionellen Helferangebots. In diesem Zusammenhang wird u.a. auf eine der wichtigsten Intentionen in der diagnostischen Arbeit hingewiesen, dem Aufspüren von differentiellen Risiko- und Ressourcenlagen. Des Weiteren wird aufgezeigt, dass bereits schon das interaktionelle und mehrperspektivische Prozessgeschehen zwischen dem Kind, seiner Umwelt und dem/der DiagnostikerIn einen therapeutischen Charakter annimmt, so dass diese prozessuale Diagnostik auch als Theragnostik zu verstehen ist. Dies wird u.a. durch die Darstellung des Erstgesprächs verdeutlicht, einer Gesprächssituation, die häufig einer Krisenintervention gleichkommt und damit drei wesentliche Prozessschwerpunkte beinhaltet. Hierbei kommt, neben der diagnostisch explorierenden Aufgabe, auch eine anteilnehmende, wertschätzende, ressourcenorientierte und zielgerichtete Haltung bzw. Arbeitsweise zum Ausdruck. Unsere diagnostische Arbeit zeichnet sich durch einen interdisziplinären, tiefenpsychologisch fundierten und mehrperspektivisch ausgerichteten Ansatz aus. Unserer Auffassung nach eine grundlegende Voraussetzung, um den Möglichkeitsraum für weitere „passgenaue“ Behandlungsschritte zu erschließen, der insbesondere auch eine entwicklungsförderliche und praktikable Kurzzeitperspektive für Kind und Umwelt berücksichtigt.

In diesem Zusammenhang werden die wesentlichsten diagnostischen Instrumentarien - als unser Handwerkszeug - ausführlich und fallbezogen vorgestellt. Die diagnostische Phase endet in der Regel mit dem Auswertungsgespräch, das einerseits im therapeutischen Sinne, andererseits im Sinne einer diagnostischen Zusammenfassung und einer „maßgeschneiderten“ Therapieplanung verwendet wird. Hierbei wird hervorgehoben, dass der weitere Behandlungsverlauf ausschließlich von den persönlichen Vorstellungen der Familien bestimmt wird. Sie entscheiden selbst über ihre Ziele und das Ausmaß ihrer angestrebten Veränderung. Je nach individuellem Bedarf und Nachfrage, kann auf ein multimodales Helferangebot zurückgegriffen werden, das sich einerseits aus praxisinternen - andererseits aus externen Behandlungsangeboten zusammensetzt.

Im nächsten Abschnitt wird die **Behandlung**, als zweiter Schwerpunkt unseres Helferangebotes, aufgeführt. Zunächst erfolgt eine überschaubare Zusammenfassung bezüglich unseres therapeutischen Grundverständnisses. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch der therapeutische Auftrag genauer definiert. Nach unserem Verständnis stellt sich Therapie als Ort des Schutzraumes und als Ort des Übungsraumes zur Verfügung, um entwicklungsförderliche Prozesse einzuleiten, die zu einer stabilen Lebensführung und zu einer Integration in die Gemeinschaft befähigen. Somit befasst sich die Therapie einerseits mit der Stabilisierung von Selbstregulierungskräften (Ich-Stärke), die auf der Suche nach Ressourcen und Identitätsbildung behilflich sein können, andererseits befasst sie sich auch mit dem sozialen Umfeld, in dem die gegebenen Lebensumstände berücksichtigt und diese hinreichend stabilisiert und sensibilisiert werden. Nach einer kurzen Erläuterung und Auflistung einiger ressourcenausgerichteter Interventionen und Medien, die in meiner Arbeit häufig zur Anwendung kommen, werde ich mich insbesondere mit vier therapeutischen Prozessschwerpunkten befassen, die zur Stabilisierung von Regulierungskräften geeignet erscheinen. Diese werden durch Fallbeispiele ergänzt. Im letzten Teil meiner Arbeit werde ich auf die kontextorientierten Behandlungsschwerpunkte eingehen, die gemäß einer ganzheitlich ausgerichteten Behandlung, den gegebenen Kontext „vor Ort“ berücksichtigen und sich um die Ausgestaltung und Stabilisierung externaler Ressourcen bemühen. Hierzu werden vier wesentliche Aspekte hervorgehoben, die ich mittlerweile als Grundpfeiler meiner kontextorientierten Arbeit sehe und immer wieder Gegenstand der Eltern- und Familiengespräche sind, jedoch auch bei der Kooperation mit sekundären Bezugspersonen und anderen Helfersystemen eine wichtige Rolle spielen.

I Das Praxisprofil

Seit September 2000 konnte die ambulante Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Böblingen zu einer **Sozialpsychiatrischen Ambulanz** erweitert werden. Laut **Sozialpsychiatrievereinbarung** zwischen dem Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater (BKJPP) und den Kassenverbänden (KBV, 1994) sind die regionalen Leistungen wie folgt beschrieben: *„...die Erkennung, nicht operative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter“ (Roosen- Runge 2000)*

Durch die Umsetzung der Sozialpsychiatrievereinbarung wurde es somit möglich, kassenrechtlich kostendeckend, unter der Verantwortung des **Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie** (Psychotherapie/ Psychoanalyse), mit einem **multiprofessionellem Team** (Dipl.- Psych.; Erzieherin; Dipl. Soz.päd/ HPG; Dipl. Soz.päd.; Lehrerin/Psychomotorik), einen **interdisziplinären Versorgungssansatz** für Kinder und Jugendliche mit ihren Familien anzubieten.

Durch die Bündelung von Kompetenzen besteht nun - im Sinne des **biopsychosozialen Modells** (Petzold 2000) - unter einem Dach ein **arbeitsteiliges Versorgungsnetz**. Es können medizinische, psychosoziale sowie pädagogische Leistungen in Anspruch genommen werden.

Diese sozialpsychiatrische Versorgungsform entstand aus den Erfahrungen und offensichtlichen Erkenntnissen von Praktikerinnen, die kindliche Existenz - deren kindlichen Bedürfnisse, Probleme und Auswirkungen - grundsätzlich im **komplexen Zusammenspiel** von **bio- psycho- sozialen** Faktoren „**synoptisch**“ zu betrachten (Petzold 2000). Diese Komplexität und Vielschichtigkeit „der Dinge“ spiegelt sich in einer **ganzheitlich** ausgerichteten **Diagnostik** und **Behandlung** wider:

Zum einen wird das Kind mit seiner **persönlichen Entwicklung** (Kontinuum) und seiner **sozialen Umgebung** (Kontext) unter den Gesichtspunkten der **Stör- und Stützfaktoren** umfassend **diagnostisch** beachtet (→Risiko- und Ressourcendiagnostik) zum anderen gehört – je nach **Behandlungsbedarf**, neben der therapeutischen Betreuung oder Vermittlung des **Kindes**, der Einbezug des **sozialen Umfeldes** (Eltern-, Familien-, Lehrergespräche) wie auch die enge Kooperation und Verknüpfung mit anderen **Helfersystemen** (Kinderärzte, Kliniken, Jugendamt, Beratungsstellen, Ergotherapie, Logotherapie, Psychotherapie,...) dazu, die das Kind „vor Ort“ begleiten und behandeln.

In diesem Zusammenhang befähigt ein **ganzheitlich** ausgerichteter **Blick** von Diagnostik und Behandlung zum nächsten Schritt, in dem eine passgenaue und entwicklungsförderliche **Vorgehensweise** angepeilt wird, die sich durch eine ressourcenorientierte, praktikable und zukunftsweisende **Kurzzeitperspektive** („im Hier und Morgen“) auszeichnet.

Aus dem **dyadischen Versorgungsangebot** zwischen Arzt und Patient konnte sich mittlerweile ein **interdisziplinäres Betreuungsteam** bilden, das fachlich fundiertes Wissen und Erfahrungen auf kürzestem Wege zusammenbringt. Die verschiedenen ausgerichteten Blickwinkel von Risiko- und Ressourcensuche sowie die dazu angemessenen Behandlungsmöglichkeiten werden in wöchentlich stattfindenden, supervisorisch ausgerichteten **Teamsitzungen** miteinander abgestimmt und ergänzt.

Eine praxisnahe und innovative Antwort auf die offensichtliche Verschränkung kindlicher Entwicklung und psychosozialer Gegebenheiten .

Die Sozialpsychiatrische Ambulanz, als **diagnostische und therapeutische Clearingstelle** für die Belange von Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien, hat mittlerweile einen wesentlichen Stellenwert in der **regionalen Versorgung** übernommen. Sie arbeitet, wie es in der internationalen und wissenschaftlichen Welt gefordert wird, familienfreundlich, ganzheitlich, interdisziplinär, vernetzend, zielgerichtet, ressourcenaktivierend, kooperativ, lebensfeldorientiert und heimatnah.

II Die Diagnostik

Die Diagnostik ist Ausgangslage und Basis unserer Arbeit.

Sie resultiert aus dem basalen **Bedürfnis** des Menschen, - insbesondere in zerrfahrenen und irritierenden Situationen - **Überblick** und **Orientierung** „von den Dingen“ zu haben -, um somit die nächsten (hilfreichen) Schritte anpeilen zu können. Die Diagnostik befasst sich also mit dem Prozess des Suchens, ausgelöst durch das Bedürfnis des Erkennens. Dies geschieht, in dem einzelne (auffällige) Merkmale, Befunde oder Phänomene beachtet, erfasst, zusammengetragen und sortiert werden, um so zu einem ganzheitlichen Bild (Muster/ Struktur/ Begriff) zu gelangen. Durch dieses **hermeneutische Bewusstseinsgeschehen** (Petzold 1988) können nun schlüssige (hilfreiche) Annahmen oder Vermutung erstellt werden, die sinnvolle Zusammenhänge zwischen dem bisherigem Verlauf und dem aktuellen Zustand erkennen lassen und dadurch auch zukünftige Prognosen zulassen. In anderen (klinischen) Worten: Die Diagnostik beschreibt ein **zusammengefügtes Bild** von relevant erscheinenden Aspekten bezüglich des **Störungsbildes** und gelangt damit zu einer **Hypothesenbildung**, die richtungsweisend für den weiteren **Behandlungsverlauf** ist.

Inhaltlich konzentriert sich die Diagnostik darauf:

- im Sinne der **Klassifikation** nach ICD- 10 das Störungsbild zu beschreiben und differentialdiagnostisch abzugrenzen
- im Sinne der **Pathogenese** die internalen und externalen **Stör- bzw. Risikofaktoren** zu erfassen (→ „ was trägt zur Aufrechterhaltung des auffälligen Verhaltens bei?“)
- im Sinne der **Salutogenese** die internalen und externalen **Stützfaktoren** bzw. **Ressourcen** zu erfassen (→ „ welche Ressourcen und Potentiale können erschlossen bzw. aktiviert werden, die eine Veränderung ermöglichen?“)

Dazu ist es hilfreich, die Inhalte unter verschiedenen Diagnose- Aspekten zu beleuchten, die verhaltens- erlebens - und lebensfeldorientiert sind. *Metzmacher* und *Zaepfel* (1996) führen hierzu eine **dreigliedrige Diagnostik** (Diagnose- Trias von **Symptom, Struktur** und **System**) ein, die ich mit einem weiteren Aspekt der **Entwicklungsdiagnostik** ergänzen möchte. Je nach Verlauf des diagnostischen Prozessgeschehen findet ein pendeln zwischen den verschiedenen Perspektiven (Folien) statt.

Symptomdiagnostik:

Beobachtendes und explorierendes Erfassen von **Problemverhalten**.

Problemwahrnehmung: → „Anlaß und Ausmaß der Auffälligkeit?, Symptomentwicklung?, bisherige Behandlungskarriere?“

Problembewertung: → „was ermöglicht das Symptom?“ (Entlastungsaspekt/ Stärke des Symptoms),

→ „was erschwert das Symptom?“ (Belastungsaspekt),

→ „wann und wo tritt das Symptom nicht auf?“ (Ressourcenaspekt)

Strukturdiagnostik:

Beobachtendes und interaktionelles Erfassen von **intrapsychischen skripts** (Selbst/ Fremdbilder) und **Ich-Funktionen** (Kompetenzen), die einerseits Copingstrategien ermöglichen – andererseits diese Prozesse blockieren (Abwehrmechanismen)

→ „wie sieht sich das Kind?“ → „wie sieht es die Welt?“ → „welche förderlichen wie hinderlichen Strategien bezüglich der Selbstregulierung und Selbstaktivierung lassen sich daraus erkennen?“

Systemdiagnostik:

Beobachtendes, interaktionelles und explorierendes Erfassen von lebensweltbezogenen **Risiko-** und **Ressourcenlagen** sowie von familiären und soziokulturellen **Denk-** und **Beziehungsmustern** (Interaktionsstilen)

→ „welche externalen Stütz- und Störfaktoren liegen vor; angesichts der zu bewältigenden Entwicklungsaufgabe?“; „welche zwischenmenschlichen Grundhaltungen und Umgangsformen lassen sich erkennen?“

Funktionelle Entwicklungsdiagnostik:

Beobachtendes und explorierendes Erfassen von funktionellen Fähigkeiten.

→ „mit welchem körperlich- neurologischen, senso- motorischen und kognitiven Potential ist das Kind ausgestattet?“

→ „welche Fertigkeiten konnte das Kind bisher daraus entwickeln und für sich verwenden?“

So verstehen wir die **Diagnostik** als **mehrperspektivischen, interaktionellen, und tiefenpsychologisch** ausgerichteten **Prozess** zwischen dem Kind, seiner sozialen Umwelt und dem/ der DiagnostikerIn.

Das zwischenmenschliche, explorierende und erfassende Geschehen hat an sich schon therapeutischen Charakter, so dass die „**prozessuale Diagnostik**“ auch als „**Theragnostik**“ zu verstehen ist (*Petzold 2000*), was sich bereits schon im Erstgespräch niederschlägt.

Ausschließlich eine **ganzheitliche Diagnostik**, d.h.eine tiefenpsychologisch- und mehrperspektivisch ausgerichtete Sichtweise, kann dem Kind und seiner sozialen Umwelt passende, effektive und zielgerichtete **Behandlungsschritte** ermöglichen, da die entwicklungsbedingten, lebensgeschichtlich und lebensfeldorientierten sowie die interaktionellen und intrapsychischen Prozesse gleichermaßen Beachtung finden.

In anderen Worten: Beschreibende oder herkömmliche Pathogenese- und Ressourcenmodelle greifen zu wenig, „... weil sie nicht den persönlichen bzw. innerseelischen wie lebensweltlichen Kontext berücksichtigen, in dem entschieden wird, was zum Risiko und was zur Ressource wird“ (*Zaepfel, Metzmacher 2001*). Erst durch das Prozessgeschehen zwischen den Beteiligten, in dem explorieren und mitschwingen, überprüfen und erfassen, hinterfragen und anerkennen möglich ist, können individuelle Vorstellungen von Ressourcen und Defiziten erkannt bzw. „ausgehandelt“ werden und für weitere „passgenaue“ Behandlungsschritte verwendet werden (*Zaepfel, Metzmacher 2001*).

Diese Art von Diagnostik benötigt ausreichend Zeit, einen Koffer voll passender Methoden und insbesondere erfahrene und feinfühlig Menschen.

Wir versuchen dieser Anforderung hinreichend gerecht zu werden, in dem Arbeitsteilung, regelmäßiger kollektiver Austausch und Unterstützung sowie gegenseitige Wertschätzung der vorhandenen beruflichen und menschlichen Kompetenzen zu unserer Grundhaltung zählt.

1. Das Erstgespräch

Die Sozialpsychiatrische Ambulanz befasst sich nach wie vor mit **Kinder und Jugendlichen** als **Zielgruppe**; in der Regel bis 18 Jahren.

Das **Symptom des Kindes** ist Anlass der Kontaktaufnahme und der **Symptomverlauf** bestimmt die weiteren Behandlungsschritte. Jedoch sind Kinder und Jugendliche -wie auch bei anderen ambulanten und stationären Einrichtungen-, in den seltensten Fällen die Triebfeder der Kontaktaufnahme. Jüngere Kinder sind sich in der Regel des Störungsbildes nicht bewusst und ältere Kinder versprechen sich wenig Aussichten, persönliche bzw. familiäre Schwierigkeiten mit völlig fremden „*Psycho's*“ und „*Nervenärzten*“ auszutragen („*ich bin doch nicht verrückt....*“).

Wenn jedoch ein/e Jugendliche/r von sich aus diese „fremde“ Hilfe in Anspruch nimmt, ist der Termin zur Erstvorstellung -wie bei einer **akuten Krise**- in den nächsten beiden Tagen möglich.

Vielmehr wird auch hier in der Regel der Erstkontakt von den **Eltern** (bei gesetzlich Versicherten mit Überweisung vom Kinderarzt zum Facharzt) hergestellt. Nicht zuletzt resultiert daraus die Vorgehensweise, im Erstkontakt zunächst die Belange der **‘Familie als Ganzes’** zu beachten und damit eher die **lebensfeldorientierten** wie **lebensgeschichtlich** bedingten Prozesse in den Blick zu nehmen.

Grundsätzlich wird das Erstgespräch vom Arzt und mindestens einem/r Sorgeberechtigten durchgeführt, wobei wir in letzter Zeit verstärkt auf die Anwesenheit der Väter achten und gegebenenfalls eine Extraeinladung aussprechen. In der Regel sind die Kinder und Jugendlichen am Anfang und am Ende des Erstgespräches dabei, so dass der Anlass des Gesprächs und die nächsten anstehenden Schritte mit allen Beteiligten geklärt werden. Die **Anamneseerhebung** (Eigen- und Familienanamnese) wird ohne die Kinder durchgeführt.

In der Regel sind für die Eltern der **Anlass**, die Sozialpsychiatrische Ambulanz aufzusuchen Sorgen und Unsicherheiten bezüglich der kindlichen Auffälligkeit sowie Empfehlungen und Appelle (!) von Seiten des Umfeldes (ÄrztInnen, TherapeutInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen etc.), in dem sich die Symptomatik zeigt.

Folgende **Vorstellungsgründe** werden genannt und sind der Übersicht halber getrennt aufgelistet:

- **Schulversagen** in Verbindung mit Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebslosigkeit, Rückzug, Desinteresse, Leistungsverweigerung, impulsives- desorganisiertes Verhalten oder Schul- bzw. Prüfungsängsten
- **Verhaltensauffälligkeiten** in Form von oppositionellem, aggressivem, dissozialem, impulsivem, bizarrem, isoliertem, zurückgezogenem, depressivem, zwanghaftem, ängstlichem, phobischem Verhalten
- **psychiatrische Störungsbilder** wie Enuresis, Enkopresis, AD(H)S, Angststörungen, Essstörungen, psychotische Erscheinungsformen
- **psychosomatische und neurologische Störungen**, in Form von Schlafstörungen, Kopfweh, Bauchweh, Verdauungsproblemen, Tic's , Epilepsie
- **tiefgreifende Entwicklungsstörungen** wie Asperger- Syndrom
- **akute Krisen**: Suizidversuche, familiäre Eskalationen, Anpassungsstörungen, Traumata, Mobbing
- **Fragestellungen** bezüglich der **angemessenen Beschulung** (auffällige bzw. diskrepante Begabungsprofile, Lernbehinderung, umschriebene Entwicklungsstörungen bzw. Teilleistungsschwächen: LRS/ Rechenschwäche/ Sprachstörungen/ motorische Störungen)
- **Fragestellungen** bezüglich der angemessenen **außerschulischen Betreuung** (Unterbringung, Förderung, Behandlung)

Das Fehlen der Drogenproblematik und des sexuellen Missbrauchs als Vorstellungsgrund geht auf ein ausreichendes Beratungsangebot in der Region zurück.

Mit den Erziehungsberatungsstellen „vor Ort“ gibt es Absprachen, die psychiatrischen Störungsbilder sowie die akuten Krisenfälle an uns zu vermitteln, wohingegen wir insbesondere Fälle „familiärer Spannungen“, die sich hauptsächlich um Erziehungsfragen drehen, an die EB's verweisen.

Nach *Roosen- Runge (2000)* nimmt aktuell die Tendenz der **multiplen Entwicklungsstörungen** zu, die ganz unterschiedliche Facetten von Auffälligkeiten vorweisen. Das können wir bestätigen. Mir persönlich ist jedoch nicht klar, ob dies das Erscheinungsbild soziokultureller Einflüsse widerspiegelt oder ob es sich dabei lediglich um ein Ergebnis unserer zunehmend differenzierteren und umfassenderen Diagnostik handelt.

Die *sozialpsychiatrische* Bezeichnung steht für sich „*jetzt ist es schon so weit gekommen...*“ und geht häufig damit einher, dass die Familien bis dahin einige Helfer- Stationen durchlaufen haben. Sie sind meist entmutigt und demoralisiert und sind, angesichts der Symptomatik, beladen mit Hilflosigkeit, Ohnmacht, gegenseitigen

Schulduweisungen, Scham und Resignation. Sie sind in der Selbstüberzeugung ihrer **Handlungsfähigkeit** (Eigenständigkeit) und in ihrem **Selbstwertgefühl** stark geschwächt (*Tröst, Wienand 2000*).

Diese anklingenden **Signale** sind bereits richtungsweisend für den **Gesprächsverlauf** des **Erstkontaktes**. Sie geben den Hinweis einer meist vorhandenen **latenten Krise**, die sich -atmosphärisch- als Smog auf Kind und Familie niedergelassen hat. Dies muss, neben der üblichen **Exploration** im Erstgespräch von Vorstellungsgrund und Anamnese, angemessen beachtet und behandelt werden.

Die **psychosoziale Krise** wird als ein Verlust des seelischen Gleichgewichts definiert, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumstände konfrontiert wird, die er im Moment nicht bewältigen kann (*Caplan 1964, Cullberg 1978*).

Die Krise als **Dekompensation** bisheriger Bewältigungsstrategien,- durch Überflutung äußerer bzw. innerer Belastungen-, äußert sich im menschlichen **Erleben und Verhalten** (unabhängig von Krisenhintergrund- und Anlass), recht ähnlich (*Heim 1991*). Auf der Ebene des **Erlebens** spiegelt sich die Krise in der **Schwächung der Ich- Funktionen** (*Bellak, Small 1972*) wider und äußert sich in Form von intensiven überflutenden Gefühlen (Affektregulierung), Orientierungslosigkeit (Realitätsüberprüfung), Selbstzweifel bzw. Resignation (Selbstwertregulierung) und Rückzug bzw. Isolation (Kontaktregulierung). Erlebnisreaktionen zeigen sich auf der **Verhaltensebene** in vielfältiger Symptomatik: Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, psychosomatische Störungen, oppositionelle, dissoziale sowie überschießende Verhaltensweisen.

Caplan (1964) und Cullberg (1978) unterscheiden bezüglich des **Krisenverlaufs** zwischen der akuten **traumatischen Krise** (Auslöser: heftige -meist unvorhergesehene- Ereignisse, die zunächst mit Schock und anschließender Reaktionssymptomatik einhergehen) und der latent ansteigenden **Veränderungskrise** (permanente Stressoren, die zu einem stetig ansteigendem Belastungsdruck führen und sich, sofern keine Hilfe erfolgt, zu einer Vollkrise entwickeln können).

Die **Krisenintervention** kann sich nicht mit dem Analysieren des Schneeballeffektes befassen; sie muß sich um ein gezieltes, aktives und kurzfristig greifendes Konzept bemühen (*Bogy 1997*). Sie unterläuft sonst der Gefahr, das Risiko einer Lavine mit den daraus resultierenden überschießenden Reaktionen hinzunehmen.

Aus der Sicht der Bindungstheoretiker (*Hedervari- Heller 2000*) sind insbesondere in Stresssituation die **Bindungsbedürfnisse** des/der PatientIn stark aktiviert. Dies erschließt zum einen wichtige (diagnostische) Hinweise auf die Bindungsorganisation des/der PatientIn und dem daraus resultierenden bzw. „passenden“ therapeutischen Beziehungsangebot. Zum anderen muss sich der/die TherapeutIn jedoch dieser Bindungsbereitschaft in der „Hier- und Jetzt“- Begegnung (*Bowlby 1988*) eindeutig bewusst sein und Bedingungen schaffen, in denen die aufgeweichten und **erschütterten Arbeitsmodelle** vom „Selbst“ und „der Welt“ eine Chance haben, sich neu zu strukturieren.

Ziel der Krisenintervention ist die **Hilfe zur Selbsthilfe**; die Unterstützung und Stärkung der eigenen Fähigkeiten (**Ich- Stärke**). Dies muß kurzfristig realisierbar sein. Das bedeutet zunächst eine Entlastung des emotionalen Drucks durch das Erleben von Anteilnahme, Wertschätzung und Trost ...dies ermöglicht die Krise als gegenwärtigen Zustand anzunehmen und die aktuelle Situation als solche zu erfassen und zu sortieren (Problemanalyse), ...um dann im nächsten Schritt eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu entwerfen (*Heim 1991*). Positive Vorerfahrungen werden als besonders hilfreich für die Bewältigung gesehen (*Bogy 1997*).

Wie bereits erwähnt ist das Kind als **Symptomträger** Anlass der Kontaktaufnahme und das Symptom des Kindes der Kompass weiterer Vorgehensweisen; jedoch gehört es insbesondere im Erstgespräch zur professionellen Ausstattung, die Dinge zu nehmen wie sie sind: komplex und vielschichtig. Konkret bedeutet das bereits für das Erstgespräch:

Erstens die **Familie** in ihrem **Krisenzustand** zu beachten und somit anteilnehmend, zielgerichtet und ressourcenaktivierend zu intervenieren, so dass unter Berücksichtigung der erfassten familiären **Stützfaktoren** (→ Systemdiagnostik) **kurzfristig realisierbare** bzw. greifende Fortschritte möglich sind und **zweitens** die Familie bezüglich ihres „ursprünglichen“ **Beweggrundes** zu beachten und den Beginn einer **umfassenden Diagnostik** einzuläuten, die sich im Erstgespräch zunächst eher dem Vorstellungsgrund, mit anschließender Anamnese, widmet (→ Symptomdiagnostik).

Die folgende • **Metapher des Goldgräbers** wird bereits schon im Erstkontakt -angesichts der familiären Notgerne als hilfreiche Intervention verwendet. Sie veranschaulicht die wesentlichsten **Grundannahmen** unseres **ressourcenausgerichteten Ansatzes** :

„Ausgelaugt vom langen Anmarsch kniet der Goldgräber nun mit seinem Waschsieb am Flussbett. Er läßt seinen Blick über die unzähligen großen und kleinen Kieselsteine schweifen, die vom Wasser umspült werden. Jedoch scheint er durch sie hindurch zu blicken.... Sein Gesichtsausdruck verrät, dass er bereits die `nuggets` betrachtet, die verstreut zwischen und unter den Kieseln liegen. Er ist Goldgräber und er weiß, dass es sich lohnt, an diesem Ort nach den wertvollen Schätzen zu graben. Er weiß, dass es ihm gelingen wird, die Goldstücke zu finden, weil er mit dem Wichtigsten dafür ausgestattet ist: Achtsamkeit...Beharrlichkeit... Ausdauer... und Zuversicht. Und er beginnt seine Arbeit, in dem er Kiesel für Kiesel abträgt und er weiß, dass es gut so ist...“

→ Jeder Mensch verfügt über **Selbsteilungskräfte** bzw. gesunde Anteile in Form von Ressourcen und Stärken, die es ihm ermöglichen, die eigenen Probleme Schritt für Schritt zu lösen.

Demnach ermöglicht ressourcenorientiertes Handeln immer die **Stärkung des Selbst**, da die Fähigkeit (Ich-Funktion) zur Selbstberuhigung- Selbststabilisierung und schließlich zum Selbstmanagement wieder aktiviert werden. **Ziel** eines ressourcenausgerichteten Ansatzes ist daher immer die **Hilfe zur Selbsthilfe** (Metzmacher, Zaepfel 2000).

→ Alle, die zu uns kommen, haben schon einen langen Weg hinter sich.
Sie wollen in der Regel finden, was gut für sie ist, und sie wollen ihr Möglichstes dazu beitragen.
Auch die Erfahrungen ihres bisherigen Weges sind dazu hilfreiche Wegweiser.

→ Das Angebot einer **wertschätzenden** und **haltgebenden Beziehung** greift die bestehende Bindungsbereitschaft auf. Durch das Anerkennen und Verstärken bereits vorhandener Ressourcen und Lösungsansätze eröffnet dies eine Chance neue bzw. verschüttete Sichtweisen und Bewertungen (wieder) zu etablieren (Trost, Wienand 2001).

Diese Kernaussagen zeigen sich sowohl im **Erstgespräch**, angesichts der krisenintervenierenden- und diagnostisch explorierenden Aufgabe, als auch in anderen (**therapeutischen**) **Gesprächssituationen**.

Im folgenden sollen nun -exemplarisch am **Erstgespräch**- drei wesentliche **Prozessschwerpunkte** vorgestellt werden, die eine krisenbegleitende bzw. anteilnehmende, wertschätzende, ressourcenorientierte und zielgerichtete **Gesprächsführung** auszeichnen. Dabei werden in diesem Zusammenhang wichtige **Aspekte** sowie geeignete **Interventionen** hervorgehoben.

Ein Beispiel aus der Praxis, wie **tiefenpsychologisches** Verständnis mit **systemisch- lösungsorientierten** Vorgehensweisen und **suggestivtherapeutischen** wie **verhaltenstherapeutischen** Methoden kombiniert werden können (Fürstenau 1996, De Shazer 1992, Berg, Miller 1998, Grawe, Grawe- Berger 1999). Diese **integrative Verknüpfung** ermöglicht eine **Bündelung** bisher bewährter Erkenntnis und Erfahrung, was sich durch eine effektive und nachhaltige Wirkung, im Sinne eines **Synergieeffektes**, in den Gesprächsverläufen niederschlägt (Trost, Wienand 2000).

1.1. Die Beziehungsgestaltung

Die ressourcenausgerichtete **Grundhaltung** wird den Familien auch im Rahmen ihrer Bindungsbereitschaft durch das **Beziehungsangebot signalisiert**. Wir sind uns -angesichts solch einer „*prekären Lebenslage*“ (Petzold 2000)- der Übertragungsdynamik durchaus bewusst.

Ähnlich einer Eltern- Kind- Beziehung nimmt dies Züge von Misstrauen bis hin zu Heilserwartungen an. Die Interventionen richten sich jedoch gezielt an die gesunden und progressiven Anteile der Familie. Sie wird ernst genommen, ihr wird Weiterentwicklung zugetraut und es wird darauf verzichtet, besser als die Familie zu wissen, was gut für sie ist (Trost, Wienand 2000). Die Anerkennung der Familie als „*Expertin in eigener Sache*“ (Metzmacher, Zaepfel 2000), erfordert auf Seiten des/der DiagnostikerIn klare Transparenz bezüglich der angebotenen Interventionen, sowie **selektiv authentische** Rückmeldung von störungsbildrelevanten Informationen und Kenntnissen.

Erst dann kann sich ein gemeinsamer (dialogischer) und glaubwürdiger Lern- und Problemlöseprozess einstellen. Durch das aufrichtige Interesse an der gegenwärtigen Lebenssituation und dem Verständnis für die derzeitige emotionale Verfassung „*...ohne in die Problemtrance der Familie zu geraten...*“, wird die aktuelle Sichtweise der Familie (inklusive der skeptischen oder schambesetzten Haltung des Kindes), als „*natürliche Folge schlechter Erfahrungen*“ respektiert, ohne ihr inhaltlich recht zu geben (Trost, Wienand 2000).

Anerkennung und **Verständnis** gegenüber der aktuellen Lage, sowie **Zuversicht** und **Zutrauen** auf Veränderung durch die eigenen Potentiale, dienen dem angegriffenen bzw. „verspannten“ Selbst als „*...narzisstische Zufuhr*“ (Injektion), die es ermöglicht, aufzutanken (**Stärkung des Selbst**) und die Verkrampfung (Abwehr/ Widerstand) zu lockern. Eine wesentlich entspanntere und zugewandtere Atmosphäre kann sich dadurch in der Regel einstellen. Voraussetzung und Ausgangslage für ein **kooperatives** und kreatives Arbeitsklima sowie dem Wagnis, neue Sichtweisen der Dinge zuzulassen. „*Von der Problemtrance kann nun eine Ausrichtung auf die Lösungstrance hergestellt werden, also einer geistig- affektive Verfassung, die auf die Wahrnehmung positiver, realer oder möglicher Aspekte zielt*“ (Trost, Wienand 2000).

1.2. Die veränderte Sichtweise

Dinge, denen man sich ohnmächtig ausgeliefert fühlt, die sich wie eine Dunstglocke auf Kind und Familie nieder lassen, absorbieren durch ihren „Smog“ jegliche Sicht und Orientierung. Der vermeintliche Notausgang („Tunnelblick“) lässt ausschließlich eine Richtung zu, die häufig in einer Sackgasse endet und die befürchtete Ausweglosigkeit „selbsterfüllend“ bestätigt.

Nach *Lazarus (1978)* ist die **subjektive Einschätzung** und **Bewertung** von Problemen der wesentlichste Dreh- und Angelpunkt des weiteren Genesungsprozesses. Solange ein Mensch noch daran **glaubt**, eine Lösung zu finden (Selbstvertrauen/ Zuversicht/ Kontrollillusion), wird er aktive Bewältigungsstrategien anstreben.

Grundsätzlich bestätigt sich hier unsere anerkennend- wertschätzende Haltung: *„nichts geschieht umsonst! – jedoch sind die Dinge nie so, wie sie sind. Sie sind immer das, was man aus ihnen macht...“ (Anouilh)*

Eine veränderte Sichtweise, die sich von dem starren, kausalen „wenn- dann“- Denken abwendet und die vielschichtigen Umstände anerkennt, ermöglicht, die größeren Zusammenhänge „von den Dingen“ zu erfassen und sie somit auch besser zu verstehen bzw. zuzuordnen.

Die **„synoptische Problemanalyse“** (*Metzmacher 1999*) stellt sich der Ahnungslosigkeit.

Die Auswegslosigkeit kann sich mehr und mehr verdünnen und schließlich einer hinreichend klaren Vorstellung und Orientierung „von den Dingen“ weichen („vom Dunst zum Ausblick“).

Durch das positive • **Umdeuten (Reframing)** von Eigenschaften bzw. **Symptomen**, als bisher bestmöglicher **Anpassungsversuch** an die gegebenen Umstände, gewinnt das Problemverhalten einen **fassbaren** und nachvollziehbaren **Sinn**. Dadurch kann eine offenerere und verständlichere Sichtweise gegenüber den hinderlichen und nützlichen Anteilen des auffälligen Verhaltens zugelassen werden. Des Weiteren wird dem **Symptom** als **Bewältigungsversuch** in einem vorgegebenen Kontext eine **Funktion** im **System** zugewiesen, die erst dann aufgegeben werden kann, wenn sie durch etwas Neues/Stimmiges ersetzt wird. Dazu muss zunächst die **interaktionelle Botschaft** des Symptoms entschlüsselt werden, was in der Regel Zeit braucht.

Auch das • **zirkuläre Fragen** ermöglicht eine Weitung des familiären Blickwinkels, in dem die persönlichen wie familiären Sichtweisen und Wertungen bezüglich wichtiger Aspekte (u.a. Anlass, Symptomverlauf, bisherige Bemühungen, persönliche Lösungsvorschläge, ect...), stellvertretend durch andere Familienmitglieder erfasst und ausgedrückt werden. Die Logik (*Simon 2000*) von eigenen und familiären Spielregeln oder Auffassungen können dadurch benannt bzw. erkannt und verwendet werden. Eine facettenreichere Einschätzung von „sich“ und „anderen“ wird dadurch möglich.

Die **Anamneseerhebung** verharrt nicht in der problembeladenen Lebens- und Familiengeschichte, sondern richtet den • **Fokus** recht zügig auf die **bisherigen Erfolge, Bemühungen** und **Stärken**. Diese werden als etwas Besonderes und keinesfalls Selbstverständliches hervorgehoben. Danach muss häufig beharrlich „gefahndet“ werden. Wenn jedoch den Kindern und ihren Familien ausreichend Zeit und Raum gelassen wird, ihre gelungenen Erfahrungen sowie lebenswürdigen Seiten (wieder) zu entdecken, können sie erkennen, was sie eigentlich schon alles miteinander in ihrem Leben hingekriegt haben (Selbstwirksamkeit) und was wirklich wichtig dabei war.

In der Regel kann es so gelingen, die Bedeutung des Symptom's zurechtzurücken und die Menschen wieder in den Blick zu bekommen.

„Jetzt findet also gerade eine Gewichtungsverlagerung statt...“ (Jan, 10 J.)

Nicht zuletzt schafft das • **Relativieren** eines Problems die hilfreiche **Distanz** zu demselben.

Die Distanz zum Symptom ermöglicht aber auch einen ersten wichtigen Schritt, nämlich die verlorene **Kontrolle** über das Symptom **wiederzuerlangen**. In diesem Sinne bedeutet das • **Externalisieren** des Symptoms ein gezieltes „Verbannen“ des Symptoms, in dem explizit auf die **Ausnahmen** (Situationen oder Zeiten) geachtet wird, in denen das Problem **nicht** auftritt („wer/ was ist dann anders?“). Zum einen wird das Symptom dadurch gebündelt und somit fassbar, zum anderen können dadurch erste Hinweise zu passgenauen Platzhaltern, die das Symptom ersetzen, geliefert werden.

1.3.3. Die kleinen zielgerichteten Schritte

Wir gehen davon aus, dass alle, die zu uns kommen, einen Weg für die Bewältigung ihrer Probleme finden wollen. Dazu gehört, sich nicht zu sehr in die problembeladene Vergangenheit zu versenken, sondern sich vielmehr mit einer beharrlich antiregressiven Einstellung „im Hier und Jetzt“ auf die gegenwärtigen Aufgaben und **naheliegenden Zielvorstellungen** zu besinnen. (*Trost, Wienand 2000*)

Anforderungen, die es zu bewältigen gilt, können dann als „ **persönliche Herausforderung**“ empfunden werden, wenn es gelingt, den Fokus auf ein daraus resultierendes **eigenes bedeutsames Ziel** zu richten. Hierzu ist es hilfreich, **imaginäre Zielvorstellungen** zu entwerfen, die sich mit den zukünftigen gelungenen Szenen beschäftigen, in denen das Problem bereits gelöst ist.

Insbesondere **zukunftsausgerichteten** Interventionen, wie die • **Wunderfrage** (*Die Familie wird aufgefordert, sich vorzustellen, ein Wunder sei über Nacht geschehen und das Problem sei bereits gelöst...was wäre anders? ...wer würde das zuerst bemerken?...was würde dann passieren?...wer würde sich wie fühlen?...*) oder die

• **Horoskopmethode** („ *welchen Wunsch hast Du/ haben Sie für das nächsten halbe Jahr ... im Bereich Familie/ Freizeit/ Schule/...?*“), ermöglichen der Familie herauszufinden, was sie erreichen will und kann somit dem verkümmerten „**Ideal- Selbst**“ erste Hilfe leisten. Dabei ist es wichtig, die Ziele in der Vorstellung so sinnlich, konkret und bedeutsam wie möglich zu gestalten, so dass neben den verhaltensbezogenen Anteilen auch die affektiven Anteile des Erlebens ausfantasiert werden können. Hierfür eignet sich, neben den zukunftsgerichteten Imaginationen und der zuversichtlichen Haltung des Therapeuten (die gemeinsam eine enorme Kraft ausüben und das **Selbst stärken**), auch die Verwendung der

• **Skalenfragen** („ *bewerten Sie auf einer Skala zwischen... 0→ unwichtig und 10→ sehr wichtig,... wie wichtig dieses Ziel ist*“, „*...was muß sich noch verändern, um von einer 6 auf eine 7 zu kommen?*“). Diese Interventionen verhelfen zu einer anschaulichen Einschätzung eigener bedeutsamer Werte und möglicher realer Veränderungen. Ein guter Selbstwert wird sich dann einstellen können, wenn sich das **Real- Selbst** dem **Ideal- Selbst** hinreichend annähert (*Rahm, Otte, Bosse, Ruhe- Hollenbach 1993*).

Eine wichtige Aufgabe im Erstgespräch ist es nun, die ersten **kleinformatigen Schritte** in Richtung Ziel zu erstellen. Je kleiner, **verständlicher** und **handhabbarer** die Schritte, desto wahrscheinlicher, dass diese auch umgesetzt werden. Für die Feineinstellung der konkreten Schritte wird der Fokus auf die **Ressourcensuche** „in eigener Sache“ gerichtet. D.h. insbesondere die eigenen Ideen, die verschütteten gelungenen Erfahrungen und guten Ausnahmen, die das „Real- Selbst“ zur Verfügung hat, werden hierfür aufgespürt und verwendet. Mit jedem erreichten „Fortschritt“ wächst auch das Selbstbewusstsein, Kutscher auf dem eigenen Bock zu sein und damit auch die Wahrscheinlichkeit weiterer Erfolge. Am Ende des Erstgesprächs unterstützt die ressourcenorientierte

• **Standardverschreibung** („ *achten Sie bis zum nächsten Gespräch darauf, was alles gut funktioniert hat und versuchen Sie herauszufinden, was Sie dabei anders gemacht haben*“), die **Wahrnehmung** der Familie auf ihre eigenen Erfolge.

Oder etwas anders ausgedrückt:

→ Es lohnt sich, auf Goldsuche zu gehen! Schon der erste Schritt dahin ist ein Ereignis, das sich von anderen (alltäglichen) Schritten eindeutig unterscheidet. Oft muß man gar nicht so arg weit laufen, um den ersten nugget zu finden,

„... *wir leben ja schließlich nicht im Wilden Westen!*“; (*Aleksandar, 11 J.*)

→ Die wirklich wertvollen Schätze werden eher gefunden - weniger gekauft! Sie zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie auf ihre/n FinderIn geradezu gewartet haben; bisweilen nur von ihr/ihm gefunden werden können. Ein sicherlich eindeutiges Indiz für einen gefundenen Schatz ist seine bereichernde wohlthuende und stärkende Wirkweise auf Leib und Leben.

„... *nuggets finden tut eigentlich allen gut!*“ (*Nadine, 10 J.*)

→ Es ist noch kein Goldgräber vom Himmel gefallen! Jeder hat irgendwann mal angefangen, auf die Orte zu achten, an denen sich möglicherweise nuggets befinden; auch wenn die unzähligen Kieselsteine immer wieder ernüchtern können. „...*die ganz grossen Kiesel sind besonders dazu geeignet, drauf zu klettern und Ausschau zu halten!*“ (*Jan, 10 J.*)

Das Erstgespräch muss im **krisebegleitenden- therapeutischen Sinne**, kurzfristig greifende und ressourcenorientierte Konzepte zur Verfügung stellen, die der **Familie** emotionale Entlastung ermöglichen, neue Sichtweisen zulassen und sie dadurch zu ersten effektiven Schritten befähigen.

Die lebensgeschichtlich wie lebensfeldorientierten **diagnostischen Hinweise** (→ Systemdiagnostik/ Symptomdiagnostik) können hierbei als hilfreiche Wegbegleiter erfasst und verwendet werden.

Damit findet **Theragnostik** (*Petzold 2000*) im wahrsten Sinne statt. Eine hinreichend stabile Ausgangslage ist nun geschaffen, um im weiteren diagnostischen Verlauf eher die **entwicklungsbedingten** sowie die **interaktionellen** und **intrapyschischen** Prozesse des **Kindes** zu beachten.

2. Der weitere diagnostische Verlauf

Im weiteren diagnostischen Prozessgeschehen richtet sich nun der Fokus auf das **Kind** bzw. den/die **Jugendliche/n**. Hierfür sind zunächst 3 Diagnostik- Termine vorgesehen, die -abgesehen von der **körperlich- neurologischen Untersuchung** durch den Arzt und der **Motodiagnostik** durch eine Honorarkraft- meine Kolleginnen und ich durchführen. Unsere jeweilige Zuständigkeit richtet sich in der Regel nach dem Alter des Kindes. Ab dem **Grundschulalter** kommen die Kinder zu mir.

Mein persönlicher Schwerpunkt verlagert sich jedoch mehr und mehr auf die **Altersgruppe der 9- bis 18- Jährigen** (1/3 Mädchen; 2/3 Jungen). Hier beginnt nun meine erste Kontaktaufnahme zum Kind/ Jugendlichen mit dem **Auftrag**, unter besonderer Berücksichtigung der **kindlichen Entwicklung** und der vorhandenen **Entwicklungsaufgaben**, auch auf die **intrapyschischen Prozesse** des Kindes zu achten, die für seine Weiterentwicklung förderlich oder hinderlich sein können.

Das fremde Kind, der/die fremde Jugendliche befindet sich mit mir fremden Person in einem fremden Setting. So gilt es zunächst in unserem beiderseitigen Interesse, neben der üblichen Begrüßung, den **Anlass** unseres Zusammentreffens so gut als möglich zu klären. Erst wenn beiden Beteiligten **Sinn** und Zweck sowie **Inhalt** und **Ablauf** der anstehenden Begegnungen klar ist, kann sich auch das Kind entscheiden, ob es bereit ist, in einen *gemeinsamen* Such- und Lernprozess einzusteigen, in dem auch das Kind als Experte (in eigener Sache) seinen Platz hat. Obwohl das Kind durch die Kontaktaufnahme und das Erstgespräch beim Kinder- und Jugendpsychiater weiß bzw. ahnt, um was es geht; lässt kaum eine/r die Möglichkeit ungenutzt, sich nochmals ein Bild „von den Dingen“ zu machen. Mir persönlich liegt ein **Auftragsbogen** vor, in dem die grob umrissene Problematik benannt ist und sich die daraus resultierenden (diagnostischen) Fragestellungen ergeben. Des Weiteren sind die wesentlichen Testverfahren angekreuzt, die sich hinsichtlich der Fragestellung anbieten und nun durchgeführt werden sollen. Ich selbst nutze den Auftragsbogen auch im Sinne eines **„Intermediärobjektes“** (Petzold 1987); als Brückenfunktion zwischen dem Kind und mir. Durch dieses Medium wird unsere (zunächst) bestehende diagnostische Arbeits- und Beziehungsebene (Finke 1999), klar definiert: vorhandene Informationen sollen sortiert und überprüft werden sowie weitere wesentliche Erkenntnisse in diesem Zusammenhang aufgespürt werden. Dieser eindeutige **Arbeitsauftrag** erleichtert die Kontaktaufnahme erheblich. Die überlieferten **Vorinformationen** ermöglichen die notwendige **Transparenz**, um im begonnenen Prozess fortfahren zu können:

Aleksandar, 11 J.; wird von seiner Mutter vorgestellt aufgrund erheblicher Schulschwierigkeiten und Überprüfung auf „ADS“. Aleks geht in die 5. Klasse der Realschule. In einem Gespräch mit der Klassenlehrerin, wurde der Mutter mitgeteilt, dass Aleks versetzungsgefährdet sei und ihm ein Schulverweis droht. Die mangelhaften Schulleistungen werden im Zusammenhang zu seinem unmotivierten, unordentlichen und auffällig ablenkbaren Verhalten gesehen. Der drohende Schulverweis resultiert zum einen aus seinem respektlosen Umgang mit Lehrerinnen und Mitschülern zum anderen haben sich vermehrt Fehlzeiten und handfeste Schlägereien (mit Jüngeren) eingestellt. Der Mutter wurde dringend nahegelegt, sich an eine Stelle zu wenden, „die ADS überprüft“.

Aleks ist Einzelkind. Seine Mutter stammt aus Kroatien, der Vater aus Montenegro. Die Mutter ist wegen einer depressiven Störung mit Angst in nervenärztlicher Behandlung, der Vater beruflich als Krankenpfleger stark belastet. Das Kind wurde in Zagreb geboren, kam dort mit 1 Jahr ins Tagheim und war in dieser Zeit öfters krank. Mit knapp 2 Jahren mußte er kriegsbedingt zu den Großeltern väterlicherseits nach Montenegro, kam mit 3 Jahren nach Zagreb zu den Eltern der Mutter und mit knapp 4 Jahren in die BRD zu den Eltern, die damals in Gegenschicht arbeiteten. Unmittelbar danach kam er ins Tagheim, wo er sich gut eingelebt hatte und nicht auffiel. Die Mutter ist krankheitsbedingt seit der Grundschulzeit zu Hause und Aleks nicht mehr im Tagheim. Die Mutter überlegt sich derzeit, ihren eigentlichen Beruf als Altenpflegerin wieder aufzunehmen. In letzter Zeit haben sich durch die Schulprobleme die Auseinandersetzungen in der Familie drastisch verschärft, wobei Aleks auch schon gedroht hat, sich aus dem Fenster zu schmeißen.

D.: „Weißt Du eigentlich, weswegen du jetzt hier bist und um was es hier gehen soll?“

A.: „Nee- nicht wirklich...“

D.: „Dann würde ich vorschlagen, dass wir gemeinsam nochmal das durchgehen, was sich aus dem letzten gemeinsamen Gespräch hier mit Deinen Eltern ergeben hat, o.k.“

A.: „Hm.“

D.: „Da steht, dass du in letzter Zeit ziemliche Schwierigkeiten mit der Schule hattest, dich nicht auf Deine Sachen besinnen konntest und Du recht großen Ärger mit einigen Schülern und Lehrerinnen hattest und teilweise gar nicht mehr dahin gegangen bist ...“

A.: „Na ja, so ungefähr...“

D.: „was meinst Du mit ungefähr?“

A.: „so oft kam das ja nicht vor bisher..“

D.: „Das mit dem Schuleschwänzen?“

A... - nickt

D.: „Meinst Du, der Ärger sitzt woanders?“

A.: „...zur Zeit eher zu Hause.“

D.: „Das heißt, das eine kommt zum anderen noch dazu?“

A. - zuckt die Schultern

D.: „Pass auf. Wir haben hier nun Zeit, zu schauen, was eigentlich los ist. Dazu gehört, dass wir uns zunächst mit den Schulangelegenheiten befassen. Genauer gesagt, über verschiedene Test's wollen wir überprüfen, wo schulisch Deine Stärken und Deine Schwächen liegen. Und wenn wir das gemacht haben, geht's dann vor allem darum, mit was Du dich sonst noch so beschäftigst in der Welt. Wo liegen Deine Interessen,...was machst Du recht gerne ... und wo gibt's immer wieder Probleme. Für das alles sind nun 3 Termine vorgesehen. Je nach dem kommt vielleicht noch ein weiterer Termin dazu. Danach kommt dann das Abschlussgespräch mit dem Arzt, Dir und Deinen Eltern. Da werden die wesentlichsten Dinge zusammengetragen und besprochen, wie es dann sinnvollerweise weitergehen könnte. Ist Dir der Ablauf soweit klar?

A.: „Schon.“

D.: „O.k.; dann könnten wir ja eigentlich beginnen. Bist Du bereit?“

A.: - nickt.

Bevor nun für den weiteren Verlauf der Diagnostik die wesentlichen **diagnostischen Instrumentarien** dazu vorgestellt werden, möchte ich zuvor einige **entwicklungstheoretische** und **tiefenpsychologisch** fundierte **Konzepte** vorstellen, die zum Grundlagenwissen meiner diagnostischen Arbeit zählen:

Das Grundschulalter (ca. 6-10J.)

Der **Schuleintritt** ist für alle Kinder ein sehr bedeutendes und einschneidendes Ereignis. Er geht mit vielen Veränderungen und **Anforderungen** einher, denen die Kinder nun zunehmend gerecht werden sollen. Unvermeidliche Trennung von den Bezugspersonen, Anpassung an eine neue Umgebung, Einbindung in den Klassenverband, ausreichende Leistungsmotivation- Ausdauer und Aufmerksamkeit sowie ruhiges und verlässliches Erledigen von Aufgaben sind hierfür die Eintrittskarten. Dem gegenüber steht eine Bandbreite von physischen wie psychischen **Reifezuständen** der Kinder, die sich teilweise bis zum 8. Lebensjahr (**Spätentwickler**, insbesondere Jungen!) noch erheblich voneinander unterscheiden (*Herzka 1991*).

Ein wesentlicher Stressfaktor für Kind und soziale Umwelt. Des Weiteren können bestehende **Teilleistungsschwächen**, die sich mehr und mehr in den ersten beiden Schuljahren entlarven, seelische Schäden anrichten sowie die schulische Laufbahn erheblich behindern; wenn sie unberücksichtigt bleiben. **Körperliche Veränderungen** (Zahnwechsel, Veränderung der Körperproportionen, Wahrnehmungsreife, kognitive Verarbeitungs- und Speicherreife, motorische Werkreife), sind in dieser Zeit ebenso massiv und unterschiedlich entwickelt, wie das Heranreifen folgender **psycho - sozialer Kompetenzen**: Die bis dahin bestehende magisch- anschauliche **Denkform**, in der die Fantasie (**Eigenrealität**) blühte, wird mehr und mehr durch das **realitätsbezogenen** konkret- logische **Denken** ersetzt. Die Kinder sind in der Regel voller Neugier. Sie befassen sich mit den konkreten Dingen, die in der Welt geschehen und wollen sich den Herausforderungen der Erwachsenen- Welt (**Hauptrealität**, *Lempp 1992*) stellen. Die zunehmende mentale Fähigkeit „sich selbst zu betrachten“ (**Exzentrizität**), ermöglicht zum einen eigene Denk- Prozesse bewusst zu kommentieren (**Metakognition**; das „Denken über das Denken“) und zu bewerten

(**Selbstbewertung**) zum anderen ermöglicht dies eine **Überstiegsfähigkeit**, inneres Erleben (Gefühle/ Befinden) von äußerem Verhalten (Reaktion/ Umgang) zu unterscheiden. Dadurch wird für konkrete Situationen mit „sich“ und „anderen“ eine **emotionale** wie **soziale Perspektivenübernahme** (ausgereifte **Intersubjektivität**) möglich. Widersprüchliche Befindlichkeiten und Verhaltensweisen können damit zugeordnet (Auslöser „weil...“/ Ursache „vielleicht hat...“) sowie erste zukünftige Konsequenzen daraus („das nächste Mal...“) entworfen werden. Das wachsende Gefühl von Selbständigkeit und „Eigenheit“ (**Identität**) „im Vergleich zu anderen“ zeigt sich durch eine recht intensive Beschäftigung mit eigenen Interessen und dem Ausprobieren eigener Kräfte zwischen Gleichgeschlechtlichen, was den Selbstwert stark einfärbt. Durch die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse, existieren in diesem Alter kaum offensichtliche Freundschaften zwischen Mädchen und Jungen. Die Erweiterung der sozialen Welt (Schule/ Freunde) mit ihren vielfältigen Begegnungsformen (Freundeskreis/ Lehrer/ Klasse), ermöglicht einen entscheidenden Entwicklungsschub hinsichtlich der **sozialen Kompetenz (Rollenflexibilität)**: Aushandeln und Einhalten von Regeln, Zurückstellen eigener Bedürfnisse, Toleranz und Solidarität gegenüber anderen, Mut zu eigenen Ideen, Eigenverantwortlichkeit annehmen oder Hilfe einfordern, wenn's nicht weiter geht, sind grundlegende zwischenmenschliche **Fertigkeiten**, die insbesondere ab dem Schulalter benötigt werden.

Durch die abrupt anwachsende **Entwicklungsaufgabe** ab dem Schuleintritt, eigene (impulsive) Bedürfnisse mit anderen (institutionellen) Anforderungen abzugleichen (**Impulskontrolle**), holt die Kinder jedoch in diesem Eifer auch immer wieder der Verlust der früheren Kindheit ein; als die Fantasie über allem regierte und die eigenen Bedürfnisse der „Nabel der Welt“ waren.

Diese tiefen Spannungen und Stimmungsschwankungen werden in unserer **Leistungsgesellschaft** mehr und mehr durchmischt von **Versagensängsten**, den zunehmenden sozialen wie gesellschaftlichen Ansprüchen nicht gerecht zu werden. Schulversagen ist mit Abstand der häufigste Vorstellungsgrund in dieser Altersgruppe!

Die Adoleszenz (ca. 11-18J.)

Dieser Lebensabschnitt war und ist bei allen Jugendlichen durch einschneidende Umbrüche und Neuorientierungen gekennzeichnet und weist sich seit Menschengedenken durch ein basales (egozentrisches) Bedürfnis aus: „sich selbst“ angesichts „der Welt“ so gut (cool) als möglich in Einklang zu bringen....

Durch den (radikal) einsetzenden **sexuellen Reifeprozess** sowie durch die nicht aufzuhaltende Konfrontation mit den **Rollenanforderungen** der Erwachsenen- Welt, befindet sich die bis dahin entwickelte Identität in einem permanenten Spannungsfeld, gleichzeitig Kind und Erwachsener zu sein. In diesem Sinne war und ist **Identitätsbildung** die wesentlichste **Entwicklungsaufgaben** in dieser Zeit, die u.a. auch dazu befähigt „die Dinge“ einigermaßen in den Griff bzw. unter Kontrolle zu bekommen. Angesichts des **postmodernen Wandels** in der Welt hat sich jedoch die Dynamik drastisch verschärft.

Globalisierung, Pluralität, Mobilität, Flexibilität und Bedeutungsvielfalt sind rasant angestiegene Einflussgrößen geworden, die sich in erheblichem Maße auf den Individuationsprozess der Jugendlichen auswirken.

Die (panische) Angst, den Anschluss zu verpassen, findet sich nicht nur in der jungen Generation. Mehr denn je muss sich jede/r Einzelne in der Erwachsenen- Welt gegenüber dem neuen Zeitgeist behaupten.

Es bestehen erschreckend wenig zukunftsweisende Konzepte, wie dem rasanten Tempo beizukommen ist. Verschärft wird der Prozess häufig durch die gegenseitig abwertende Haltung und den hilflosen bzw. skrupellosen Umgang miteinander (bis in die letzte/politische Riege!). Durch dieses spannungsgeladene Geschehen, zwischen bisheriger Ordnung und neuen Einflüssen, kann die **Identitätsentwicklung** des jungen Menschen (teilweise zutiefst) erschüttert werden (**Adoleszenzkrise**).

Nach wie vor hängt jedoch der Verlauf und die Intensität einer Adoleszenzkrise in entscheidendem Maße davon ab, welche internalen wie externalen **Ressourcen** dem/der Jugendlichen für eine gelungene Bewältigung zur Verfügung stehen.

Die drastischen Veränderungen und daraus resultierenden **Spannungen (Ambivalenzen)** ziehen sich durch alle **5 Säulen der Identität** (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe- Hollenbach 1993):

→ **Leiblicher Bereich:** hinsichtlich der **Intensität** und des **Beginns** der Pubertät besteht auch hier wiederum eine weit gestreute Bandbreite, die in (mit) der Regel von den Mädchen eingeläutet wird. Körperliche wie hormonelle Veränderungen müssen bewältigt werden. Reale körperliche Unsicherheiten und Missempfindungen stehen idealsten Vorstellungen von Aussehen und Auftreten gegenüber. Das Tempo der körperlich entwickelten Reife befindet sich in einem permanenten Spannungsfeld mit dem Entwicklungsstand der psychischen (Un-) Reife. Die Konfrontation von anklingenden Triebimpulsen mit der Angst vor Kontrollverlust ist latent vorhanden.

→ **Sozialer Bereich:** die Ablösung vom Elternhaus steht an, um eigene Wege zu gehen sowie neue Bindungen außerhalb der Familie aufzubauen. Progression und Autonomiebestreben stehen den Regressionstendenzen und dem Bedürfnis vertrauter Verbundenheit gegenüber. Das entfaltende **Rollen- Selbst** muss sich mit herkömmlichen bzw. familiären und neuen bzw. außerfamiliären Klischees und Statussymbolen sowie innovativen und traditionellen Vorstellungen von Beziehungsgestaltung befassen. Toleranz und Akzeptanz werden durch die Wechselbäder stark strapaziert, was häufig kippt und zu gegenseitigen Abwertungen und Ausgrenzungen (Vereinsamung) führen kann. **Rollenflexibilität** wird hierbei wichtiger denn je.

→ **Materieller Bereich:** für die Möglichkeit der (Selbst-) Entfaltung ist ein finanzieller bzw. materieller Grundstock unabdingbar.

Die persönlichen Vorstellungen von Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit stehen häufig den finanziellen Einschränkungen und Abhängigkeiten mittellos gegenüber. Armut ist aktuell der größte Risikofaktor in der kindlichen Entwicklung!

→ **Freizeit/ Arbeit:** in dieser Zeit wird durch die Wahl einer „passenden“ Ausbildung (Schule/ Lehre) die berufliche Weiche gestellt. Persönliche Interessen und Stärken können nun mehr und mehr ausgebaut und für sich bzw. die Gemeinschaft verwendet werden. Der ansteigende Druck jedoch, eigenverantwortliche Entscheidungen für zukünftige Ereignisse zu fällen, kollidiert erheblich mit dem Bedürfnis, Zeit für eigene Erfahrungen und Interessen zu haben und einen Entfaltungsspielraum dafür nützen zu dürfen. Zusätzlich werden durch den immensen Leistungsdruck (**Imagestress**) und die Angebotsvielfalt, die eigenen Bedürfnisse und Ideen häufig übersehen bzw. überflutet, so dass die persönlich empfundene Orientierungslosigkeit den Klärungsprozess erheblich behindert.

→ **Werte/ Normen:** das Ideal- Selbst mit eigenen Vorstellungen von Werten, Normen und Zielen differenziert sich und muss im gesellschaftlichen Rahmen integriert werden können. Herkömmliche Traditionen und „standhafte“ Vorstellungen vom Leben kollidieren jedoch permanent mit multikulturellen Einflüssen und dem rasanten Wechsel des kurzlebigen Zeitgeistes.

Eine längerfristige Zukunftsperspektive ist schlichtweg unmöglich und wird häufig ersetzt durch eine „oberflächliche“ und „schnellebige“, - im ungünstigen Fall „riskante“ oder „unbeteiligte“ bzw. „depressive“ Konsumhaltung.

Life- Span- Developmental- Approach

Nach unserem entwicklungstheoretischen Ansatzes des „**life- span- developmental- approach**“, ist Entwicklung das ganze Leben lang möglich, jedoch am „**dramatischsten**“ in der Kindheit (Petzold 1990).

Entwicklung wird in diesem Sinne als **Wachstumsprozess** verstanden, in dem bereits angelegtes Potential in den unterschiedlichen Entwicklungsbereichen (emotional- sozial- kognitiv- senso- motorisch) reifen bzw. sich differenzieren kann. Dieser wachsende **Kompetenzerwerb** macht es möglich, zunehmend komplexere Eindrücke (Informationen) von „sich“ und „der Welt“ angemessen zu verarbeiten und zu verwenden. **Auslöser** von Entwicklungsschüben sind **Entwicklungsaufgaben**, die sich dem Menschen das ganze Leben lang unter folgenden Schattierungen stellen können (Neugarten 1973):

→ Biologische Lebenszyklen (Bsp.: motorische Reife ermöglicht u.a. eigenständige Fortbewegung)

→ Rollenanforderungen (Bsp.: Geschwistergeburt ermöglicht u.a. soziale Rollenerweiterung)

→ Bedeutsame Ereignisse (Bsp.: Schuleintritt ermöglichen u.a. psycho- sozialen Kompetenzerwerb)

In diesem Sinne wird also **Weiterentwicklung** möglich, in dem „Neues“ das „Alte“ bzw. „Gewohnte“ ins Wanken bringt.

Gemäß des **synergetischen Prozesses** (Rahm 1993) können „neue Ereignisse“ die „alte, gewohnte Ordnung“ (Struktur) erschüttern. Je nach Grad (Empfindung) der Erschütterung kommt es zum „Chaos“ (→ Stichwort: Irritation/ Dekompensation) was mit einer Auflösung bisheriger Strukturen einher gehen kann. Der Mensch besitzt jedoch eine Lebensenergie (Überlebenstrieb/ Handlungshunger/ Spieltrieb), aus der sich kreative schöpferische Kräfte (Kreativität, Fantasie, Improvisation) entfalten können, die ihn in die Lage versetzen, sich diesem Chaos zu stellen. Diese „aus der Not“ entstandenen hilfreichen Ideen und neuen Impulse können aussortiert werden und in eine neue reifere Ordnung (Struktur) eingebunden werden, die damit den Menschen befähigt, sich an die neuen Gegebenheiten anzupassen. Somit kann auch die **Krise**, als eine erhebliche Erschütterung von Strukturen, der Anfang von Weiterentwicklung sein. Inwiefern jedoch die Krise als **Chance** zur Wei-

terentwicklung verwendet werden kann oder vielmehr sich als **Risiko** für weitere massive Einbrüche entpuppt, hängt in entscheidendem Maße von den persönlichen **internalen** wie **externalen Ressourcen** ab, die dem Individuum zur Gestaltung neuer Ideen zur Verfügung stehen. Hierfür muss der individuelle Entwicklungsprozess (Viation), mit Kontext und Kontinuum sowie den intrapsychischen Skripts, ausreichend beachtet werden.

Die Persönlichkeitsstruktur

Intrapsychische Skripts (Selbst- und Fremdbilder) und vorherrschende Gefühlszustände (**Affekte**) sowie daraus resultierende Coping- bzw. Abwehrstrategien, sind persönlich eingefärbte Erlebens- und Verhaltensstrukturen, die entscheiden, mit welcher Brille wir die Eindrücke von „uns“ und „der Welt“ sehen, bewerten und letzten Endes damit umgehen. Sie resultieren aus **interaktionellen Erfahrungen** des Individuums mit seiner Umwelt (→ verdichtete Szenen von Beziehungserfahrungen) und befinden sich somit auch in einem ständigen **Entwicklungsprozess**. Gelingt es der kindliche Existenz - gemäß seiner **persönlichen Ausstattung** - die bestehenden **Anforderungen** zu bewältigen und können dabei die **individuellen Bedürfnisse** entsprechend berücksichtigt werden, so können aus diesen bestätigenden Interaktionen zwischen Individuum und Umwelt **stabile Arbeitsmodelle** (zuversichtliche Selbst- und Fremdbilder) entstehen, die Grundlage für **zukünftige Entwicklungsaufgaben** (Passung von „eigenen“ Bedürfnissen und „anderen“ Anforderungen) darstellen. Werden die Arbeitsmodelle durch unzureichende bzw. frustrierende Interaktionen permanent erschüttert, so kann dadurch die Weiterentwicklung des Kindes massiv beeinträchtigt werden, was sich u.a. in der **Symptombildung** widerspiegelt (*Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen, Petzold 1991*).

3. Die diagnostischen Instrumentarien

Diagnostische Instrumentarien sind gezielt eingesetzte **Hilfsmittel** im diagnostischen Prozess, um relevante Merkmale bezüglich der Fragestellung zu überprüfen, zu differenzieren und zu sortieren. Hierfür haben sich folgende Verfahren bewährt, die bei uns zur Anwendung kommen.

3.1. Standardisierte Testverfahren und Fragebögen

Die standardisierten Testverfahren und Fragebögen entsprechen den klassischen **Gütekriterien** der **Validität** (Gültigkeit; Test misst was er messen soll), der **Reliabilität** (Genauigkeit; unter Einbezug der Messfehler) und der **Objektivität** (Antworten „ja/nein“, Skala „1-10“ ,... sind objektiv messbar) und können somit empirisch belegte Aussagen treffen, die einem wissenschaftlichen Anspruch gerecht werden. Folgende standardisierte Testverfahren werden im Wesentlichen für die unterschiedlichen Diagnose- Perspektiven (Symptom- Struktur- System und funktionelle Entwicklung) herangezogen:

- **Intelligenztest:**

→ K- ABC (bis 12J.), → HAWIK- R; HAWIK- III (bis 16 J.), → HAWIE (ab 16 J.)

Der Intelligenztest ist bei allen Kindern und Jugendlichen, die unsere diagnostische Untersuchung durchlaufen, unverzichtbar.

Die Symptomatik kann generell ein Hinweis auf eine intellektuelle (schulische) Über- oder Unterforderung liefern oder die Folge von (kognitiven) Leistungs- und Entwicklungsdefiziten (Teilleistungsschwächen, Spätentwickler) sein.

Hierzu können zum einen die Testergebnisse, jedoch insbesondere auch die spezifischen Untertests wichtige Anhaltspunkte geben. Diesbezüglich ist der K-ABC besonders geeignet, da er einen empirisch belegten Einblick in den individuell vorherrschenden Denk- und Lernstil (→SED: Skala einzelheitlicher Denkstil; →SGD: Skala ganzheitlicher Denkstil) bietet. Des Weiteren ermöglicht der Intelligenztest einen Eindruck, wie die Testperson mit Leistungs- bzw. Stresssituationen zu recht kommt. Zum einen kann das Potential an Aufmerksamkeit und Ausdauer beobachtet werden zum anderen können wesentliche Strategien der Selbstregulierung, Stabilisierung und Selbstaktivierung erfasst werden, die dem Kind bzw. dem/r Jugendlichen zur Verfügung stehen.

*Die allgemeine Leistungsfähigkeit ist bei **Aleksandar** nach HAWIK-R mit einem Gesamt- IQ von 87 im unteren Normbereich angesiedelt. Das Profil zeigt starke Schwankungen:*

im oberen Durchschnittsbereich liegen der Wortschatz, das soziale Verständnis und das logisch- schlussfolgernde Denken; deutlich unterdurchschnittlich ist das Allgemeine Wissen, das akustische Kurzzeitgedächtnis und die räumlich- konstruktiven Fähigkeiten. Die restlichen Subtestwerte streuen im hinteren Mittelfeld. Die Leistungsmotivation ist auffällig labil und starken Stimmungsschwankungen unterlegen: „schwierige“ Aufgaben bricht er frustriert ab und betitelt sie mit abfälligen Bemerkungen, wohingegen „leichte“ Aufgaben mit einer gewissen coolen Überheblichkeit kommentiert werden. Das Lesen der Textaufgaben fällt ihm außerordentlich schwer und muss von mir übernommen werden. Trotz seiner vorwurfsvollen Abwehr gegenüber der Testsituation, reagiert Aleks sehr positiv auf Ermunterung und Bestätigung meinerseits und findet damit immer wieder den Anschluss.

Deutliche Stärken liegen in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit.

• **Spezielle Funktionstest:**

→ Frostig (visuelle Wahrnehmung), → DP 0-2 (akustische Differenzierungsprobe),
→ MOT/ KTK (motorische Geschicklichkeit), → DRT/ WRT/ HSP (Rechtschreibtest),
→ Rechentest, → d2 (Konzentration, Ausdauer), → Denver (allg. Entwicklungstest bis 6 J.)
Insbesondere bei Hinweise auf Teilleistungsschwächen werden die speziellen Funktionstests angewandt und können dazu wichtige Informationen liefern. Darüber hinaus bieten sie eine Orientierung über den Entwicklungsstand spezieller Bereiche.

Nach dem Rechtschreibtest (WRT 4/5) liegt bei Aleksandar mit einem Prozentrang von 8 in der Gesamtnorm (PR:1; schulformbezogene Norm; Realschule), eine offensichtliche Teilleistungsschwäche vor. Auf den d2- Test wird verzichtet, da die Aufgabenstellung ihn derart unter Druck setzt, dass er schon im Vorfeld gestresst ist und sich verweigert.

• **Standardisierte Fragebögen und Beurteilungen:**

→ Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18) → Elternfragebogen (CBCL/4-18)
→ FPI- R (Persönlichkeit) → Problemfragebogen für Jugendliche → AFS (Angst/ Schüler)
→ KAT (Angst/ Kinder) → PF (Frustration) → DIKJ (Depression) → Conner- Skala (ADHS)
→ Fragebogen ADHS n. Lauth & Schlotzke, → Fragebogen Asperger- Syndrom
→ Berichte/Beurteilungen/ Zeugnisse aus Schule (und Kindergarten)

Die standardisierten Persönlichkeitstests (psychometrischen Verfahren) sowie die störungsbildbezogenen Fragebögen und Verhaltensbeurteilungen werden, je nach Fragestellung, an das Kind, den/die Jugendlichen sowie an die primären Bezugspersonen (i.d.R. Eltern) und sekundären Bezugspersonen (i.d.R. ErzieherInnen, LehrerInnen) vergeben. Sie sind nach speziellen Erlebens- und Verhaltensitems kategorisiert und ermöglichen nach unserer Auffassung damit in erster Linie einen tendenziellen Eindruck bezüglich der Selbst- und Fremdeinschätzung.

Zum anderen werden sie differentialdiagnostisch als hilfreiche Ergänzung zur Exploration genutzt. Zusätzlich liefern die Beurteilungen von Schule oder Kindergarten einen subjektiven Eindruck der sekundären Bezugspersonen und ermöglichen damit eine differenziertere Fremdeinschätzung. Selbstverständlich ist dies nur mit Einverständnis der Eltern möglich.

Zusammenfassend kann aus den Fragebögen festgehalten werden, dass Aleksandar immer wieder unter Kopfschmerzen und Nackenverspannungen leidet, Schlafstörungen aufweist und Angst vor Hunden hat. Mit sich selbst kann er alleine kaum etwas anfangen, zu Hause hat er keinerlei Verpflichtungen zu bewerkstelligen; er neigt zu depressiven Tendenzen. Aufmerksamkeit und Konzentration unterliegen in der Schule erheblichen Schwankungen (je nach LehrerIn und Fach), währenddessen sich zu Hause Eigenmotivation und Konzentration seit dem 3. Schuljahr permanent verschlechtert haben. Die Schule registriert eine verzerrte Selbsteinschätzung; sein aufschneidendes, prahlerisches Gehabe steht sehr im Gegensatz zu seinen Leistungen und der geringen Frustrationstoleranz. Schule wie Eltern bemerken seine Neigung, Dinge zu erzählen, die so gar nicht stattgefunden haben (Reisen, Sieger bei Sportwettkämpfen, Schulerfolge). Aleks kann sich für Fußball und Geräteturnen sehr begeistern und zeigt sich ausgesprochen engagiert in Leichtathletik.

3.2. Projektive Testverfahren

Projektive Testverfahren ermöglichen einen Einblick in das **innere Erleben** der Kinder. Das Testmaterial (angefangene Sätze, Bilder, Figuren,...) bietet eine breit angelegte Identifikationsfläche für die Testperson. Es wird also eine **Identifikation** bzw. „*Einverleibung*“ (Petzold 1998) der angebotenen Symbole möglich, die somit vorherrschende Innenvorgänge bzw. **intrapyschische Prozesse** aktivieren und nach außen verlagern. Der Mechanismus der Projektion ist demnach zu verstehen als eine **Verlagerung innerer Erlebnisswelten** auf vorhandene **Objekte**.

Die Projektion kann als **Botschaft** oder **Spiegel** inneren Erlebens verstanden werden, in dem vorherrschende Eindrücke in symbolisierter Form veräußert bzw. zum Ausdruck gebracht werden. Die **Symbolwahl** und insbesondere die **Ausgestaltung des Symbols** ermöglichen eine **diagnostische Auswertung** (Interpretation) bezüglich der **intrapyschischen Prozesse** (Metzmacher 1999):

- „welche Stimmungen, Gefühle, Atmosphären klingen an?“
- „welche Wünsche und Befürchtungen herrschen vor?“
- „Welche Bewertungen und Einschätzungen, Anforderungen und Erwartungen von sich (Selbstbild) und anderen (Fremdbild) kommen zum Ausdruck?“
- „Welches Thema, welcher Grundkonflikt klingt an?“
- „Welche Verhaltensentwürfe (Copingstrategien wie Abwehrmechanismen) stehen zur Verfügung?“
- „Welche Vermutungen über die Lebenswelt können getroffen werden?“
- „Welche Ressourcen- und Risikolagen sind zu erkennen?“

Das **innere Erleben** („seelische Selbst“) findet im Sinne einer innerseelischen Organisation auf unterschiedlichen Ebenen statt:

Emotional/ leibliche Ebene: Körperregungen, Stimmungen, Befindlichkeiten, Gefühle

Kognitive Ebene: Gedanken, Assoziationen, Phantasien, Vorstellungen über „sich“ und „andere“

Handlungsimpulse: Verhaltensentwürfe, Bewältigungsstrategien, Abwehrmechanismen

Der Mensch ist ein zur Symbolisierung fähiges Wesen. Er besitzt die Fähigkeit, anschauliche Symbole (Bilder, Metapher) als **Stellvertreter** für erlebte bzw. ersehnte oder befürchtete Zustände zu entwerfen oder auszuwählen.

Die **Triebfeder** zur Symbolisierung („Veranschaulichung“) ist das Bedürfnis des Menschen, „**sinnhafte Zusammenhänge**“ herzustellen, um so einen Überblick, eine Orientierung von unübersichtlichen, irritierenden, widersprüchlichen, verunsichernden bzw. komplexen oder transzendenten Dingen in der Welt zu erlangen.

Symbolisierung als Schutz und Selbsterhalt vor Willkür und Ausgeliefertsein (*Katz- Bernstein 1990, Resch 1993*).

Das **Entwerfen** der Symbole geschieht nach dem magischen Prinzip der **Ähnlichkeit** („gleich wie...“, „das sieht so aus wie...“). Es begnügt sich dabei mit minimalen anschaulichen Übereinstimmungen. Differenzierungen werden zunächst vernachlässigt. Die **Grundlage** zur Symbolisierung (**Symbolisierungsphase 1,6**) ist im Entwicklungsstadium der **stabilen Repräsentanzen** von „sich“ und „anderen“ gegeben (*Resch 1996, Zaepfel 1998*).

Ab dieser Zeit existiert ein stabiles mentales Bild von mir („ich habe...“) und ein stabiles Bild von der anderen („das ist meine Mama, die hat...“) und zwar ohne, dass sie anwesend ist, **ohne reales Gegenüber** („sie ist zwar nicht da, aber sie hat sicherlich...“).

Die Ausgangslage zur **Fantasie** ist damit gegeben. Mit diesem stabilen Bild kann nun mehr und mehr in der Vorstellung experimentiert, ausgeschmückt, gezaubert und zunehmend „so tun als ob“ variiert werden.

Die Blütezeit der Fantasie ist die **magische Phase** (Vorschulalter), in der die Eigenrealität kraftvoll und spontan zum Ausdruck kommen kann. Ab dem **Grundschulalter** muss sie mehr und mehr der **Exzentrizität** (Beobachtung, Kontrollinstanz) weichen.

Zwar geht man davon aus, dass Symbole in gewissem Maße „**archaisch**“ verankert sind, da Menschen kulturell übergreifend ähnliche Eindrücke von „sich“ und der „Welt“ haben, jedoch gilt für die **Entschlüsselung** (Interpretation, Deutung, Auslegung) der **symbolischen Botschaft** grundsätzlich:

Das gewählte und ausgestaltete Symbol kann ausschliesslich in einem **Sinnzusammenhang** zur Testperson (Vorgeschichte, gegenwärtige Lebensumstände) gesehen werden.

So können die gewählten Symbole zum einen als ersehnte **Wunschvorstellung** gedeutet werden zum anderen können sie jedoch auch eine **Reaktion** auf die erfahrene oder aktuell gelebte Situationen sein. Vor zu schnellen bzw. voreiligen Hypothesen kann man sich schützen, in dem die Testperson in die Auswertung mit einbezogen wird. Und: „*Mit Hypothesen sollte man flirten, sie aber möglichst nie heiraten!*“ (*Metzmacher 1999*)

Projektive Testverfahren können dem wissenschaftlichen Anspruch in bezug auf die klassischen Gütekriterien nicht standhalten und stehen somit auf sehr vagem theoretischen Untergrund (*Petzold 1998*). Jedoch sind sie für unsere Arbeit unverzichtbar, da sie eine **kindgerechte**, weil **vorsprachlich- anschauliche** Ausdrucksweise, ermöglichen und andere **diagnostische Funktionen** übernehmen. Somit können projektive und standardisierte Testverfahren nebeneinander genutzt und geduldet werden (*Petzold 1998*). Nicht zuletzt werden sie von uns auch als **Medium in der Therapie** verwendet und können hierbei hilfreiche und förderliche Impulse setzen (*Metzmacher 1999*).

Folgende Projektive Testverfahren gehören zum Repertoire unserer **innerseelischen Diagnostik**:

- „Familie in Tieren n. *Breme- Gräser* (FiT), → Haus- Baum- Mensch (HTP), → Wunschprobe (WP), → Satzergänzungstest (SET) → Szeno- Test n. *Staabs*, → Button- Test → Soziale Atom (*Petzold*)
- Thematische Apperceptionstest n. *Murray* (TAT/ CAT), → Schnörkelspiel n. *Winnicott*
- Familienaufstellung

• „Familie in Tieren“

Der Test bietet die Möglichkeit das **Bezugssystem** „Familie“ diagnostisch auszuwerten. Das Tier eignet sich bei Kindern als Identifikationsfläche besonders gut, da sie schon sehr früh Zugang zu ihnen haben (Kuscheltier als Übergangsobjekt, Haustiere, Zootiere,...). Das Tier spricht das Kind aufgrund seiner offensichtlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen besonders an (*Breme- Gräser 1995*). Alles was beim Menschen nicht sichtbar

ist, kann beim Tier beobachtet werden (Tod, Ausscheidungsvorgänge, Sexualität, Fressen und Gefressen werden, Rangfolgen,...).

Tiere haben ähnliche Organe wie Menschen, die jedoch bezüglich der Größenverhältnisse unterschiedlich ausfallen. Teilaspekte des Tieres werden hierbei zum beherrschenden Aspekt, unter dem das Tier wahrgenommen wird (der Euter der Kuh, die Hasenohren, der Penis des Hengstes,...). So vermischen sich äußere Eindrücke mit innerem Erleben und können stellvertretend durch das symbolisierte Tier zum Ausdruck kommen.

Bei der Bildbetrachtung wird insbesondere auf die **Symbolwahl** (→ „welches Tier wird für wen gewählt?“- „Welche positiven wie negativen Eigenschaften werden den Tieren zugeordnet?“ → „in welcher Reihenfolge werden die Tiere gemalt?“) auf die **Ausgestaltung der Symbole** (→ „wer fällt besonders groß/ klein aus?“ → „ welche (gleichen) Farben werden gewählt?“ → „ welchem Entwicklungsniveau entspricht die Zeichnung?“) und auf die **räumliche Anordnung** (→ „wer wird mit wem auf eine Eben gesetzt?“ → „ wer steht im Zentrum/ am Rand?“) geachtet.

Bei der Bildbesprechung sollte möglichst die Symbolebene nicht verlassen werden:

D.: „Stell Dir vor, es kommt ein Zauberer in Deine Familie und verzaubert Dich und deine Familie in Tiere. Und wie das dann aussehen würde, malst Du bitte auf dieses Blatt.“

Aleksandar malt zunächst einen übergroßen, üppigen Zauberer in die Bildmitte und anschließend 3 kleine schwächliche Affen (1.A.; 2.Mu; 3.Va), dicht gedrängt, auf den unteren rechten Bildrand.

Die Zeichnung ist nicht altersgemäß, die Figuren wirken unbeholfen und kindlich.

A.: „Das sind Orang- Utans. Gorillas sind aber stärker.“

D.: „Was meinst Du, wem geht’s von denen wohl am besten?“

A.: „Dem Zauberer natürlich! - Der hat die voll im Griff.“

D.: „Wem geht’s wohl am schlechtesten?“

A.: „Dem Ersten da,“

D.: „Warum denn das?“

A.: „Weil der als erster die Zauberwirkung abkriegt.“

D.: „Was glaubst Du, welche von den Orang- Utans sich am besten miteinander vertragen?“

A.: „Keiner mit keinem.“

D.: „Was nervt Dich bei den Orang- Utans am meisten?“

A.: „Dass die abhauen, wenn die Gorillas kommen.“

D.: „Was können die denn besonders gut?“

A.: „Schreien, auf Bäume klettern und sich richtig gut daneben benehmen.“

• Thematische Apperceptionstest (TAT n. Murray)

Der Test ermöglicht dem Kind durch die Bildvorgaben, Ereignisse (Geschichten) zu erzählen, die gerade auf dem Bild stattfinden. Die ausgesuchten Bilder (ca. 10) bieten eine Projektionsfläche, zu unterschiedlichen Themen, die auf die **eigene Lebensgeschichte** zurückgreifen lassen.

Die Grundannahme des Tests lautet, dass **vieldeutige** menschliche Situationen im Zusammenhang mit persönlichen **früheren Erfahrungen** und **gegenwärtigen Lebensumständen** unterschiedlich interpretiert (ausgelegt) werden und damit auch individuell eine ganz unterschiedliche Fortsetzungen finden. Der Mensch **ist Kontinuum**; seine persönliche **Vergangenheit, Gegenwart** und **Zukunft** (Petzold 1988).

D.: „Ich zeig Dir nun nacheinander einige Bilder. Schau´ sie Dir an und versuche dann zu erzählen, was da gerade passiert.“

A.: „Der Junge ist nicht gerade glücklich, dass er Geige spielen muss. Er ist von einer Adelsfamilie und möchte eher Schlagzeug spielen.“ (1)

A.: „Da ist ein nackter Mann, der auf der Flucht ist vor der Polizei. Er ist aus dem Gefängnis ausgebrochen. Er kann fliehen und wird nicht geschnappt.“ (17 BM)

A.: „Müde Bergarbeiter, die sich hinlegen und schlafen. Die haben Dienstschluss. Der da vorne ist auch kurz davor, sich hinzulegen.“ (9 BM)

A.: „Ein Mann fängt an zu heulen, weil eine tote Frau in seinem Arbeitszimmer liegt. Sie ist an Blutvergiftung gestorben. Sie hatte eine kleine Wunde, die sie nicht bemerkte. Dann hat sich die Wunde entzündet - sehr stark.“

D.: „Was wird wohl passieren?“

A.: „Der Mann wird die Polizei anrufen, weil die Frau als Falle für ihn da liegt.“ (13 MF)

A.: „Der Mann sieht aus wie eine Puppe. Er will weg, aber die Frau lässt ihn nicht, weil er vielleicht was dummes anstellen könnte.“

D.: „Was?“

A.: „Jemanden vor Wut umbringen“ (4)

A.: „Eine Schlange kriecht aus dem Loch. Sie will die Menschen fressen. Die wollen weglaufen, werden aber erbarmungslos gefressen. Die Schlange rülpst.“ ()

A.: „2 Ärzte reden miteinander über einen Fall. Einen ganz seltenen. Man muss Russland anrufen, um sich zu beraten, da sind anscheinend die besten Ärzte. (7 BM)

D.: „Was könnte denn auf diesem Bild passieren? Überleg´ Dir irgendeine Szene, die da passen würde.“

A.: „Da ist nichts....ich weiß nicht...weis mit ein paar Flecken. Wahrscheinlich Schmutzflecken“ (16)

• Wunschprobe (WP)

Die Wunschprobe enthält ein breites Spektrum von positiven wie negativen Identifikationsmöglichkeiten, die lebensweltspezifische wie kulturübergreifende Symbole enthalten und individuell ausgewählt bzw. ausgestaltet werden.

D.: „Ich lese Dir jetzt einige Begriffe vor und Du sollst Dir möglichst spontan überlegen, ob Du das selbst gerne einmal wärst oder eben nicht. Wähle dann die Begriffe aus, die Dir besonders gefallen bzw. Dir überhaupt nicht gefallen und ergänze damit die Sätze....“

A.: „Ich möchte gerne einmal Dagobert Duck sein, weil ich dann sehr sehr reich wäre.“

A.: „Ich möchte gerne einmal ein Auto sein, weil es sehr schnell und schön sein kann.“

A.: „Ich möchte gerne mal ein Außerirdischer sein, weil sie so cool sind.“

A.: „Ich möchte auf keinen Fall einmal ein Parfüm sein, weil mich dann ständig jemand an den Kopf drücken würde und ich davon Kopfweg bekomme“

A.: „Ich möchte auf keinen Fall einmal ein Liebesroman sein, weil mir das viel zu blöd ist dieses ganze Geschwätz. Zu viel Weinen – zu viel Gefühl.“

A.: „Ich möchte auf keinen Fall einmal eine Rose sein, weil ich da verkauft werde für wenig Geld und dann kommt einer mit einer verrotzten Nase und macht mich schmutzig. Und dann putzt mich ja gar keiner. Und am Schluss verreck´ ich noch auf dem Kompost.“

• Satzergänzungstest (SET)

Der Test besteht aus angefangenen Sätzen, die das Kind möglichst spontan fertigstellen soll.

Hierbei wird das Assoziationspotential der Testperson angeregt. Ein weiterer umfassender Zugang zur innerseelischen Erlebniswelt wird damit möglich. Hierzu **Aleksandar**:

- 1 Wenn ich groß bin....werde ich Koch
- 2 Es stört mich, dass....ich so klein bin
- 5 Ich bin sehr traurig....wenn es Krieg gibt
- 6 Der Vater...../.....
- 7 Ich versuche.....Koch zu werden
- 8 Die Welt..... ist irgendwie hart
- 24 Ich spiele gern....Fußball
- 25 Wenn nur....nichts schief geht
- 29 Die Mutter...../.....
- 30 Es ist schön, wenn ichMusik höre
- 31 Meine Mutter glaubt....ich wäre nicht dumm
- 32 Die Lehrer sagen..... „ Sei ruhig Aleks“
- 38 Ich kann einfach nicht...verlieren
- 40 Das Wichtigste ist für mich....eine Familie zu haben
- 41 Ich erschrecke, wenn....Hunde bellen
- 43 Ich möchte wissen ob....es Gott gibt
- 44 Ich bin froh... dass ich Freunde habe
- 44 Angst habe ich am meisten....vor dem Tod

• Szeno- Test (n. Staabs)

Der Test bietet in einem Kasten konkret symbolhaftes Material (Puppen, Tiere, Bausteine, Möbel, Pflanzen,...) zur Darstellung einer Szene.

Er ermöglicht einen Einblick in das „Wohnzimmer“ bzw. die „Miniaturwelt“ der Testperson (Petzold 1998). Jede der gewählten und aufgebauten Figuren/Materialien stehen als persönliche **Repräsentanten** der **erlebten** oder der **gefürchteten** wie **ersehten** Lebensszenen.

Die vorherrschende **Lebenswelt**, die Beziehungen untereinander, wie auch das Erleben und Verhalten in ihr, können damit zum Ausdruck kommen.

- D.: „Hier ist nun ein Kasten, der ganz verschiedene Dinge enthält. Schau Dir die Sachen in Ruhe an und wähle dann die Dinge aus, die Du gerne auf diesem Innendeckel aufbauen möchtest. Wenn Du fertig bist, dann sag´s mir bitte.“
- **Aleksandar** wählt recht zügig aus. Er baut eine Hütte, neben der eine Kuh steht. Daneben liegt ein Mädchen auf einem Kind. An einem Baustein liegt weiter abseits ein Mann; an dessen Bein hängt ein Krokodil. Ein Hund befindet sich in dessen Nähe. Weiter entfernt steht ein Schwein, das sich von der Szene abwendet.
- A.: „Fertig“
- Ich mache ein Polaroidfoto von dem Werk, das von uns beiden noch eine Weile schweigend betrachtet wird.
- D.: „Was passiert denn da gerade in dieser aufgebauten Szene? Vielleicht kannst Du noch etwas darüber erzählen.“
- A.: „Das kleine Kind hat an der Abgrenzung gespielt. Ein Krokodil hat sich dem Kind genähert und wollte es schnappen. Da ist im rechten Augenblick der Vater gekommen und kämpft mit dem Krokodil. Das Krokodil reißt dem Vater ein Bein ab und verschlingt ihn dann ganz. Das Mädchen hat sich aufs Kind geworfen, um es zu schützen. Der Hund hat´s mitbekommen, bellt ganz aufgeregt, ist jedoch zu klein, um den Vater zu retten. Die Kuh grasst in Ruhe weiter - hat von nichts eine Ahnung. Das Schwein suhlt sich im Schlamm - kriegt nichts mit.“
- D.: „Was meinst Du; wie wird das wohl weitergehen?“
- A.: „Das Krokodil kommt aus dem Fluss und frisst die Kuh. Die Kinder kommen in ein Heim, weil Vater tot und Mutter schon früher an Blutkrebs gestorben ist. Das Schwein taucht in dem Moment gerade unter, wo das Krokodil vorbeikommt. Es hat zufällig mal wieder Schwein gehabt.“
- D.: „Wenn Du selber in der Szene wärst, wo möchtest Du dann am liebsten sein?“
- A.: „Ich wäre gerne das Krokodil, weil es gerade ein Festmahl auffrisst“
- D.: „Wo möchtest Du unter keinen Umständen sein?“
- A.: „Ich wäre nicht gerade gerne der Vater. Der ist doch die erbärmlichste Figur in dem ganzen Stück.“
- D.: „Welchen Titel würdest Du denn dem Stück geben?“
- A.: „Der Bauernhof“

3.3. Das „Selbst“ der DiagnostikerIn

Ein weiteres wichtiges diagnostisches Instrumentarium ist der/die DiagnostikerIn „Selbst“.

Zum einen werden über die „offensichtlichen“ **Verhaltensbeobachtungen** des Kindes, während des gesamten diagnostischen Geschehens, **subjektiv bedeutsame Eindrücke** der DiagnostikerIn erfasst und in einem **Beobachtungsbogen** festgehalten, die für die **Auswertung** des **Gesamtbildes** unerlässlich sind (→ beobachtbare, äußere **Phänomene** können über den hermeneutischen Prozess verinnerlichte **Strukturen** und daraus resultierende **Verhaltens- Entwürfe** erklären) .

Zum anderen ist jedoch das Wahrnehmen und Verstehen **eigener Resonanzphänomene**, die aus der **zwischenmenschlichen Begegnung (Interaktion)** mit dem Kind resultieren, eine außerordentlich hilfreiche Möglichkeit, **hypothetische Annahmen** über die „nicht- sprachliche“ bzw. **unbewusste Erwartungsstruktur** (Selbstbild/ Fremdbild) des Kindes aufzustellen, um damit auch eine Ahnung von der zur Verfügung stehenden kindlichen **Beziehungserwartung (- und gestaltung)** zu bekommen (Metzmacher, Zaepfel 2000).

Jede zwischenmenschliche Begegnung besteht aus einem „**sich mitteilen**“ und „**darauf antworten**“. Wir gehen davon aus, dass dieses Geschehen zu einem wesentlichen Teil durch **frühere Erfahrungen** (verinnerlichte Interaktionsmuster) eingefärbt ist, die damit auch die **aktuellen Begegnungen** (aktuelle Beziehungsentwürfe) entscheidend beeinflussen.

In der prozessualen Diagnostik wird der Versuch unternommen, dieses **interaktionelle Geschehen** durch die eigenen Resonanzen (**Antworten**) zu **entschlüsseln** und diagnostisch auszuwerten.

Grundlage hierfür ist die **methodische** bzw. **diagnostische** Verwendung und Analyse von **Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen**, die aus dem **interaktionellen** Geschehen zwischen Kind und DiagnostikerIn resultieren.

Übertragungen sind unbewusste Reproduktionen verinnerlichter Beziehungsmuster (Petzold, Ramin 1987), die im Rahmen einer Interaktion aktiviert werden können und sich auf die andere „reale“ Person (Subjekt) verlagern.

Übertragungen sind an sich nicht notorisch. Vielmehr übernehmen sie die Funktion, in zwischenmenschlichen Begegnungen unbewusst auf **frühere Erfahrungen** („gleich wie..“ „das sieht so aus wie..“) zurückzugreifen, um damit gebündelte Informationen für **aktuell Entwürfe** der Beziehungsgestaltung zur Verfügung zu haben.

Notorisch wird das ganze erst, wenn sich in der zwischenmenschlichen Begegnung fixierte, starre **Narrative** von „sich“ und „anderen“ einnisten und die Ich- Funktionen damit erheblich reduziert sind. Zwischenmenschliche Weiterentwicklung, im Sinne einer **intersubjektiven** Begegnung (Petzold, Ramin 1987), wird dadurch nicht mehr möglich sein.

Gegenübertragungen können als eigene affektive Reaktionen, als empathische Regungen auf das Gegenüber gesehen werden. Der Sender erzeugt im Empfänger synchrone **Schwingungen**. Diese persönlichen **Resonanzen** können nun auf den verschiedenen Ebenen der eigenen **innerseelischen Organisation** im Sinne einer **Botschaft** bzw. eines Mitteilungsinhalts methodisch befragt bzw. erforscht werden und damit **hypothetische** Rückschlüsse auf die **innerseelischen Prozesse** des Gegenübers zulassen (Metzmacher, Zaepfel 2000). Ein solches Vorgehen muss sich immer einer Überprüfung eigener aktivierter **"Skripts"** (Übertragungen) unterziehen, die sich mit den **Resonanzen** (Gegenübertragungen) durch den „Anderen“ vermischen. Eine **Transparenz** bezüglich dieses **doppelten Informationsgehalts** ist dann möglich, wenn zum einen (kontrollanalytische) **Erkenntnisse** über die eigenen Prozesse zur Verfügung stehen zum anderen jedoch auch die interaktionellen **Antworten** (Kommentare) des **Kindes** angemessen beachtet werden.

***Aleksandar** ist ein zierlicher Junge. Er ist für sein Alter recht klein und wirkt ausgesprochen drahtig. Er hat sich sehr herausgeputzt; seine Haare sind auffällig gestylt, er duftet nach einem (billigen) Parfum, ist mit Markenklamotten und einem Handy ausgestattet. Im Wartezimmer klärt er in einem Gespräch über's Handy ab, wo er sich jetzt gerade genau befindet und regelt in einem weiteren Gespräch die weiteren Termine für diesen Tag. Durch die Telefonate hat sich die Begrüßung etwas herausgezögert. Sie erfolgt (seinerseits) mit einem flüchtigen Händedruck und einer höflich aufgesetzten Miene. In diesem Moment klingelt sein Handy und sein Gesichtsausdruck verzieht sich zu einem gestresst- bekümmerten (insgeheim triumphierenden) Ausdruck. Bevor er das Gespräch annimmt (bzw. „abdrückt“), halte ich ihn kurz mit einer Geste auf und sage: „Bring` das jetzt zügig zu Ende. Und wenn Du fertig bist, dann schalte dein Handy ab. Komm dann bitte in mein Zimmer, ich warte dort auf Dich“, was Aleks dann auch tut.*

Aleks macht auf mich einen demonstrativ gehetzten Eindruck, gleich eines Managers, der seine sehr wichtigen Angelegenheiten möglichst alle auf einmal regelt, um dann doch noch 2 Sekunden für einen lästigen Termin herauschinden zu können. Später kommt mir das Bild vom berühmten „Girolamo“, dem früheren „Gigi - Fremdenführer“ aus Momo's Geschichte.

Ich selbst fühle mich in dieser Situation „wie bestellt und nicht abgeholt“. Abgesehen vom zeitlichen Druck, der sich aufgrund der Verzögerung breit macht (Unruhe), steigt in mir Ärger auf, der sich durch meine körperliche Verspannung (Kiefer, Nacken, Hände) eindeutig indizieren lässt. Gleichzeitig kreisen meine Gedanken um meine Arbeit, die auf dem Schreibtisch liegt und dringend darauf wartet, endlich von mir beachtet zu werden. Am liebsten würde ich mich jetzt (kommentarlos) diesen wichtigen Angelegenheiten zuwenden. Aleks gegenüber erlebe ich mich zunächst (vorwurfsvoll) ausharrend, was ihn jedoch nach meinem Eindruck nicht sonderlich stört - ganz im Gegenteil. Erst nachdem ich die Initiative ergreife und mit ihm kläre, was jetzt ansteht, kann ich mich merklich regulieren. Ich widme mich meiner Arbeit, solange, bis Aleks seine Sache geregelt hat und wir dann miteinander Zeit haben.

4. Das Auswertungsgespräch

Nach Abschluss der diagnostischen Phase findet das Auswertungsgespräch statt, an dem der Arzt, die Eltern und das Kind bzw. der/die Jugendliche beteiligt sind.

Zunächst geht es um eine **Zwischenbilanz**, die sich mit den aufgestellten Zielen, dem bisherigen Verlauf des Familiengeschehens sowie der aktuellen Symptomentwicklung seit dem **Erstgespräch** befasst (Troost, Wienand 2000).

Nicht selten hat sich das **familiäre Klima** und das **Symptom** bis dahin deutlich verbessert. Offensichtlich **stärkt** schon der erste Schritt, aus der Isolierung auszusteigen und sich Hilfe zu suchen sowie ein (kleinformatiges) Ziel zu haben und auf die Dinge zu achten, die gut funktionieren, das **familiäre Selbst** derart, dass sich auch eine **Entlastung der Kinder** einstellen kann. Die **Erfolge** werden ausdrücklich gewürdigt und ihr Zustandekommen -unter Beachtung der dafür verwendeten **Ressourcen-** ausführlich untersucht.

Diese **neue Sichtweise** (kognitive Neubewertung), den Blick und die Wahrnehmung auf die gelungenen Ereignisse auszurichten, verbunden mit den **konkreten** Veränderungen auf der **Verhaltensebene**, schaffen wichtige positive **emotionale Erfahrungen**.

Sich durch eigene Aktivitäten aus den Verstrickungen der Pathologie und aus den damit verbundenen Enttäuschungen zu befreien, führt zum **Erleben eigener Wirksamkeit**, schafft Selbstbestätigung und Lebensfreude und stärkt die **Autonomie**. Diese erlebten Veränderungen, verbunden mit den **Wertschätzungen** des/der TheragnostikerIn, hilft den Familien, ihren Glauben an sich wieder zu finden und erhöht die Wahrscheinlichkeit künftiger Erfolge. „Familien sind Systeme, die aus ihren Erfolgen lernen“ (Troost, Wienand 2000). In diesem Sin-

ne erfolgt auch im Auswertungsgespräch eine Anpassung und Präzisierung der (weiteren) Ziele, die sinnlich-konkret auf der imaginativen Ebene aufgefrischt bzw. entworfen werden.

Aufgaben, die bisher **nicht funktioniert** haben, werden verändert oder eben neu entwickelt.

In diesem Zusammenhang wird der Wunsch nach unmittelbarer Veränderung gedämpft:

„**Entwicklung braucht Zeit!**“ oder „Gras wächst auch nicht schneller, in dem man an ihm zieht“.

Um den Veränderungsdruck der Familien zu entschärfen, kann die empfohlene Aufgabe eine

• **paradoxe Intervention** sein (→ „was müssten Sie tun, damit alles noch viel schlimmer wird?“).

Auf diese paradoxe (etwas makaber anmutende) Weise wird damit der Versuch gestartet, die Ich-Fremdheit, der bisher „spontan“ auftretenden Symptomatik, zu vermindern, in dem durch die bewusste Beobachtung und Beurteilung der Geschehnisse (in gewissem Sinne „als kompetenter Kriegsgutachter“) die **Kontrollfunktion** reanimiert werden kann. Dabei hilft auch wieder die Erörterung (→ • **Umdeuten /Reframing**), welchen **Sinn** das Symptom, als bisher bester Anpassungsversuch, hat und in welchen Lebensbereichen die Symptomatik wichtig ist und auf keinen Fall aufgegeben werden sollte („**Stärke des Symptoms**“). **Rückschritte** werden als unvermeidlich betrachtet. Ihre Auslöser werden analysiert, aber der/die TheragnostikerIn hält sich nicht lange mit der Enttäuschung auf, sondern hilft den Familien, sich neu mit dem **Ziel** zu befassen und es möglichst **passgenau** (unter Einbezug weiterer **Ressourcen**) zu gestalten, was mittlerweile durch die vorliegenden umfassenden **diagnostischen Erkenntnisse** auch gut gelingen kann.

Im nächsten Schritt geht es nun um die Besprechung und **Auswertung** der **Befunde** bezüglich des Störungsbildes, bei dem die Kinder und Jugendlichen (je nach Alter) in der Regel (nicht) anwesend sind. Hier werden die wesentlich erscheinenden Einzelaspekte der unterschiedlichen **Perspektiven** (→ Symptom → Struktur → System → Entwicklung) unter besonderer Berücksichtigung der internalen wie externalen **Risiko- und Ressourcenlagen** zusammengetragen, ausführlich besprochen und diagnostisch zu einem **ganzheitlichen Bild** zusammengefügt.

Der letzte Teil des Auswertungsgesprächs befasst sich mit der **Klärung** der **weiteren Vorgehensweise**. Es wird zum einen die **Indikation** sowie die **Art und Weise** einer

Behandlungsnotwendigkeit überprüft und erörtert. Zum anderen werden bei Bedarf die ersten richtungweisenden Schritte im Sinne einer **netzwerkusgerichteten Veränderung**

(Kooperation und Koordination angemessener Beschulung, außerschulischer Förderung, Betreuung und Freizeitgestaltung), besprochen bzw. vorgeschlagen.

Durch die Vielschichtigkeit und **Komplexität** des Zusammenspiels von **biopsychosozialen Faktoren**, ergibt sich daraus - je nach **individuellem Bedarf** und Nachfrage- ein maßgeschneiderter **Behandlungsentwurf** (Therapieplanung), der auf folgende **multimodalen Helferangebote** innerhalb und außerhalb unserer Sozialpsychiatrischen Ambulanz zurückgreifen kann:

4.1. Multimodale Helferangebote

• praxisinterne Behandlungsangebote:

- Kindorientierte Behandlungsschwerpunkte:

- Erweiterte Diagnostik
- Krisenintervention/ Konsiliardienst
- Übergangsbegleitung
(bei akuten Krisen und Wartezeiten)
- Psychotherapie/ Kurzzeittherapie

- Familienorientierte Behandlungsschwerpunkte

- Familiencoaching
- Elterncoaching
- Familientherapie

- Netzwerkorientierte Angebote

- Kooperation und Koordination
(Schule/ Kindergarten
Jugendamt/ Jugendhilfe
Vereine / Kirche, ect.)
- Helferkonferenzen
(Eltern/ Schule /Jugendamt/TherapeutInnen)

• externe Helfersysteme:

- Kooperation und Weitervermittlung:

- Psychotherapie (Kind/ Eltern)
- Familientherapie
- Ergotherapie
- Logotherapie
- Lerntherapie/ Mototherapie/ LRS-T
- Gruppenangebote
(Psychomotorik, Essstörung, Scheidung)
- Beratungsstellen
- Kinderärzte/ Hausärzte
- Kliniken/ Krankenhäuser/
(Psychiatrie, Psychosomatik, Neurologie)
- Kuren
(Mutter/ Kind/ Familie)

Der weitere **Behandlungsverlauf** wird von den **persönlichen Vorstellungen** der Familie oder des/ der Jugendlichen bestimmt. Sie entscheiden -außer bei akuter Selbst- bzw. Fremdgefährdung- über ihre Ziele und das Ausmaß der gemeinsam angestrebten Veränderungen selbst (Troost, Wienand 2000). Die **Zusammenfassung** der Ergebnisse aus dem Auswertungsgespräch bezüglich der Anamnese, den Befunden, der Begründung der Diagnose und des daraus resultierenden Therapievorschlags wird in einem **Arztbericht** nachrichtlich an den überweisenden Kinder- bzw. Hausarzt sowie an die Eltern des Kindes gesendet.

Aleksandar kommt gemeinsam mit Vater und Mutter zum Auswertungsgespräch. Seit dem Erstgespräch hatte er keine Fehlzeiten mehr in der Schule vorzuweisen. Die Streitereien zu Hause konnten sich etwas entschärfen, zu Selbstmorddrohungen kam es bislang nicht mehr. Die Familie ist bemüht, ihr angepeiltes Ziel (pro Tag eine gemeinsame Mahlzeit einzunehmen), weiterhin einzuhalten. Aleks hatte sich bereit erklärt, 1 mal in der Woche für die Familie eine Mahlzeit vorzubereiten und danach wieder aufzuräumen; das hat er auch im Wesentlichen eingehalten und möchte dies für sich auch weiterhin vornehmen.

Aleks ist ein zierlicher, jedoch körperlich- neurologisch altersentwickelter Junge. Eine ausgeprägte Teilleistungsschwäche ist vorhanden, jedoch liegt eine hyperkinetische Störung der Aufmerksamkeit, im Sinne eines primär neurologischen Syndroms (ADHS), nach unserem Eindruck nicht vor. Dagegen spricht der Symptombefund, die Intensität und Ausprägung der Leitsymptome sowie sein tendenziell ausgerichtetes einzelheitliches Begabungsprofil.

Vielmehr sehen wir die vorhandene Unruhe, kombiniert mit der Unaufmerksamkeit und Impulsivität, als unmittelbaren Ausdruck einer bestehenden schulischen wie innerfamiliären Belastung. Die emotionale Verfassung des Jungen ist stark durch die familiäre Gesamtsituation, insbesondere durch die psychische Erkrankung der Mutter, den einerseits unbeholfenen und andererseits demütigenden Umgangsformen des Vaters sowie durch die problematische Vorgeschichte beeinflusst. Hinzu kommen schulische wie soziokulturelle Anforderungen, denen er sich schutzlos ausgeliefert fühlt. Es scheint so, dass sich bei Aleks ein familiärer Auftrag verinnerlicht hat, „das Werk der Integration in die hiesige Gesellschaft“ erfolgreich zu vollenden. Dafür stehen ihm einerseits idealisierende, größenfantastisch anmutende Skripts sowie andererseits entwertende und destruktive Introjekte zur Verfügung, die sich gegenseitig bekriegen. Der Wunsch nach Ruhe und Frieden ist vorhanden, kann aber als solcher nicht wahrgenommen und umgesetzt werden. Vielmehr resultieren aus diesem „unbefriedeten“ Zustand Gefühle von Wut, Angst, Ohnmacht und Verzweiflung, die u.a. in Form von Unruhe und wichtiger Geschäftigkeit sowie überheblichem Gehabe und aggressiv- verweigernden Entladungen reguliert werden. Ressourcen sind vorhanden, können sich aber nicht in einer anerkennenden und bestätigenden Weise entfalten. Wir gehen von der Kombination einer emotionalen Störung (narzisstische Persönlichkeitsstruktur; depressiv-aggressive Tendenzen) mit Teilleistungsschwächen aus (ICD 10: F93/ F81.8).

Der Familie wird empfohlen, einen Schulwechsel auf die Hauptschule anzusteuern und eine LRS- Einzelförderung einzuleiten.

Die Indikation zu einer tiefenpsychologisch ausgerichteten Psychotherapie ist für Aleks gegeben.

Er hätte dort hinreichend Zeit und Ruhe, sich mit seinen bisher verschütteten inneren Anteilen zu befassen, die sein Selbstbild bereichern und stärken. Des Weiteren könnte er in diesem Rahmen die bereits vorhandenen Ressourcen stabilisieren und weiterentwickeln.

Die Familie wird ermutigt, den bereits begonnenen Prozess des Auf- und Ausbaus eines „befriedeten Bezirks“ fortzusetzen. Dazu gehört auch eine gewisse Arbeitsteilung, die dadurch einerseits Luft für die beruflichen Pläne der Mutter zulässt und andererseits Zeit und Energie für die Beziehungsgestaltung von Vater und Sohn ermöglicht.

Angesichts der Fülle von Hinweisen und Empfehlungen wird mit der Familie und mir ein Termin vereinbart, der nach einer angemessenen Zeit, Gelegenheit für die Überprüfung bisheriger - und die Gestaltung weiterer passender Schritte bietet.

III Die Behandlung

1. Das Selbstverständnis

Die **ressourcenorientierte** und **ganzheitlich ausgerichtete Behandlung** (Therapie) versteht sich grundsätzlich als ein **entwicklungsförderlicher Prozess** zwischen dem Kind, seinem sozialen Umfeld und dem/der Therapeuten. Entsprechend ihres **integrativen Ansatzes** berücksichtigt sie Kontinuum und Kontext gleichermaßen. Dadurch kann für die konkrete Vorgehensweise eine passgenaue **Kurzzeitperspektive** angepeilt werden, die sich insbesondere auf die Gegenwart und Zukunft bezieht und in erster Linie eine **antiregressive Haltung** einnimmt.

1.1. Der therapeutische Auftrag

Sie setzt sich zum **Ziel**, das Kind zu einer altersangemessenen stabilen Lebensführung zu befähigen (**Ich-Stärke**), die damit einen differenzierten Individuationsprozess (**Identitätsbildung**) ermöglicht, der Ausgangslage für eine gelungene Einbindung und Akzeptanz in die Gemeinschaft ist (**Integration**). Somit befasst sich die Therapie auch mit dem sozialen Umfeld (Familie/ Schule/ Freizeit) des Kindes, in dem die **gegebenen Lebensumstände** berücksichtigt und diese hinreichend sensibilisiert und stabilisiert werden. Hierbei richtet sich der Fokus auf **Therapieprozesse**, die zum einen die **internalen Ressourcen** stärken bzw. stabilisieren und zu einer eigenständigen Lebensbewältigung befähigen zum anderen bemüht sich die Behandlung um die Ausgestaltung und Stabilisierung **externaler Ressourcen**, damit eine förderliche Entwicklung, Akzeptanz und Einbindung im „convoy“ (Petzold 1990) gelingen kann.

Ressourcen können als „nuggets...“, „*Sourcen*“ bzw. als „*Quellen*“ oder „*zweckdienliche Mittel*“ (Petzold 1997) verstanden werden, die zur Bewältigung anstehender Anforderungen und zur Wiederherstellung der eigenen Grundbedürfnisse herangezogen werden. Als Ressource wird somit jeder Aspekt des individuellen Geschehens sowie der kontextuellen Lebensumstände gesehen, die dem Kind einen **Möglichkeitsraum** (Metzmacher, Zaepfel 1999) zur Bewältigung seiner Entwicklungsaufgabe bietet.

Die **Salutogenese** (Antonowski 1997), beschäftigt sich intensiv mit den gesundheitsförderlichen Aspekten, die es dem Menschen ermöglichen, trotz „prekärer Lebenslagen“, eine gewisse **Resistenz** bzw. **Resilienz** (Widerstandskraft/ Standhaftigkeit) oder **Ich-Stärke** zu erhalten und damit die Gestaltung bzw. Wiederherstellung seines leiblichen (körperlich-seeleisch-geistig) wie lebensweltlichen **Wohlbefindens** gewährleisten kann. Aus dieser Perspektive wird auch von **protektiven Faktoren** gesprochen. Einem Potential im Sinne einer „*psychischen Immunisierung*“ (Zaepfel, Metzmacher 2001), aus dem sich der Mensch nährt und damit **Schutz** und **Selbsterhalt** stabilisiert.

Als Orientierung bzw. Übersicht sollen nun unterschiedliche **Kategorien** von Ressourcen (bzw. protektiven Faktoren) aufgeführt werden, aus denen sich das **Ich** nährt (Petzold 1997; Zaepfel, Metzmacher 2001; Vogt-Hillmann 2002):

- **Internale Ressourcen:**

- **Personale Ressourcen:**

Geschlecht, Gesundheit, Alter, Vitalität, Temperament, Eigenmotivation, Beharrlichkeit, Humor, Intelligenz, Bildung, Aussehen, Begabungen, Interessen, imaginäre/ kreative/ senso-motorische/ sprachliche/ kognitive Fertigkeiten, interaktionelle Fähigkeiten (Ausdrucksfähigkeit/ Empathie) Selbstvertrauen (gute innere Bilder), Copingkompetenzen (Affektregulierung/ Realitätsüberprüfung/ Selbstwertregulierung/ Kontaktregulierung)

- **Spirituelle Ressourcen:**

Identität und Zugehörigkeit, Glaube/ Weltbild, Religion, kulturspezifische Rituale (Fussball- WM, Olympiade, Fasnacht, Weihnachten, Neujahr, Sonnwendfeier)

- **Externale Ressourcen:**

- **Soziale Ressourcen:**

Verfügbare und überschaubare soziale Netzwerke und Strukturen (Familie/ Freunde/ Freizeitangebote/ Nachbarschaft/ ökologische Freiräume/ Schule/ Vereine, ect.), emotional stabile und verlässliche Beziehungen (Angehörige/ FreundInnen/ LehrerInnen/ TherapeutInnen...), (Haus-) Tiere,...

- **Materielle Ressourcen:**

Existenz- Sozial- und Ausbildungsabsicherung, materieller Besitz (bezüglich Entfaltungsmöglichkeit/ Grundbesitz/ Autonomie/ Mobilität), Wohnraumqualität

- **Professionelle Ressourcen:**

Beschulung, Qualifikation, (Fach-) Wissen, Position der Eltern,

- **Gesellschaftliche Ressourcen:**

politischer Zeitgeist, aktuelle Völkerverständigung- und Integration, Förderung und Wertschätzung von Familien/ Bildung/ Soziales.

An dieser Stelle sei nochmals bekräftigt, dass ausschließlich die **intrapyschische- und lebensweltliche Ausstattung** des Kindes entscheidet, was als **Ressource** genutzt und was als **Risikofaktor** die kindliche Entwicklung behindert.

Die Generalisierungstendenz solcher herkömmlichen **Ressourcenmodelle** birgt eine therapeutische Falle; den Blick auf die offiziell anerkannten „guten Dinge und Ideen“ zu richten und damit an der Wahrnehmung des Kindes und der Familie vorbei zu schlittern. Selbst wenn die Wahrnehmung mit der Fremdwahrnehmung des/der TherapeutIn übereinstimmt, ist noch lange nicht die optimale Nutzung damit gesichert (Vogt-Hillmann 2002). So gilt es auch hier wieder- nach einer gemeinsamen, feinfühligem und differenzierten Suche von „verschütteten“ oder „verkümmerten“ Ressourcen- die kleinformatigen (bescheidenen) Lösungen zu begrüßen und zur Nutzung passgenau auszuhandeln. In diesem Zusammenhang entwickelt Metzmacher (2001) derzeit einen **Fragebogen** für Bezugspersonen, der eine individuell ausgerichtete und ressourcenorientierte Sichtweise zulässt.

Ich-Stärke kann als die Kraft bezeichnet werden, die den Menschen dazu befähigt, aktuelle (bedrohliche) Eindrücke von sich und der Welt wahrzunehmen, angemessen zu verarbeiten und für sich zu verwenden. Sie entspringt aus dem **Ich**; bzw. dem „*Selbst in Actu*“ oder dem Realbezug zum „*Hier- und Jetzt*“ (Petzold 1990). In diesem Sinne verfügt das Ich über **Selbstregulierungskräfte (Ich-Funktionen)**, die imstande sind, aktuelle intensive Gefühle zu desaktualisieren (**Affektregulierung** ⇒ Entlastung/Entspannung), sowie sich selbst und andere/s zu betrachten (Exzentrizität/ Mehrperspektivität) und damit inneres Erleben von äußeren Umständen zu unterscheiden (**Realitätsüberprüfung** ⇒ Stabilisierung/ Kontrolle). Des Weiteren sind Regulierungskräfte imstande, eigene bedeutsame Ideen zu entwerfen, die mit handhabbaren realen Möglichkeiten umgesetzt werden können (**Selbstwertregulierung** ⇒ Aktivierung/ Selbstwirksamkeit) und nicht zuletzt sind sie imstande, interaktionelle Prozesse zu gestalten und zu nützen, die einerseits Selbstwahrnehmung und Entlastung und andererseits Anregung und Lebensfreude bieten (**Kontaktregulierung** ⇒ Verbundenheit/ Autonomie).

Ich-Strukturen sind aktualisierte Verhaltensentwürfe (Copingstrategien/Abwehrmechanismen), die bisher bei bestehenden (bedrohlichen) Ereignissen am geeignetsten erschienen und verwendet wurden.

Identität, als „*reifes reflektiertes Leib-Selbst*“ (Petzold 1990), spiegelt zum einen die Grundannahmen bzw. Bewertungen oder Einschätzungen bezüglich des **Selbst-Bildes** wider, was sich in Form von eigenen aktuellen Wünschen oder Befürchtungen, Fähigkeiten und Eigenschaften (**Real-Selbst**) sowie eigenen zukünftigen Zielen, Ideen und Erwartungen (**Ideal-Selbst**) umschreiben lässt. Zum anderen spiegelt sie Überzeugungen und Einschätzungen bezüglich des **Fremd-Bildes** wieder, was sich in Form von eigenen und anderen **Rollenzuweisungen** (Fähigkeiten, Eigenschaften, Funktionen, Beurteilungen) sowie eigenen und anderen **Beziehungsbotschaften** (Wünsche, Erwartungen, Aufträge, Entwürfe,) umschreiben lässt.

Nach Petzold zeigt sich im Fremd-Bild die Rollenantwort (**Rollen-Selbst**) der bisherigen **Austauschprozesse** von Individuum und Umwelt. Ein gelungener **Individuationsprozess** (Identitätsbildung) wird dann möglich, wenn angesichts gegebener Lebensumstände stabile und hilfreiche Selbst- und Fremdbilder zur Verfügung stehen, die jeweils geeignete und passgenaue Kräfte mobilisieren können, um die bestehenden Entwicklungsaufgaben zu befriedigen und damit zu einem flexiblen, reiferen und differenzierterem persönlichen **Erlebens- und Verhaltensrepertoire** beitragen.

Die Identität nährt sich aus ihren „**5 Säulen**“ (Petzold 1991), die sich mit den oben aufgeführten Ressourcenkategorien decken.

1.2. Das therapeutische Angebot

In diesem Sinne bietet sich Therapie einerseits als **Ort des Schutzraumes** („*safe place*“, Katz-Bernstein 1996) an, in dem äußere Reize reduziert sind und der Zugang zum inneren Erleben möglich wird. **Innerseelische** Ressourcen können aufgespürt und stabilisiert werden.

Der **therapeutische Prozess des „Halten“** und der Wertschätzung tritt hier in den Vordergrund (Zaepfel, Metzmacher 1996). Er ermöglicht insbesondere die Bestätigung und Anerkennung subjektiver Erfahrungen sowie das Verstehen (Empathie) bzw. das Verständnis gegenüber der emotionalen Verfassung des Kindes und der Familie. Diese narzisstische Zufuhr befähigt das angeschlagene (individuelle bzw. familiäre) Selbst, sich zu regulieren und hinreichend zu akzeptieren (**Selbstakzeptanz**). Der/die TherapeutIn übernimmt hierbei eine **Beziehungsfunktion**, die sich im Sinne eines wohlwollenden Über-Ichs bzw. einer „*Alter-Ego*“-Beziehung umschreiben lässt (Finke 1999). Des Weiteren versteht sich der Prozess des Haltens auch als Ausgangslage, um eine **tragfähige therapeutische Beziehung** zu gestalten und kann damit selbst als Ressource genützt werden. Fürsorgliche Zuwendung und Entlastung sowie zuversichtliche Unterstützung trägt zu einem **vertrauensvollen** und verbindlichen **Arbeitsklima** bei.

Andererseits bietet sich die Therapie auch als **Ort des Übungsraumes** an; in dem Ziele und Vorstellungen entworfen, Lösungsschritte mobilisiert und „*Probearbeiten*“ dazu ausprobiert wird, was in der Realität so (noch) nicht bewusst geschehen ist. Der **therapeutische Prozess des „Fördern“**

(Zaepfel, Metzmacher 1996) und der Aktivierung tritt hier in den Vordergrund. Er bietet kreative Möglichkeiten die **inneren Ressourcen** mit den aufgespürten **äußeren Ressourcen** in Verbindung zu bringen und „*vor Ort*“ einzuführen bzw. zu etablieren. Die Aktivierung von Selbsthilfekräften (**Selbstbewusstsein**) und Handlungskompetenz (**Selbstmanagement**) wird damit möglich.

Der/die TherapeutIn übernimmt hierbei eine **Beziehungsfunktion**, die sich im Sinne eines „*Explorers*“ (Finke 1999) oder Mobilisierers und eines Vermittlers oder Übersetzers (Zaepfel, Metzmacher 1996) zum Umfeld umschreiben lässt. Hierbei trägt die interessierte und ermutigende Haltung des/der TherapeutIn zu einem **effektiven** und konstruktivem **Arbeitsklima** bei.

1.3. Die therapeutische Beziehung

So bildet die **therapeutische Beziehung** den Rahmen, die Basis und das Medium der Therapie (Petzold, Ramin 1987). Sie versteht sich als **entwicklungsförderliche Begegnung** zwischen dem/der TherapeutIn, dem Kind und seiner sozialen Umwelt, in dem zwischenmenschliche Anteilnahme und Wertschätzung sowie Interesse aber auch Andersartigkeit (**Intersubjektivität**) stattfinden kann. Durch die kontinuierliche Begegnung, die von Konsens wie Dissens geprägt ist, kann sich „*ein guter innerer Gefährte mit Schattenseiten*“ (Petzold, Ramin 1987) bzw. **Selbstvertrauen** und **Selbstmanagement** entwickeln.

1.4. Die therapeutische Ausstattung

Hierbei spielt in erster Linie die **ressourcenausgerichtete Grundhaltung** bzw. die Weltanschauung des/der TherapeutIn eine entscheidende Rolle, die auch ihre/seine **menschlichen Kompetenzen** (*Lebenserfahrung*,

partielles Engagement, selektive Authentizität, „innere Autonomie“ bzw. „professionelle Distanz“, „flexibles Ich“), entscheidend beeinflussen (Petzold, Ramin 1987; Zaepfel, Metmacher 1996).

Erst in zweiter Hinsicht sind die **fachlichen Kompetenzen** (theoretisches Hintergrundwissen) und **praktischen- technischen Fertigkeiten** (Repertoire an Interventionsmöglichkeiten), als **therapeutische Ausstattung** wichtig.

1.5. Die therapeutische Behandlungsform

Die ressourcenorientierte und ganzheitlich ausgerichtete Behandlung lässt sich in jedem Setting anwenden, ob in der Einzeltherapie, der Familien- oder Elternbegleitung, bei akuten Krisen, Anpassungsreaktionen, schwerwiegenden sozialen oder emotionalen Störungen oder bei kombinierten Entwicklungsstörungen. Sie ist nicht definiert durch eine bestimmte Anzahl von Sitzungen, kann also auch bei niederfrequenten, **längerfristig begleitenden** Prozessen mit **unbestimmter Dauer** zur Anwendung kommen (Trost, Wienand 2000).

2. Die therapeutischen Interventionen und Medien

Therapeutische Interventionen und Medien sind gezielte **Vorgehensweisen** oder zur Verfügung stehende **Hilfsmittel** in der Behandlung. Sie wirken als **Katalysator** und setzen wichtige **Impulse** im entwicklungsförderlichen Prozess. Sie sind behilflich, derzeit Vorrangiges auszudrücken, zu verstehen oder weiterzuentwickeln. In gewissem Sinne übernehmen sie dabei die Funktion als **Intermediärobjekt** (Brücke/ Verbindung), in dem sie aktuelle und gespeicherte Eindrücke bündeln und diese durch gezielte Schritte - angesichts der gegebenen Lebensumstände - integrieren.

Des Weiteren spielen sie bei der Kontaktaufnahme und der weiteren Entwicklung der **therapeutischen Beziehung** eine entscheidende Rolle, in dem sie auch hier eine Brückenfunktion übernehmen, und dadurch die zwischenmenschliche Begegnung in vielfältiger Weise gestaltet werden kann (Katz- Bernstein, 1996). Interventionen setzen auf den unterschiedlichen Ebenen menschlicher **Verarbeitung** und **Umsetzung** an: Der **Imagination** und der **Aktion**. Grundsätzlich fließen beide Verarbeitungsweisen ineinander über und sind nicht voneinander zu trennen. Der Übersicht halber sollen hier nun einige (wenige) **ressourcenausgerichtete** und **regulierungsförderliche** Interventionsweisen und Medien vorgestellt werden, die auf der imaginären wie aktionalen Ebene ansetzen und insbesondere bei der **kindorientierten Behandlung** verwendet werden.

Die **Imagination** ist eine kognitive Vorstellungsleistung, ein bewusstes Visualisieren von „inneren Bildern“ (in Abgrenzung zum Traum, der im Schlaf ein vorbewusstes „Begegnen“ innerer Bilder ermöglicht). Dieses Potential steht dem Menschen als „symbolisierungsfähiges Wesen“ zur Verfügung und grenzt ihn eindeutig vom Tier ab. Diese inneren Bilder sind eine Art anschauliches Zusammenspiel (Komposition) von gespeicherten wie aktuellen Eindrücken, die emotional eingefärbt sind und mit Körperreaktionen bzw. Handlungsimpulsen sowie entsprechenden Denkvorgängen einhergehen.

Die **Fantasie** kann als Vielfalt „innerer Bilder“ („Bildervariete“e) gesehen werden. Die Vorstellungskraft ist nun imstande diese Bilder als Szenen miteinander zu verknüpfen, zu variieren bzw. kombinieren und insbesondere neue Bilder daraus entstehen zu lassen. Die Realität wird dabei durch eine „so tun als ob- Realität“ entstellt, verzerrt, zeit- und raumlos übertrieben und somit außer Gefecht gesetzt (Katz- Bernstein 1996). Die Blütezeit der Fantasie ist die Magische Phase (ca. 4-7.J.)

Übersetzt heißt das: die Fantasie kann als lebensnotwendige **Ressource** gesehen werden, die folgende Prozesse ermöglicht:

- Die Fantasie ist Bewältigungsversuch in eigener Regie, da intensive Gefühle, stellvertretend durch Symbole ausgedrückt und durch eine vermeintliche Handlungsfähigkeit bewältigt werden können
- Die Fantasie ist Erklärungsversuch zum Verstehen und „Sinnfinden“ von komplexen Zusammenhängen, die damit vor Willkür und Ausgeliefertsein schützt
- Die Fantasie ist Übungsraum zum Probehandeln, der unerschöpfliche Möglichkeiten bietet, Gefürchtetes wie Ersehntes gefahrlos auszuprobieren und Neues zu entwerfen (Katz- Bernstein 1996; Resch 1993).

Die **Aktion** ist im therapeutischen Sinne ein „psychomotorischer Ausdruck“ inneren Erlebens. Sie ist ein „Verhaltensdrang“, der zum einen Spannungsabbau (Spannungsregulierung) ermöglicht und zum anderen Handlungsimpulse erleben lässt, die wiederum gezielt ausgestaltet, differenziert, gesteuert und für eigene Zwecke (hilfreich/ entlastend) verwendet werden können (Selbststeuerung/Handlungskompetenz). Der Mensch verfügt über vielfältige kreative **Ausdrucksarten** (Spielen, Bewegen/ Tanzen, Malen, Bauen, Kneten, Schreiben, Musizieren, Erzählen, Kochen,...). In diesem Zusammenhang kann der (kreative) Ausdruck als **externale Ausgestaltung** inneren Erlebens gesehen werden. Dieses kreative Erleben und Gestalten steht dem Menschen als eine der wichtigsten **Ressourcen** zur Verfügung und muss therapeutisch beachtet und gepflegt werden. Die verwendete **Medien** (Spiele, Figuren, Farbe, Steine, Ton, Klamotten, projektive Test ..) werden in diesem Sinne als **hilfreiche Objekte** betrachtet, die dem Kind eine Identifikationsfläche bieten und sich damit vorherrschende Innenvorgänge nach außen verlagern können (Projektion).

- **Die anschaulichen Bilder (Metapher, Symbole)**

Die Verwendung von anschaulichen Bildern und Metaphern ermöglicht eine kindgerechte Verständigung und Begegnung bzw. erleichtert den Zugang zur „Kind- Welt“ in entscheidendem Maße. Eine „bildhafte Sprache“ gehört in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zur Grundausrüstung. Anschauliche bildhafte Kommunikation hilft, den gemeinsamen Austauschprozess zu „beleben“, Gegensätzliches zu erkennen, bereits Erzähltes zu **bündeln** und hilfreiche **Brücken** für die Ausgestaltung weiterer lebendiger Bilder zu ermöglichen. Die anschaulichen Erklärungsversuche („gleich wie..“) ermöglichen dem Kind/Jugendlichen zu verstehen und Zusammenhänge zu erkennen. Die Kraft der Bilder wird auch als wertvolle Hilfe bei **Entspannungsübungen** bzw. zur **Regulation des Erregungslevels** verwendet. Nicht zuletzt bieten sie die Möglichkeit, die Kinder aus Ihrer „Eigenrealität“ abzuholen und sie damit sanft in die „Hauptrealität“ zu begleiten.

- **Fantasiereisen und Vorstellungsbilder**

Die **Suggestion** (geführte Imagination im Wachzustand) zu ausfantasierten Orten, Gefährten oder Idealen, ermöglicht eine **symbolhafte Begegnung** mit der „Eigenrealität“ bzw. den **verinnerlichten Repräsentanten** von „sich“ und „anderen“ (Selbst/ Fremdbild). Sie greifen Erlebtes auf und knüpfen Kontakt zu Zukünftigem. In wohlwollender Atmosphäre kann einerseits diese gute innere Erlebniswelt mit den guten Gefährten und kräftigenden Szenen sinnlich sowie atmosphärisch aufblühen und ausgeschöpft werden, andererseits können die bedrohlichen Bilder und Gestalten verbannt und überlistet sowie gezähmt und (mit eigenem Regler) verkleinert werden. In diesem Sinne werden Handlungsentwürfe ausfantasiert, differenziert und ausprobiert. Den Widersacher imaginär zu vernichten, muss nicht unbedingt eine erstrebenswerte Lösung sein. *„Jeder Drache beschützt einen wertvollen Schatz“ (Reddemann 2001)*. Die wertvollen und überlebenswichtigen (eigenen) Anteile der bedrohlichen Gestalten anzuerkennen und für sich zu verwenden, gehört zu den reifen Entwicklungsprozessen. Nicht zuletzt bieten Fantasiereisen und Meditationen zu „Ruhe- Oasen“ im Alltag Erholung und Entspannung und stärken das bewusste Erleben **innerer Kraftquellen**.

- **Körperübungen**

Ein achtsamer und wertschätzender Umgang mit der **eigenen Leiblichkeit** stärkt die Selbstwahrnehmung und fördert die Selbsteinschätzung (Selbstgefühl) bezüglich vorherrschender Zustände (innen-außen/meins-deins). Sensibilität ermöglicht Selbstregulierung. Körperübungen bieten einen bereichernden Zugang zur **Leib- Identität**, in dem sie eine **Balance** zwischen Körper- Seele- Geist- Prozessen herstellen und unterstützen. Die **Leib- Funktionen** (als perzeptiver- memorativer und expressiver Leib) werden dadurch sensibilisiert und stabilisiert. Genau wie Erwachsene müssen auch Kinder (wieder) lernen, das eigene leibliche Potential in seiner **Ganzheitlichkeit** zu achten und zu pflegen.

- **Perspektivenwechsel**

Der Perspektivenwechsel ermöglicht, sich selbst aus der involvierten (bedrohlichen, einseitigen, „klischeehaft“) Sichtweise (**Tunnelblick**) in die distanzierte Beobachterposition (**Exzentrizität**) zu imaginieren. Belastende Ereignisse bzw. Szenen können wie in einem Film betrachtet und somit auch reguliert werden (aus- einschalten, langsam-schneller, ohne Ton). Die dadurch empfundene Sicherheit (**Kontrollillusion**) befähigt den Menschen, innere und äußere Einflussgrößen zu analysieren und sich (neuen) anderen Sichtweisen zuzuwenden. Eine Perspektivenerweiterung (**Mehrperspektivität**) wird möglich. Unterschiedliche Sichtweisen können berücksichtigt werden (Überblick). Eine hilfreiche Ausgangslage, um Zusammenhänge „sinnhaft“ zu erkennen, sich neu zu orientieren und weitere **Handlungsalternativen** zu erschließen und auszuprobieren.

- **Identifikation und Dialog**

Die Identifikation („Einverleibung“) mit „anderen“ Subjekten sowie „eigenen“ **inneren Anteilen** oder **Ambivalenzen** ermöglicht, sich mit einer anderen bzw. „verschütteten“ Sichtweisen von den Dingen zu befassen. Durch den geführten **Dialog** werden die verschiedenen Positionen belebt und können sich im Kontakt einander zuwenden, trösten, versöhnen, akzeptieren, oder „irgendwie einigen“. **Intersubjektivität** und **Integration** gleich eines „**inneren Teams**“ (*Reddemann 2001*) wird dadurch möglich. Dies geht mit einem erweiterten Selbst- und Fremdbild einher (**dezentrierte Identität**). Eine Voraussetzung, um zufriedenstellende bzw. versöhnliche und flexible Kompromisse auszuhandeln.

- **Geschichten**

In eigenen und anderen Geschichten können Kinder sich wieder entdecken. Sie sind ein **Spiegel** ihrer eigenen Welt, da Geschichten ähnliche Bedürfnisse, Befürchtungen und Erfahrungen poetisch aufgreifen und „in anderen Worten“ eine mögliche Lösung präsentieren. Insbesondere die Märchen bestätigen **kindliche Wertvor-**

stellungen wie „gut besiegt böse“, „schwach übersteht stark“ (Katz- Bernstein 1996). „Ähnliche andere“ Geschichten können auch als Intermediärobjekt vor einem zu dichten Thema verwendet werden (Arbeit vor dem Widerstand, *Petzold, Ramin 1987*).

- **Spiele und kreatives Gestalten**

Das (freie) Spielen und Gestalten in geschützter wohlwollender Atmosphäre ist das Herzstück einer Kindertherapie und lässt eine lustvolle und energiegeladene Kraftquelle entdecken. Lebensgeister werden geweckt und die Begegnung mit dem/der Anderen kann sich auf eine spontane, kindgerechte, spielerische und „unverfängliche“ Art und Weise gestalten. Des Weiteren können damit bisher verdeckte und intensive Gefühle ausagiert und auch bewusst gebündelt, benannt, verarbeitet und neu gestaltet werden. Nicht zuletzt kann das Spielen und kreative Gestalten als lebenswichtige Tätigkeit verstanden werden, die die kindlichen Entwicklungsprozesse in psycho- sozialer, senso- motorischer und neuro- kognitiver Hinsicht ganz entscheidend zu fördern vermag.

- **Die Spielgefährten und „geliebten Objekte“**

Eine besondere Bedeutung wird in der Kindertherapie den **Spielgefährten** (Puppen, Dino`s, Kuscheltieren,...) beigemessen. Sie können „so-tun-als-ob“ „beseelt“ bzw. „magisch aufgeladen“ werden und im therapeutischen Prozess ganz unterschiedliche **Funktionen** einnehmen: Insbesondere als **Übergangsobjekt** (Platzhalter) können sie die Gemütsstimmungen geduldig auffangen (Tröster, Sündenbock, treuer Gefährte, Beschützer). Als **Projektionsfläche** eigener Erlebniswelten kann die Figur die erlebten- bzw. nachgeahmten Handlungen aushalten (Figur wird gepflegt, beschimpft, verspottet, getröstet und ignoriert) und damit zum Verarbeitungsprozess entscheidend beitragen.

Des Weiteren ermöglicht die Figur eine „Einverleibung“ (**Identifikation**) ersehnter wie befürchteter Eigenschaften, die dadurch erlebt, erfahrbar und neu sortiert werden können. Nicht zuletzt sind die Figuren als **Intermediärobjekte** gut geeignet, die Kontaktaufnahme zu erleichtern und den Austausch zu beleben (*Petzold 1987*). Die „**geliebten Objekte**“ (Steine, „Glücksbringer“, Ringe, Amulette, Federn, Muscheln, Bilder, Foto`s, Tagebücher, allerlei Ding,...) gehören insbesondere/auch zur Grundausstattung einer Therapie mit Jugendlichen. Sie werden als symbolisierte Wegbegleiter verwendet und übernehmen dabei die wichtige Funktion des veräußerten bzw. **real verankerten „guten Gefährten“**. Sie können aber auch als symbolische Stellvertreter für Vereinbarungen, Aufgaben und Anforderungen, gekoppelt werden (Wäscheklammer in der Tasche, Ball im Regal, Ring am Finger), und dadurch, sichtbar für alle Eingeweihten, konserviert, aufgeschoben, reaktiviert oder „eingemottet“ werden (*Habermas 1999*).

- **Rituale**

Rituale sind geregelte Abläufe (Zeremonien) mit **symbolischer Bedeutung**. Sie werden bei bestimmten Anlässen abgehalten, haben einen festen Rahmen bzw. eine verlässliche Ordnung und gewährleisten damit **Sicherheit** (Kontrolle) und **Stabilität**. In allen menschlichen Kulturen werden Rituale verwendet und übernehmen insbesondere die Funktion, in verunsichernden **Übergangssituationen** (Geburt→ Leben; Tag→ Nacht; Kiga→ Schule; Pubertät→ Erwachsensein; Heirat→ Ehe; Leben→ Tod), eine **Orientierung** zu ermöglichen (*Liebertz 2000*). In diesem Zusammenhang sind Rituale sinnliche Inszenierungen, die aufkommenden intensiven Gefühlen ein äußeres **Geländer** bieten können. Im therapeutischen Sinne werden Rituale auch als **hilfreiche Brücken** verwendet, um „sicher anzukommen“, damit der **nächste Schritt** leichter fällt. Sie können aber auch als gewisse „**unbelastete Auszeit**“ genutzt werden, um den Gehirballast (Sorgen, Nöte, Streit) für eine gewisse Zeit abzulegen bzw. zu bannen (**desaktualisieren**). In gewisser Hinsicht eine „förmlich-strukturelle“ Erlaubnis zur **Verdrängung**. Nicht zuletzt finden sich in Ritualen auch **erzieherische Elemente**, die durch die geregelte Abfolge mit klaren Signalen, eine eindeutige Verständigung (ohne große Diskussion) ermöglicht.

3. Die Prozessschwerpunkte

Therapie als Ort des Schutzraumes und des Übungsraumes stellt sich zur Verfügung, um entwicklungsförderliche Prozesse einzuleiten, die zu einer Stabilisierung von Selbstregulierungskräften (Ich-Stärke) beitragen und die dem Kind und seiner Familie - angesichts der gegebenen Lebensumstände- auf der Suche nach Ressourcen und Identitätsbildung behilflich sein können. Hierbei treten verschiedene Prozessschwerpunkte in den Vordergrund, die ich nun -in etwas künstlicher Trennung- beleuchten möchte:

3.1. Ausdrucksprozesse

Der (kreative) **Ausdruck** wird aus therapeutischer Sicht als **Spiegel** oder **Botschaft inneren Erlebens** verstanden und stellt damit die **symbolisierte** bzw. anschauliche oder gebündelte Veräußerung innerer Anteile dar. Eindrücke verlangen nach Ausdruck (Petzold 1990). Die Seele findet gewissermaßen das „Heil“ dadurch, dass sie einen vorherrschenden (massiven) inneren **Ein-Druck** nach außen verlagert und dadurch **Aus-dem Druck** kommt („acting-out“, Katz- Bernstein 1990). So kann der Mensch, rein durch den Ausdrucksvorgang, in Form von **Imagination** oder in Form von **Aktion** intensive Gefühle entladen bzw. sich entlasten, was insbesondere bei den „vorbewussten“ Prozessen innerhalb der Spieltherapie von entscheidender Bedeutung ist. Der Ausdruck (als symbolisierter Stellvertreter innerer Prozesse) wird jedoch auch im Sinne einer gezielten **Spannungsregulierung** verwendet: Alles was in symbolisierter Form durch Imagination oder Aktion ausgedrückt worden ist, kann aufgesucht, wahrgenommen, benannt, differenziert, verändert und neu gestaltet werden (Katz- Bernstein 1990). So können **innere** und **äußere** fantastische und kreative **Kräfte** und **Gefährten** gezielt aufgesucht, „beseelt“, mobilisiert, modelliert und ausgestaltet werden sowie bedrohliche und übermächtigen Gestalten damit verbannt werden. **Desaktualisierung** von intensiven Gefühlen (**Affektregulierung**) sowie die **Aktivierung** guter innerer und äußerer Kraftquellen (**Ressourcenaktivierung**) wird dadurch möglich. Die **Entmachtung** von Druck (Sorge und Angst) wirkt Wunder! Wenn wir den Ausdruck als kreatives schöpferisches und fantastisches Potential achten, pflegen und gezielt verwenden- auch in **Krisenzeiten** - kann somit einer unserer wertvollsten inneren und äußeren Schätze geborgen werden. Die zuversichtliche Bereitschaft für kreative Problemlösebeiträge - auch unter **Stress**- ist damit gestärkt.

David, 10J. ist in Behandlung wegen gelegentlichem Einnässen, starkem Nägelkauen und extremer Kopf- und Bauchschmerzen. An der Kinderklinik konnte kein organischer Befund festgestellt werden. David ist 1. Kind einer polnischen Aussiedlerfamilie. Er ist auffällig kleinwüchsig und wirkt insgesamt wesentlich jünger. Bei der Mutter wird eine Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit vermutet, der Vater schichtet und wurde in der Praxis bisher nicht gesichtet. Die therapeutische Vorgehensweise bezüglich des sozialen Kontextes wird an anderer Stelle erläutert. David ist ein übermächtig angepasstes Kind, das durch sein Verhalten keinerlei Anlass zu Unmut geben möchte („wo der Mund schweigt, sprechen die Organe“). Ständig hat er mich im Blick, ist ausgesprochen verkrampft („hält dicht“) und versucht mich mit gut überlegten, korrekten Antworten zu füttern. Die einzigen Momente, in denen er sein Blick von mir abwendet und sich sichtlich entspannen bzw. ausagieren kann, sind die gemeinsamen Tipp-Kick Matches. Jeder Treffer ist für ihn (und mich) ein Genuss. Nach einer dieser lebhaften Begegnungen biete ich ihm eine Reise zu seinem eigenen „inneren guten Ort“ an, die er auch annimmt und sich dabei auf einem Bolzplatz mit seinem Vater befindet. Er gestaltet (mit meiner Unterstützung) diese Begegnung in seiner Vorstellung recht detailliert und sinnlich aus. Anschließend malt er sich selbst mit schwarzen Filz einen Fußball auf seine Hand. Am Ende dieser Stunde borge ich ihm eine Tipp-Kick Figur und einen Ball „für sich zu Hause..“. Einige Stunden später bringt er mir die Spielfigur mit Ball zurück: „Ich hab´ mir sowas jetzt selbst gekauft und spiele mit meinem Bruder“. Immer wieder biete ich David kleine anschauliche Übungseinheiten zur körperlichen Spannungsregulierung an (→ „Äpfel klauen“, „der relaxte Jacob“, „der Schildkrötengruss“, „der Atemtanker“, „der Sonnengruss“, „der Energiemarsch“), die er - je nach Verfassung- mehr oder weniger für sich verwenden kann.

Nadine, 10J. wird vorstellig aufgrund einer akuten Angststörung, die sich durch Trennungsängste, Dunkelheit- sängst und Ein- bzw. Durchschlafstörungen äußert. Der Auslöser zu dieser massiven Ausprägung wird in Zusammenhang zu einem konkreten Vorfall in der Nachbarregion gesehen, bei dem ein 6-jähriges Mädchen entführt, vergewaltigt und umgebracht wurde, was auch die Öffentlichkeit in dieser Zeit sehr aufgewühlt und erschütterte hatte. Des Weiteren kommt es in der Familie, insbesondere aber bei der Mutter, immer wieder zu erheblichen Erschütterungen (Sorge/ Angst), da der Bruder der Mutter drogenabhängig ist und häufig (besonders nach Therapieabbrüchen) die Familie (nachts) aufsucht und randaliert. Nadine sieht ihrer Mutter nicht nur äußerlich sehr ähnlich, sie scheint sich mit ihr auch stark zu identifizieren. Jede (emotionale) Regung der Mutter im Gespräch irritiert Nadine sofort und lässt sie „erstarrt“ innehalten. Abgesehen von der Überprüfung der realen Angstsituation und der Einführung objektiver Handlungsmöglichkeiten, die mit Nadine und ihren Eltern gemeinsam besprochen werden, finden mit Nadine auch einige Einzelstunden statt, in denen es insbesondere um ihre subjektiven Befürchtungen aber auch um ihre magischen bzw. imaginären Handlungsmöglichkeiten geht. Dadurch kann wieder ein Zugang zu ihren inneren Kraftquellen freigelegt werden. In einer Stunde macht sie sich auf, um ihren guten inneren Gefährten zu treffen:

„Bulle“; ein Bullterrier mit ausgesprochen aggressivem Charakter, der sich jedem (fremden) Mann auf der Terrasse todesmutig mit gefletschten Zähnen in den Weg stellt und ihn 2 Strassen weiter bis zur nächsten Polizeistation treibt. Er wird von Nadine in einer nicht vorher erlebten Leidenschaft ausgemalt. Weitere Situationen werden ausfantasiert, in denen Bulle (imaginär) seinen Mut und seine Kraft unter Beweis stellt, während sie selbst dabei (real) ihre eigene lebhaftige und mutige Verfassung genießen und auskosten kann. Sie hat jedoch Bedenken, was wohl passieren würde, wenn sie schlafen würde und „Bulle pennt“? Ihr selbst kommt dabei die Idee, - angeregt durch mein Stöberregal- „die Kraft des Steines“ (eine frühere Sammler- Leidenschaft von ihr),

wirken zulassen. Sie sucht sich dafür einen (realen) Stein aus und lädt ihn mit magischer Strahlung auf, der (gleich einer Alarmanlage) jede fremde Schwingung wahrnehmen und Bulle wecken könnte. Den Stein darf sie mitnehmen „... der hilft bestimmt beim Schlafen“, was stimmt...

3.2. Kohärenzprozesse

Kohärenz beschreibt die Erkenntnis, dass eine Wirkung bzw. ein momentaner Zustand auf das **Zusammenwirken** mehrere Faktoren und Einflussgrößen zurückzuführen ist und dieser Umstand für weitere konkrete Vorgehensweisen maßgeblich entscheidend ist. Die Anerkennung vielschichtiger und komplexer Umstände, weist ein „**Netzdenken**“ (Signer- Fischer 1999) auf, das sich eindeutig vom starren, kausalen, vereinfachten (**narrativen**) „wenn-dann“ Denken abwendet, auf das der Mensch (insbesondere in Krisenzeiten) recht gerne zurückgreift. Triebfeder hierzu ist das Bedürfnis, **Kontrolle** über das Leben zu haben, d.h. je nach Lebens- bzw. Krisensituation auf bereitstehende „Prozeduren“ (Flammer 1990) zurückzugreifen, die einen Zustand herstellen können, der **Sicherheit, Schutz** und **Distanz** vor den Dingen bietet. Das Ausmaß dieses (Kontroll-) Bedürfnisses und die Art wie Kontrolle ausgeübt wird, ist individuell verschieden. In diesem Sinne ist **Stabilität** und **Kontrollempfinden** auch die Ausgangslage, um sich einer **veränderten Sichtweise** („synoptischen“ Problemanalyse) stellen zu können, die internale wie externale Wirkfaktoren gleichermaßen berücksichtigt und damit ein **Zuordnen, Verstehen** und **Sinnfinden** der vielschichtigen **Zusammenhänge** komplexer Dinge ermöglicht. Damit anerkennende und wegweisende **Kohärenzprozesse** eingeleitet werden können, stellt sich die Therapie einerseits als Schutzraum zur Verfügung, um eine **innere Stabilität** herzustellen, die eine subjektiv empfundene Kontrollmeinung zulässt. Des Weiteren befasst sie sich aber auch mit dem Aus- und Aufbau einer hinreichend **äußeren Stabilität** (stabile Strukturen im sozialen Kontext), die Vorhersehbarkeit und Überblick von den Dingen ermöglicht und damit auch eine **Schutz- und Brückenfunktion** für weitere Schritte darstellt. Andererseits bietet sich Therapie als Übungsraum an, das Pendeln zwischen den **unterschiedlichen Perspektiven** auszuprobieren, um dadurch die **Überstiegsfähigkeit** zwischen inneren und äußeren Vorgängen (**Realitätsüberprüfung**) zu sensibilisieren, die für eine synoptische Problemanalyse notwendig sind.

Katharina, 15 J. wird direkt nach einem Aufenthalt in der Kinderklinik wegen eines Suizidversuchs mit Tabletten an die Praxis überwiesen. Weder sie selbst, noch ihre Eltern können bezüglich des Vorfalles einen konkreten Auslöser erkennen. Seit mehreren Wochen bestanden Schlafstörungen, zunehmende Lustlosigkeit und eine Art depressive Einengung, die sie als einen inneren Druck beschreibt, dem sie nicht mehr standhalten konnte. Beide Eltern kommen aus problematischen familiären Verhältnissen; der Vater berichtet von einer Angststörung, die Mutter litt lange Zeit an einer Anorexia nervosa. Aus der Eigenanamnese wurden im Alter von 8 Jahren ausgeprägte Trennungsängste beschrieben, mit 11 Jahren verstarb in ihrem Beisein der Großvater und zeitgleich auch der Hund. Katharina hat hohe Ansprüche an sich selbst und große Angst, Fehler zu machen. Zwar kann sie den schulischen Anforderungen überdurchschnittlich entsprechen, jedoch reagiert sie in Leistungssituationen übermäßig angespannt, was hin und wieder schon mit Selbstverletzungen an den Unterarmen einher gegangen ist. Die emotionale Diagnostik weist auf eine erhöhtes Selbstwertdefizit hin, sie scheint sich unsicher bezüglich ihrer sozialen Rolle und ist angewiesen auf enge und konfliktfreie Bindungen. Aggressive Tendenzen lösen Schuldgefühle aus und müssen stark unterdrückt werden. Die Indikation zu einer hochfrequenten tiefenpsychologisch ausgerichteten Psychotherapie ist gegeben; die Wartezeit wird durch eine Übergangsbetreuung hier an der Sozialpsychiatrischen Ambulanz überbrückt. Katharina kommt ausgesprochen gerne in die Therapie und möchte die „Zeit nützen...“ als „Expertin in eigener Sache“ „...einen Durchblick von den Dingen zu bekommen...“. Der Button- Test hilft ihr, aus einer recht sicheren Position in wohlwollender Atmosphäre, den Blick auf ihre äußeren Verhaltensweisen und ihre innere Erlebenswelt zu riskieren.

„Humor, Geselligkeit und Leistungsbereitschaft“ stehen „Einsamkeit, Verletzlichkeit und Gedanken über den Tod“ gegenüber. Es folgt ein behutsames Gespräch über Momente und Szenen, die ihr zu diesen Wörtern in den Sinn kommen. Irgendwann beim Erzählen wendet sie das Blatt mehrmals hin und her und meint dann „...irgendwie bin ich beides...“. Wenige Stunden später biete ich ihr an, ein Symbol für ihre eigene „Verletzlichkeit“ aufzumalen und sich dann einige bzw. immer wieder kehrende (wesentliche) Momente vorzustellen, in denen „ihre Verletzlichkeit“ empfindlich getroffen werden kann. Sie malt für ihre Verletzlichkeit in die Mitte ein gelbes Herz. Dann werden 4 weitere Symbole um das Herz positioniert. Ein Netz („das ist mein Vater, der immer mit seinen abfälligen Sprüchen kommt“); ein Buch („das ist mein Mathelehrer, der mich vorführt und zu Höchstleistungen animiert“); eine Messlatte 1-10 („das ist mein eigener Stress, der da ist, wenn’s nicht ganz bis 10 gelangt hat“); ein Stern („das ist mein fröhlicher kleiner Bruder, der mich nervt“). Wir sprechen darüber, und ich bitte sie, im nächsten Schritt, sich jeweils passende Barrikaden zu überlegen, die ihr beim Abpuffern behilflich sein könnten. Sie malt zwischen Netz und Herz einen Spiegel („damit er sich mal selbst anschaut“), zwischen Buch und Herz ein Zeugnis („damit er wieder weiß, was eigentlich Sache ist“), zwischen Messlatte und Herz einen Fernseher („dann mach’ ich den Fernseher an und schau mir einen Film über Wale an“) und zwischen Stern und Herz einen Ball („den werf’ ich ihm an den Kopf, damit kann er dann abziehen“). Ein ande-

res mal beschäftigen wir uns mit ihrer beruflichen Zukunftsperspektive, die sie schon mehrmals recht detailliert und präzise erwähnt hatte: „Wenn ich groß bin...will ich Ärztin werden“. Ich bitte sie, sich vorzustellen, mit welchen wichtigen Eigenschaften und Handwerkszeug eine solche Ärztin ihrer Meinung nach ausgerüstet sein müsste. Sie malt eine Frau mit einem Arztkoffer in der Hand; auf dem Boden liegt ein blutender Mann („er blutet aus dem Kopf und aus dem Herzen“). Im Hintergrund zeichnen sich Umrisse verschiedener Personen ab. Aus dem Koffer entsteht eine Sprechblase, die Eigenschaften enthält, die sie „vor Ort“ an der Unfallstelle braucht: „Wissen, Können, Spontanität; Entscheidung, Aushalten, Ruhe“. Aus dem Kopf der Frau entsteht eine Gedankenblase, die Dinge enthält, die die Frau dabei unterstützen, so zu handeln: „Einsatzbereitschaft, Bewunderung durch andere, Energie, Gefühl Leben zu retten“. Im nächsten Schritt wechseln wir auf ihre gegenwärtige Lage und befassen uns mit den Eigenschaften und Zuständen, die sie dafür bereits schon zur Verfügung hat. Bis auf die „Ruhe“ und das „Gefühl Leben zu retten“ finden sich für alle Begriffe passende Momente und bereits vorhandene Eigenschaften, die im Gespräch weiter ausgeschmückt und gewürdigt werden. In den darauffolgenden Herbstferien macht Katharina ein Praktikum im Krankenhaus.

3.3. Wirksamkeitsprozesse

Eigenwirksamkeit ist das maßgeblichste Empfinden, um Lebensgeister zu wecken, die ein achtsames Interesse an den Dingen, Mut zu eigenen Ideen, Beharrlichkeit und Eigenverantwortung erleben lassen. Der „innere Antrieb“ bzw. die **Eigenmotivation** befähigt den Menschen dazu, „es sich zu seiner eigenen Sache zu machen“. Die Ausgangslage, um neue (schwere) Schritte zu wagen. Insbesondere gelungene bzw. positiv erlebte Ereignisse, bei denen Eifer und Einsatzbereitschaft

‘per se’ geben sind, können hierzu als Modell herangezogen werden und aufzeigen, welche **Wirkfaktoren** bei Motivation (auch für die Bewältigung von Krisenherden) eine Rolle spielen

(Antonowski 1997):

Eine Anforderung kann dann als „**persönliche Herausforderung**“ empfunden werden, wenn sie ein eigenes bedeutsames Ziel hat und somit persönlich Sinn macht. **Bedeutsamkeit** und **Sinnhaftigkeit**

sind damit die ersten Wegpfeiler, die es im therapeutischen Sinne gilt zu untersuchen. Insbesondere die passgenaue Überprüfung von Wertigkeit und Wichtigkeit des vorgenommenen Ziels darf dabei nicht zu kurz kommen. „Ich will ein guter Mensch werden“, ist dabei immer so eine „vorsätzlich“ gute Sache... Die **Verständlichkeit** hilft dabei, ein Ziel so kleinformatig, konkret und präzise als möglich zu formulieren und die Schritte dazu in anschaulich-überschaubarer, eindeutiger und transparenter Art und Weise zu entwerfen. Die **Handhabbarkeit** ermöglicht dazu, die angepeilten (kleinen) Schritte auch real umzusetzen, in dem ganz gezielt dabei die eigenen gegenwärtigen Ideen dazu angefragt werden und auf die guten Ausnahmen und gelungenen Erfahrungen zurückgegriffen wird, die den Menschen dazu befähigt haben, Dinge für sich „auf die Reihe zu kriegen“. Hierbei ist es auch entscheidend, inwiefern zum einen passende Rahmenbedingungen (entlastende Strukturen sowie günstige „Schaffenszeiten“,...) gegeben sind, zum anderen aber auch die Möglichkeiten für hilfreiche Unterstützung vorhanden ist oder angefragt werden kann. **Selbstwirksamkeit** und

Kompetenzerleben wird dann erfahrbar, wenn eigene bedeutsame Ziele oder Ideale (**Ideal-Selbst**) entworfen und diese kleinformatig umgesetzt werden können (**Zwischenschritte**), in dem dafür reale Handlungsmöglichkeiten und Fähigkeiten (**Real-Selbst**) zur Verfügung stehen, was zu einem stabilen Selbstwert beiträgt.

Selbstwertregulierung schafft **Identitätsbildung**.

Bei Michael, 11J., erfolgt die Vorstellung wegen erheblichen Eingliederungsproblemen in Gruppen, insbesondere in seiner Klasse aber auch in der Familie. Michael erlebt sich dabei als Opfer Anderer, die ständig auf ihm herum hacken; während die Eltern beschreiben, dass er gerne provoziert, hingegen bei Provokationen anderer, leicht die Fassung verliert. Er würde mit seiner

rechthaberischen, teilweise distanzlosen und eigensinnigen Art recht schnell „nerven“ und insgesamt impulsiv, unruhig und emotional unausgeglichen wirken. Aus der Eigenanamnese wird eine früh einsetzende und rasche Sprachentwicklung, eine Störung der motorischen Entwicklung und auffällige Spezialinteressen, insbesondere im technischen Bereich, beschrieben. Bis heute lehnt Michael es ab, sich von anderen trösten oder helfen zu lassen, im Kindergarten hatte er überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen. Die persönlichen Unruhezustände und sozialen Unbeholfenheiten wurden in Zusammenhang mit einer schulischen Unterforderung gesehen; er übersprang auf einem Turbo-Gymnasium (8 Klassenstufen) die 5. Klasse. Die Eltern beschreiben ihre Ehe als „an sich“ problemlos, beide waren in ihrer Kindheit Eigenbrödler und eher Außenseiter. Ein gewisses Grundverständnis für die Lage von Michael können beide aufbringen. Aus der Diagnostik ergibt sich ein auffällig diskrepantes Begabungsprofil: während er überdurchschnittliche Fähigkeiten im einzelheitlich-logischen Denkvermögen sowie in einer exakten und abstrakten Sprachgestaltung vorweist, sind erhebliche Schwächen beim Erfassen komplexer Vorgänge und bei der Weiterentwicklung eigener kreativer Prozesse zu erkennen. Die emotionale Schwingungsfähigkeit ist weit unterentwickelt, was mit einer starken Einschränkung sozialer Kompetenzen einhergeht. In sozialen Konflikten reagiert Michael sehr Ich-bezogen und ist nicht imstande die allgemeine Lage sowie sein eigenes Verhalten zu reflektieren. Michael erlebt sich selbst in sozialen Begegnungen hilflos ausgeliefert, unverstanden und abgelehnt. Er reguliert sich, in dem er die Abgeschlossenheit wählt, nichtsdesto-

trotz sehnt er sich nach Freunden. Michael liebt Musik, rastet jedoch bei diffuser akustischer Reizüberflutung aus. Die Befunde sprechen für das Vorliegen eines Asperger-Syndroms, was sich mit einer konstitutionell bedingten Eigenart der Persönlichkeitsentwicklung umschreiben lässt. Hinsichtlich weiterer Vorgehensweisen wird daraus ersichtlich, einerseits die Wesenszüge des Kindes zu akzeptieren und die vorhandenen Stärken für die Weiterentwicklung zu nutzen, andererseits im therapeutischen Sinne eine Entlastung familiärer wie schulischer Beziehungen zu unterstützen und die soziale Kompetenz des Jungen zu fördern. Michael ist mittlerweile in der 7. Klasse. In der Zwischenzeit hatte sich das Klima auch in dieser Klasse derart zugespitzt (keine Pause verging ohne Hänseleien und wüsten Attacken), dass von Seiten der LehrerInnen, in Absprache mit Michael und den Eltern, eine unmittelbar bevorstehende 3-tägige Klassenausfahrt ohne Michael stattfand. Alle Beteiligten sahen sich, angesichts der permanenten Eskalationen, nicht imstande, die Klasse wie Michael soweit zu regulieren, dass diese Zeit eine Chance für eine gelungene Integration hätte bedeuten können. Es wird gemeinsam als Ziel vereinbart, in Hinblick auf das kommende Skischullandheim in einem $\frac{3}{4}$ Jahr, Michael wie auch die Klassengemeinschaft soweit zu stabilisieren, dass die Ausfahrt für alle TeilnehmerInnen zu einem gelungenen Ereignis werden kann. Die Sozialpsychiatrische Ambulanz soll diesen Prozess begleiten und unterstützen. Es folgen zum einen Elterngespräche und Einzelstunden mit Michael, in denen es auch um die angemessenen Bewältigung des Familienalltags geht sowie dem Aufspüren und Einüben zufriedenstellender Umgangsformen (insbesondere in Konfliktsituationen). Zum anderen finden in regelmäßigen Abständen Gespräche mit der Klassenlehrerin statt, in denen aktuelle Zwischenfälle beleuchtet sowie weitere günstige Interventionen erörtert werden. Sie erklärt sich bereit, bis zum Schullandheim 1 x wöchentlich einen Klassenrat abzuhalten, indem der eigens dafür eingerichtete „Meckerkasten“ entleert und besprochen wird. Michael erlebt dabei, dass unabhängig von seinen, - auch Vorfälle zwischen anderen Kindern entschärft und geregelt werden können. Des Weiteren kann die Klassenlehrerin für Michael, in Absprache mit dem Lehrerkollegium, eine Sonderregel einführen, in dem für Michael eine Rückzugsmöglichkeit zur Verfügung steht, die ihm eine Regulation, bezüglich seines aufgeputschtes Erregungslevels (ausgelöst durch hohen Lärmpegel, intensive/dichte Teamarbeit, Konflikte), erleichtert. Die eigens für ihn eingerichtete Notfallprophylaxe muss derzeit (noch) nicht in Anspruch genommen werden. Anschauliche Signale, als vorsprachliche Verständigung zwischen Lehrerin und Michael, werden entworfen und ermöglichen ihm, die aktuelle Lage besser „zu peilen“. Nicht zuletzt wird der Klassenrat dafür genützt, angesichts des bevorstehenden Schullandheims, mögliche Krisenherde zu beleuchten und geeignete Lösungsstrategien zu entwerfen. Die Ideen und Beiträge der Kinder bezüglich Absprachen und Regeln werden berücksichtigt und verwendet. Die Familie nützt die Weihnachtsferien zum gemeinsamen Skiurlaub. Michael hat dort die Gelegenheit, durch den Skikurs seine etwas brüchigen Skifahrkenntnisse aufzubessern, was ihm außerordentlich Freude bereitet. In Hinblick auf das Schullandheim geht es in den Einzelstunden mit mir insbesondere um die Stabilisierung inneren Erlebens und die Gestaltung zufriedenstellender Umgangsformen mit seinen KlassenkameradInnen. Angesichts der bevorstehenden Wahl der Zimmergenossen, entsteht ein Gespräch über die unterschiedlichen Nuancen von Verträglichkeit einzelner Klassenkameraden. Es wird eine Hitliste entworfen, bei der es u.a. auch um die Auflistung und Bewertung verschiedener (guter wie „nervender“) Eigenschaften der Einzelnen geht; auch der Eigenen! Der Begegnung mit dem „größten Feind“ in seiner Klasse wird besonderes Augenmerk geschenkt. Ich bitte ihn, sich klassische Situationen auszumalen, in denen es zu möglichen Auseinandersetzungen kommen könnte. Im nächsten Schritt wird eine Situation ausgewählt und von Michael aufgemalt, die als Vorlage für typische Provokationen dienen kann. Für sich wählt er als Symbol einen schwarzen Klumpen, für seinen Gegner eine Figur mit einem Dolch und für die weiteren „Bandenmitglieder“ umrissartige Männchen, die den Klumpen umstellen. Hinzu kommen auf ihn gerichtete Pfeile, die mit typischen Sätzen und Handlungen gespickt sind und ihn „ausrasten“ lassen. Im gemeinsamen Gespräch gelingt es, nahezu für jeden Pfeil ein recht gewieftes Ausweichmanöver bzw. eine angemessene Gegenwehr zu entwerfen. Jede Kreation wird in Form eines Ziegelsteins aufgemalt, was sich mehr und mehr zu einer kleinen Festung (um den Klumpen) gestalten kann. Die besonders raffinierten bzw. geeigneten Einfälle (Ziegelsteine) umrandet er mit rotem Textmarker. Jede Zimmergemeinschaft bekommt die Aufgabe einen der „geselligen Abende“ zu gestalten. Michael kann sich vorstellen, zum einen für die Gesellschaftsspiele zu sorgen zum anderen sich um die Vorbereitung eines Quizabends zu kümmern, da er auf ein umfangreiches und detailliertes Allgemeinwissen zurückgreifen kann. Mit viel Mühe und Gewissenhaftigkeit kreiert er gemeinsam mit seinen Zimmergenossen am Computer ein Manuskript dazu. Kurz vor Abfahrt schlage ich ihm vor, für die Schullandheimzeit ein persönliches Tagebuch anzulegen, in dem „gute Zeiten und schlechte Zeiten“ vermerkt werden können. Für Michael sind die Einzelstunden harte Arbeit. Immer wieder „rastet er aus“ und „pfeffert“ mit Beschimpfungen und Stiften wild um sich, während er den ganzen „Scheiß hier“ in Frage stellt. Immer wieder entstehen daraus Gespräche, die sich mit der Sinnhaftigkeit und der eigentlichen Intention dieser mühevollen Schritte befassen. Es sind für mich wirklich bewegende Momente, in denen ich erleben kann, wie er sich selbst überwindet, den Stuhl zurechtrückt, seinen Stift in die Hand nimmt und weitermacht. Zur Abfahrt hat sich bestes Skifahrwetter eingestellt; die Sterne stehen günstig... Nach dem Schullandheim findet in der Praxis ein Bilanzgespräch mit Michael, seiner Mutter, der Klassenlehrerin und mir statt. Die Lehrerin berichtet aus ihrer Sicht von einer außerordentlich fröhlichen und gelungenen Gemeinschaftsaktion. Es gab keine nennenswerten Zwischenfälle. Insbesondere betont sie dabei die Einsatzbereitschaft und die Anpassungsfähigkeit von Michael, die zu einer gelungenen Integration beigetragen haben. Die Mutter ist während des Gesprächs sehr berührt, sie muß immer wieder weinen. Michael hatte

das Tagebuch zwar dabei, jedoch nicht verwendet. „Ich hatte keine Zeit dazu und alles war ja eh´ im grünen Bereich.“ Mittlerweile ist Michael in einer Internet- AG und im Schulchor. Er überlegt sich derzeit, mit seinem ehemaligen Zimmergenossen Karsten, einen Judo- Kurs zu belegen.

3.4. Austauschprozesse

Austauschprozesse umschreiben eine zugewandte **Begegnung** und ein wohlwollender **Umgang** mit „Sich“ und dem „Anderen“. Diese zwischenmenschliche Umgangsweise resultiert aus einer inneren Grundhaltung: Der Mensch ist ein **interaktionelles** Wesen. Er hat ein elementares Bedürfnis nach Beziehung. „Ohne Du kein ich“ und „ohne den anderen Ähnlichen keine Einzigartigkeit“ (**Koexistenz**). Die Bezugnahme zum Anderen gestaltet sich auch in der Therapie in Form eines **Dialogs**, der sich im Sinne eines „sich mitteilens“ und eines „verstehen wollens“ äußert (**Ko- responsenz**, Petzold 1978/ 1991). So müssen die jeweiligen Ko-respondenten einerseits mit einer hinreichenden **Ausdrucksfähigkeit** ausgestattet sein, andererseits über **Empathie** verfügen, die beidermaßen zum Gelingen eines befriedigenden und entwicklungsförderlichen Dialogs beitragen. Die Therapie bietet vielfältige (vorsprachliche) Begegnungen, in denen diese Kompetenzen ausprobiert und sensibilisiert werden. In dem „eigene“ Bedürfnisse und „andere“ Anforderungen erfasst und differenziert sind, kann sich im nächsten Schritt daraus Intersubjektivität und Mehrperspektivität entwickeln; Ausgangslage für ein faires **Aushandeln** beider Anliegen (**Konsens**). Erst dann wird es gelingen, **gemeinsame** bedeutsame **Ziele** zu entwerfen, die durch passgenaue, flexible und überschaubare Handlungsideen (**Konzepte**) an Substanz gewinnen und erste Impulse zur **Umsetzung** ermöglichen. Austauschprozesse befähigen zu interaktionellen Fertigkeiten (**Kontaktregulierung**), die wegweisend für die Gestaltung weiterer gelungener Austauschprozesse sind. Sie ermöglichen, sich selbst und andere differenzierter wahrzunehmen (Selbst- und Fremdwahrnehmung), eigene und andere Ausdrucksweisen besser zu verstehen und zu achten (Ausdrucksfähigkeit), Kontakte so zu gestalten, dass eigene Fähigkeiten und andere Hilfemöglichkeiten hinreichend anerkannt, gefördert und effektiv verwendet werden (Nähe/ Distanz) und nicht zuletzt das Potential gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Lebensfreude auszuschöpfen. **Verbundenheit** und **Autonomie** ist damit möglich.

N., 11J. wird zeitgleich mit ihrem 2 Jahre älteren Bruder vorgestellt. Zum Anlass der Vorstellung werden bei N. Konzentrationsschwierigkeiten, Trödelei und die Überprüfung von Entwicklungsverzögerungen angegeben, während ihr Bruder seit ca. 4 Jahren unter einer erheblichen Sprachstörung (Stottern) leidet. Beide sind mit ihrer Mutter vor 5 Jahren aus Thailand nach Deutschland gekommen. Der deutsche Stiefvater ist frühpensionierter Lehrer und tritt recht bestimmend auf. Er hat während einer Busreise in Thailand die Mutter mit ihren beiden Kindern kennengelernt und noch im selben Urlaub geheiratet. Die Mutter wurde nach der Übersiedlung schwer depressiv und zeigte starke Heimwehreaktionen. In der Familie wird Englisch gesprochen. Die Mutter spricht sehr gebrochenes deutsch und unterhält sich mit ihren Kindern in Thai. Der geschiedene leibliche Vater verdient sein Geld in thailändischen Spielkasinos. N. ist ein zierliches und auffällig zurückhaltendes Mädchen. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit liegt im durchschnittlichen Bereich, wobei der Stand der erworbenen Fertigkeiten deutlich zurückliegt. Sie spricht gut deutsch, wenn auch sehr leise und zögerlich. Aus der emotionalen Diagnostik lässt sich eine enge, jedoch zwiespältige Bindung zur Mutter erkennen. Es bestehen starke Wünsche nach einer schützenden und fürsorglichen Beziehung. Ihre innere Welt ist von intensiven ängstlich-aggressiven Affekten beherrscht, die sie jedoch sorgfältig kontrolliert. Offensichtliche Heimwehreaktionen, aufgrund der Entwurzelung, sind nicht zu erkennen. In der Schule hat sie guten Kontakt zu drei Mädchen, den sie jedoch außerhalb der Schule nicht pflegt. Die Freizeit verbringt sie mit ihrem Bruder zu Hause vor dem Fernseher oder im Hof. Die Kontaktaufnahme zur Praxis wurde vom Stiefvater eingeleitet und mit ihm werden auch im Auswertungsgespräch die weiteren Schritte besprochen: um die bestehende emotionale Gehemmtheit zu überwinden und die Entwicklungsrückstände aufzuholen, sollen im therapeutischen Setting für N. Entfaltungs- und Begegnungsmöglichkeiten geschaffen werden, die sie zu einer Stabilisierung ihrer psychosozialen Kompetenzen befähigen. Eine Grundlage, um den Ausbau ihrer sozialen Kontakte zu fördern, was letzten Endes auch zu einer gelungenen Integration beider Kulturen beitragen kann. Mutter und Tochter sind zwar anwesend, äußern sich jedoch nur durch (höfliches) Lächeln. In der ersten Zeit verbringe ich mit N. die Stunden ausschließlich spielend. Regelspiele, die sich durch klare Strukturen und eindeutige Umgangsformen ausweisen, sind das einzige Medium, das uns für eine gewisse Zeit zueinander bringen kann. N. erlebe ich in diesen Begegnungen konzentriert, sehr gewitzt und ehrgeizig und mitunter auch recht ausgelassen und spontan. Kleine Abstecher in die Welt der freien Begegnung und kreativen Gestaltung scheitern jedoch kläglich. Sobald sich auch nur im Ansatz ein sachter Zugang anbahnt, wird dieser von N. ausgebremst. Sie verharrt in ausdrucksloser Schweigsamkeit. Bei einem Gespräch mit der Lehrerin bestätigen sich meine Erfahrungen. Im Unterricht ist N. sehr zurückhaltend, sie scheint bei Freiarbeiten nahezu wie gelähmt. Aufträge führt sie in der Regel zur Zufriedenheit aus. In den Pausen gibt sie sich jedoch sehr ausgelassen und kann ausgiebig mit ihren Schulfreundinnen spielen. Sie hat einen guten Stand in der Klasse.

Ein weiterer Versuch meinerseits, ihre thailändische Geschichte und Verbundenheit besser zu verstehen und zu begrüßen, wird von ihr zögerlich bis gar nicht angenommen. Anregungen werden von N. nur dann „ausgeführt“, wenn ich sie (gleich einer Lehrerin) in Form einer (Haus-) Aufgabe formuliere: u.a. bringe sie von zu Hau-

se einige (wenige) Bilder von ihrer Familie aus Thailand mit, die sie mir höflich zeigt, jedoch kaum etwas darüber erzählen will/kann. Ein anderes mal hat sie sich bei ihrer Mutter erkundigt, welche Spiele bei thailändischen Kindern beliebt sind, jedoch möchte sie keine (der Murnelspiele) davon hier ausprobieren. Selbst bei unseren gemeinsamen Essenszubereitungen löst sie sich nicht aus ihrer Beklemmung; mir wird nach wie vor die Rolle der distanziert Belehrenden und Anweisenden zugeteilt, während sie dabei „artig“ alles aufisst. Meine Resonanzen bestehen aus Wechselbäder zwischen Hilflosigkeit, Resignation, Wut und Trauer. Zum Elterngespräch erscheint nur der Vater. Die Kontakt- bzw. Sprachlosigkeit innerhalb der Familie wird hier zum Greifen nah. Auch gibt es keine gemeinsame Freizeitgestaltung bzw. Spielkultur („ich fühle mich zu alt dazu und meine Frau macht das nicht und schließlich kann N. das ja hier machen“). Die „Anordnungen“ seinerseits, mit Freundinnen draußen zu spielen, werden nicht umgesetzt. Seine Unbeholfenheit und resignierende Wut ist deutlich spürbar. Der ältere Bruder ist in Behandlung beim Arzt und kann sich gut auf die Begegnung einlassen. Er befasst sich mehr und mehr mit dem Gedanken, zum neuen Schuljahr auf ein Internat zu wechseln. In dieser Zeit geschehen einige bedeutsame Dinge: N. lässt sich in einer Therapiestunde (sehr zu meiner Überraschung) auf eine Familienaufstellung mit Spielfiguren ein: in der „real empfundenen“ Szene stellt sie die Mutter (als Madonna mit einem Fisch in den Armen), ins Zentrum. Die anderen Familienmitglieder plaziert sie in großem Abstand darum. Der Stiefvater (als Samurai- Kämpfer mit Dolch) möchte den Fisch aufschlitzen. Die Kinder (Hänsel und Gretel) gucken zu. In der „ideal gewünschten“ Szene stehen Samurai und Madonna nebeneinander und bereiten gemeinsam den Fisch für ein Abendessen zu. Hänsel und Gretel haben dem Paar den Rücken zugewandt und spielen mit einem Hund. Eine Stunde später ist sie bereit, mit mir gemeinsam ein Schnörkelspiel zu machen. Einige der daraus entstandenen Bilder verwendet sie für eine Geschichte, die ich aufschreibe: „Es war einmal ein sehr großer Fisch, der hieß Andreas und war mein bester Freund. Als es einmal regnete, wollte ich ihn besuchen, aber er kam nicht. Ich dachte er ist in Gefahr und ich fuhr aufs Meer hinaus, um ihn zu suchen. Es war sehr gefährlich, denn es gab viele hohe Wellen. Auf einmal kam ein riesiges Kind aus dem Wasser mit meinem Freund auf der Hand und einer Schnecke im Mund. Ich wollte nicht, dass mein bester Freund stirbt und ich sagte ` gib mir meinen Freund zurück` und sie gab ihn mir. Ich fragte sie, ob sie meine Freundin sein möchte und sie sagte: `Ja` und dabei fiel ihr die Schnecke aus dem Mund. Punkt.“ In der nächsten Woche verschwindet im Wartezimmer der Geldbeutel einer Patientin des Arztes. N. ist die einzige Person, die sich auch dort aufgehalten hat. Die aufgebrachte Patientin droht, „dieses asiatische Mädchen anzuzeigen“, wenn nicht innerhalb von 3 Tagen die Sache bereinigt ist. Ich greife das Thema in der Stunde auf und spreche mit N. über diesen Vorfall. Sie sagt nichts dazu. Einen Tag später liegt ein Päckchen mit dem Geldbeutel vor meiner Türe. Kurze Zeit später ruft mich die Lehrerin an und berichtet, dass N. mittlerweile zum großen Teil ihre Hausaufgaben nicht mehr macht und in der letzten Woche nicht zum Unterricht erschienen ist. Sie ist sich sicher, dass die Eltern davon keine Ahnung haben. Aus Sorge um N. hätte sie sich bisher nicht an die Eltern gewandt, da sie den Stiefvater (ihr ehemaliger Kollege) mit seiner cholerische Art kenne. Meinen Vorschlag, in diesem Zusammenhang gezielt auf die Mutter zuzugehen, kann sie annehmen. Des Weiteren teile ich ihr mein Vorhaben mit, mein Therapiekonzept zu ändern, in dem ich (in Absprache mit dem Vater), gerne die Mutter zu den Therapiestunden mit einladen möchte. In der nächsten Stunde kommt N. mit ihrer Mutter. Die Mutter ist sehr aufgeregt und entschuldigt sich (bei mir!) vielmals für die schulischen Vorfälle ihrer Tochter (Ich bin überrascht, wie gut sie deutsch spricht). Es gelingt mir, sie zu beruhigen und den beiden einen Vorschlag zu unterbreiten: die Therapiestunden gemeinsam zu nützen und hier für die nächste Zeit einen Wochenplan zu entwerfen, der den zeitlichen Umfang und Ablauf der Hausaufgaben regelt und somit auch Zeit für die Gestaltung des restlichen Tages zulässt. N. verhält sich zunächst äußerst zurückhaltend, beobachtet uns beide sehr genau, bringt sich dann aber mehr und mehr ins Gespräch mit ein. Wenn die Sache 2 Wochen ohne größere Zwischenfälle verläuft, wünscht sie sich dafür, mit ihrer Mutter alleine ins Kino zu gehen. Es klappt! In den nächsten Stunden entwerfen wir gemeinsam Ideen, wie N. ihre zur Verfügung stehende Zeit gestalten kann. N. möchte ins Tischtennis und mit ihrer Freundin ins Schwimmen. Es wird mit der Mutter vereinbart, dass sich die Mädchen im Wechsel zu Hause besuchen können. In einer Stunde beschäftigen wir uns mit der Ausgestaltung ihres Zimmers, wenn der Bruder ausgezogen ist und nur noch an den Wochenenden nach Hause kommt. Schwimmen und Tischtennis fallen beide auf die möglichen Therapienachmittage und geben den Anstoß unsere gemeinsamen Gespräche bis auf weiteres nur noch ¼ - jährlich abzuhalten. Für die letzte Stunde wünscht sich N. gemeinsam mit ihrer Mutter und mir zu spielen. Die Mutter erschrickt fast, zögert zunächst, lässt sich dann aber doch darauf ein. Ein wirklich lustiges deutsch- thailändisches „meeting“ bei Dino-Memory, Wackelturm und Zicke-Zacke Hühnerkacke.

4. Die kontextorientierten Behandlungsschwerpunkte

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist der Einbezug des **sozialen Umfeldes** (Familie/ Schule /Freizeit) des Kindes in einer ressourcenorientierten und ganzheitlich ausgerichteten Behandlung unerlässlich.

Zum einen wird damit dem Umstand Rechnung getragen, dass es in erster Linie die Eltern sind, die eine Kontaktaufnahme zur Praxis herstellen (aufgrund „eigener“ Sorgen bzw. „anderer“ Empfehlungen) und dass der weitere Verlauf der Behandlung von der Mitwirkung und der Zusammenarbeit **aller Beteiligten** bestimmt wird. Zum anderen befindet sich das Kind grundsätzlich in aktuellen **realen Lebensumständen**, die maßgeblich entscheiden, wie sich der weitere Entwicklungsprozess gestalten kann. Eine **ganzheitlich** ausgerichtete Behandlung berücksichtigt den gegebenen **Kontext** „vor Ort“ und bemüht sich in Form eines **gemeinsamen Lernprozesses** um die Ausgestaltung und Stabilisierung **externaler Ressourcen**.

Der Mensch ist **Kontext**. Er befindet sich in einem ständigen **Austausch** zwischen seiner „*sozialen Mitwelt*“ und seiner „*ökologischen Umwelt*“. Dieser Austausch ist einerseits geprägt von gesellschaftlichen Vorstellungen, Rollenzuschreibungen und Leistungsanforderungen (**Kategorialrollen**) auf Mikroebene (Familie, Bezugspersonen), Mesoebene (Schule, ökologischer Nahraum) und Makroebene (gesellschaftliche Normen, Werte, Zeitgeist) und wird andererseits beeinflusst von zwischenmenschlichen **Interaktionen**. Dieser komplexe Einfluss von systemischer- und interaktionaler Lebenswelt auf die kindliche Existenz lässt sich auch als synergetischen **Sozialisationsprozess** umschreiben, der sich, gleich einer „**Rollenantwort**“, durch den „*sozialisierten Leib*“ bzw. die „*verkörperte Sozialisation*“ (**Rollen-Selbst**) des Kindes äußert (Petzold, Mathias 1982). Überfordernde bzw. defizitäre Lebenswelten sowie unzureichende bzw. frustrierende Interaktionen behindern den Sozialisationsprozess. Dies geht mit einem fixierten, starren bzw. narrativen Rollen-Selbst einher, das sich durch einen beschränkten Umfang von Rollenantworten (Rollenrepertoire) auszeichnet und damit nicht imstande ist, sich den facettenreichen und vielschichtigen gesellschaftlichen wie psychosozialen Gegebenheiten anzupassen. Angesichts der drastisch angestiegenen (postmodernen) Einflussgrößen ist es jedoch mittlerweile von entscheidender Bedeutung, ein differenziertes und passgenaues Erlebens- und Verhaltensrepertoire zur Verfügung zu haben (**Rollenflexibilität**), das sich in der **realen Lebenswelt** erproben, ausdifferenzieren und weiterentwickeln darf. Ein förderlicher (individueller wie familiärer) Sozialisationsprozess kann sich dann einstellen, wenn es gelingt, die systemische und interaktionale Lebenswelt zu sensibilisieren und zur Weiterentwicklung zu befähigen.

So befasst sich die kontextorientierte Behandlung zunächst, gemäß des „**sozialen Sinnverstehens**“ (Zaepfel, Metzmacher 1998), mit der gegenwärtigen **lebensweltliche Ausstattung** des Kindes, in dem hinsichtlich bestehender Risiko- und Ressourcenlagen die vorhandenen Rollenanforderungen, Beziehungsstile, Umgangsformen und Entfaltungsnischen des Kindes in einem gemeinsamen **Suchprozess** aufgespürt und überprüft werden. Im nächsten Schritt können nun, gleich eines **gemeinsamen Klärungsprozesses**, bedeutsame Entwicklungsaufgaben ausgehandelt und hierfür nach den erforderlichen entlastenden bzw. hilfreichen Ressourcenpotentiale gefahndet werden. Der Auf- und Ausbau externaler Ressourcen „vor Ort“ wird im Sinne einer niederfrequenten Begleitung betreut.

Im Folgenden möchte ich nun den Fokus auf die (wesentlichsten) **Inhalte** der kontextorientierten Behandlung richten, die sich insbesondere mit der **sozialen Ressourcenausgestaltung** (→ Ressourcenkategorien) beschäftigen. Diese Themen sind in erster Linie Gegenstand der Familiengespräche (**Familiencoaching**) und der Elternbegleitung (**Elterncoaching**). Sie zeichnen sich jedoch auch bei der **Kooperation** mit sekundären Bezugspersonen (Lehrerinnen/ ErzieherInnen) und mit anderen Helfersystemen (TherapeutInnen/ Jugendamt/) ab. Hierbei richtet sich der Blick wiederum gezielt auf die gesunden und entwicklungsfähigen Anteile des Kontextes. Im Vordergrund steht die **Stärkung des Systems**, was mit einer antiregressiven Haltung einhergeht. Der **Mut** und die **Bereitschaft** zur Zusammenarbeit wird gewürdigt und als keinesfalls Selbstverständliches angesehen.

4.1. Die entwicklungsförderliche Beziehung zwischen Kind und Bezugspersonen

Die **Eltern- Kind Beziehung** ist in der Regel die erste zwischenmenschliche Begegnung für das Kind und umschreibt grundlegende **Interaktionserfahrungen**, aus denen prägende **Repräsentanten** (verinnerlichte Beziehungserfahrungen) von „sich“ und „anderen“ hervorgehen (Resch 1996).

Der **äußere Umgang** miteinander prägt die **innere Haltung** (Eltern-Selbst/ Kind- Selbst) zueinander. Aus dieser Erkenntnis resultiert nun für die kontextorientierte Behandlung die Frage, welche **innere Haltung** und welche **elterlichen Verhaltensweisen** angemessen erscheinen, um eine entwicklungsförderliche Beziehung zum Kind gestalten zu können.

Bezüglich der **Umgangsweise** werden dabei **3 Kategorien** von → **Interaktionsmustern** unterschieden, die den Eltern zur Verfügung stehen bzw. die in der konkreten Situation jeweils angemessen erscheinen, um eine **stabile Beziehung** zum Kind aufzubauen (Marschak 1960, 1979, Jernberg 1987, Ritterfeld, Franke 1993):

Hierbei handelt es sich zum einen um fürsorgliche, einfühlsame, wohlwollende und bestätigende Zuwendungen (→ **emotionale Interaktionen**), deren primäre Intention der Ausdruck von Gefühlen ist, ohne dass ein externes Handlungsziel (Leistungsanforderung) im Vordergrund steht. In diesem Sinne werden die Bedürfnisse des Kindes verstanden und befriedigt. Es wird geliebt und geachtet, „um seiner selbst willen“. Aus diesen emotionalen Begegnungen kann sich zwischen Kind und Bezugsperson eine sichere und stabile **Verbundenheit** (Bindung) entwickeln, die zu einem zuversichtlichen **Selbstvertrauen** (positives Selbst- und Fremdbild) befähigt.

Das kindliche **Bindungsverhalten** kann als Ausdruck des Kindes interpretiert werden, sich insbesondere in verunsicherten bzw. stressbelasteten (Trennungs-) Situationen zu **regulieren**. Hierbei vergewissert sich das Kind der elterlichen Fürsorge, die in gewissem Sinne als „**Hilfs- Ich**“ verwendet wird, um damit die passenden Schritte einleiten zu können, die für die Situation angemessen erscheinen. *Bowlby (1958)* und *Ainsworth (1978)* haben in Untersuchungen festgestellt, dass die Kinder in diesem Zusammenhang Verhaltensweisen zeigen, die mit unterschiedlichen Bindungsmustern (sicher- stabil; ambivalent- unsicher; unsicher- vermeidend) einher gehen, aus denen entsprechende Handlungen resultieren. Diese Erkenntnisse wurden durch zahlreiche Forschungen bestätigt (*Kagan 1987; Papousek & Papousek, 1987*) und ergänzt (desorganisierter Bindungsstil).

So kann der vorherrschende Bindungsstil auch ein (diagnostischer) Hinweis auf die bestehende **Beziehungsqualität** (Selbst- Fremdbilder) sowie auf die daraus resultierenden **Copingstrategien** sein.

Die Eltern-Kind Beziehung muss also die Chance einer • **unbelasteten Zeit** bekommen, in denen fürsorglich, liebevolle und einfühlsame Zuwendungen stattfinden können. Das (ritualisierte) Einführen einer gemeinsamen, friedlichen und entspannten Atmosphäre, ist die Grundlage einer vertrauensvollen und wohlwollenden Beziehungsgestaltung. Dem Kind wird dadurch vermittelt, dass es liebenswert ist, ohne Leistung erbringen zu müssen. Die fixierte Sichtweise kann sich entkrampfen und weckt einen neuen achtsamen Blick füreinander, der auch die Begabungen, Interessen und Stärken wieder zum Zug kommen lässt. Hierbei sollte das (schwäbische) Motto: „nix gsagt isch gnuag globt“ nicht zum Einsatz kommen, sondern die Erkenntnis, „dass Champagner schmeckt, wenn er noch prickelt“. Lob und Anerkennung durch möglichst zeitnahe und • **authentische Rückmeldungen** sind die Bestätigungen, die das Kind so dringend braucht. Wenn die Stärken in den Vordergrund rücken, gewinnt das Kind an Selbstsicherheit und Selbstvertrauen. Mitunter ist es hilfreich, diese bestätigenden Momente einzufangen (• **rosa Notizen**), um sie als Kraftquelle für schwere Zeiten zur Verfügung zu haben. Der Alltag bietet vielfältige Nischen und Momente für einen zugewandten Umgang miteinander: Gemeinsame Vorhaben und Spiele, familiäre Rituale, innige Berührungen, „leibliche“ Versorgung und Pflege gehören ebenso dazu, wie wertschätzender Austausch und liebevoller Blickkontakt.

Das zielgerichtete, führende und motivierende elterliche Verhalten (→ **fördernde Interaktionen**), stellt gewissermaßen das Gegenstück zum fürsorglich einfühlsamen Verhalten dar. Es stehen nicht die emotionalen Bedürfnisse des Kindes im Vordergrund, sondern es zeichnet sich durch Umgangsformen aus, die einerseits anleitend und unterstützend sind, damit konkrete Anforderungen zielgerichtet bewältigt werden können, andererseits aber auch maßregelnd und abgrenzend sind, damit sich das Kind an den gegebenen Umständen ausrichten und anpassen kann. Des Weiteren äußern sich fördernde Interaktionen in der anregenden Fähigkeit, dem Kind „die Welt“ zu zeigen, so dass sich sein vorhandenes Potential an Interesse und Neugierde auf die Außenwelt richten kann und es davon mehr kennenlernen und erfahren möchte. Als Gegenpol zur Verbundenheit kann sich dadurch **Autonomie** und **Handlungskompetenz** entwickeln.

Ein Kind will reifen, seine eigenen Erfahrungen verwerten und von seiner Mitwelt lernen. Zuversicht und • **Zutrauen** in die **Progressionswünsche** des Kindes sind die Eintrittskarten für einen anregenden, förderlichen und respektvollen Umgang miteinander. Die Familie ist die erste Lern- und Erfahrungsnische des Kindes. Der Alltag bietet viele schillernde Eindrücke und erregende Ereignisse, die verarbeitet und einsortiert werden müssen. Dies gilt es bewusst zu erkennen und verantwortlich damit umzugehen, in dem Raum und Zeit für • **gemeinsame Reflexion** und **Entfaltungsspielräume** für neue Anregungen und Ideen geschaffen werden. Die Familie ist auch für das Kind die erste Gemeinschaft (mit unterschiedlichen „einzigartigen“ Mitgliedern), in der soziale Kompetenzen reifen und weiterentwickelt werden können. Das Aushandeln und Einführen von • **klaren Regeln**, angemessener • **Arbeitsteilung (Dienste)** und • **verbindlichen Absprachen** (mit eindeutigen • **Konsequenzen**), ermöglicht dem Kind eine lebenswichtige Erfahrung: sich in einem Verbund einfügen und anpassen zu können. Anstehende Aufgaben und Anforderungen können dann erfolgreich und bestätigend bewältigt werden, wenn es gelingt, die • **kindlichen Ideen** und **Ressourcen** dafür zu **mobilisieren** und auch „in den Dienst zu nehmen“. In diesem Zusammenhang ist eine • **elterliche Unterstützung** und **Anleitung** dann hilfreich (Hilfe zur Selbsthilfe), wenn es gelingt, das Ziel und die jeweiligen Einzelschritte so kindgerecht (entwicklungsadäquat), präzise, anschaulich und transparent als möglich zu fassen und die Umsetzung, je nach Bedarf, zu überprüfen.

→ **Stressbewältigende Interaktionen** sind die elterlichen Verhaltensweisen, deren primäre Intention es ist, das Kind in Krisensituationen (Misserfolg, belastende Ereignisse) so zu unterstützen, dass eine Kompensation des Stressors möglich wird. Die gelungene Bewältigung einer Krise hängt in entscheidendem Maße von der Verfügbarkeit angemessener **Copingstrategien** ab und wird zum anderen jedoch auch von der Zuversicht bestimmt, die Belastung bewältigen zu können. Damit wird deutlich, dass **Selbstvertrauen**, als Folge von emotionalen Interaktionen (**Verbundenheit**), so wie die Verfügbarkeit von **Handlungskompetenz**, als Folge von fördernden Interaktionen (**Autonomie**), beidermaßen die Grundlage für eine gelungene Stressbewältigung ist.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass insbesondere in **Stresssituationen** die eigenen verinnerlichteten (**elterlichen**) Bindungsmuster aktiviert werden und sich damit häufig eine übermäßig **einseitige** Verhaltensweise gegenüber dem Kind einstellt, die auch mitunter in das andere „Extrem“ kippen kann. Der Dialog zwischen Eltern und Kind wird dadurch erheblich behindert und forciert die Entgleisung weiterer Dialoge.

Elterliches Verhalten mit ausgeprägtem **führendem Interaktionsstil** geht häufig einher mit Kontrollverhalten, Befehlen, Entwertungen, Kritik und Sanktionen. Empfindet das Kind diese Interaktion als ich- synton, so schützt (reguliert) es sich in Form von übersteigerndem Leistungseifer. Ich- dystone Kinder regulieren sich, in dem sie mit Abwehr bzw. Verweigerung darauf reagieren (*Cierpka & Cierpka 2000*). Des Weiteren lernt das Kind am Modell, dass die Entwertung anderer und die Anwendung von Bestrafung (Gewalt) zur Durchsetzung eigener Bedürfnisse und Ziele legitim und notwendig ist (*Resch 1996*).

Ueberfürsorgliche Interaktionsstile gehen häufig einher mit ängstlich- klammerndem, inkonsequentem- nachgiebigem und mit übermäßig zugewandtem oder verwöhnendem Verhalten. Reagiert das Kind darauf ich- synton, so werden durch die „maßlosen“ Begegnungen einerseits unrealistische Größenfantasien und andererseits bedrohliche Vorstellungen über die Außenwelt genährt, die eine Auseinandersetzung mit der realen Welt erheblich behindern. Ich- dystone Kinder erfahren dadurch eine Entmündigung, die ihnen keinerlei eigenständigen Handlungsspielraum zugesteht und reagieren häufig mit Trotz (Aggression) oder Resignation (Depression). Angesichts fehlender (Modell-) Erfahrung bezüglich eigener Wirksamkeit und Handlungskompetenz, lernt das Kind, dass Rückzug und Vermeidung die wesentlichsten (Ueberlebens-) Strategien gegenüber Außeneinflüssen sind (*Cierpka, 2000; Resch, 1996*).

Der Umgang mit Krisen ist für Eltern und Kinder ein permanenter Bestandteil des gemeinsamen Alltags und wirkt sich maßgeblich auf die Eltern- Kind- Beziehung aus. Somit gehört das **Krisenmanagement** zu den wesentlichsten Entwicklungsaufgaben der Familie. Hierbei scheint insbesondere die **elterliche** Wahrnehmung, Einschätzung und Auffassung (**innere Haltung**) bezüglich stressevozierender- und kompensierender Faktoren eine wichtige Rolle zu spielen. Im Folgenden möchte ich den Versuch starten, einige Aspekte zu bündeln, die in gewisser Hinsicht als (idealtypische) **elterliche** Haltung bzw. **innerseelische Ausstattung**, zu einer gelungenen Krisenbewältigung beitragen können:

- Zugang zur Kind-Welt (**flexibles „Ich“**). Aufgeschlossenheit und Achtsamkeit gegenüber eigenen re- aktivierten kindlichen Stressoren und Krisen (und deren Bewältigung), ermöglichen zum einen ein verständnisvolles Nachempfinden und Einschätzen der aktuellen kindlichen Verfassung und zum anderen kann der Zugang zu kindlichen Bewältigungsstrategien freigelegt werden. Durch die **Anpassung an den Entwicklungsstand des Kindes** ist eine adäquatere Unterstützung und Begleitung mit kindgerechten Mitteln möglich.
- Fürsorge und Empathie (**Verbundenheit**). Einfühlung und Verständnis für die (regressiven) kindlichen Bedürfnisse von Schutz, Geborgenheit, Trost und Fürsorge ermöglichen zum einen das **Abschotten** von überflutenden Stressoren, in dem die evozierende Situation gefiltert bzw. abgewehrt wird, zum anderen kann sich beim Kind durch die mitschwingende **Bestätigung** und tröstliche **Zuwendung** eine zuversichtliche und stärkende Ausgangslage zur Bewältigung der aktuellen Situation einstellen.
- Die hilfreiche Rückmeldung (**selektive Authentizität**). Persönliche **Lebenserfahrung** und elterlicher **Wissensvorsprung** bezüglich des Erlebens und Umgangs mit Misserfolg, Frustration und Trauer, kann die aktuelle kindliche Sichtweise erheblich bereichern (**Mehrperspektivität**) und die Aussicht auf Überwindung bestärken. Das aufrichtige Zulassen und Bekennen von eigenen Schwächen und „Fehlverhalten“ eröffnet dem Kind einen solidarischen Zugang zur Fehlerfreundlichkeit.
- Wertschätzung und Zutrauen in die kindliche Progression (**Intersubjektivität/ Autonomie**). Die Stresssituation muss nicht grundsätzlich als „Gefahr“ gesehen werden, sondern kann auch eine Chance für Weiterentwicklung sein. Damit wird dem Kind ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz zugetraut und die eigenständige Verantwortung zur Bewältigung ermöglicht. Achtung und Respekt vor dem kindlichen Bewältigungsrepertoire äußert sich zum einen durch das **Aufgreifen** und **Einbinden** der zur Verfügung stehenden kindlichen Bega- bungen und Ressourcen, zum anderen durch eine elterliche **Zurückhaltung** („1 Schritt hinter dem Kind“ *Petzold, Ramin 1987*), die dem Kind das Ausprobieren und Experimentieren bezüglich eigener Ideen ermöglicht und damit die Zuversicht in die **eigene Regulierung** unterstreicht.

Aleksandar, 11.J. (Fortsetzung)...Einige Wochen nach dem Abschlussgespräch erscheint die Mutter zum vereinbarten Termin alleine. „Eigentlich“ sei alles soweit „paletti“; die Schulleistungen von Aleks haben sich einigermaßen eingependelt und die Streitereien bleiben überschaubar. Aleks möchte „nie im Leben“ eine Therapie machen und „auf gar keinen Fall“ die Schule wechseln. Sie selbst befasst sich einerseits mit dem Gedanken des Wiedereinstiegs ins Berufsleben, hat aber andererseits erhebliche Befürchtungen, dass sich dadurch ein „familiärer Rückfall“ einstellen könnte. Aleks bräuchte ihre Zuwendung und Unterstützung im alltäglichen „Kleinkram“ und insbesondere bei den Schulaufgaben. Für ihn käme eine LRS- Einzelförderung mit einer „fremden Person“ nicht in Frage.

Wir verbleiben soweit, dass sich die Familie im Bedarfsfall gerne wieder an uns wenden kann.

Einige Zeit später erreicht mich ein verzweifelter Brief der Mutter: „... ein Schreiben von der Schule sei eingetroffen; aufgrund erheblicher Leistungsmängel sei der Wechsel in die Hauptschule dringend erforderlich und sinnvollerweise zum unmittelbar anstehenden Halbjahr vorzuziehen. Aleks raste völlig aus und möchte nicht mehr leben...“. Unverzüglich vereinbare ich mit der Mutter und Aleks einen Termin für den nächsten Tag. Zu diesem Termin erscheinen Aleks und ...sein Vater.

Die Mutter ist am Vorabend aufgrund eines „Nervenzusammenbruchs“ in die Psychiatrie für unbestimmte Zeit eingewiesen worden. Vor mir sitzen zwei „Häuflein Elend“. Beiden sind die überflutenden und verzweifelten Ereignisse der letzten Stunden ins Gesicht geschrieben, was ich auch so benenne. Der Vater merkt an, dass den beiden dieser Zustand nicht ganz fremd ist und sie „die Zeit“ auch diesmal „irgendwie überstehen“ werden. Auf meine Frage hin, was ihm den behilflich sein könnte, „die Zeit hinreichend gut zu überstehen“, blickt er zu Aleks und sagt: „ein Sohn, der mitmacht.“ Aleks sagt nichts. Nach einer Weile wende ich mich an ihn, und sage ihm, dass er nach meinem Eindruck vielen anderen Kindern in seinem Alter einiges voraus hat..., abgesehen von seiner Lebenserfahrung, die ihm jetzt schon gezeigt hat, dass er persönlich auswegslos empfundene Momente überwinden kann, hat er einen Vater, der ihn in solch einer Situation bei sich haben möchte. Aleks schaut mich (zweifelnd?) an. Ich frage ihn, ob er sich denn vorstellen könnte, dass ihm sein Vater eine gemeinsame „hinreichend gute Zeit“ -ohne Mutter- wirklich zutraut. Aleks schaut zu seinem Vater. Der nickt und nennt (nach meinem „Nachhaken“) einige Dinge (gutes Kochen, faires Kicken, hartes Trainieren, ausreichendes Putzen... ich bin erstaunt, wieviel doch kommt!), die bisher zwischen den beiden -auch ohne Mutter- ganz gut geklappt haben. Ich frage Aleks, was er -auch in Hinblick auf den bevorstehenden Schulwechsel- von seinem Vater braucht, so dass ihm eine „hinreichen gute Zeit“ möglich wird. Er blickt (etwas schmunzelnd) zu seinem Vater und sagt: „ein Vater, der mitmacht“. Im Gespräch bekräftigt der Vater sein Einverständnis und seine Unterstützung bezüglich des Schulwechsels. Er möchte sich persönlich beim Rektor der Hauptschule dafür einsetzen, dass Aleks in die von ihm gewünschte Klasse kommt.

Des Weiteren wird ein Wochenplan für zu Hause erstellt, der die jeweiligen Pflichten und gemeinsamen Zeiten überschaubar bündelt. Bei beiden zeigt sich hier (nach dem Motto: „der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“), eine sehr gewitzte und eifrige „(Aus-)Händlermentalität“. Für die nächste Zeit werden weitere Termine mit Aleks vereinbart, die - als Übergangsbetreuung- den Schulwechsel und die familiäre Situation begleiten sollen. Aleks kommt in die gewünschte Klasse und findet -neben seinem früheren Grundschulfreund- einem ihm sehr zugewandten Klassenlehrer vor. Der Wechsel fällt ihm persönlich wesentlich leichter, als befürchtet. Vielmehr macht ihm die bevorstehende Rückkehr seiner Mutter sehr zu schaffen. Er entwickelt nahezu panische Zustände, mit der Vorstellung, die errungene Eigenständigkeit und gemeinsame Zeit mit dem Vater wieder „abgeben zu müssen“. Bisher hatte er sich geweigert, bei den Besuchen das Psychiatriegelände zu betreten; jedoch selbst eine Form gefunden, wie er sich nach den gemeinsamen Spaziergängen von seiner Mutter verabschiedet: Sobald sie ihren Stock erreicht hat und ihm zuwinkt, wirft er vom Parkplatz aus -in ihre Nähe- eine Ladung Schneebälle an die Hauswand.

In einer unserer letzten Sitzungen erscheint Aleks gemeinsam mit seiner Mutter. Sie ist noch sehr gezeichnet von der vergangenen Zeit. Die Familie unterstützt ihren Wunsch, nach einem kurzen Urlaub in ihrer Heimat, die seit länger bestehende Stellenanfrage als Altenpflegerin, seitens des hiesigen Altenwohnheims, anzunehmen. Aleks scharrt mit den Füßen und nestelt geschäftig an seinen Klamotten. Auf meine Frage, was ihn den so „treiben“ würde, erwidert er, dass er von seinem Großvater aus Zagreb, aufgrund recht guter Schulnoten, Geld geschickt bekommen hätte und er jetzt eigentlich lieber mit seiner Mutter „Shoppen“ gehen würde, „als hier rumzusitzen...“

4.2. Der strukturierte und Grenzen setzende Rahmen

Ein fester und verlässlicher Rahmen erleichtert das alltägliche **Zusammenleben** in der Familie ganz entscheidend. Dies bedeutet zum einen für alle Beteiligten (!), dass • **Klarheit** untereinander in Bezug auf Rechte und Pflichten bestehen, Regelungen, Absprachen und mögliche Konsequenzen

• **Gültigkeit** haben und diese verbindlich, eigenverantwortlich und zuverlässig gehandhabt werden. Zum anderen bedeutet dies jedoch auch, dass erreichbare • **Rückzugsmöglichkeiten** sowie verlässliche • **Ruhezeiten** vorhanden sind, regelmäßige bzw. • **routinierte (Tages-) Abläufe** zur Verfügung stehen und eine hinreichend

überschaubare • **Ordnung** eingehalten und gepflegt wird. Durch dieses strukturierte „**Geländer**“ wird der Alltag vorhersehbarer und überschaubarer. Er bietet **Stabilität, Sicherheit und Orientierung** und es lassen sich damit unvorhergesehene Schwierigkeiten, die recht schnell eskalieren könnten, erheblich entschärfen. In diesem Sinne kann das Einführen und Pflegen von • **Ritualen** eine außerordentlich hilfreiche, entlastende und unmittelbar wirksame Intervention sein. Durch die offensichtliche und anschauliche Bündelung von notwendigen **strukturellen Stützen**, können die vorherrschenden Anliegen und intensiven Gefühle einen dafür vorgesehenen Platz zugewiesen bekommen und dementsprechend beachtet und behandelt werden. Rituale befähigen das „**familiäre Selbst**“, sich als erfolgreichen „Chaos- Bändiger“ und als „befriedeten Bezirk“ zu erleben. Eine gelungene Erweiterung des Rollenrepertoires.

Des Weiteren ist dieser Grenzen setzende Rahmen für die **Persönlichkeitsentwicklung** des Kindes grundlegend wichtig (Resch 1996). Die berechenbaren regelhaft anzutreffenden **Grenzen** („das ist so“, „das gehört so“) bieten nach außen hin **Schutz** und **Geborgenheit**. Innerhalb dieses Rahmens besteht eine **Verlässlichkeit**, die das Kind dazu ermutigt, in **eigener Regie** den Erfahrungsraum zu erforschen. Dadurch kann in angstfreier Atmosphäre gefahrlos Neues erprobt und entwickelt werden und sich ein erweitertes **Handlungsrepertoire** einstellen. Die zugewandte und **Grenzen setzende Bezugsperson** kann vom Kind als sicher und kompetent erlebt werden, so dass eine entwicklungsförderliche **Identifikation** mit ihr möglich wird. Verhaltensweisen der Bezugsperson (**Rollenmodell**) können anerkannt, internalisiert und in die Selbststrukturen aufgenommen werden. Grenzen sind selbstverständlich auch Hindernis, **Widerstand** und erlebte **Distanz** zum Anderen. Dadurch werden sie zu einer Herausforderung von Auseinandersetzung und zu einer Erfahrung von Andersartigkeit („Du so“...„ich so“). **Identitätsbildung** wird dadurch möglich. „Um diese Grenzen wird gerungen, kleine Allmachts-spiele werden ausgetragen, die das Durchsetzen und Aushandeln, aber auch das Einsehen und Akzeptieren von unverrückbaren Notwendigkeiten erlernbar machen“, (Resch, 1996).

Matthias, 14 J. wird von seiner Mutter vorgestellt, da ihm, aufgrund erheblich ausfälliger und oppositioneller Vorfälle, der Schulausschluss droht. Bereits im Kindergarten -wie auch in der Familie- sei er durch aggressives und impulsives Verhalten aufgefallen. Matthias besuchte ab der 5.Klasse das Gymnasium und wechselte bereits nach einem halben Jahr, aufgrund massiver Störungen, auf ein anderes Gymnasium. Dort wiederholte er die 6. Klasse und musste im Verlauf auf die Realschule wechseln, wo er jetzt die 7. Klasse besucht. Die Lehrerin beschreibt seine Arbeitsweise, bezüglich der Leistungsmotivation, Konzentration und Ausdauer, als stark schwankend, zerfahren und sehr begrenzt. Nach den derzeitigen Schulleistungen ist Matthias versetzungsgefährdet; der Wechsel auf die Hauptschule wird in Erwägung gezogen. Die Mutter besuchte selbst die Hauptschule und ist derzeit halbtags im Einzelhandel beschäftigt. Der Vater hat das Gymnasium ohne Abitur verlassen, ein Fachhochschulstudium abgebrochen und ist als angelehnter Arbeiter in einem technischen Betrieb beschäftigt. Die 18-jährige Schwester hat problemlos den Realschulabschluss geschafft.

Aus der Diagnostik ergibt sich ein sehr unausgeglichenes Profil: Während die intellektuelle Leistungsfähigkeit insgesamt im überdurchschnittlichen Bereich (IQ:128) liegt, finden sich weit überdurchschnittliche Stärken in der ganzheitlich- visuellen Auffassungsgabe, hingegen sind deutliche Schwächen in der Konzentration und ausdauernden Arbeitsgeschwindigkeit zu verzeichnen. Des Weiteren finden sich Stärken im kreativ- künstlerischen und praktisch- technischen Bereich, er hat sportliches Talent und eine Vorliebe für Pflanzen und Tiere. Emotional wirkt der Junge auffällig kindlich, labil und verfällt häufig in regressiv- aggressives Spielverhalten. Das projektive Material zeigt, dass er durch die Schule und seine soziale Umgebung (unzureichende Beziehungen, Matscheibenkonsum, keinerlei zufriedenstellende Freizeitgestaltung) stark eingeschränkt und belastet ist. Empathisches Verständnis ist ihm kaum möglich, er verfügt über ein (erschreckend) reduziertes Repertoire prosozialer Umgangsformen. Insbesondere dem Vater gegenüber bestehen deutliche Machtansprüche und erheblich aggressive Impulse, denen sich dieser scheinbar nicht gewachsen fühlt. Insgesamt spricht die Diagnostik für eine ausgeprägte Störung des Selbstwertgefühls, die mit einer narzisstisch eingefärbten Empfindlichkeit und Abwertung Anderen gegenüber, einhergeht. Der überdurchschnittlich begabte Junge droht an der Schule und an den unzureichenden familiären Beziehungen zu scheitern. Aufgrund der eindeutig bestehenden hyperkinetischen Störung des (Sozial-) Verhaltens mit sekundärer neurotischer Fehlentwicklung

(ICD 10: F90.1/F 93.8), wird eine Stimulantienbehandlung eingeleitet. Für die Klärung der weiteren Schritte, wird ein Familiengespräch vereinbart, sowie die Kooperation mit der Schule angeboten. Die Lehrerin berichtet wenige Zeit später, dass der einwöchige Schulausschluss bereits erfolgte und sich unmittelbar danach sein Verhalten und sein Leistungsvermögen kurzfristig verbessert hätten. Mittlerweile sei aber sein unbeherrschtes und demotivierendes Verhalten wieder annähernd auf dem früheren Stand. Eine Mitschülerin hätte bereits die Klasse gewechselt, da sich seine verbalen wie körperlichen Attacken, gezielt in unkontrollierten Momenten (Pausen), u.a. auf sie gerichtet hätten. Selbst ein Kollege (Bio/Sport), der bisher einen „recht guten Draht“ zu Matthias hatte, resigniere zunehmend. Matthias kommt mit seiner Mutter zum Familiengespräch. Beide betreten in großem Abstand zueinander den Raum. Im Gegensatz zur Diagnostik, setzt er sich stocksteif auf seinen Stuhl, blickt aus dem Fenster, „erstarrt“ in dieser Haltung und schweigt sich aus. Er ist ein ausnehmend hübscher Junge. Die Mutter wirkt einerseits durch ihr schlichtes und korpulentes Äußeres und andererseits durch ihre unbeholfene, fast unterwürfige Art, Matthias gegenüber wie eine „Bedienstete“; (während ich mich frage, wie dieser junge „Kuckuck“ in dieses „Nest“ gelangt ist...). Es hat den Anschein, dass die Mutter wohl für den

Rest der Stunde meine (einzige) Gesprächspartnerin bleiben wird. Ich wende mich an sie und teile ihr mit, dass es in „Regierungskrisen“ durchaus üblich sei, sich von Experten entsprechend beraten zu lassen, um nach sorgfältigem Abwägen jeweiliger Alternativen zu einer sinnvollen Entscheidung gelangen zu können. Zu Matthias sage ich, dass der Sinn von „öffentliche Sitzungen“ darin liege, den betroffenen BürgerInnen eine Chance zu bieten, die aktuelle Lage „zu peilen“, um sich mit der weiteren Planung für ihre persönliche Zukunft befassen zu können. In unserer „Sitzung“ seien jedoch insbesondere auch seine Anregungen und Ideen herzlich willkommen. Er sagt nichts. Ich fasse die wesentlichsten Inhalte des Gesprächs mit der Lehrerin zusammen (bei der momentanen Verfassung des Sport- und Biolehrers horcht Matthias sichtlich auf) und bitte die Mutter, bevor auch sie resigniere (und insbesondere als Mensch dekompenriere), hier die Gelegenheit zu nützen, die für sie notwendigsten Eckpfeiler eines hinreichen guten Zusammenlebens aufzustellen. Im anderen Fall gäbe es durchaus auch kurzfristig die Möglichkeit, sich durch einen Aufenthalt des Sohnes in der Jugendpsychiatrie zu schützen. Es folgen einige Dinge, die ihr wichtig erscheinen (zuverlässige Medikamenteneinnahme, 1x in der Woche die „Müllhalde“ Zimmer aufräumen, Klausurenplan, der in der Küche hängt, keine verbalen Demütigungen gegenüber den Eltern, regelmäßiger „Gartendienst“ bzw. Rasen mähen und kontinuierliche Pflege des Vorgartens).

Des Weiteren erläutere ich ihr (und Matthias) verschiedene (Jugendhilfe-) Maßnahmen („soziales Training“, Verhaltenstherapie, Betreuungshelfer, ISE- Maßnahme, Heimunterbringung) und schulische Alternativen (Privatschule mit kleineren Klassen, Internat), die mir für Matthias durchaus angemessen erscheinen. Er sagt nichts. Wir vereinbaren einen weiteren Termin, kurz vor den Sommerferien (mit Vater!), um „den Lauf der Dinge“ zu überprüfen und gegebenenfalls das Ergebnis ihrer Entscheidungsfindung weiter zu begleiten. Kurz vor den Sommerferien meldet sich die Mutter telefonisch bei mir: „eigentlich“ sei der anberaumte Termin jetzt nicht mehr notwendig; Matthias hätte die 7. Klasse geschafft und sich in der Schule wie zu Hause „fair verhalten...“. Seine Dienste mache er gewissenhaft und sein „Medikament“ nehme er nun auch selbst regelmäßig ein...im Bedarfsfall meldet sie sich wieder...

4.3. Entlastung und Hilfe für die Familienmitglieder

Eltern und Kinder, die etwas für sich selbst tun bzw. **eigenen Bedürfnisse** erkennen, können diese gezielt einfordern, regulieren, pflegen und kultivieren. Sie sind ausgeglichener, haben mehr Kraft für ihre alltäglichen Pflichten und auch mehr Energie für einen unbefangenen und zugewandten Umgang miteinander. Wie bereits mehrfach erwähnt, zeigt jedoch die Erfahrung, dass die meisten Familien die zu uns kommen, derart von Symptom und Leidensgeschichte absorbiert sind, so dass ihr persönlicher Zugang zu eigenen Bedürfnissen häufig verschüttet erscheint. Jede(r) Einzelne, mit dem/r wir zu tun haben, ist jedoch auf **• Kraftquellen** regelrecht angewiesen. Und so befasst sich die familienorientierte Behandlung zum einen mit dem Suchen und Aufspüren **• individueller, partnerschaftlicher und familiärer Bedürfnisse** und bemüht sich zum anderen auch um das Erschließen geeigneter **• Entlastungsnischen**, die dadurch den Kraftquellen wieder einen festen Platz im Alltag der einzelnen Familienmitglieder zusichern können. Rücksichtnahme und Achtsamkeit bezüglich eigener und anderer Bedürfnisse kann sich dann entfalten, wenn der Schlüssel zur persönlich geeigneten Entlastung gefunden wird. In der Regel wird sich dann eine „heilende“ Wende im Familiengeschehen einstellen, wenn jede/r für sich kapiert hat, dass ausreichende **• (Familien-) Pausen** sowie die **• liebevolle Pflege** persönlicher Interessen nicht **Luxusgüter** sondern **Grundbedürfnisse** sind. Die daraus resultierenden Fehlzeiten bzw. Abwesenheiten einzelner Familienmitglieder müssen sich nicht als **Risiko** weiterer familiärer Beziehungsdefizite entlarven, sondern können auch eine **Chance** für die Beziehungsgestaltung der „Hinterbliebenen“ sein.

Eltern tragen die Verantwortung für eine hinreichend gesunde Entwicklung und stabile Einbindung ihres Kindes in die Gesellschaft. Dieser Auftrag kann zu einer unerträglichen bzw. erdrückenden Last werden, wenn die eigenen Möglichkeiten erschöpft und die persönlichen Potentiale längst überschritten sind. Ein (Krisen-)Zustand, der sich häufig in Form von Selbstzweifeln, hilfloser Ohnmacht, Resignation und zunehmender sozialer Isolierung äußert. Grundsätzlich hat jeder Mensch ein Recht darauf, **Hilfe** in Anspruch zu nehmen, wenn er nicht mehr weiter weiß. Jedoch sind einerseits Isolation, Misstrauen und Resignation und andererseits das eigene Zugeständnis von Hilflosigkeit sowie der fehlende Mut, sich damit zu zeigen, für „gebrannte Eltern“ häufige Hinderungsgründe, angemessene Hilfe zu registrieren und für sich „in den Dienst zu nehmen“.

Um so mehr sollte jeder neue Versuch, die eigene Hilflosigkeit zu überwinden und den ersten Schritt der Begegnung zu wagen - im Sinne einer gelungenen Kontaktregulierung (**Ich-Stärke**)- als solcher gewürdigt und **solidarisch** mit **Verständnis** und **Unterstützung** begleitet werden. In diesem Zusammenhang bemühen wir uns als **professionelle Helferinstanz** zum einen um die Mobilisierung weiterer geeigneter professioneller Hilfeangebote (→ **Kooperation**) zum anderen jedoch auch um den **Auf- und Ausbau** eines **Helfernetzes** im direkten Umfeld der Familie. Dazu gehören u.a. das Coachen bzw. Wiederbeleben eines häufig versiegten **• Austausches** zwischen den bedeutsamen Menschen des Kindes. **Eltern** und **sekundäre Bezugspersonen** (LehrerInnen, ErzieherInnen...) sind beidermaßen „Experten in Sachen Kind“ und können im Sinne einer ge-

gegenseitiger Anregung jeweilige Erfahrungswerte und (hilfreiche) Umgangsweisen mit dem Kind abstimmen, ergänzen und (teilweise) verwenden. Des Weiteren achten wir auf • **gemeinwesenorientierte Helferangebote** „vor Ort“ (Nachbarschaftshilfe, Schülerhilfe, Babysitter, (vhs-) Kurse, (Tagesmütter-)Vereine, Elterninitiativen), die den Familien Vernetzung und Entlastung ermöglichen. Nicht zuletzt sind

• **Elternselbsthilfegruppen** eine bereichernde Möglichkeit, mit ebenfalls betroffenen Eltern zusammenzukommen, Erfahrungen auszutauschen und solidarisch unterstützt zu werden. Die eigene Situation, Scham und Zweifel werden entscheidend entlastet, wenn Betroffene erkennen können, dass Andere ähnliche Probleme (überwunden)haben.

Frau S. meldet sich nach einem Jahr erneut bei mir. Aufgrund der ADHS- Symptomatik ihres Sohnes (8 J.), der seit gut 2 Jahren in der Sozialpsychiatrischen Ambulanz vom Arzt mit MPH(Methylphenidat) behandelt wird, bestanden über einen längeren Zeitraum regelmäßige Kontakte zu mir, die sich in erster Linie auf alltägliche Umgangsweisen mit Kind und Familie bezogen haben. Frau S. ist Hausfrau und mit einem Schreinermeister verheiratet; sie ist Mutter von vier Kindern und wohnt mit ihrer Familie seit 8 Jahren als „Reichsmeckte“ in einem Eigenheim, recht weit abgelegen von der Stadt. Mittlerweile haben sich bei zwei weiteren ihrer Kinder erhebliche Teilleistungsschwächen mit (bereits bekannten) ADHS- Tendenzen herausgestellt. Seit ungefähr zwei Monaten ist ihre „gute Bekannte“ aus dem „100- Seelen Dorf“ in die Stadt gezogen. Frau S. kommt „auf dem Zahnfleisch“ daher. Zum einen „hetzt“ sie als „familiäres Taxi“, aufgrund der drastisch angestiegenen Einzeltermine ihrer Kinder (Nachhilfe, LRS- Förderung, Ergo, Freizeitermine), von einem Ort zum anderen und ist daher zeitlich am Rande ihrer Kapazität angelangt, zum anderen ist sie durch die Fülle von (Haus-) Aufgaben, die mittlerweile bei Kindern, Haus und Hof anstehen, nervlich wie körperlich am Ende.

Ihr „angekratztes Nervenkostüm“ wirkt sich unmittelbar auf das Familienklima aus, was ihr weiteren Stress bereitet. Einerseits sinkt sie am Abend völlig erschlagen aufs Sofa, andererseits ist sie in letzter Zeit derart „aufgekratzt“, dass sie kaum Schlaf findet und morgens „wie gerädert“ aufwacht. Die morgendlichen Gespräche mit ihrer Nachbarin, „wenn alle aus dem Haus sind“, fehlen ihr sehr. Seit dem Wegzug hat sie über ihre persönliche Verfassung nicht mehr gesprochen. Ihr Mann ist beruflich stark belastet, nützt die nahegelegene Schreinerei jedoch auch als Rückzugsmöglichkeit vor der stressbehafteten Familie. Durch die Wiederaufnahme des Kontaktes von Frau S. zur Sozialpsychiatrischen Ambulanz, zeigt sich, angesichts der massiven Belastungssituationen, ihr aktives Regulierungsvermögen (im Sinne eines „good copers“, Heim 1999), was ich ihr auch so rückmelde. Wir vereinbaren über einen Zeitraum von einem halben Jahr, 14-tägige Termine am Vormittag, die so gelegt werden, dass für uns beide ein „zweites Frühstück“ möglich wird. Rein der Umstand einer kontinuierlich bestehenden Begegnung, in der gute und anstrengende Ereignisse der letzten Tage geschildert werden können, entlasten ihren Zustand erheblich. Immer wieder biete ich ihr leiborientierte „Quick- Relax“- Übungen an, die sie auch zu Hause, ohne großen Aufwand, durchführen kann. Auf einer Reise zu ihrer inneren „Ruheoase“, fährt sie als Beifahrerin mit einem rießigen Trucker eine weite Landstrasse entlang. Der Truckerfahrer ist ein Mann, den sie bei genauer Betrachtung als ihren eigenen Mann identifiziert. Dieser Umstand ist Auslöser für weitere Gespräche über ihre Partnerschaft. Daraus entsteht unter anderem die Idee, statt einem „Eheabend“, einen „Ehevormittag“ unter der Woche einzurichten, der damit beiden die Chance einer kinderlosen und „unverbrauchten“ gemeinsamen Zeit beschenken könnte. In einer der nächsten Sitzungen kommt sie freudestrahlend mit der Nachricht, eine Einigung getroffen zu haben: Während sie am Samstagvormittag mit den Kindern die Einkäufe erledigt, befindet sich ihr Mann in der Schreinerei. Dafür möchte er sich unter der Woche einen Vormittag frei nehmen. Des Weiteren soll in Zukunft ein „Heimkehr-Ritual“ eingeführt werden, bei dem die Kinder (insbesondere der „vaterfixierte einzige Sohn“), dem Vater mit dem Fahrrad entgegenfahren können und ihn bis zur Haustüre begleiten dürfen. Ab dann ist für eine 1/4 Stunde „kinderfreie Zeit“, in der sich die Eltern unter „4 Augen“ besprechen können. Im Laufe unserer gemeinsamen Treffen erfolgt auch die Zusage eines Tagesgruppen-Platzes für ihren Sohn an seiner Schule. Ihr anfänglich „schlechte Gewissen“ bezüglich einer „Abschiebung“ kann sich recht schnell legen; die „Schnuppertage“ sind prächtig gelaufen und die mittlerweile fest etablierten Heimkehr-Rituale werden davon nicht tangiert. Die Idee, eine Kur (mit entsprechender Haushaltshilfe) zu beantragen, möchte sie sich eventuell für das kommende Jahr vornehmen; derzeit ist sie mit ihrer Situation sehr zufrieden.

4.4. Kooperation und Koordination mit lokalem Netzwerk und weiteren Helfersystemen

Durch unseren ganzheitlich ausgerichteten Versorgungsansatz, der sich zunehmend als **ambulante Clearing-stelle** für die Belange von Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien in der Region etabliert, steht -neben der Diagnostik-, insbesondere auch die weitere **Behandlung** unter dem Vorzeichen der **Vernetzung**. Wesentliche Prozesse der Behandlung finden nicht (ausschließlich) in einem therapeutisch geschützten und gut isolierten Rahmen statt, sondern zeichnen sich insbesondere auch durch einen **aktiv eingeleiteten** und **kontinuierlichen** • **Dialog** zwischen weiteren **KooperationspartnerInnen** (sozialer Nahraum/ weitere Helfersysteme) im Netzwerk aus. Bisher werden die Außenkontakte in der Mehrzahl von uns gezielt angefragt und eingeleitet. Nicht zuletzt steht uns hierfür die ganzheitlich ausgerichtete, differentielle und kontextabgestimmte **Diagnostik**

als fundiertes „Basislager“ zur Verfügung. Zum einen ermöglicht die Diagnostik eine Transparenz bezüglich der offensichtlich bestehenden Patientenbelange und der dafür ausgerichteten **regionalen Zuständigkeiten**, was mit entsprechender Kontaktaufnahme und • **Weitervermittlung** einher geht. Zum anderen ermöglicht sie - insbesondere bei hochkomplexen und verstrickten Gegebenheiten- einen gezielten bzw. überschaubaren • **Helferkreis** (Helferkonferenzen) zusammenzuführen, der durch seinen vielfältigen Erfahrungsschatz und seine fachlich bewährte Kompetenz den Blick und die Ausrichtung für weitere Vorgehensweisen schärfen, abstimmen und ergänzen kann. Helferkonferenzen ermöglichen aufgrund der kontinuierlichen • **Verlaufsbeobachtung** einen bereichernden Austausch sowie hilfreiche Reflexion, (Zwischen-)Bilanz und Ausblick für alle Beteiligten.

Im Sinne der **kollegialen Vernetzung** ist die Teilnahme an themenorientierten • **Arbeitskreisen**, interdisziplinären • **Fortbildungen** und dem Aufsuchen anderer Einrichtungen im Rahmen der

• **Öffentlichkeitsarbeit** unabdingbar. Ein Forum für gegenseitiges Verständnis sowie hilfreicher Unterstützung und bereichernder Anregung ist dadurch gewährleistet und kann sich weiterentwickeln. Angesichts der Komplexität, Vielfalt und Wichtigkeit unseres Arbeitsauftrages sind wir auf **Austausch, Solidarität** und **Zusammenarbeit** mit anderen **KollegInnen** und **Berufsgruppen** regelrecht angewiesen. Einzelkämpfertum ist hierbei kontraindiziert. Wir verstehen die Gemeinschaft (das Gemeinwesen) als facettenreiches und vielseitiges **Potential**, das wir hierfür „in den Dienst“ nehmen dürfen und dadurch -im Sinne einer gelungenen Kontaktregulierung (**Ich- Stärke**)-, Entlastung und Anregung erleben können. Ein Umstand, der sich wiederum auf die Arbeit mit unseren PatientInnen auswirkt und mitschwingt.

David, 10 J. (Fortsetzung) ...David ist nach den Untersuchungsergebnissen aus der Diagnostik und nach meinem Eindruck während der therapeutischen Begegnung, ein schulisch wie familiär stark belastetes Kind; er leidet unter psychosomatischen Symptomen (u.a. Kopfschmerzen, Nägelkauen), die mit einer depressiven Verstimmtheit einhergehen. Zusätzlicher Stress entsteht durch eine Fülle von weiteren außerschulischen Aktivitäten (Nachhilfe, Orgelunterricht, Ministrant, Judo), die ihn auf das „zukünftige Gymnasium vorbereiten sollen...“ und ihm kaum unverplante Freizeit lassen. In den Gesprächen mit der Mutter wird deutlich, wie sehr die polnische Familie mit anhaltenden Eingliederungsproblemen und finanziellen Sorgen belastet ist. Die Mutter wirkt ängstlich-nervös und ist aufgrund ihres gesundheitlich angeschlagenen Zustandes in ärztlicher Behandlung („Migräne“, Kreislaufbeschwerden, Bluthochdruck). Die zunehmende Entfremdung der Eheleute untereinander sowie des Vaters von seinen Söhnen, verschärft die belastete Situation erheblich. David ist Partnerersatz und Projektionsfläche für die Sehnsüchte und Sorgen der Mutter. Er erfüllt die ihm zugewiesene Rollen in überzeugender Weise. Seine kindlichen Bedürfnisse sind ihr (und ihm) als solche nicht präsent; geschweige denn können diese in einen Zusammenhang zur bestehenden Symptomatik gesetzt werden. Verschiedene Bemühungen meinerseits, zumindest den Leistungsdruck der außerschulischen Anforderungen zu einem verträglichen Maß abzuschmelzen, werden schlichtweg ignoriert. Vielmehr drängt die Mutter, angesichts der bisher „erfolglosen Behandlung“, die Therapie zu beenden, um damit eine Überweisung zur Uniklinik zu bekommen, was die Kinderklinik bisher, aufgrund des fehlenden Befundes und der begonnenen Therapie, verweigert hatte. In einem Gespräch mit der Lehrerin zeigt sich die Dynamik der Leidensgeschichte in krasser Form: David, der mit seinem Begabungsprofil im Grenzbereich zur Lernbehinderung liegt und damit die ersten drei Schuljahre „wacker“ überstanden hat, kann sich nun kaum mehr, angesichts der stetig steigenden Anforderungen des 4. Schuljahres, „über Wasser halten“. Nahezu täglich muss er sich aufgrund der anhaltenden Kopfschmerzattacken im Unterricht auf das Sofa legen. David hat in der Klasse keine Freunde, er ist ein einsames und isoliertes Kind. Mein Bild eines „still vor sich hinleidenden Kindes“ aus einer unglücklichen Familie in einem „schallisolierten Raum“, geht teilweise mit heftigen Resonanzen von Hilflosigkeit und Wut einher. Eine weitere Begegnung mit der Mutter treibt diesen Zustand auf die Spitze. Bereits zum zweiten Mal ist die Mutter mit einem beißenden Alkoholgeruch am Nachmittag eingelaufen. Zum wiederholten Male mache ich sie auf diesen Zustand aufmerksam und signalisiere ihr meine Unterstützung bei der Suche nach einem angemessenen Hilfeangebot für sie. Während die Mutter ihre Hilfebedürftigkeit abstreitet, fällt ihr die Handtasche auf den Boden und es ergießt sich vor mir eine Flut von Tabletten (während ich mich frage, in welchem Film ich da wohl gerade gelandet bin...). In der nächsten Teamsupervision kann die bestehende Dynamik anschaulich vergegenwärtigt werden („kein Aspirin der Welt kann seine Wirkung entfalten, solange der Hammer auf den Kopf fällt“), und befähigt mich, eine prägnantere Haltung bezüglich der weiteren Vorgehensweise einzunehmen: Solange sich keine Entlastung im System einstellt (das in dieser Familie bisher wohl durch die „Krücke Sucht“ hinreichend abgestützt worden ist), hat das Symptom des Kindes „gute Gründe“ zu bleiben und wird nicht „weg-zuthrapieren“ sein. Die Möglichkeiten und Grenzen meines Interventionsspielraumes erlangen damit klare Konturen: Im Gespräch mit dem Jugendamt werden die möglichen Jugendhilfemaßnahmen, auch in Hinblick auf eine familiäre Entlastung, erörtert. Mir wird deutlich aufgezeigt, dass, im Falle einer Beendigung der Therapie, die Symptomatik des Kindes ausreicht, um „die Gefährdung des Kindeswohl“ durch das Jugendamt überprüfen zu lassen. In Absprache mit der Suchtberatungsstelle wird die Therapie mit David nur dann fortgesetzt, wenn sich die Mutter „zur persönlichen Abklärung weiterer Schritte“ an die Beratungsstelle wendet. Des Weiteren hat sich die schulische Situation derart zugespitzt (häufige, krank-

heitsbedingte Fehlzeiten), dass - in Absprache mit der Lehrerin- ein ärztliches Empfehlungsschreiben seitens der Sozialpsychiatrischen Ambulanz zur Rückstufung in die 3. Klasse zum Halbjahr an Eltern und Schule verschickt wird (was in der 4. Klasse nur aufgrund erheblicher „seelischer Beeinträchtigung“ möglich ist).

Einige Zeit nach den Faschingsferien, erscheint die Mutter zu einem weiteren Gespräch. Meine persönliche „Gespanntheit“ (Unsicherheit?) lässt sich kaum verbergen... Die Mutter zeigt mir eine Bescheinigung der Suchtberatungsstelle, auf der mehrere Beratungstermine stehen, von denen zwei schon stattgefunden haben. David ist seit dem neuen Halbjahr in der 3. Klasse,- weder Kopfschmerzen noch Fehlzeiten sind im Unterricht bisher aufgetreten, (was die neue Lehrerin bestätigen kann). Auch der Kopfschmerz- Kalender, der von Mutter und Sohn zu Hause gemeinsam geführt wurde, weist seit dieser Zeit im Wesentlichen „weiße Flecken“ (?) auf. Meine Gespanntheit wird von „Verwirrtheit“ und „Verwunderung“ abgelöst, die sich jedoch soweit regulieren können, dass in erster Linie meine Rückmeldung an die Mutter mit Hochachtung und Wertschätzung, angesichts der (drastischen) Veränderungen, erfüllt ist. Für einen kleinen Moment löst sich bei der Mutter die zerfahrene, nervöse Ängstlichkeit in Tränen auf; für mich wird damit sehr deutlich, wieviel es ihr bedeutet, ihren Kindern eine „gute Mutter“ zu sein. Vielleicht kann sich ja auch irgendwann einmal das wertvolle Wörtchen „hinreichend“ dazu gesellen...

Bis zu den Sommerferien finden mit David noch einige Einzelsitzungen statt, in denen sich immer wieder kleine Lichtblicke von kindlicher Unbefangenheit und Bedürftigkeit zeigen können. Sein Symptom hat er nach wie vor aufgegeben, was mich immer wieder verwundert...vielleicht um die Familie zu schützen? ...wer weiß. In einer Sitzung läuft er mit derart langen Fingernägeln ein, dass er nahezu jeden Luftballon zum Platzen bringt. In der letzten Stunde teilt er mir mit, dass er von seinem Vater die Zusicherung bekommen hat, 1x in der Woche mit ihm „Fußball statt Therapie“ zu spielen.

Resümee und Ausblick

Mittlerweile hat sich der Spätsommer 2002 eingestellt. Bevor ich nun meine Abschlussarbeit beende und mich dann (dringend) meiner persönlichen Ressourcenpflege widmen werde, möchte ich doch noch einige (wenige) Gedanken anmerken, die mir im Laufe der Bearbeitung immer wieder präsent waren. Mit der vorliegende Graduiierungsarbeit habe ich u.a. den Versuch unternommen, meiner therapeutischen Arbeit „vor Ort“ eine überschaubare Struktur bzw. ein hilfreiches Geländer zu verleihen, um der Reflexion und Zuordnung meiner Betrachtungsweise und der daraus resultierenden Vorgehensweise ein Forum zu bieten, was sich wohl auch für mich, im Sinne eines „professionellen Entwicklungsschubes“ bewährt hat. Jedoch lebt und gedeiht die therapeutische Beziehung nach wie vor zu einem wesentlichen Teil von der Intuition, die interaktionell bestimmt ist und somit nicht vorhersehbar sein wird bzw. in der unmittelbaren Begegnung sicherlich nicht reflektiert werden kann.

Es wird für mich auch immer eine (fehlerfreundliche) Aufgabe bleiben, im gemeinsamen Such- und Lernprozess, Versuch und Irrtum anzuerkennen sowie die kleinen, kaum wahrgenommenen Geschehnisse als „Schlüsselstellen“ zu respektieren. Und ich werde mich nach wie vor mit dem Umstand vieler „Unbekannten“ abfinden müssen, die „wirken“ und ihre ganz eigene, „unentschlüsselte“ Geschichte haben. Dadurch wird es aber auch möglich, der „Gewichtigkeit“ bzw. dem „Einflussvermögen“ unseres Helferangebotes wieder einen realistischen Platz unter vielen anderen „Wirkfaktoren“ im Leben unseres Klientels zuzuweisen. Und ...Entwicklung braucht Zeit. Diese unumstößliche und zuversichtliche Tatsache ist und bleibt eine der wesentlichsten Wirkfaktoren im Leben der Kinder und Jugendlichen mit ihren Familien.

In diesem Sinne richten wir unsere therapeutischen Angebote in der Regel niederfrequent begleitend, jedoch auf unbestimmte Dauer aus. Dies geschieht- je nach Bedarfslage- in Form von Einzeltherapie, Familien- bzw. Elterngesprächen oder Helferkonferenzen. Des Weiteren überbrücken wir die Wartezeiten zu einer hochfrequenten (psychotherapeutischen) Maßnahme in Form der „Übergangsbetreuung“.

In anderen (professionellen) Worten: der Indikator für eine anspruchsvolle therapeutische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zeichnet sich einerseits durch die konsequent fallbezogene bzw. differentielle Sichtweise aus und ist andererseits imstande, für eine passgenaue Vorgehensweise, zwischen den Erfahrungswerten und Erkenntnissen verschiedener Verfahren und Maßnahmen zu pendeln.

Dieses schulenübergreifende Grundverständnis einer passgenauen Sicht- und Behandlungsweise, wurde für mich durch die Weiterbildung in der **Integrativen Therapie** persönlich erfahrbar und dadurch letztlich auch umsetzbar. Dieses tiefenpsychologisch fundierte und mehrperspektivisch ausgerichtete Verfahren, in dem entwicklungsbedingte, lebensgeschichtlich und lebensfeldorientierte sowie interaktionelle und intrapsychische Prozesse gleichermaßen Beachtung finden, ist dazu imstande, in Ko- respondenz mit anderen Schulen und Pro-

fessionen, ein zukunftsweisendes Behandlungskonzept für die Belange von Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien zu entwerfen. Durch meine Arbeit in der Sozialpsychiatrischen Ambulanz ist dieser Umstand für mich zum Alltag geworden; durch meine Graduierungsarbeit habe ich den Versuch unternommen, dies, soweit mir möglich, systematisch und fallbezogen zu dokumentieren.

Dies kann nicht über die (schmerzliche) Tatsache „hinwegtäuschen“, dass die Integrative Therapie, angesichts der wissenschaftlichen Kriterien einer kassenrechtlichen Anerkennung, derzeit in der „2. Liga“ ihren Platz eingenommen hat. Im Sinne unseres „heraklitischen Denkens“ („...ewige Wahrheiten verhindern neue Perspektiven...“ Petzold, 1991), möchte ich mir jedoch die Zuversicht bewahren, dass hierzu die Bedarfslage der Kinder und Jugendlichen mit ihren Familien sowie die sich stetig wandelnden gesellschaftlichen Gegebenheiten einen Weg weisen werden.

Literatur

- Ainsworth (1978) Patterns of Attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum
Antonovsky (1997) Salutogenese, dgvt, Tübingen
Bellak, Small (1972) Kurz-Psychotherapie und Notfallpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt
Berg, Miller (1998) Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Auer, Heidelberg
Bogyi (1997) Psychotherapie versus Krisenintervention. In: Reinelt, Bogyi, Schuch 1997(Hrsg.). Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. Reinhardt, München (111-116)
Bowlby (1958) The Nature of the Child's Tie to his Mother. *Journal of Psychoanalysis*, 39, (350-373)
Bowlby (1988) Parent-Child Attachment and healthy human Development. Basic Books, New York
Brem-Gräser (1995) Familie in Tieren. Reinhardt, München
Caplan (1964) Principles of preventive Psychiatry. Basic Books, New York
Cierpka & Cierpka (2000) Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern. *Praxis Kinderpsychologie, Kinderpsychiatrie* 49, (563-579)
Cullberg (1978) Krisen und Krisentherapie. *Psychiatrische Praxis* 5, (25-34)
De Shazer (1992) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
Finke (1999) Beziehungen und Interventionen. Thieme, Stuttgart
Flammer (1990) Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Huber, Bern
Fürstenau (1996) Lösungsorientierte psychoanalytisch- systemische Therapie – Effizienzsteigerung durch Synergie. In: Henning u.a., Kurzzeitpsychotherapie in Theorie und Praxis. Lengerich, Pabst
Grawe, Grawe-Gerber (1999) Ressourcenaktivierung – Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44 (63-73)
Habermas (1999) Geliebte Objekte – Symbole und Instrumente der Identitätsbildung. Suhrkamp, Frankfurt
Hedevari- Heller (2000) Klinische Relevanz der Bindungstheorien in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern. *Praxis Kinderpsychologie, Kinderpsychiatrie*, 2000, 49 (580-595)
Heim (1999) Der Bewältigungsprozess in Krise und Krisenintervention. In: Metzmacher, Krisenintervention für Kinder, Seminar-Skript
Herzka (1991) Kinderpsychopathologie. Schwabe, Basel, 3.Aufl.
Jernberg (1987) Theraplay. Fischer, Stuttgart
Kagan (1987) Die Natur des Kindes. Piper, München
Katz- Bernstein (1990) Fantasie, Symbolisierung und Imagination. In: Petzold, Orth 1991 (Hrsg.). Die neuen Kreativitätstherapien. Bd 2, Junfermann, Paderborn, 1.Aufl.
Katz – Bernstein (1996) Das Konzept des `Safe Place`. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (Hrsg.). Praxis der Integrativen Kindertherapie. Junfermann, Paderborn
Lempp (1992) Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten. Huber, Toronto
Liebertz (2000) Das Schatzbuch ganzheitlichen Lernens. DonBosco, München, 2.Aufl.
Marschak (1960) A Method for Evaluating Child-Parent Interaction under controlled Conditions. *Journal of Genetic Psychology*, 97 (3-22)
Marschak (1979) Parent-child Interaction and Youth Rebellion. Gardener Press, New York
Metzmacher (1999) Krisenintervention für Kinder. Seminar- Skript
Metzmacher (1999) Mama ist ein Elefant. Projektive Testverfahren, Seminar- Skript

- Metzmacher, Zaepfel (2000)* Interaktionsverstehen und Behandlungsführung in der Integrativen Therapie. Seminar- Skript
- Metzmacher, Zaepfel (2000)* Aspekte einer ressourcenorientierten Diagnostik und Interventionsweise. Aufsatz
Metzmacher (2001) Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen (in Vorbereitung)
- Neugarten (1973)* Sociological Perspectives on the Life Cycle. In: Baltes, Schaie. Lifespan Development, Psychology, Personality and Socialization. Academic Press, New York
- Papousek&Papousek (1987)* Intuitive parenting. In: Osofsky, Handbook of infant development. Wiley, New York
- Petzold (1978/1991)* Das Ko- respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In: Petzold (1991), Integrative Therapie, Bd.1, Junfermann, Paderborn, (19-90)
- Petzold, Mathias (1982)* Rollenentwicklung und Identität. Junfermann, Paderborn
Petzold (1987) Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie. In: Petzold, Ramin 1995 (Hrsg.), Schulen der Kinderpsychotherapie, Junfermann, Paderborn, 3.Aufl.
- Petzold, Ramin (1987)* Integrative Therapie mit Kindern. In: Petzold, Ramin 1995 (Hrsg.). Schulen der Kinderpsychotherapie. Junfermann, Paderborn, 3. Aufl.
- Petzold (1988)* Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Junfermann, Paderborn
Petzold (1988) Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik. In: Petzold 1993, Integrative Therapie, Bd.1 (153-333)
- Petzold (1990)* Integrative Therapie in der Lebensspanne. In: Petzold 1993, Integrative Therapie, Bd.2, Junfermann, Paderborn (469-789)
- Petzold, Sieper (1990)* Die neuen alten Kreativitätstherapien. In: Petzold, Orth 1991 (Hrsg.), Die neuen Kreativitätstherapien, Bd.2, Junfermann, Paderborn, 2.Aufl. (519-549)
- Petzold (1991)* „Tree of Science“. In: Petzold 1993, Integrative Therapie, Bd.2, Junfermann, Paderborn (457-659)
- Petzold (1997)* Das Ressourcenkonzept in der sozial-interventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 4/1997 (435-471)
- Petzold (1998)* Projektive und semiprojektive Verfahren. *Integrative Therapie*, 3-4/1998 (396-437)
- Petzold, Orth (2000)* Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie. *Integrative Therapie*, 2-3/2000 (131-145)
- Petzold, Steffan (2000)* Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis. *Integrative Therapie*, 2-3/2000 (203-231)
- Rahm, Otte, Bosse, Ruhe- Hollenbach (1993)* Einführung in die Integrative Therapie. Junfermann, Paderborn
- Reddemann (2001)* Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer, Stuttgart
- Resch (1993)* Magisches Denken und Selbstentwicklung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1994, 43, (152-156)
- Resch (1996)* Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Beltz, Weinheim
- Ritterfeld, Franke (1993)* Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode. Fischer, Stuttgart
- Roosen-Runge (2000)* Praxis und Theorie der Sozialpsychiatrischen Versorgungsform (SPV). *Forum des BKJPP* 2, (40-47)
- Signer- Fischer (1990)* Magie und Realismus in der Angstbehandlung. In: Vogt- Hillmann, Burr 2000 (Hrsg.), Kinderleichte Lösungen. Borgmann, Dortmund
- Simon, Rech- Simon (2000)* Zirkuläres Fragen. Auer, Heidelberg.
- Spiegel (2002)* Der Wahlkampf nach dem Schrecken (24-27); Konsequenzen für die Schulpolitik (27), Nr.19
- Vogt- Hillmann (2002)* Ressourcen- und Kompetenzsterne in der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen. In: Vogt- Hillmann, Burr 2002 (Hrsg.), Lösungen im Jugendstil. Borgmann, Dortmund
- Trost, Wienand (2000)* Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie mit Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. *Forum des BKJPP* 2, (85-95)
- Zaepfel, Metzmacher (1996)* Integrative Fokal- und Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (Hrsg.), Praxis der Integrativen Kindertherapie, Bd.2, Junfermann, Paderborn
- Zaepfel, Metzmacher (1996)* Die Konstruktion innerseelischer und sozialer Wirklichkeiten im therapeutischen Prozess. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (Hrsg.), Praxis der Integrativen Kindertherapie, Bd.2, Junfermann, Paderborn
- Zaepfel, Metzmacher (1998)* Kinder- und Jugendlichentherapie in komplexen Lebenswelten. Das Konzept des sozialen Sinnverstehens. *Integrative Therapie*, 3-4/1998 (314-336)
- Zaepfel, Metzmacher (2001)* Ressourcenorientierung in der Psychotherapie mit Jugendlichen, Aufsatz