

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 18/2020

THERAPY AVERTERS

**Psychotherapiemotivation in der Integrativen Therapie
mit Kindern und Jugendlichen ***

*Peter David Reinelt, Wolfurt ***

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) und aus dem „Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit“ der Donau-Universität Krems.

** Dieser Text wurde 2018 an der Donau-Universität Krems als Master Thesis eingereicht und für die Veröffentlichung in den POLYLOGEN durchgesehen und überarbeitet.

Vom

„Wasch' mich nicht, mach' mich nicht nass, lass' mich in Ruh'!“

zum

„Zeig' mir das Meer, führe mich hin, lehre mich Schwimmen!“

Zusammenfassung: THERAPY AVERTERS – Psychotherapiemotivation in der Integrativen Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen. Nach einem Überblick über die wissenschaftliche Fachliteratur zu diesem Thema wird der inhaltliche Schwerpunkt auf die Auseinandersetzung mit Psychotherapiemotivation im Rahmen der Integrativen Therapie gelegt. Im Zentrum steht dabei die fachliche Herausforderung der bei Kindern und Jugendlichen häufig fehlenden oder nur in geringem Ausmaß vorhandenen Motivation, sich auf einen psychotherapeutischen Prozess einzulassen. Psychotherapiemotivation kann bei Kindern und Jugendlichen nicht vorausgesetzt werden, sondern muss häufig in einem gemeinsamen Prozess erarbeitet werden. Ausgehend von dieser Herausforderung werden in der Folge Möglichkeiten zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation in der Integrativen Therapie mit *therapy averters* erörtert, reflektiert und diskutiert. Die Diskussion und ansatzweise Elaborierung von Möglichkeiten erfolgt dabei entlang der Themenbereiche Haltung, Beziehung, Setting und Interventionen.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Psychotherapiemotivation, *therapy averters*

Summary: Zusammenfassung: THERAPY AVERTERS - Motivation for Psychotherapy in Integrative Therapy with Children and Adolescents

The present work deals with children's and adolescents' motivation for psychotherapy. After an overview of the scientific literature on this topic, it focusses then on the discussion of psychotherapy motivation in the context of Integrative Therapy. The main emphasis is the professional challenge of children's and adolescents' often lacking or only to a small extent existing motivation to engage in a psychotherapeutic process. Psychotherapy motivation can not be presupposed in children and adolescents, but must often be developed in a joint process. Based on this challenge, options for constituting psychotherapy motivation in Integrative Therapy with *therapy averters* are considered, reflected and discussed. The discussion and some elaboration of possibilities takes place along the topics of attitude, relationship, setting and interventions.

Keywords: Integrative Therapy, psychotherapy with children and adolescents, psychotherapy motivation, *therapy averters*

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
2	WISSENSCHAFTLICHER ZUGANG ZUM THEMA.....	8
2.1.	Entstehung und Spezifizierung der Fragestellung.....	8
2.2.	Begriffsklärung und Definitionen.....	9
2.2.1	Psychotherapiemotivation.....	9
2.2.2	<i>Therapy averters</i>	13
2.3.	Wissenschaftliche Begründung und Relevanz.....	14
2.4.	Methodik und Vorgangsweise.....	15
3	MOTIVATIONALE FAKTOREN	
	ZUR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE.....	17
3.1.	Psychotherapiemotivation im Überblick.....	17
3.2.	Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen	22
3.3.	Integrative Therapie mit <i>therapy averters</i>	26
3.3.1	Integrative Therapie mit Kindern und Jugendlichen.....	26
3.3.2	Problemfelder in der Arbeit mit <i>therapy averters</i>	33
4	MÖGLICHKEITEN ZUR KONSTITUIERUNG VON	
	PSYCHOTHERAPIEMOTIVATION.....	38
4.1.	Haltung.....	40
4.1.1	Patient dignity, informed consent, informed decision making	40
4.1.2	Doppelte Expertenschaft	41
4.1.3	Selektive Offenheit.....	43
4.1.4	Partielles Engagement.....	45

4.2. Beziehung	47
4.2.1 Dimensionen von Relationalität	53
4.2.2 Zwischenleiblichkeit.....	56
4.2.3 Übertragung und Gegenübertragung.....	57
4.2.4 Affiliation, Reaktanz und Widerstand.....	60
4.3. Setting	64
4.3.1 Auftrag.....	65
4.3.2 Einladung, Entgegenkommen, Psychoedukation, Partizipation.....	67
4.3.3 Das Konzept des "Safe Place".....	71
4.3.4 Einzelsetting, Gruppensetting.....	73
4.4. Interventionen	75
4.4.1 Strategien	76
4.4.2 Methoden.....	78
4.4.3 Techniken und Medien	80
5 ZUSAMMENFASSUNG	84
6 LITERATURVERZEICHNIS	86
7 TABELLENVERZEICHNIS	98
8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	99
9 ANHANG	100

1 EINLEITUNG

Der Text setzt sich mit dem in das weite Feld der Behandlungsmotivation eingebetteten Themenbereich der Psychotherapiemotivation auseinander.

Kinder und Jugendliche begeben sich selten „aus freien Stücken“ in sozialpädagogische Betreuung („ICH habe ja keine Probleme!“) oder gar in kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung („Ich bin ja nicht VERRÜCKT!“).

Einem psychotherapeutischen Angebot im Rahmen eines ambulanten oder stationären Betreuungssettings stehen Kinder und Jugendliche besonders skeptisch gegenüber. Mögliche Ursachen dafür können sein:

Die Überwindungs- und Zugeständnisleistung, welche die Kinder und Jugendlichen bereits mit ihrer grundsätzlichen Einwilligung in die Betreuung/Behandlung erbracht haben („Ich habe schon zu so vielem „Ja“ gesagt, jetzt mag ich nicht mehr!“).

Der Umstand, dass die Entscheidung zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie nicht oder nur zum Teil vom Kind oder Jugendlichen selbst getroffen wird.

Die zusätzliche Verpflichtung, welche die regelmäßige Teilnahme an einer Psychotherapie darstellt („Ich muss eh schon so viel machen!“).

Und nicht zuletzt die negativen Konnotationen von Psychotherapie, die bereits bei Kindern und Jugendlichen in erstaunlichem Ausmaß zu beobachten sind („Ich spinne ja nicht!“ „Ich bin ja nicht krank im Kopf!“ „Ich bin ja nicht behindert!“).

Der Arbeit an der Entwicklung von Behandlungsmotivation zur sukzessiven Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses kommt somit eine essentielle Bedeutung zu.

Im Folgenden möchte ich meinen persönlichen Zugang zum Thema darlegen:

In meiner bisherigen beruflichen Laufbahn arbeitete ich acht Jahre lang als Erzieher in einer jugendpsychiatrisch-therapeutischen Wohngruppe, dann dreizehn Jahre lang in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, davon zehn Jahre lang als Erzieher und drei Jahre lang als Pflege- und Erziehungsleiter.

Danach war ich gut sieben Jahre lang als Psychologe und Psychotherapeut in der „Paedakoop“ angestellt, einem Teilbereich des Vorarlberger Kinderdorfes, welcher stationäre, teilstationäre und ambulante sozialpädagogische Betreuung von Kindern und Jugendlichen anbietet. Meine beiden Arbeitsschwerpunkte in der Paedakoop waren

Eltern- und Familienberatung sowie Einzel- und Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen.

In meinem beruflichen Alltag sehe ich mich seit nahezu drei Jahrzehnten vor die Herausforderung gestellt, mit Kindern und Jugendlichen zusammenzuarbeiten, welche zum Teil keinen allzu großen Wert auf eine Zusammenarbeit mit mir legen - zumindest nicht von vornherein. Dies gilt im Übrigen auch für die Zusammenarbeit mit Erwachsenen im Rahmen der Eltern- bzw. Familienarbeit, was jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit ist - wiewohl ich meine, dass die in dieser Arbeit angestellten Überlegungen und gewonnenen Erkenntnisse auch in der Arbeit mit Erwachsenen von Nutzen sein können.

Im Zuge der Ausbildung zum Psychotherapeuten implementierte ich Haltung, Methoden und Interventionen der Integrativen Therapie sukzessive in die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen. Dabei machte ich die Erfahrung, dass diese Implementierung sich als hilfreich für die oftmalige erste große Herausforderung der Zusammenarbeit, nämlich die Erarbeitung von Psychotherapiemotivation – eingebettet in den Prozess des Beziehungsaufbaus – erwies. Aus dieser Erfahrung entwickelte sich die Überlegung - ausgehend vom wissenschaftlichen Forschungsstand zum Thema Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen - die Haltungen, Konzepte und Methoden der Integrativen Therapie in Hinblick auf ihre Eignung und Nützlichkeit für die Arbeit mit nicht oder wenig motivierten Kindern und Jugendlichen wissenschaftlich zu erörtern, zu reflektieren und zu diskutieren.

In Kapitel 2 wird zunächst die Fragestellung präzisiert, dann folgen Begriffsklärungen und Definitionen, Aussagen zur wissenschaftlichen Begründung und Relevanz der Fragestellung, sowie zur Methodik der vorliegenden Arbeit.

Das dritte Kapitel gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur zur Psychotherapiemotivation in der Psychotherapie im Allgemeinen und in der Integrativen Therapie im Besonderen. Innerhalb der Integrativen Therapie wiederum wird dem Bereich der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen besonderes Augenmerk gewidmet.

In vierten Kapitel, dem Hauptteil der vorliegenden Arbeit, erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Frage nach Haltungen, Konzepten und Methoden aus dem Verfahren

der Integrativen Therapie, welche zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation genutzt werden können: Welches „Handwerkszeug“ stellt die Integrative Therapie zur Verfügung beziehungsweise kann aus der therapeutischen „Schatzkiste“ der Integrativen Therapie heraus entwickelt werden, um Kinder und Jugendliche bei der Erarbeitung von Psychotherapiemotivation zu unterstützen? Es handelt sich hierbei um eine inhaltlich essentielle und methodisch anspruchsvolle Herausforderung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen eines ambulanten oder stationären Betreuungssettings eine Psychotherapie „in Anspruch nehmen sollen“.

Die abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form steht jeweils pars pro toto, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar.

2 WISSENSCHAFTLICHER ZUGANG ZUM THEMA

2.1 Entstehung und Spezifizierung der Fragestellung

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet:

Welche Möglichkeiten zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation mit Kindern und Jugendlichen lassen sich aus den Haltungen, Konzepten und Methoden der Integrativen Therapie entwickeln?

Kinder und Jugendliche begeben sich in der Regel nicht freudig und motiviert in pädagogische, psychologische oder psychotherapeutische Beratung, Betreuung oder Behandlung.

Erwachsene suchen unter dem Eindruck von psychischer Beeinträchtigung und Hoffnung auf Besserung von sich aus eine Beratung oder Psychotherapie auf. Um Kinder für eine Psychotherapie zu gewinnen, braucht man die Unterstützung der Eltern. Aber wie ist es mit seelisch leidenden Jugendlichen? Die lassen sich nicht so schnell in die Karten blicken. Und gerade jene, die am meisten gefährdet sind, neigen am wenigsten dazu, Hilfe zu suchen. Stattdessen streiten sie ab, dass etwas nicht stimmt, lehnen Hilfe ab, geben sich undurchsichtig, arrogant, unbeteiligt, cool oder gleichgültig - ungeachtet aller Risiken, die sie dadurch für sich und andere in Kauf nehmen. (Liechti, 2013, S. 15)

Eine präzise Diktion sowie eine psychoedukative Erklärung von verwendeten Fachbegriffen erscheinen aus berufspraktischer Erfahrung in der psychosozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ratsam.

Kinder und Jugendliche achten sehr genau auf die Bezeichnung der ihnen vorgeschlagenen oder „nahegelegten“ Maßnahmen und reagieren ihrer eigenen Bewertung entsprechend darauf: Auf „Behandlung“ reagieren sie mit weniger Motivation - oder mehr Widerstand - als auf „Betreuung“, auf „Therapie“ mit weniger Motivation -

oder mehr Widerstand - als auf „Beratung“. Und wenn dann noch ein „Psycho“ vor der „Therapie“ steht, können allenfalls vorhandene Motivationsansätze unmittelbar in Widerstand umschlagen.

Diese Beobachtungen und Erfahrungen werden im kollegialen Austausch sowie in Intervisions- und Supervisionsgruppen vielfach berichtet, geteilt und bestätigt.

Zu dem angedeuteten Zusammenhang zwischen Psychotherapiemotivation und Widerstand konstatiert Liechti: „Die Begriffe der ‚fehlenden Therapiemotivation‘ und des ‚Widerstandes‘ sind insoweit verwandt, als sie Prozesse beschreiben, die dasselbe Ergebnis haben, und daher verwende ich sie als gleichbedeutend. Wissenschaftlich gesehen befinden sich die Konzepte indessen auf unterschiedlichen Kontinenten“ (Liechti, 2013, S. 53).

Der Perspektivenwechsel von der fehlenden Motivation zum vorhandenen Widerstand - und zurück - kann als Beispiel zur Veranschaulichung beider Aspekte der Fragestellung dienen: Zum einen ist ein vorhandener Widerstand eine mögliche Erklärung für fehlende oder „mangelnde“ Psychotherapiemotivation, zum anderen ergeben sich aus der Interpretation von fehlender Psychotherapiemotivation als Widerstand konkrete Handlungsmöglichkeiten, wie etwa von Petzold und Ramin vorgeschlagen: „Deshalb arbeiten wir ‚vor‘ dem Widerstand oder ‚mit‘ ihm, mit abschmelzenden Strategien, mit Akzeptanz. Wie in einem Haus vor dem Umbau erst Stützen eingezogen werden müssen, soll das Kind zunächst eine Stützung seiner Person erfahren“ (Petzold & Ramin, 2003, S. 838).

2.2 Begriffsklärung und Definitionen

2.2.1 Psychotherapiemotivation

Der Versuch einer Definition von Psychotherapiemotivation erweist sich als anspruchsvolle Herausforderung, da in der wissenschaftlichen Literatur zu diesem

Thema eine begriffliche und somit definatorische Unschärfe feststellbar ist. Diese Unschärfe entsteht dadurch, dass häufig die Bezeichnung „Therapiemotivation“ verwendet wird, wo eigentlich „Psychotherapiemotivation“ gemeint ist.

Wenn also Berking und Kowalsky „Therapiemotivation“ definieren als: „Die Motivation, eine Therapie zu beginnen und fortzuführen“ (Berking & Kowalsky, 2012, S. 13), so beziehen sie sich damit „selbstverständlich“ auf die *Psychotherapiemotivation*, rein semantisch könnte aber ebenso die Motivation für eine Musiktherapie, eine Physiotherapie oder für alle anderen Arten von Therapie gemeint sein.

In der wissenschaftlichen Fachliteratur scheint Konsens darüber zu bestehen, dass mit „Therapie“ „Psychotherapie“ gemeint ist, wenn der Kontext dies nahelegt. In der vorliegenden Arbeit wird aus Präzisionsgründen der Begriff „Psychotherapiemotivation“ verwendet.

Eine Möglichkeit zur Definition von Psychotherapiemotivation ist eine Zusammenführung von Definitionen von „Psychotherapie“ und „Motivation“.

Strotzka - an dessen Definition auch das österreichische Psychotherapiegesetz anknüpft - definiert Psychotherapie folgendermaßen:

Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (auf Grund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch averbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens. (Strotzka, 1982, S. 1)

Warnke und Lehmkuhl definieren Psychotherapie in Hinblick auf die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und heben die Aspekte von multiprofessionellen Betreuungs-settings, lösungsorientierter Vorgangsweise und

kontinuierlicher Diagnostik im Sinne einer Überprüfung des Behandlungsprozesses hervor.

Psychotherapie ist ein didaktisches und organisatorisches Wirken in einer therapeutischen Beziehung, womit der Therapeut in Kooperation mit Mitarbeitern anderer relevanter Berufsgruppen dem Kind und dem Jugendlichen als Patient und seinen Angehörigen hilft, lösungsrelevante persönliche Verhältnisse, subjektive Befindlichkeiten, interaktionelle Vorgänge und situative Zusammenhänge zu klären, eigene Möglichkeiten und persönliche Begabungen zur Bewältigung einer definierten Problem- und Symptomkonstellation bzw. psychischen Erkrankung zu erkennen, neue Lösungswege zu entwickeln und Therapieerfolge im allgemeinen sozialen Umfeld zu stabilisieren und zu generalisieren. Da Psychotherapie auch auf hypothesengeleiteten Entscheidungen gründet und zu Veränderungen führt, beinhaltet die Behandlung zugleich fortlaufend eine Diagnostik. (Warnke & Lehmkuhl, 2011, S. 45)

Warnke erwähnt die therapeutische Beziehung, Slunecko (1999) fokussiert auf Interaktion und Beziehung, was für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen besonders relevant erscheint: "Interaktion und Beziehung zwischen Klient(en) und Psychotherapeut(en) ist von zentraler Bedeutung und einer der wesentlichsten, wenn nicht überhaupt der wichtigste Wirkfaktor in der Psychotherapie" (Slunecko, 1999, S. 12).

Im Rahmen einer Evaluationsstudie zu einem möglichen Zusammenhang zwischen Behandlungsbeurteilung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfasste Reinelt (2010) unter anderem die Beurteilung der Behandlung durch die Kinder und Jugendlichen selbst.

Die Erfassung erfolgte mit modifizierten Versionen der „Fragebögen zur Beurteilung von Behandlung (FBB)“ von Mattejat und Remschmid (1998). Obwohl dies nicht Gegenstand der Studie war, bestätigen die Ergebnisse auch die Bedeutung der Beziehung für den Erfolg der Behandlung. Die Korrelationen zwischen der „Beziehung zum Behandlungsteam“ sowohl zum „Erfolg der Behandlung“ als auch zum Gesamtscore der FBB sind hoch signifikant:

Tabelle 1: Pearson-Korrelationen zwischen den FBB-Skalen und zum Gesamtscore (Reinelt, 2010, S. 97)

Carina-Stichprobe (n = 40)	Erfolg der Behandlung	Erfolg selbst	Erfolg Familienbez.	Beziehg. z. Beh. Team	Rahmenbed. d. Behandlg.
Erfolg d. Behandlung	-	0,93**	0,63**	0,73**	0,58**
Erfolg selbst		-	0,30	0,65**	0,54**
Erfolg Familienbez.			-	0,53**	0,34*
Beziehg. z. Behandlungsteam				-	0,42**
Rahmenbed. d. Behandlg					-
FBB-GESAMT	0,86**	0,79**	0,56**	0,84**	0,83**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Wissenschaftliche Definitionen von „Motivation“ und auch „Therapiemotivation“ sind häufig entweder thematisch auf bestimmte Krankheits- oder Störungsbilder eingegrenzt (z. B. „Therapiemotivation bei Bulimie und anorexia nervosa“) oder aber allgemein gehalten, etwa bei Heckhausen und Heckhausen: „Die zwei wichtigsten universellen Charakteristiken motivierten Verhaltens sind das Streben nach Wirksamkeit und die Organisation des Handelns in Phasen des Zielengagements und der Zieldistanzierung“ (Heckhausen & Heckhausen, 2010, S. 3).

Auch Gerrig und Zimbardo definieren allgemein: „Motivation ist der allgemeine Begriff für alle Prozesse, die der Initiierung, der Richtungsgebung, und der Aufrechterhaltung physischer und psychischer Aktivitäten dienen“ (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 414).

In Interpretation der von Gerrig und Zimbardo angeführten Prozesse als *aufeinanderfolgend* - ohne Initiierung keine Richtungsgebung, ohne Richtung keine Aufrechterhaltung - fokussiert die vorliegende Arbeit auf die Motivation zur *Initiierung* einer Psychotherapie. Auch und gerade für Kinder und Jugendliche beginnt ein langer Weg mit dem ersten Schritt!

2.2.2 Therapy averters

Wie bezeichnet man Kinder und Jugendliche, die nicht „in Therapie kommen“ wollen? Therapieunwillig? Therapieunmotiviert (oder nicht, kaum, mäßig themotiviert)? Nicht therapiebereit? Therapieablehner? Therapieverweigerer?

Aufgrund der unzureichenden Präzision bzw. negativen Konnotation dieser und weiterer Begriffe wird in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnung *therapy averters* eingeführt, in Anlehnung an den unter anderen von Petzold (2003, S. 594) sowie von Metzmacher, Petzold und Zaepfel (1996b, S. 153) verwendeten Begriff der „*gaze averters*“ [Hervorhebung v. Verf.].

Als *gaze averters* werden Babys bezeichnet, die Blickkontakt mit ihren Eltern vermeiden, indem sie keinen Blickkontakt aufnehmen oder den Blick abwenden, wenn sie angesehen werden.

In Analogie dazu sind mit *therapy averters* Menschen – hier Kinder und Jugendliche – bezeichnet, welche die Aufnahme einer Therapie vermeiden oder sich von einem Therapieangebot abwenden.

In inhaltlicher Fortsetzung der Analogie - „Babies [sic], die „*gaze averters*“ sind, die also aktiv soziale Interaktion vermeiden, stellen unter longitudinaler Perspektive eine Risikogruppe dar...“ (Petzold, *ibid.*) - könnte auch für *therapy averters* eine ungünstige Langzeitperspektive vermutet werden.

Osten legt die prognostische Aussagekraft des Gelingens von Blickdialogen auf die Situation des therapeutischen Erstinterviews um:

Weil das Erstinterview ein Analogon zum frühen Entwicklungsraum darstellt, dürfen wir zumindest hypothetisch davon ausgehen, daß [sic] das hier aktual auftretende Blickkontaktverhalten im Verhältnis zu den „frühen Formen der Blickdialoge“, der „Leib-Dialoge“, der „Zwischenleiblichkeit“ steht, es auf jeden Fall zu einer erhöhten Empfindlichkeit in diesem Bereich kommen kann und daher ein Verweigern des Blickes, das Hindurch- oder Vorbeisehen des Therapeuten bei bestimmten Patientengruppen (z. B. bei frühen Schädigungen) eine erhöhte Gefahr der Wiederholung von malignen narrativen Noxen darstellt. (Osten, 2000, S. 426-427)

Osten fokussiert hier auf das Blickverhalten des Therapeuten gegenüber dem Patienten. In die Gegenrichtung könnte die Vermutung postuliert werden, dass bestimmte Patientengruppen (z. B. mit frühen Schädigungen) Schwierigkeiten im aktiven und passiven Blickkontaktverhalten dem Therapeuten gegenüber zeigen. In Fortführung dieser Überlegung entsteht die Hypothese eines Zusammenhanges zwischen *gaze aversion* und *therapy aversion*: Menschen, die als Babys *gaze averters* waren, sind in späteren Lebensphasen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit *therapy averters*. Oder umgekehrt: *Therapy averters* waren als Babys mit erhöhter Wahrscheinlichkeit *gaze averters* – was eine bedeutsame diagnostische Erkenntnis darstellen könnte.

Diese Vermutungen sowohl einer ungünstigen Langzeitprognose von *therapy averters* als auch eines Zusammenhanges von *gaze aversion* und *therapy aversion* sind im Zuge der Beschäftigung und Auseinandersetzung mit der Thematik entstanden und – noch – nicht wissenschaftlich überprüft.

2.3 Wissenschaftliche Begründung und Relevanz

Die wissenschaftliche Begründung der Fragestellung ergibt sich aus dem Umstand, dass die Möglichkeiten zum Aufbau von Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen noch wenig „beforscht“ zu sein scheinen.

Im Rahmen von multiprofessionellen Betreuungskonzepten ergeht an Kinder und Jugendliche zunehmend das Angebot - oder die Aufforderung - eine Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting in Anspruch zu nehmen. Diese Entwicklung ist zumindest in Vorarlberg zu beobachten. Auch aus anderen (Bundes-) Ländern berichten Fachkolleginnen und Fachkollegen von Bestrebungen zur Implementierung eines psychotherapeutischen Angebotes in die ambulante und stationäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen - und von den leidvollen Erfahrungen in Bezug auf die Finanzierung eines solchen Angebotes, aber das sei hier nur nebenbei erwähnt.

Laut Jahresbericht 2016 der Kinder- und Jugendhilfe erhielten in Österreich 34.053 Kinder und Jugendliche Unterstützung der Erziehung.

Weitere 13.646 Kinder und Jugendliche wurden im Rahmen der vollen Erziehung bei Pflegeeltern, in sozialpädagogischen Wohngemeinschaften, Kinder- und Jugendheimen, Kinderdörfern und sonstigen Einrichtungen betreut.

Es stehen keine genauen Zahlen zu Verfügung, wie viele dieser über 47.000 Kinder und Jugendlichen ein psychotherapeutisches Angebot in Anspruch nehmen oder in Anspruch nehmen sollten.

Es sind aber sicher so viele, dass intensive Überlegungen sinnvoll und notwendig sind, wie diese Kinder und Jugendlichen bei der Entwicklung von Psychotherapie-motivation unterstützt werden können.

Darin besteht die wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Relevanz der Fragestellung – zumal davon ausgegangen werden kann, dass sich die Situation in anderen Ländern nicht wesentlich von der österreichischen unterscheidet.

2.4 Methodik und Vorgangsweise

Das Interesse an den Möglichkeiten zur Erarbeitung von Psychotherapiemotivation mit Kindern und Jugendlichen gründet in der langjährigen beruflichen Erfahrung mit eben dieser Herausforderung sowie im intensiven kollegialen Austausch über diese Herausforderung.

Basierend auf Erfahrung und Austausch entstand der Eindruck, dass viele Kinder und Jugendlichen in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Betreuung, aber auch solche, die nicht in einem psychosozialen Betreuungssetting stehen, bei denen aber dennoch ein psychotherapeutisches Angebot indiziert erscheint, als *therapy averters* bezeichnet werden können.

Die Frage, wie es möglich ist, Kinder und Jugendliche für eine Betreuung oder Behandlung ganz allgemein und für eine Psychotherapie im Besonderen zu gewinnen, stellt einen zentralen Aspekt der Arbeit mit dieser Klienten- bzw. Patientengruppe dar.

Die Entscheidung, die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema in Form einer Literaturarbeit zu gestalten, gründet auf dem Interesse an Theorien, Konzepten und dem aktuellen Stand der Forschung zur Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen – außerhalb und innerhalb der Integrativen Therapie.

Der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit liegt die erfahrungsbasierte Hypothese zugrunde, dass das Verfahren der Integrativen Therapie hilfreiches und praktikables „Handwerkszeug“ zur Erarbeitung von Psychotherapiemotivation mit *therapy averters* im Kindes- und Jugendalter verfügbar macht.

Im Hauptteil dieser Arbeit werden auf Basis der Fachliteratur Möglichkeiten zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erörtert, reflektiert und diskutiert. Die Diskussion und ansatzweise Elaborierung von Möglichkeiten erfolgt dabei entlang der Themenbereiche Haltung, Beziehung, Setting und Interventionen.

Ziele dieser Vorgangsweise sind eine hohe wissenschaftliche Aussagekraft der gewonnenen Erkenntnisse sowie praktikable Anregungen für die psychotherapeutische Arbeit mit *therapy averters*.

3 MOTIVATIONALE FAKTOREN ZUR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE

3.1 Psychotherapiemotivation im Überblick

Die Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit ergab eine sehr große Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen zum Thema „Motivation“ und eine geringere, aber immer noch große Anzahl von Publikationen zum Thema „Therapiemotivation“.

Nur in einem Teil der Publikationen zur Therapiemotivation erfolgt eine Auseinandersetzung mit Psychotherapiemotivation, viele Publikationen haben eine Therapiemotivation im medizinischen Sinne zum Thema.

Die Suche nach dem Stichwort „Psychotherapiemotivation“ ergibt bereits wesentlich weniger Ergebnisse (oder „Treffer“), die Publikationen haben Psychotherapiemotivation zum Teil allgemein, zum Teil in Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsbildern wie Alkoholsucht oder Anorexia nervosa zum Thema.

Bei der Suche nach „Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen“ werden die Ergebnisse nochmals deutlich weniger, die Einschränkung auf Kinder und Jugendliche, die innerhalb eines Behandlungs- oder Betreuungssettings Psychotherapie in Anspruch nehmen (sollen), verringert die Anzahl der Publikationen noch weiter.

Zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Psychotherapiemotivation schreibt Pick:

Im Gegensatz zur Tradition der Leistungsmotivationsforschung, die bei einer allgemein anerkannten und relativ klar umrissenen Definition verschiedene etablierte, differenzierte und gut evaluierte Konzeptionalisierungen beinhaltet, ist die konzeptionelle Entwicklung von Psychotherapiemotivation, trotz ihrer hohen Bedeutung für die Praxis schon seit Beginn der modernen Psychotherapie, weit weniger elaboriert. Ein weitgehender Konsens hinsichtlich der Definition von Psychotherapiemotivation ist nicht vorhanden. (Pick, 2014, S. 16-17)

In der Tat finden sich in der Fachliteratur unterschiedliche Überlegungen, Ansätze und Konzepte, von denen im Folgenden einige chronologisch dargelegt und in Bezug zur psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gestellt werden.

In seiner kognitiven Theorie der Psychotherapiemotivation formuliert Krause (1966) drei Kriterien für Personen, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen: Der Patient müsse seine aktuelle Situation ohne psychotherapeutische Hilfe als unannehmbar ansehen, er müsse erwarten, dass er kompetente Hilfe zur Lösung seiner Probleme finden kann und er müsse erwarten, dass die Anforderungen, die an ihn durch die Therapieteilnahme gestellt werden, nicht unakzeptabel hoch sind.

Therapy averters im Kinder- und Jugendalter erfüllen die von Krause genannten Kriterien nicht: Sie geben an, dass es ihnen gut geht und dass sie keine Hilfe brauchen und sie bringen zum Ausdruck, dass sie die Aufforderung zur Inanspruchnahme einer Therapie als Zumutung empfinden.

Veith bezeichnet „Therapiemotivation“ zunächst als „die unspezifischste der unspezifischen Variablen“ (Veith, 1997, S. 13) und nennt in weiterer Folge drei mögliche Zielklassen von Therapiemotivation: Hilfe für die Bewältigung von psychischen Problemen zu finden, angestrebte Veränderungen zu erreichen und als dritte Zielklasse die „therapeutische Beziehungsmotivation“. In dieser dritten Zielklasse stellt Veith die Therapiemotivation in einen Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung.

Problemeinsicht, Hilfesuche und Veränderungswunsch sind bei Kindern und Jugendlichen oft nur gering ausgeprägt, aus dem Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapiemotivation ergeben sich jedoch vielversprechende Interventionsmöglichkeiten.

Auch Schulte sowie Schulte und Eifert betonen in ihrem dualen Therapiemodell die Bedeutung der therapeutischen Beziehung. Dieses Modell unterscheidet einen „Methodenstrang“, in dem die Therapeutin die angemessenen therapeutischen Techniken zur Störungsbehandlung anwendet, und einen „Motivationsstrang“, in dem der Therapeut die Patienten zu Mitarbeit, Selbstöffnung und Erprobung neuer Verhaltensweisen motiviert. Für die Arbeit im Motivationsstrang wird die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als wichtiger Faktor erachtet. (Schulte, 1997, Schulte & Eifert, 2002).

In seinem 2015 erschienenen Buch „Therapiemotivation“ nähert sich Schulte dem Thema Motivation vom Widerstand ausgehend über die Therapieziele an. Das Buch trägt den Untertitel „Widerstände analysieren - Therapieziele klären - Motivation fördern“.

Motivation zu *fördern* setzt allerdings voraus, dass zumindest ein gewisses Ausmaß an Motivation bereits vorhanden ist. Von dieser Voraussetzung kann in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht ausgegangen werden. Immer wieder geht es darum, Psychotherapiemotivation zunächst einmal *herzustellen*, d. h. gemeinsam mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu *erarbeiten*. Und dies wiederum setzt als allerersten Schritt voraus, mit dem Kind oder Jugendlichen in Kontakt zu kommen und in weiterer Folge eine - therapeutische - Beziehung aufzubauen.

Mit dem Thema der fehlenden Motivation, mit „Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten“ haben sich Conen und Cecchin (2016) auseinandergesetzt. In „Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden“, so der Buchtitel, zitieren Conen und Cecchin zum Thema Motivation Palazzoli:

Nachdem wir von der Erwartung Abschied genommen haben, dass die Menschen aus einer echten Motivation heraus unsere Hilfe freiwillig in Anspruch nehmen, müssen wir vor allem lernen, unsere Klienten zur notwendigen Veränderung ihrer Beziehungen zu motivieren. Wir müssen zunächst das Bedürfnis nach Veränderung wecken.“ (Palazzoli 1992; zitiert nach Conen & Cecchin, 2016, S. 52)

Exkurs: Instrumente zur Erfassung von Psychotherapiemotivation

Nach Nübling, Schulz, Schmidt, Koch und Wittmann liegen empirische Arbeiten zum Thema Psychotherapiemotivation im deutschsprachigen Bereich seit Mitte der 1980er Jahre vor (Nübling et al., 2006, S. 252) Die Autoren führen an dieser Stelle weiter aus, dass noch im Jahr 1996 Reiss und Haverkamp einen Mangel an Instrumenten zur Erfassung der Psychotherapiemotivation beklagten, und dass sich seither in Deutschland vor allem zwei Instrumente durchgesetzt haben, nämlich der „Fragebogen zur

Messung von Psychotherapiemotivation“ (FMP) und der „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“ (FPTM):

FMP: Der „Fragebogen zur Messung von Psychotherapiemotivation FMP“ wurde von Schneider, Basler und Beisenherz (1989) entwickelt. Ausgehend von der Theorie, dass sich Psychotherapiemotivation über die Prozesse von Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung konstituiert, wird in diesem Fragebogen die motivationale Ausgangslage der Patientinnen und Patienten über vier Subskalen operationalisiert: Krankheitserleben (Leidensdruck und Krankheitsgewinn), Laienätiologie, allgemeine Behandlungserwartungen und –einstellungen, sowie Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen. In den 47 Items des „Fragebogen zur Messung von Psychotherapiemotivation“ sind in Diskrepanz zur Bezeichnung des Fragebogens ausschließlich Einschätzungen über die Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer ärztlichen oder psychologischen Behandlung zu treffen, die Worte „Psychotherapie“ oder „psychotherapeutisch“ kommen weder in den 47 Items noch in der Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens vor. Inhalt und Sprache des FPM richten sich evident an erwachsene Menschen (siehe Anhang).

FPTM: Als „anwendbar auf Patienten ab etwa 16 Jahren“ wird der „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“ beschrieben. Er wurde von Schulz, Nübling und Rüdell (1995) auf Basis des „Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation und des Krankheitskonzepts (PMK)“ von Nübling (1992) entwickelt. Von diesem Fragebogen wurden in weiterer Folge die Kurzformen FPTM-23 (Schulz, Lang, Nübling & Koch 2003) und FTPM-K6 (Schulz et al. 2006) ausgearbeitet. Im FPTM wird die Psychotherapiemotivation in 39 Items erfasst, welche sechs Skalen zugeordnet sind:

Psychischer Leidensdruck; LD (10 Items; Bsp: "Ich leide stark unter seelischen Problemen."): Erfasst wird mit dieser Skala die gegenwärtige seelische Belastung, Niedergeschlagenheit und Sorgen, aber auch der ängstliche Blick in die Zukunft. Weiterhin beinhaltet sie die Bereitschaft, die eigenen Probleme mit Hilfe anderer Personen zu durchdenken und zu bewältigen.

Hoffnung; HO (7 Items; Bsp.: "Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch."): Die Skala enthält Äußerungen, die der Patient hinsichtlich seiner Einschätzung bzgl. einer möglichen Besserung trifft. Die Items betreffen

das Gefühl der Zuversicht oder Sicherheit, dass durch die bevorstehende Behandlung Hilfe für sich selbst zu erwarten ist.

Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit; VH (7 Items; Bsp.: "Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche."): Die Skala beinhaltet Items, die eine psychische Hilfsbedürftigkeit in Form von Problemen und seelischen Belastungen als ein Zeichen von Kontrollverlust, mangelndem Charakter, Willensschwäche sowie von Unselbständigkeit ansehen.

Wissen; WI (5 Items; Bsp.: "Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert."): Mit dieser Skala wird erfasst, ob der Patient Kenntnisse, Informationen und Vorerfahrungen über oder mit Psychotherapie hat bzw. sich im Vorfeld der Behandlung aktiv informiert hat.

Initiative; IN (4 Items; Bsp.: "Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung hier zu erhalten."): Auf dieser Skala laden Items, die die Anstrengung des Patienten, eine Behandlung zu erhalten, umfassen.

Symptombezogene Zuwendung durch andere; SZA (6 Items; Bsp.: "Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen verständnisvoller als sonst."): Diese Skala beschreibt Verhaltensänderungen, die der Patient aufgrund seiner Beschwerden in seiner Umwelt erlebt. Sie reichen von eher passiver verstärkter Rücksicht und Verständnis bis zu aktiver Anteilnahme, Beistand und Zuwendung; sie haben eine Affinität zum Konstrukt "sekundärer Krankheitsgewinn". (Nübling & Schulz, 2016, S. 254-255)

Aufgrund von Inhalt und Formulierung der 39 Items des FTPM (siehe Anhang) ist eine Verwendung zur Erfassung der Psychotherapiemotivation von Kindern und Jugendlichen denkbar – im Sinne eines Leitfadens oder eines gemeinsamen Durchgehens der Items mit entsprechenden Erklärungen und Umformulierungen. Dies kann im Sinne eines heuristischen Erkenntnisgewinnes erfolgen, da eine quantitative Auswertung nach dem Testmanual bei Kindern und Jugendlichen im Alter von unter „etwa 16 Jahren“ nicht empirisch valide wäre.

3.2 Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen

Während Conen und Cecchin der Arbeit mit „‘unmotivierten‘ und unfreiwilligen Jugendlichen“ ein Kapitel von drei Seiten (Conen & Cecchin, 2016, S. 166-169) und zwei Fallbeispiele (Conen & Cecchin, 2016, S. 204-211) widmen, widmet Jürg Liechti (2013) mit „Dann komm ich halt, sag aber nichts“ der Thematik „Motivierung Jugendlicher in Beratung und Therapie“ (so der Untertitel) ein ganzes Buch.

Liechti bezeichnet die Therapiemotivation bei Jugendlichen als „heikles Thema“, welches im klinischen Alltag allgegenwärtig sei, über das aber kaum gesprochen werde und dem in Berichten zur Psychotherapie meist nur wenig Platz eingeräumt werde. Zur Illustration der „Sperrigkeit“ des Themas führt Liechti einige Auszüge aus der Fachliteratur - und viele Erfahrungen aus der eigenen therapeutischen Arbeit - an: „Die schwierigste Aufgabe bei adoleszenten Patienten ist die Erreichung einer Therapiemotivation“ (Remschmidt 1992; zitiert nach Liechti, 2013, S. 52).

Die betroffenen Kinder oder Jugendlichen sind hingegen - aufgrund der fehlenden Problemwahrnehmung - wenig motiviert, an einer Behandlung teilzunehmen oder sie durchzuhalten. Sie kommen selten von sich aus zur Therapie [...] Wenn sie es doch tun, zweifeln sie an der Notwendigkeit, sich verändern zu müssen, oder können sich nicht vorstellen, dass Veränderungen von ihrer Therapiemotivation abhängen. (Petermann 2002; zitiert nach Liechti, 2013, S. 52)

Liechti selbst betont die Bedeutung der Beziehungsarbeit und die besondere Herausforderung der Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Im Rahmen einer Untersuchung zur Tätigkeit der Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer in Österreich erfassten Gasteiger-Klipcera und Klipcera (2000) die Therapiemotivation von 620 Schülerinnen und Schülern im Alter von 9 bis 14 Jahren. Die Fragen zum Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe ergaben bei rund einem Viertel der Schülerinnen und Schüler den Wunsch nach einer persönlichen

Aussprachemöglichkeit und bei rund einem Sechstel den Wunsch nach Unterstützung im Auskommen mit den Mitschülerinnen und Mitschülern.

Es wäre eine spannende Fragestellung, ob es unter den Schülerinnen und Schülern, die *nicht* den Wunsch nach Aussprachemöglichkeit und/oder Unterstützung geäußert haben, solche gibt, bei denen nach fachlicher Einschätzung eine psychotherapeutische Unterstützung indiziert wäre. Es ist davon auszugehen, dass es sie gibt und es könnte ja sein, dass es ihnen „nur“ an Therapiemotivation fehlt.

Zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in einem stationären Betreuungssetting schreibt Umschaden:

Als Psychotherapeutin dieser Wohngruppe bin ich in den Alltag und in das Leben der Jugendlichen integriert. Ich gehöre einfach und ganz selbstverständlich dazu Dieser besondere Rahmen hat bewirkt, dass die Jugendlichen der WG die Psychotherapie als etwas ganz Selbstverständliches ansehen. (Umschaden, 2014, S. 223)

Die von Umschaden geschilderte Situation stellt einerseits den Idealfall einer bereits vorhandenen Psychotherapiemotivation dar und gibt andererseits Hinweise auf Möglichkeiten zur Erarbeitung von Psychotherapiemotivation. Denn auch in der geschilderten Situation war die Psychotherapiemotivation höchstwahrscheinlich nicht „von vornherein“ vorhanden, konnte aber durch Alltagskontakte, Begegnungen und Beziehungsaufbau erarbeitet werden.

Naar-King und Suarez (2012) haben die von Rollnick und Miller (1991) entwickelte Methode der Motivierenden Gesprächsführung (engl. Motivational Interviewing, MI) für die beraterische und therapeutische Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen adaptiert und elaboriert. Zentrales Ziel dieser Methode ist die Erarbeitung von Veränderungsmotivation - das Vorhandensein einer Teilnahmemotivation wird damit implizit vorausgesetzt: „Die Motivierende Gesprächsführung ist eine partnerschaftliche, personenbezogene Kommunikationsweise, durch die eine Veränderungsmotivation hervorgerufen und gestärkt wird“ (Miller & Rollnick 2009; zitiert nach Naar-King & Suarez, 2012, S. 18).

Ausgehend von der Betonung der Bedeutung des therapeutischen Beziehungsaufbaus beschreiben Naar-King und Suarez die drei Leitmotive der Motivierenden Gesprächsführung: Akzeptanz und Einbezug des Autonomiebedürfnisses der Klientinnen und Klienten, Aufbau einer therapeutischen Kooperation und Evokation von – intrinsisch motivierten – Veränderungswünschen: „Motivierende Gesprächsführung versucht, intrinsische Motivation des Klienten hervorzurufen, also den Einsatz von Verhaltensweisen aus einem persönlichen Interesse heraus und nicht aufgrund externer Konsequenzen“ (Naar-King & Suarez, 2012, S. 34).

In dem Kapitel „Umgang mit Widerstand“ beschreiben Naar-King und Suarez drei verschiedene Kommunikationsformen von Widerstand: „Widerstand kommunizieren“ („Resistance Talk“), „Aufrechterhaltung betonen“ („Sustain Talk“) sowie „Keine Gesprächsbereitschaft“, definiert als „Schweigen, telegrammartiger Sprachstil oder die Frage: ‚Häh?‘“ (Naar-King & Suarez, 2012, S. 54-55). In allen drei Kommunikationsformen wird dabei von einer Teilnahme des Jugendlichen oder jungen Erwachsenen an der Therapiesitzung ausgegangen, eine Prämisse, welche bei *therapy averters* nicht vorausgesetzt werden kann.

Hinsichtlich des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung als Grundlage der Zusammenarbeit stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen desselben, insbesondere bei der Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung im Rahmen von Kurzzeitbehandlungen:

Die Motivierende Gesprächsführung wird sehr oft in Settings eingesetzt, die nur aus einer Sitzung bestehen. Die Dauer dieser Sitzung kann dabei variieren und von einer kurzen zehn- bis 15-minütigen Interaktion (z. B. ärztliche Untersuchung) bis hin zu längeren Aufenthalten (z. B. Aufnahmegespräch, Therapiesitzung) gehen. (Naar-King & Suarez, 2012, S. 94)

Auf der Basis eines sozial- und gewaltpädagogischen Ausbildungs- und Berufserfahrungshintergrundes erörtert Meyer-Deters (2010) Möglichkeiten zur Erreichung von Gesprächs- und Zusammenarbeitsmotivation mit Kindern und Jugendlichen. Meyer-Deters bezieht sich auf die ambulante Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die

Kinder sexuell missbraucht haben, und beschreibt die motivationalen Defizite dieser Klientengruppe: „Freiwillig kommt anfangs kaum einer in die Ambulanz, denn es fehlt fast immer die Motivation für eine Therapie“ (Meyer-Deters, 2010, S. 325). Diese Ausgangssituation ist in der Arbeit mit *therapy averters* häufig gegeben, Meyer-Deters' Überlegungen zum Erreichen von Motivation durch Konfrontation und Einfühlung im Erstgespräch können somit auch in dieser Hinsicht reflektiert werden:

Diese jungen Menschen kommen in der Regel angstvoll oder wütend in die Beratung oder werden gebracht. Manchmal sind sie auch verhalten neugierig. Wie auch immer: Nur wenn die Helferin oder der Helfer in dieser für den Minderjährigen bedrohlichen und verunsichernden Situation die erste Begegnung einfühlsam, ohne Kritik und ohne Forderungen gestaltet, kann der junge Mensch den angebotenen Kontakt vorsichtig aufnehmen“ (Meyer-Deters, 2010, S. 326).

Auf der Basis dieser Haltung ermögliche die Verbindung von Konfrontation (mit dem problematischen Verhalten) und Einfühlung in den Erstkontakten den Aufbau einer belastbaren und aufrichtigen Beziehung. Dies gelte aber nur, „wenn die Konfrontation nicht als Vorhaltung, moralische Bewertung und Beschuldigung verstanden wird, mit dem Ziel, zu beschämen oder zu bestrafen“ (Meyer-Deters, 2010, S. 324).

Seine langjährigen Erfahrungen resümiert Meyer-Deters dahingehend, dass es sich am besten bewährt habe, „bereits beim ersten Termin einfühlsam und konfrontativ, wertschätzend und einladend, möglichst repressionsfrei und angstmindernd vorzugehen. So gelang es, diese Kinder und Jugendlichen zur Kooperation zu bewegen und die Basis für eine ausbaufähige therapeutische Beziehung zu legen“ (Meyer-Deters, 2010, S. 328).

3.3 Integrative Therapie mit *therapy averters*

3.3.1 Integrative Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nimmt in der Integrativen Therapie einen besonderen Stellenwert ein. Petzold formuliert dazu folgende Definition:

Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie ist ein ganzheitlicher und differentieller Ansatz der Behandlung und Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einzel- und Gruppensitzungen unter Einbeziehung ihrer Familien bzw. Bezugspersonen in Berücksichtigung der pathogenen und salutogenen Einflüsse des jeweiligen mikroökologischen und sozialen Kontextes. Auf eine „kindgemäße Weise“ wird mit den „heilenden Kräften des kindlichen Spiels“ (*Zulliger*), mit Spielmitteln, kreativen Medien, gearbeitet, die auf die jeweilige Altersstufe und „Spielkultur“ (*Petzold*) zugeschnitten werden, so dass ein „Raum des Möglichen“, eine „fördernde Umwelt“ (*Winnicott*) entstehen kann. Die Integrative Kindertherapie gründet sich dabei auf tiefen-psychologische Denkmodelle und Konzepte, die Ergebnisse moderner Longitudinalforschung und auf eine „integrative Entwicklungspsychologie“, die richtungsübergreifend die Erträge psychomotorischer, emotionaler, kognitiver, sozialer und ökologischer Entwicklungsforschung einbezieht, um sie mit einem reichen Repertoire an Methoden, Techniken, Medien, Formen auf kreative Weise interventiv umzusetzen. Dies geschieht „im Prozess“ eines „Handelns um Grenzen“, in gemeinsamem Gestalten, in liebevoller Bezogenheit und Respekt vor der sich in der Ko-respondenz entwickelnden einzigartigen Persönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen. In der Integrativen Kindertherapie wird versucht, für Kinder in schwierigen Lebenslagen „schützende Insel-Erfahrungen“ bereitzustellen. Der Kindertherapeut bemüht sich dabei, zum wichtigsten protektiven Faktor zu werden, den es für Kinder geben kann: ein „significant caring adult“ (*Rutter*), der als „innerer Beistand“ internalisiert werden kann und der das bereitzustellen versucht, was das Kind braucht. (Petzold, 2003, S. 850).

In Bezug auf die Theorie der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung versteht sich das Entwicklungskonzept der Integrativen Therapie als klinische Entwicklungspsychologie über die gesamte Lebensspanne hinweg. Auch den integrativen Konzepten zu Pathogenese und Salutogenese liegt dieser *life span developmental approach* (Leitner 2010; Osten 2000; Petzold 2003) zugrunde: „Die Integrative Therapie in unserer Orientierung ist eine ‚entwicklungszentrierte Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentfaltung in der Lebensspanne‘“ (Petzold, 2003, S. 69).

Innerhalb der lebenslangen Entwicklung kommt den ersten beiden Lebensjahrzehnten eine besondere Bedeutung zu:

Wenn die „Integrative Therapie“ der Entwicklung der Persönlichkeit *in der Lebensspanne* besondere Bedeutung zumisst, also affirmiert, dass über das gesamte Leben hin bis ins hohe Senium *Entwicklung* geschieht und möglich ist, so wird doch den frühen Sozialisationserfahrungen in Babyzeit, Kindheit und Jugend eine zentrale Stellung eingeräumt. (Petzold, 2003, S. 517).

Auf Basis dieser Priorisierung ist die Integrative Therapie in besonderem Maße für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen konzipiert und adaptiert: „Diese aktive Ausrichtung, in der Kreativität und Spiel einen bedeutsamen Platz haben, macht die Integrative Therapie für die Behandlung von Kindern geeignet. Ihre Methoden und Medien sind kindgemäß“ (Petzold & Ramin, 2003, S. 809).

Integrative Bewegungstherapie, Integrative Musiktherapie, Integrative Arbeit mit Puppen (im Falle des „Gemüse-Theaters“ werden die Puppen aus Kartoffeln, Karotten, Radieschen, Kohlrabi etc. geschnitzt, geschmückt und als Figuren in improvisierten Puppenspielen verwendet), Arbeit mit Übergangs- und Intermediär-objekten, mit unterschiedlichen Materialien und Medien... Die Integrative Therapie hat ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen entwickelt.

Die Vielfalt der Methoden, Techniken und Medien der Integrativen Therapie stellt ein praktikables und effektives „Handwerkszeug“ dar, wenn Kinder und Jugendliche beispielsweise mit „therapeutischen Gesprächen“ nur wenig anzufangen wissen - was in der therapeutischen Praxis durchaus nicht selten vorkommt. Über erlebnisaktivierende Methoden, leib- und bewegungstherapeutische Interventionen und kreative

Medien sind Kinder und Jugendliche oftmals gut erreichbar - und in weiterer Folge auch motivierbar.

Im Folgenden wird ein Überblick über konzeptuelle „Eckpfeiler“ der Integrativen Therapie gegeben, in „innerem Hinblick“ auf die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen:

Leiblichkeit - Soziales Netzwerk - Arbeit, Leistung und Freizeit - Materielle Sicherheit und milieu-ökologische Bezüge - Wertorientierungen, weltanschauliche und religiöse Überzeugungen. Den **5 Säulen der Identität** kommt im Rahmen des life span developmental approach im Kindes- und Jugendalter eine besondere Bedeutung zu, stellt doch „die Entwicklung der Identität eine zentrale Aufgabe in Pubertät und Adoleszenz dar und sorgt bei Normalentwicklung dafür, daß [sic] ein Gefühl der Kohärenz entsteht, das für sich gesehen hoch protektiven Charakter hat“ (Osten, 2000, S. 288).

Die **4 Wege der Heilung und Förderung** (Petzold 2003) der Integrativen Therapie sind auch mit Kindern und Jugendlichen gut zu beschreiten, wobei der Schwerpunkt auf dem zweiten Weg - Nach- und Neusozialisation - und auf dem dritten Weg - Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung - liegen wird. Aus dem zweiten Weg kommt vor allem dem differentiellen Parenting/Reparenting (Petzold, 2003, S. 825-832) und der Bekräftigung des Grundvertrauens eine hohe Bedeutung zu, aus dem dritten Weg den erlebniszentriert-stimulierenden und übungszentriert-funktionalen Modalitäten. Der erste Weg - Bewusstseinsarbeit - und der vierte Weg - Förderung von exzentrischer Übersicht und von Solidaritätserfahrungen - stehen nicht in untergeordneter Bedeutung, aber in einer eher begleitenden, supportiven Funktion im therapeutischen Prozess mit Kindern und Jugendlichen.

Die **14 plus 3 Heilfaktoren - oder „Therapeutische Wirkfaktoren“** (Petzold, 2016; Petzold, Ellerbrock und Hömberg 2018, S. 624-628) der Integrativen Therapie sind auch in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen „wirksam“ und „heilsam“:

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe
4. Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinneserleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysische Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezuges
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens, Souveränität
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft
15. Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs
16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen
17. Die synergetische Multimodalität von Erfahrungen

Leitner (2010), Petzold (2003) und Schwarzmann (2007) beschreiben die **Modalitäten der Integrativen Therapie**:

1. In der *konservativ-stützenden, palliativen Modalität* erfahren die – im Falle der vorliegenden Arbeit kindlichen und jugendlichen - Patientinnen und Patienten Bei-stand, Begleitung, Entlastung, Sicherung in Krisenepisoden und/oder Phasen kritischer Lebensereignisse.
2. In der *erlebniszentriert-stimulierenden Modalität* wird mit kreativen Medien und Methoden sowie aktiver Imagination an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit gearbeitet, mit dem Ziel der „Bereitstellung alternativer Erfahrungen und Förderung kreativer Potentiale“ (Petzold, 2003, S. 589).

3. Die *übungsorientiert-funktionale Modalität* bringt unter anderem mit Relaxationsmethoden, körpertherapeutische Übungen, Bewegungstherapie und Biofeedback zur Anwendung, Ziel ist „Aufbau, Stabilisierung und Entwicklung der Funktionen des Leibsobjektes“ (Petzold, *ibid.*).

4. Inhalt der *konfliktzentriert-aufdeckenden Modalität* ist die „Bearbeitung verdrängten biographischen Materials“ (Petzold, *ibid.*). Gearbeitet wird u. a. mit Methoden aus der Gestalttherapie, dem Psychodrama, der aktiven Psychoanalyse und mit kognitiven Problemlösungsansätzen. Problematische Persönlichkeitsstrukturen, biographische und aktuelle Probleme und Schwierigkeiten sowie dissoziierte und verdrängte Konflikte können in dieser Modalität dargestellt und behandelt werden.

5. Die *netzwerkaktivierende Modalität* ist „ein besonderes Spezifikum der Integrativen Therapie“ (Leitner, 2010, S. 217). In ihr geht um die Aktivierung und Adaptierung der sozialen Ressourcen des sozialen Netzwerks der – kindlichen und jugendlichen – Patientinnen und Patienten. Als defizient oder toxisch erfahrene und erlebte Netzwerke sollen saniert werden, supportive Netzwerkqualitäten gepflegt und ausgebaut: „Die Integrative Therapie erachtet es als notwendig, Hilfe bereitzustellen bei der Entwicklung von neuen, tragfähigen sozialen Strukturen, von Netzwerken, in denen der Mensch Zugehörigkeit, Partnerschaft, Nachbarschaft, Kollegialität erfahren kann“ (Leitner, *ibid.*).

Die Aufzählung und Nummerierung folgt der Darstellung von Leitner (2010, S. 217). Petzold (2003, S. 77-78) und Schwarzmann (2007, S. 3) benennen darüber hinaus eine medikamentös-stützende Modalität, welche im Indikationsfall in fachärztlicher Kooperation zur Anwendung kommen kann. Die Möglichkeit einer Unterstützung des therapeutischen Prozesses durch eine psychopharmakologische Medikation ist in kinder- und jugendpsychiatrischen, aber auch sozialpädagogischen Betreuungseinrichtungen oftmals integraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes und -angebotes.

In der Integrativen Therapie werden **4 Ebenen der therapeutischen Tiefung** unterschieden (Leitner, 2010; Osten, 2000; Petzold, 1988, 2003). Zwischen den Ebenen besteht keine klare Trennung, therapeutische Prozesse unterschiedlicher Intensität

können zwischen Ebenen wechseln oder auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig stattfinden.

Auf einzelne Ebenen fokussierende Arbeit bedarf einer klaren Indikation – im Erstkontakt beispielsweise sollte „in keinem Fall über Ebene I [Osten nummeriert die vier Ebenen mit römischen Ziffern] hinausgegangen werden“ (Osten, 2000, S. 424) - und ist sowohl im Rahmen einer Sitzung als auch über mehrere Sitzungen hinweg möglich.

1. *Ebene der Reflexion* (kognitiv-kontrollierende, erklärende Ebene). Gegenstand des therapeutischen Geschehens auf dieser Ebene sind Überlegungen, Erklärungen und als Erinnerungen gedanklich ins Bewusstsein kommende Inhalte, ohne dass bereits eine emotionale Beteiligung wahrnehmbar wäre.

2. *Ebene des Bilderlebens und der Affekte*. Leitner (2010, S. 219) gibt an, dass auf dieser Ebene zwei Arten von Bilderleben unterschieden werden können:

a) Bilderleben ohne emotionale Beteiligung: Dabei kommen bildhaften Szenen im Patienten auf, von denen er oder sie aber nicht näher berührt wird, wie beim Betrachten eines subjektiv mehr oder weniger interessanten Filmes.

b) Bilderleben mit emotionaler Beteiligung: Die Patientin schaut nicht mehr *auf einen Film*, sondern wird vom Geschehen emotional berührt wie *in einem Film*. Die emotionale Beteiligung kann dabei durchaus stark werden, ist aber von kurzer Dauer und lässt den Körper relativ unbeteiligt.

3. *Ebene der Involvierung*. Diese Ebene beinhalten meist eine Regression und starke Affekte. Der Patient ist nicht mehr Zuschauer, sondern gleichsam in das Bild oder die Szene hineingetreten. Die Außenrealität tritt zurück, der involvierte Mensch erlebt sich als in der Situation befindlich, der ganze Körper wird am emotionalen Erleben beteiligt.

4. *Ebene der autonomen Körperreaktionen*. Der Involvierungsprozess kann sich derart verdichten, dass der Körper autonom zu reagieren scheint. „Heftige Involvierungen“ (Osten, 2000, S. 424) wie Zittern, tiefes Atmen, Würgen, Weinen, Schreien können auftreten.

Das **tetradische System** beschreibt den Theorie-Praxis-Zyklus im Ko-respondenzmodell der Integrativen Therapie. Die **vier Phasen des therapeutischen Prozesses** – *Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase und Neuorientierungsphase* - folgen einander zyklisch stets aufs Neue, sowohl in Hinblick auf die einzelne Sitzung als auch auf den Gesamtprozess.

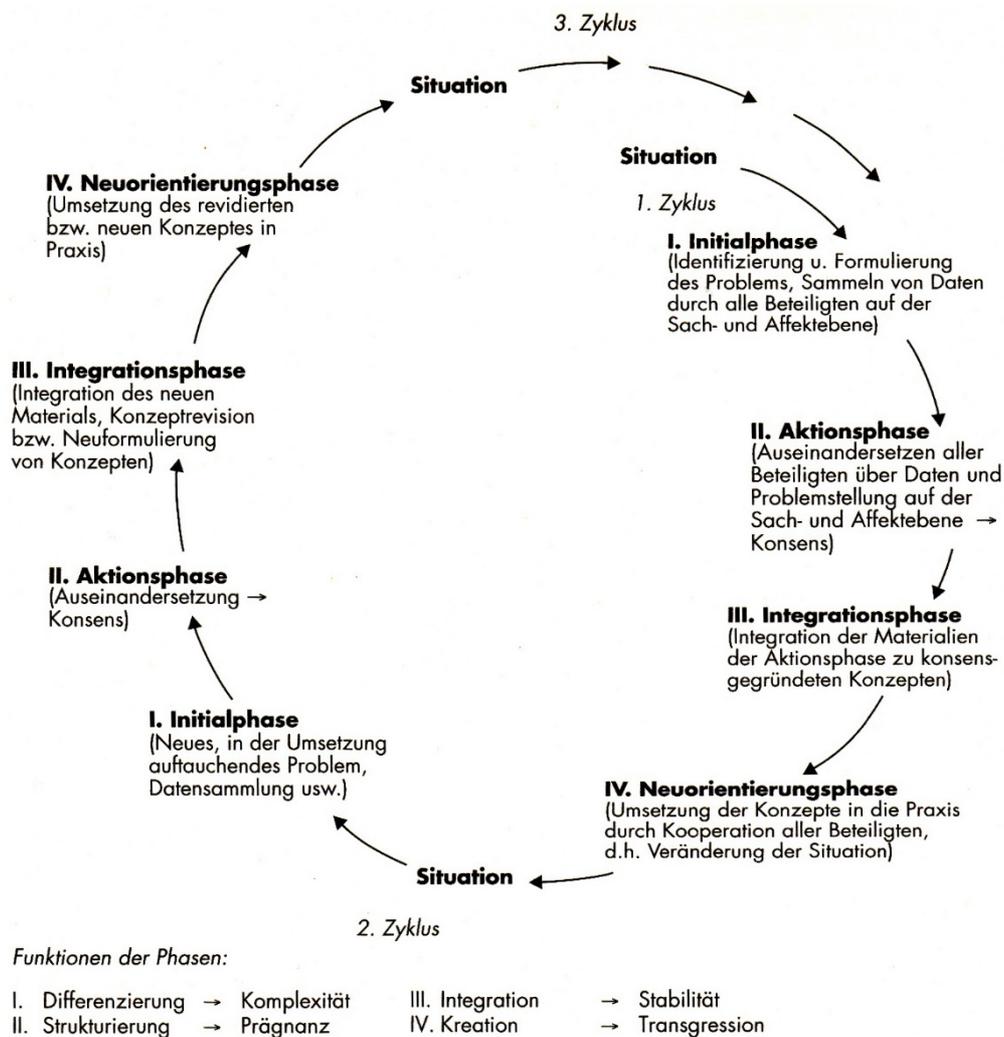


Abbildung 1: Theorie-Praxis-Zyklus im Ko-respondenzmodell (Petzold, 2003, S. 126)

Zur Anwendung kommen die genannten „Basiskonzepte“ der Integrativen Therapie ausgehend von einer (Grund-) *Haltung*, eingebettet in eine therapeutische *Beziehung*, im Rahmen eines *Settings* und in Form von *Interventionen*. Auf diese Themenbereiche wird in Kapitel 4 näher eingegangen, sie sind in der Arbeit mit *therapy averters* von fundamentaler Bedeutung, da sich aus ihnen Möglichkeiten zur Erarbeitung von Psychotherapiemotivation ableiten und entwickeln lassen.

3.3.2 Problemfelder in der Arbeit mit *therapy averters*

Damit die Phasen des therapeutischen Prozesses die Theorie-Praxis-Zyklen durchlaufen können, bevor auf den Tiefungsebenen und in den Modalitäten gearbeitet werden kann, bevor die Heil- und Wirkfaktoren zu Anwendung kommen, die Wege der Heilung und Förderung beschritten und die Säulen der Identität errichtet und verstärkt werden können, muss als *conditio sine qua non* ein Mindestmaß an Motivation vorhanden sein. Davon ist bei *therapy averters* nicht auszugehen, mitunter ist nicht einmal die Bereitschaft zur physischen Teilnahme an einer Therapieeinheit gegeben.

Die Integrative Therapie verfügt über elaborierte Konzepte zur psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und hat sich intensiv mit dem Themenbereich „Motivation“ auseinandergesetzt. So nimmt etwa Jäkel (2001) eine Zusammenfassung und Weiterentwicklung unterschiedlicher Theorien und Konzepte zur Motivation aus Psychologie und Psychotherapie für die Integrative Therapie vor.

Die Anzahl von Publikationen, welche die Themenbereiche Psychotherapiemotivation und psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zusammenführen, erscheint jedoch überschaubar:

In den FPI-Publikationen „Polyloge“ (Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung) ergibt die Suche nach „Therapiemotivation“ - für „Psychotherapiemotivation“ ist zu wenig Platz im Suchfeld - ein Ergebnis: In einer empirischen Studie untersuchte Schulze (2009) „Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche [sic] Sozialberatung“.

Die Suche nach „Motivation“ ergibt 25 Publikationen, darunter ein Behandlungsjournal über „die stationäre Motivationsbehandlung einer 14-jährigen cannabisabhängigen Jugendlichen“ von Hoffmann (2012).

Metzmacher, Petzold und Zaepfel halten in einem kurzen Absatz fest, dass sich Therapiemotivation von Erwachsenen nicht wesentlich von Therapiemotivation von Kindern und Jugendlichen unterscheidet: „Auch hier [bei Erwachsenen] ist ein Leiden in und an einem bestimmten Kontext der entscheidende Faktor zur Aufnahme einer

Behandlung, so dass Vorstellungen von ‚intrinsic Motivation‘ sowieso als eine kontextignorierende Fiktion zu betrachten sind“ (Metzmacher et al., 1996a, S. 362). Eine Schwierigkeit und Herausforderung in der Arbeit mit *therapy averters* liegt in dem Umstand, dass sie „ein Leiden in und an einem bestimmten Kontext“ sehr wohl wahrnehmen und empfinden können, dieses Leiden aber – per definitionem - nicht zum Anlass nehmen, ein therapeutisches Angebot aufzusuchen oder anzunehmen. In „Aufsuchen“ oder „Annehmen“ liegt ein grundsätzliches Problemfeld in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Während Erwachsene – abgesehen vom forensischen Bereich – psychotherapeutische Unterstützung *aufsuchen* können, sind Kinder und Jugendliche vielfach vor die Herausforderung gestellt, ein psychotherapeutisches „Angebot“ *annehmen* zu müssen oder zumindest zu sollen, wobei „sie in den meisten Fällen nicht selber als Auftraggeber für therapeutische Veränderungen auftreten, sondern dies Bezugspersonen sind“ (Metzmacher et al., *ibid.*).

Borg-Laufs, Gahleitner und Hungerige (2012) setzen sich mit schwierigen Situationen in Therapie und Beratung von Kindern und Jugendlichen auseinander und gehen dabei auf rechtliche Aspekte, ungünstige Rahmenbedingungen, Interaktion mit den Eltern und mit den Kindern und Jugendlichen ein, sowie auf besondere Problem-konstellationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Problemsituation, dass ein Kind oder Jugendlicher nicht freiwillig in Beratung oder Therapie kommt, ist dabei ein eigenes Kapitel gewidmet (Borg-Laufs et al., 2012, S. 140-145). Zunächst wird beschrieben, auf welche vielfältigen Arten und Weisen Kinder und Jugendliche deutlich machen können, dass sie nicht an einem Therapieprozess teilnehmen möchten. Der Ausdrucksbogen spannt sich dabei vom Nicht-Erscheinen über klar verbalisierte Ablehnung zu Wortkargheit oder Schweigen bis hin zu ängstlichem und kontakt-vermeidendem Verhalten. Die von Borg-Laufs et al. als Beispiel angeführte tief ins Gesicht gezogene Baseball-Mütze kann als Hilfsmittel zur Vermeidung von Blickkontakt interpretiert werden: *Gaze aversion* im Dienste von *therapy aversion*... Auf die in weiterer Folge vorgeschlagenen Strategien zum Umgang mit der Problemsituation, dass Kinder und Jugendlichen nicht freiwillig zur Therapie kommen, wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

Der Umstand, dass Kinder und Jugendliche oftmals nicht aus eigenem Entschluss in Therapie kommen (sollen), scheint eine maßgebliche Rolle in der *therapy aversion* zu

spielen. Wenn die Empfehlung, Aufforderung oder Anordnung zu einer Therapie von familiären und/oder professionellen Bezugspersonen ergeht, liegt es schon in der Natur der Entwicklungsaufgaben der späten Kindheit, Pubertät und Adoleszenz, sich tendenziell zunächst einmal zu widersetzen.

Osten (2000) nennt als Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben der späten Kindheit (fünf bis elf Jahre) unter anderen Autonomieentwicklung, Entwicklung von Kontrollüberzeugungen, Stabilisierung des eigenen Willens sowie Konflikte und Auseinandersetzungen. In der Pubertät (zehn bis 15 Jahre) liegen Entwicklungsschwerpunkte auf der Ablösung von der Familie, Willensbildung, Identitätsentwicklung und Bildung persönlicher Intimräume. Die Suche nach Identitäts- und Persönlichkeitsstilen setzt sich in der Adoleszenz (14 bis 21 Jahre) fort, ebenso die Loslösung von der Familie und dem Elternhaus. Die Weigerung von Kindern und Jugendlichen, sich auf Geheiß von Erwachsenen auf eine Therapie einzulassen, kann somit auch als Erfüllung einer Entwicklungsaufgabe interpretiert - und gegebenenfalls aufgegriffen - werden.

Eine weitere motivationale Problematik von Kindern und Jugendlichen vor allem in stationären Betreuungs- und Behandlungssettings sind die multiplen Anforderungen, die in diesem Rahmen an sie gestellt werden.

Gahleitner (2011) befasst sich mit dem therapeutischen Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen wird in Theorie-Praxis-Verschränkung beschrieben.

Stationäre Kinder- und Jugendarbeit, als Milieugestaltung verstanden, spannt daher ... eine zwischenmenschliche sowie räumliche und institutionelle pädagogische Perspektive auf, die für fachliche Kontinuität und Stabilität in personeller wie struktureller Hinsicht steht: entlang [sic] dem Grundkonzept, dass Problemlagen und Störungen immer eine biographisch-verstehende Dimension enthalten und damit über die Arbeit im Alltag verstehbar und veränderbar sind. (Gahleitner, 2011, S. 9)

In der „Arbeit im Alltag“ sind Kinder und Jugendliche vor umfangreiche Aufgaben gestellt, nachdem sie schon in die Betreuung bzw. Behandlung – die mitunter nicht ihr eigener Wunsch war - einwilligen mussten: Regelmäßiger Besuch der Schule, Aufgaben

im Haushalt (Zimmerordnung, Gruppendienste), Freizeitaktivitäten in der Gruppe, Einzelaktivitäten mit Primärbetreuerin oder Primärbetreuer, Gruppen-gespräche, Einzelgespräche, Familiengespräche, Besuchskontakte, spezielle Förderungen (z. B. bei Legasthenie oder Dyskalkulie), Berufsorientierung („Schnuppertage“) und – entscheidung etc. Und dann noch jede Woche einmal zum „Psycho-Onkel“ oder zur „Psycho-Tante“? „Träum‘ weiter!“, um einen oft gehörten Kommentar zu diesem Thema zu zitieren.

Die - durchaus nicht wertschätzend intendierten - Bezeichnungen „Psycho-Onkel“ und „Psycho-Tante“ sind bewusst zitiert, um zu einem weiteren motivationalen Problemfeld überzuleiten:

Jahrzehntelange Erfahrungen und Beobachtungen sowie Rückmeldungen von und Austausch mit Fachkolleginnen und Fachkollegen bestätigen den Eindruck, dass Psychotherapie auch schon bei Kindern und Jugendlichen vielfach keinen „guten Ruf“ hat. Das Spektrum der Vorurteile – oder zumindest Vorbehalte – oder zumindest Skepsis - reicht dabei von der Bedeutung von psychotherapeutischer Behandlung („Wer Psychotherapie braucht, ist verrückt!“) über die Wirksamkeit („Das bringt mir sicher nichts!“) bis hin zur Person der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten („Der - oder die - hat ja selbst ein Eck weg!“).

Eine Studie von Hawton, Rodham & Evans (2008) an über 6000 Jugendlichen mit selbstverletzenden Verhalten in England ergab, dass 53% der befragten Jugendlichen nicht motiviert waren, Hilfe zu holen, ehe sie sich absichtlich verletzten. Als Gründe dafür gaben die Jugendlichen in anonymen Selbstbeschreibungen unter anderem an:

- „Weil ich keine Hilfe wollte.“
- „Ich brauchte keine Hilfe. Ich konnte alleine damit fertig werden – und zwar besser, als wenn mir irgendjemand geholfen hätte.“
- Ich hatte nicht das Gefühl, dass mir noch irgendjemand hätte helfen können.“
(Hawton et al., 2008, S. 106)

Ein weiteres motivationales Problemfeld stellt der *Widerstand* dar. In der Integrativen Therapie wird zwischen protektivem Widerstand und mutuativem Widerstand differenziert (Metzmacher et al., 1996b; Petzold, 1981, 2003).

Petzold hält fest, dass in der Kindertherapie am häufigsten protektive Widerstände auftreten, welche verhindern sollen, mit verdrängtem, traumatischem Material in Kontakt zu kommen und von Erinnerungen, Emotionen und Körpersensationen

„überschwemmt“ zu werden. Der zunächst immer intrapersonale Widerstand kann interpersonal – mutuativ - werden, wenn der Therapeut oder die Therapeutin versucht, an derartige Bereiche zu rühren (Petzold, 2003, S. 837-838)

Die Arbeit mit Widerstand und Reaktanz in Zusammenhang mit *therapy aversion* wird in Kapitel 4.2.4 der vorliegenden Arbeit nochmals thematisiert.

4 MÖGLICHKEITEN ZUR KONSTITUIERUNG VON PSYCHOTHERAPIEMOTIVATION

Zu Beginn dieses Kapitels – des Hauptteils der vorliegenden Arbeit – sei die „Grundregel der Integrativen Therapie“ (Petzold, 2000, 2003) vollständig zitiert, da im Weiteren auf einzelne Aspekte dieser Grundregel rekuriert wird:

»Therapie findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen ‘gastlichen Raum’, in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen, Polylogen* eines „Du, Ich, Wir“ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie in Angriff nehmen unter Bedingungen eines ‘geregelten Miteinanders’, einer Grundregel, wenn man so will:

- *Der Patient* bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich selbst, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er - *seinen Möglichkeiten entsprechend* – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und er die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.
- *Der Therapeut* seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als Person, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen, Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen, Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit ihm gemeinsam an Gesundung, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich forschungsgesicherter ‘best practice’ Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.

- *Therapeut und Patient* anerkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.
- *Das Setting* muß gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und fachverbandliche Regelungen), dass Patientenrechte, „informierte Übereinstimmung“, Fachlichkeit und die **Würde des Patienten** gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.
- *Das Therapieverfahren, die Methode* muß gewährleisten, dass in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie reflektierte, begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser *Grundregel* mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen *ausgehandelt* und *vereinbart* werden, die die *Basis* für eine polylogisch bestimmte, sinnvolle therapeutische Arbeit bieten.« (Petzold 2003, S. 1050)

Therapy averters im Kindes- und Jugendalter halten sich per definitionem *nicht* an die Grundregel der Integrativen Therapie bzw. erfüllen deren Kriterien nicht: Sie bringen *nicht* die prinzipielle Bereitschaft mit, sich mit sich selbst, ihrer Störung, ihren Hintergründen und ihrer Lebenslage auseinanderzusetzen. Sie wollen sich *nicht* mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinandersetzen und die gemeinsame Aufgabe der Therapie in Angriff nehmen. Sie wollen die Verantwortung für das Gelingen ihrer Therapie *nicht* mitübernehmen, sie respektieren weder Integrität noch Souveränität der Therapeutin/des Therapeuten und haben kein Interesse daran, Probleme im Therapieprozess und in der therapeutischen Beziehung ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.

In der therapeutischen Praxis der Integrativen Therapie eröffnen und erschließen sich jedoch über *Haltung, Beziehung, Setting* und *Interventionen* zahlreiche Möglichkeiten, gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen die Motivation zur Teilnahme an einem

therapeutischen Prozess dort zu erarbeiten, wo diese Motivation nicht oder nicht in ausreichendem Maße gegeben ist.

4.1 Haltung

Das Konzept einer „Integrativen und differentiellen Humantherapie als einem biopsychosozialen Modell“ (Petzold, 2003, S. 76) versteht sich als eine Arbeit mit und für Menschen, „ohne *altruistisches Engagement* sollte man diesen Beruf nicht wählen und ausüben ... “ (Petzold, 2003, S. 54). Auf Basis einer akzeptierenden, wertschätzenden und wohlwollenden Grundhaltung bietet die Therapeutin „einen ‘gastlichen Raum‘, in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können“ (Grundregel der Integrativen Therapie, s. o.) und „ist in der Lage, eine fördernde, einladende und ‚heilende‘ Atmosphäre um sich herum auf-zubauen“ (Osten, 2000, S. 423). Diese Grundhaltung ist auch und gerade in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung.

4.1.1 patient dignity, informed consent, informed decision making

Im Unterschied zur Psychotherapie mit Erwachsenen findet Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer triangulären Beziehungssituation statt, in welcher die Abhängigkeit des Kindes bzw. Jugendlichen von seinen Bezugspersonen eine maßgebliche Rolle spielt (Katz-Bernstein, 2008).

„Psychotherapy is most often the idea of some adults, rather than of the child“ (Koocher, 1983, S. 112). Dieser Umstand macht es besonders wichtig, Kindern und Jugendlichen - als innerhalb dieser Beziehungskonstellation individuellen und souveränen Personen - mit den Haltungsaspekten von *patient dignity*, *informed consent* und *informed decision making* zu begegnen. Die Sicherung der „Würde des Patienten“, das Prinzip „informierter Übereinstimmung“ und das „informierte Aushandeln und Vereinbaren“ von prozessual veränderbaren Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung sind in der Grundregel der Integrativen Therapie verankert und werden als grundsätzliche Haltungsaspekte der Integrativen Therapie vielfach hervorgehoben. Um die Sicherheit,

das Wohlergehen und die Würde (patient security, welfare, and dignity) der Klientinnen und Klienten geht es in der Therapie an allererster Stelle (Petzold, 2003), denn „die Würde von Patientinnen (des Menschen) ist antastbar“ (Leitner, 2010, S. 15).

Hinsichtlich des „informed consent“ in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kritisieren Reiter-Theil, Eich und Reiter, dass die Einwilligung des Kindes in der gängigen therapeutischen Praxis zumeist nicht thematisiert werde und plädieren für eine dreistufige Vorbereitung, um ein freiwilliges Einverständnis des ausreichend informierten Kindes zu erhalten.

(1) **Aufnahme:** In diesem ersten Schritt müssen dem Kind in altersentsprechender Weise alle Informationen zur Verfügung gestellt werden, um sich prinzipiell für oder gegen eine Therapie entscheiden zu können.

(2) **Verstehen:** In einem zweiten Schritt muss sichergestellt werden, dass das Kind auch alle Informationen verstanden hat.

(3) **Verwendung:** Schließlich kann das Kind diese Informationen dazu verwenden, eine Entscheidung zu treffen – erst dann kann von einem Informierten Einverständnis gesprochen werden. (Reiter-Theil et al. 1993; zitiert nach Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige, 2012, S. 143)

Nach der ersten Entscheidung des Kindes oder Jugendlichen auf der Basis von „informed consent“ – der Einwilligung zur Teilnahme an einer Psychotherapie – bleibt respektvolles „informed decision making“ über den gesamten Verlauf des Therapieprozesses von großer Bedeutung. „Die Forschung zeigt, dass die Erhöhung der bewussten Mitentscheidung der Patienten zu erhöhter Selbstwirksamkeit führt und mit Gesundheit korreliert“ (Leitner, 2010, S. 189).

4.1.2 Doppelte Expertenschaft

Dieses in der Grundregel der Integrativen Therapie verankerte Konzept erscheint für die Erarbeitung von Psychotherapiemotivation mit Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung zu sein. Zum einen kann es grundsätzlich eine fachliche Falle darstellen, „zu wissen meinen, was für die andere Person gut und richtig ist“. In der

Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist die Gefahr, in diese Falle zu tappen, möglicherweise noch größer ist als in der Arbeit mit Erwachsenen. Und zum anderen reagieren Kinder und Jugendliche überwiegend positiv darauf, dass ihnen die Expertenschaft für sich selbst explizit zuerkannt wird. Sie freuen sich, dass ihnen diese Kompetenz „zugetraut“ wird, und sie *sind* ja schließlich auch Experten für sich selbst!

Petzold hält fest, dass Krankheit und Gesundheit in Zusammenhang mit der Lebensgeschichte und dem Lebensalltag der Patientinnen gesehen werden müssen. Ihre Biographie, ihre Lebensbedingungen, ihre sozialen Netzwerke und ihre aktuelle Lebenssituation sind jedoch Bereiche, welche die Betroffenen selbst am besten kennen, „in denen sie die eigentlichen Experten sind, wenn sie es wagen, ihrer Wahrnehmung, ihrer Erfahrung, ihrer ‚*alltagspraktischen Kompetenz*‘ zu trauen“ (Petzold, 1990, S.18). Die professionellen Helferinnen und Helfer stehen dadurch vor der Herausforderung, die Expertise der Betroffenen zu akzeptieren und zu wertschätzen. Durch das Zusammentragen von persönlicher und fachlicher Expertenschaft wird eine konstruktive und effektive Arbeit an den angestrebten Zielen - Wiederherstellung von Gesundheit, Eingrenzung von Krankheit, Bewältigung von Problemsituationen, Linderung von Leiden – möglich.

Petzold weist explizit auf die Risiken des Konzeptes der doppelten Expertenschaft hin: „Wo eine ‚*doppelte Expertenschaft*‘ auf den Plan tritt - die der Patienten bzw. Betroffenen und die der Professionellen - entstehen Fronten, wenn es nicht zum Dialog kommt, wenn beide Expertengruppen nicht in ‚Ko-respondenz‘ treten und ihre Kompetenzen zusammentun“ (Petzold, 1990, S. 19). Auch an anderer Stelle weist Petzold auf die Risiken hin und bettet das Konzept in einen umfassenden kultur- und gesellschaftskritischen Kontext ein.

Über die völlig unzureichende „*Schadensforschung*“ in der Psychotherapie, die Forschung zu „Risiken und Nebenwirkungen“ von Therapie hinaus, muss in Zusammenarbeit mit Patienten in jeder einzelnen Therapie und natürlich auf breiter Ebene erforscht und erarbeitet werden, was Menschen in der psychotherapeutischen Behandlung guttut, und das geht nur, wenn man die „doppelte Expertenschaft“, wie ich dies einmal genannt habe – die der Therapeuten für klinische Fragen und die der Patienten für ihre Situation – ernst nimmt und wenn

man *Psychotherapie als Unterfangen kooperativer Heilungs- und Gesundungsarbeit, als Möglichkeit zur Selbsthilfe und Persönlichkeitsentwicklung sowie als Instrument kultur- und gesellschaftskritischer Reflexion entwickelt.* (Petzold, Gröbelbauer & Gschwend, 2014, S. 383)

4.1.3 Selektive Offenheit

In seinem Konzept der aktiven und elastischen Psychoanalyse legte Sándor Ferenczi bereits in den Zwanziger- und Dreißigerjahren des vorigen Jahrhunderts unter anderem auch den Grundstein für die Haltung der selektiven Offenheit.

So kommt man schließlich zur Idee, ob es nicht natürlich und auch zweckmäßig ist, aufrichtig ein fühlender, bald mitfühlender, bald offen verärgerter Mensch zu sein? Das heißt, alle „Technik“ aufzugeben und sich ebenso ungeschminkt zu zeigen, wie man es vom Patienten erfordert. (Ferenczi, 1988, S. 143-144)

Petzold (1980) bezieht sich in seiner Elaborierung des Konzeptes der selektiven Offenheit auf Laura Perls - welcher er auch die Einführung dieses Begriffes zuschreibt.

Verbal teile ich dem Patienten so viel von meiner Wahrnehmung (awareness) mit, als ihm ermöglicht, den nächsten Schritt selbst zu tun. Ich gebe ihm damit Support damit er ein Risiko im Kontext seiner gegenwärtigen Schwierigkeiten auf sich nehmen kann. Wenn ich ihm zuviel mitteile, ist es möglich, daß ich eine negative therapeutische Reaktion provoziere: unerträgliche Angst, Fluchtgedanken, Widerstand, Erstarrung, Desensibilisierung, Projektion. Natürlich lernt der Patient, meine Reaktionen wahrzunehmen, selbst wenn sie nicht verbalisiert sind. ... Probleme und Erfahrungen von meinem eigenen Leben oder aus dem anderer Patienten teile ich nur mit, wenn ich erwarte, daß dieses dem jeweiligen Patienten Support für eine vollere Verwirklichung seiner eigenen Position und Potentiale gibt, d. h. also, nur wenn es ihm dazu verhilft, einen nächsten Schritt zu machen. (Perls, 1971; zitiert nach Petzold, 1980, S. 255)

Leitner fasst in Hinblick auf das Konzept der selektiven Offenheit zusammen, dass situations- und indikationsspezifisch zu intervenieren auch beinhalten kann „sich dem Patienten ausgewählt und begrenzt zu erkennen zu geben“ (Leitner, 2010, S. 203).

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen - insbesondere, wenn sie uns wenig motiviert, skeptisch, ablehnend begegnen – scheint es von besonderer Wichtigkeit zu sein, dass wir uns neben oder vor unserem Fachwissen als Mensch, als Person zur Verfügung stellen und wahrnehmbar machen. Die Kinder und Jugendlichen bekommen so die Möglichkeit sich mit unserem individuellen Beziehungsangebot auseinanderzusetzen, welches die Grundlage für eine therapeutische Zusammenarbeit darstellt.

Die positiven Wirkmöglichkeiten von Authentizität und Offenheit beschreibt Ferenczi in seinem klinischen Tagebuch im Eintrag vom 13. März 1932 unter dem Titel „Zweikinderanalyse“.

Gewisse Phasen der mutuellen Analyse repräsentieren das vollkommene Aufgeben jeden Zwanges und jeder Autorität beiderseits; sie geben den Anschein von zwei gleichartig erschreckten Kindern, die ihre Erfahrungen austauschen, sich infolge des gleichen Schicksals vollkommen verstehen und instinktiv zu besänftigen versuchen. *Das Bewusstsein dieser Schicksals-gemeinschaft lässt den Partner vollkommen harmlos erscheinen, dem man sich also getrost anvertrauen kann* [Hervorhebung v. Verf.]. (Ferenczi, 1988, S. 100-101)

In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erweist sich die selektive Offenheit zum einen in der emotionalen Resonanz, zum anderen in Bezug auf inhaltliche Themen, als hilfreich für den Beziehungsaufbau. Insbesondere wenn die Therapeutin über ihre eigenen Kinder oder über sich selbst als Kind/Jugendliche spricht, können Neugier, Aufmerksamkeit und in weiterer Folge auch Nähe entstehen.

4.1.4 Partielles Engagement

Der Therapeut steht beständig im „partiellen Engagement“. Er ist Erwachsener und Kind zugleich und vermittelt für das Kind beständig zwischen diesen beiden Welten, weil sein reifes und flexibles Ich in der Lage ist, diese beiden Welten zu verbinden... . Für Kindertherapeuten gilt das gleiche wie für gute Eltern: Sie sind besonders kompetent, wenn sie an der Lebenswelt der Kinder, ihrer Erlebniswelt, ihrer *Spielkultur*, ihren sozialen Welten partizipieren können, ohne dabei ihr Erwachsensein, auf das die Kinder ja angewiesen sind, aufzugeben oder sich in permanenter Regression zu verlieren. (Petzold 2003, S. 811)

In seiner Betonung der Bedeutung des partiellen Engagements bzw. der „distanten Involviertheit“ (Petzold, 2003, S. 836) für eine erfolgreiche Kindertherapie hält Petzold fest, dass der Therapeut in der Lage sein muss, auf das Regressionsniveau des Kindes herabzusteigen um mit ihm kommunizieren zu können und doch gleichzeitig Erwachsener zu bleiben.

In Hinblick auf die Behandlung von Personen mit frühen Grundstörungen verweist Petzold darauf, dass bereits Ferenczi und Balint herausgearbeitet haben, dass „der kompetente Therapeut die Regression des Kindes mit eigener Regression begleiten muss“ (Petzold, 2003, S. 837).

Osten (2000) hebt die Bedeutung des partiellen Engagements bereits für das Anamnesesetting in der Integrativen Therapie hervor.

Hinsichtlich der „Entfaltung initialer Szenen“ beschreibt Osten den stetigen Wechsel zwischen der Betrachtung einer gegenwärtigen Situation aus einer Perspektive der partiellen Exzentrizität heraus und der eigenen Involvierung in die Situation, „um in genügender Weise für Patienten präsent zu sein, einen Übertragungsraum anbieten zu können, um Übertragungsangebote überhaupt erst wirksam werden zu lassen und die ‚Situation zu erspüren‘. Wir nennen dies die Haltung des ‚partiellen Engagements““ (Osten, 2000, S. 79).

Metzmacher, Petzold und Zaepfel (1996b) weisen darauf hin, dass das Modell des partiellen Engagements eine große Herausforderung für Therapeutinnen ist, und dass

der „Überstieg“ oder das „Shiften“ zwischen Handlungsdialog und „Verstehen“ eine schwierige Gratwanderung darstellt: Das gemeinsame Handeln, beispielsweise im Spiel, mache die Wahrnehmung und Verarbeitung des Beziehungs- und Übertragungsgeschehens ungleich schwieriger als in handlungs- und interaktionsarmen Settings. Der handelnde Therapeut könne nicht in gleicher Weise mit seinem „inneren Supervisor“ ins Gespräch kommen wie dies bei einer nur teilnehmenden Beobachtung der Fall wäre. Sein Engagement und seine aktive Involvierung ins Spiel „bezahle“ der Therapeut mit dem Preis erhöhter Unsicherheit und komme, „was das Verstehen des Beziehungsgeschehens anbelangt, eigentlich immer zu spät“ (Metzmacher et al., 1996b, S. 94).

Die Autoren plädieren jedoch für eine Haltung der *Fehlerfreundlichkeit* und *Unsicherheitstoleranz* und verweisen darauf, dass Fehler auch immer neue Verstehens- und Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen, und dass Kinder sich häufig als fehlerfreundlicher als Erwachsene erweisen.

Es habe sich als äußerst hilfreich herausgestellt, sich in Spielinszenierungen aktiv eine Auszeit zu nehmen, wenn man Gefahr laufe, den Überblick zu verlieren. Die Aussage „Moment einmal, jetzt muss ich erst einmal nachdenken...“ werde eher bewirken, dass das Kind sich ernstgenommen fühlt, als dass es dies als Schwäche des Therapeuten auslegen würde.

Als Fazit ihrer Erörterungen zum partiellen Engagement halten die Autoren fest:

Es bleibt ein schwieriges Unterfangen, die aktive Verwicklung in den Handlungsdialog mit dem Anspruch zu versöhnen, zum einen in Verbindung mit den eigenen Resonanzphänomenen zu bleiben und zum zweiten diese so zu „lesen“, daß darüber der Anschluß [sic] an das innere Erleben des Kindes und die gemeinsam inszenierte Szene möglich ist. Wir glauben, daß dies ein Herzstück integrativer Therapiemodelle ist, das noch besser verstanden und praktisch-methodisch sorgfältiger vermittelt werden sollte. (Metzmacher et al., 1996b, S. 95)

4.2 Beziehung

Die zentrale Rolle der Beziehung als therapeutischer „Wirkfaktor“ ist mittlerweile vielfach nachgewiesen.

Der psychotherapeutischen Beziehung wird nun schon seit vielen Jahrzehnten sowohl in der therapeutischen Praxis als auch in der Forschung eine „essentielle“, „äußerste“, „entscheidende“ oder „zentrale“ Bedeutung beigemessen, andere bezeichnen sie als „Eckpfeiler“ der Psychotherapie und sehen eine bestimmte, eben die „therapeutische“, Beziehung als grundlegend für jegliche Veränderung und persönliche Entwicklung an. (Bastine, 2008, S. 11)

Die empirische Psychotherapieforschung bestätigt die Feststellung von Bastine in eindrucksvoller Art und Weise, indem über fünf Jahrzehnte hinweg in mehr als 1000 empirischen Befunden nachgewiesen werden konnte, dass die therapeutische Beziehung das wichtigste Prozessmerkmal für den Behandlungserfolg ist (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

In der Integrativen Therapie ist die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als intersubjektive Ko-respondenz (Petzold 2003; Leitner 2010), als ein intersubjektives Geschehen und Handeln, ein zentrales Element.

In der Arbeit mit *therapy averters* im Kindes- und Jugendalter ist der Aufbau einer - zunächst nicht einmal prioritär therapeutischen - Beziehung oft der einzige Weg um in weiterer Folge Psychotherapiemotivation erarbeiten zu können. Während nämlich bei Menschen, die „aus freien Stücken“ in eine Psychotherapie kommen, die Motivation vor der Beziehung kommt, muss bei *therapy averters* die Beziehung vor der Motivation kommen, d. h. das gemeinsame Erarbeiten von Motivation setzt als Basis einen zumindest begonnenen Aufbau einer therapeutischen Beziehung voraus.

Borg-Laufs, Gahleitner und Hungerige weisen darauf hin, dass eine Reduzierung möglicher Ängste ein wichtiger Aspekt des Erstkontaktes sein muss. Als diesbezügliche Interventionen schlagen sie unter anderem „eine erste, freundliche Kontaktaufnahme in Augenhöhe, das Umdeuten des ängstlichen Verhaltens in klug-vorsichtiges Verhalten,

das Zeigen der Räumlichkeiten, das Angebot attraktiver Spielmöglichkeiten“ (Borg-Laufs et al., 2012, S. 141) vor. Parallel dazu soll ein erstes Beziehungsangebot erfolgen, dem Beziehungsaufbau schreiben auch Borg-Laufs et. al. eine zentrale Bedeutung für die therapeutischen Arbeitsmöglichkeiten zu.

Petzold, van Beek und van der Hoek benennen interaktionale und kommunikative Angebote und Interventionen, welche für den Beziehungsaufbau mit Kindern als hilfreich, wenn nicht sogar unerlässlich, anzusehen sind.

1. Einstimmen auf die emotionale Lage des Kleinkindes.
2. Austausch mimischer und vokaler affektiver Botschaften.
3. Differenzierende Benennung von Gefühlen und inneren Zuständen mit affektiver Intonation in altersspezifischer, kindgemäßer Weise.
4. Umstimmen von Affekten des Unwohlseins, der Irritation, des Schmerzes usw. in Richtung positiver Gefühlslagen.
5. Fördern von Kommunikationsvielfalt in komplexeren sozialen Situationen.
6. Vermitteln von Sicherheit, Reduktion von Fremdheitsgefühlen durch Gewährleisten von „schützenden Insel-Erfahrungen“.
7. Bereitstellen von stimulierenden Angeboten durch Spiel, Experimentieren, Wahrnehmungs-, Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten „mit allen Sinnen“.
8. Hilfen bei der kognitiven Strukturierung von Situationen.
9. Ermöglichen empathischer Verhaltensweisen von Seiten des Kindes zum Erwachsenen im Sinne „mutueller Empathie“.
10. Aushandeln von Grenzen in der Kommunikation, damit der „potential space“ (Winnicott) zugleich Freiraum und Struktur, Explorationsmöglichkeiten und Sicherheit bietet. (Petzold et al., 1994, S. 589-590)

Petzold et. al. führen weiter aus, dass diese Verhaltensformen des „intuitive parenting“ und „sensitive caregiving“ im Bereich des Entwicklungsniveaus des Kleinkindes vom zweiten bis zum vierten Lebensjahr zum Tragen kommen, aber „dann auch in der regressionsorientierten, leib- und bewegungstherapeutischen Arbeit mit jugendlichen und erwachsenen Patienten“ (Petzold et al., 1994, S. 590).

Hinsichtlich der Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschreibt Katz-Bernstein in Verschränkung mit Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters vier Beziehungsangebote, die eine differenzierte und praktikable Grundlage für die Arbeit mit *therapy averters* darstellen:

1. Das responsive, spiegelnde Beziehungsangebot:

In diesem Beziehungsangebot liegt der Fokus auf der Regulation von Nähe und Distanz, auf der Qualität des Stimmausdrucks und auf nonverbalen Signalen. Ziele sind eine Zunahme von Zuwendung und Blickkontakt, eine größere Unbefangenheit und eine wachsende Expressivität des Kindes/Jugendlichen.

Beziehungsangebot	Merkmale	Qualität
<p>Responsives, spiegelndes Beziehungsangebot</p> <p><i>Ich und du = wir</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • durch Körperausdruck, Mimik und Gestik kommunizieren • direkte Ansprache • Dyadische „face to face“-Interaktion etablieren • Turn-taking etablieren, Impulse für Interaktion geben/abwarten/aufnehmen/aufgreifen • rituelle, wiederkehrende Handlungen einführen, aufgreifen, ausbauen • direkte Beziehungsangebote aufnehmen, verstärken, regulieren, ritualisieren und ausweiten 	<ul style="list-style-type: none"> • empathisch, Zugewandtheit/Zuneigung suchend oder gebend • Heiterkeit/Wärme ausstrahlend, zulächelnd, erkundend, interessiert, abwartend • Aufmerksamkeit abwarten, Zuhörverhalten markieren • Gefühls- und Befindlichkeitslage erkundend, Stimmlage und eigenes Verhalten darauf abstimmend („attunement“) • prosodische Wiederholungen und Markierungen • ambivalente, feindselige und aggressive Äußerungen aushaltend und ausgleichend

Abbildung 2: Responsives, spiegelndes Beziehungsangebot (Katz-Bernstein, 2008, S. 1565)

2. Das triangulierende (verstehende und handelnde) Beziehungsangebot:

Beziehungsangebot	Merkmale	Qualität
<p>„Triangulierendes“, bedeutungsgebendes (verstehendes und handelnd-symbolisierendes) Beziehungsangebot</p> <p><i>Ich, du und die Welt</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Über das Verhalten oder die Situation des Kindes sprechen, sie verbal spiegeln, deuten, ihnen einen Sinn geben. • Funktionale Handlungen verbal begleiten und damit kommunikativ einbinden • gemeinsame Handlungen und Projekte einführen oder Handlungsimpulse vom Kind ausgehend aufnehmen, ihnen einen Rahmen und Struktur geben, „ritualisierend verorten“, sie vorbereiten, initiieren, dazu Instruktionen geben, kommentieren • Impulse aufnehmen, sie in Analogien und Geschichten verpacken und in Richtung Spiel, Erprobung und Symbolisierung lenken • Etablierung eines Spielraumes zur Selbstinszenierung und -aktualisierung • sich in die Symbolhandlung eines Kindes durch Angebote und Verhandlungen allmählich einbeziehen • Geschichten erzählen, vorlesen, kreative Mittel einsetzen, verwenden, Rolleneinnahme evozieren • Resultate oder Folgen einer Handlung deuten, erklären, benennen, analysieren, diskutieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprechend, erklärend, reflektierend, Verständnis zeigend, dabei Wertfreiheit vermittelnd • Funktionale Handlungen kommentierend und bewertend • Fremdheit und Komplexität von neu eingeführten Gegenständen oder Handlungen reduzierend • hinweisende, Sinn gebende, deutende, evaluierende und strukturierende Gesten und Mimik gebrauchen • „dramatisierende“, stimmlich-prosodische Markierungen von vermeintlichen Rollen • Verspieltheit ausstrahlend, humorvoll „augenzwinkernd“, Heiterkeit und „Als-ob“-Charakter markierend • Verknappung von mimischem, affektivem Austausch zugunsten von Symbolhandlungen und metaphorischem Sprachgebrauch • Handlungen abschließend, kommentierend, bewertend, mit vergangenen und zukünftigen Handlungen verbindend • Zusammenhänge von Symbolhandlungen auf eigene, aktuelle autobiografische Bezüge des Kindes anbietend verknüpfen (deuten)

Abbildung 3: Triangulierendes (verstehendes und handelndes) Beziehungsangebot (Katz-Bernstein, 2008, S. 1572)

Die verstehenden und handelnden Qualitäten dieses Beziehungsangebotes haben zum Ziel, die Organisationsstruktur der Störung zu verstehen und zu deuten. Durch die therapeutischen Handlungen kann eine Problemaktualisierung entstehen, welche durch gezielte Impulsgebung, Kommentare und Interaktionen weiterentwickelt und verändert werden kann.

3. Das konfrontierende, Struktur gebende Beziehungsangebot:

Beziehungsangebot	Merkmale	Qualität
<p>Konfrontierendes, Struktur gebendes Beziehungsangebot</p> <p><i>Ich, du und die sozialen Anforderungen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grenzen setzen und Regeln aufrechterhalten im realen, direkten Kontext bei Grenzüberschreitungen und (selbst)destruktiven Tendenzen • Auftragsklärung, Arbeitsvertrag vereinbaren, durchhalten helfen • mit sozialen Anforderungen konfrontieren, einführen, über weitere Zeiträume durchhalten helfen, durchsetzen (z. B. bei verhaltensmodifikatorischen Trainings- und Lernprogrammen) • Struktur für Zeit und Raum einführen, Regeln beibringen, aushandeln, einhalten • Bewertungen, Evaluation und Reflexion vornehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • bestimmend, „stoppend“, hemmend, führend, stimmliche und körper-sprachliche Markierung von Grenzen • Toleranzgrenze markieren gegenüber unerwünschtem, regressiven Verhalten • stimmliche Markierung einer „Versachlichung“, auf Progression ausrichtend, Ernsthaftigkeit markierend, auf „schon groß“ bzw. „Erwachsen-Sein“ appellieren • Kontinuität erwartend und aufrechterhaltend • Hinweise auf externe soziale Anforderungen und Erwartungen

Abbildung 4: Konfrontierendes, Struktur gebendes Beziehungsangebot (Katz-Bernstein, 2008, S. 1565)

Dieses Beziehungsangebot betrifft zum einen die Ebene der Regeln und Grenzen: Es geht hier um die Einführung und Aufrechterhaltung von Regeln, das Setzen und Einhalten von Grenzen und den Umgang mit Regelverstößen und Grenzüberschreitungen.

Zum anderen wird in diesem Beziehungsangebot mit dem Symptom gearbeitet: Offener Umgang mit der Störung und ihren Folgen, Qualität der Motivation, Bewältigung von

Krisen, Entwicklung von Durchhaltevermögen/Selbstdisziplin und Übernahme von Verantwortung sind hier maßgebliche Inhalte der therapeutischen Zusammenarbeit.

4. Das positiv unterstellende, ressourcenorientierte Beziehungsangebot:

Beziehungsangebot	Merkmale	Qualität
<p>Positiv-unterstellendes (ressourcenorientiertes) Beziehungsangebot</p> <p><i>Das schaffst du!</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen ansprechen und Lob aussprechen • Nächsten Entwicklungsschritt „vorprophezeien“ • Bei Turn-taking-Situationen „Job“, Part und Rolle des Kindes „ausnahmsweise“ modellhaft erfüllen, gleichzeitig Zuschreibung des Jobs auf Kind markieren • Zuversichtlich-positive Erwartung aussprechen wie, „das kannst du (auch)“, „wirst du bald können“ usw. • Bei Versagen Lob aussprechen, verharmlosen oder auf „bessere Zukunft“ verweisen, Ablenkung Richtung weiterer Handlungsmöglichkeiten • „Reframing“ – Umdeutung von negativen Aspekten oder Krisen als „auf dem Weg zum Erfolg“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Attribuierend, vorwegnehmend, zutrauend, ermunternd, Zuversicht ausstrahlend • „Reframing- Verhalten“ – sich so verhalten, als ob Erwartung bereits erfüllt oder sehr nahe dran ist • Worte wie „genau“ „so, schön!“ auf vom Therapeuten unterstützte oder von ihm selbst vollzogene Handlungen (stellvertretend für den erwarteten Part des Kindes) • Ermunternde, heitere Stimme • Tröstende und/oder verharmlosende Stimmführung und körpersprachliche Gesten bei Versagen und Enttäuschung

Abbildung 5: Positives-unterstellendes Beziehungsangebot (Katz-Bernstein, 2008, S. 1581)

Katz-Bernstein betont, dass eine klare Trennung zwischen diesem und den drei anderen Beziehungsangeboten nicht immer möglich ist und auch nicht vorgenommen werden soll. Das positiv-unterstellende Beziehungsangebot stelle vielmehr eine „Anreicherung“ der anderen Beziehungsmodi dar - vor allem des *konfrontierenden, Struktur gebenden Beziehungsangebotes* – und bilde in seiner Ressourcen-orientierung „die Querlage aller drei obigen Angebote“ (Katz-Bernstein, 2008, S. 1582).

4.2.1 Dimensionen von Relationalität

In der Integrativen Therapie werden sieben Dimensionen von Relationalität beschrieben: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit (Petzold, 2003; Leitner, 2010).

Für die Arbeit mit *therapy averters* sind vorwiegend die Dimension Kontakt, Begegnung und Beziehung mit ihren jeweiligen Gestaltungs- und Interventionsmöglichkeiten bedeutsam, auf die Gefahr einer Entstehung von Abhängigkeit ist vor allem im fortgeschrittenen Therapieverlauf zu achten.

Kontakt ist nach Petzold „im Wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene von Fremdem scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage der Identität schafft“ (Petzold, 2003, S. 794). In den Anfangsstunden des Behandlungsprozesses und der Interaktion von Therapeut und Kind „bemühen wir uns vor allem um den Aufbau von *Kontakt* und Vertrauen, damit wir eine gemeinsame Plattform finden können, auf der spätere therapeutische Auseinandersetzungen und Wachstum stattfinden kann“ (Petzold, 2003, S. 815). Petzolds Wahl der Formulierung des „Sich Bemühens“ erscheint in Hinblick auf die Arbeit mit *therapy averters* besonders zutreffend, da sich das „In-Kontakt-Kommen“ mit den Kindern und Jugendlichen wahrhaftig *mühevoll* gestalten kann.

Begegnung definiert Petzold als

ein wechselseitiges emphatisches Erfassen im Hier und Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblichen (d. h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist also ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und lebhaftig realisiert“. (Petzold, 2003, S. 795)

Während ein Kontakt nicht notwendigerweise in eine Begegnung übergeht, setzt doch jede Begegnung Kontakt voraus bzw. ist Kontakt ein Aspekt davon.

Begegnung findet statt, wenn auf Basis der eigenen Subjekthaftigkeit über den Weg des Wahrnehmens und Erkennens ein *Erfassen* des Anderen als Subjekt möglich ist. Die eigene Subjektivität und ihre Erfassung durch die andere Person sind dabei bewusst, so dass aus der Wechselseitigkeit, der *Mutualität* (Ferenczi, 1932/1988) der Empathie Intersubjektivität entstehen kann.

Bezüglich der therapeutischen Arbeit mit *therapy averters* ist darauf hinzuweisen, dass der von Petzold definierte Aspekt des „frei entschiedenen Aufeinanderzugehens“ der Begegnenden nicht vorausgesetzt werden kann. *Therapy averters* treffen im Gegenteil anfangs häufig die freie Entscheidung, *nicht* auf die Therapeutin oder den Therapeuten zuzugehen, beziehungsweise ist ihre Entscheidung des Aufeinanderzugehens nicht „frei“, sondern kommt auf - mitunter erheblichen - Druck von familiären und/oder professionellen Bezugspersonen zustande.

Borg-Laufs, Gahleitner und Hungerige führen dazu aus, dass Therapeutinnen den von den Eltern ausgeübten Druck auf die Kinder und Jugendlichen zumindest im Rahmen der ersten Kontakte nutzen können, weisen aber darauf hin, „dass eine langfristig angelegte Therapie des Kindes oder Jugendlichen gegen dessen Willen kaum durchführbar, ethisch höchst zweifelhaft und mit Sicherheit nicht wirksam sein wird“ (Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige, 2012, S. 142).

Die Begegnungsfähigkeit wächst im entwicklungspsychologischen Prozess von ihrer frühesten Form im zweiten Lebensjahr über die gesamte Lebensspanne hinweg und vertieft sich durch das Hinzukommen von Dauer und Verlässlichkeit zur Beziehungsfähigkeit.

Beziehung „ist die in die Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die frei entschiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezogenheit zu leben“ (Petzold, 2003, S. 796).

Die Definition von „Beziehung“ stellt ebenso wie jene von „Begegnung“ auf den Aspekt von Freiwilligkeit im Sinne einer „frei entschiedenen Bereitschaft...“ ab, von welchem bei *therapy averters* nicht ausgegangen werden kann.

Auch von den von Rahm, Otte, Bosse und Ruhe-Hollenbach als Beziehungsvoraussetzung benannten Fähigkeiten Abgrenzung und Berührung, Konfliktprägnanz und Kompromissbildung, wechselseitige Einfühlung und gemeinsamer Realitätsbezug (Rahm et. al., 1993, S. 170) ist bei *therapy averters* anfangs häufig nur die erste vorhanden bzw. wird nur diese zur Anwendung gebracht.

Psychotherapeutische Angebote und Interventionen in den für die Arbeit mit *therapy averters* hauptsächlich relevanten Dimensionen von Relationalität stellen aufgrund der nicht oder kaum vorhandenen Motivation, der Vermeidungs- oder Verweigerungshaltung, des Widerstandes und der Reaktanz eine große Herausforderung dar. Möglicherweise liegt auch eine störungsbedingte Einschränkung der Kontakt-, Begegnung- und Beziehungsfähigkeit vor, sicher jedoch muss sich die Therapeutin mit einem eingeschränkten Kontakt-, Begegnungs- oder Beziehungswillen auseinandersetzen.

Für den – angestrebten – Fall, dass der Aufbau von Kontakt, Begegnung und Beziehung gelingt, sei auf die Gefahr der Entstehung von Abhängigkeit hingewiesen.

Abhängigkeit wird von Petzold und Renz definiert als „eine Gebundenheit auf Kosten persönlicher Freiheit, was als naturwüchsiges „attachment“ bei Kindern strukturell vorgegeben ist ... “ (Petzold & Renz, 2006, S. 9). Dieses „strukturell vorgegebene attachment“ birgt ebenso Risiken wie die „Versuchung“ für Therapeutinnen und Therapeuten, eine „bessere Mutter“ oder ein „besserer Vater“ sein zu wollen, vor allem, wenn die Kinder und Jugendlichen aus pathologischen Familiensystemen kommen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die therapeutischen Angebote und Interventionen in den Dimensionen von Relationalität aufgrund der motivationalen Voraussetzungen – oder Nicht-Voraussetzungen – bei *therapy averters* besondere Anforderungen darstellen und dass es ratsam und hilfreich ist, sich diesen Umstand bewusst zu halten.

4.2.2 Zwischenleiblichkeit

Das genuin integrative Konzept der Psychotherapie als „Arbeit in der Zwischenleiblichkeit“ (Metzmacher, Petzold & Zaepfel, 1986; Petzold, 2003; Leitner, 2010) bietet Möglichkeiten, mit den besonderen Anforderungen im Beziehungs- und Motivationsaufbau mit *therapy averters* umzugehen.

Petzold bezeichnet den Gedanken der „leiblichen Begegnung aus Koexistenz“ bei Marcel (1985) als „Grundlage meiner *Leibtherapie* und ihres Konzeptes der *Zwischenleiblichkeit* ...“ (Petzold, 1999, S. 354).

Leitner definiert den Leib als den erlebten, mit Bewusstsein ausgestatteten, vom Subjekt erlebten Körper und folgert für die therapeutische Arbeit: „Auch in der Therapie kann ich den Patienten über seine Körperlichkeit hinaus nur als Leib erfahren, der ich immer auch selber bin. Darum ist unsere Arbeit in der Realität immer Arbeit in der Zwischenleiblichkeit“ (Leitner, 2010, S. 30).

An anderer Stelle führt Leitner weiter aus, dass die Zwischenleiblichkeit auf der basalen menschlichen Erfahrung von Beziehung gründe. Diese stelle ein Grundmuster aus frühen Beziehungen dar und werde in der Therapie aktualisiert. „Wenn dies gelingt, kann in ihr [der Zwischenleiblichkeit] eine heilende Wirkung des therapeutischen Geschehens erfolgen (Leitner, 2010, S. 84).

Petzold weist in Hinblick auf die therapeutische Arbeit mit Kindern darauf hin, dass „das Kind in der Therapie das Gefühl der intersubjektiven Begegnung auch in der Leiblichkeit braucht, dass also ‚*Zwischenleiblichkeit*‘ hergestellt werden muss ...“ (Petzold, 2003, S. 822).

Die Hinweise von Metzmacher et. al. für die Arbeit mit „sehr gestörten Kindern“ können auch für die Arbeit mit *therapy averters* hilfreich sein: Die Autoren halten fest, dass die Integrative Therapie ein spezifisches Repertoire an Interventionen und Kenntnissen – etwa aus körper- und bewegungstherapeutischen Ansätzen - zur Verfügung stellt. Die integrativen Psychotherapeutinnen sind durch die Art ihrer Ausbildung und der darin erlebten Selbsterfahrungsanteile in besonderer Weise dafür ausgerüstet, „mit dem Kind intensive *Zwischenleiblichkeit* zuzulassen und zu gestalten, was sowohl mit sehr

aggressiven, aber auch mit sehr zurückgezogenen, deprivierten Kindern wesentlich ist“ (Metzmacher et. al., 1996b, S. 179).

4.2.3 Übertragung und Gegenübertragung

„Übertragungen können als unbewusste Aktualisierungen historischer Atmosphären und Szenen aufgefasst werden, in der Art und Weise, daß [sic] die Gegenwart, der intersubjektive Austausch im Hier und Heute behindert, getrübt oder verstellt wird“ (Osten, 2000, S. 389). Nach Osten kann für die initiale Phase der Therapie (in der sich entscheidet, ob die Entwicklung von *therapy averters* zu *therapy accepters* gelingt, Anm. d. Verf.) angenommen werden, dass „Übertragung schon vor dem ersten realen Kontakt mit dem Therapeuten ihren Anfang nimmt“ (Osten, 2000, S. 390). Bereits die Art der (oder überhaupt die Bereitschaft zur) Kontaktaufnahme mit der Therapeutin wird durch spezifisch-biographische Befürchtungen, Erwartungen und Hoffnungen der Patientinnen geprägt.

In Hinblick auf die therapeutische Arbeit mit Kindern betonen Metzmacher et. al. (1996a), dass Übertragungsprozesse nicht nur biographische Erfahrungen und gegenwärtige Bindungen mit den bedeutsamen Erziehungspersonen widerspiegeln, sondern zugleich auch von den aktuellen lebensweltspezifischen Medien- und Konsumerfahrungen überlagert und durchsetzt sind, in und aus denen das Kind sein Realitätsverständnis konstruiert. Die Vergegenwärtigung der Medien- und Konsumerfahrungen des Kindes oder Jugendlichen kann neben dem Verständnis für das Übertragungsgeschehen auch diagnostischen Erkenntniswert haben und für Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsangebote genutzt werden.

Osten (2000) merkt zur ausschließlichen Zuordnung des Übertragungsgeschehens zum Krankhaften durch Vertreter der Psychoanalyse und anderer therapeutischer Richtungen (Osten nennt Freud und Petzold, Anm. d. Verf.) an, dass das Übertragungsgeschehen an sich „gleichwohl subtiler ist“ und weist auf die Schwierigkeit einer klaren Trennung zwischen Beziehung und Übertragung in der praktischen Realität hin.

Petzold bezeichnet Übertragungen als im Rahmen der gelungenen therapeutischen Beziehung auftretende pathologische Beziehungsformen: „Übertragungen sind die Vergegenwärtigung ‚alter‘ Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, daß die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten des Anderen nicht gesehen werden können. Übertragungen verhindern Intersubjektivität. Deshalb gilt: ‚Wo Übertragung war, muß Beziehung werden‘“ (Petzold, 2003, S. 835). Petzold weist darauf hin, dass das Übertragungskonzept sehr differenziert gesehen und angewandt werden muss, und dass die Qualität der Übertragungen in Abhängigkeit vom Alter des Kindes variieren. Bei jüngeren Kindern sind Übertragungsqualitäten unspezifisch und überflutend, die Übertragungsaktivität ist meist generalisiert, d. h. selten ausschließlich auf die Person des Therapeuten, sondern auf die Mehrzahl der Bezugspersonen gerichtet. Zur Adoleszenz hin nimmt die Differenziertheit des Übertragungsgeschehens zu und damit auch die Anforderungen an die emotionale Differenzierungsarbeit an den Gefühlswelten des Kindes oder Jugendlichen. In der Übertragung manifestieren sich verdrängte Defizite, Traumata und Konflikte. Diese „Quellen der Schädigung“ aufzufinden, verständlich zu machen (z. B. durch Deutung) und zu bearbeiten (z. B. durch Reparenting) soll ein Erlöschen der Übertragung bewirken. Bei jüngeren Kindern geschieht dies durch das Wiederholen einer Szene als Entlastung und als *aktionale Deutung*: In neuen Inszenierungen, neuen Spielen und alternativen Szenen wird eine qualitative Veränderung angestrebt, in dem neue, gute Atmosphären gegen die alten, toxischen gestellt werden. In der Arbeit mit älteren Kindern ist ein Erreichen von Einsicht und Verständnis durch *verbale Deutung* möglich, „korrektive emotionale Erfahrungen“ sind aber auch hier unverzichtbar.

Bei der „Übertragung des Therapeuten“ handelt es sich um „eine unbewußte [sic], in der Eigenproblematik des Therapeuten gründende, notorische Übertragungsdynamik, die in der Beziehung zum Kinde ausagiert wird“ (Petzold, 2003, S. 836). Ihr kommt nach Petzold in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Bedeutung zu: Wenn die Therapeutin in der Behandlung etwa ablehnende oder überprotektive (cave „besserer Elternteil sein wollen“, vgl. S. 55) Impulse überträgt, „kommt es für das Kind zu einer höchst unglücklichen Verschärfung seiner Problematik“ (Petzold, *ibid.*). Übertragenden Therapeuten sind die für eine erfolgreiche Kindertherapie essentiellen Haltungen von „partiellm Engagement“ und „distanter Involviertheit“ nicht möglich. In Hinblick auf den Umgang mit eigenen

Übertragungstendenzen betont Petzold die Bedeutung dieser Thematik für die Psychotherapieausbildung: „Weil der *regressive Sog* in Kindertherapien derartige Gefahren birgt, ist die Eigenanalyse des Kindertherapeuten eine *conditio sine qua non*“ (Petzold, 2003, S. 837).

Im Unterschied zur Psychoanalyse, die als Gegenübertragung die *unbewussten Reaktionen* des Therapeuten auf den Patienten und ganz besonders auf dessen Übertragung versteht, stellt die Definition der Integrativen Therapie auf *bewusste, empathische Reaktionen* ab: „Unter Gegenübertragung verstehen wir nun eine bewusstseinsfähige Resonanz der Therapeutin auf das, was ihr die Klientin entgegenbringt, eine empathische Reaktion“ (Rahm et al., 1993, S. 361). „Gegenübertragungsanalyse“ meint somit eine methodisch verfeinerte Form alltäglichen Fremdverstehens (Metzmacher et al., 1996b), in welchem der Therapeut sich auf die Bezüge der Lebenswelt des Patienten einlässt (Involvierung) und dabei auf seine seelischen Resonanzen und Phantasien (Zentrierung und Exzentrizität) achtet (Osten, 2010).

Petzold (2003) schreibt der Gegenübertragung eine hervorragende Bedeutung in der Kindertherapie zu.

Der Kindertherapeut vermag auf Material zurückzugreifen, das er selbst durchgearbeitet hat, das ihm bekannt vorkommt und das angesprochen wird, anklingt, wenn das Kind in der Totalität seiner Äußerungen in einer Geste, einem Tonfall, einem Bild etwas ausdrückt, was als Artikulation seines Unbewussten oder Zeichen seiner aktuellen Not zu werten ist. Dem Therapeuten eröffnen sich auf diese Weise verborgene Welten. Er wird zum *Resonanzkörper*, der ihm hilft, das Kind angemessen zu verstehen, auf seine Bedürfnisse adäquat zu reagieren, das zu *verkörpern*, was in der „*Übertragungsanfrage*“ vom Kind an ihn herangetragen wird. (Petzold, 2003, S. 837)

4.2.4 Affiliation, Reaktanz und Widerstand

Affiliation wird von Buunk definiert als „die Tendenz, unabhängig von den Gefühlen gegenüber anderen Personen die Gesellschaft anderer zu suchen“ (Buunk, 2002, S. 417).

Petzold weist darauf hin, dass der Wortstamm *filia, filius* (lat. Tochter, Sohn) die etymologische Herkunft erklärt als „Annahme an Kindes Statt, Eingliederung in eine Gemeinschaft“, von mittellateinisch „*affiliare* = adoptieren“, und definiert:

Affiliation ist das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen in geteiltem Nahraum, zu Menschengruppen mit Vertrautheitsqualität, denn die wechselseitige Zugehörigkeit ist für das Überleben der Affilierten, aber auch der Affiliationsgemeinschaft insgesamt, grundlegend: Für die Sicherung des Lebensunterhalts, für den Schutz gegenüber Feinden und bei Gefahren, für die Entwicklung von Wissensständen und Praxen, die Selektionsvorteile bieten konnten. (Petzold, 2007, S. 375)

Nach Petzold ist Affiliation der Boden jeder menschlichen Form der Relationalität. Da sie primär ein genetisches Dispositiv ist und nicht durch biographisches, ontogenetisches Beziehungslernen ausgebildet wurde, steht Affiliation auch hinter den biographisch bestimmten Relationalitätsformen wie Übertragung und Gegenübertragung, welche als „biographisch geformte/überformte Affiliationsmuster“ (Petzold & Müller, 2005/2007, S. 15) gesehen werden müssen.

Für die Arbeit mit *therapy averters* bedeutet dies, dass einerseits von einem tief – bis auf die genetische Ebene – verwurzelten Bedürfnis nach Gesellschaft, Nähe und Beziehung ausgegangen werden kann. Andererseits halten Petzold & Müller fest, dass Affiliation als intrinsisches Bedürfnis nach der Nähe zu anderen Menschen gleichzeitig eine intrinsische Korrekturgröße hat, die *Reaktanz*:

Reaktanz ist das intrinsische Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, nach einem ungeteilten Eigenraum, d. h. eine hinlängliche Unabhängigkeit von und Eigenständigkeit gegenüber affilialen Banden, die die Möglichkeit zur Entwicklung einer Persönlichkeit mit einer gewissen

Eigenständigkeit im Affiliationsraum – mit ihm, durch ihn und gegen ihn – gewährleistet und Eigennutz ggf. dem Gemeinnutz entgeggestellt. (Petzold & Müller, 2005/2007, S. 11)

Das ist nun ebenfalls maßgeblich für die Arbeit mit *therapy averters*, da das Bedürfnis nach Nähe und Beziehung vor allem in der Anfangsphase der Therapie von dem Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung überdeckt werden kann. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass die Entscheidung über die Aufnahme einer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen oftmals keine „freie“ ist, sondern eine von familiären und/oder professionellen Bezugspersonen nahegelegt oder forcierte. Dieser Umstand „begünstigt“ die Entwicklung einer Scheinkooperation, nach dem Motto – aus der Sicht des *therapy averters*: „In diesen sauren Apfel beiße ich zwar und tue so, als würde ich ihn Kauen und Schlucken, aber nach der Stunde spucke ich ihn wieder aus!“

Hervorzuheben ist auch, dass Reaktanz und *Widerstand* in der Integrativen Therapie vor den Aspekten von Störung bzw. Pathologie zunächst als Aspekte der gesunden Persönlichkeit gesehen werden, als vitale Kräfte, die der Stabilisierung von Identität dienen als Widerstand gegen Veränderungen, Bedrohliches, Angstmachendes, Schmerzliches...

Petzold definiert Widerstand „als die Fähigkeit des Ich, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr setzen zu können“ (Petzold, 2003, S. 837) und betont, dass die Widerstandsfähigkeit als Ausdruck von Kraft positiv zu bewerten ist – aber auch dysfunktional sein kann.

In Bezug auf die therapeutische Arbeit mit Kindern ist nach Metzmacher et. al. (1996b) der „protektive Widerstand“ besonders hervorzuheben, mit dem sich das Kind vor Körperempfindungen, Erlebnissen, Gefühlen, Beziehungserfahrungen und Veränderungen in seinen Realbeziehungen - und eine solche Veränderung stellt das Beziehungsangebot der Therapeutin dar - schützt.

Auch Petzold und Ramin konstatieren, dass in der Kindertherapie protektive Widerstände am häufigsten vorkommen, da Kinder aufgrund ihrer Entwicklungsdynamik in der Regel offen für Veränderungsprozesse sind. Bei zu radikalen Veränderungen oder vorgängigen Trennungserfahrungen können neben den intrapersonalen protektiven Widerständen auch interpersonale mutative Widerstände auftreten und sich gegen die

Person des Therapeuten richten. Neben der Notwendigkeit einer Differenzierung der Widerstandsformen betonen Petzold und Ramin die Wichtigkeit, Widerstand als positive Kraft zu erkennen und zu werten:

Gelingt es dem Therapeuten, eine *Wertschätzung des Widerstandes* als „Äußerung von Kraft“ zu finden, sich daran zu freuen, daß das Kind sich wehren kann, seinen „eigenen Kopf“ hat, sich durchsetzen will und kann, so wird das Klima in der Behandlung positiv verändert (Petzold & Ramin, 2003, S. 839).

Auf Basis dieser Wertschätzung arbeitet die Integrative Therapie nicht *gegen*, sondern *vor* oder *mit* dem Widerstand und die Therapeutin wird dem Kind zum „*Hilfs-Ich*, das es in seinem protektiven Bemühen unterstützt und das auch beigezogen werden kann, wenn das ‚hinter‘ dem Widerstand gelegene traumatische Material angegangen werden soll“ (Petzold & Ramin, *ibid.*).

Für die therapeutische Arbeit mit *therapy averters* kann die von Osten (2017) vorgenommene Differenzierung von Formen der Arbeit mit dem Widerstand eine wertvolle Orientierung mit hoher Praktikabilität darstellen:

In der *Analyse* des Widerstandes stellt sich die Therapeutin - vor dem Hintergrund des Übertragungsgeschehens und des eigenen Verhaltens sowie möglicher therapeutischer Fehler - die Frage, wogegen sich der Widerstand der Patientin richtet.

Im *Dialog* mit dem Widerstand versucht der Therapeut, in Kontakt mit dem Widerstandsgeschehen zu kommen. Damit soll dem Patienten ermöglicht werden, sich den Widerstand aus eigener Kraft bewusst, erfahrbar und erlebbar zu machen, so dass unter Umständen der Sinn oder die schädigende Wirkung klar werden können.

In der *Identifikation* mit dem Widerstand versucht die Therapeutin den Widerstand durch Einnehmen des Klientinnenstandpunktes „von innen heraus“ zu verstehen um die Gefahr zu verringern, dass sie selbst in den „Gegenwiderstand“ gehen muss.

In der *probatorischen Deutung* versucht der Therapeut dem Patienten darzulegen, welche Funktion der Widerstand aus seiner Sicht im psychischen Gleichgewicht des

Patienten einnimmt. Dies nicht im Sinne einer Deutung *für den* Patienten, das Zutreffen dieser „deutenden Hypothese“ entsteht durch eine Evidenzerfahrung *beim* Patienten.

Im *Forcieren* des Widerstandes arbeitet die Therapeutin dezidiert gegen den Widerstand, um ihn zu verstärken. Über die dadurch mobilisierten Abwehrkräfte der Patientin sollen Reaktanzen bewusst gemacht und Einsicht in ihre Dysfunktionalität ermöglicht werden.

Mit dem *Unterlaufen* des Widerstandes versucht der Therapeut den Patienten mit Argumenten, Überzeugungsarbeit, Arbeits-, Denk- und Fühlaufgaben, Humor sowie gezielten Provokationen „auf eine andere Idee“ zu bringen, die eine positive Entwicklung fördert. Bei dieser Vorgangsweise sind zu jedem Zeitpunkt die ethischen Implikationen und Ziele des Patienten zu beachten.

Im *Therapeutischen Streit* wird versucht, in einem den Voraussetzungen der Patientin angemessenen Streitgespräch Argumente auszutauschen, die für eine Aufgabe des Widerstandes sprechen. Die Therapeutin verwendet den Widerstand dabei als einen „Wegweiser“ zur subjektiven Erfahrungs-, Erlebens- und Bewertungswelt der Patientin und zur Klärung der Fragen, was vermieden und was angestrebt werden soll.

In der *Expression* des Widerstandes bietet der Therapeut an, den Widerstand über verschiedene Medien und Techniken auszudrücken: Zeichnen, Malen, Arbeit mit Ton, szenische Spiele mit Figuren, Puppen und Gegenständen, Rollenspiele, Leib- und Bewegungsarbeit, Ausdruck von Kraft und Aggression etc.

Speziell diese spielerischen und zum Teil nonverbalen Arbeitsweisen sind in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen fast immer einen Versuch wert, denn „Geduld, Zuwendung und spielerische Atmosphäre wirken hier [in der Arbeit mit Widerstand in der Integrativen Therapie mit Kindern] Wunder“ (Petzold & Ramin, 2003, S. 838).

Abschließend und zusammenfassend für dieses Kapitel zur Beziehung in der Arbeit mit *therapy averters* gibt Abbildung 6 einen Überblick über Dimensionen und Aspekte therapeutischer Relationalität:

sollte einladend sein, die Atmosphäre gut und sicher. Das Angebot eines „gastlichen Raumes“ (Petzold, 2003) soll dazu beitragen, dass die Klientin sich wohlfühlt, dass Setting „sollte konvivialitätsfördernd gestaltet sein, damit Ko-Operation und Ko-Kreativität möglich wird“ (Gutgesell, 2014, S. 49).

Im Folgenden werden Aspekte des Settings in der Arbeit mit *therapy averters* im Kindes- und Jugendalter erörtert, reflektiert und diskutiert.

4.3.1 Auftrag

Es ist ein Spezifikum der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, dass der „Auftrag“ zur Therapie oft - und im Falle von *therapy averters* per definitionem immer - nicht von der Person kommt, welche die Therapie in Anspruch nehmen soll, also vom Kind oder Jugendlichen selbst.

Eltern, Großeltern, andere Familienmitglieder, Freunde und Bekannte (meist der Eltern), Lehrerinnen, Trainer, (Schul-) Psychologen, Ärztinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Mitarbeiter von Kinder- und Jugendhilfe und viele mehr geben Kindern und Jugendlichen den Tipp, den Rat, die Empfehlung, den Auftrag oder sogar den „Befehl“ zur Aufnahme einer Therapie. Dies geschieht in unterschiedlichen Kontexten: Das Kind oder der Jugendliche kann zum Zeitpunkt seiner „Beauftragung“ zuhause bei der (Patchwork-) Familie leben und eine Regelschule besuchen, oder eine andere Schulform, oder bereits in Ausbildung stehen – oder das alles verweigern... Kind/Jugendlicher und Familie können bereits in ambulanter Betreuung stehen oder das Kind/der Jugendliche ist teilstationär oder vollstationär betreut und die Familie in die Betreuung einbezogen – oder auch nicht...

Zur Frage, wieviel psychische und physische Präsenz den Bezugspersonen im therapeutischen Raum des Kindes oder Jugendlichen zu geben ist, gibt es unterschiedliche Positionen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Katz-Bernstein, 2000, 2008):

Katz-Bernstein bezeichnet die Einbettung der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie in systemische Bezüge als wichtigen strukturellen Unterschied zur Psychotherapie mit Erwachsenen: „Die *Abhängigkeit des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen von seinen Bezugspersonen* impliziert eine Dreier-Konstellation der Beziehungsgestaltung“ (Katz-Bernstein, 2008, S. 1555). Da Eltern oder andere Erziehungsberechtigte oft Auftraggeber für die Therapie sowie Bewertungsinstanz für das Gelingen oder Scheitern derselben sind, ist die therapeutische Beziehung von vornherein eine „Dreiecksgeschichte“.

Rotthaus (2004) setzt die Therapie mit Kindern und Jugendlichen in einen strikt systemischen Bezug, Schmidtchen (2004) stellt auf eine dezidiert dyadische Beziehungsgestaltung innerhalb eines systemischen Kontextes ab.

Borg-Laufs (2000, 2004) betont aus einer verhaltenstherapeutischen Orientierung heraus einen systemischen Bezug sowie die Notwendigkeit, die psychodynamisch orientierte Bindungstheorie in die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einzubeziehen.

Karver, Handelsmann, Fields und Bickman (2006) halten in ihrer Meta-Analyse von Studien zur Erfassung der therapeutischen Beziehung in Hinblick auf die Korrelation zwischen der Behandlungspartizipation von Eltern und dem Erfolg der Therapie fest, dass „überraschenderweise“ nur aufgrund weniger Studien auf moderate Zusammenhänge geschlossen werden kann (Karver et. al., 2006, S. 59).

In der OPD-KJ-Diagnostik (2003) wird die „triadische Beziehungsgestaltung“, insbesondere der Übergang zwischen Dyade und Triade, als erworbene Kompetenz des Kindes gegenüber Eltern und weiteren Bezugspersonen einbezogen. Die Wichtigkeit der Familie wird betont, die Fokussierung auf die Familie als Entwicklungskontext aus einem ressourcenorientierten Ansatz heraus aber auch relativiert.

Abgesehen von der Möglichkeit einer realen Einbindung in die Therapie sind nach Metzmacher et al. (1996b) die relevanten Bezugspersonen des Kindes oder Jugendlichen im Therapieraum unsichtbar anwesend, da „kognitiv repräsentiert“.

Auch Petzold (2003) hält fest, dass das Beziehungsnetz in der Einzelbehandlung als Hintergrund präsent ist.

Beziehungsaufbau und –gestaltung finden in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in einem – realen und/oder virtuellen - Dreieck statt. In der Arbeit mit *therapy averters* ist das Kind beziehungsweise der Jugendliche *nicht* der Auftraggeber für die Therapie. Diesem besonderen Umstand kann dadurch Rechnung getragen werden, dass er offen angesprochen wird, in oder ohne Beisein der „Auftraggeber“:

„Ich kann mir vorstellen (oder „Mir ist klar...“), dass du eher hier bist, weil deine Eltern, Betreuer, Lehrer... das möchten, als dass du es selber willst!?“ (Die Anrede per „Sie“ oder „Du“ ist vor allem mit Jugendlichen, aber durchaus auch mit Kindern, im Erstkontakt zu klären).

„Ich freue mich, dass du hier bist, obwohl es vielleicht mehr der Wunsch (oder „die Entscheidung...“) deiner Eltern, Betreuerinnen, Lehrerinnen... ist als dein eigener, zu mir zu kommen!?“

Das offene Ansprechen und der offene Umgang mit diesem „außergewöhnlichen“ Aspekt des therapeutischen Settings in der Arbeit mit *therapy averters* können den Boden für einen Beziehungsaufbau bereiten und damit in weiterer Folge den Weg zu einer Konstituierung von Psychotherapiemotivation ebnen.

4.3.2 Einladung, Entgegenkommen, Psychoedukation, Partizipation

In der Psychotherapie mit Erwachsenen kann überwiegend davon ausgegangen werden, dass die Klientin zur Therapeutin kommt. *Therapy averters* erfüllen diese Prämisse nicht. Eine Möglichkeit, dennoch in Kontakt zu kommen, ergibt sich aus dem therapeutischen Bestreben in der Integrativen Therapie, der Klientin einen „gastlichen Raum“ (Petzold, 2003) zu bieten: Wenn jemandem ein gastlicher Raum angeboten werden soll, wird ihm oder ihr eine *Einladung* übermittelt. Dies kann persönlich, telefonisch, (hand-) schriftlich oder – in Estimierung der Sozialisation der *therapy*

aversers als „digital natives“ (Prensky, 2001) - über soziale Medien (unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen!) geschehen.

Nachdem Einladungen nicht nur angenommen, sondern auch *abgelehnt* werden können, wird möglicherweise die Intervention des *Entgegenkommens* indiziert:

Eine nicht oder nicht ausreichend vorhandene Psychotherapiemotivation kann zumeist nur erarbeitet werden, wenn es zuvor gelingt, in Beziehung zu gehen. In Anlehnung an Ferenczis (1932/1988) Diktum „Ohne Sympathie keine Heilung“ wäre es möglich zu sagen „Ohne Beziehung keine Motivation“.

„In Beziehung gehen“ kann dabei durchaus auch wörtlich verstanden werden, beispielsweise als ersten Schritt (!) zum Beziehungsaufbau zu den Kindern und Jugendlichen in die Wohngruppe oder in die Schule – oder nach Hause - zu gehen. Dieses „Entgegenkommen“ kann eine ganz andere Qualität der Kontaktaufnahme bewirken, als wenn das Kind oder die/der Jugendliche zum Therapeuten kommen soll - oder muss, wie es oft empfunden wird.

Dieses Prinzip des „Entgegenkommens“ kann auch im weiteren Verlauf des Beziehungsaufbaus und des Therapieprozesses aufrecht bleiben - als Grundhaltung durchgehend und als konkrete Intervention je nach Indikation. Zu den Kindern und Jugendlichen zu kommen oder sie an einem Treffpunkt abzuholen ist zwar mitunter etwas zeitintensiver, kann aber die Chancen für einen positiven Beziehungsaufbau erhöhen.

Therapy averters können der Zielgruppe der „hard-to-reach-Fälle“ (Gahleitner, 2013) zugeordnet werden. „Schwer-zu-erreichen“ impliziert bereits die *Not-Wendigkeit*, sich auf jemanden zuzubewegen anstatt zu warten, dass die- oder derjenige auf einen selbst zukommt.

Wenn die „Auftragslage“ geklärt ist, die Einladung angenommen oder das Entgegenkommen akzeptiert wurde, ist *Psychoedukation* ein wichtiger nächster Schritt.

Damit ist hier die Information und Aufklärung des Kindes/Jugendlichen darüber gemeint, was Psychotherapie eigentlich ist und wie eine psychotherapeutische Zusammenarbeit abläuft und „funktioniert“. Psychoedukation sollte auf eine alters- und entwicklungsadäquate Art und Weise erfolgen. Dies bezieht sich ebenso auf den

Sprachgebrauch wie auf überwiegend nonverbale Interventionen, z. B. das Erkunden des Therapieraumes und das Kennenlernen von Therapiematerialien. Das Grundverständnis der Integrativen Therapie von therapeutischer Beziehung als intersubjektivem Geschehen und Handeln (Osten, 2000; Petzold, 2003; Leitner, 2010) legt zudem eine – kurze bis ausführliche – Vorstellung der eigenen Person des Therapeuten nahe, inklusive der Möglichkeit zu Rück- und Nachfragen.

Ziel der psychoedukativen Interventionen ist die Herstellung von „informed consent“ (vgl. S. 40-41). Zum möglichen Einwand, dass es Kindern und Jugendlichen mitunter an der intellektuellen und emotionalen Reife für den Prozess der Erarbeitung von informed consent fehle, weisen Reiter-Theil et al. darauf hin, „dass die Fähigkeit von Kindern zu informiertem Einverständnis allgemein eher *unterschätzt* wird“ (Reiter-Theil et. al, 1993, S. 17).

Die psychoedukative Erarbeitung und Herstellung von informed consent erfolgt auf der Basis einer Grundhaltung von *Partizipation* (welche eng verwoben ist mit dem integrativen Konzept der „doppelten Expertenschaft“, vgl. S. 41-43).

Die von Hansen, Knauer und Sturzenhecker (2011) aus einem pädagogischen Zugang differenzierten fünf Prinzipien von Partizipation lassen sich für das psychotherapeutische Setting in der Arbeit mit therapy averters adaptieren:

1. Prinzip der *Information*: Kinder und Jugendliche müssen wissen, worum es geht. Nur, wenn sie wissen, worum es sich bei der anstehenden Entscheidung handelt, können sie sich beteiligen. Dabei muss den Kindern und Jugendlichen klar sein, wie ihre Interessen von dieser Entscheidung betroffen sind. Zusätzlich müssen sie genau wissen, welches ihre Entscheidungsspielräume sind und welche Alternativen sie haben.

2. Prinzip der *Transparenz*: Kinder und Jugendlichen müssen wissen, wie sie sich beteiligen können, d. h. die Strukturen und Prozesse müssen durchschaubar sein. Dabei sind gemeinsame Entscheidungen in wiederkehrenden Settings wichtig, damit

die Kinder und Jugendlichen Sicherheit bei ihrer Entscheidungsfindung entwickeln können.

3. Prinzip der *Freiwilligkeit*: Kinder und Jugendliche müssen selbst entscheiden können, ob sie sich an den anstehenden (Therapie-) Prozessen beteiligen wollen oder nicht.

4. Prinzip der *Verlässlichkeit*: Die Kinder und Jugendlichen müssen sich sicher sein können, dass Erwachsene sie in diesen Prozessen begleiten. Zudem müssen sie sich darauf verlassen können, dass ihnen die eingeräumten Rechte (z. B. Mitsprache, Mitentscheidung, Mitgestaltung) auch gewährt werden.

5. Prinzip der *individuellen Begleitung*: Beteiligung muss Kindern und Jugendlichen nicht nur zugestanden werden, sie müssen im Beteiligungsprozess auch in ihren individuellen Bedürfnissen aktiv unterstützt werden.

Petzold bezeichnet die „Partizipation am Erkenntnisprozess“ als „Kernstück jeder Praxeologie“ (Petzold, 2003, S. 494). Partizipation ist somit integraler Bestandteil der hermeneutischen Spirale des Erkenntnisgewinns (Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären), sowie der agogischen (Explorieren, Agieren, Integrieren, Reorientieren) und therapeutischen (Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten, Verändern) Spiralen des praktischen Handelns (vgl. Abb. 7, S. 71). Dies gilt für die Integrative Therapie im Allgemeinen und für die psychotherapeutische Arbeit mit *therapy averters* im Besonderen.

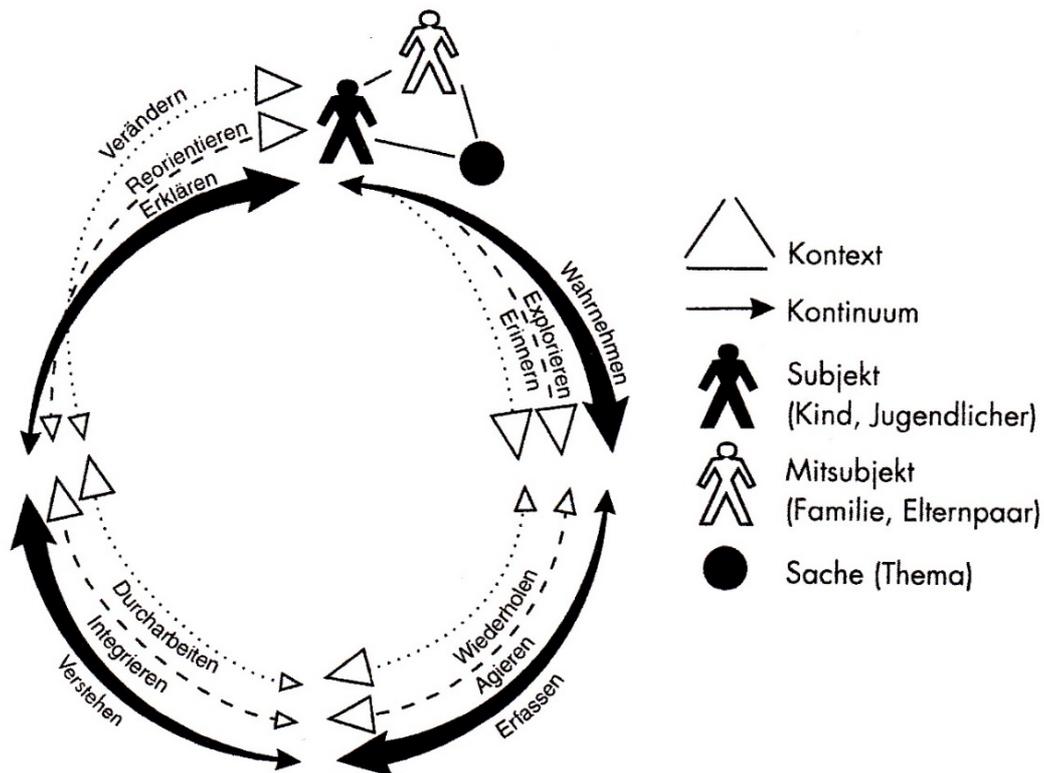


Abbildung 7: Die „heraklitische Spirale“ des Erkenntnisgewinns, des Lernens und Handelns und des Veränderns im Ko-respondenzprozess der Integrativen Therapie als „schöpferische Metamorphose“ (Petzold, 2003, S. 498)

4.3.3 Das Konzept des „Safe Place“

Bereits im Jahr 1969 hält Petzold in Bezug auf das ein Jahr zuvor in der Arbeit mit Heimweh-Reaktionen im pädagogischen Kontext einer „Deutschen Schule im Ausland“ entwickelte Konzept der *schützenden Inselerfahrungen und guten Zeiten* fest:

Als „schützende Inselerfahrung“ und als „gute Zeit“ bezeichnen wir in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einen „sicheren sozialen und physikalischen Ort“, der dem Kind das Erleben einer „guten Zeit“ von Zuwendung, Wertschätzung, Sicherheit, Geborgenheit und Freiheit ermöglicht. Dazu sind erforderlich: Bezugspersonen, die wertschätzend, eindeutig und liebevoll mit dem Kind umgehen, ein physikalischer Raum – Spielecke, Kinderzimmer, Spielplatz,

Station, Wohngruppe, - der dem Kind Entfaltungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bietet, der nicht einengt, einen hohen Aufforderungscharakter hat und ihm und den anderen Kindern und Jugendlichen seines sozialen Netzwerkes ungestört zur Verfügung steht. Wo immer solche Räume bereitgestellt werden, sei es in der Therapie, einer Pflegefamilie, einem Heim, einer Wohngruppe oder einer therapeutischen Wohngemeinschaft, können wir davon ausgehen, dass „schützende Insel-Erfahrungen“ gemacht und „gute Zeiten“ erlebt werden, die, selbst wenn sie nur von vorübergehender Dauer sind, die Chance des Weiterwirkens haben. (Petzold, 1969; zitiert nach Petzold, 1996, S. 161-162)

Das Konzept des Safe-Place wurde seither mehrfach aufgegriffen, beschrieben, präzisiert und elaboriert unter anderen von Katz-Bernstein (1996, 2008) und Petzold (2003).

Gahleitner, Katz-Bernstein und Pröll-List weisen darauf hin, dass der „Safe Place“ oder „geschützte Ort“ in Psychotherapie-, Beratungs- und Betreuungssettings mit Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Die Idee des „Safe Place“ entstand in der Arbeit mit Kindern, „die Kommunikation und Sprache verweigerten, die die Fremdheit von Orten, Personen oder neuen Umständen nicht zu überwinden vermochten. Oder Kinder, die kämpfend, flatternd und abwehrend durch das Leben gingen, weil sie eine Reihe schlechter Erfahrungen im Gepäck hatten“ (Gahleitner et. al, 2013, S. 165). Diese Beschreibung könnte ohne weiteres aus einer biographischen Anamnese von *therapy averters* stammen.

Für eine differenzierte und intensive Auseinandersetzung mit dem Konzept des „Safe Place“ sei auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen, im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll vor allem hervorgehoben werden, dass es sich bei diesem Konzept um eine elaborierte, evaluierte und praktikable Interventions- und Arbeitsmöglichkeit in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen handelt: „Nicht nur durch wiederholte praktische Erfahrung, sondern auch mehr und mehr empirisch belegt, gewann und gewinnt das Konzept daher in unterschiedlichsten Kontexten und mit unterschiedlichsten Störungsbildern eine Evidenz“ (Gahleitner et. al, *ibid.*).

So kann (muss?) es eines der ersten Ziele in der Arbeit mit *therapy averters* sein, das therapeutische Setting, den therapeutischen Raum – im wörtlichen und im übertragenen Sinn - von einem anfangs so empfundenen „Unsafe Place“ in einen „Safe Place“ zu transformieren, in welchem es möglich ist, eine „gute Zeit“ zu erleben.

4.3.4 Einzelsetting, Gruppensetting

Auch in Hinblick auf die Psychotherapiemotivation ist es eine wichtige Entscheidung, ob eine Einzeltherapie – Metzmacher et al. (1996b) und Petzold (2003) weisen darauf hin, dass es besser wäre, von „dyadischer Therapie“ bzw. „dyadischem Setting“ zu sprechen - oder eine Gruppentherapie indiziert ist. Wobei dies keine Entweder-Oder-Entscheidung sein muss, auch eine Kombination aus dyadischem und Gruppensetting kann durchaus therapeutischen Sinn machen.

Metzmacher et. al weisen allerdings auf die Gefahr hin, dass vor allem in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuungseinrichtungen „wahllos verschiedene Behandlungsangebote, z. B. Einzeltherapie, Gruppentherapie, Familientherapie, Soziotherapie, Beschäftigungstherapie, Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapie nebeneinanderstehend, gleichwertig und konkurrierend angeboten werden“ (Metzmacher et al., 1996b, S. 384).

Ein solches aus der Alltagsgewissheit „Viel hilft viel“ in der Hoffnung auf übersummativ Effekte erstelltes multiples Behandlungsangebot „ist natürlich als eklektisch zu qualifizieren“ und die „Beziehung zu dem bislang exklusiven Therapeuten und das Einlassen auf seine verschiedenen Beziehungsangebote verändert sich dadurch zum Teil erheblich“ (Metzmacher et al., *ibid.*).

Dieses „cave“ der Autoren bezieht sich auf eine möglicherweise überflutende und kontraproduktive Kombination von Therapieangeboten, das gruppentherapeutische Setting als solches ist eine maßgebliche konzeptionelle Behandlungsform der Integrativen Therapie (Frühmann, 2013; Metzmacher et. al., 1996b; Petzold & Ramin, 2003; Rahm, 1997).

Die Integrative Therapie versteht den Menschen als soziales Wesen, das „...von seiner Leiblichkeit her auf Kommunikation mit der Welt und den Menschen ausgerichtet ist“

(Frühmann 2013, S. 41). Heilung kann demzufolge „... immer wieder in gruppalen Kontexten durch korrigierende Erfahrungen erfolgen“ (Frühmann, 2013, S. 43).

Petzold und Ramin heben die Bedeutung gruppaler Kontexte in der Psychotherapieausbildung hervor: „Die eigene *Lehranalyse* als Grundlage für die dyadische Einzelbehandlung, die Selbsterfahrung in der Ausbildungsgruppe als Grundlage für die Gruppentherapie, stehen an zentraler Stelle“ (Petzold & Ramin, 2003, S. 842).

Rahm (1997) betont in Hinblick auf die gruppentherapeutische Arbeit mit Kindern, dass insbesondere bei Kindern, die unter benachteiligenden und ungünstigen Lebensbedingungen aufwachsen, die Chancen auf eine gelingende Lebensbewältigung verbessert werden können: So könne im gruppentherapeutischen Kontext die Entwicklung von Bindungssicherheit gefördert werden. Auch biete Kindergruppentherapie Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten für Schutzfaktoren wie Reflexionsfähigkeit, Solidarität, realistische Überzeugung von Selbstwirksamkeit, sowie „Androgynität“ – die Aneignung von Fähigkeiten, welche eher dem anderen Geschlecht zugeordnet werden (z. B. versorgende und empathische Verhaltensweisen bei Jungen respektive verbale und körperlich durchsetzungsfreudige Verhaltensweisen bei Mädchen).

Gahleitner beschreibt, dass viele stationäre Einrichtungen aktive Sequenzen von Gruppentherapie in ihre Arbeit mit Kindern und Jugendlichen integrieren: „Das Erlernen von wichtigen Kompetenzen wie Konfliktfähigkeit und konstruktiver Kommunikation vollzieht sich ... einerseits mühsam und schleppend und andererseits für die Jugendlichen überraschend „nebenbei“ mitten in ihrem Alltag“ (Gahleitner, 2013, S. 66). Gahleitner berichtet weiter, dass eine Jugendliche „fast ein wenig erstaunt“ erzählte, dass sie dort (in der Gruppentherapie, Anm. d. Verf.) ernst genommen werde und viel Bestätigung erfahre.

Dies führt zu dem Aspekt, dass die Therapiegruppe ja einen Teil der „Peergroup“ der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen darstellt.

Osten hält fest, dass Kinder Belastungen dadurch begegnen können, dass sie sich in einen verstärkten Austausch mit ihren Altersgenossen bringen. Belastungen und Umbrüche bewirken einen „kräftigen Motivationsschub in Richtung auf außerfamiliäre, Solidarität sichernde Kontaktaufnahmen. Im Austausch der Erlebnisse, im Streit, in der

Konkurrenz um Aufmerksamkeit und Leistung und in den Solidaritätserfahrungen der sogenannten ‚Peergruppe‘ wird das Lernen sozialer Regeln, Bewältigung und Entwicklung gleichermaßen ermöglicht“ (Osten, 2000, S. 230).

Wenn es gelingt, diese „Peergroup-Aspekte“ in die Therapiegruppe zu implementieren, kann dies die Teilnahme an der Therapie für Kinder und Jugendliche um ein gutes Stück attraktiver machen.

Insbesondere für *therapy averters* kann Wunsch nach Austausch und der „kräftige Motivationsschub“ für solidaritätssicherende Kontaktaufnahmen ausschlaggebend dafür sein, sich auf ein therapeutisches Setting einlassen zu können.

4.4 Interventionen

Den Abschluss des Hauptteils der vorliegenden Arbeit - der Erörterung, Re-flexion und Diskussion von Möglichkeiten zur Konstituierung von Psycho-therapiemotivation in der Arbeit mit *therapy averters* im Kindes- und Jugendalter - bildet eine auf Fachliteratur und praktischer Erfahrung basierende Auswahl von Interventionsoptionen.

Petzold betont „das Faktum, daß therapeutische Arbeit ‚Intervention‘ ist“ (Petzold, 2003, S. 779) und definiert:

Integrative Interventionen sind mehrperspektivisch begründete, differentielle Einwirkungen auf Systeme (personale, soziale, ökologische, ökonomische, politische etc.) mit dem Ziel ihrer planvollen, theoriegeleiteten, und ethisch legitimierbaren Veränderung unter Beteiligung aller von der Veränderung Betroffenen und unter Berücksichtigung des übergeordneten Zusammenhanges (Kontext/Kontinuum). (Petzold, 2003, S. 506)

**SYSTEM DER »INTEGRATIVEN THERAPIE« ALS
»VERFAHREN«**

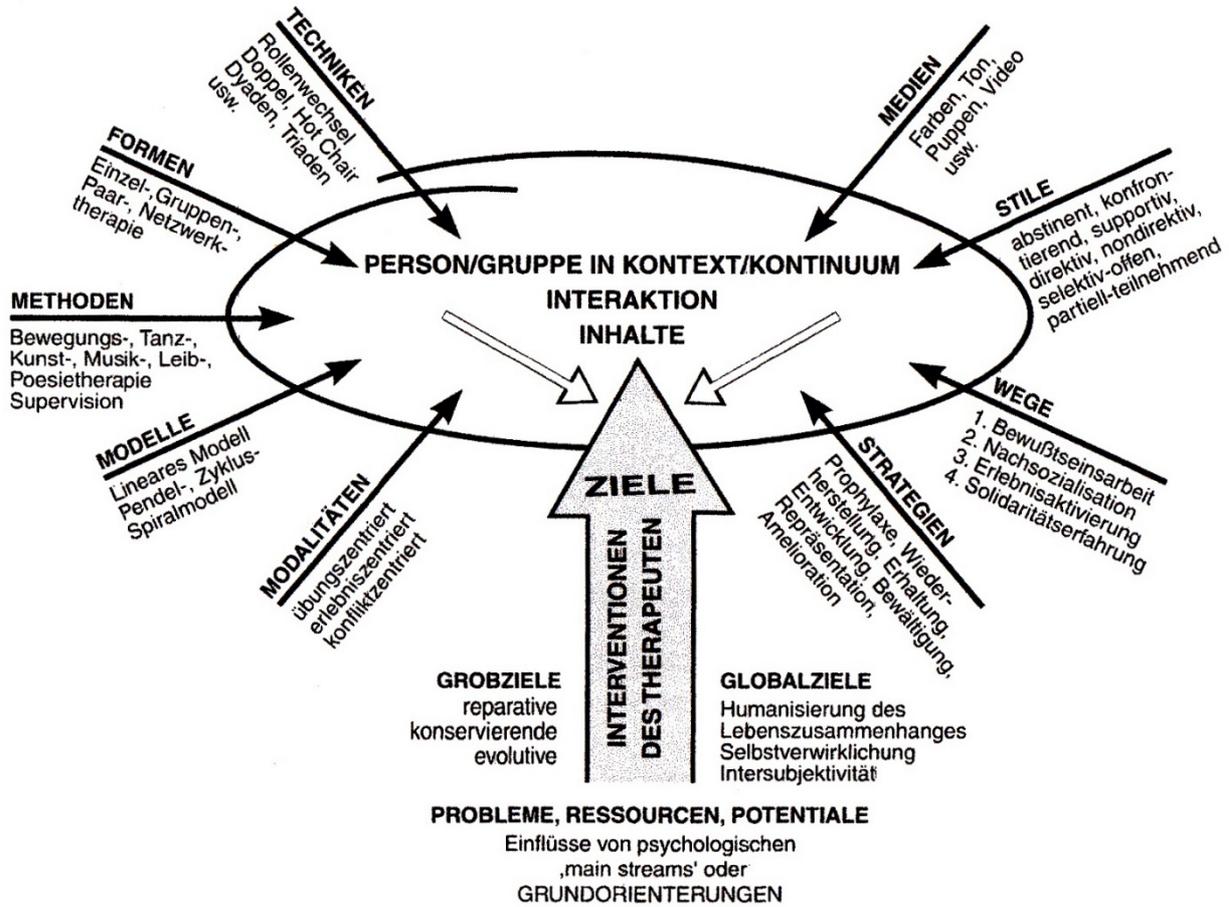


Abbildung 8: System der Integrativen Therapie als Verfahren (Petzold, 2003, S. 974)

Auf Wege, Formen, Modalitäten und Stilaspekte (selektiv-offen, partiell-teilnehmend) der ressourcenorientierten, zielgerichteten „Interventionen des Therapeuten“ wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit bereits eingegangen, im Folgenden werden Interventionsstrategien, -methoden, -techniken und –medien der Integrativen Therapie in Hinblick auf die Arbeit mit *therapy averters* behandelt.

4.4.1 Strategien

Osten (2000) ordnet den unterschiedlichen Interventionsstrategien der Integrativen Strategie entsprechende Fragestellungen zu. Diese Zuordnung kann als „innere Folie“

über die Therapiesituation gelegt und die Gewichtung einzelner Interventionsaspekte situativ ausgewählt, adaptiert und angewandt werden:

In den *präventiven, prophylaktischen und konservierenden Interventionen* geht es um die Frage, was gesund ist und erhalten werden sollte.

Die Frage, was geschädigt oder gestört ist und wiederhergestellt werden sollte, ist Gegenstand der *restitutiven und reparativen Interventionen*.

Die Ziele *substitutiver Interventionen* sind Bereitstellung und Wiederaufbau von dem, was fehlt, weil es nicht mehr da ist oder nie erlebt wurde.

Die Erschließung, Entwicklung und Förderung von noch nicht genutzten Persönlichkeitsanteilen und –möglichkeiten ist Gegenstand und Aufgabe der *evolutiven Interventionen*.

Im *Aufbau von Coping-Strategien* schließlich geht es um die Frage, was geschädigt, beeinträchtigt, gestört oder zerstört ist und womit ein Umgang gefunden werden muss, weil es nicht restituiert werden kann.

Auch Ostens Ausführungen zur Situation des Erstinterviews sind für die Arbeit mit *therapy averters* insofern besonders relevant und wertvoll, als dass die Initialphase der Therapie mit diesen Kindern und Jugendlichen als „prolongiertes, mehrteiliges Erstinterview“ gesehen werden kann. Die Situation des Erstinterviews ist meist noch geprägt von großer Unsicherheit und Spannung und die Therapeutin sollte sich darüber im Klaren sein,

daß jede Handlung und Regung, der gesamte leibliche Habitus, jede Antwort- und Frageplatzierung, jede Pause, jeder Laut, jedes Schweigen und Rücken, Unterbrechen und Gewähren zu einer, wenn teils auch nur unbewußt aufgenommenen, Wirkung kommt, also zur Intervention und in subtiler Weise prozeßbestimmend wird. (Osten, 2000, S. 405)

Petzold weist darauf hin, dass Interventionen immer Eingriff, Machtausübung und Kontrolle sind und deshalb in der Gefahr stehen, „krankmachende Bedingungen *strukturell* zu reproduzieren, denn vielfach sind Patienten Menschen, die daran krank geworden sind, daß ihnen die *Kontrolle* über ihr Leben entzogen wurde, sie unter Zwangsstrukturen leben mußten, die sie nicht beeinflussen konnten“ (Petzold, 2003, S.

502). Diese Gefahr trifft in besonderem Maße auf die „unmündigen“ Kinder und Jugendlichen zu, die allzu oft die – auch nur partielle - Kontrolle über ihr Leben noch gar nicht erlangen konnten bzw. durften, obwohl es ihr sehnlicher Wunsch – und ihre altersadäquate Entwicklungsaufgabe – war. Petzold folgert aus dieser Gefahr, dass die „Interventionsmacht“ synarchisch verwaltet werden muss und Interventionen partizipativ geplant werden müssen. Ein reflektierter und behutsamer Umgang mit der Interventionsmacht im Rahmen einer einladenden, fördernden und „heilenden“ Atmosphäre (Osten, 2000) ist deshalb in der Arbeit mit *therapy averters in* besonderem Maße indiziert.

4.4.2 Methoden

„Methoden sind ein theoriegeleitetes Ensemble von Strategien, die über Techniken und Medien verfügen und stehen im Dienste der Verwirklichung von Zielen im Rahmen des Verfahrens Psychotherapie“ (Leitner, 2010, S. 255).

In der Methodenlehre der Integrativen Therapie entsteht aus Überlegungen zu Methoden, Techniken, Medien, Wegen, Modalitäten, Stilen, Formen, Strategien und Modellen ein reichhaltiges Instrumentarium an Interventionsmöglichkeiten. Diese werden im Rahmen des Verfahrens eingesetzt, „um in elastischer Anpassung an die Erfordernisse des Patienten und seiner Lebenssituation ... *Ziele* zu erreichen und *Inhalte* zu vermitteln. Die Methodenlehre ist das Kernstück der Praxeologie der Integrativen Therapie und kann als elastisch, pluriform und integrativ bezeichnet werden“ (Petzold, 2003, S. 507).

Die methodische Vielfalt der Integrativen Therapie konstituiert sich auch aus „Methodenkooperation“ (Hertzka & Reukauf, 1996) mit anderen und „Methodenintegration“ (Katz-Bernstein, 1996) aus anderen psychotherapeutischen Verfahren. Im dialogischen Ansatz der Integrativen Therapie werden unterschiedliche therapeutische Methoden unter Beibehaltung ihrer Identität und „unter Wahrung ihrer Spezifität“ (Hertzka & Reukauf, 1996, S. 152) in einen neuen Zusammenhang gebracht. Aus diesem Zugang heraus können Möglichkeiten der Methodenintegration entwickelt

werden, „die nicht zufällig, additiv eklektisch, auch nicht nach einer ‚Einheitstheorie‘ streben, sondern pluralitäts- und komplexitätsbewusst sind ... und vor allem praxisnah und –erprobt“ (Katz-Bernstein, 1996, S. 111).

Für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – auf diese beziehen sich Hertzka und Reukauf sowie Katz-Bernstein - erschließt sich aus der methodischen Vielfalt der Integrativen Therapie ein reichhaltiger Fundus an Interventionsmöglichkeiten: Netzwerkorientierte und soziotherapeutische Maßnahmen, kreativtherapeutische Ansätze und aktionale Methoden wie Rollenspiel- und Imaginationsverfahren, Integrative Musik-, Tanz-, Kunst- und Poesietherapie stellen lediglich einen Auszug aus diesem Fundus dar.

In Hinblick auf die Arbeit mit *therapy averters* sei auf die Möglichkeiten der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (Orth & Petzold, 1998) hingewiesen, insbesondere auf das Konzept der „Green Exercises“ (Petzold, Orth & Orth-Petzold, 2009) und des „Going Green“.

Dieses Konzept einer „Integrativen Naturtherapie“ (Petzold, 2011) erweist sich als besonders wertvoll für die Erarbeitung von Psychotherapiemotivation. Sport- und bewegungstherapeutische Angebote können Kinder und Jugendliche oft auch dann annehmen, wenn anderes - noch - nicht möglich ist. Lieber Tun als Reden, lieber draußen als drinnen.

Im Bereich des „Going Green“ eröffnet sich eine Vielzahl von Möglichkeiten, über das gemeinsame Tun zunächst in Beziehung zu kommen und in weiterer Folge die Motivation zum Eintritt in einen therapeutischen Prozess im engeren Sinne - zur Arbeit an den individuellen Schwierigkeiten und Themen – gemeinsam zu erarbeiten.

An dieser Stelle sei die Anmerkung gestattet, dass aus der Erfahrung von nahezu drei Jahrzehnten pädagogischer, psychologischer und psychotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen *gemeinsamen Autofahrten* ein besonderes therapeutisches Potential innewohnt. Ein Grund dafür liegt möglicherweise in dem Umstand, dass in diesem „Setting“ - ebenso wie bei gemeinsamen Spaziergängen, Wanderungen und Radfahrten – Kommunikation und Interaktion „wie nebenbei“ ablaufen und deshalb als weniger bedrohlich empfunden werden.

4.4.3 Techniken und Medien

Techniken sind Instrumente zur Strukturierung von Situationen im Rahmen einer Methode (Petzold, 2003; Leitner 2010), Medien sind Träger von Informationen (Leitner, 2010) und Gegenstand der Aktion (Petzold, 2003).

Techniken und Medien werden in diesem Kapitel zusammengefasst behandelt, da es in der Integrativen Therapie nur wenige Techniken gibt, die „ohne“ Medien auskommen - etwa Rollenwechsel und Rollentausch, Identifikations-Doppeltechnik (Doppel-Ich-Technik) oder Imaginationstechniken – aber eine große Anzahl von „mediengestützten Techniken“.

In Anlehnung an Leitner (2010) und in Hinblick auf die Arbeit mit *therapy averters* wird im Folgenden eine Auswahl von mediengestützten Techniken der Integrativen Therapie dargestellt:

Selbstbilder können als freie, projektive Bilder erstellt werden, *Selbstportraits* als realistische Bilder, eventuell unter Zuhilfenahme eines Spiegels. Beide Bildformen können mit unterschiedlichen Farbmaterialien (Buntstifte, Filzstifte, Ölkreiden, Wasserfarben, Acryl- oder Fingerfarben etc.) gezeichnet oder gemalt werden und nach Indikation als *Rahmenbilder* ausgeführt werden: Dabei können externale Einflüsse auf die eigene „Innenwelt“ auf einem breiten Rahmen bzw. Rand dargestellt werden.

Körperbilder (Body Charts) können als Umrissbild oder als freies Körperbild angelegt werden: Freie Körperbilder haben ein höheres projektives Potential, Umrissbilder haben Eingrenzungen, bieten aber eine höhere Struktursicherheit. Vor allem Umrissbilder bieten sich für einen spielerischen „Implikationsversuch“ im Rahmen eines gruppentherapeutischen Settings an, indem den Kindern und Jugendlichen angeboten wird, ihre Umrisse gegenseitig zu zeichnen.

Virtuelle Selbstpräsentationen haben ein hohes projektives Potential und bieten „therapeutische Chancen, Souveränität und Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und positive Kontrollüberzeugung aufzubauen“ (Leitner, 2010, S. 223).

Im *Eltern-Kind-Triptychon* stellt das Kind sich selbst, seinen Vater und seine Mutter in eigener Platzierungswahl dar, im *relationalen Körperbild* wird der eigene Körper in Bezug zum Körper der Mutter, des Vaters, der Geschwister oder anderer bedeutsamer Bezugspersonen dargestellt.

Familiäre Themen und Beziehungsstrukturen können über *Familienskulpturen in Ton* oder als *Personenaufstellungen* zum Ausdruck gebracht werden.

Familien können aber auch mit Stofftieren und/oder symbolischen Gegenständen gestellt werden, Beziehungsverbindungen oder Abgrenzungen können durch Seile und Tauten in verschiedenen Stärken symbolisiert und verdeutlicht werden (Osten, 2010).

Die Ausführungen von Osten zur mediengestützten Anamnese (Osten 2010, S. 430-445) sind insofern für die Arbeit mit *therapy averters* von besonderer Relevanz und Nützlichkeit, als sie sich auf die Anfangsphase einer Psychotherapie beziehen, jene Phase also, in der sich entscheidet, ob die Metamorphose vom *therapy averter* zum *therapy acceptor* in einem ko-respondierenden Prozess der Konstituierung von Psychotherapiemotivation gelingt.

Zu den Medien, die im initialen Prozeß der Psychotherapie eingesetzt werden können, zählen vor allem die vielfältigen Techniken unter der Verwendung von (Jaxon) Wachsmalkreiden, Tonerde, weiterhin Gegenstände und Symbole, Seile, Stöcke und Tücher, Stofftiere, die psychodramatisch-explorative Arbeit mit dem „Leeren Stuhl“ mit ihren verschiedenen Techniken sowie poesie-therapeutische Techniken. (Osten, 2000, S. 431)

In der Integrativen Therapie kommt der Arbeit mit kreativen Medien über den gesamten Therapieprozess hinweg besondere Bedeutung zu. Die „Integrative Therapie mit Kreativen Medien“ bzw. „intermediale Kunsttherapie“ (Sieper, 1971; Petzold & Orth, 1990; Petzold 2003) ist ein elaboriertes Konzept im Rahmen des Verfahrens der Integrativen Therapie.

Kreative Medien können einzeln eingesetzt werden oder in „intermediärer Arbeit“ (Osten, 2000) und in „intermedialen Quergängen“ (Petzold, 2003) kombiniert bzw. ineinander überführt werden.

Petzold und Ramin (2003) heben die Bedeutung von Kreativität und das Potenzial kreativer Medien in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern hervor.

Im kindlichen Entwicklungsgeschehen führen leibliche Ausstattung und sinnliche Wahrnehmung zu kreativen Ausdrucksformen: Akustische Wahrnehmungen können sich über Laut- und Sprachgestaltung, Gesang und Musik äußern, optische Wahrnehmungen führen zu den Farben, zum Zeichnen und Malen. Visuelle und taktile Sinneswahrnehmungen können formende, plastische Ausdrucksweisen finden, kinästhetische Sinneswahrnehmungen über Pantomime und Tanz ausgedrückt werden. Geruchs- und Geschmackssinn führen zum Experimentieren mit Speisen, zum „kreativen Kochen“, das Petzold und Ramin als eine „bevorzugte Kinder-beschäftigung“ bezeichnen (zum „Gemüse-Theater“ vgl. S. 27).

So ist jedes kleine Kind „Maler“ – es macht begeistert Kritzelzeichnungen; jedes ist „Komponist“ – es improvisiert und singt vor sich hin; jedes ist „Dichter“ – es spielt mit Lauten, Wortschöpfungen, Versen, Reimen; jedes vermag zu tanzen, zu plastizieren, jedes vermag Rollen zu verkörpern, ist ein kleiner Schauspieler, in jedem steckt ein „Meisterkoch“. (Petzold & Ramin, 2003, S. 822-823)

In diesem Zitat klingt eine „spielerische Note“ im Einsatz von kreativen Medien an. Petzold und Ramin weisen darauf hin, dass die vielfältige Verwendung kreativer Medien insbesondere in der Integrativen Kindertherapie notwendig macht, dass Therapeutinnen diese Medien und sich selbst in ihnen erfahren haben, und dass sie einen Umgang mit den Möglichkeiten und dem Potenzial der Medien entwickelt haben.

Die Etablierung einer differenzierten „Spielkultur“ (Frühmann, 1992) in Hinblick auf den therapeutischen Einsatz kreativer Medien wird explizit hervorgehoben, denn „ohne Bezug auf Kontext und Spielkultur unsachgemäß eingesetzt können die erlebnis-aktivierenden Methoden, Techniken und Medien auch erheblichen Schaden anrichten“ (Petzold & Ramin, 2003, S. 842).

Zum Thema des Spielens in der Psychotherapie hält Winnicott grundsätzlich fest: „Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet. Wenn der Patient nicht spielen kann, muss etwas unternommen werden, um ihm diese Fähigkeit zu geben; erst danach kann die Psychotherapie beginnen“ (Winnicott, 1989, S. 66)

Zum Abschluss dieses Kapitels über Techniken und Medien in der Integrativen Therapie sei noch auf die Bedeutung digitaler Medien in psychosozialen Kontexten (Hintenberger & Kühne, 2009) und in der pädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Hinterwallner, Schneider, von Weiler & Gahleitner, 2016; Steiner, Heeg, Schmid & Luginbühl, 2017) hingewiesen.

Digitale und „soziale“ Medien sind „selbstverständlicher“ Lebensbestandteil von Kindern und Jugendlichen und somit auch nicht aus dem therapeutischen Kontext zu exkludieren. Im Gegenteil kann eine Einbeziehung digitaler Medien eine schwellenabbauende - unter Umständen sogar „eisbrechende“ – Wirkung im Aufbau von Beziehung und in der Konstituierung von Psychotherapiemotivation zukommen. Die Kompetenzkluft zwischen den Kindern und Jugendlichen als *digital natives* (Prensky, 2001) und – vor allem älteren – Psychotherapeuten als *digital immigrants* kann in der Arbeit mit *therapy averters* als kreative Herausforderung gesehen und als „Expertisenzuschreibung“ therapeutisch genutzt werden.

Resümierend kann festgehalten werden, dass sich aus den Haltungen der Integrativen Therapie, aus ihren Konzepten zur therapeutischen Relationalität und zum therapeutischen Setting, sowie aus dem breiten Spektrum von Interventionsoptionen eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation in der Arbeit mit *therapy averters* im Kindes- und Jugendalter erschließt.

5 Abschließende Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich in Form einer Literaturstudie mit dem Thema der Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen.

Nach einer Schilderung des persönlichen und wissenschaftlichen Zugangs zum Thema wird die Entstehung der Fragestellung beschrieben und die Forschungsfrage präzisiert:

„Welche Möglichkeiten zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation mit Kindern und Jugendlichen lassen sich aus den Haltungen, Konzepten und Methoden der Integrativen Therapie entwickeln?“

Es folgen Begriffsklärungen und Definition – wobei der Begriff *therapy averters* in die wissenschaftliche Diktion eingeführt wird – und Aussagen zur wissenschaftlichen Begründung und Relevanz der Fragestellung sowie eine Beschreibung von Methodik und Vorgangsweise.

In Kapitel 3 werden die motivationalen Faktoren zur Aufnahmen einer Psychotherapie anhand der Fachliteratur zu diesem Themenbereich erörtert und diskutiert. Ausgehend von wissenschaftlichen Publikationen zum Thema Psychotherapiemotivation wird zunächst auf Literatur aus unterschiedlichen Fachbereichen zur Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen und dann weiter auf Literatur aus der Integrativen Therapie zu diesem Thema fokussiert.

Im Zuge der Literaturrecherche entstand der Eindruck, dass die Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen, welche sich mit Psychotherapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen – und vor allem mit Möglichkeiten zur *Konstituierung* von Psychotherapiemotivation – auseinandersetzt, angesichts der hohen Relevanz der Thematik im berufspraktischen Alltag der psychosozialen Versorgung überschaubar erscheint. Psychotherapiemotivation wird überwiegend in Bezug auf Erwachsene und im Zusammenhang mit konkreten Krankheitsbildern definiert, untersucht und beschrieben.

In der Integrativen Therapie mit ihrem „life span developmental approach“ hat die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einen hohen Stellenwert.

Zur Psychotherapiemotivation - und vor allem zum Umgang mit nicht oder kaum vorhandener Psychotherapiemotivation – scheint auch in der Integrativen Therapie durchaus noch Bedarf an wissenschaftlicher Auseinandersetzung, Forschung und Ausarbeitung von Konzepten gegeben zu sein.

In Kapitel 4 wird versucht, diesem Bedarf – zumindest ein kleines Stück weit – gerecht zu werden, indem Möglichkeiten zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation mit *therapy averters*, welche sich aus dem Verfahren der Integrativen Therapie erschließen, erörtert, reflektiert und diskutiert werden.

Kinder und Jugendliche, ob aus einer Lebenssituation ohne professioneller Betreuung oder in ambulant, teilstationär und stationär betreuenden Einrichtungen, kommen oft „nicht ganz freiwillig“ und „nicht aus eigenem Entschluss“ in die Psychotherapie - wenn sie denn überhaupt kommen.

Psychotherapiemotivation kann bei Kindern und Jugendlichen nicht vorausgesetzt werden, sondern muss häufig in einem gemeinsamen Prozess „erarbeitet“ werden.

Die Fragestellung, welche Möglichkeiten zur Konstituierung von Psychotherapiemotivation sich aus der Integrativen Therapie entwickeln lassen, wird entlang der Themenbereiche Haltung, Beziehung, Setting und Interventionen bearbeitet.

In Beantwortung der Fragestellung kann festgehalten werden, dass die Integrative Therapie mit ihren Positionen, ihren Konzepten und ihrer Methodenvielfalt ein großes Potenzial und ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur psychotherapeutischen Arbeit mit *therapy averters* bereitstellt.

Einige dieser Möglichkeiten sind in der vorliegenden Arbeit skizziert, eine Elaborierung dieser und die Entwicklung weiterer Möglichkeiten erscheint in Hinblick auf die hohe Anzahl von Kindern und Jugendlichen in psychosozialer Betreuung - und damit einhergehend mit potenziellem Bedarf an einem psychotherapeutischen Behandlungsangebot (vgl. Kapitel 2.3) - von erheblicher wissenschaftlicher und gesellschaftspolitischer Relevanz.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie, Band 2* (S.179-301). Stuttgart: Kohlhammer
- Berking, M. & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II Therapieverfahren* (S. 13-22). Berlin: Springer.
- Borg-Laufs, M. (2000). Vorschläge zur Beachtung psychologischer Grundbedürfnisse in der Verhaltenstherapie. In B. Metzmaker & F. Metzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 164-181). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Borg-Laufs, M. (2004). Revolution oder Evolution? Entwicklung einer allgemeinen (Kinder- und Jugendlichen-)Psychotherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. In H.-P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 89-112). Tübingen: dgvt-Verlag
- Borg-Laufs, M., Gahleitner S. B. & Hungerige, H. (2012). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Buunk, B. P. (2002). Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 415-447). Berlin: Springer.
- Conen, M. & Checchin, G. (2016). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten*. (5. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

- Ferenczi, S. (1988). Wer ist verrückt, wir oder die Patienten? (Original erschienen 1932). In: Dupont, J. (Hrsg.), *Sándor Ferenczi. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932* (S. 141-143). Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Ferenczi, S. (2004). Kinderanalysen mit Erwachsenen. (Original erschienen 1931). In M. Balint, (Hrsg.), *Sándor Ferenczi. Schriften zur Psychoanalyse II* (S. 274-289). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Frühmann, R. (1992). Spiele zwischen Eltern und Kindern – Die Bedeutung der „Spielkultur“ in Familien. *Gestalt und Integration I*, 29-41
- Frühmann, R. (2013). *Gemeinsam statt einsam. Grundlagen der Integrativen Gruppentherapie*. Kröning: Asanger.
- Gahleitner, S. B. (2013). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S. B., Katz-Bernstein, N. & Pröll-List, U. (2013). Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(2), 165-185. Zugriff am 08.06.2018. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>
- Gasteiger-Klipcera, B. & Klipcera, Ch. (2000). Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49 (9), S. 641-655.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. (18., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.

- Gutgesell, U. (2014). Integrative Beratung im Arbeitsleben – Ein beraterpsychologischer Ansatz für psychosoziale Veränderungsprozesse. *POLYLOGE: Materialien aus der europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Zugriff am 06.07.2018. Verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/sonstiges/gutgesell-integrative-beratung-arbeitsleben-psychosoziale-veraenderungsprozesse-graduierung-01-2014.pdf>
- Hansen, R., Knauer R. & Sturzenhecker, B. (2011). *Partizipation in Kindertageseinrichtungen. So gelingt Demokratiebildung mit Kindern!* Kiliansroda: verlag das netz
- Hawton, K., Rodham, K. & Evans, E. (2008). *Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention*. Bern: Huber
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln*. (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Hertzka, S. H. & Reukauf, W. (1996). Kinderpsychotherapie als dialogischer Prozeß – ein der frühen Mutter-Kind-Beziehung entsprechendes Konzept. In B. Metz-macher, H. Petzold & H. Zaepfel, (Hrsg.), *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 2.* (S.131-166). Paderborn: Junfermann
- Hintenberger, G. & Kühne, S. (2009). Veränderte mediale Lebenswelten und Implikationen für die Beratung. In S. Kühne & G. Hintenberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung. Psychosoziale Beratung im Internet* (S. 13-24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hinterwallner, H., Schneider, M., von Weiler, J. & Gahleitner, S. B. (2016). Wie smart sind Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen im Netz? – Eine Programmevaluation des Smart User-Projekts von Innocence in Danger e.V. In *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(2), 145-159. Zugriff am 08.07.2018. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>
- Hoffmann, P. (2012). Die stationäre Motivationsbehandlung einer 14-jährigen cannabisabhängigen Jugendlichen anhand der ‚Vier Wege der Heilung und Förderung‘ sowie der ‚14 Heil- und Wirkfaktoren‘ der Integrativen Therapie. *BehandlungsJournale: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit*. Zugriff am 08.02.2018. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/hoffmann-petra-motivationsbehandlung-jugendlicher-vier-wege-der-heilung-und-06-2012-2.html>
- Jäkel, B. (2001). Motive und Motivationen als Grundlage menschlichen Verhaltens. Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. *Integrative Therapie*, 27(1-2), 145-172.
- Karver, M. S., Handelsmann, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review* 26, 50-65.
- Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des „Safe-Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In B. Metzmacher, H. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kinder-therapie in Theorie und Praxis*. Bd. 2. (S.111-141). Paderborn: Junfermann
- Katz-Bernstein, N. (2008). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwischen Dyade und sozialer Triangulierung – vier Beziehungsangebote. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 1551-1589). Tübingen: dgvt-Verlag.

- Koocher, G. B. (1983). Competence to consent: Psychotherapy. In G. B. Melton, G. P. Koocher & N. J. Saks (Hrsg.), *Children's competence to consent* (S. 111 – 128). New York: Plenum Press.
- Krause, M. S. (1966). *A cognitive theory of motivation for treatment*. *Journal of General Psychology*, 75, 9-19.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Springer: Wien.
- Liechti, J. (2013). *Dann komm ich halt, sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung* (3., unveränderte Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. (Hrsg.).(1996a). *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute: Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis - Bd. 1*. Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. (Hrsg.).(1996b). *Praxis der integrativen Kindertherapie: Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis - Bd. 2*. Paderborn: Junfermann.
- Meyer-Deters, W. (2010). Ambulante Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die Kinder sexuell missbraucht haben. In G. Hahn & M. Stiels-Glenn (Hrsg.), *Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention* (S. 313-330). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.
- Naar-King, S. & Suarez, M. (Hrsg.). (2012). *Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weinheim: Beltz.

- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften VAS.
- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J., Koch, U. & Wittmann, W. W. (2006). Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) – Testkonstruktion und Gütekriterien. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. (S. 252-270). Bern: Huber
- Nübling, R. & Schulz, H. (2016). FPTM Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In K. Geue, G. Strauß & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. (S. 174-179). Göttingen: Hogrefe
- OPD-KJ (2003). In Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.), *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (S. 307-389) (5. Aufl.). New York: Wiley
- Orth, I. & Petzold, H. G. (1998). Heilende Bewegung – die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In U. Illi, D. Breithecker & S. Muntigler (Hrsg.), *Bewegte Schule. Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199.
- Osten, P. (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis* (2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). München: Reinhardt
- Osten, P. (2017). *Affiliation und Reaktanz: Abwehrmechanismen und Widerstand*. (unveröffentlicht).
- Petzold, H.G. (1980). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie*. Paderborn: Junfermann

- Petzold, H. G. (Hrsg.). (1981). *Widerstand – ein strittiges Konzept der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G. (1988). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. 2 Bände. Paderborn: Junfermann
- Petzold H. G. (1990). Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf. In H. G. Petzold & R. Schobert (1991), *Selbsthilfe und Psychosomatik* (S. 17-28). Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G. (1996). Integrative Kindertherapie als sozial-ökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung. In B. Metzmacher, H. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis - Bd. 2.* (S.143-188). Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G. (1999). Der „Andere“ – der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). In H. G. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis* (S. 337-362). Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G. (2000). Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen, Mai 2000. *POLYLOGE: Materialien aus der europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Zugriff am 25.02.2018. Verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_2000a_grundregel.pdf

- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. 3 Bände (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2007). *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G. (2011). Die heilende Kraft der Landschaft. Integrative Naturtherapie, Green Activity & Green Meditation. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 37(3), 313-353.
- Petzold, H. G. (2016): „14 plus 3“ Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Metafaktoren, Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. EAG Arbeitsunterlagen. Hückeswagen: FPI/EAG.
- Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis.
- Petzold, H. G., Gröbelbauer, G. & Gschwend, I. (2014). Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten – kritische Gedanken und Anmerkungen. In H. G. Petzold, I. Orth & J. Sieper (Hrsg.), *Mythen, Macht und Psychotherapie* (S. 363-392). Bielefeld: Aisthesis.
- Petzold, H. G. & Müller, M. (2005/2007). Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. *POLYLOGE: Materialien aus der europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Zugriff am 23.06.2018. Verfügbar unter http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_mueller_modalitaeten_der_relationalitaet_2005-2007.pdf

- Petzold, H. G. & Orth, I. (1990). *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*. 2 Bände. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G., Orth, I. & Orth-Petzold, S. (2009). Integrative Leib- und Bewegungstherapie – ein humanökologischer Ansatz. Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierenden Praxismodalitäten: Therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, „Green Exercises“. *Integrative Bewegungstherapie*, 1/2009, 4-48
- Petzold, H. G. & Ramin, G. (2003). Integrative Therapie mit Kindern. In H. G. Petzold, *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. Band 3: Klinische Praxeologie (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). (S. 809-850). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. & Renz, H. (2006). Therapeutische Beziehungen – Formen „differenzieller Relationalität“ in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken. *POLYLOGE: Materialien aus der europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Zugriff am 20.06.2018. Verfügbar unter https://www.fpipublikation.de/images/stories/downloads/polyloge/RenzPetzoldTherapBezieh-redigiert_polyloge-13-2006.pdf
- Petzold, H. G., van Beek, Y. & van der Hoek, A. M. (1995). Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung*. Bd. 2. Paderborn: Junfermann
- Pick, M. (2014). *Leistungsmotivation und Psychotherapiemotivation: Vorhersage des Therapieoutcomes*. Dissertation, Philipps-Universität, Marburg.
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants. *On the Horizon* (MCB University Press, 9(5), 1-6

- Rahm, D. (1997). *Integrative Gruppentherapie mit Kindern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1993). Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Reinelt, P. D. (2010). *Behandlungsbeurteilung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bestandsaufnahmen, Verlaufs- und Zusammenhangsanalysen*. Diplomarbeit, Alpen-Adria-Universität, Klagenfurt.
- Reiter-Theil, S., Eich, H. & Reiter, L. (1993). Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kindertherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 14-20.
- Rotthaus, W. (2004). Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz. In B. Metzmacher & F. Metzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 25-45). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schmidtchen, S. (2004). Beitrag der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder zu einer allgemeinen Kinderpsychotherapie. In H.-P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 37-60). Tübingen: dgvt-Verlag
- Schneider, W., Basler, H. D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)*. Weinheim: Beltz.
- Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Psychotherapiemotivation in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In B. Rockstroh, T. Elbert, & H. Watzl (Hrsg.), *Impulse für die Klinische Psychologie* (S. 129-141), Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.

- Schulte, D. (2015). *Therapiemotivation. Widerstände analysieren – Therapieziele klären – Motivation fördern*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R. & Koch, U. (2003). Weiterentwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. *Diagnostica*, 49, 83-93.
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R. & Koch, U. (2006). Entwicklung einer 6-Item Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-K6. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungs-erwartung* (S. 271-282). Bern: Huber.
- Schulze, W. (2009). Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung. Eine empirische Studie. *POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“* 8(13) Zugriff am 03.02.2018. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2009-schulze-wolfram-motivationsfoerderung-zur-inanspruchnahme-von-psychotherapie.html>
- Schwarzmann, M. (2007). *Psychotherapeutische Schulen, Teil III: Integrative Therapie*. Skriptum zur Lehrveranstaltung. Lochau: Schloss Hofen
- Sieper, J. (1971). Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung. *Volkshochschule im Westen*, 2, 220-221.
- Sluneko, T. (1999). *Psychotherapie – eine Lagebestimmung*. In T. Sluneko & G. Sonneck (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie* (S. 11-26). Wien: Facultas.
- Statistik Austria (2017). *Kinder- und Jugendhilfestatistik 2016*. Zugriff am 18.01.2018. Verfügbar unter <https://www.bmfj.gv.at/familie/kinder-jugendhilfe/statistik.html>
- Steiner, O., Heeg, R., Schmid, M. & Luginbühl, M. (2017). MEKiS. Studie zur Medienkompetenz in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz: Basel/Olten.

- Strotzka, H. (1982). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch*. Wien: Springer.
- Umschaden, E. (2014). Psychodrama-Psychotherapie im stationären Bereich einer Wohngemeinschaft mit komplex traumatisierten Jugendlichen. In G. Biegler-Vitek & M. Wicher (Hrsg.), *Psychodrama-Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch* (S. 216-236). Wien: Facultas.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation: Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Warnke, A. & Lehmkuhl, G. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (4. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Winnicott, D. W. (1989). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta

7 TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1 Pearson-Korrelationen zwischen den FBB-Skalen und zum Gesamtscore....11

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1	Theorie-Praxis-Zyklus im Ko-respondenzmodell.....	34
Abb. 2	Responsives, spiegelndes Beziehungsangebot.....	51
Abb. 3	Triangulierendes (verstehendes und handelndes) Beziehungsangebot.....	52
Abb. 4	Konfrontierendes, Struktur gebendes Beziehungsangebot.....	53
Abb. 5	Positives-unterstellendes Beziehungsangebot.....	54
Abb. 6	Dimensionen der Relationalität.....	66
Abb. 7	Die „heraklitische Spirale“ des Erkenntnisgewinns, des Lernens und Handelns und des Veränderns im Ko-respondenzprozess der Integrativen Therapie als „schöpferische Metamorphose“	73
Abb. 8	System der Integrativen Therapie als Verfahren.....	78

ANHANG

Fragebögen zur Psychotherapiemotivation: FMP und FPTM

FMP (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation)

Der vorliegende Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu gesundheitlichen (seelischen und körperlichen) Beschwerden und zu psychologischen Behandlungsformen. Unter einer psychologischen Behandlung wird ein Verfahren zur Heilung oder Linderung von seelischen Erkrankungen verstanden, das sowohl von einem Psychologen als auch von einem Arzt durchgeführt werden kann.

Um psychologische Verfahren sinnvoll einsetzen zu können, ist es wichtig, die Einstellung der Patienten gegenüber psychologischen Behandlungen zu berücksichtigen.

Der Fragebogen enthält Aussagen, bei denen Sie durch Ankreuzen angeben können, wie sehr diese mit Ihren eigenen Meinungen oder Erfahrungen übereinstimmen. Beantworten Sie bitte **jede** Aussage, soweit im Fragebogen keine anderen Hinweise enthalten sind, durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl.

Antworten Sie bitte so, wie es Ihrer Meinung oder Erfahrung entspricht. Der Fragebogen enthält keine "richtigen" oder "falschen" Antworten.

- 1 = stimmt uneingeschränkt
 2 = stimmt eingeschränkt
 3 = unentschieden
 4 = stimmt eher nicht
 5 = stimmt überhaupt nicht

01) Meine Situation am Arbeitsplatz (bzw. der Verlust des Arbeitsplatzes) hat stark bei der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.	1 2 3 4 5
02) Mal ordentlich ausspannen würde mir mehr helfen als jede psychologische Behandlung.	1 2 3 4 5
03) Ich habe mich in Zeitschriften, Büchern, dem Fernsehen, Radio oder im Internet über eine psychologische Behandlung informiert.	1 2 3 4 5
04) Meine Umwelt verhält sich gegenüber meinen Beschwerden eher verständnisvoll.	1 2 3 4 5
05) Ich habe Phasen, in denen mich meine Beschwerden wenig belasten.	1 2 3 4 5
06) Ich befürchte, daß mich die anderen für "verrückt" halten, wenn ich eine psychologische Behandlung aufsuche.	1 2 3 4 5
07) Eine psychologische Behandlung kann eine wertvolle Erfahrung für die persönliche Weiterentwicklung sein.	1 2 3 4 5
08) Einer oder mehrere von meinen Bekannten hat/haben mit einer psychologischen Behandlung insgesamt gute Erfahrungen gemacht. (Wenn bislang niemand aus Ihrem Bekanntenkreis an einer psychologischen Behandlung teilgenommen hat, brauchen Sie diese Aussage nicht zu beantworten.)	1 2 3 4 5
09) Letztlich haben meine Beschwerden doch eine körperliche Ursache.	1 2 3 4 5
10) Seelische Probleme können auch ernsthafte körperliche Beschwerden auslösen.	1 2 3 4 5
11) Mein(e) Arzt (Ärzte) hat/haben sich bemüht, mich zur Aufnahme einer psychologischen Behandlung zu bewegen.	1 2 3 4 5
12) Meine familiären Schwierigkeiten haben die Entwicklung meiner Beschwerden stark gefördert.	1 2 3 4 5
13) In einer psychologischen Behandlung wird versucht, über persönliche Erfahrungen eine Besserung des körperlichen und seelischen Allgemeinzustandes zu erreichen.	1 2 3 4 5
14) Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen.	1 2 3 4 5
15) Hinsichtlich meiner Beschwerden bin ich eher optimistisch.	1 2 3 4 5
16) Ich glaube, daß die meisten anderen Menschen, die an einer psychologischen Behandlung teilnehmen, viel größere Probleme haben als ich.	1 2 3 4 5
17) Meine seelischen Probleme haben die körperlichen Beschwerden stark beeinflusst.	1 2 3 4 5
18) Eine psychologische Behandlung kann mir eventuell bei der Bewältigung meiner körperlichen Beschwerden helfen.	1 2 3 4 5
19) Manche Leute denken, daß ich gar nicht richtig krank bin.	1 2 3 4 5
20) Ich habe gründliche Informationen über eine psychologische Behandlung von Fachleuten erhalten (z.B. Arzt, Psychologe usw.).	1 2 3 4 5
21) Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.	1 2 3 4 5

(Fortsetzung auf der Rückseite; bitte wenden!)

22) Ich habe in der vergangenen Zeit mit dem Gedanken gespielt, eine psychologische Behandlung aufzusuchen.	1 2 3 4 5
23) Nur eine geeignete medizinische Behandlung kann meine Beschwerden mindern oder heilen.	1 2 3 4 5
24) Eine psychologische Behandlung kann einen Menschen dazu in die Lage versetzen, besser mit sich selbst und seiner Umwelt klarzukommen.	1 2 3 4 5
25) Ich kann noch vieles lernen, was mir helfen wird, meine Krankheit zu bewältigen.	1 2 3 4 5
26) Eine Lösung meiner persönlichen Probleme könnte mir mehr helfen als Medikamente.	1 2 3 4 5
27) Ich kann aktiv etwas dazu tun, daß sich meine Beschwerden bessern.	1 2 3 4 5
28) Wenn ich an einer psychologischen Behandlung teilnehme, sollte dies möglichst niemand aus meinem Bekanntenkreis erfahren.	1 2 3 4 5
29) Wegen meiner Beschwerden verhält sich meine Familie mir gegenüber rücksichtsvoll.	1 2 3 4 5
30) Persönliche Probleme und körperliche Beschwerden haben meiner Meinung nach nichts miteinander zu tun.	1 2 3 4 5
31) Mit meinen Beschwerden bin ich bei einem Arzt besser aufgehoben als bei einem Psychotherapeuten/Psychologen.	1 2 3 4 5
32) Meine bisherigen Lebensgewohnheiten haben entscheidend zu meinen Beschwerden beigetragen.	1 2 3 4 5
33) Ich glaube kaum, daß mir eine psychologische Behandlung helfen kann.	1 2 3 4 5
34) Meine Beschwerden sind auch nicht stärker als die Probleme der meisten anderen Menschen.	1 2 3 4 5
35) Ich fühle mich, seitdem die Beschwerden zum ersten Mal nachhaltig aufgetreten sind, eigentlich ständig niedergedrückt.	1 2 3 4 5
36) Ein wirksames Medikament oder eine erfolgreiche Operation wären mir lieber als eine psychologische Behandlung.	1 2 3 4 5
37) Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich lernen, auch meine körperlichen Beschwerden besser zu verstehen.	1 2 3 4 5
38) Ich erlebe mich als sehr gefährdet.	1 2 3 4 5
39) Vor dem Auftreten meiner Beschwerden war ich ein anderer Mensch.	1 2 3 4 5
40) Ich befürchte, dem Psychotherapeuten/Psychologen weitgehend ausgeliefert zu sein.	1 2 3 4 5
41) Ich werde mich selber intensiv um die Teilnahme an einer psychologischen Behandlung bemühen (oder habe mich bemüht).	1 2 3 4 5
42) Ich habe mit einer psychologischen Behandlung (z.B. Autogenes Training, Selbsterfahrungsgruppe, Einzelbehandlung usw.) bereits gute Erfahrungen gemacht. (Wenn Sie bislang nicht an einer psychologischen Behandlung teilgenommen haben, brauchen Sie diese Aussage nicht zu beantworten.)	1 2 3 4 5
43) Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden.	1 2 3 4 5
44) Eine psychologische Behandlung erscheint mir zu aufwendig und anstrengend.	1 2 3 4 5
45) Ich hoffe, daß sich auch meine körperlichen Beschwerden nach einer psychologischen Behandlung bessern werden.	1 2 3 4 5
46) Der ganze familiäre und berufliche Streß hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.	1 2 3 4 5
Bitte beantworten Sie noch eine letzte Frage: 47) Wenn Sie die Ziele, die Ihnen gegenwärtig am wichtigsten sind, der Bedeutung nach ordnen würden, an welcher Stelle würde Ihr Wunsch einer psychologischen Behandlung stehen?	
1 an erster Stelle	2 3 4 5 an letzter Stelle

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Beschwerden, Probleme, Erwartungen, Einstellungen, Psychotherapie, Arbeit/Beruf und die Zukunft beziehen. Beurteilen Sie bitte **jede** einzelne Aussage danach, ob sie für Sie persönlich "stimmt", "eher stimmt", "eher nicht stimmt" oder "nicht stimmt". Bitte markieren Sie jeweils den **für Sie** zutreffenden Grad der Zustimmung.

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt ++
	--	-	+	++
1. Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Ich bin mir unsicher, ob einem hier geholfen werden kann	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Trotz meiner Beschwerden bin ich alles in allem mit meinem Leben zufrieden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Ich glaube kaum, daß man hier etwas für einen tun kann	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung hier zu erhalten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurechtzukommen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Wenn ich meine Beschwerden habe, erlauben mir andere (Partner, Kollegen etc.) eher als sonst, daß ich mich schone	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Es gäbe sicherlich weit weniger seelische Krankheiten, wenn sich die Menschen mehr unter Kontrolle hätten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Ich habe wenig Zuversicht, daß sich an meinen Beschwerden etwas verändert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. Ich fühle mich oft niedergeschlagen und bedrückt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. Wenn ich meine Beschwerden habe, kommt es häufiger vor als sonst, daß sich jemand um mich kümmert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. Es war nicht meine eigene Entscheidung, hierher zu kommen: andere (z.B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. Ich habe keine seelischen Probleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um hierher kommen zu können	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. Es gibt zu viele Dinge, die mir Sorgen bereiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
	--	-	+	++
21. Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. Daß ich hier bin, ist auf mein eigenes Bestreben zurückzuführen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23. Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24. Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige, Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25. Ich habe das Gefühl, daß man einem hier nicht helfen kann	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
26. Wenn ich krank bin, habe ich eher jemanden, der für mich da ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
27. Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
28. Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
29. Es bereitet mir oft Kopfzerbrechen, wie es mit mir weitergehen soll	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
30. Meine Angehörigen verhalten sich, wenn ich meine Beschwerden / Krankheit habe, mir gegenüber verständnisvoller als sonst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
31. Ich habe das deutliche Gefühl, daß einem hier geholfen werden kann	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
32. Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
33. Man sollte sich nicht durch das Besprechen seiner Probleme mit anderen eine Blöße geben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
34. Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
35. Ich leide stark unter seelischen Problemen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
36. Ich weiß wenig über Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
37. In bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
38. Ich habe Probleme, mit denen ich allein nicht fertig werde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
39. Ich habe Angst vor der Zukunft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄