

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmaker**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Ausgabe 28/2009

Expressives Schreiben in der Psychotherapie von Jugendlichen

Erfahrungen mit selbstgeschriebenen Lebensläufen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

*Fiona Jurtan, Dallgow**

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) und aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>).

Einleitung und Fragestellung

I theoretischer Teil

1. Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie:
Sicht des Menschen als Leibsubjekt in Kontext und Kontinuum
 - 1.1. Leiblichkeit
 - 1.2. Lebenswelt und Entwicklung als relationales Geschehen
 - 1.3. Persönlichkeitsentwicklung
 - 1.4. Identität
 - 1.4.1 Säulen der Identität
 - 1.4.2 Identität: Beständigkeit und Wandel
 - 1.4.3 Gefahr der Fremdbestimmung
 - 1.4.4 Transversaler Charakter der heutigen Identität

2. Gesundheits-/Krankheitsmodell der Integrativen Therapie
 - 2.1. Erster Weg der Heilung und Förderung
 - 2.2. Zweiter Weg der Heilung und Förderung
 - 2.3. Dritter Weg der Heilung und Förderung
 - 2.4. Vierter Weg der Heilung und Förderung

3. Konzepte klinischer Entwicklungspsychologie in der Integrativen Therapie
 - 3.1. Therapie und innere Ressourcen als protektiver Faktor
 - 3.2. Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichkeitherapie

4. Sprache im therapeutischen Prozess
 - 4.1. Schreiben als Mittel zur Integration von Selbst- und Fremdattribution in eine sinnstiftende und tragende Identität
 - 4.2. Biographiearbeit als ko-kreative Konstruktion im Identitätsprozess
 - 4.3. Verhältnis der Jugendlichen zum Medium SchreibenSchreiben als Teil der Lebenswelt heutiger Jugendlicher
Angst vor Fehlern, vor (wiederholtem) Versagen in der Leistungssituation

5. Reflektierte Methodenvielfalt und Erkenntnishintergrund

II praktischer Teil

1. Besonderheiten des Kontextes „stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie“
 - 1.1. Umstände der Aufnahme
2. Beschreibung der Einführung, Setting und Nachbesprechung
 - 2.1. Einführung der Intervention und Setting für das Schreiben
 - 2.2. Gestaltung der Nachbesprechung, Integration in den therapeutischen Prozess

III Lebensläufe

1. Michael R.
 - 1.1. Kurzanamnese, Aufnahmegrund
 - 1.2. Lebenslauf
 - 1.3. gemeinsame therapeutische Arbeit mit der Narration von Michael
2. Sarah Q.
 - 2.1. Kurzanamnese, Aufnahmegrund
 - 2.2. Lebenslauf
 - 2.3. gemeinsame therapeutische Arbeit mit der Narration von Sarah

Einleitung und Fragestellung

Ziel der Arbeit ist die exemplarische Darstellung der Interventionstechnik „Schreiben“ als kreatives Mittel zur Bewusstseins- und Identitätsarbeit und Sinnfindung im Rahmen einer stationären Therapie für Jugendliche.

Es sollen Erfahrungen mit dem Schreiben des eigenen Lebenslaufs durch den Jugendlichen dargestellt werden.

Da diese Interventionsform und durch sie angeregte Veränderungen nie losgelöst vom biographischen und sozialen Kontext des Subjekts zu verstehen sind, werden sie eingebettet in die Geschichte der Begegnung der Therapeutin mit dem Protagonisten in der gemeinsamen, sinnsuchenden Betrachtung seines lebensgeschichtlichen und sozialen Zusammenhangs und der aktuellen Krisensituation, die zur stationären Aufnahme führte. Ihre weitere Nützlichkeit als Mittel zum Aufspüren von Ressourcen und Wegen aus der Krise wird erörtert.

Methodisch wird dieses anhand von zwei Fallbeispielen dargestellt, die keinen Anspruch auf Verallgemeinerung erheben, sondern als eine Phase im hermeneutischen Spiralprozess der gemeinsamen Erkenntnisbildung zu sehen sind.

Die Auseinandersetzung mit diesem Thema ergab sich aus der Beschäftigung mit den theoretischen und praktischen Konzepten der Integrativen Therapie im Rahmen meiner Ausbildung zur Integrativen Kinder- und Jugendlichentherapeutin am Fritz Perls Institut, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Im ersten, theoretischen Teil fasse ich daher aus den relevanten Schriften die für diese Arbeit grundlegenden meta-theoretischen Positionen zusammen als Basis für meine eigenen Gedanken zum Thema Schreiben als kreativitäts- und identitätsfördernde Intervention in der Therapie. Im dritten Teil werden exemplarisch zwei anonymisierte Lebensläufe wiedergegeben mit der anschließenden Beschreibung ihrer Verwendung in der Arbeit mit den jeweiligen Jugendlichen. In der abschließenden Zusammenfassung wird dann versucht, eine Antwort auf die Frage zu finden, ob die dargestellte Technik des „Lebenslauf-Schreibens“ ein sinnvoller Baustein im gesamttherapeutischen Prozess darstellen kann.

I Theoretischer Teil

1. Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie:

Sicht des Menschen als Leibsubjekt in Kontext und Kontinuum

Um „integrativ“ sein zu können, muss eine Persönlichkeitstheorie oder eine Theorie der Therapie so beschaffen sein, dass sie Positionen aus verschiedensten Richtungen denkbar und diskutierbar machen kann. Dieses tut die Integrative Therapie vor dem Hintergrund einer strukturierten Meta-Theorie, die unter anderem die Prinzipien des heraklitischen Wandels, einer evolutiv-pluraistischen Wissenschaftstheorie und eines anthropologischen Menschenbildes beinhaltet (Petzold 2006). Die Persönlichkeitstherapie geht von einem „Leibsubjekt im Kontext und Kontinuum“ aus, geht davon aus, dass sich Persönlichkeit lebenslang und interaktionell in Beziehungen entwickelt (Petzold 1992). Im Kontext der vorliegenden Arbeit und ihrer Beschäftigung mit dem eigenen Lebensweg, mit der Entwicklung einer „narrativen Identität“ (Petzold 2001) geht es viel um die Auseinandersetzung mit „dem Selbst“ und „dem Anderen“. In diesem Zusammenhang sind zwei für die Integrative Therapie wesentliche Konzepte zu nennen, die als solches anderenorts ausführlich dargestellt werden: das der Leiblichkeit (vgl. Petzold 2002) und das der Lebenswelt (vgl. Petzold 1993).

1.1. Leiblichkeit

Der Leibbegriff der Integrativen Therapie ist bestrebt, der Ausgrenzung des Themas Leiblichkeit durch die traditionellen, eher sprachzentrierten Therapieformen entgegenzuwirken. Aus der anthropologischen meta-theoretischen Position betrachtet sieht die Integrative Therapie den Menschen als Wesen mit einer Doppelstruktur: Selbstheit und Zugehörigkeit. Der Mensch ist Teil dieser Welt, weil er der Welt ko-existiv angehört, jedoch erfährt er seine eigene Existenz „vom Leibe her“ (Petzold 1992).

Der komplexe Leibbegriff der Integrativen Therapie verbindet die philosophische/ phänomenologische Leibtheorie mit neurowissenschaftlichen Perspektiven. Die philosophische Theorie sieht 1. den Menschen als Leibsubjekt unmittelbar mit seiner Lebenswelt verbunden – von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und umgekehrt. 2. den Menschen als bewegten, bewegenden Leib: Bewegung verbindet in und mit der Welt, in der er Erfahrungen sammelt. 3. Leiblichkeit als Zeitlichkeit: der Leib wächst, entwickelt sich lebenslang mit seinen Erfahrungen, die im Leibgedächtnis Niederschlag finden. 4. den Leib mit Personalität, Subjekthaftigkeit verbunden. Der Charakter von Mimik/Gestik z.B. zeigen so etwas wie den „Wesen des Menschen“, soziale Rollen werden „auf den Leib geschrieben“ (Petzold 2002).

Der Leib muss also als beseelter und gedankenerfüllter Körper-in-Beziehung gesehen werden, der in der Lebenswelt eingebunden ist. Die neurobiologischen Grundlagen des Körpers werden in Interaktion mit anderen Ebenen (kognitiven, volitiven, emotionalen Prozessen) gesehen, so dass man vom Konzept des „informierten Leibes“, in dem die Erfahrungen körperlich gespeichert sind, spricht. Der Mensch ist Organismus und Subjekt zugleich.

Sowohl die biologische wie auch die subjekthafte Leiblichkeit ist die Grundlage für die Ausbildung von Identitätsprozessen.

1.2. Lebenswelt und Entwicklung als relationales Geschehen

Die Integrative Therapie hat ein zutiefst interaktionistisches Verständnis von Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung. Jegliche Entwicklung geschieht im Beziehungsgeflecht.

Identität und Identitätsentwicklung erweist sich als unabdingbar in Kontexte eingebunden und durch Kontexte bestimmt. Das Erleben einer eigenen Selbstheit durch Selbsterforschung ist eingebettet in die Sozialität, die formend auf das Individuum wirkt, die andererseits durch die engagierte Mitwirkung des Individuums gestaltet wird (Petzold 2001). Identität entsteht aus unterschiedlichsten Interaktionen mit anderen Identitäten und Institutionen, aus Fremdattributionen, ihren Bewertungen, ihren Verinnerlichungen, aus Selbstattributionen (s. weiter unten). Dieses wirkt in die konkrete Leiblichkeit hinein und findet, wie oben ausgeführt, im „Leibgedächtnis“ Niederschlag (ebenda).

Der Grundsatz der Relationalität gilt nicht nur für die Entstehung der Lebensgeschichte, sondern auch für deren Betrachtung: Um sich „mit sich selbst“ auseinandersetzen zu können, ist eine Position etwas außerhalb des Selbst, eine „exzentrische“ Position notwendig. Diese Position kann nur in der Auseinandersetzung mit dem „Anderen“ gewonnen werden: Neben dem eigenen braucht es zum Verständnis „den anderen Blick“, der Sinn der eigenen Geschichte erschließt sich nur im Dialog, und die Syntax der eigenen Geschichte ist eine Syntax des Zwischenmenschlichen.

Ein wesentliches Ziel der Therapie ist es, die Ko-respondenzfähigkeit des Menschen zu fördern (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe Hollenbach, 1999).

1.3. Persönlichkeitsentwicklung

Die erste für den Menschen wesentliche Beziehung ist die der Dyade Mutter-Kind, dann der Triade (Mutter-Vater-Kind), später kommt das soziale Milieu (Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen) hinzu, immer beeinflusst durch den gesamt-ökologischen Zusammenhang (Wohnung, Quartier, Landschaft).

An dieser Stelle sei kurz die Entwicklung der Persönlichkeit des Leib-Selbst, bestehend aus Selbst, Ich und Identität erwähnt: Der Körper bietet Grundlage zur Ausbildung des „archaischen Leibselbst“, das

Selbst formt sich aus im Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und Stimulierungen aus dem ökologischen Milieu, insbesondere vom „Caregiver“. Daraus bildet sich ein „archaisches Ich“, das sich zum reflexionsfähigen reifen Ich entwickelt als Gesamtheit aller Ich-Funktionen im Prozeß (d.h. bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Denken, Werten, Handeln), durch das das Selbst sich seiner selbst bewusst wird und somit in der Lage ist, die dritte Dimension der Persönlichkeit, die Identität, zu konstituieren. Es vollzieht sich also ein Übergang vom archaischen zum reifen Leib-Selbst vollzogen. Dieses besitzt Ich und Identität, die wiederum formend auf das Selbst zurückwirken.

1.4 Identität

Identitätsentwicklung ist ein lebenslanger Prozess, der im Kontakt zum eigenen Leib-Selbst und in der Beziehung zu anderen entsteht. Die Bildung von Identität ist wie alle Selbst-Funktionen an Verkörperung gebunden. Das Erleben der eigenen Selbstheit auch durch Selbsterforschung ist, wie oben beschrieben, eingebettet in die Sozialität, die formend auf das Individuum wirkt, die andererseits durch Mitwirkung des Individuums gestaltet wird (Petzold 1992, 2002).

Die Identitätsarbeit des Ich besteht im Balancieren zwischen sozialer Zuschreibung und Selbstattribution, zwischen Konsistenz und kreativer Offenheit, zwischen Kontinuität und Diskontinuität. Attributionsprozesse sind an Wahrnehmungsvorgänge gebunden: Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung. Beide bilden im Laufe der Sozialisation Schemata, Skripts, Narrative, Stile aus. Das Wahrgenommene wird aufgrund gewonnener Sinnstrukturen (Werte, Überzeugungen, Beliefs) bewertet (Valuation). Die bewerteten Wahrnehmungen werden verinnerlicht, es entstehen Selbstkonzepte.

Identität geht also in einer persönlichen und gemeinschaftlichen Hermeneutik des Subjekts aus dem Zusammenwirken von Selbst/Ich im Kontext/Kontinuum hervor als Syngem von sozialer Identität und Ich-Identität. Identität wirkt dabei wieder formend auf das Leibselbst zurück und zu anderen Ko-Subjekten hin, für deren Identitätsprozesse es konstitutiv sein kann (Petzold et al, 2001).

Das Ziel der Identitätsarbeit in der Therapie ist es, eine emanzipierte Identität zu gewinnen, diese emanzipierte Identität ist eine Dimension des Selbst, das damit ein „flüssiges Selbst“ ist, in dem auch nicht integrierbare, inkonsistente Momente Raum haben können. Identität ist plastisch, da Verinnerlichungsprozesse, Narrativbildung ein Leben lang andauern (Petzold 1992, 2003).

1.4.1 Säulen der Identität

Identität wird gewonnen aus Narrationen in den fünf tragenden Lebensbereichen, in denen die o.g. Identitätsprozesse der Fremdattribution, Bewertung, Selbstattribution, Internalisierung wirken. Die Betrachtung dieser fünf Ebenen kann in der Diagnostik wertvoll sein, so dass eine Förderung und Entfaltung in der Therapie auf mehreren Ebenen angestrebt werden kann.

Die erste Säule der Identität ist die Leiblichkeitssäule (Orth, 2002), die u.a. eine gute Gesundheit, einen bewegungsaktiven Lebensstil, einen sorgsamen Umgang mit seinem Körper, eine erfüllte Sexualität, ein Erleben leiblicher Integrität, eine Zufriedenheit mit seinem Körper und seinem Aussehen beinhaltet. In der Pubertät ist die Wichtigkeit dieser Säule für die erlebte Identität sehr stark spürbar durch die biologischen Veränderungen, die wiederum Veränderungen und Verunsicherungen in Rollenerwartungen und eigenem Selbsterleben mit sich bringen. Insbesondere die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körperbild ist für die beiden Jugendlichen, deren Lebensläufe hier wiedergegeben werden, stark problembehaftet, beide erhoffen sich aber auch durch eine Veränderung ihres Körpers („wenn ich nur stärker/wehrfähiger wäre“, bzw. bei dem Mädchen „wenn ich nur schlanker wäre“) eine Veränderung ihres ganzen Lebens („... dann könnte mich keiner mehr demütigen“, bzw. „... dann wäre ich sozial angepasst und akzeptiert“). Es scheint, als sei diese Säule die für sie am stärksten mit ihrer Identität verbunden, aber auch am stärksten mit ihrer Unzufriedenheit mit sich selbst in ihrer gegenwärtigen Lage, mit entsprechender Rückwirkung auf die anderen Bereiche.

Als zweiter Bereich sind die sozialen Beziehungen zu nennen. Soziale Netzwerke und Begleitpersonen auf dem Lebensweg („convoys“) aus der Familie, dem Freundeskreis, dem Kollegenkreis sind für den Menschen ein zentraler Bestandteil seiner Identität.

Der dritte Identitätsbereich ist der der „Arbeit und Leistung, Freizeit“. Im hiesigen Kulturkreis haben die berufliche Tätigkeit, der berufliche Status und berufliche Leistungen eine hohe Bedeutung. Für den Personenkreis der vorliegenden Arbeit, die Jugendlichen, steht die Entwicklung in diesem Bereich an einem sehr markanten Punkt, der von vielen als Anfang und Weichenstellung für das spätere Leben erlebt wird und als solcher mit vielen Erwartungen an sich selbst und aus dem Umfeld verbunden ist, aber auch mit hohen Versagensängsten und Unzulänglichkeitsgefühlen. Die reale Situation der hohen Arbeitslosigkeit, Mangel an Ausbildungsplätzen oder anderen Perspektiven im ländlichen Brandenburg und die häufigen schulischen Leistungsproblemen insbesondere bei Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie verstärken ein Gefühl der Resignation und der mangelnden Kontrolle über das eigene Leben. Dieses wirkt ebenfalls auf andere Bereiche der Identität zurück.

Materielle Sicherheiten stellen den vierten Bereich der Persönlichkeit dar, ein Bereich, dessen Wichtigkeit man oft erst dann erkennt, wenn er bedroht ist. Für das Klientel vieler Kinder- und Jugendpsychiatrien ist

dieser Bereich jedoch meist von einer ständigen Bedrohung überschattet, die Kinder/Jugendlichen entstammen größtenteils einem deprivierten Hintergrund und spüren die oben erwähnten Folgen der gesamtwirtschaftlichen Lage in allen Bereichen ihres Alltags. Aber auch in anderen gesellschaftlichen Schichten ist durch die besondere Situation der neuen Bundesländern zumindest eine Zeit der Instabilität und Unsicherheit in jeder Biographie der um 1989 geborenen Kinder zu finden. Dieses berührt auch den o.g. vierten Punkt „Arbeit, Leistung, Freizeit“, in dem sich viele der Eltern unserer Jugendlichen statusmäßig als „Verlierer der Wende“ erleben, oder auch, wenn sie nicht direkt finanziell bangen mussten, das eigene Selbstverständnis in der Ausübung ihrer Tätigkeit überprüfen mussten.

Werte sind der fünfte zu nennende Identitätsbereich. Menschen beziehen aus ihren Werten Sinn und Kraft und ihre Zugehörigkeit zu Wertegemeinschaften (Kirchen, politischen Gruppen, Umweltschutzorganisationen o.ä.). Auch hier ist die Adoleszenz eine Zeit, in der Werte neu und anders als identitätsbestimmend erlebt werden, mit Abgrenzungswünschen gegenüber den Eltern, aber meist auch mit z.T. unbewussten Delegationen und Aufträgen aus dem gesamtgesellschaftlichen Kontext der Familie (was besonders auf die Biographie des unten dargestellten Mädchens zutrifft).

1.4.2. Identität: Beständigkeit und Wandel

Petzold (2001) greift die Gedanken Ricoeurs (1990) auf, der zwei Hauptbedeutungen von Identität unterscheidet, je nachdem, ob man unter „identisch“ das Äquivalent des lateinischen *idem* oder des *ipse* versteht. Demnach unterscheidet er zwischen 1. Selbigkeit, nämlich die *Idem-Identität* (Beständigkeit, die in der Zeit gegenüber Differentem, Veränderlichem *identique* (identisch) bleibt) und 2. Selbstheit als – qualitativ aufzufassende – *Ipsse-Identität* (als Wandelbares, Veränderliches, ohne überdauernden Kern und mit der Qualität eines Vergleichs).

Die Dialektik oder Integration von Beständigkeit und Wandel gelingt über das Konzept einer *narrativen Identität*: „Der erzählte, sich erzählende Mensch als einer, über den auch erzählt wird und der von diesen Narrationen weiß, gewinnt seine Identität aus genau dieser lebendigen Textur, in der sich sowohl Dynamik/Prozess und Stabilität/Struktur finden und in der eine beständige hermeneutische Arbeit des Selbst Beständigkeit und Wandel ermöglicht, gewährleistet, dass man sich verändern kann und in allen Wandlungen ein Gleicher, sich Ähnlicher, wenn auch nicht ein homolog Identischer sein kann“ (Petzold 2001).

So gibt die Identität eine gewisse Stabilität für das Leben und durch ihre gleichzeitige Plastizität vermeidet sie die Gefahr rigider Erstarrung. In der Psychotherapie gilt es, diese Stabilität zu stützen oder ihre Plastizität für veränderungswirksame Interventionen zu nutzen.

Bei den unten dargestellten Jugendlichen tritt diese Dialektik in besonderer Form in Erscheinung: Beide Jugendliche fühlen sich aus unterschiedlichen Gründen in ihrer Identität so bedroht, empfinden diese als so brüchig, dass sie an den wenigen identitätsstiftenden Momenten festhalten, auch wenn sich dieses als Einengung für ihre weitere Entwicklung darstellt.

1.4.3 Gefahr der Fremdbestimmung

In Fällen wie den eben erwähnten kann die Therapeutin schnell der Gefahr unterliegen, die Jugendlichen zu sehr in eine von ihr gewünschte Richtung drängen zu wollen, und somit zu einer fremdbestimmten Identität hin zu manipulieren. Dabei wäre es wichtig, dass sie als Subjekte ihrer eigenen Identität auch nach ihren eigenen Regeln arbeiten. Da die Identität immer eine in sozialen Kontexten „ausgehandelte“ ist, und jede soziale Interaktion, erst recht eine Therapie, eine Beeinflussung darstellt, wäre es ein Trugbild zu meinen, der Jugendliche könne autonom seine eigene Identität konstruieren. Petzold (1998) führt an, dass in diesem Zusammenhang eher „persönliche Souveränität“ anzustreben sei, wobei das Subjekt die Möglichkeit haben soll, über seinen Raum zu bestimmen, bzw. ihn mit anderen Subjekten auszuhandeln. Dazu ist es wichtig, als Therapeutin die eigenen Strategien und Erklärungsmodelle transparent zu machen und mit dem Jugendlichen zu diskutieren. Im übrigen würde Therapie auch gar keine Veränderungen irgendwelcher Art bewirken *können*, wenn sie mit Vorstellungen arbeitet, die die Gedankenwelt des Jugendlichen nicht erreichen oder die der Jugendliche für sich nicht als zugehörig empfinden kann.

Schön finde ich in diesem Zusammenhang, dass die Aufgabe, einen Lebenslauf zu schreiben, recht offen gelassen wird: Der Jugendliche selbst entscheidet, was, wie und in welcher Tiefe er etwas beschreiben möchte. Davor noch kann er ohne Weiteres entscheiden, ob er diese Technik überhaupt annehmen möchte, entweder durch direkte Ablehnung (etwa „nee, keine Lust“) oder durch wiederholtes Vergessen der Aufgabe (nach der die Therapeutin dann auch nicht mehr als zwei Mal fragen sollte). Im allgemeinen erlebe ich aber, dass die Aufgabe gern angenommen wird und dass bei jedem Jugendlichen ein völlig anderes Werk entsteht.

1.4.4. Transversaler Charakter der heutigen Identität

In der heutigen Zeit besteht durch die vielfältigen Möglichkeiten und Entscheidungen, die ein Einzelner treffen muss und der Flexibilität, die von ihm verlangt wird (Beck, 1990), die Gefahr einer Identitätsdiffusion. Durch die Individualisierung dieser Prozesse entsteht auch schnell das Gefühl der Überforderung, des Alleinseins mit den Entscheidungen über den Lebensweg, mit dem Gefühl eines Einzelschicksals, das man selbst zu bestimmen und verantworten hat.

Das rasant schnelle Tempo der Veränderungen in der Moderne ermöglicht positive Entwicklungen durch das ständige Überschreiten von bisherigen Grenzen des Wissens und der Möglichkeiten (transversaler Charakter der heutigen Identität, Petzold 2001), stellt aber auch extrem hohe Anforderungen an ein Identitätskonzept, das hinlängliche Stabilität angesichts vielfältiger Wechsel bieten soll. Die Suche nach Sinn, die „persönliche Hermeneutik“ kann nur gemeinschaftlich mit anderen gelingen, nur so kann die notwendige Position der Exzentrizität, von der aus eine erweiterte Sinnerfassungskapazität möglich ist, eingenommen werden. Die eigene Subjekthaftigkeit wird nur mit der des Anderen erfahrbar (Petzold 2001): „In derartigen Prozessen permanenter Differenzierung, Integration, Kreation und Transgression geschehen Erfahrungen des eigenen Selbst, die sich in sozialisationsvermittelten kulturellen Mustern und der Befreiung von ihnen vollziehen. Derartige Muster determinieren unsere vermeintliche Autonomie.“

Identitätsarbeit hat das Ziel, Stabilität und Flexibilität so zu verbinden, dass das Subjekt mit hinlänglicher Sicherheit in einer komplexen Welt zurechtkommen kann und in der Lage ist, Problemen zu begegnen und im Zusammenleben mit Anderen sein Potential zu entwickeln.

2. Gesundheits-/Krankheitsmodell der Integrativen Therapie

Gesundheit und Krankheit sind zwei Dimensionen menschlicher Existenz. Die Integrative Therapie definiert Gesundheit als Qualität des menschlichen Lebensprozesses, bei dem sich der Mensch selbst in Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang so wahrnehmen und regulieren kann, dass sich seine körperlichen, geistigen, seelischen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten können. Krankheit wird betrachtet als multi-faktorielles, kontextabhängiges, im Lebenslauf entstandenes Geschehen (Petzold 1992). Die Integrative Therapie hat den Anspruch, der mehrfachen Entfremdung in der gesellschaftlichen Lebenswelt entgegenzuwirken, Bewusstseinsarbeit und Erkenntnis zu fördern und damit Integrität und Würde des Menschen wiederherzustellen. Die therapeutische Beziehung ist einer der wesentlichsten Faktoren im therapeutischen Prozess, entsprechend des integrativen Gedanken der IT werden Ansätze oder Interventionen mit Berücksichtigung ihres meta-theoretischen Hintergrundes in der Therapie prozessorientiert eingesetzt. Hilfreich in dem notwendigerweise verkürzten Zusammenhang dieser Arbeit ist es, das Vorgehen der Integrativen Therapie anhand der „vier Wege der Heilung und Förderung“ zu betrachten, die man quasi als Kategorien von Wirkfaktoren im therapeutischen Geschehen beschreiben könnte. Je nach Verlauf des therapeutischen Prozesses kann das Schwergewicht auf eines oder mehrere der vier Wege gelegt werden. In den nachfolgenden vier Abschnitten wird zunächst der jeweilige Weg der Heilung/Förderung kurz umrissen (s.a. Klumpp 2006), dann werden Berührungspunkte mit dem Kontext der vorliegenden Arbeit (Schreiben/Therapie mit Jugendlichen/Psychiatrie) diskutiert.

2.1. Erster Weg der Heilung und Förderung:

Bewusstseinsfindung, Sinnfindung und emotionales Verstehen

Bei diesem Weg geht es für den/die KlientIn in erster Linie darum, ihre Problematik zu erleben und verstehen durch das Aufdecken von verdrängten Störungen, Konflikten, Traumata oder Defiziten und um das Wiedererleben ausgeblendeter schmerzhafter Gefühle und Erinnerungen, und um das Sinnverstehen von Symptomen. So können aktuelle Verhaltensweisen und Narrative erkannt und nach Möglichkeit verändert werden. Im Prozess dieser Persönlichkeitsentwicklung ist die kognitive Um- und Neubewertung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge und aktueller Situationen möglich und führt zu einer erweiterten Sinnerfassungskapazität. Dieses hat das Ziel, das eigene Leben selbstbestimmter in die Hand nehmen zu können. Dabei ist die Sinnfindung ein gemeinsamer Ko-respondezprozess zwischen Therapeutin und Klientin.

Es ist in jedem Lebensalter wichtig, sich bei diesem Prozess nicht als fremdbestimmt zu fühlen, aber insbesondere im jugendlichen Alter ist man argwöhnisch gegenüber vermeintliche Bevormundung oder Beeinflussung durch Erwachsene. Das Mittel des Schreibens wird in der Regel von Jugendlichen als eigenbestimmt erlebt. Man kann im Anschluss daran mit dem Jugendlichen das Geschriebene auswerten, aber nur, wenn dieses im therapeutischen Prozess als sinnvoll und vom Jugendlichen gewollt erlebt wird. Ansonsten wäre ein Verstehensmodell, auch ein noch so gutes, das der Jugendliche für sich nicht annehmen, emotional nachvollziehen und zu seinem Narration zugehörig empfinden kann, vergebliche Arbeit. In der gemeinsamen Auseinandersetzung um Sinnfindung wird die Ko-respondenzfähigkeit entwickelt.

2.2 Zweiter Weg der Heilung und Förderung:

Nachsozialisation, Bildung von Grundvertrauen, Nach-Beelterung

Beim zweiten Weg der Heilung geht es um die Wiederherstellung von beeinträchtigtem Grundvertrauen. In einer guten therapeutischen Beziehung, die der Klientin in einer „Als-Ob-Eltern-Beziehung“ einen sicheren Rahmen bietet, kann er/sie auch zeitweilig und partiell regredieren. Die Regression, die immer eine Teilregression bleibt, ist das eigentlich heilsame an diesem Weg und ermöglicht dem Klienten, fehlendes Grundvertrauen nachbilden. Wichtig ist hier der therapeutische Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, mit Einfühlung und wechselseitiger Empathie. Die Therapeutin entscheidet je nach Problematik und Situation der Klientin, wie lange und in welcher Weise sie auf die Rollenerwartungen der Klientin eingeht. Hier ist die Wichtigkeit des „Bezogenenseins“ für Heilung und Wachstum besonders augenfällig, die in der therapeutischen Beziehung geschieht.

Im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die den Hintergrund für die vorliegende Arbeit bildet, haben viele Patienten in den ersten Lebensjahren Störungen, seelische Traumata und Defizite erlebt (Ablehnung, mangelnde Beziehungskonstanz, Trennung). Nach Rutter (1991) erhöht das Auftreten eines solchen „Risiko-Umfeldes“ die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Risiko-Umfeldes. So setzen sich Verhaltensmuster fest, die weitere Risiko-Umfelder schaffen und zur Entwicklung einer erhöhten Vulnerabilität führen. In der Einzeltherapie, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Einzelbetreuung durch die Zeit auf Station und manchmal danach strukturierend begleitet, wäre das Angebot einer stabilen, zuverlässigen therapeutischen Beziehung, in der Regression möglich ist, und in der alternative Beziehungserfahrungen erlebt und fehlendes Grundvertrauen nachgebildet werden kann, wichtig. In meiner Erfahrung ist dieses jedoch durch die manchmal recht kurze Aufenthaltsdauer (sechs bis acht Wochen), vor allem aber durch die Vielfalt der Aufgaben, mit denen sein Therapeut betraut ist, erschwert. Ein einzelner Therapeut ist nämlich nicht nur als „Als-Ob-Elternteil“ für die Einfühlung in die Lebenswelt des Jugendlichen zuständig, sondern macht auch die Familiengespräche, verordnet die flankierenden Therapien, und – oft ein Grund für Störungen im Verhältnis – ist in Zusammenarbeit mit den betreuenden Erziehern auf der Station mit für die Einhaltung der Stationsstruktur verantwortlich, was z.B. mit der Aussprache von Sanktionen verbunden ist. Es kann dann passieren, dass dem Therapeuten und den Betreuern schon bewusst ist, dass emotionale Nachnahrung indiziert wäre, sie aber mit dem jugendlichen Patienten dahingehend arbeiten, dass er zunehmend Verantwortung für sein Verhalten und emotionale Regulation übernimmt, weil er z.B. sonst auf der Station nicht tragbar wäre.

2.3 Dritter Weg der Heilung:

Erlebnisaktivierung/Persönlichkeitsentwicklung

Im dritten Weg wird versucht, kreative Fähigkeiten zu aktivieren, das Ausdrucksvermögen zu fördern und die praktische Ko-respondenzfähigkeit der Klienten zu erhöhen. Dieser Weg ist besonders dann indiziert, wenn Störungen durch Verarmung oder Entfremdung von der Umwelt entstehen, z.B. durch eine krank machende Lebens- und Arbeitswelt, die die Kreativität und Sinnlichkeit veröden lässt, die Abstumpfung des Leibes und die fremdbestimmte Reglementierung des Empfindungs- und Ausdrucksvermögens. In der Therapie sind Mittel des dritten Weges die Aktivierung von Erlebnissen sowie eine Stimulierung der unterschiedlichen Sinne. Die Vorgehensweise ist erlebnis- und übungszentriert. Durch die Erfahrung des eigenen schöpferischen Potentials entsteht die Entfaltung und Erweiterung der Persönlichkeit und deren Erlebnis- und Handlungsspielräume.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich nicht selten Jugendliche, die aufgrund der o.g. chronischen Deprivations- oder Misshandlungserfahrungen, Kreativität/Sinnlichkeit und das daraus aufbauende Ausdrucksvermögen gar nicht erst entwickeln konnten. Gerade bei solchen Jugendlichen ermöglicht der therapeutische Zugang über kreative Medien manchmal – für beide Seiten – überraschende und bewegende Entwicklungen. In dieser Klientengruppe, aber auch bei allen anderen Jugendlichen, ist die Förderung kreativen Ausdrucks ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum Erleben und Mitteilen der eigenen Gefühlswelt und zum Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit und des Eröffnens eines oft neuen Zugang zu anderen Menschen. Auf der in dieser Arbeit beschriebenen Station ist es meist die Musiktherapie, manchmal die Kunsttherapie, die den Jugendlichen einen neuen Zugang zu sich und anderen eröffnet, bei manchen Jugendlichen habe ich auch erlebt, dass das Schreiben als eine solche Form des kreativen Ausdrucks gern angenommen wird.

2.4 Vierter Weg der Heilung und Förderung:

Solidaritätserfahrung

Der vierte Weg der Heilung und Förderung ist als Hintergrunddimension für die ersten drei Wege ständig gegenwärtig. Es geht dabei um die Erfahrung von Mitgefühl, Mitmenschlichkeit, Solidarität, miteinander Handeln und Arbeiten im Alltag. Diese Erfahrung macht den Kern von Intersubjektivität aus und ist eine Grundsäule von Therapie. Die Integrative Therapie sieht das Eingebundensein von Menschen in sozialen Lebenszusammenhängen nicht nur als Grundpfeiler der theoretischen Einbettung, sondern versucht in der Therapie über das „Behandlungszimmer“ hinaus stützende Netzwerken zu entwickeln und fördern. So kann der Aufbau und die Arbeit in Selbsthilfegruppen, sozialen Netzwerken, Projektgruppen oder ähnlichem ein wichtiger Aspekt therapeutischer Arbeit sein.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist dieser Teil der Arbeit oft präsenter als mit Erwachsenen, die direkte Berührung mit verschiedenen Mitgliedern und der Dynamik des „convoys“ der Patienten (Eltern, Geschwister, Vertreter der Schule, manchmal auch involvierte Mitarbeiter von Jugendhilfe-Einrichtungen) gehört selbstverständlicher zur Arbeit dazu. Ebenso die Anregung, manchmal begleitete Initiierung zur Teilnahme an bestimmten Netzwerken (wie z.B. eine Mitgliedschaft im Fußballverein oder die Hinführung zu Selbsthilfegruppen für Suchtproblematik). Dieser Weg braucht zwar direkte Einflussnahme, das Schreiben kann jedoch auch auf dieser Ebene für den Jugendlichen ein Medium zur Reflektion über sein Netzwerk sein und z.B. sein Zugehörigkeitsgefühl dazu stärken oder auch die Notwendigkeit zur Veränderung des Netzwerkes für ihn spürbar machen.

3. Konzepte klinischer Entwicklungspsychologie in der Integrativen Therapie

Konzepte der Entwicklungspsychologie sind von anderen Bereichen der Integrativen Therapie nicht zu trennen, da sich die entwicklungstheoretische und ökologische Position sich durch den gesamten Ansatz zieht: Das Subjekt der Integrativen Therapie wird im Kontinuum gesehen und entwickelt sich im gesamten Lebenslauf beständig (Petzold 2006). Longitudinalforschung wird für die Entstehung von Aussagen über Gesundheit und Krankheit als wesentlich erachtet. Als „Erklärungsmodell“ für das Entstehen scheiden monotraumatische Theorien aus, vielmehr werden Ketten/Geflechte negativer, positiver und defizitärer Ereignisse in zeittextendierter Interaktion und Summation herangezogen. Die synoptische Sicht bezieht auch die folgenden Ebenen mit ein: die neuro- und sensumotorische Entwicklung mit dem informierten Leib als Grundlage, die emotionale Entwicklung, wobei Bindungstheorie eine große Rolle spielt, die kognitive Entwicklungstheorie, bei der die Ausbildung von Sinnstrukturen, Rollen, Scripts erfolgt, die ökologische Perspektive, die auch die Interaktion von Mensch/Umwelt sieht, und, ganz wesentlich, die alles durchdringende sozial-interaktionale Entwicklungstheorie, die voraussetzt, dass jegliche Entwicklung auch immer sozial vermittelt ist. In der Praxis schaut die integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verstärkt auf gesundheitsfördernde Einflüsse und versucht, diese zu bekräftigen, etwa durch Netzwerkinterventionen, Verbesserung der Qualität des Convoys, durch die Therapie selbst als Teil eines guten Weggeleits mit Schutzschildfunktion, das negative Einflüsse abpuffert, oder „schützende Inselerfahrungen und gute Zeiten“, sowie einen significant caring adult als Begleiter, also eine Kette positiver Ereignisse bereitstellt (Metzmacher, Petzold & Zaepfel 1996).

3.1. Therapie und innere Ressourcen als protektiver Faktor

Der Forschung von Rutter (1991) folgend sieht die Integrative Therapie das Konzept der Resilienz als ein für die Entwicklungspsychologie und –psychopathologie wesentliches (Petzold, 1996). Der Begriff der Resilienz umfasst eine Disposition zur Vitalität und Unempfindlichkeit sowie verschiedene Fähigkeiten: Belastungen effektiv zu bewältigen, sich nach traumatischen Erfahrungen zu erholen, Situationskontrolle und Kompetenz unter Stress aufrechtzuerhalten, sich in Belastungssituationen anzupassen, sowie die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und Schutzpersonen zu mobilisieren. Kinder mit erhöhter Resilienz haben meist auch eine höhere Kontaktfähigkeit, sind sozial flexibler, haben ein positives Selbstkonzept und eine positive Bindung zu einem Mitglied der Kernfamilie. Es gibt eine Reihe von protektiven Faktoren, die zur Resilienzbildung beitragen und in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen nutzbar sind. Der therapeutische Prozess sollte so gestaltet werden, dass vorhandene externale Ressourcen mobilisiert oder neue erschlossen werden und internale protektive Mechanismen („innere Beistände“) gestützt und bekräftigt werden. So kann in der Therapie ein salutogenes Entwicklungsklima geschaffen werden. Petzold (1996) sieht die Therapie selbst als protektiver

Megafaktor mit lebensbestimmender, resilienzfördernder Wirkung. Eine „Person-in-Situation-und-in-Beziehung“ gibt „innere Beistände“, das Therapie-Setting stellt eine „secure base“ dar, die memorierbare innere Repräsentationen bilden, die als Schutzschild das Lebensgefühl bestimmen und von denen man sogar annimmt, dass sie langfristig einen „sleeper effect“ haben können. Gute sozialökologische Interventionen in einer Therapie können diesen Effekt weiter verstärken.

Die genannten Vorteile treffen sicherlich besser auf die Beschreibung einer längerfristig bestehenden und damit verlässlicheren therapeutischen Beziehung für Kinder/Jugendliche zu als die Kinder- und Jugendpsychiatrie bieten kann. Dennoch wird sie trotz, oder vielleicht gerade wegen, der oft traumatischen Aufnahmeumstände (s. weiter unten, Beschreibung des Settings) von vielen als „safe base“ einer anderen Art verstanden, vielleicht als neutrales sicheres Territorium, von dem aus die Möglichkeit zur Veränderung der Lebensumstände oder sich selbst oder beides vorbereitet werden kann. Wenn nach Rutters (1991) Ausführungen Resilienz sich weniger aus den Dingen ergibt, die einen „glücklich machen“, sondern vielmehr aus erfolgreichen Begegnungen mit Herausforderungen und Stressoren, dann kann die begleitete, aber selbst mitbestimmte Bewältigung der Zeit in der stationären Therapie mit den dazugehörigen beträchtlichen Herausforderungen die Resilienz des Jugendlichen und auch sein Bewusstsein davon erheblich stärken.

3.2. Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichentherapie

Die Integrative Therapie für Kinder und Jugendliche spricht von einem prozessualen, dreigliedrigen Diagnostikprozess, in dem zunächst die deskriptiv-phänomenologische Diagnostik verhaltensnah das Störungsbild des Kindes auf verschiedenen Ebenen beschreibt. Als zweites Glied sucht eine beziehungsorientierte, psychodynamische Diagnostik mit tiefenhermeneutischen Sinnverstehen Strukturmuster im Material zu erkennen. Das dritte Glied, die Systemdiagnostik, untersucht soziale Bedingungen des Kindes (Metzmacher 1996). Die Diagnostik lässt sich natürlich vom sonstigen Therapieprozess nicht trennen, sondern die Therapeutin tritt schon vom ersten Moment mit dem Kind oder Jugendlichen in die Begegnung ein: Der Versuch, die Lebenswelt des Jugendlichen/Kind zu verstehen, beeinflusst diese Welt schon, nicht nur durch das Auftreten eines interessierten, zugewandten Erwachsenen, sondern durch die Eröffnung von neuen Möglichkeiten des Ausdrucks und vielleicht auch des Verstehens von sich selbst, auf welcher Ebene dieses auch immer geschehen kann.

Der Begriff „narrative Praxis“ (Metzmacher 1996) bezeichnet eine Entzifferung der inneren und äußeren Welt des Kindes im gemeinsamen Spiel oder Geschichte erzählen. Bei jugendlichen Patienten geht es weniger um das aktionale Sinnverstehen des Spiels, sondern Sprache tritt zunehmend in den Vordergrund. Dieses ist für den diagnostisch-therapeutischen Prozess nicht nur ein Gewinn, sondern es geht mit dem

Verlust des unbefangenen Umgangs mit Medien wie Zeichnungen, Puppenspiel u.a. für manche Jugendlichen ein Ausdrucksmittel verloren, das sie mit ihren sprachlichen Kompetenzen, oder gefühlten mangelnden Kompetenzen, (noch) nicht ausgleichen können. Daher ist jede Erweiterung der Möglichkeiten zum Ausdruck, ob verbal oder non-verbal, als Bereicherung anzusehen, insbesondere eine, die auch für den Jugendlichen so flexibel und selbstbestimmt erscheint wie das Schreiben.

4. Sprache im therapeutischen Prozess

Sprache als ureigenes menschliches Phänomen, als eines der ältesten therapeutischen Medien, tut und bewirkt vieles und hat als solches unzählige Definitionen und Funktionen (s. z.B. Lyons 1991). Die Auseinandersetzung mit dem immens weitläufigen und philosophisch komplexen Thema der Sprache beschränkt sich daher im Rahmen dieser Arbeit auf einige Aspekte der Bedeutung der Sprachfähigkeit für den therapeutischen Prozess. Im allgemeinen heißt es, Sprache ermögliche die komplexe Erfahrbarmachung der Welt (Krämer 2000) in der Therapie wird dies erweitert um die Erfahrbarmachung des Selbst. In diesem Kontext soll es um Sprache als Mittel gehen, das dem Jugendlichen ermöglicht, mit Sprache seine Gedanken zu ordnen, Themen und Gefühle zu benennen, Inhalte zu erkennen, Sinn zu konstruieren, durch die kathartische Wirkung des Ausdrucks Befreiung zu erleben, in Worten Trost zu finden, die Verbindung zum Gegenüber aufzunehmen und vor allem durch die Externalisierung des „in Worte Fassens“ eine neue Position zu sich selbst und anderen gewinnen zu können. Dieses alles geschieht natürlich in Relationalität zu anderen Menschen im Kultursystem, „die Aneignung von Sprache bedeutet die Aneignung der Welt der Symbole, die Aneignung von Kulturwelten und von Sozialität“ (Petzold/Orth, 2005).

Spracharmut oder erlebte eigene Unzulänglichkeiten in der sprachliche Kompetenz, das Gefühl, sich nicht mitteilen zu können, stumm zu sein, wo man eigentlich viel zu sagen hätte, führt häufig zur Ausbildung von Symptomen in anderen Bereichen. Als „krankmachendes Geschehen“ wird die Unfähigkeit betrachtet, durch antwortendes Denken, Fühlen, Sagen, Handeln auf die Einflüsse der eigenen Welt formend zu reagieren (Frühmann, 1985). In meiner eigenen therapeutischen/diagnostischen Tätigkeit erlebe ich, dass bei Intelligenztests sehr viel niedrigere Werte im Verbalteil als im Handlungsteil, also defizitäre sprachliche Entwicklung, von den Jugendlichen fast wie ein Eingesperrtsein in sich selbst erlebt wird und zu großer Frustration führt, die häufig auch schwer zu verstehendes Ausagieren in anderen Bereichen mit sich bringt. Als interessant im Bemühen, Sprachlosigkeit zu überwinden und sprachlichen Ausdruck als Entwicklungspotential und Ressource zu fördern, seien hier einige Aspekte aus der Poesietherapie des Integrativen Ansatzes erwähnt, die Zugang zu den Diskursen des Unbewussten sucht, nicht durch den Versuch der Deutung eines „latenten Sinns“, sondern durch tiefes Hineinschauen in den Hintergrund, den Zwischenräumen und dem Überschuss der Sprache (Petzold, Orth, 2005). Interessant in

die Gliederung in *übungsorientiertes* Vorgehen, das „re-owning“, ein Zurück-Erlangen der Sprachfähigkeit als Voraussetzung der Poesietherapie, dann das *erlebnisorientierte* Vorgehen, das versucht, das Projektmaterial in seiner Farbigkeit bestehen zu lassen und sich an der Freude darüber zu beteiligen, und dem *konfliktorientierten*, eher aufdeckenden Ansatz, der durch ein Durcharbeiten die Kapazität des Patienten, Sinn zu erfassen, erweitern will und ihm hilft, den Text als Ausdruck der Narration seines Lebens zu verstehen. Die Schwerpunktlegung auf das eine oder andere Vorgehen, oder das Ineinandergreifen aller drei Vorgehen wird indikationsspezifisch entschieden mit dem Ziel einer heilenden, integrierenden Wirkung (Petzold, Orth, 1995).

Die hier dargestellte Technik des Lebenslauf-Schreibens ist keine Poesie-Therapie im engeren Sinne, auch kein Versuch, Kunst entstehen zu lassen, sondern ist ein kleiner Baustein im gesamttherapeutischen Prozess der Sinnfindung. Es handelt sich um einen Versuch, Gefühlen und Erlebnissen Sprache zu geben und somit zu einem tieferen Verständnis von sich selbst zu kommen; um den Versuch, sich im Umgang mit Sprache kompetent zu erleben, eine Stimme zu haben und jemanden zu haben, der das Geschriebene liest und ernst nimmt. Dieses beides verhilft zu einer exzentrischen Position: sein Leben in Worte zu fassen als Voraussetzung, darüber nachdenken und etwas verändern zu können.

4.1 Schreiben als Mittel zur Integration von Selbst- und Fremdattribution in eine sinnstiftende und tragende Identität

Ob freiwillig oder nicht, mit welcher Problemlage oder aus welchen sozialen Kontexten auch immer sie kommen, sind die Jugendlichen, die zur Therapie in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, in der akuten Krisensituation an einem Punkt in ihrem Identitätsfindungsprozess, der für sie schwierig bis unmöglich erscheint. Teile von dem, was ihnen widerfährt, oder wie sie sich selbst oder von ihrer Umwelt gespiegelt erleben, sind für sie in ihr Selbstbild, in ihrer biographischen Narration, nicht integrierbar. Für Sarah (s.u.) ist es vielleicht die empfundene Ablehnung, für Michael (s.u.) das Erleben der eigenen Schutzlosigkeit, was sie nur schwer ertragen können und wofür sie kein adäquates Handlungs- oder Erklärungsmuster zur Verfügung haben, das ihnen helfen könnte, gegen ihr Problem anzugehen.

Die Idee, die jugendlichen Patienten etwas schreiben zu lassen, soll ihnen eine Möglichkeit geben, ihre Lage aus einer anderen – einer exzentrischen - Position zu betrachten, soll ihnen helfen, Gefühle, die dabei entstehen, wahrzunehmen und - vielleicht aus ganz unerwarteter Quelle - einen Sinn finden zu können, der sie weiter bringt.

Die klinisch-experimentelle Forschung zum Thema „expressives Schreiben“ nennt zahlreiche positive Effekte therapeutischer und physiologischer Art, die sich aus der intensiven schriftlichen Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen ergeben haben (Pennebaker & Beal 1986). Als wesentliches Erklärungsmodell für diese Wirkung werden linguistische und kognitive Prozesse angesehen, die den Probanden helfen, aus anfänglich chaotischen Eindrücken eine kohärente Geschichte zu formen (vgl. z.B. Horn & Mehl 2004). Im Prozess des Schreibens entsteht eine kompakte Narration (Pennebaker 1999, McLeod 1997), die multiple Beziehungen zwischen den traumatischen Erlebnissen und anderen wichtigen Aspekten im Leben der Probanden herstellt und ihnen so hilft, Ereignisse auf persönliche Weise in ihr Lebensskript zu integrieren. Studien legen nahe, dass es eher der *Prozess* des Formens zu sein scheint, der die positive Wirkung hervorruft, denn Personen, die schon vor dem Schreiben über eine kohärente Geschichte verfügten, profitierten nicht in dem Maße wie Probanden, die im Verlauf des Schreibens einen ansteigenden Anteil an Wörtern verwendeten, die Kausalität und Einsicht signalisierten (Pennebaker et al., 1997).

Der Prozess der Sinnfindung ist in der Integrativen Therapie ein wesentlicher: Tiefenhermeneutik will durch intersubjektive Bewusstseinsarbeit die Strebungen des individuellen und kollektiven Unbewussten zugänglich machen, einen mehrperspektivischen Sinn erschließen. Wichtig ist dabei, dass Sinn geteilt werden muss in einer Weise, dass der Patient ihn aufnehmen, annehmen, integrieren kann. Dazu muss sich der Jugendliche als wesentlich beteiligt erleben, etwas, was die selbstbestimmte Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensweg vorantreiben kann.

4.2 Biographiearbeit als ko-kreative Konstruktion im Identitätsprozess

Sieht man den Jugendlichen in der Mittagsruhezeit auf Station in seinem Zimmer mit Stift und Block sitzen, erscheint der Akt des Schreibens als ein einsamer. Die Aufforderung zum Schreiben unterstreicht dieses: Die Therapeutin sagt, es sei wichtig, dass er selbst die Geschichte schreiben möge, allein und in Ruhe, damit er sich wirklich mit sich selbst und dem, was er empfinde, auseinandersetzen könne.

Und dennoch: Auch in diesem Moment ist der Jugendliche in der Auseinandersetzung nicht nur mit sich selbst, sondern auch mit anderen. Als Subjekt seiner Lebenswelt, eingebettet in Kontext und Kontinuum, ist das, was er von sich erzählt, wahrnimmt und bewertet, auf physiologischer Ebene spürt, immer in der Auseinandersetzung mit den Personen und Umständen seiner Lebenswelt entstanden. Und auch das Wort „entstanden“ stimmt nicht ganz, ist viel zu statisch, denn noch während des Schreibens und auch danach *entwickelt* sich seine Narration – vielleicht im gedanklichen Dialog mit der Therapeutin, die den Text

lesen wird, vielleicht in stark affektbeladener Auseinandersetzung mit den Mit-Akteuren der beschriebenen Ereignisse (s. weiter oben „1.2. Entwicklung als relationales Geschehen“).

Die Therapeutin versucht, dem Jugendlichen dabei zu helfen, eine exzentrische Position zu finden, manchmal durch Fragen, manchmal durch andere Einsichten, durch eine andere Konnotation, oder durch eine Sicht von Stärken, aber durch den Versuch, einen Zugang zu schwierigen Gefühlen zu finden, deren Unterdrückung die weitere Entwicklung vielleicht behindert hat. Wichtig ist, wie oben beschrieben (s. 1.4.3), dass dieses im Dialog („herrschaftsfreier Diskurs“, Petzold 2006) geschieht und der Jugendliche so seine Korrespondenzfähigkeit weiter entwickeln kann.

4.3 Verhältnis der Jugendlichen zum Medium Schreiben

4.3.1 Schreiben als Teil der Lebenswelt heutiger Jugendlicher

Mir scheint es, als klaffe die Unterschiedlichkeit der Beherrschung und des Zugangs zum Medium Schriftsprache in der Welt der heutigen Jugendlichen sehr weit auseinander. Die Pisa-Studie legt Defizite im Bildungssystem offen und Lehrstellen-Anbieter beklagen öffentlich, dass Bewerber nicht ausreichend lesen und schreiben können, um die Anforderung der angebotenen Stellen zu erfüllen (Huisken, 2005). Für eine Kinder- und Jugendlichen- Psychologin und Lerntherapeutin war dieser Trend schon vor der Rechtschreibreform daran zu erkennen, dass die Normentabelle der althergebrachten Testverfahren (Deutscher Rechtschreibtest (DRT)) viel strenger urteilte als die neueren Verfahren und daran, dass SchülerInnen, die gute Zensuren im Deutschunterricht erhielten, nach den Kriterien des DRT unterdurchschnittlich ausfielen.

Auf der anderen Seite ist das schnelle Erfassen und Benutzen von Schriftzeichen in der zunehmend elektronisch gesteuerten Welt von heute immer wichtiger. Und es geht nicht immer nur um die Wiedererkennung von Ikonen auf einem Touch-Screen, sondern viele Jugendliche sind durch den gewohnheitsmäßigen Umgang mit dem Computer sogar besser in der Lage, Texte z.B. im Internet schnell zu erfassen und Unwichtiges auszusortieren, auch die Bedienung der Computer-Tastatur ist viel selbstverständlicher. Wo früher nur angehende Sekretärinnen das Zehn-Finger-System erlernten, ist es heute oft Bestandteil eines PC-Grundkurses in den ersten Klassen der Oberschule, was den Jugendlichen die schnellere Produktion von Texten ermöglicht.

Der Vormarsch von e-mails, SMS und Handys wird vielleicht eines Tages den traditionellen Brief oder Tagebucheintrag obsolet machen, aber noch ist es in meiner Wahrnehmung so, dass das Medium Schrift auch in seiner herkömmlichen Form und in der dazugehörigen Ausführlichkeit genutzt wird. Es gibt z.B.

wie auch in meiner Schulzeit handgeschriebene Zettelchen, die sich die Mädchen heimlich unter den Tischen während des Mathe-Unterrichtes zuschieben. Auf der Station kommen lange Briefe für Patienten an, die gemalte Blumen am Rand haben und runde Kuller als i-Punkte benutzen. Es gibt auch viele Jugendliche, die regelmäßig Tagebuch und Gedichte schreiben und dieses als gute Hilfe erleben, wenn sie Kummer haben. Oft allerdings wird das Briefe-, Tagebuch- und Gedichteschreiben als etwas mädchenhaftes angesehen, womit sich die Jungs den Zugang zu einer wichtigen kreativen und entwicklungsfördernden Ausdrucksmöglichkeit verschließen.

4.1.2 Angst vor Fehlern, vor (wiederholtem) Versagen in der Leistungssituation

Meine Tätigkeit als Stationspsychologin in Neuruppin habe ich für sechs Jahre unterbrochen und in einer anderen Institution (Legasthenie-Zentrum) als Psychotherapeutin/Lerntherapeutin gearbeitet. In dieser Zeit habe ich nachvollziehen können, wie bei einem „normal intelligentem“, einigermaßen resilientem Kind Einschränkungen in einem kleinen (aber in unserer Gesellschaft sehr wichtigem) Teilleistungsbereich auf andere Bereiche übergreifen können, zu sekundärer Symptomatik, zum Verlust des Selbstwerts, zu weiteren Familienproblemen, zum Motivationsverlust und manchmal auch zur Schulverweigerung führen können. Ich habe Kinder mit Lese- Rechtschreibproblemen über zwei Jahre in einer Psychotherapie mit lerntherapeutischen Anteilen begleitet und viel über Hürden und Versagen im Erwerb der Schriftsprache gelernt. Ich habe aber auch gelernt, dass es mit einer individuellen Förderung und erfolgsbetonendem, alle Sinne einbeziehendem Ansatz möglich ist, Kinder einen Zugang zu der Welt der Bücher und des Schreibens zu eröffnen, der ihr Leben nicht nur im schulischen Bereich erleichtern, sondern insgesamt reicher machen kann. Meiner Erfahrung nach ist dieses jedoch oft nur bis zu einem bestimmten Alter möglich (nach der Grundschulzeit ist durch ständige Misserfolge die Motivation meist so gering, bzw. die Lernblockaden so erheblich, dass es häufig nicht mehr gelingt) und es ist mehr als frustrierend mit anzusehen, wie das Schulsystem bestehende Probleme durch ein Mangel an Ausbildung bezüglich Früherkennung und gezielter qualifizierter Förderung chronifiziert und mit scheinbarer Gleichgültigkeit ganze Schulkarrieren scheitern lassen kann. Das Scheitern wird dann nicht dem Schulsystem, sondern dem individuellen Kind zugeschrieben, das dann zusehen muss, wie es mit der benachteiligten Startposition im Leben und den negativen Selbst- und Fremdattributionen klarkommt, wie es diese in seine Identität integriert. Dieses Thema berührt mich vor allem deshalb sehr, weil ich in meiner Arbeit mit so viel Elend konfrontiert werde; von diesem allem ist manches schwer zu entdecken (z.B. Missbrauch), oder schwer zu unterbinden (wie familiäre Gewalt), aber das Elend, das durch mitgeschleppte und falsch behandelte Lernprobleme entsteht, wäre mit etwas Interesse und relativ geringem finanziellem Mehraufwand absolut vermeidbar.

Diesen Teil meines eigenen Lebenslaufes und meiner eigenen Gefühle führe ich an dieser Stelle ein, um zu verdeutlichen, dass das Medium des Schreibens für mich kein selbstverständliches ist, und um mir selbst bewusst zu werden, mit wie viel Vorsicht ich daran gehe, meine jugendlichen Klienten/Patienten zu bitten, mir etwas aufzuschreiben. Ich zögere manchmal, Jugendliche aus der Förderschule zu fragen, oder solche, die eine schlechte Deutschnote haben. Inzwischen finde ich aber, dass ich manchmal mit etwas zu viel Vorsicht herangehe, und dass es in einer Zweiersituation, die von Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist, wie eine therapeutische Beziehung es sein sollte, möglich ist, den Jugendlichen zu fragen, wie er zum Thema Schreiben steht, ob es ihm schwer fällt, ob er dazu gern

Hilfsmittel hätte (viele schreiben z.B. gern auf dem PC, weil er die falschen Wörter rot unterstreicht) oder er mir vielleicht lieber diktieren möchte, was er zu sagen hat.

Zusammenfassend will ich mit dem eben Geschriebenen zum Ausdruck bringen, dass man als Therapeut mit dem Instrument des „Lebenslaufs-Schreibens“ sich schon bewusst sein sollte, welche Erfahrungen insbesondere Jugendliche und Schulkinder mit dem Medium Schreiben verbinden, aber dass diese Schwierigkeiten nicht notwendigerweise ein Hinderungsgrund darstellen sollten, ihnen diese Möglichkeit als Form des Selbstaustauschs und der eigenen kreativen Entwicklung anzubieten.

5. Reflektierte Methodenvielfalt und Erkenntnishintergrund

An dieser Stelle folgt eine kurze Nennung wesentlicher Begriffe für die erkenntnistheoretische Position der Integrativen Therapie: Das *heraklitische Prinzip*, das Prinzip des „immerwährenden Wandels“, sieht das Leben als beständigen Prozess von Differenzierung, Integration und Kreation. „Ewig bestehende Wahrheiten“ gibt es nicht, sondern Erklärungsmodelle werden aus geschichtlichen und biographischen Situationen durch die Wahrnehmung von Phänomenen und ihrer Bestimmung gesucht. Die *Phänomenologie* als Voraussetzung für Erkenntnis, beginnt mit der Wahrnehmung. Nach Schmitz ist ein Phänomen etwas, auf der Ebene des Alltagswissens nicht bezweifelbar ist, die Wahrnehmung/Erkenntnis ist an leibliche Funktionen gebunden. Merleau-Ponty spricht vom „wildem Geist“, von angeborenen Wahrnehmungsstrukturen, die die Grundlage für bewusste Erkenntnis bilden, selbst aber nicht bewusst sind. Über ein deskriptives Stadium („dem Fluss folgen, was passiert“), dann ein analytisches (bei dem das Phänomen angereichert und erweitert wird, um das Wahrnehmen und Verstehen im Hier und Jetzt zu ermöglichen), bis zu einem kombinatorischen Stadium (in dem die Sammlung vernetzt und interpretiert wird), wird die latente Struktur herausgearbeitet. Phänomenologie und *Hermeneutik* ergänzen einander, wobei Hermeneutik zu verstehen ist als die Auslegung von Lebensgeschichten, von Bedeutungen, die Erschließung von Sinngehalten, von dem „eigentlich Gemeinten“. Erkenntnis wird gewonnen über Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären. Das Ergebnis ist eine vorläufige Erkenntnis, die neue, veränderte Sicht auf Phänomene erlaubt. Der Prozess des Erkenntnisgewinns setzt sich dann als Spiralprozess fort. Dabei ist Erkennen als *Ko-repondenz-Prozess* zu verstehen, Erkenntnis ist immer Ergebnis sozialer Abstimmung und sozialer Konsensbildung (vgl. Petzold 1993). Die Meta-Theorie der Integrativen Therapie ist daher mit einem *qualitativen Forschungsansatz* vereinbar, die Forschung (im Gegensatz zur quantitativen Forschung) nicht normativ, sondern interpretativ versteht, die die Subjektivität des Forschers als ein weiteres Mittel des Erkenntnisgewinns mit einsetzt, statt ihn als Störfaktor auszuklammern und setzt sich das Ziel, die untersuchten Personen in ihrer Ganzheit zu sehen

und nicht auf Teilaspekte zu reduzieren (Flick 1991). Die Integrative Therapie geht weiter, in dem sie von seinem Subjekt-Objekt-Pakt, bei dem von einer auf beiden Seiten verändernden Interaktion zwischen Erkennendem und Erkanntem ausgegangen wird.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Teilstück eines spiralförmigen Erkenntnisprozesses, der sich für die Wirkung einer Methode/Technik (Lebenslauf schreiben) im therapeutischen Kontext interessiert. Ein Erkenntnisgewinn auf diesem Gebiet ist nicht zu trennen von den Subjekten (Therapeutin und jugendlicher Patient) und deren Kontexte, die sich mit dieser Technik und den dadurch entstehenden Inhalten auseinandersetzen (Thomae 1987).

II Praktischer Teil

1. Besonderheiten des Settings „stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie“

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Neuruppin besteht seit Mitte der neunziger Jahre. Die Krankenhausstruktur, in der die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegliedert ist, ist jedoch wesentlich älter und umfasst auf dem gleichen Gelände in roten Backstein-Gebäuden eine große Psychiatrische Klinik und eine Medizinische Klinik. Die Psychiatrische Klinik wurde um die Jahrhundertwende 1900 gegründet, die Medizinische Klinik kam später hinzu. Die Klinik hat somit Strukturen des Kaiserreiches, der Weimarer Republik, der Nazi-Zeit, der DDR und nun der Post-Wende Zeit erlebt. Seit 1996 sind beide Kliniken unter dem Dach der Ruppiner Kliniken GmbH zusammengefasst, schreiben zwar schwarze Zahlen, spüren aber, wie wohl alle Institutionen des Gesundheitswesens, starken wirtschaftlichen Druck. Die Ruppiner Kliniken sind mit 1200 Angestellten der größte Arbeitgeber in der Region.

1995 wurde ein (West-Berliner) Psychiater gebeten, eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzubauen. Das Konzept, das der Psychiater zusammen mit seinem systemisch ausgebildeten Leitenden Psychologen erarbeitete, war systemisch orientiert und fokussierte stark auf die Arbeit mit Familie und Umfeld der Kinder und Jugendlichen. Nacheinander wurden drei Stationen mit jeweils zwölf „Betten“ eröffnet, zwei Jugendlichen-Stationen und eine Kinderstation (für Kinder bis zu 12 Jahren). Anfangs wurden Klientel und Bedürfnisse, vielleicht auch das Personal als etwas exotisch erlebt vor dem Hintergrund der häufig medikamentösen Behandlungsformen der Erwachsenenpsychiatrie. Im Verlauf der letzten zehn Jahre haben sich viele Unterschiede relativiert: der Chefarzt der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie ist inzwischen zum ärztlichen Direktor der gesamten Psychiatrischen Klinik ernannt worden, und die Strukturen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in vielen Punkten von der rigiden Hierarchie und den Zwängen des Krankenhausbetriebes beeinflusst.

Zum Team einer Station gehören ca. 13 ErzieherInnen und Pfleger/Schwester, zur Stationsleitung eine Stationschwester, eine Ärztin und eine Psychologin. Stationsübergreifend arbeiten noch jeweils Therapeuten für Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Tanz und Bewegung, Holztherapie, Arbeitstherapie, Sporttherapie und Entspannungstherapie. Es gibt noch eine Klinikschule, die diagnostisch/pädagogisch eng mit der Station zusammenarbeitet und an der die Kinder und Jugendlichen vom Schulamt zwei Stunden täglich bewilligt bekommen.

Für die jungen Patienten heißt das, dass sie sich nicht nur eine neue Umgebung, weg von zuhause, einstellen müssen, sondern dass sie sich an ein klares und relativ strenges Regelwerk halten müssen, dass sie sich mit den jeweils diensthabenden Erzieherinnen/Pflegern auseinandersetzen müssen, dass sie eine Vielfalt von Therapie- und Entwicklungsmöglichkeiten angeboten bekommen, die sie so wahrscheinlich noch nicht kennen. Als große Einschränkung erleben viele Jugendliche das Handy-Verbot, oder auch die Bestimmung, dass Musik nur per Disc-Mann auf gekauften CDs gehört werden kann (um die Verbreitung von gewalttätigen Texten zu verhindern). Der Einflussfaktor, der aber von den Patienten selbst oft als wichtigster angegeben wird, ist der Umgang mit den Mitpatienten, mit denen er oder sie nun sechs bis acht Wochen Tag und Nacht verbringen, und unter denen es natürlich, wie in anderen peer groups auch, Hierarchien, Sympathien, Konflikte, Gemeinheiten, manchmal auch Liebschaften, aber immer viel Beziehungsgeschehen gibt.

Zum Alltag für die Jugendlichen gehören frühes Aufstehen, Frühstück, Tischdienst, wenn man dran ist, dann meist Physio- oder Sporttherapie, vielleicht ein Gespräch mit der Psychotherapeutin, Schule, Mittagessen, die viel gehasste Mittagsruhe, an manchen Tagen Gruppenrunden oder andere Therapien, dann ab 16⁰⁰ Ausgang (wer ihn nicht als Strafe für etwaige Missetaten gestrichen bekommen hat), manchmal auch andere Therapien, Abendbrot, anschließend Besucher- und Telefonzeit, donnerstags Videoabend, dann wieder duschen und Nachtruhe. Das Programm hört sich relativ straff an, dennoch klagen viele über Untätigkeit oder Langeweile, es bleibt auch viel Zeit für Gespräche mit den Bezugsbetreuern und den anderen Patienten, und es kommt kaum vor, dass nicht irgendein Brettspiel im Tagesraum im Gange ist. Auf Station sagt man, dass keiner entlassen wird, ehe er oder sie nicht Bridge und Canasta spielen gelernt hat. Für viele Jugendliche strukturiert sich der Tag um die zugelassenen Zigaretten herum, ab 16 Jahren sind z.B. fünf erlaubt, die zu festen Zeiten geraucht werden und ungern versäumt werden. „Schwarzkippen“ (d.h. draußen heimlich gerauchte Zigaretten) sind ein gern genutztes Mittel, die Betreuer auf subtile Weise herauszufordern, meist aber werden adoleszente Autoritätskonflikte offen und mit mehr Aggression ausgetragen.

Das Leben auf Station ist also vielschichtig, oft auch spannend. Oft aber überwiegt das Erleben der Station als einen Ruhepol, als eine Auszeit von den Stressoren des Alltags, als eine relativ sichere Welt, die von vorhersehbaren Regeln und Strukturen beherrscht wird. Eine Welt, in der die Aufmerksamkeit von vielen Erwachsenen (Eltern, Betreuer und Therapeuten) verstärkt auf „das Problemkind“ gerichtet ist und in der auch die Möglichkeit einer Veränderung der Weichenstellung gegeben zu sein scheint.

1.1 Umstände der Aufnahme

Aufnahmen auf die Station gehen in der Regel über die Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie, es gibt ein „Vorschaltgespräch“, in dem den Jugendlichen die Station gezeigt wird und sie über das Leben auf Station informiert werden und ein Heftchen mit nach Hause bekommen. Meistens müssen sie dann ihren Platz auf der Warteliste abwarten, ehe es dann zur Aufnahme kommt. Dringende Fälle kommen direkt als „Krisen“ oder Notaufnahmen auf die Station, erleben den Übergang dann auch als abrupt und haben oft größere Anpassungsprobleme.

Gerade bei Notaufnahmen liegen häufig akute Traumatisierungen vor, etwa das Bekanntwerden eines sexuellen Missbrauchs, Tod eines nahen Angehörigen, oder eigene aggressive Übergriffe auf andere. In manchen Fällen ist bei Aufnahme abzusehen, dass die bisherige Unterbringungsform nicht mehr tragbar sein wird, es erfolgt z.B. ein Rausschmiss aus einer Einrichtung, so dass die Jugendlichen nicht sicher sein können, wie lange sie auf Station bleiben werden, noch wohin und zu welchen Menschen sie danach kommen.

Ob die Aufnahme aber geplant und mit Vorbereitung und Routine abläuft oder z.B. mit Notarzt mitten in der Nacht erfolgt, für die Jugendlichen ist sie ein tiefgreifender Einschnitt im Verlauf ihres Lebens. Für viele heißt die Notwendigkeit eines Klinikaufenthalts, dass sie an einem Punkt angelangt sind, an dem nichts mehr geht, an einem Punkt, an dem an kein klärendes Gespräch, an keine Strafmaßnahme und keine Gelobigung der Besserung mehr geglaubt wird. Es herrscht eine Atmosphäre von „nichts geht mehr“, begleitet häufig von Gefühlen der Schuld und des Versagens bei allen Beteiligten. Die Erwartung einer Bewertung aus dem Umfeld ist häufig mit Scham verbunden, Oma sagt z.B., man müsse so etwas innerhalb der Familie klären, oder aber die Klassenkameraden mokieren sich, dass das Kind in „die Klappe“ muss.

Und dennoch scheint es so zu sein, dass gerade in einer Situation, wo die eingefahrenen Wege und Lösungen nichts mehr fruchten, sich die Möglichkeit zu etwas Neuem ergibt. Zum einen tut der Familie oder dem beteiligten System oft der zeitliche Abstand gut, sie können sich so aus festgefahrenen Standpunkten etwas lösen und mit mehr Kraft und emotionaler Flexibilität in die nächste Runde gehen.

Zum zweiten scheint gerade das Eingestehen „nichts geht mehr“ neue Gefühls- und Denkalternativen überhaupt zu ermöglichen. Es kann auch als Unterstützung erlebt werden, dass auf einmal viele neue „Berater“ auf das Problem schauen, dass es geöffnet und diskutiert wird. Entlastend vor allem in Bezug auf die Schuldfrage ist oft auch die Wahrnehmung, dass andere Jugendliche und deren Familien ebenfalls in Krisensituationen kommen, die die eigene sogar manchmal übertreffen. Während des Aufenthaltes (z.B. in den Gruppengesprächen an den „Elternnachmittagen“) bilden diese anderen Familien ein supportives Netzwerk.

Diese Vorteile relativieren sich, wenn es sich um eine wiederholte Aufnahme handelt, hier entsteht oft ein seltsames Gefühlsgemisch aus Erleichterung, wieder in ein vertrautes Umfeld zu kommen mit Menschen, die den bisherigen Werdegang kennen, aber auch Frustration über das erlebte Scheitern „draußen“, häufig auch Resignation bei allen Involvierten, auch bei den Klinikmitarbeitern.

In den beiden unten dargestellten Situationen ging es um Krisenaufnahmen verschiedener Dringlichkeitsgrade, d.h. das Erleben der oben dargestellten Faktoren und Gefühlslagen wird vermutlich eher zugespitzt und intensiv gewesen sein. Bei Sarah hat diese Zuspitzung eher zu einer großen Angst vor Veränderung beigetragen, bei Michael aber scheint so ein dramatischer Einbruch nötig gewesen zu sein, damit er selbst auch die Notwendigkeit einer Veränderung überhaupt wahrnimmt. In beiden Fällen war die Beschäftigung mit dem was bisher in ihrem Leben war, die eigene und fremde Bewertung davon, für die weitere Kursbestimmung wichtig.

2. Beschreibung der Einführung, Setting und Nachbesprechung

2.1. Einführung der Intervention und Setting für das Schreiben

Die Anweisung an die Jugendlichen, einen Lebenslauf zu schreiben, habe ich nach Abklärung evt. bestehender Probleme mit dem Schreiben (s.o.) meist gleichlautend gegeben: „Ich möchte dich bitten, etwas zu schreiben. Nimm dir bitte dafür etwa eine halbe Stunde Zeit. Wichtig ist, dass du Ruhe zum Schreiben hast, vielleicht nutzt du die Mittagspause dafür oder schreibst lieber zuhause am Wochenende. Die Überschrift von dem, was du schreiben sollst, heißt „Mein Leben“. Das ist die einzige Vorgabe. Rechtschreibung und Grammatik sind bei der Aufgabe völlig nebensächlich, wichtig ist, dass du aufschreibst, was dir selbst bedeutsam erscheint, dass du deine Gefühle dazu schreibst und vielleicht noch versuchst, dir selbst den Werdegang dazu zu erklären. Hast du dazu noch Fragen?“

2.2 Gestaltung der Nachbesprechung und Integration in den therapeutischen Prozess

Der Umgang mit dem entstandenen Material war bewusst nicht standardisiert, sondern sollte den Kontext im therapeutischen Setting, den therapeutischen Prozess sowie die Bereitschaft und das Interesse der Jugendlichen berücksichtigen und war daher eher heterogen. Da viel von der intendierten therapeutischen Wirkung im kreativen Akt des Schreibens selbst geschieht, zog ich es manchmal vor, die Jugendlichen lediglich zu fragen, wie es ihnen dabei ergangen ist, welche Gefühle sie gespürt haben, und ob ihnen beim Schreiben etwas klargeworden oder im anderen Licht erschienen ist. Bei manchen ging ich den Text mit ihnen zusammen genauer durch und stellte Fragen (Verständnisfragen oder, je nach Zusammenhang, Fragen wie: was sie an bestimmten Stellen gern anders gemacht hätten, worauf sie stolz sind, was sie sich in einer bestimmten Zeit für Unterstützung gewünscht hätten, was auftretende Personen für sie bedeuten, wie sie von diesen Personen wahrgenommen werden ...)

Im allgemeinen erlebe ich, dass die Jugendlichen mit der bloßen Frage, wie es ihnen beim Schreiben ergangen ist, wenig anfangen können. Die Antwort ist meist ein kurzes „ok“, oder „normal“, aufschlussreicher für das Erleben der Intervention ist die hohe Compliance-Rate und das gezeigte Interesse in Bezug auf die Reaktion der Therapeutin auf das Geschriebene.

Bei den beiden Jugendlichen, die ihren Lebenslauf für diese Arbeit zur Verfügung gestellt haben, habe ich zwei verschiedene Arten des Herangehens ausprobiert: Bei Sarah eine gemeinsame Textanalyse, die für sie wichtige Themen herauskristallisieren sollten, um im Nachhinein gemeinsam einen therapeutischen Fokus zu finden. Dabei wurden in Anlehnung an Südmersen's (1985) Herangehen an die Auswertung narrativer Interviews der Text in kleinere Sinn-Einheiten unterteilt (Sequenzierung) für jede Sinn-Einheit oder Sequenz wurde eine „Memo“ erarbeitet, die den Inhalt/Sinn komprimiert auf abstrakterer Stufe beschreibt. Aus diesen sukzessiv geleisteten Abstraktionen entstehen dann Kategorien, die weiter im therapeutischen Prozess genutzt werden können. Bei Sarah bildeten sie z.B. die Grundlage, um mit der „fokalen Formel“ (Metzmacher 1996, s. auch weiter unten) die von ihr gewünschte Entwicklung zu umreißen. Das beschriebene Vorgehen war für Sarah gut, weil die Aufgabenstellung sie an ihre Schularbeiten erinnerte und so eine für sie erträgliche Distanz schuf und, noch wichtiger, ihr half, eine exzentrische Position zu den eigenen Problemen/Gefühlslagen einzunehmen.

Im Lebenslauf von Michael wurde ein bestimmter Gefühlskomplex eindringlich beschrieben und von ihm auch als bedeutsam erlebt. Dieses war sowohl für ein besseres Verständnis der Problemlage nützlich, wie auch in der Auswertung anderer Situationen, in denen er dann gut mit dem Vergleich arbeiten konnte (z.B.: „Da ging es dir so, wie du im Lebenslauf beschrieben hast. Wenn das und das passiert, fühlst du dich vielleicht zurückversetzt in dieses Gefühl von damals. Stimmt das für dich so?“). Die Nutzen und Grenzen dieses Vorgehens in der Therapie mit Michael werden weiter unten beschrieben.

Auf alle Fälle ist es so, dass der Verlauf des therapeutischen Prozesses bestimmen sollte, welche Interventionen eingebracht und in Abstimmung mit den jeweiligen Erfordernissen dieses Prozesses und des Klienten/Patienten entschieden wird, wie auf welche Art damit weiter verfahren werden soll.

III Lebensläufe

1. Michael R.

Vorbemerkung: Die Geschichte von Michael R. führe ich hier nicht als Beispiel einer auf jeder Ebene gelungenen Therapie an. Es gab in der Arbeit mit Michael viele Stellen, an denen ich mich über mich selbst geärgert habe, z.B. dass es mir nicht gelungen ist, „Allparteilichkeit“ zu zeigen, insbesondere nicht gegenüber dem Vater. Oder dass ich vielleicht dazu beigetragen habe, dass die Weichen falsch gestellt wurden, in dem Michael bei der Mutter blieb, wo er eine Verantwortung übernimmt, die ihn überfordert. In seinem Narration sieht man auch deutlich, wie ihn die Beschäftigung mit der Mutter, ihrer Hilflosigkeit und das Thema Alkohol an seine Grenzen bringt. Ich habe trotzdem gern über die gemeinsame Arbeit mit ihm schreiben wollen, weil die Arbeit mit dem Medium Schreiben hier zu einer vertieften Begegnung/Berührung und vielleicht verbesserten Sinnfindung geführt hat. Michael beschrieb auch die befreiende Wirkung des Schreibens für sich und griff häufig in der Zeit danach unaufgefordert darauf zurück.

1.1. Kurzanamnese, Aufnahmegrund/Problematik

Michael (16 J.) kam nicht freiwillig in die Klinik zur Behandlung, sondern aufgrund der Erwirkung eines gerichtlichen Beschlusses zur Unterbringung durch seinen Vater, Herrn L.. Die Eltern lebten seit drei Jahren getrennt, seit einem Jahr geschieden und Michael erlebte den Gerichtsbeschluss als weiteren Versuch seines Vaters, ihn und seine Mutter kontrollieren und unterdrücken zu wollen. Er beschrieb schon in den ersten Gesprächen eindrücklich die Gewalttätigkeit seines Vaters gegenüber der Mutter und ihm und die auch jetzt noch anhaltende latente Bedrohung/Überwachung. Der Wunsch des Vaters, Michael nach dem Klinikaufenthalt in eine langfristige stationäre Drogentherapie unterbringen zu wollen, war für Michael nichts weiter als ein Versuch, ihn und seine Mutter auseinander zu bringen und die Mutter zu verletzen.

Der Gerichtsbeschluss wurde zunächst gewährt auf der Grundlage der offensichtlichen Selbstgefährdung des Jungen durch massiven Drogenkonsum (Cannabis), starkem schulischen Leistungsabfall und Schuleschwänzen sowie drohende Verwahrlosung. Der Vater beschrieb, dass er keine andere Möglichkeit zum Handeln gesehen habe, um seinen Sohn aus dem Teufelskreis des Drogenkonsums zu holen. Es täte ihm leid, dass seine Schritte von dem Sohn als so drakonisch erlebt wurden, er nahm sich aber selbst wahr als Einzigen, der im Umfeld in der Lage war, die Situation einzuschätzen und verantwortlich zu handeln. In seiner Sorge um den Sohn fühlte sich Herr L. sehr alleingelassen, auch von der Mutter, die in seinen

Augen nicht in der Lage sei, sich durchzusetzen, auch nicht mal, eine geregelte und ordentliche Versorgung des Jungen sicherzustellen. Einen Sorgerechtsentzug habe er schon angestrebt mit der Begründung, Michael werde vernachlässigt, das Jugendamt habe aber bei einem Hausbesuch bei der Mutter keine Unregelmäßigkeiten feststellen können.

Die Meinung der Mutter zu erfassen ist etwas schwieriger. In gemeinsamen Gesprächen mit dem Vater sagt sie von sich aus gar nichts, auf Anfrage bestätigt sie nur das, was der Vater ihr nahe legt. Wenn sie mit Michael allein im Gespräch ist, beschreibt sie ihre Angst vor dem Vater, weniger, weil sie in ihrer heutigen Situation körperliche Übergriffe befürchte, sondern weil sie erlebe, dass er aufgrund seiner Redegewandtheit und den unternommenen juristischen Schritte sich durchsetzen könne. Sie wolle auch, dass Michael zu ihr nach Hause komme, traue sich das aber nicht auszusprechen.

In der Familie gibt es noch eine 18-jährige Schwester, Jenny, die sich eindeutig zum Vater positioniert und im Gespräch mit dem Vater zusammen auf Michael einredet, er möge doch einsehen, dass alles zu seinem Besten sei und dass die Verhältnisse bei der Mutter von ihm schöngeredet werden.

Nach dem ersten Wochenende in der Klinik, in dem Michael auch mit körperlichen Entzugssymptomen zu kämpfen hat, entschließt er sich, freiwillig zu bleiben, um selbst sein Drogenproblem in Angriff zu nehmen. Einen Großteil seiner Motivation beziehe er aus dem Wunsch, seinem Vater zu beweisen, dass er es auch ohne seinen Druck schaffe, mit seinem Leben klarzukommen. Die Klinik empfiehlt daher dem Gericht, den Beschluss aufzuheben, was auch geschieht. Michael bleibt im weiteren Verlauf freiwillig da und setzt sich in den verschiedenen Therapien engagiert mit eigenen Themen auseinander. Die begleitenden Elterngespräche finden abwechselnd mit dem Vater und Michael, bzw. mit der Mutter und Michael zusammen statt. In einem Gespräch mit der zuständigen Jugendamtsmitarbeiterin und dem in der Familie tätigen sozialpädagogischen Einzelfallhelfer wird dem Vater nahe gelegt, Michael zunächst seinen eigenen Weg gehen zu lassen, da er dieses jetzt auch wolle, auch wird versucht, die von ihm übernommene Kontrollfunktion auf andere umzuverteilen, um das Verhältnis zwischen Vater und Sohn zu entlasten. Es wird vereinbart, dass M. zuhause bei der Mutter wohnen bleiben kann, so lange er eine ambulante Therapie wahrnimmt, zur Schule geht und drogennegativ bleibt. Der Vater ist mit diesem Ergebnis höchst unzufrieden und sagt alle weiteren Gespräche in der Klinik ab. In einem Beschwerdebrief an den Chefarzt der Klinik hält er fest, dass er den Verlauf für M. als sehr ungünstig empfinde und dass er „mit einem negativen Eindruck der Therapeutin“ verbleibe. Eine in den ersten Sitzungen erreichte Verbesserung im Verhältnis M./Vater bleibt jedoch davon unberührt.

2.1 Lebenslauf von Michael (*Name geändert)

Mein Leben

Seitdem ich denken kann, behandelt mein Vater mich und meine Mutter wie ein Stück Scheiße!

Er hat mich und sie sehr oft geschlagen.

Er ist fremdgegangen und hat meine Mam und mich kein bisschen ernst genommen.

Er hat mit einmal mit 40° Fieber zur Schule geschickt, bin dann in der 4. Stunde völlig entkräftet umgekippt.

Während er mich schlug, musste ich ihn auch noch Fragen beantworten. Wie z.B. „Tut's denn auch schön weh?“

Nach dieser Prozedur musste ich vor der ganzen Familie meinen Hintern zeigen, ob sich die Schläge auch gelohnt haben.

Es war so erniedrigend für mich, dass ich begann, ihn Abgrundtief zu hassen!

Hab dann mit 12 Jahren mit dem Boxen angefangen, um ihn mit meinen Schlägen zu töten.

Jedes Wochenende war er mit Kumpels saufen gegangen und hat meine Mam alleine gelassen.

Einmal waren wir an der Ostsee zelten gewesen, da hat er meine Mam mit Worten so fertig gemacht, dass sie sich betrunken hat.

Der seelische Schmerz war einfach zu groß!

Mein Dad und meine Schwester waren schon im Zelt und wollten schlafen. Es war sehr dunkel und ich fragte meinen Dad, ob Mam schon schläft, er sagte: ja, das tut sie!

Ich tastete mit meiner Hand nach ihr; doch sie war nicht da!

Ich wartete bis beide schliefen und verließ das Zelt.

Nach einigen Minuten verzweifelter Sucherei fand ich sie in einer dunklen Ecke am ganzen Leib zitternd und weinend. Ich hab mich neben ihr gesetzt und sie getröstet. Es ging mir so ans Herz, dass ich selbst anfing zu weinen.

Nach etwa einer Stunde gingen wir gemeinsam zurück zum Zelt und mein Vater hat lautstark gesungen: Alle Jahre wieder!

Nur diese drei Wörter; mehr nicht!

Dann wurden wir einmal in Hamburg in unserem Wohnmobil beklaut.

Mein Dad hatte Schiss und schickte meine Mam vor um nachzugucken!

“Was für ein Wichser, oder?“

Mit ganzem Herzen, von Michael R.

1.3 Gemeinsame therapeutische Arbeit auf dem Hintergrund der Narration von Michael

Gerade dieser Lebenslauf berührt durch die ausgedrückten starken Emotionen. Viele diagnostische Hinweise, viele Wege der gemeinsamen Sinnfindung könnten verfolgt werden, im Nachfolgenden konzentriere ich mich jedoch auf einen Themenkomplex, der in der therapeutischen Arbeit mit Michael wichtig wurde. Es geht um die wechselnde Identifizierung mit seinen streitenden Eltern.

Im Text wird die Parteinahme für die Mutter und seine Sorge um sie deutlich. In seinem Verhalten auf Station erinnerte Michael durch Gesten, Sprache und erzählte Inhalte stark an das, was er an seinem Vater kritisierte. Nach einem freien Wochenende hielt er gern mehrere der anderen Jugendlichen durch die Geschichten seiner Erlebnisse in seinen Bann. In diesen Erzählungen wurde jemand ermordet, brutal zusammengeschlagen, vergewaltigt oder zu Unrecht angeklagt. Er reagierte sehr barsch darauf, wenn jemand die Wahrscheinlichkeit der erzählten Ereignisse in Frage stellte. Michaels Stimme war dabei laut und dominierend, die Ausdrucksweise häufig hart, fast gewalttätig, es wurden vulgäre Ausdrücke benutzt, häufig mädchen-/frauenverachtende Ansichten geäußert. Dieses spiegelte sich in der Musik, die er hörte (deutscher Hip-Hop, teilweise mit Texten, die wegen Gewaltverherrlichung gegen Frauen auf der Index-Liste stehen) und in den Rapper-Liedtexten, die er selbst verfasste. Wenn er von seinem Sport (Boxen) erzählte, war es ihm wichtig zu unterstreichen, dass er, wenn er nicht so viel gekifft hätte, es bestimmt bis zur Meisterschaft im Leichtgewicht geschafft hätte. Sein Trainer habe ihm gesagt, er habe großes Talent und habe freiwillig viele Stunden über den normalen Rahmen hinaus geübt, Zeit, die er weniger talentierten oder sportlich-ehrgeizigen Jugendlichen nicht gewidmet hätte, so Michael.

Michael hielt im allgemeinen seine z.T. deutlich sichtbare Wut und Gereiztheit zurück und wurde auf Station nie körperlich aggressiv, er sagt, dieses würde gegen seine Werte als Boxer verstoßen. Beim Zuschauen bei einer Schlägerei auf Station stand er jedoch unverrückbar auf der Seite des Jungen, der zuerst und sehr brutal zugeschlagen und dem anderen am Kopf getreten hatte, weigerte sich hartnäckig, auch nur zu überlegen, was der andere (schwächere) Junge für Motive in der Auseinandersetzung gehabt haben könnte.

Der Gegensatz zwischen dieser Perspektive und der im Lebenslauf eingenommenen fiel mir in der Arbeit mit ihm immer wieder auf, um so mehr, als Michaels Bereitschaft, sich auseinander zu setzen, deutlich abnahm, wenn er in der beschriebenen Stimmung war. Obwohl die Therapie in der Regel von gegenseitiger Sympathie getragen war, erschien es in solchen Momenten, als gebe es keine gemeinsame Gesprächsgrundlage oder Sprache, als gehe es ihm im Gespräch mit der Therapeutin nicht wie sonst darum, etwas von sich zu erzählen und verstehen, sondern, als ob die Therapeutin einen anderen sozialen Welt angehöre, und es wichtig sei, die Ansichten seiner rauen Welt (und Identität) gegen die der aus seiner Sicht braven und soliden Welt der Mittelschicht, der er die Therapeutin zurechnete, zu verteidigen.

Danach befragt, wie er selbst das Schreiben empfunden habe, sagte Michael lediglich „jut“. Wie es ihm denn jetzt gehe?: „ruhiger“ antwortete er, um dann nach kurzer Überlegung zu fragen, „soll ich Ihnen noch was schreiben?“ Die o.g. kathartische Wirkung scheint also für ihn spürbar gewesen zu sein, auch zeigt seine bereitwillige Zustimmung, dass er das Schreiben in irgendeiner Form als Hilfe für sich erlebt hat.

Man kann spekulieren, dass es Michael durch das Schreiben möglich gewesen ist, eine andere Seite von sich zu zeigen, eine andere Perspektive oder Teil seiner Identität. In der gemeinsamen Arbeit sind wir dazugekommen, diese Teile als „Opfer“ und „Täter-„Perspektiven zu bezeichnen. Ersteres bezieht sich natürlich auf die Identifikation mit der Mutter und die erniedrigenden Erfahrungen des Geschlagenwerdens. Es scheint in anderen Situationen seines Lebens so zu sein, dass er sich schnell wieder in diese Position der Ohnmacht, des Ausgeliefert Seins und des Hasses versetzt sieht, z.B. wenn er beschreibt, dass ein Mädchen ihn „verarscht“ hat, mit ihm Schluss machte oder ihn sonst in eine Position der vermeintlichen Ohnmacht gebracht habe. Ohne den Lebenslauf hätte ich wahrscheinlich nicht so gut nachvollziehen können, warum solche Erfahrungen für ihn so schwer erträglich sind und, wichtiger noch, er selbst hätte die Gefühle und Kognitionen nicht so greifbar für sich gehabt, nicht als kohärenten Erzählstrang, der sich mit anderen Erlebnissen/Situationen vergleichen lässt.

Sein Therapieziel war, ohne Drogen leben zu können, und es hat für ihn Sinn gemacht, dass er die Unerträglichkeit solcher Gefühle versuchte „wegzudröhnen“. Es machte für ihn auch Sinn, dass er aus denselben Beweggründen in die „Täter-Perspektive“ wechselte, dass er dort ein Gefühl der eigenen Wirksamkeit und Stärke herholte, dass für ihn in seinem Ringen um Identität, ja um Selbstachtung, unerlässlich schien. Soweit ging noch der Weg der gemeinsamen Erkenntnisfindung in der Therapie, eigentlich erstaunlich weit, wenn man bedenkt, unter welchem Druck Michael in seinem realen Leben von allen Seiten stand (Verantwortungsgefühl für die Mutter, für ihre Armut und missliche Lage, Unsicherheit bezüglich seiner eigenen Perspektiven, brüchige „Identitätssäulen“, wohin man nur schaut) und welche beachtliche Leistung es für ihn darstellt, in einer solch bedrohten Situation Neues ausprobieren zu wollen.

Der gemeinsam geteilte Sinn hört dort auf, wo die Therapeutin Michael suggeriert, dass es langfristig darum gehen könnte, solche unangenehmen Gefühle spüren und aushalten zu können, ohne auf Drogen oder einen ihn einengenden Teilbereich seiner Identität („Täter-Perspektive“) zurückverfallen zu müssen. Das er das nicht möchte, auch nicht nur denken möchte für die Zukunft, ist nachvollziehbar, solange er keine anderen inneren Ressourcen oder Unterstützung aus seinem Convoy wahrnimmt, was er in der gegenwärtigen Lage nicht tut.

Was es so schwierig macht, diese Muster in Frage zu stellen, ist gerade sein stützender Charakter für Michael. Mit der Identität eines aggressiver Rappers, eines Profi-Boxers, eines Kiffers in einer festen

Freundes-Clique kann er sich vortäuschen, dass ihm keiner etwas kann. Alle Teile dieses schützenden Identitätsbildes werden mitverteidigt, erst recht gegen eine Frau, dazu noch gegen eine Frau, über die sich sein Vater ärgert und die, wie oben beschrieben, aus einer anderen sozialen Welt kommt und seiner Meinung nach nie gekiff, gekokst, oder mit unerträglichen Gefühlen kämpfen musste.

2. Sarah Q.

2.1. Kurzanamnese, Aufnahmegrund, Problematik

Sarah (16 J.) fiel es schwer zu benennen, was denn eigentlich ihr Problem sei. Im ersten ambulanten Gespräch in der Klinik sagte sie, sie habe eine Essstörung, seit ca. einem halben Jahr sei es so, dass ihr das Essen wieder hoch komme. Sie wünschte sich eine schnelle stationäre Aufnahme. Die schnelle Aufnahme wurde realisiert, allerdings weniger wegen der Essprobleme, sondern weil das Mädchen tief unglücklich wirkte und die Ärztin beim Erstgespräch bezüglich ihrer Suizidalität Zweifel hatte. Eine Woche nach Aufnahme sagte Sarah jedoch, sie habe eigentlich überhaupt keine Probleme, wenn sie nur 10 Kilo weniger wiegen würde, wäre das Leben in Ordnung. (Sarah wog bei Aufnahme 85 Kilo bei einer Körpergröße von 1,68 m). Und überhaupt, so Sara weiter, habe sie die Aufnahme nicht gewollt, sondern ihre Mutter habe sie dazu gedrängt.

Tatsächlich waren beide Eltern besorgt um sie, sie nahmen wahr, dass sich Sarah sozial immer mehr zurückzog, nur mit größtem Widerwillen zur Schule ging, ihre Leistungen dort abfielen und sie immer weniger aktiv war, häufig nur in ihrem Zimmer saß und weinte. Freunde habe sie eigentlich keine, nur lockere Kontakte vom Musik machen (Sarah spielt Saxophon). Insbesondere mit Mädchen verkrache sich Sarah schnell, obwohl sie sich eine Freundin wünsche.

Diese Schwierigkeiten und auch wie Sarah darunter litt, wurden schon in der ersten Woche auf Station deutlich. Sie spielte keine Gesellschaftsspiele mit den anderen Jugendlichen, erzählte dabei und bei anderen Aktivitäten, dass ihr das „zu doof“ sei. Im Gespräch wirkte sie für die anderen dominant, sie nahm Themen an sich und war bestrebt darzustellen, was sie alles gesehen und getan hatte, in welchen exotischen Ländern sie schon gewesen sei, wie gut sie Englisch konnte, welcher verwegenen Lebensstil ihre beiden älteren

(Halb-)Brüder hatten und anderes mehr. Die Jugendlichen auf Station, die meist auch nur 9. Klasse Gesamtschule, manche Förderschule oder Schulabbrecher waren, und eher aus sozial benachteiligten Hintergründen kamen (Sarah besuchte die 11. Klasse des Gymnasiums), konnten mit ihren Erzählungen wenig anfangen und ließen ihr Unbehagen gegenüber Sarah auf andere Weise deutlich werden. Die

Mädchen schlossen sich in Zweiergruppen zusammen, in denen für sie kein Platz war, die Jungs machten sich über sie lustig und nannten sie „fett“. Sarah fühlte sich in ihren „schlechten Erfahrungen“ mit Mitmenschen wieder einmal bestätigt und zog sich verletzt zurück. Über Probleme mit dem Essen oder Erbrechen berichtete sie aber nicht mehr.

Der Versuch, in den einzeltherapeutischen Sitzungen mit ihr über diese (oder andere) Probleme zu sprechen, war für sie sehr schwer. Über mehrere Stunden wiederholte sie im strömenden Tränenfluss, sie habe außer das Übergewicht kein Problem, wolle „nur ihre Ruhe haben“. Es gab zwar einige Sitzungen, in der die therapeutische Beziehung tragender zu sein schien und sie auch mit Enthusiasmus an eigenen oder von der Therapeutin eingebrachten Themen arbeitete, diese waren jedoch meist gefolgt von starkem emotionalen Rückzug in der nächsten Sitzung, in der sie sich abwertend und abfällig über die bisherige Arbeit äußerte. Ein richtiger „Wendepunkt“ kam auf unerwarteter Weise erst dann, als Sarah im Elterngespräch äußerte nach Hause zu wollen. Ihre Eltern berieten sich allein und teilten ihr dann mit, dass sie nicht mehr bereit waren, zuzusehen, wie Sarah alle Kontakte abbreche, wenn Schwierigkeiten auftreten. Sie bestanden darauf, dass Sarah versuche, auf die angebotenen Beziehungen auf Station einzugehen und an ihren Problemen zu arbeiten. In der Folgezeit wirkte Sarah gelöster, weicher. Sie hörte häufiger zu, fragte viel, dachte über sich nach und ergründete Themen, die sie sonst nur als unbedeutend abgewunken hatte.

2.2 Lebenslauf von Sarah Q.

Mein Leben

*Ich wurde am 19. April 1989 * (* = geändert) in Kleinstadt* geboren. An meine Kindheit kann ich mich leider kaum noch erinnern. Ich weiß dass, gerade als ich laufen lernte, wir eine Autounfall hatten, bei dem ich mir ein Bein brach. Soweit ich weiß, ging ich nie gern in den Kindergarten und auch der Hort nach der Schule war nie besonders schön. Wir wohnten einige Jahre im Gutshaus in Dorf am See*. Als wir dort ausziehen mussten, konnte ich nicht verstehen, warum meine Eltern gerade in Dorf am See ein Haus bauen wollten und dies dann auch taten. Ich wollte immer dort weg. In die Grundschule bin ich eigentlich gerne gegangen. Nur als, ich glaube ab der 4. oder 5. Klasse, die Hänseleien anfangen, wollte ich dort nicht mehr so gern hin. Deshalb fuhr ich auch gegen Ende der 6. Klasse auf eine Kur nach Sylt. Dort machte ich dann auch meine ersten Diät-Erfahrungen. Die 4 Wochen ohne meine Eltern auf Sylt waren auch die ersten, die ich allein verbrachte. Davor wollte ich nie allein wegfahren. Wenn meine Mutter mir ein Ferienlager vorschlug, hab ich nur immer gesagt, sie wolle mich ja bloß loswerden. Aber nach diesem Aufenthalt konnte ich nie lange genug wegfahren. Da ich schon sehr früh mit dem Reitsport begonnen habe, mit 6 oder 7 habe ich dann regelmäßige Reitstunden bei einer Bekannten bekommen, war*

natürlich ein Reiterhof der ideale Ferienort. Da meine Mutter verbeamtet ist, konnte ich über das Sozialwerk des Bundes als ich 13 und 14 war je 3 Wochen auf einen Reiterhof nahe Bielefeld fahren. Diese 3 Wochen waren immer ein Highlight. Ich machte dort meine beiden Reitabzeichen und lernte auch eine Menge netter Menschen kennen. Diese Kontakte hielten dann meist leider nur nie lange. Ich fing auch an, öfter nach Berlin zu fahren. Wo ich anfangs wegen meines Alters noch Schwierigkeiten hatte mit den Freunden meines Bruders klarzukommen. Manchmal ging ich, denke ich, meinem Bruder ganz schön auf die Nerven. Doch habe ich angefangen, mich zurückzuhalten und erst zu denken und dann zu reden. Das hab ich auch in kurzer Zeit gut geschafft. Wir unternehmen dann immer viel, gehen feiern oder auf Konzerte. Jedenfalls ist immer was los. Nur habe ich immer irgendwie so ein schlechtes Gefühl, wenn ich dort bin. Ich weiß nicht, woher das kommt, aber ich fühle mich manchmal irgendwie fehl am Platz. Obwohl alle immer sehr nett zu mir sind, dieses Gefühl kann ich trotzdem nicht loswerden. Auf dem Gymnasium war es von Anfang an irgendwie scheiße. Die Leute waren mir sofort unsympathisch. Ich fühlte mich einfach nicht wohl dort. Die treffendste Überschrift für die Zeit dort wäre wohl „Mein Kampf“ gewesen. Doch es war ja nicht nur einer. As artete eher in einen 2 oder 3-Frontenkrieg aus. Einmal der Kampf jeder gegen jeden, dann natürlich der, der Beste zu sein und zum Schluss mein heiß geliebter Kampf gegen die Pfunde. Da ich leider, wie ich denke, viel zu sensibel bin und es jedem recht machen will und leider auch, denke ich, ein bisschen unkoordiniert und faul bin, hatte ich die ersten beiden sehr schnell verloren. Oder hatte ich kapituliert? Ich denke aus Frust darüber wurde dann der letzte Kampf eher zu einem Frust Mampf. Ich war die meiste Zeit allein. In der Schule schloss ich mich zwangsweise mal der und mal der Gruppe an. Richtig interessiert habe ich mich dafür aber nie. Durch meinen Bruder hatte ich schon immer eine linksorientierte Einstellung. Ich lernte auch ein paar Leute aus der Punk-Szene kennen und hatte, durch eine Sache, die mich interessierte, ein paar; in meinen Augen, vernünftige Menschen kennen gelernt. Nach meiner Zeit in diversen Vereinen, wie dem Segel-, dem Reit- und dem Fußballverein, begann nun die Zeit, in der ich und 4 andere, fast jedes Wochenende in einem Zug Richtung Berlin, Potsdam, Magdeburg oder Dresden saßen. Wir fahren auf etliche Demonstrationen, hörten Punk-Rock und machten uns Gedanken über ein besseres Deutschland. Das war bzw. ist immer noch eine lustige zeit. Leider wird diese politische Einstellung an unserer Schule immer nur belächelt oder verspottet. Die Lehrer und Schüler können damit einfach nichts anfangen. Da ich leider für den Reiterhof mit 15 zu alt war, fuhr ich 2 Wochen mit einer Jugendreisegruppe an den Balaton nach Siofok. Dort machten wir die Nacht zum Tag. Jeden Abend war irgendwo etwas los. Der Sommer 2004 war auch die Zeit, wo ich endlich eine Diät gefunden hatte, die was brachte. Zu der Zeit wog ich zwischen 74 und 75 kg und fühlte mich rundum wohl. Ich konnte die Klamotten anziehen, die ich wollte. Da ich sehr gern reise, war dieser Sommer auch echt spitze. Ich war 2 Wochen in Mamaris nahe Izmir und kaum zu Hause bin ich den nächsten Tag schon in den Bus nach Ungarn gestiegen. Diese 4 Wochen waren einfach klasse. In Mamaris war ich abends viel unterwegs. Doch Ungarn war einfach der Hammer. Ich freundete mich mit einer Gruppe Holländer an, die auch 2 Wochen blieben, und hatten abends echt ne Menge Spaß.

Tagsüber lagen wir am Strand oder spielten Beach-Volleyball. Doch leider hielt meine Mutter sich nicht so eisern an die Diät. Sie nahm wieder etwas zu und wollte deshalb erst wieder zur Ernährungsberatung, wenn sie wieder abgenommen hatte. Tja, wir sind nie wieder hingegangen und durch den ganzen Stress und diese ganze Scheiße hier nahm ich halt auch wieder zu. Und wo war die ganze Sache mal wieder umsonst gewesen. Aber damit kannte ich mich jetzt ja schon aus. Ich verkroch mich wieder hinter meinen Büchern und zog mich in meine kleine Welt zurück. Ich freute mich auf jeden Urlaub, den wir machten. Wegen meines Onkels (die Schwester der Mutter ist mit einem Türken verheiratet) waren wir oft in der Türkei. Ich mag dieses Land irgendwie. Die Traditionen, die Menschen, einfach alles. Dort fühle ich mich richtig wohl. Tja irgendwie hab ich die Jahre auf dem Gymnasium überlebt und wurde auch immer versetzt. Doch von Jahr zu Jahr wurde es unerträglicher. Die Lehrer, die Schüler, alles derselbe Einheitsbrei. Zwischendurch hatte ich ja auch versucht, dem Ganzen ein Ende zu setzen. Manchmal wünschte ich, es hätte geklappt, doch dann denke ich an meinen Vater und denke daran, was er schon alles durchmachen musste und dann überlege ich, was passiert wäre wenn, in solchen Momenten bin ich ganz glücklich, dass es doch nicht geklappt hat. Ich hab es bis jetzt überstanden und vielleicht schaff ich es ja irgendwann einmal. Im Moment steh ich mir wohl nur selbst im weg, doch vielleicht finde ich meinen Weg. Mit ein wenig Hilfe von außen und etwas Disziplin meinerseits. Auf jeden Fall möchte ich mein Abitur schaffen. Ich weiß zwar noch nicht, was danach kommt, doch ich denke dies ist das erste Ziel auf meinem späteren Weg. Tja, viel mehr gibt es über mein Leben nicht mehr zu sagen. Ich habe mich schon immer für Tiere interessiert, hatte auch schon einige und ohne Tiere wäre mein Leben auch sehr trist, da sie meine einzig wahren Freunde waren und sind.

Und anscheinend habe ich zu spät gemerkt, dass ich Hilfe brauche und nun muss ich mit den Konsequenzen zu Recht kommen. Doch ich sehe die Zeit in Neuruppin (Klinik) als eine Chance an, mein Leben vielleicht doch noch in den Griff zu bekommen und hoffe natürlich nur das Beste!

2.3 Gemeinsame therapeutische Arbeit auf dem Hintergrund der Narration von Sarah

Danach befragt, wie sie das Schreiben empfunden habe, sagte Sarah nicht viel. Da sei eigentlich nichts drin, was sie nicht schon wisse, insofern habe sie keine besonderen Gefühle zu irgendeiner Passage wahrnehmen können.

Die Vorteile, die das Schreiben des Lebenslaufs mit sich brachte, waren trotzdem zunächst zwei ziemlich augenscheinliche: Der Leidensdruck von Sarah wurde so auch für Therapeutin spürbar gemacht, da sie sonst immer zu sagen neigte, sie habe kein Problem, und andere von sich wegschob, so dass man in der Gegenübertragung nur Ärger verspürte, was einem den Zugang zu anderen Gefühlen und Gedanken versperrte. Für Sarah war es eine Chance, Sorgen und Hoffnungen auf eine Weise zu äußern, wie sie es im direkten Kontakt aus Angst vor Ablehnung nicht konnte.

Wie oben beschrieben, wurde wie in einer klassischen Textanalyse der Lebenslauf mit Sarah gemeinsam in Einheiten unterteilt, jeder Einheit wurde ein Thema zugeordnet. Im Nachfolgenden führe ich die „Memos“ (Themen) an, die Sarah mit der Therapeutin gemeinsam als Abstraktionsstufe im Prozess der Sinnfindung erstellte.

Memos

Trauma (Autounfall)

Am bestimmten Ort nicht gern sein

Am falschen Ort sein

Sich zurückhalten müssen

Dick sein

Nicht gewollt sein

Anerkennung über Leistung

Außerfamiliäre soziale Bindungen sind nicht tragend

Anderen auf die Nerven gehen

Glaube, sich verändern zu können

Fehl am Platz sein

Mit den falschen Leuten zusammen zu sein

Kämpfen zu müssen, gegen alle

Der Beste sein zu müssen

Zu dick zu sein

Es jedem recht machen wollen

Mangelnde Energie, Selbstunzufriedenheit

Allein sein

Gefühl, mit den falschen Leuten zusammen zu sein

Ich und meine Familie, wir sind anders

Es kommt nur auf die richtigen Leute an

Fehl am Platz

Es ist gut, wenn „was los ist“

Verbindung: sich in seinem Körper wohlfühlen, sich im sozialen Zusammenhang wohlfühlen

Hoffnung in kurzzeitig begrenzte Freundschaften setzen

Verbindung Gewicht und andere Menschen (Mutter)

Ärger gegen Mutter

Dicksein als Versagen

Es geht mir nie lange gut, alle meine Mühe ist immer umsonst

Idee: es gibt irgendwo einen Ort, Menschen, bei denen alles gut ist, ich muss sie nur finden

Selbstmordgedanken

Verbindung mit dem Schicksal des Vaters

Froh, am Leben zu sein

Verantwortung für „eigenen Weg“, Hoffnung

Ziele

Liebe zu Tieren

Hoffnung an die Therapie

Dazu angehalten, zu überlegen, was sie an sich selbst verändern möchte, wenn es ihr schon nicht gelingen wird, nur die richtigen Freunde zu finden oder alle anderen Menschen in ihrem Umfeld zu ändern, kristallisierte sie aus den oben genannten Punkten ihre eigene Einstellung zu anderen Menschen, zum Leben und zu sich selbst heraus („Misstrauen, Unzufriedenheit mit sich selbst“). In den Sitzungen, die, wie oben beschrieben, recht wechselhaft verliefen, wurde nicht systematisch immer an diesen Punkten gearbeitet, denn es gab immer aktuelle Probleme und Verunsicherungen zu besprechen, die aber vor dem Hintergrund der oben ausgearbeiteten Memos für sie immer wieder Bezug zu „ihren Themen“ hatten

Erhellend für sie war ebenfalls das gemeinsame Schauen, wie diese Einstellungen entstanden sind, wie und in Verbindung mit welchen Menschen und Umständen sich Sarah solche biographischen Narrative entworfen hat. Dabei war der familiäre Hintergrund wichtig: Prägend, fast allgegenwärtig wirkt in der Familie die Erinnerung an die erste Frau Vaters, die Suizid begangen hat, den der Vater in erster Linie im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Nicht-Anerkennung sieht. Aus dieser Ehe gab es zwei Söhne, die zum Zeitpunkt des Suizids ihrer Mutter im Grundschulalter waren. Ein Jahr nach dem Tod der ersten Frau kam Sarahs Mutter mit dem Vater zusammen, sie blieb die einzige Tochter der beiden. Die Kleinkinderzeit von Sarah war dann nicht nur von dem von ihr erwähnten Autounfall, sondern auch von der schweren, lebensbedrohlichen Erkrankung des Vaters an Dickdarmkrebs überschattet. Der Vater berichtet, er habe sich zu der Zeit von seiner Familie verabschiedet, habe sich insbesondere um die beiden Jungen Sorgen gemacht, die dann Vollwaisen gewesen wären. Zu der Familie der ersten Frau, den Großeltern also von Sarahs Halbbrüdern, bestand noch regelmäßiger Kontakt, insbesondere nach dem die zweite Tochter der Familie auch auf tragische Weise durch einen Bergunfall ums Leben kam. Der Kontakt wird zwar für beide Seiten als sehr stützend erlebt, insbesondere in den Zeiten der Trauer; als etwas schwierig wird erlebt, dass diese Familie sehr hohe Leistungsansprüche hat und großen Wert auf ihre gehobene soziale Stellung und Bildung legt, sich selbst auch in diesem Punkt als „etwas Besonderes“ empfinde. Sarahs Mutter werde von der Großmutter der Jungs zwar freundlich, aber häufig kritisiert. In der Interaktion mit dieser Familie holt Sarah für sich die folgenden Selbstbildanteile: „du gehörst nicht richtig dazu“ (bist nur die Tochter der zweiten Frau), sowie den Anspruch „etwas Besonderes“ sein zu müssen, vielleicht mehr wie ihre Brüder: schillernd, talentiert und unkonventionell.

Aus dem Konglomerat der Selbst-/Fremdbewertung und Integration in die Identität arbeitet sie noch folgendes aus der Beziehung zu ihren Eltern heraus: An ihren Vater, der häufig traurig und in sich zurückgezogen wirkt, hat sie viele Wünsche nach Aufmerksamkeit und Beachtung, traut sich aber aus

Fürsorge und Rücksicht auf seine Schicksalsschläge kaum, sie sich selbst einzugestehen. Zur Mutter erlebt sie ihre Beziehung zwar intensiver, doch geprägt von Kritik, insbesondere leistungsbezogener Kritik („du bist faul, machst nichts für die Schule“). Die Wichtigkeit der Bewertungen durch die Eltern wird auch dann deutlich, als sich Sarah erst dann ernsthaft auf die Therapie einlassen kann, als die Eltern ihr unmissverständlich mitteilen, dass sie es von ihr erwarten und fordern, sie damit quasi auch nichts „Familien-Identitäts-Fremdes“ damit tut.

Nachdem wir die weiter oben beschriebenen Wirkungen auf Sarah skizziert hatten, bekam sie die Hausaufgabe, aufzuschreiben, welche von denen an sie herangetragenen Erwartungen sie entsprechen möchte (von sich aus) und von welchen sie sich befreien möchte. Die Erwartungen, von denen sie sich lösen wollte, sollte sie in eine imaginäre „Kiste“ tun und der Familie der ersten Frau (natürlich nur in der Vorstellung) „zurückgeben“. Obwohl sie die Aufgabe bei der Vorbesprechung mit Sicherheit richtig verstanden hat, schrieb sie etwas ganz anderes auf, nämlich, dass sie gern ihre „Angst vor Veränderung“ und ihre „Schuldgefühle“ in eine „Problemkiste“ wegpacken möchte. Als wir in einer anderen Stunde wieder versuchten, zu der Familie der Frau eine exzentrischere Position zu gewinnen, war das Resultat ähnlich: Sarah ging auf alle möglichen anderen Themen ein und, als ihr dieses gespiegelt wurde, wurde sie ärgerlich und meinte, die Familie vor der Therapeutin in Schutz nehmen zu müssen. Die Therapeutin bestand nicht weiter auf das Thema, sondern beließ es bei dem schon Gesagten.

Vor dem Hintergrund des Lebenslaufes war auch das von Sarah aufgestellte Sceno-Bild interessant. Sie erschuf eine einsame, von depressivem Rückzug geprägte Atmosphäre, in der ein Mädchen auf einer Picknickdecke mit ihrem Hund allein im Wald saß. Es waren sonst keine Figuren eingesetzt, auch der von ihr aufgestellte „Wald“ war spärlich, der Großteil der Fläche blieb frei. In ihrem verbalen Kommentar sagte sie: „das Mädchen will ihre Ruhe haben!“ (Etwas, das Sarah selbst immer sagte, wenn sie sich aus sozialen Konfliktsituationen/Kontakten zurückzog). In der Nachbesprechung und gemeinsamen Deutung konnte Sarah sowohl dem Wunsch nach Freundschaft zustimmen, den der Hund möglicherweise symbolisiert, wie auch für sich das Gefühl nachvollziehen, wenn man allein im Wald sitzen bleibt und nur „seine Ruhe“ haben will. Sie konnte spielerisch überlegen, wie weit wohl die nächsten Menschen weg wären, und was wohl wäre, wenn jemand dazukäme oder das Mädchen gar aufstünde und von sich auf jemanden zugehen würde.

So gab es viele verschiedene Teilstücke in der „Identitätsarbeit“, die Sarah in der Klinik machte, in der Arbeit mit mir, aber auch mit anderen: Die Musiktherapie erlebte Sarah z.B. als sehr gefühlsintensiv, auch das Verhältnis zur Musiktherapeutin war für sie sehr wichtig. In der Kunsttherapie setzte sie sich mit dem „Gegensatz von Vorstellungen und deren Umsetzung“ auseinander und war damit dicht an ihrem

Leistungs-/Anspruchsthema. Aus der Gruppentherapie und im Zusammensein mit anderen Jugendlichen über eine längere Zeit erhielt sie ebenfalls viele wertvolle Rückmeldungen.

Die vorangegangene Arbeit mit dem Lebenslauf und die Analyse des Geschriebenen erhellte für mich, aber auch für Sarah viele dieser verschiedenen Elemente und zog sich quasi wie ein roter Faden durch die Therapie, auf den wir immer wieder zurückgriffen.

Zum Ende der Therapie hin entwarf Sarah im Beisein der Therapeutin folgende „fokale Formel“ (s. Metzmaker, 1996), der sicherlich vieles auslöst (z.B. „externale Faktoren“, da diese die Auseinandersetzung mit der Familie thematisieren würde, was sie noch nicht möchte/kann), der aber für sie eine erste Hilfe aus der Resignation und einsamen Hilflosigkeit heraus in die aktivere Gestaltung ihrer Lebenswelt und die Suche nach einem unterstützenden „Konvoi“ sein könnte.

Fokale Formel für Sarah

Nachdem ich bisher...

- *misstrauisch*
- *pessimistisch*
- *mit mir selber unzufrieden gewesen bin,*

... stehen nun die folgenden Entwicklungsschritte an ...

- *Leuten zu glauben, was sie mir erzählen*
- *offen zu sein für Neues*
- *andere Menschen wahrzunehmen, anstatt mich selbst zu „präsentieren“*
- *Sachen, die ich mache, gut zu finden, auch wenn sie nicht immer „top“ sind*

... was erschwert wird durch ...

- *„kleine Stimme“ Nr. 1: „ich will nur meine Ruhe haben“*
- *„kleine Stimme“ Nr. 2: „das reicht nicht, um etwas Besonderes zu sein!“*

Erste Schritte in die gewünschte Richtung wären zu erkennen an ...

- *eingehen auf Beziehungsangebote auf Station (schon geschafft!!!)*
- *Freunde länger behalten*
- *optimistischer werden, z.B. öfter zu mir sagen „das passt schon!“*

Sarah wurde am Vormittag ihres 17. Geburtstages aus der Klinik entlassen, zwar ohne mehr als ein Kilo abgenommen zu haben, aber mit anderen für sie positiven Veränderungen, die z.T. auch äußerlich sichtbar waren: Sie konnte Augenkontakt halten und auf den Gesprächsstrang des Gegenübers flexibel eingehen. Sie nahm einige Telefonnummern ihrer ehemaligen Mitpatienten mit. Mit Einverständnis und Unterstützung ihrer Eltern zog sie in eine WG mit anderen jungen Leuten in einer etwas größeren Stadt ein, etwa eine Autostunde entfernt von ihrem alten Wohnort. Dort besuchte sie die Berufsschule zur Überbrückung, bis sie dann nach den Ferien ihre 11. Klasse am dortigen Gymnasium wieder aufnehmen kann. Das „Projekt an sich selbst“ führt sie tapfer weiter, wie die niedergelassene Kollegin, die Sarah ambulant aufsucht, beschreibt.

Und wenn ihre alte Therapeutin aus der Klinik, nämlich ich, traurige Saxophonklänge hört, denkt sie an Sarah und auch daran, dass das Leben der Therapeutin durch die Begegnung mit dieser Jugendlichen reicher geworden ist. Auch durch die Begegnung mit anderen Jugendlichen, die ihren Weg und ihren Lebenslauf mit ihr gemeinsam nach Sinn und Weiterkommen durchforsteten, ist ihr Leben reicher an Gefühlen und Erlebnissen geworden und stellt somit auch für die Therapeutin eine Art von „sinnstiftender, ko-kreativer Identität“ dar.

Zusammenfassung und Ausblick

In der Ausgangsfrage für diese Arbeit ging es darum, ob die dargestellte Technik des „Lebenslauf-Schreibens“ ein sinnvoller Baustein im gesamttherapeutischen Prozess darstellen kann. Gründe, diese Frage zu verneinen, fallen mir wenige ein, höchstens die Sorge, einen schreibunsicheren Jugendlichen mit der Aufforderung zu beschämen, was aber bei Kenntnis der Problemlage des Einzelnen und mit etwas Einfühlungsvermögen vermeidbar erscheint.

Rein praktische Gründe, das Vorgehen sinnvoll zu finden, gibt es sicherlich: Das Schreiben ist wenig aufwändig, flexibel einsetzbar, und, nach der hohen Compliance-Rate zu urteilen, ist es etwas, was die Jugendlichen meist gern tun. Manche Jugendlichen führen diese Art des expressiven Schreibens auch nach Beendigung der Therapie fort und empfinden sie als emotionale Stütze für sich, auf die sie jederzeit Rückgriff nehmen können. Das Schreiben erscheint als etwas weniger Flüchtiges als etwa ein Gespräch oder Gedankenkreisen, man kann sich mit dem Leser und sich selbst klarer auseinandersetzen. Die Offenheit der Vorgabe lässt Raum für das Gefühl der Selbstbestimmtheit, oft auch für das Gefühl der eigenen Wirksamkeit. Darüber hinaus enthält die Aufforderung zum Schreiben die deutliche Botschaft an den Jugendlichen, dass seine Ansichten und Bewertung von Interesse sind, und dass sein Leben wichtig genug ist, dass man darüber schreiben kann.

In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, vor allem mit Jugendlichen, bin ich aber außerdem froh über jedes Medium, das dem jungen Menschen, der sich der ausdrucksstarken Welt des Spiels, manchmal sogar des Malens oder anderer kreativer Formen entwachsen wähnt, andererseits aber glaubt, den unbelasteten verbalen Austausch mit Erwachsenen noch nicht zu können, eine Möglichkeit des Ausdrucks gibt. Denn die Jugendlichen haben viel zu sagen, wissen aber oft nicht genau, wie.

Um noch einmal konkret auf die beiden hier dargestellten Jugendlichen zurück zu kommen, war es für mich im diagnostischen Prozess gut zu verstehen, wie Sarah dazu kam, die Welt als gegen sie eingenommen zu verstehen oder nachzuvollziehen, wie heftig die Gefühle waren, mit denen Michael kämpfte. Ich empfand es nach dem Lesen als einfacher, ihre Perspektiven auf ihre jeweiligen Lebenswelten nachzuvollziehen und gehe davon aus, dass dieses Verstehen für sie im therapeutischen Kontakt spürbar wurde, vielleicht sogar zum „Bezogensein“ des zweiten Weges der Heilung und Förderung (s. weiter oben, 1.2.) beiträgt.

Weder das Schreiben des Lebenslaufs noch die daraus gewonnenen Erkenntnisse stellen bei Michael oder Sarah besonders bedeutsame Einschnitte oder gar Wendepunkte im Therapieprozess dar, sie boten jedoch in mancher Hinsicht eine Gesprächsgrundlage, auf alle Fälle aber eine Form des Austausches, einen

Anlass zum Erzählen/Schreiben und gehört/gelesen werden. Bei beiden war im Lebenslauf ein wichtiges „Thema“ oder so etwas wie ein „roter Faden“ enthalten, der für den/die Jugendliche und die Therapeutin im Verlauf immer wieder für das Sinnverstehen wichtig war: Michael war es möglich, eine andere, sehr verletzte Seite von sich zu zeigen und sich bis zu einem gewissen Punkt auf ein emotionales Sinnverstehen einzulassen, Sarah konnte durch das Abstrahieren eine exzentrische, kohärente Position zu ihrem sehr allgemeinen Empfinden des Unglücks ausmachen, um folglich auch sich besser zu verstehen und so Verhaltensalternativen als denkbar zu erleben. Diese Schritte sind im Sinne des ersten Weges der Heilung und Förderung (s. weiter oben 2.1.) zu verstehen, bei dem in der gemeinsamen Auseinandersetzung um Sinnfindung erhöhte Korrespondenzfähigkeit entwickelt werden kann.

Die dargestellten Überlegungen zum Thema des Schreibens von Lebensläufen in der Therapie mit Jugendlichen würde ich gern als kleinen Erkenntnisfortschritt sehen, der unter Umständen in der nächsten Spiralwindung des Erkenntnisprozesses für mich, oder für andere, wieder Fragen aufwerfen kann. Fragen vielleicht, die mehr auf den Kreativitätsaspekt des Schreibens (dritter Weg der Heilung und Förderung), der erlebten Wirksamkeit des Schreibers fokussieren, Fragen, die sich vielleicht mehr mit dem Thema der Identität im Wechselspiel von Stabilität und Flexibilität auseinandersetzen, als es in diesem Rahmen möglich war, Fragen nach weiteren Möglichkeiten des expressiven Schreibens und ihre Annahme durch die Jugendlichen. Die aus dieser Arbeit entstandenen Gedanken und der Austausch mit meinen Kolleginnen darüber haben z.B. dazu geführt, dass ich jetzt in einer Arbeitsgruppe mit diesen Kolleginnen zusammen an verschiedensten Schreib-Vorlagen für ein „Therapie-Tagebuch“ arbeite, die wir mit Jugendlichen zusammen ausprobieren wollen.

Zusammenfassung

Erfahrungen mit dem Medium „expressives Schreiben“ in der Psychotherapie mit Jugendlichen werden exemplarisch anhand von zwei selbstverfassten Lebensläufe von 16-jährigen Patienten der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt und diskutiert. Vor dem Hintergrund des Theoriegebäudes der Integrativen Therapie nach Petzold werden Fragen zur Identität aufgeworfen, um dann die Wirksamkeit der dargestellten Biographiearbeit als kreatives Mittel im Identitätsprozess zu erörtern. Die dargestellte Technik kann im gesamttherapeutischen Prozess die Bildung einer tragenden und hinreichend flexiblen Identität unterstützen. Wichtig scheint dabei die Förderung des emotionalen Verstehens für Klient und Therapeut zu sein, ebenso der Prozess des Sinnfindens, der dem Klienten eine exzentrische Position aufschließt, von der aus Veränderung möglich wird.

Schlüsselwörter: Expressives Schreiben, Lebenslauf, Psychotherapie für Jugendliche, emotionales Verstehen, kognitives Sinnverstehen

Summary

Therapeutical experiences with the medium “expressive writing” are presented and discussed against the backdrop of two case studies of 16-year-old inpatients on a psychiatric ward requested to write on the subject of their own life. Relative aspects of the theory of “Integrative Therapy” according to Petzold and their implication for a concept of identity are taken into consideration in order to gauge the effectiveness of biographical work as a creative medium in the therapeutic process. The author comes to the conclusion that the technique described can help foster a sense of identity that is both relatively stable and sufficiently flexible. Two of the most important factors in this process seem to be a) the creation of a climate of emotional understanding for therapist and client and b) the process of cognitive understanding which facilitates a more ex-centric position for the client from which behavioural changes are possible.

Keywords: Expressive writing, biographical work, adolescent psychotherapy, emotional understanding, cognitive understanding

Literatur

Beck, U.: Risikogesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1990 (7. Auflage).

Flick, U.: Handbuch der qualitativen Sozialforschung. Psychologie-Verlags-Union, München. 1991.

Frühmann, R.: Poesie – ein Weg zu sich selbst. Metareflexionen zur Überwindung von Entfremdung durch poetisches Sagen. In: Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Junfermann-Verlag, Paderborn, 1995.

Horn, A.B., Mehl, M.R.: Expressives Schreiben als Copingtechnik: Ein Überblick über den Stand der Forschung. Verhaltenstherapie, 2001.

Huisken, F.: Der „PISA-Shock“ und seine Bewältigung. Wieviel Dummheit braucht/verträgt die Republik? VSA-Verlag, 2005.

Klumpp, U.: Die vier Wege der Heilung und Förderung in der Arbeit mit drogenabhängigen Frauen und Männern. In: Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.) Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.

Krämer, S., König, E. (Hrsg): Gibt es eine Sprache hinter dem Sprechen? Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2002.

Lyons, J., Language and Linguistics. An Introduction. Cambridge University Press, Cambridge, 1991.

McLeod: Narrative and Psychotherapy. London: Sage, 1997.

Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H.: Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von Heute. Bd. 1 und 2. Junfermann, Paderborn, 1996.

Orth, I., Weibliche Identität und Leiblichkeit. Integrative Therapie 3-4/2002, S. 303-324.

Pennebaker, J.W. & Beall, S.K. (1986): Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. J. Abnorm. Psychol. 95:274-281.

- Pennebaker, J.W., Mayne, T.J., Francis, M.E. (1997): Linguistic predictors of adaptive bereavement. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1997; 72 : 863-871.
- Pennebaker J.W., Seagal, J.: Forming a story: The health benefits of narrative. *J Clin Psychol* 1999; 55:1243-1254.
- Petzold, H.G.: *Integrative Therapie II. Band 1, 2 und 3*, Jungferman Verlag Paderborn, 1992.
- Petzold, H.G.: Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt – Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H.: *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von Heute. Bd. 1 und 2*. Jungfermann, Paderborn, 1996.
- Petzold, H.G.: Transversale Identität und Identitätsarbeit. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie. *Polyloge*, fpi-publikationen.de, Ausgabe 10/2001.
- Petzold, H.G.: Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. *Polyloge*, fpi-publikationen.de, Ausgabe 07/2002.
- Petzold, H.G. (Hrsg.): *Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit. Narrative Therapie. Identität. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie*, 2003.
- Petzold, H.G., Orth, I.: *Poesie und Bibliothherapie. Entwicklung, Konzepte und Theorie – Methodik und Praxis des Integrativen Ansatzes*. In: Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.): *Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache*. Junfermann-Verlag, Paderborn, 1995.
- Petzold, H.G., Orth, I.: *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie*. Aisthesis Verlag, Bielefeld, 2005.
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G.: *Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und „der integrative Ansatz“*.

- Rahm, D., Otte, H., Bosse, Ruhe-Hollenbach, H.: Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Jungfermann 1999 (4. Auflage).
- Rutter, M.: A fresh look at „maternal deprivation“. In: Bateson, P. (Hrsg.): The development and integration of behaviour, Cambridge University Press, Cambridge 1991, 331-374.
- Südmersen, I. 1985) Hilfe, ich erstickte in Texten! Eine Anleitung zur Auswertung narrativer Interviews. Neue Praxis, Nr. 13, 294-306.
- Thomae, H. (1987): Psychologische Biographik als Synthese idiographischer und nomothetischer Forschung. In: Jüttemann G. und Thomae H. (Hrsg): Biographie und Psychologie. Berlin Heidelberg: Springer. 108-118.