

INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE MIT KINDERN UND DEREN FAMILIEN

GRADUIERUNGSARBEIT

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Fachsektion für Integrative Gestalttherapie

Mag.^a Barbara Brunner

Villach, im Mai 2009

*Ich verzichte auf alle Weisheit, die nicht weinen,
auf alle Philosophie, die nicht lachen,
auf alle Größe, die sich nicht beugen kann
- im Angesicht von Kindern.*

Kahlil Gibran, 1883-1913, libanesischer Schriftsteller

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	5
1. Besondere Aspekte der Psychotherapie mit Kindern in Abgrenzung zur Erwachsenentherapie.....	9
2. Einleitend einige theoretische Modelle.....	13
2.1. Gestalttherapeutische Konzepte.....	13
2.1.1. Das Selbst.....	13
2.1.2. Der Kontaktzyklus.....	13
2.1.3. Kontaktstörungen.....	14
2.1.4. Frühe Störungen.....	15
2.1.5. Das Fehlen eines entwicklungstheoretischen Modells in der Gestalttherapie.....	16
2.2. Bindungstheorie.....	17
3. Der therapeutische Prozess.....	19
3.1. Auftragsklärung.....	19
3.2. Diagnostik.....	23
3.2.1. Diagnostik als dialogisches und phänomenologisches Vorgehen.....	23
3.2.2. Gestalttherapeutische und Integrative Modelle zur Diagnostik.....	26
3.3. Therapie.....	29
3.3.1. Therapeutische Arbeit mit dem Kind.....	29
3.3.1.1. Therapeutische Beziehungsgestaltung.....	29
3.3.1.1.1. Das dialogische Prinzip.....	29
3.3.1.1.2. „Safe Place“ und die vier Beziehungsangebote in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach Katz-Bernstein.....	30

3.3.1.2.	Methodik und Technik.....	32
3.3.1.2.1.	Das Spiel.....	33
3.3.1.2.2.	Arbeit mit kreativen Medien.....	35
3.3.1.2.3.	Der „leere Stuhl“.....	38
3.3.1.2.4.	Identifikationstechnik.....	39
3.3.1.2.5.	Transfer in den Alltag – verhaltenstherapeutische Techniken.....	40
3.3.1.2.6.	Techniken aus der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie.....	40
3.3.2.	Arbeit mit familiären Teilsystemen.....	41
3.3.2.1.	Arbeit mit den Eltern.....	44
3.3.3.	Einbezug des Lebensumfeldes des Kindes und Vernetzung der Helfersysteme.....	48
3.4.	Beendigung des therapeutischen Prozesses.....	50
	SCHLUSSBEMERKUNGEN.....	52
	LITERATURVERZEICHNIS.....	55

EINLEITUNG

Mein persönlicher Zugang

Ich bin seit fast zehn Jahren in einem psychologisch-psychotherapeutischen Beratungszentrum, welches psychologische Diagnostik, Beratung, Behandlung und Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien anbietet, tätig. Unsere KlientInnen erreichen uns über die Empfehlungen und Überweisungen von SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, LehrerInnen, etc., aber auch über Informationen aus Foldern, dem Telefonbuch oder von Verwandten bzw. Bekannten. Eltern wenden sich aufgrund von verschiedensten familiären Problematiken, wie z.B. Erziehungsschwierigkeiten oder Trennungssituationen der Eltern, sowie aufgrund von Symptomatiken ihrer Kindern, wie z.B. Angst, Aggressionen, Depressionen und Hyperaktivität, an uns.

Aufgrund dieses beruflichen Hintergrundes interessiere ich mich besonders für die Integrative Gestalttherapie mit der o. a. Zielgruppe. In der vorliegenden Arbeit möchte ich meine berufliche Tätigkeit auf theoretischer Ebene reflektieren.

Literaturrecherche im deutschsprachigen Bereich

Einer meiner ersten Kontakte mit der Gestalttherapie und ein Auslöser für mein Interesse daran war die Lektüre von Violet Oaklanders „Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (1996) - meiner „persönlichen Arbeitsbibel“. Meiner Beobachtung nach ist dieses Standardwerk der Kinderpsychotherapie in vielen Praxen von KinderpsychotherapeutInnen verschiedenster Psychotherapierichtungen zu finden.

Mich faszinierte von Beginn an Oaklanders von Achtung vor dem Kind geprägter und praktischer Zugang ohne die üblichen standardisierten Trainings-Programme, welche in der verhaltenstherapeutischen Kindertherapie Anwendung finden und in mir den Widerstand regen, Kinder mit derselben Symptomatik in ein Schema zu pressen. Ihr Konzept geht weg von analytischen Deutungen, die das Gegenüber in eine Schublade stecken, hin zu einer Auseinandersetzung (einem In-Beziehung-Gehen), welche das Kind in all seinen Facetten und Erlebensweisen wahrnehmen und ernst nehmen möchte.

Auf der Suche nach weiterer Literatur für die vorliegende Arbeit forschte ich zunächst in Sammelbänden zur Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie, wobei hier die Gestalttherapie als Therapieverfahren kaum Beachtung findet (z.B. Knölker, Mattejat, Schulte-Markwort, 2003; Krucker, 2000).

Franck (2001), welcher Fortbildungen am Institut für Integrative Gestalttherapie in Würzburg anbietet, und seine MitarbeiterInnen haben eine Konzeption von Gruppentherapie mit Kindern im Sinne des Gestaltansatzes von Fritz Perls entwickelt. Der Autor legt eine Studie vor, die sich mit einer wiederholenden Prozessdynamik in Gruppen mit Kindern beschäftigt. Er geht jedoch auf einige wichtige Themen, wie z.B. Diagnostik, Auftragsklärung und den systemischen Bezug, nicht ein.

Baulig und Baulig (2002), GestalttherapeutInnen mit pädagogischer Grundausbildung, setzen sich mit diesen Themen auseinander und betonen in ihrer Arbeit mit Kindern den systemischen Bezug.

Wenige Artikel in den Sammelbänden „Handbuch der Gestalttherapie“ (Fuhr, Sreckovic, Gemmler-Fuhr (Hg.), 2001), „Gestalt-Traumatherapie“ (Anger, Schulthess (Hg.), 2008) oder „Gestalttherapie“ (Hochgerner, Hoffmann-Widhalm, Nausner, Wildberger (Hg.), 2004), beziehen sich auf die Psychotherapie mit Kindern.

Bei keinem der Autoren findet sich eine gestalttherapeutische Entwicklungstheorie, welche für ein gestalttherapeutisches Arbeiten mit Kindern von Bedeutung wäre.

Eine Integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie wurde von H. Petzold seit Ende der 1960er Jahre entwickelt, wobei er sich einerseits auf die humanistischen Wurzeln der Gestalttherapie von F. Perls, dem Psychodrama von Moreno sowie den Körper-, Bewegungs- und Kreativitätstheorien und andererseits auf die „aktive“ psychoanalytische Tradition (v.a. S. Ferenczi und D. W. Winnicott) bezog. Durch den Einfluss kinder- und jugendpsychiatrischer Erfahrungspraxis wurden Petzolds Konzepte weiterentwickelt und verstehen sich als eine angewandte Entwicklungs-,

Persönlichkeitstheorie sowie Sozialpsychologie (vgl. Metzmacher, Zaepfel, 2006, S. 74 f.).

Das entwicklungstheoretische Konzept der Integrativen Therapie verknüpft die Konzepte der integrativen Persönlichkeitstheorie (Leib-Selbst, Ich, Identität) mit den Ergebnissen empirischer Entwicklungsforschung (vgl. Petzold, 1992, zitiert nach Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1993, S. 188 f.). Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach (1993) beschreiben die Entwicklung von der Schwangerschaft bis zum Tod in Altersabschnitten, basierend auf den Konzepten der Integrativen Therapie, D. Sterns, J. Piagets, L. Kohlbergs, R. Kegans und K. Grawes.

Weiters hat Rahm (2004b) ein Buch zur Integrativen Gruppentherapie mit Kindern verfasst.

N. Katz-Bernstein (Kindertherapeutin in unterschiedlichen Institutionen in der Schweiz und Lehrtherapeutin (FPI/EAG)) ist ebenfalls eine Autorin, welche mir auf meiner Literaturrecherche begegnete und u. a. die Bezeichnung „Gestaltintegrative Therapie mit Kindern und Jugendlichen“ verwendet (z.B. Katz-Bernstein, Zaepfel, 2004).

Außerdem beziehe ich Literatur zur Kinderpsychotherapie aus verschiedensten Therapierichtungen (z.B. Systemische Therapie, Psychodrama) mit ein.

G. Görlitz, welche in der vorliegenden Arbeit mehrmals zitiert wird, ist als Dozentin am Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) in München tätig und legt den Schwerpunkt ihrer Kinderpsychotherapie auf erlebniszentrierte Übungen.

Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit möchte ich wesentliche Aspekte des psychotherapeutischen Prozesses mit Kindern in einem psychologisch-psychotherapeutischen Beratungszentrum mit seinen theoretischen Hintergründen beschreiben und vor allem der Frage nachgehen, welche Konzepte der Integrativen Gestalttherapie hierbei Anwendung finden.

Zur Definition des Begriffs „Integrative Gestalttherapie“ möchte ich die folgende Beschreibung von der Homepage der Fachsektion Integrative Gestalttherapie im ÖAGG zitieren: „Die Bezeichnung „Integrative Gestalttherapie“ verweist darauf, dass auf Basis gestalttherapeutischer Theorie und Praxis, Erweiterungen (z.B. Elemente aus dem Psychodrama, der Integrativen Therapie, der Hermeneutik, des systemischen Ansatzes und der Feldtheorie, sowie gestaltpsychologische und existenzphilosophische Grundsätze und klinische Ansätze) einbezogen wurden“.

Beschreibung der Kapitel

Zunächst möchte ich den Besonderheiten der Kinderpsychotherapie in Abgrenzung zur Erwachsenenpsychotherapie nachgehen.

Im zweiten Kapitel stelle ich einige gestalttherapeutische Konzepte, die im weiteren Verlauf der Arbeit noch angesprochen werden, und die Bindungstheorie vor.

Im dritten Kapitel geht es um den psychotherapeutischen Prozess, welcher sich aus Diagnostik, Auftragsklärung und therapeutischen Interventionen zusammensetzt. Letztere möchte ich in individualtherapeutische, auf familiäre Teilsysteme bezogene und netzwerkorientierte Interventionen gliedern und abschließend die Beendigung der Therapie beschreiben.

Um meine Gender-Korrektheit bzw. stilistische Genauigkeit nicht übermäßig zu strapazieren, behalte ich es mir vor, die weiblichen bzw. männlichen Endungen nach dem Zufallsprinzip abzuwechseln - so wie ich im Leben mit weiblichen bzw. männlichen Menschen in Kontakt komme.

Ich möchte mich auf Kinder im Alter von 6-12 Jahren und deren angrenzenden Altersbereiche beziehen, um den Umfang meiner Arbeit einzuschränken.

1. Besondere Aspekte der Psychotherapie mit Kindern in Abgrenzung zur Erwachsenentherapie

Kinder befinden sich auf einem anderen Entwicklungsstand als Erwachsene, sie sehen sich anderen Entwicklungsaufgaben gegenüber und leben in anderen Lebenswelten.

Burr (2001, S. 82), welcher als Kinder- und Jugendpsychiater aus der Richtung der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie kommt, nennt folgende Besonderheiten kindlicher Entwicklung, welche in der Therapie mit Kindern relevant sind:

Kind	Erwachsener
bewegungsorientiert	sprachorientiert
hohes Entwicklungstempo	langsame Entwicklung
flexibles Glaubenssystem und Selbstkonzept	feste Glaubenssätze und festes Selbstkonzept
wenig Erfahrungen	zahlreiche Erfahrungen
orientiert im Hier und Jetzt	vergangenheits- und zukunftsorientiert
kontextbezogenes Denken, einfach, konkret	kontextübergreifendes Denken, komplex, abstrakt
phantasievoll und hohe Imaginationsfähigkeit	realitätsbezogen und rational
großer Einfluss körperlicher Entwicklung	körperliche Entwicklung relativ abgeschlossen
große Abhängigkeit von Umweltbedingungen	relative Autonomie von Umweltbedingungen
große Akkomodationsfähigkeit	geringe Akkomodationsfähigkeit

Franck (1997, S. 23 f.) formuliert folgende Merkmale bei Kindern im Grundschulalter, welche in der gestalttherapeutischen Arbeit relevant sind:

- Kinder sind unmittelbar im Sinne von authentisch; es ist ihnen etwas Ursprüngliches und Eigenschöpferisches zu Eigen.
- Kinder sind konkret: der bildhafte Ausdruck ist entscheidend.
- Kinder sind ganz besonders auf Beziehung angewiesen, worauf sich die besondere Loyalität ihren Bezugspersonen gegenüber begründet, welche oft bis zur Selbstaufgabe geht.

Im Nachwort des Manuals zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (2007, S. 191 f.) benennt S. O. Hofmann drei Aspekte im Vergleich zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für Erwachsene:

- Einbezug des Aspektes *Entwicklung*.
- *Handeln*: Kinder verbalisieren umso weniger, je jünger sie sind.

- Verstärkte Fokuslegung auf *Aktualkonflikte* aufgrund einer stärkeren Außenbestimmung von Kindern in ihren Entscheidungen, Meinungen und Wahrnehmungen als bei Erwachsenen.

Kinder melden sich m. E. in der Regel nicht selbst zur Psychotherapie, sondern werden von ihren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten angemeldet. Manchmal geschieht dies nicht aus deren eigenem Antrieb, sondern aufgrund von mehr oder weniger zwangbehafteten Empfehlungen von z.B. SozialarbeiterInnen, LehrerInnen oder ÄrztInnen.

Kinder befinden sich in unserer Gesellschaft in allen wesentlichen Lebensfragen und bezüglich ihrer Entscheidungen in Abhängigkeit zu den Erwachsenen. Sie haben noch nicht die nötigen physischen, kognitiven, emotionalen, sozialen, moralischen und rechtlichen Voraussetzungen, um ohne Versorgung und Pflege durch die Eltern auszukommen (vgl. Oerter, Montada, 1987, S. 204).

In der Erwachsenentherapie begleitet der Therapeut die Klientin u. a. zu einer erweiterten Wahrnehmung ihrer selbst und ihrer Bedürfnisse und in Folge bei der Umsetzung derselben (z.B. Zinker, 2005, S. 99).

Im Unterschied dazu sind in der Kindertherapie Veränderungen auf der Realebene oft nicht ohne die Mitarbeit der Eltern möglich und deren Einbeziehung in die Therapie ist daher notwendig. Katz-Bernstein (2008, S. 1555) spricht aufgrund dieser Abhängigkeit des Kindes von seinen Bezugspersonen von einer Dreier-Konstellation der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

Ich erlebe bei Kindern, die sich während der therapeutischen Sitzung in meiner Obhut befinden, dass sie es gewohnt sind, dass Erwachsene ihnen gegenüber erzieherische Pflichten und Rechte haben, woraus ein besonderes hierarchisches Gefälle zwischen Therapeutin und minderjähriger Klientin resultiert. Derichs und Höger (2005, S. 31) (von der Arbeitsgemeinschaft systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie) beziehen sich auf Knölker (1997), welcher darauf hinweist, dass der Gebrauch des Wissens und der Autorität des Therapeuten in der Therapie mit Kindern besonders zu reflektieren sind. Dieselben Autoren betonen auch den Aspekt der Abhängigkeit des Kindes in Bezug auf die Erwachsenenwelt. Die Einschränkung der Autonomie kann vom Kind in mehrfacher Weise erlebt werden: sowohl die

Abhängigkeit von den Eltern als auch das gemeinsame Erleben, sich an eine „Expertin“ zu wenden, kann im Kind das Gefühl der Unterlegenheit hervorrufen (vgl. Derichs, Höger, 2005, S. 32 f.).

In der Therapie mit Kindern ist m. E. zu bedenken, dass Kinder (vor allem Kinder psychisch kranker Eltern) feine Antennen dafür haben, was das Gegenüber, im Besonderen die Bezugspersonen, von ihnen erwartet. Kinder übernehmen somit auch ihnen unbewusst zugeteilte Aufgaben (vgl. Miller, 2008), da sie es noch nicht gelernt haben, sich emotional den Erwartungen der Eltern zu entziehen. Daraus ergibt sich, dass Kinder die innere Zustimmung der Eltern zum Veränderungsprozess benötigen.

Auch Görlitz (2004, S. 42) weist auf das Dilemma hin, dass sich Kinder in der Regel ihren Eltern gegenüber loyal verhalten und es deshalb schwierig für sie ist, möglicherweise negativ über dieselben zu sprechen. Andererseits entstehen viele Probleme gerade innerhalb der Familie. Für Kinder ist es meist nicht nachvollziehbar, dass die Ursache ihrer Probleme in den erlittenen Gewalterfahrungen (Schläge, Strafen oder Misshandlungen) liegen könnte.

In der Therapie von Erwachsenen, welche die Entwicklungsphasen bis zum frühen Erwachsenenalter bereits durchlaufen haben, geht es unter anderem um die Überwindung von biografisch bedingten Entwicklungsdefiziten, welche im gegenwärtigen Augenblick wirksam werden. In der Gestalttherapie spricht man hier vom Schließen offener Gestalten, welche sich aus der Biographie ergeben. Die therapeutische Hilfe bezieht sich auf die Bewältigung schwieriger Lebensereignisse und auf die Entwicklung des kreativen Potentials (vgl. Fuhr, 2001, S. 576).

Badier (2001, S. 956) sieht den Unterschied der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen zu der mit Erwachsenen „[...] eher durch Anwendungsmodalitäten – indem man berücksichtigt, wo sich jemand mit seinen Möglichkeiten befindet, indem man seine Reife als Organismus in einem gegebenen Feld bedenkt – als durch eine spezifische Methode.“

Baulig & Baulig (2002, S. 91 f.) betonen u. a. folgende Faktoren in der Gestaltarbeit mit Kindern, welche ich als Besonderheiten in Abgrenzung zur Erwachsenentherapie anführen möchte.

- Die systemische Einbindung der Familie und deren Einbezug in Veränderungsprozesse.
- Der spielerische Dialog und die Aktion als Schiene zum Kind.
- Einlassen auf elementare Ausdrucksformen mit Naturmaterialien, wie Sand, Ton, Knete etc.
- Das Entwickeln von dosiertem Sprachverhalten.
- Das Ziehen und Einfordern klarer Grenzen.
- Das Vermeiden von Engpasssituationen, um das Kind vor weiteren Überforderungen zu schützen und eher unterstützend arbeiten.
- Die kindliche Fantasiefähigkeit als eigene Qualität erachten.
- Aufgrund der kindlichen Sprunghaftigkeit darf stärkere thematische Flexibilität als in der Erwachsenentherapie vorherrschen.
- Regression soll nicht gefördert werden, um Macht beim Therapeuten und das Erleben von Ohnmacht beim Kind nicht zu verstärken.

Abschließend möchte ich in diesem Kapitel Blankertz und Doubrawa (2005, S. 97 f.), welche drei Besonderheiten der gestalttherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zusammenfassen, anführen:

- Die Rücksichtnahme auf die eingeschränkten sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten bedingt besonderes Augenmerk auf non-verbale Äußerungen bzw. therapeutische Methoden.
- Das Kind wird in der Therapie nach dem Prinzip der „vorgeschossenen Mündigkeit“ als bereits mündiges Gegenüber angesprochen.
- Kinder kommen in der Regel nicht aus eigener Initiative zur Therapie und dennoch muss der Therapeut ein eigenes Arbeitsbündnis mit dem Kind schließen.

2. Einleitend einige theoretische Modelle

2.1. Gestalttherapeutische Konzepte

Im Folgenden möchte ich die im späteren Verlauf der Arbeit herangezogenen gestalttherapeutischen Konzepte kurz beschreiben:

2.1.1. Das Selbst

„In der Gestalttherapie ist das Selbst keine psychische Instanz, sondern die Kontaktgrenze in Bewegung“ (Dreitzel, 2004, S. 40).

„Es existiert als ein Prozess, wenn eine Interaktion an der Organismus-Umfeld-Grenze bzw. an der Kontaktgrenze stattfindet“ (Amendt-Lyon, Bolen, Höll, 2004, S. 109). Die drei Funktionen des Selbst sind folgende (vgl. z.B. Amendt-Lyon, Bolen, Höll, 2004, S. 110; Dreitzel, 2004, S. 41; Gemmler-Fuhr, 2001a, S. 387):

Es-Funktionen: sind die Triebe, Bedürfnisse und Interessen, die den Kontaktprozess antreiben; sie spielen in der Phase des Vorkontakts eine besondere Rolle.

Ich-Funktionen: sind die Fähigkeiten, mit denen wir uns die Umwelt aneignen; durch sie entscheidet der Mensch, was er will oder ablehnt; sie spielen in den Phasen der Kontaktaufnahme und des Kontaktvollzugs eine wichtige Rolle.

Persönlichkeitsfunktionen: sind unsere Identifikationen und Lebenserfahrungen und spielen in den Phasen des Kontaktvollzugs und des Nachkontakts eine wichtige Rolle.

2.1.2. Der Kontaktzyklus

Perls, Hefferline und *Goodman* haben den Prozess des Erlebens des Organismus mit der Umwelt als ein zeitlich fortschreitendes Kontaktnehmen und Zurückziehen beschrieben und die vier unten beschriebene Phasen, in welchen grundsätzlich etwas anderes die Figur bzw. den Hintergrund bilden, differenziert (vgl. Müller, 2001, S. 656 f.; Dreitzel, 2004, S. 112 f.):

Im „Vorkontakt“ bildet der Körper den Grund; das Verlangen, der Reiz wird Figur.

Bei der „Kontaktaufnahme“ wird das Verlangen zum Grund; Objekte und Möglichkeiten werden zur Figur.

Im „Kontaktvollzug“ werden die Möglichkeiten der Umwelt zum Grund; das Objekt tritt als Figur lebhaft hervor.

Im „Nachkontakt“ kommt es zur fließenden Organismus-Umwelt-Interaktion.

Zwei Eigenschaften der Kontaktgrenze, und zwar ihre energetische Aufladung und die relative Durch- bzw. Undurchlässigkeit, verändern sich im Laufe des Kontaktprozesses. „Im Vorkontakt ist die Energie noch schwach, dann steigt sie an bis zu ihrem Höhepunkt im Vollen Kontakt, um dann wieder abzufallen. Die Kontaktgrenze, die zunächst relativ durchlässig ist, wird zunehmend undurchlässiger, abgegrenzter, um dann im Vollen Kontakt bei hoher Energie im Moment der Verschmelzung vorübergehend wieder ganz durchlässig zu werden“ (Dreitzel, 2004, S. 112).

2.1.3. Kontaktstörungen

In der Literatur finden sich folgende Formen der Kontaktunterbrechung bzw. -störungen: Introjektion, Projektion, Retrofektion, Deflektion (vgl. Polster, Polster 2003, S. 81 f.); Konfluenz und Egotismus beziehen sich laut Dreitzel (2004, S. 53) auf Zustände der Kontaktgrenze. Die Beschreibung der Vermeidungsstrategien bei traumatisierten Jugendlichen in einer psychotherapeutischen Wohngemeinschaft von Schön (2008, S. 206) möchte ich in Klammern anführen.

- Bei der *Projektion* werden abgelehnte Anteile an die Umwelt weitergegeben (innerhalb der Kindergruppe wird beim anderen bekämpft, was das Kind selbst bedroht oder ihm Angst macht).
- Bei der *Retrofektion* werden auf die Umwelt gerichtete Energien umgelenkt und auf sich selbst gerichtet (die Wut einer Jugendlichen auf eine Betreuerin wird in das Zufügen von Wunden mit einem spitzen Gegenstand am eigenen Arm umgewandelt).
- Bei der *Introjektion* werden Anteile aus der Umwelt passiv, ohne sie zu verdauen, aufgenommen (die Kinder klagen über Schlaf- oder Einschlafprobleme, wobei ihnen abwertende oder anklagende Sätze von wichtigen Bezugspersonen durch den Kopf gehen).
- Die *Deflektion* kann als Kontaktvermeidung definiert werden (Blick-Abwenden oder –Abdecken während des Gesprächs).
- Bei der *Konfluenz* (Verschmelzung) werden die Kontaktgrenzen nicht wahrgenommen (die Kinder und Jugendlichen brauchen beim Einschlafen, wie kleine Kinder, noch viel Unterstützung von den BetreuerInnen und weichen nicht von deren Seite, um der Einsamkeit ihres Zimmers zu entgehen).

- Beim *Egotismus* wird das Selbst an der Schwelle zum vollen Kontakt in dem Zustand fixiert, in dem es sich gerade befindet, mit undurchlässiger Kontaktgrenze (das Zeigen von angepasstem, aufgesetztem, wenig spontanem Verhalten einer Jugendlichen im Beisein von Erwachsenen, im Gegensatz zu lebendigerem Umgang mit Gleichaltrigen).

2.1.4. Frühe Störungen

In der Arbeit mit Kindern ist das Modell der Frühen Störungen als theoretischer Hintergrund interessant.

Dreitzel (2004, S. 113 f.) beschreibt die Zurückhaltung der Gestalttherapeutischen Theoretiker, sich auf eine entwicklungspsychologische Theorie einzulassen. Einigkeit herrscht darüber, dass die ersten drei Lebensjahre eine besondere Phase der kindlichen Entwicklung darstellen, in welcher zentrale Fähigkeiten erworben werden. Die Lernprozesse vollzieht das Kind in nahezu vollständiger Abhängigkeit von seinen Bezugspersonen.

Der Autor geht auf die Bedeutung des Verhältnisses zwischen einer gesunden Konfluenz des Kindes bis zum Abschluss der Pubertät mit seiner stützenden und schützenden Umgebung und seiner relativen Autonomie bei der Entwicklung von „Frühen Störungen“ ein.

Wird die Autonomie chronisch behindert, dann wird sich das Kind nach Innen ausweiten und sich inneren Raum schaffen, wobei es nach Außen unauffällig und angepasst erscheint. Es kommt zur Entfremdung vom eigenen Selbst und damit auch von der Realität der Außenwelt. Es entsteht laut Dreitzel (2004, S. 114 f.) ein mangelndes Urvertrauen in die Realität und damit ein *schizoides Erleben*.

Wenn das Selbst zu früh aus der schützenden Konfluenz gerissen wird, kommt es zu einem mangelnden Urvertrauen in die Beziehung und zu einem *narzisstischen Erleben*, was sich in der Neigung, andere zu kontrollieren und zum Objekt zu machen, äußert.

Das *Borderline-Erleben* wird durch die wechselnde Zusammensetzung aus schizoidem und narzisstischem Erleben bedingt. Meist finden sich in der Biografie von Menschen mit Borderline-Erleben eine anspruchlich-bedürftige Mutter und ein

emotional unzugänglicher Vater. Dies führt zur Unfähigkeit, Ambivalenzen zu ertragen und zu Spaltungen, z.B. in gute und böse Menschen.

2.1.5. Das Fehlen eines entwicklungstheoretischen Modells in der Gestalttherapie

Das Entwicklungskonzept in der Gestalttherapie geht davon aus, dass alles Wachstum und alle Entwicklung durch Kontakt und Austausch zwischen Organismus und umgebender Umwelt, auf Basis des bis dahin Gewordenen, statt findet. Das Individuum wird im Hinblick auf das lebensgeschichtliche Entwicklungsgeschehen stets in seiner Bezogenheit auf ein soziales Interaktionsfeld gesehen.

Gesunde Entwicklung – ein lebenslanger Prozess - findet statt, wenn die Unterstützungsfaktoren für das selbstverantwortliche Organisieren, für das „In-der-Welt-Sein“ und die Kontaktfunktionen sich ergänzen und im Prozess der Selbstregulation im Dienste der kreativen Anpassung zusammenwirken. Entwicklung ist im Sinne von Assimilation und Integration als Ergebnis von Kontaktprozessen zu sehen. Somit ist der Ablauf von Kontaktprozessen auch unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten von zentraler Bedeutung. So können aufgrund von Störungen und Besonderheiten im Kontaktverlauf Rückschlüsse auf notwendige oder fehlende Unterstützung beim Wachstumsprozess gemacht werden (vgl. Bongers, Schulthess, Strümpfel, Leuenberger, 2005, S. 32 f.).

Ein differenziertes entwicklungstheoretisches Modell, welches in der Arbeit mit Kindern notwendig wäre, kann die Gestalttherapie jedoch nicht bieten.

Baulig und Baulig (2002, S. 64 f.) greifen aus diesem Grund in ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf die psychoanalytische Entwicklungstheorie zurück und merken an, dass auch das Entwicklungsmodell von Ken Wilber (2001, 583 f.) keine entwicklungspsychologischen Rückschlüsse für die kindertherapeutische Arbeit zulässt. Auch Carroll (2001) nimmt Bezug auf das Fehlen einer konsistenten gestalttherapeutischen Entwicklungstheorie, in ihrem Artikel bleibt es jedoch beim Formulieren von Leitlinien für die notwendige Erarbeitung eines gestalttherapeutischen Modells.

In meiner praktischen Arbeit beziehe ich mich daher bei der Frage nach Entwicklungsaufgaben in Kindesalter und bei der Frage, was in welchem Alter im kognitiven, emotionalen, sozialen, moralischen und sexuellen Bereich

entwicklungsgemäß ist, auf die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie (z.B. Oerter, Montada, 2008; Osten, 2000) und auf die Entwicklungstheorie der Integrativen Therapie (Petzold, 1993; Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1999, S. 204 f.).

2.2. Bindungstheorie

Ein Konzept, welches in der Arbeit mit Kindern einen wichtigen theoretischen Hintergrund bildet, ist die Bindungstheorie nach John Bowlby und Mary Ainsworth (vgl. z.B. Köhler, 1999, S. 107 f.; Scheuerer-Englisch, 1999, S. 142 f.; Huber, 2007, S. 87 f.). Diese besagt, dass das Kind eine personenspezifische Bindung in den ersten beiden Lebensjahren in mehreren Etappen entwickelt. Das Kind sucht die Nähe zum Bindungsobjekt und entwickelt ihm gegenüber das Gefühl eines „sicheren Hafens“. Eltern nehmen durch ihr Eingehen auf und Umgehen mit dem Kind Einfluss auf die Qualität kindlicher Bindungserfahrungen, wobei das Kind ein „inneres Arbeitsmodell“ (ein Schema) des Verhältnisses zwischen seinem Selbst und den Bindungsobjekten entwickelt. Die entsprechenden Verhaltensformen sind über den ganzen Lebenslauf hinweg aktiv und es bilden sich Bindungsrepräsentanzen aus.

Im Folgenden möchte ich die Bindungsstile hinsichtlich des Elternverhaltens und des kindlichen Verhaltens (Beobachtung von sechsjährigen Kindern in einer „fremden Situation“) beschreiben (vgl. Scheuerer-Englisch, 1999, S. 149):

- *Sicher*: das Elternverhalten zeichnet sich durch feinfühliges Wahrnehmen und angemessene Reaktion auf kindliche Bedürfnisse und Gefühlsäußerungen, Zulassen von Körperkontakt und Akzeptanz des Kindes aus. Das Kind zeigt eine direkte und offene Kommunikation und sucht bei Belastungen die Nähe der Bindungsperson. Diese bildet eine sichere Basis für ein exploratives Verhalten des Kindes.
- *Vermeidend*: bei den Eltern ist ein uneinfühlsamer Umgang mit den kindlichen Bedürfnissen sowie Zurückweisung bei Gefühlsäußerungen und Körperkontakt zu beobachten. Die Kinder zeigen eine eingeschränkte Kommunikation und einen verminderten Zugang zu ihren Gefühlen, eine beziehungsvermeidende Haltung bei Belastungen und eine überaktivierte Exploration bei geringer Intensität.

- *Ambivalent*: es bestehen ein inkonsistenter nicht einschätzbarer Umgang mit den kindlichen Bedürfnissen, fehlende Grenzen zwischen den elterlichen und den kindlichen Bedürfnissen und ein Dominieren der elterlichen Bedürfnisse. Das Kind zeigt einen übersteigerten Gefühlsausdruck sowie Anklammern bei Belastungen, sodass bei ihm kein exploratives Verhalten möglich ist.
- *Desorganisiert/desorientiert*: ein ängstigender Umgang mit dem Kind ist zu beobachten. Das Kind zeigt einen unklaren und widersprüchlichen Gefühlsausdruck, einen deutlichen Annäherungs-, Vermeidungskonflikt sowie eine beeinträchtigte Exploration.

Interessant wäre eine methodische Zusammenführung der Bindungstheorie mit gestalttherapeutischen Modellen. Wichtig wäre z.B. die Analyse der Fragestellung, ob, und wenn ja, welche Auswirkungen die verschiedenen Bindungsstile auf die Phasen des Kontaktzyklus haben, was nicht nur in der Psychotherapie mit Kindern Bedeutung hätte.

3. Der therapeutische Prozess

Im Folgenden möchte ich wichtige Stationen des therapeutischen Prozesses vor dem Hintergrund theoretischer Modelle beschreiben. Ich habe die mir am logischsten erscheinende Reihenfolge gewählt, wobei zu beachten ist, dass Auftragsklärung, Diagnostik, Hypothesenbildung und Therapie eng miteinander verknüpft sind (Baulig, Baulig, 2002, S.71) und die in der vorliegenden Arbeit abgegrenzte Darstellung der Bereiche Auftragsklärung, Diagnostik und Therapie eher theoretisch zu sehen ist.

Die therapeutische Arbeit mit Kindern inkludiert die Arbeit mit der(n) Bezugsperson(en), familiären Teilsystemen und relevanten Personen aus der Lebensumwelt des Kindes. Hierbei halte ich das Setting flexibel und wähle einen auf den therapeutischen Prozess abgestimmten Umgang damit.

3.1. Auftragsklärung

„Die Probleme der Kinder werden normalerweise von den Erwachsenen definiert und die Entscheidung über den Therapiebedarf der Kinder auch von ihnen gefällt“ (Steiner, Berg, 2005, S. 37).

Die Zuweisung eines Kindes zu einer psychologisch-psychotherapeutischen Beratungsstelle erfolgt durch dessen Eltern bzw. Erziehungsberechtigte. Oft gibt es auch schon eine lange Vorgeschichte, in welcher bereits andere Stellen im psychosozialen Bereich involviert waren.

Die Eltern melden sich entweder aufgrund ihres Leidensdrucks infolge der Symptomatik des Kindes oder aufgrund der (mit mehr oder weniger Druck ausgeübten) Empfehlungen oder Überweisungen von Seiten des Jugendamtes, der Schule oder anderer mit dem Kind befasster Einrichtungen.

Ein erster Schritt ist, die Hintergründe, welche die Entscheidung, sich für eine Therapie anzumelden, beeinflusst haben, in den Vordergrund kommen zu lassen und zu thematisieren. Die Erwartungen und handlungsleitenden Motive der Eltern, der ZuweiserInnen, welche im Hintergrund stehen, und der Kinder an die Psychotherapie sind zu erheben, bezüglich des Realitätsgehalts zu durchleuchten und wenn

notwendig zu korrigieren. Zudem ist eine gemeinsame Basis für ein Arbeitsbündnis zu finden (vgl. Derichs, Höger, 2005, S. 32 f.).

Am Kind als Symptomträger kanalisiert sich meiner Erfahrung nach oft die Problematik eines ganzen Familiensystems und es besteht die Gefahr, dass die Eltern ihre Verantwortung und ihre Veränderungswünsche an das Kind delegieren.

Mir ist es wichtig, bereits in der Phase der Auftragsklärung den Fokus und somit den Druck von der Symptomatik des Kindes zu nehmen bzw. zu lockern und auch den familiären Hintergrund zur Figur im Vordergrund werden zu lassen.

In der gestalttherapeutischen Literatur ist wenig zum Thema Auftragsklärung zu finden (vgl. z.B. Fuhr, Sreckovic, Gemmler-Fuhr (Hg.), 2001; Blankertz, Doubrawa, 2005). Baulig und Baulig (2002, S. 36 f.) nennen einen systemisch verankerten und miteinander abgestimmten Auftrag, welcher keine statische Angelegenheit ist, sondern im Therapieverlauf immer wieder überprüft bzw. verändert wird, als eine wichtige Rahmenbedingung therapeutischen Handelns.

In der Integrativen Therapie wird davon ausgegangen, dass der Mensch in Psychotherapie kommt, wenn seine Ko-respondenzfähigkeit eingeschränkt ist; d.h., weil er mit sich, den anderen, seiner Umwelt und seinem Leib nicht mehr ausreichend zurechtkommt.

Die Zielbildung ist ein vorläufiger Entwurf dessen, was wünschenswert und möglich sein wird. Durch das Fragen nach Zielen, deren Präzisierung und deren Hierarchisierung etc. werden die KlientInnen auf eine Metaebene bzw. in eine Exzentrizität gezwungen, was eine erhöhte Bewusstheit erfordert und zur Stärkung des Ich-Gefühls und des Kontakts führt und auch immer mit Identitätsbildung und Identitätsstärkung verbunden ist (vgl. Rahm, Otte, Bosse, 1993, S. 346 f.).

Katz-Bernstein und Zaepfel (2004, S. 375 f.) empfehlen, je nach kognitiver Reife des Kindes, mit ihm selbst ein Arbeitsbündnis zu schließen oder mit jüngeren Kinder in der Haltung eines „unterstellten Arbeitsbündnisses“, welches mit den Erziehungsberechtigten geschlossen wird, zu arbeiten.

In der Literatur zur systemischen Kinder- und Jugendlichentherapie wird darauf hingewiesen, dass Therapeuten vor der Aufgabe stehen, ihre KlientInnen angemessen über vorgesehene Behandlungsschritte zu informieren und sich um ihr Einverständnis zu bemühen. Die „informierte Zustimmung“ zu einer Therapie wird als Prozess betrachtet, bei welchem entwicklungspsychologische Einflüsse, kognitiver Entwicklungsstand, emotionale Verfassung, Persönlichkeitsentwicklung, Art und Ausmaß der Störung des Kindes sowie der soziale Kontext miteinbezogen werden. Hierbei ist eine Abwägung zwischen der Achtung der Autonomie des Kindes auf der einen Seite und der Hilfestellung bzw. Schadensvermeidung auf der anderen Seite wichtig. Kindern soll das Recht bleiben, sich den Leitlinien ihrer Bezugspersonen anzuschließen oder nicht. Hierbei können ethische Konflikte bezüglich des Beginns einer indizierten Therapie nicht ausgeschlossen werden (vgl. Derichs, Höger, 2005, S. 32 f.).

Für mich bedeutet dies, das Kind immer unter Berücksichtigung seines kognitiven, emotionalen, sozialen und moralischen Entwicklungsstandes über die Rahmenbedingungen der Therapie zu informieren. Diese sind z.B. die Frequenz und Dauer der Sitzungen sowie Freiwilligkeit und Datenschutz. Bezüglich der Verschwiegenheit ist es mir wichtig, dass Inhalte der Therapie nicht ohne Wissen des Kindes, sozusagen „hinter seinem Rücken“ mit den Eltern besprochen werden, sondern unter Einbezug des Kindes.

Eine gemeinsame Definition der Zielsetzung und vor allem kleinerer Teilziele kann sich im Laufe des Therapieprozesses immer wieder verändern und ist gemeinsam zu thematisieren. Hier ist darauf zu achten, dass sich die Therapeutin nicht mit dem „Top-Dog“ (im Familiensystem oder als innerpsychischer Teil der Klientin) verbündet, welcher als „Kontrollleur“ kritisiert und bestimmte Normen einfordert (vgl. Blankertz, Doubrawa, 2005, S. 285 f.). Das Kind soll nicht zur Therapeutin „in Reparatur“ gegeben werden, um bestimmte Ziele, welche die Bezugspersonen für die Kinder haben, zu verfolgen.

Das Prozess-Ziel der Gestalttherapie ist, „[...] so viel zu lernen, dass sich die für die organismische Selbstregulierung erforderliche Awareness entwickeln kann. [...]

Therapeuten ohne fest angezielte Veränderungen im Hinterkopf sind Berater und Begleiter für ein phänomenologisches Erforschen, sie sind Förderer des Dialoges“ (G. Yontef, 1983, S. 28 f., zitiert nach Blankertz, Doubrawa, 2005, S. 286 f.).

Daraus ergibt sich für mich der Schwerpunkt, nicht an den inhaltlichen Zielen zu kleben, sondern, wie es G. Yontef formuliert, „[...] durch eine Ich-Du-Beziehung und ein phänomenologisches Fokussieren [...] den Patienten zu akzeptieren und zugleich aktiv sein Wachstum zu fördern, ohne aber inhaltlich vorherbestimmte Veränderungen bewirken zu wollen“ (G. Yontef, 1983, S. 28 f., zitiert nach Blankertz, Doubrawa, 2005, S. 286 f.). Im psychosozialen Helfersystem ist es häufig schwierig, die Balance zwischen diesen beiden sich widersprechenden Perspektiven - eingeforderte Ziele von außen und dialogischen Handeln - zu halten.

3.2. Diagnostik

3.2.1. Diagnostik als dialogisches und phänomenologisches Vorgehen

Blankertz und Doubrawa (2005, S. 56 f.) formulieren drei Ansprüche an die gestalttherapeutische Diagnose:

Erstens darf die Diagnose nicht stigmatisierend sein; zweitens sollte sie dem Klienten nicht als undurchschaubare Expertenmeinung übergestülpt werden; drittens sollte die Diagnose eine Unterstützung im Wachstums- und Heilungsprozess sein.

Es geht nicht darum, *warum* Klienten ein Problem haben oder um ein Zurückwerfen auf eine Typologie der Persönlichkeit, sondern *wie* sie es haben bzw. *wie* sie ein Fehlverhalten immer wieder *begehen*.

In der Gestalttherapie werden Diagnostik und Therapie nicht getrennt voneinander gesehen, sondern die phänomenologische (d. h. ausgehend vom aktuell Beobachtbaren) und dialogische (mit dem Klienten kommunizierte und überprüfte) Vorgehensweise vereinen beide. Das gemeinsame Erarbeiten von kognitiven Erkenntnissen, körperlichen und emotionalen Erlebnissen und die dialogische Bedeutungsfindung haben heilsame Wirkung (vgl. Hutterer-Krisch, Amendt-Lyon, 2004, S. 156).

„Die prozessuale Auffassung des Selbst führte in der Gestalttherapie zum Umgang mit Diagnosen als momentane Arbeitshypothesen, die sich auf bestimmte Verhaltensabläufe oder Prozesse beim Menschen beziehen“ (ebd., S. 155).

Der Therapeut konstruiert seinen „Durchblick“ aus Erfahrungen und Wahrnehmungen und sichert ihn durch Rücksprache mit dem Klienten ab. Diese gemeinsamen Konstruktionen müssen ständig im Fluss gehalten werden und bleiben immer „vorläufig“ (vgl. Dreitzel, 2004, S. 17 f.).

Außerdem orientiert sich die Diagnose am Feld, bezieht also Lebens- und Arbeitsbedingungen und Bezugspersonen mit ein (vgl. Bongers, Schulthess, Strümpfel, Leuenberger, 2005, S. 38).

Das Arbeiten in einer psychologisch-psychotherapeutischen Beratungsstelle als Teil eines psychosozialen Helfernetzes verlangt Diagnosen nach dem ICD-10 (Dilling,

Mombour, Schmidt (Hg.), 1993), welche vor allem durch standardisierte Tests untermauert werden. In der Kooperation mit anderen Institutionen, dem stationären Bereich, PädagogInnen, SozialarbeiterInnen etc. und für die Abrechnung mit den Krankenkassen ist eine gemeinsam gültige und offiziell anerkannte Kategorisierung notwendig.

Ich versuche Gestaltdiagnostik und traditionelle Diagnostik miteinander zu verweben und hierbei dem Kind und seinen Eltern gegenüber eine Grundhaltung der Offenheit und Respekt vor deren Grenzen einzunehmen (vgl. Baulig, Baulig, 2002, S. 70).

Persönlichkeitstests (z.B. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9-14 von W. Seitz und A. Rausche, 1992), klinische Verfahren (z.B. Kinder Angst-Test II von F. Thurner und U. Tewes, 2000) und projektive Tests (z.B. Scenotest von G. von Staabs, 1992; Familie in Tieren von L. Brem-Gräser, 2006) wende ich unter der Prämisse des dialogischen Handelns an, was jedoch nicht immer durchgängig möglich ist. Benötige ich beispielsweise einen Test als argumentative Unterlegung in der Kooperation mit anderen Institutionen, ist dieser als standardisiertes Verfahren unter seinen Durchführungsvorschriften anzuwenden.

Die diagnostischen Instrumente werden in einer dialogischen Anwendung nicht alleinig als solche eingesetzt, sondern als Ausdrucksmittel verwendet, um bestimmte Themen weiter therapeutisch zu bearbeiten (vgl. Oaklander, 1996, S. 220 f.). Es ist z.B. möglich, die Fragebögen gemeinsam mit den Kindern durchzusehen, Reaktionen des Kindes sowie meinerseits zuzulassen und aufkommendes „Material“ weiter zu thematisieren.

Vor allem bei projektiven Tests halte ich Abstand von vorgegebenen Interpretationen, versuche mit dem Kind gemeinsam den Themen, welche das Kind beschäftigen, nachzugehen und insbesondere die vorhandenen personalen, sozialen und familiären Ressourcen zu betonen (vgl. Lenz, 2008, S. 88 f.).

Da Kinder, wie oben bereits erwähnt, mehr handlungs- als sprachorientiert sind (vgl. Burr, 2001, S. 82) und der bildhafte Ausdruck entscheidend für sie ist (vgl. Franck, 1997, S. 23 f.), teilen sie sich durch elementare Ausdruckformen, wie z. B. das Spiel, Zeichnen, Malen, Kneten mit Plastilin und Bauen mit. Voraussetzung für dieses Sich-Öffnen, ist das Vertrauen in die Therapeutin. Immer wieder bin ich verblüfft, wie

schnell sich manche Kinder in der für sie neuen Situation zurechtfinden und „drauf los“ malen, zeichnen oder kneten. Auf der sprachlichen Ebene, beim Nachfragen über das Gestaltete, ist Zurückhaltung geboten, da schnell ein Ungleichgewicht zwischen Kind und Therapeutin entsteht.

Die Diagnostik, welche während des gesamten therapeutischen Prozesses, jedoch besonders in der Anfangsphase ein Teil desselben ist, soll nicht nur Informationsgewinnung, sondern auch hypothesengeleitete Beziehungsanbahnung sein (vgl. Baulig, Baulig, 2002, S. 74).

Die zentralen Fragestellungen, welche sich auf Glaubenssätze, Emotionalität, Dialog- bzw. Kontaktfähigkeit, Verselbständigungskompetenz, inhaltliche Akzentuierung, Ausdrucksrepertoire, Bedürfnisstruktur, Selbstregulationsfähigkeit, Konzentration und Aufmerksamkeit, sozial-emotionale Flexibilität sowie auf die Bereitschaft zur Therapie des Kindes beziehen, sollen nach Baulig und Baulig (2002, S. 64) dabei helfen, den diagnostischen Kontakt zu strukturieren. Die Autoren wollen nicht zu einem „Raster der Vergleichbarkeit“, sondern zu einem „Profil der Eigenheit“ beitragen und formulieren folgende zwölf Dimensionen kindlicher Auffälligkeit (ebd., S. 72):

- Anbindungslos – Situativ
- Selbstbestimmt – Fremdbestimmt
- Offensiv – Protektiv
- Progressiv – Regressiv
- Berechenbar – Unberechenbar
- Lösungsorientiert – Lösungsvermeidend
- Grenzüberschreitend – Selbstbegrenzend
- Projektiv – Introspektiv
- Affektiv – Affektarm
- Kreativ – Stereotyp
- Fremdschädigend – Selbstschädigend
- Kommunikativ – Ausgeblendet

Mit den Eltern (bzw. relevanten Bezugspersonen) erhebe ich die Entwicklungs-, Status- und Biographische Anamnese (vgl. Osten, 2000), die eigene psychische

Befindlichkeit, vorherrschende Erziehungsideologien und –stile (vgl. Görlitz, 2007, S. 31 f.) sowie Faktoren zur Paarbeziehung (Zufriedenheit, Zusammenhalt, Paarklima etc.).

Die Exploration der Lebensgeschichte der Eltern gibt wichtige zusätzliche Informationen darüber, wie deren lebensgeschichtliche Erfahrungen ihre heutigen Erziehungsmodelle und Einstellungen gegenüber dem Kind prägen. Görlitz (2003, S. 256 f.) hat hierzu den „Fragebogen zum eigenen Lebenslauf“ entwickelt.

Familienressourcen, -stressoren und -beziehungen (vgl. Görlitz, 2007, S. 17 f.) sowie Bindungsmuster erarbeite ich entweder mit den Eltern alleine, mit der Familie oder mit familiären Teilsystemen, wobei z.B. das Familienbrett (Ludewig, Wilken, 2000) zur Anwendung kommt.

Holl (2002a, S. 15 f.), welcher Kinder-Psychodrama anwendet, schlägt das Durchführen einer *Konflikt-Skulptur* zur Darstellung einer aktuellen familiären Dynamik und die Erarbeitung einer *Entwicklungsskulptur*, welche die Entstehung der Familie aufnimmt, vor. Diese Skulpturen werden gemeinsam von Kind und Therapeut im Beisein der Familie mit Hilfe von z.B. kleinen Tierfiguren aufgestellt.

Bei gemeinsamen Gesprächen mit familiären Teilsystemen können laut Petzold (1996, S. 189 f.) nicht nur Kommunikationsmuster und Interaktionen sondern auch Familiendynamik, -klima und -atmosphäre, Übertragungskonstellationen, Netzwerkeinbettung sowie zentrale Themen und Konflikte in der Familie beobachtet bzw. erhoben werden. Hierbei können u. a. systemische Techniken, wie das zirkuläre Fragen oder das Erstellen eines Familiensoziogramms, zur Anwendung kommen.

Im Einzelfall können natürlich nicht alle aufgezählten Verfahren angewandt und alle Faktoren erforscht werden. Es geht darum, die Dynamik der Familie zu verstehen, d.h. wie das intrapsychische System des Kindes mit denen der Eltern und Geschwister verschränkt ist und welche Wechselwirkungen seine Symptomatik in Gang halten (vgl. Aichinger, Holl, 2002, S.13). Es ist für mich besonders wichtig, während des gesamten Prozesses weniger die Defizit- und Symptom- sondern vielmehr die Ressourcenperspektive zu betonen.

3.2.2. Gestalttherapeutische und Integrative Modelle zur Diagnostik

Die Fülle von Eindrücken über das Kind, die Eltern, das familiäre System und die Lebenswelt des Kindes kann auf dem theoretischen Hintergrund von gestalttherapeutischen bzw. integrativen Strukturierungsvorschlägen geordnet werden.

In der Gestalttherapie geht es um die Art und Weise, wie ein Mensch den Kontakt mit sich selbst, seiner Umwelt oder seinen Mitmenschen gestaltet (vgl. Hutterer-Krisch, Amendt-Lyon, 2004, S. 155). Hutterer-Krisch und Amendt-Lyon (2004) beschreiben die bisherigen gestaltdiagnostischen Modelle, welche sich auf den Kontaktzyklus, den Erlebniszyklus, die Kontaktgrenze bzw. die Unterbrechungen/Dysfunktionen im Kontaktzyklus sowie die Es-, Ich- und Persönlichkeitsfunktionen des Selbst beziehen.

Dreizel (2004) entwickelte einen „diagnostischen Feldatlas“. Ausgehend von den Funktionen des Selbst (Ich-, Es-Funktionen und Persönlichkeitsfunktionen) und der Kontakt-Welle beschreibt er schizoide, depressive, zwanghafte, hysterische, angstneurotische, psychopathische, narzisstische sowie Sucht-Prozesse. Der Autor unterscheidet sieben verschiedene Ebenen und entsprechend kommt er zu einem Schichtenmodell von Störungsvarianten:

Reaktionsbildungen, unbewusste Interaktionsstrategien und Beziehungsmuster, Störungen im Vorkontakt, Störungen der sensomotorischen Funktionen, Störungen im vollen Kontakt, Störungen im Nachkontakt, Störungen in der Qualität der Kontaktgrenze.

Bei den vorliegenden gestaltdiagnostischen Modellen fehlt jedoch jeder entwicklungstheoretische Bezug und daher kommt für mich nur eine bedingte Anwendung in Frage. Obwohl eine Individualdiagnostik der Eltern bzw. relevanter Bezugspersonen in der Therapie mit Kindern nicht im Vordergrund stehen kann, ist doch eine grobe diagnostische Einschätzung derselben wichtig, um deren Einfluss auf die Entwicklung des Kindes verstehen zu können.

Ausgehend von der Multiperspektivität und von den fünf Säulen der Identität nach Petzold, werden in der Integrativen Therapie Stressoren, Risiko- und Schutzfaktoren in den verschiedenen Bereichen erhoben. Gegenwärtiges, Vergangenes und Zukünftiges wird unter dem Raster der Symptomanalyse, der Analyse der Motivationen, der Analyse der Leiblichkeit, der Kontextanalyse, der Ressourcenanalyse und der Interaktionsanalyse gegliedert (vgl. Bongers, Schulthess, Strümpfel, Leuenberger, 2005, S. 158 f.).

In der Integrativen Fokal- und Kurzzeittherapie mit Kindern und Jugendlichen gliedern Zaepfel und Metzmaker (1996, S. 21 f.) den diagnostischen Prozess in drei Teile bzw. Perspektiven auf eine vorhandene Störung:

1. Die Symptomdiagnostik
2. Die psychodynamische Strukturdiagnostik
3. Die Systemdiagnostik

Unter Heranziehung des Modells der Fokusbildung werden diese drei Ebenen verbunden, wobei sich die Therapeuten an den Kriterien „Kontextbezug“, „anstehende Entwicklungsschritte“, „Erschwernisse, die sich bei der Bewältigung der Entwicklungsschritte ergeben“ und „konkrete Verhaltensschritte“ orientieren.

Die Autoren formulieren eine „fokale Formel“, welche folgend lautet:

„Nachdem ich bisher....,
stehen jetzt die folgenden Entwicklungsschritte an....,
welche erschwert werden durch....
Schritte in Richtung der anstehenden Entwicklung lassen sich erkennen an....“

Aufgrund der Eindrücke vom Kind in seiner Lebenswelt und vor dem Hintergrund der beschriebenen Modelle kommt es zur Hypothesenbildung, welche immer nur vorläufig sein kann und sich im Prozess verändert, und in weiterer Folge zu einer „[...] modellhaften Vorstellung von Therapieverläufen“ (Thomä, Kächele, 1985, S. 343, zitiert nach Staemmler, 1995, S. 27).

3. Therapie

3.3.1. Therapeutische Arbeit mit dem Kind

3.3.1.1. Therapeutische Beziehungsgestaltung

3.3.1.1.1. Das dialogische Prinzip

Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie ist durch die Auseinandersetzung der Perls'schen Nachfolgegeneration (z.B. Gary Yontef, Ervin und Miriam Polster) mit den Schriften Martin Bubers und dessen Dialogverständnis geprägt (vgl. Blankertz, Doubrawa, 2005, S. 40). Buber beschreibt die Beziehung als Grundelement der menschlichen Existenz; alle Entwicklung geschieht in und durch das Erleben von Beziehung. „Der Mensch wird am Du zum Ich. [...] Alles Wirkliche Leben ist Begegnung“ (Buber 1984, S. 31 bzw. 15, zitiert nach Schmidt-Lellek, 2004, S. 58).

Baulig und Baulig (2002, S. 79 f.) nennen „[...] das dialogische Grundverständnis, das in der Arbeit mit Kindern sich auf die besondere Wesensart eines Kindes einzustellen hat, [...] als zentrale Arbeitsgrundlage.“ Die Autoren beschreiben die therapeutische Beziehung als Kontaktprozess im Hier-und-Jetzt. Es geht um das verbale und nonverbale Sich-Einschwingen, bei dem der Therapeut seine Subjektivität einbringt und eine gegenseitige Rückkoppelung erfolgt. Durch das Ansprechen verschiedener Dimensionen im Klienten entfaltet sich über das dialogische Handeln der innere Dialog als „Schlüssel zum entfalteten Selbst“ (ebd., S. 81). Die elementare Botschaft „Hier darfst du sein, wie du wirklich bist“ wird verbunden mit einer halt gebenden Führung, welche vor allem grenzbedürftige Kinder benötigen. „Gestaltkindertherapie wird nämlich geprägt vom Tun und Erleben, vom Fühlen und elementaren Mitteilen und immer stärker auch vom Halten, Begrenzen und Aushalten“ (ebd., S. 83).

Für mich bedeutet dies, den hierarchischen Unterschied zum Kind nicht zu leugnen und in der Erwachsenen- und Therapeutinnenrolle die angemessenen Vorgaben bezüglich der Strukturen, Regeln und Grenzen zu setzen. Innerhalb dieses dadurch entstehenden sicheren Rahmens geht es um die gegenseitige (asymmetrische)

Resonanz ohne Belehrung; es geht darum, mich auf die kindliche Erlebenswelt einzulassen, mich in die Andersartigkeit hineinzuphantasieren ohne mich in dieser Realität zu verlieren, „[...] was als Umfassung bezeichnet wird“ (Gemmler-Fuhr, 2001, S. 411).

3.3.1.1.2. „Safe Place“ und die vier Beziehungsangebote in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach Katz-Bernstein

In der integrativen Kinderpsychotherapie gibt es das Konzept des „Safe Place“ (vgl. Katz-Bernstein, 1996, S. 111 f.; Katz-Bernstein, Zaepfel, 2004, S. 374 f.).

Der Therapeut soll dem Kind die Rahmenbedingungen und Hilfestellungen für einen verinnerlichten „Safe Place“ anbieten, in welchen es zu Symbolhandlungen kommen kann. Es geht darum, die reale Eigenständigkeit, Getrenntheit und Unabhängigkeit symbolisch darzustellen, damit das Kind die Eigenregulierung der Beziehung neu erleben kann. Die therapeutische Beziehung beginnt dort, wo die realen Grenzen auch existieren und das Kind die Abgegrenztheit seiner Existenz erleben darf. Der realitätsadäquate „Safe Place“ mit Grenzen und in Sicherheit stellt die „Ur-Lernsituation“ dar, in welcher es „low-tension-Erfahrungen“ machen kann, zur Symbolisierung und Darstellung seines inneren Erlebens kommen und dabei starr gewordene Konzepte aufweichen kann. Dieser innere Dialograum bildet den Kern der persönlichen Identität.

Auf Basis der Bindungsforschung, der relationalen Psychoanalyse, der sozial-konstituierenden, interaktiven Position der kindlichen Entwicklung und der Handlungstheorie des kindlichen Spiels wurden von Katz-Bernstein (2008, S. 1551 f.) vier therapeutische Entwicklungsaufgaben und auf deren Basis vier Beziehungsangebote in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie definiert:

- *Das responsive (spiegelnde) Beziehungsangebot:*

Responsive Merkmale sind z.B. die Vermittlung von Sicherheit, die Förderung einer dialogischen Bereitschaft, das Einstimmen auf die emotionale Lage, der Austausch und das Benennen von Gefühlen und inneren Zuständen, die Umstimmung in Richtung positiver Gefühlslage und die Förderung der Kommunikationsvielfalt.

„Es handelt sich dabei nicht nur um einen reaktiven Bezug zu kindlichen Handlungen, sondern um ein aktives Vermittlungsgeschehen [...]“ (Katz-Bernstein,

2008, S. 1563) unter einer professionellen Distanz, welche „[...] reaktivierendes, problemaktualisierendes und/oder symbolisierendes Handeln im Sinne einer Progression fokussiert [...]“ (ebd., S. 1565).

- *Das triangulierende, bedeutungsgebende Beziehungsangebot*

Es geht um eine „kognitive ko-konstruktive Leistung: „die Welt“ wird mental zwischen zwei sich aufeinander beziehenden Personen eingeführt, wird zum kommunikativen Gegenstand, wird gemeinsam ausbaubar und veränderbar“ (ebd., S. 1566). Es gibt hier zwei Unterarten:

- Das verstehende, deutende Beziehungsangebot*

Das Verhalten des Kindes wird im Sinne eines „Scripts“ als Lösungsversuch verstanden und dadurch die pathologische Bewertung relativiert.

- Das handelnde, symbolisierende Angebot*

„Das Symbolspiel ist der prä-narrative, prä-verbale Zwischenbereich, der die Erzählkompetenz und das Denken über sich vorbereitet“ (ebd., S. 1569).

Die Therapeutin bietet dem Kind eine kommunikative Triangulierung des Spiels, indem sie u. a. zuschaut, gezielte Fragen stellt, erzählte Sequenzen strukturiert und deutet.

- *Das konfrontierende, Struktur gebende Beziehungsangebot*

Hier geht es einerseits um das wohldosierte Setzen von Grenzen und Einhalten von Regeln und andererseits um die Arbeit mit dem Symptom, indem der Therapeut das Kind z.B. mit sozialen Anforderungen konfrontiert sowie zur Überwindung und Durchhalten motiviert.

- *Das unterstellende (ressourcen- und) entwicklungsorientierte Beziehungsangebot*

Dieses Beziehungsangebot durchdringt alle anderen drei Bereiche und verleiht den therapeutischen Handlungen eine zukunfts- und entwicklungsorientierte Dynamik. Hier spricht die Therapeutin Ressourcen, Entwicklungsfortschritte und zuversichtlich-positive Erwartungen an und hilft durch „Reframing“ Krisen oder Rückschläge umzudeuten.

Bei diesen vier Beziehungsangeboten geht es um die Vermittlung zwischen einem „Sich-Einlassen [...] und der Steuerung der angestrebten Therapieziele [...]“ (ebd., S. 1583).

3.3.1.2. Methodik und Technik

Staemmler (2001, S. 440 f.) unterscheidet zwischen der Methode als einem Weg, etwas zu erreichen und der Technik als konkrete Schritte. Die Gestalttherapie wird als dialogische, feldtheoretisch begründete, phänomenologische und existentialistische Methode definiert.

Techniken sollen „[...] unter Beachtung des Primats der Beziehung zur Anwendung kommen“ (Staemmler, 1995, S. 24) und sie sind „[...] Instrumente, die Zusammenhänge zur Bewusstheit bahnen“ (ebd., S. 26).

Badier (2001, S. 958) merkt an, dass Techniken das Feld erweitern und dort Neues ermöglichen, den kreativen und ausdrucksvollen Umgang mit der Umwelt und dessen Umformung unterstützen und in diesem Sinne auch wieder vergessen und überflüssig werden sollen.

Meiner Beobachtung nach, verwenden PsychotherapeutInnen in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien Techniken aus den verschiedensten Therapierichtungen, wie z.B. Hypnotherapie, Systemische Therapie, Psychodrama, Verhaltenstherapie oder Gestalttherapie, wobei die Anwendung durch den methodischen Hintergrund ihrer Psychotherapierichtungen unterschiedlich gefärbt zu sein scheint.

Wie bereits erwähnt, wird dem kindlichen Entwicklungsstand entsprechend vor allem handlungsorientiert und erlebniszentriert gearbeitet. Jedes Kind bevorzugt eine andere Modalität des Ausdrucks und des In-Kontakt-Gehens. Am Beginn ist es gerade bei einem wenig motivierten oder gehemmten Kind von Vorteil, die Ausdrucksmittel anzubieten, welche es bevorzugt oder gewohnt ist; im späteren Verlauf kann das Repertoire erweitert werden und andere Medien zur Anwendung kommen. Techniken können mehr oder weniger strukturiert angewandt werden. Manche Kinder brauchen mehr, manche weniger Anleitung und Führung. Oft kann ein Kind erst im Laufe der Therapie die Sicherheit erwerben, von sich aus seine Themen zu entwickeln.

Innerhalb der Umsetzung der oben beschriebenen Beziehungsangebote kommen verschiedenste Techniken zur Anwendung, wobei ich im Folgenden eine Auswahl beschreiben möchte (vgl. z.B. Baulig, Baulig, 2002; Oaklander, 1996):

3.3.1.2.1. Das Spiel

Das Spiel hat für die physische, psychische und soziale Entwicklung des Kindes große Bedeutung. Das Kind erfährt und erprobt die Welt durch das Spiel. Es dient dem Kind als Sprache, als Symbolsystem, das Worte ersetzt (vgl. Oaklander, 1996, S. 205). Im Spiel mit z.B. kleinen Tierfiguren oder Handpuppen ist es dem Kind möglich, mit der Therapeutin in Kontakt zu kommen, seine Probleme oder relevante Themen symbolisch darzustellen, Gefühle (auch nicht erwünschte) auszudrücken, unabgeschlossene Gestalten abzuschließen und sich emotionale Befriedigung zu verschaffen (vgl. Oaklander, 1996; Baulig und Baulig, 2002).

Ich achte auf Ressourcen und auf Problemlösungsstrategien, welche das Kind im Spiel zeigt und schlage meinerseits Alternativen vor. In dem Maße wie es das Reflexionspotential und die Bereitschaft des Kindes dazu erlaubt, stelle ich Bezüge zum Leben des Kindes her.

Das Spiel (der Prozess des Spielens) stellt eine Erfahrung der kreativen Anpassung dar und ist eine beobachtbare Realität aus phänomenologischer Sicht. Das kindliche Spiel veranschaulicht das gestalttherapeutische Konzept des Kontakts in Aktion: „In beiden Fällen (dem des Künstlers und dem des spielenden Kindes) wirken als Sinnesantrieb die Integration, die Bejahung des Impulses und der wache Kontakt mit neuem Umweltmaterial, aus denen wertvolle Arbeit erwächst“ (Perls et al, 1991, S. 30, zitiert nach Badier, 2001, S. 957).

Badier (2001, S. 959) interessiert vor allem, wie sich das Kind verhält, um Kontakt zur Umwelt aufzunehmen und richtet seine „[...] Aufmerksamkeit besonders auf den Vorkontakt oder auf das, was sich im Hintergrund zusammenbraut“. Der Autor skizziert sein Vorgehen dermaßen, dass er den Kontakt im und durch das Spiel beim Kind wieder herstellt. Durch die Entwicklung der Phantasie wird die Selbstregulation begünstigt, das Kind kommt zu der Erfahrung, seinen eigenen Bestrebungen zu folgen und seine Impulse und Bedürfnisse werden verwirklicht. Der Psychotherapeut hilft dem Kind, flexible Grenzen zu bilden, Aggressivität auszudrücken und

unterstützt in der Eigenschaft als Hilfs-Selbst das Kontakterleben des Kindes oder stellt es wieder her.

Die für das Lernen notwendige Wiederholung wird als Hinweis auf unerledigte Gestalten und als Schutzfunktion gegen die Angst gesehen.

„Alles kann zum Spiel werden. Es geht darum, beim Kind die Figurwerdung der Vorstellungen zu unterstützen, Spuren zu hinterlassen und ihm eine Bestimmung zu geben“ (ebd., S. 962).

Badier (2001, S. 963) beschreibt 4 Achsen, um mit Kindern zu arbeiten:

- Die tonisch-sensorisch-emotionale Dimension, welche die Identität des Selbst aufbaut.
- Der Rückgriff auf die Phantasie, die Spontaneität und die Kreativität.
- Die Tatsache, dass alles darauf abzielt, spielend und durch Wiederholung im Dienste des Lernens kreativ zu werden.
- Die Bewusstheit und die Es-Funktionen des Selbst herrschen während non-verbaler Äußerungen von Bedürfnissen und zukünftigen Lösungen vor.

Weinberg (2006, S. 197 f.), mit dem Hintergrund Personenzentrierte Psychotherapie und Psychodrama, spricht vom Spiel als „zweiter Realität“, als Möglichkeitsraum zum Handeln, als menschliches Grundbedürfnis, als aktives Gestalten, welches unmittelbare Ressourcen der Selbstheilung und Lebenskraft freisetzt. Die Autorin skizziert die sprachliche Entwicklung und fasst zusammen, dass aus dem Handeln Sprache und schließlich Denken erwächst. Im freien Spiel kann es gelingen, „die Spaltung in Schein und Sein, Fassade und Affekt in der Beziehung zur Therapeutin zu überwinden“ (ebd., S.165). Themen, wie z.B. Aggression, Regression und Fürsorglichkeit können im Rahmen des Spieles zum Ausdruck kommen und gemeinsam können neue Möglichkeiten des Umgangs erprobt werden.

Vor allem bei der Arbeit mit Aggressionen sind eine klare Grenze zwischen der „ersten Realität“ und „zweiten Realität“ sowie folgende Regeln notwendig: „wir tun uns nicht gegenseitig weh“, „wir machen nichts kaputt“, „wir dürfen aus der Rolle aussteigen, wenn wir uns nicht mehr wohl fühlen“.

Spieltherapeutische Interventionen bei traumatisierten Kindern beziehen sich z.B. auf den Aufbau „guter innerer Instanzen“, die Auflösung böser Introjekte, Arbeit mit Spaltungen und den Aufbau von leiblich-seelischen Grenzen. Weinberg (2006, S. 206) beschreibt den therapeutischen Aufbau guter innerer Instanzen, der mit der

Frage beginnt: „könnte es irgendwo auf der Welt ein Wesen geben, das jetzt zu Hilfe kommt?“. Ziel ist es, beim Kind die Bereitschaft, Fürsorge zu empfangen und an sich heran zulassen, aufzubauen.

Das szenische Spiel auf einer psychodramatischen „Bühne“ mit z.B. handgroßen Tierfiguren, Handpuppen oder unter Einsatz des ganzen Körpers hat im Psychodrama im Einzelsetting mit Kindern große Bedeutung (vgl. Holl, 2002b, S. 89 f.). Das Kind wird zum „Schreiber“ des Stückes und weist der Therapeutin die Rollen zu, wobei sich hier die Übertragungen und Projektionen niederschlagen. Kinder wollen sich mit Schattenseiten nicht bewusst auseinander setzen, da diese das Ich altersbedingt überfordern würden und projizieren beispielsweise ein minderwertig erlebtes Selbstbild auf die Therapeutin. Viel lieber spielen sie ressourcenorientiert und lassen sich in ihren Rollen das Ideal-Selbst erleben. Im symbolischen Spiel können Kinder den Selbstwert aufbauen, das Ich stärken, positive Beziehungserfahrungen machen und ihre Selbstreflexivität erhöhen.

Holl (2002b, S. 95) beschreibt das Unverständnis, mit dem Kinder auf direkte Deutungen der TherapeutInnen reagieren; daher wird mit den Metaphern, welche das Kind im symbolischen Spiel verwendet, weitergearbeitet und nur in kleinen Dosen die Bezüge zu biographischen Themen hergestellt. Die Therapeutin ist Spielleiterin, unterwirft sich nicht dem Diktat des Protagonisten sondern setzt verschiedene Interventionen, wie z.B. die Bühne umzugestalten, zusätzliche Figuren einzuführen oder die ihr zugeschriebene Rolle zu verändern, um Rollenmuster zu lockern.

3.3.1.2.2. Arbeit mit kreativen Medien

Darunter ist u. a. die Arbeit mit folgenden Medien zu verstehen (vgl. Oaklander, 1996; Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1999; Baulig, Baulig, 2002):

Farben (Finger-, Wasserfarben; Buntstifte, Bleistift, Wachsstifte); Ton, Sand, Matsch, Knete, Kleister, Wasser; Musik, Töne, Geräusche; Fotos; Märchen, Gedichte, Bücher, Briefe – schreiben oder lesen; Naturmaterialien; Bauklötze; Masken, Pantomime; Tanz, Bewegung.

Zinker (2005) sieht die Gestalttherapie insgesamt als kreativen Prozess. Über die Arbeit mit kreativen Medien ist es möglich, ein Experiment zu entwickeln, welches

den Klienten dazu auffordert, etwas verhaltensmäßig auszudrücken, statt ein Erleben nur innerlich zu erkennen (vgl. Zinker, 2005, S. 127).

Das kreative Experiment fordert den Menschen auf, sich selbst aktiv zu explorieren. Es kann dazu verhelfen, neue Ausdrucksformen zu entdecken und es stößt den Klienten auf seine Grenzen, auf die Kanten, wo Wachstum stattfindet. Es geht darum, das Verhaltensrepertoire zu erweitern, Eigenverantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, experimentell zu lernen, neue Selbstkonzepte zu entwickeln, unvollendete Situationen abzuschließen, Umstände anzuregen, in denen der Mensch zu einem Fühlen und Handeln in der Lage ist, das gesünder, kompetenter und hilfreicher ist, Introjekte zu entfernen und zu reintegrieren, Polarisierungen zu entdecken sowie kortikales Verstehen und den motorischen Ausdruck zu integrieren (vgl. Zinker, 2005, S. 129 f.).

Oaklander (1996) setzt in ihrer gestalttherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verschiedenste kreative Medien ein. Das Ziel ist es, dem Kind zu helfen, seiner selbst und seiner Existenz in der Welt gewahr zu werden, was die Voraussetzung zur Veränderung schafft. Die Therapeutin lenkt und leitet die Sitzung und folgt gleichzeitig der Führung des Kindes. Oaklander spricht von einem sanften, fließenden Prozess, einem organischen Ereignis.

Es werden der Prozess des künstlerischen Schaffens, die projizierten Persönlichkeitsanteile und die Identifikationen mit dem Kind reflektiert und ein Bezug zum eigenen Leben hergestellt.

Baulig und Baulig (2002, S. 116) fassen zusammen, worum es im gestalttherapeutischen Umgang mit kindlichen Bildern (m. E. auch anderen „Produkten“ kreativer Prozesse, wie z.B. einer Figur aus Ton) geht.

1. Das Entstandene wertzuschätzen.
2. Sich selbst in das Bild einzufühlen und diese eigenen Emotionen mitzuteilen.
3. Über das Bild mit dem Kind in Kommunikation zu kommen.

Die wesentlichen Aspekte hierbei sind also der originären Ausdruck, das Eigene im Dialogischen bespiegeln zu lassen und dadurch Wertschätzung und Einschätzung zugleich zu erfahren (Baulig, Baulig, 2002, S. 115).

Die Therapeutin hilft dem Kind, sich das, was es über das Bild oder Teile davon gesagt hat, zu „eigen zu machen“ (Oaklander, 1996, S. 76 f.). In weiterer Folge geht es darum, über die Bilder zu den realen Lebenssituationen und ungelösten Problemen zu kommen (vgl. ebd., S. 76 f.).

Jedes Material bietet unterschiedliche Möglichkeiten für die Gestaltung des Kontakts und für den individuellen Ausdruck, was als kommunikative und expressive Valenz bezeichnet wird (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1999, S. 419 f.). Rahm, Otte, Bosse und Ruhe-Hollenbach (1999, S. 419 f.) bieten ihren KlientInnen z.B. bei Bestehen eines defizitären Rollenrepertoires das Spiel mit Masken oder Puppen an; beim Vorliegen einer Schädigung des perzeptiven (wahrnehmenden) Leibes beginnen sie die Arbeit mit einem Tastsack, in dem „blind“ Materialien erfüllt werden können. Durch das Medium Ton wird häufig Regression ausgelöst; es ist zum Ausdruck massiver Gefühle sowie zur Bearbeitung sprachlicher Blockierungen, zwanghafter Folgen von Reinlichkeitserziehung und bei defizitären Leiberfahrungen geeignet.

Das Malen wird als eine fundamentale Ausdrucksform von Kindern gesehen (vgl. Oaklander, 1996, 13 f.), das Bauen mit beispielsweise Bauklötzen oder Naturmaterialien bietet eine „handfeste“ Möglichkeit der Auseinandersetzung des Kindes mit seiner aktuellen emotionalen Situation und seinen Lösungsversuchen (vgl. Baulig, Baulig, 2002, S. 120).

Die meisten Kinder, welche zur Psychotherapie kommen, haben eine Beeinträchtigung ihrer Kontaktfunktionen und sind nicht im Stande eine oder mehrere ihrer Kontaktfunktionen richtig zu nutzen (Oaklander, 1996, S. 78).

In der Arbeit mit unbehandelten Materialien, welche in der Natur vorkommen (Holz, Steine, Früchte, Pflanzen...), geht es um die Kontaktaufnahme mit dem Material. Über das Spüren, Riechen und Schmecken kann das Kind seine Wahrnehmung differenzieren und erweitern, es kann seine Körpergrenzen und seine emotionalen und körperlichen Reaktionen wahrnehmen. Der Entwicklung des Kindes entsprechend ist es möglich, vom konkret-sinnlichen Begreifen über Anschaulich-Bildhaftes auf eine immer höhere Abstraktionsstufe, in der schließlich begriffliches Denken möglich wird, zu gelangen (vgl. Gerber, 1990, S. 160 f.).

3.3.1.2.3. Der „leere Stuhl“

Die Arbeit mit dem „leeren Stuhl“ ist eine der bekanntesten gestalttherapeutischen Techniken mit psychodramatischen Wurzeln.

Staemmler (1995, S. 38 f.) trifft eine grundsätzliche Unterscheidung:

- Selbstgespräch-Technik: es treten unterschiedliche Seiten, „Repräsentanzen“, der eigenen Persönlichkeit in einen Austausch.
- Phantasiegespräch-Technik: die „Repräsentanz“ des Klienten von sich selbst tritt mit der „Repräsentanz“ des Klienten von einer anderen Person in Austausch.

Unter dem psychoanalytischen Begriff „Repräsentanz“ ist das innerpsychische, kognitiv-emotionale Abbild, das ein Mensch sich von sich selbst und von anderen Menschen aufgrund seiner Erfahrungen macht, zu verstehen. Die Fähigkeit, diese ohne größere Schwierigkeiten differenzieren zu können, ist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Realitätsbewältigung beim Erwachsenen. In der psychoanalytischen Entwicklungstheorie herrscht jedoch Uneinigkeit darüber, wie Repräsentanzen entstehen und in welchem Maße und in welcher Form die Fähigkeit, sie zu bilden, angeboren ist (vgl. ebd., S. 34 f.).

Es hängt vom kognitiv-emotionalen Entwicklungsniveau ab, in wieweit ein Kind emotional in der Lage ist, zwischen den „repräsentierten“ und den „realen“ Eltern zu unterscheiden. Dies ist bei der Arbeit mit Introjekten, symbolisch verinnerlichten Elternteilen, zu bedenken und dahingehend bei der Anwendung dieser Technik vorsichtig umzugehen (vgl. Katz-Bernstein, Zaepfel, 2004, S. 378).

Mit Hilfe der Technik des „leeren Stuhls“ ist es möglich, stärkeres Gewahrsein und größere Klarheit zu erzielen, unerledigte Situationen ins Hier und Jetzt zu bringen und unvollständige Gestalten abzuschließen. Das Kind kann sich über die eigenen Widersprüchlichkeiten klar werden, was für den Prozess des Zentrierens unerlässlich ist (vgl. Oaklander, 1996, S. 192 f.).

Oaklander (1996) beschreibt die gerade bei älteren Kindern und Jugendlichen immer wiederkehrenden Konflikte zwischen dem größten Gegensatz, dem von Perls beschriebenen „Topdog“ und dem „Underdog“.

„Der „Topdog“ ist rechtschaffen und autoritär; er weiß alles besser. [...] Der „Underdog“ manipuliert, indem er sich ständig verteidigt und rechtfertigt, sich

anbietet und Heulsuse spielt [...]“ (Perls, 1974, S. 26 f., zitiert nach Staemmler, 1995, S. 47).

Das oft *unfruchtbare Selbstgespräch* dieser beiden Anteile kann zu einem *fruchtbaren Selbstgespräch* werden (vgl. Staemmler, 1995, S. 47 f.); sie können zu einem produktiven Bündnis und Zusammenspiel gebracht werden, sodass sie in ihrem Kampf gegeneinander nicht länger Energie verzehren (vgl. Oaklander, 1996, S. 193).

Meiner Erfahrung nach stößt diese Technik bei älteren Kindern oft auf Verweigerung. Eher Introvertierte scheinen sich durch das Agieren vor der Therapeutin beobachtet und daher unwohl zu fühlen. Bei ihnen ist im Vorfeld einige Arbeit am Sicherheitserleben notwendig. Gut anwendbar ist das Verfahren m. E. bei eher extravertierten Kindern, welche gerne in andere Rollen schlüpfen und bei welchen der Umstand beobachtet zu werden keine hemmende Wirkung hat.

3.3.1.2.4. Identifizierungstechnik

Hierbei geht es um das Aneignen von Projektionen, bei welchen der Mensch „[...] Teile seiner Repräsentanz von sich selbst in seine Repräsentanz von einer anderen Person verschiebt“ (Staemmler, 1995, S. 123). Das Kind wird dazu angehalten, sich wieder mit den Eigenschaften und/oder Verhaltensweisen zu identifizieren, welche es fälschlicherweise nicht mehr zu sich selbst rechnete. Es muss also Selbstverantwortung für sein eigenes Verhalten und Handeln übernehmen (vgl. ebd., S. 123).

Diese Technik kann im Rahmen aller oben beschriebenen Techniken, z.B. im Spiel mit verschiedenen Tierfiguren oder beim Reflektieren von Zeichnungen, zur Anwendung kommen.

Es ist auch möglich, das Kind zu bitten, bestimmten Symptomen, wie körperlichen Schmerzen (Teilrepräsentanzen der eigenen Person) mittels Identifikationstechnik eine Stimme zu verleihen und sie in Ich-Form sprechen zu lassen (vgl. Staemmler, 1995, S. 124), so wie es Katz-Bernstein und Zaepfel (2004, S. 378 f.) im Fallbeispiel eines Jugendlichen und seinem „Kloß“ im Hals veranschaulichen. Die Autoren sprechen von einem spielerischen Eintreten in eine „als-ob“-Beziehung mit einem projizierten Inhalt und zeigen, wie durch die Identifikation mit dem Aggressor die

spielerische Umkehr von passiver Opferrolle in eine aktive Verantwortungsübernahme möglich ist.

3.3.1.2.5. Transfer in den Alltag – verhaltenstherapeutische Techniken

Oft ist es sinnvoll, die „innere und äußere Realität“ im praktischen Sinne aufeinander zu beziehen, indem die Therapeutin das Kind nicht nur im Raum der Phantasie und der inneren Bilder begleitet, sondern auch in der Auseinandersetzung mit der Alltagsrealität. Bei der Begleitung der praktischen Verhaltenserprobung verlässt die Therapeutin den therapeutischen Raum als „Übungsraum“. Dies ist dann möglich, wenn das Problem des Kindes in ein Problem des lebensweltlichen Systems oder in ein konkretes Verhalten übersetzbar ist. Eine Voraussetzung ist, dass das Kind absprachefähig ist, um das zu übende Problemverhalten zu benennen (vgl. Katz-Bernstein, Zaepfel, 2004, S. 380 f.).

Hierbei wende ich u. a. aus der Verhaltenstherapie stammende „Operante Methoden“, wie z.B. Verstärkerpläne, „Kognitive Verfahren“, wie z.B. Selbstbeobachtungs- und -kontrolltechniken oder Selbstinstruktionstraining an (vgl. z.B. Rahm, 2004, S. 277 f.; Schneider, Margraf, 2009, S. 209 f.).

3.3.1.2.6. Techniken aus der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie

Die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie begründet sich auf Erfahrungen aus familientherapeutischer, systemischer und hypnotherapeutischer Praxis und bietet einige kreative Ideen und Techniken (vgl. z.B. Vogt-Hillermann, Burr, 2000). Beispielsweise können unter der Anleitung des Programms „Ich schaffs!“ (Furman, 2007) mit dem Kind gemeinsam spielerisch und praktisch Lösungen gefunden werden.

Hierbei möchte ich betonen, dass in meiner therapeutischen Arbeit mit Kindern das dialogische Prinzip Vorrang hat und ich zumeist nur Einzelteile derartiger Vorschläge als Leitfaden heranziehe.

3.3.2. Arbeit mit familiären Teilsystemen

Das Modell des Organismus-Umweltfeldes ist in der Gestalttherapie von großer Bedeutung. „Phänomene stehen nicht isoliert da, sondern sie bilden nur dann eine sinnvolle Gestalt, wenn man sie in ihrem Umfeld begreift“ (Blankertz, Doubrawa, 2005, S. 196).

Perls beschrieb jede menschliche Funktion als eine Interaktion des sozio-kulturellen, biologischen und physischen Organismus-Umweltfeldes (vgl. Perls u.a., 1994, S. 5, zitiert nach Badier, 2001, S. 955). Perls und Goodman sahen „[...] das Kind als noch nicht unabhängig vom Feld Eltern-Kind, wo die Störungen im Feld sind und von inneren Konflikten der Eltern herkommen. Das Kind und die Eltern müssen gemeinsam behandelt werden“ (Perls u. a., 1991, zitiert nach Badier, 2001, S. 955).

Die wichtigste frühe Umgebung des Kindes, also das primäre Umfeld, ist die Familie. Die Eltern-Kind-Interaktion hat Beziehungs- (siehe Kapitel 2.2. Bindungstheorie) und Erziehungsqualität. Frühe Interaktionsprozesse zwischen Eltern und Kindern sind im Sinne von affektiven Regulatoren zu sehen. Sie dienen der Gestaltung der Welterfahrung und der Modellbildung (Resch et al., 1999, 91 f.).

Die häufigste Form des Zusammenlebens im europäischen Raum ist nach wie vor die Ehe. Neben der klassischen Kernfamilie (Eltern, Kind(er)) gibt es unterschiedliche Familienformen, wie z.B. Patchwork-, Eineltern-, Mehrgenerationen-, Pflege- oder Adoptivfamilien (vgl. Görlitz, 2007, S. 17).

Das systemische Modell der integrativen Gestalttherapie gibt laut Katz-Bernstein und Zaepfel (2004) dem familiären System keinen absoluten Vorrang vor der Person. Die Autoren arbeiten „mit dem Segment der Familie, das das Veränderungspotential vertritt“ (S. 386) und treten dabei in verschiedene Rollen, wie z.B. Anwältin/Anwalt des Kindes, Ombudsfrau/-mann oder Coach der Familie. Das familiäre System wird unter anderem einbezogen, um Transaktionsmuster, welche die Symptome aufrechterhalten, zu thematisieren, familiäre Ressourcen zu aktivieren und um die Familie als Ort der Entwicklung des Kindes zu betonen.

Die Gestalttherapeuten Melnick und Nevis (2001, S. 937 f.) betonen die Wichtigkeit, den Fokus vom Symptomträger Kind zu nehmen und auf das Familiensystem zu

verschieben. Symptome entwickeln sich laut der Autoren aufgrund mangelnder Differenzierung und mangelnder Grenzbildung. Hierbei ist es wichtig, sich der Ungleichheit und Unausgewogenheit zwischen den beiden Subsystemen Eltern und Kinder bewusst zu sein.

Die Autoren legen „drei verschiedene Folien“ über die Familien (S. 946):

- Vor dem Hintergrund der *Feldtheorie* werden wiederkehrende Muster als „eingefrorene Prozesse“ gesehen und bewusst gemacht.
- Um das Interaktionsverhalten der Familie zu beschreiben, wird die phänomenologische Sprache des *Interaktiven Zyklus des Erlebens* verwendet. Der Zyklus beschreibt „[...] ein Erfahrungskontinuum, das mit Empfindung beginnt und durch die Phasen der Bewusstheit, Aktivierung, des Kontakts, des Abschlusses und Rückzuges läuft“ (Zinker, 1994, S. 298, zitiert nach Melnick, Nevis, 2001, S. 941).
- Auf Basis von Konzepten der *Systemtheorie* finden unterschiedliche Gruppierungen und hierarchische Beziehungen Beachtung.

Wiederkehrende Muster werden als Familienkompetenz gesehen und dadurch eine positive Sichtweise derselben vermittelt. Sie werden als festgefahrene Lösungsversuche, welche durch veränderte Umweltbedingungen nicht mehr adäquat oder sogar hinderlich geworden sind, verstanden. Durch das Thematisieren der unterentwickelten Seite und der verschiedenen Aspekte der wiederkehrenden Muster soll ein Prozess der Assimilation in Gang gesetzt werden. Mit Hilfe von Experimenten (z.B. der Vorschlag der Therapeutin an die Familienmitglieder das Gegenteil von dem zu tun, was sie normalerweise tun) werden neue Verhaltens-, Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten erprobt (vgl. Melnick, Nevis, 2001, S. 937 f.)

Laut Baulig und Baulig (2002, S. 103 f.) ergänzen sich Gestaltkindertherapie und familientherapeutische Interventionen vor allem dann, wenn ein Kind aufgrund von Rollenzuweisungen eine Symptomatik entwickelt hat. Es geht darum, im Hier-und-Jetzt die Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse und Befürchtungen der einzelnen Familienmitglieder, die Kommunikation zwischen ihnen und die familiären Ressourcen zu erkunden und zu spiegeln sowie unterschiedliche Rollen und damit verbundene Aufgaben zu benennen.

Es ist wichtig darauf zu achten, ob dem Kind Freiräume zur Entfaltung zur Verfügung stehen und in welcher Form die Familienmitglieder das Kind bei der Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben fördern bzw. hemmen.

Die Autoren beschreiben auch eine häufig vorkommende Vater-Sohn-Problemkonstellation, welche sich durch den väterlichen Rückzug aus Erziehungsaufgaben ergibt. In der Mutter-Tochter-Beziehung werden oft Anteile des eigenen Selbst der Mutter in der Beziehung zur Tochter aktualisiert. Die Autoren sehen die gegengeschlechtliche Konstellation, im Sinne der Integration des Gegenpols, als ressourcenvollere Beziehung.

Im Familiensetting achte ich besonders auf den Umgang mit den Kontaktgrenzen innerhalb der Familie und auf ihre Vermeidungsstrategien (siehe Kapitel 2.1.3.). Es geht um die Bewusstmachung der Muster innerhalb der familiären Kommunikation und um den zu verändernden Umgang damit sowie darum, „[...] Begegnung zu vervollständigen, so dass alle Beteiligten eine größere persönliche Befriedigung erreichen können und ein stabilisierendes Systemgleichgewicht erzielt wird“ (Bongers, Schulthess, Strümpfel, Leuenberger, 2005, S. 47).

Petzold (1996, S. 189 f.) spricht von einem systemorientierten, sozialphänomenologisch-hermeneutischen Modell Integrativer Familientherapie und -beratung (IFK). Diese bezieht unter anderem die übergeordneten sozialen Netzwerke, den konkreten Lebensraum der Familie, geschlechtsspezifische Rollen- und Verhaltensmuster und Wertorientierungen, eine Mehrgenerationen-Familienperspektive sowie protektive und kritische Lebensereignisse mit ein. Den Übertragungskonstellationen mit ihren Mustern von Nähe und Distanz, Bindung, Lösung sowie Trennung wird Beachtung geschenkt und es wird lösungs-, ressourcen-, potential- und konfliktorientiert gearbeitet (vgl. Petzold, 1996, S. 189 f.).

Laut Mrochen (2005, S. 91 f.), welcher hypno-systemisch begründete Psychotherapie anwendet, müssen sich die Mitglieder einer Familie mit der Störung ihres Kindes auseinandersetzen. Die Strategien und Interventionen sollen sich in einer systemisch orientierten Behandlung von Kindern an den zugrunde liegenden Bedürfnissen und Verletzungen innerhalb der Familie orientieren und nicht an den Symptomen des „identifizierten Patienten“. Dadurch wird das Kind nicht symptomfrei,

aber die Gründe für die Aufrechterhaltung des Symptoms werden deutlich geringer und das Kind bekommt wieder mehr Spielraum für die eigene Entscheidung, sich vom Symptom zu trennen. Dies kann gelingen, wenn die Familie als „symptomverwaltendes System“ dazu bereit ist und eine Veränderung erlaubt.

Abschließend möchte ich die Berücksichtigung der Geschwister- und der Großelternbeziehungen anführen.

Die Geschwisterbeziehung ist die in der Regel am längsten währende und unaufkündbare Beziehung, die auf einer gemeinsamen Vergangenheit beruht. Die Berücksichtigung derselben in der Therapie ist bedeutend, da z.B. die besondere Beschäftigung mit dem „Problemkind“ den Geschwistern die elterliche Zuwendung entzieht und dadurch neuerliche Probleme geschaffen werden können (vgl. Görlitz, 2007, S. 26 f.).

Die Großeltern gehören oft zu den wichtigsten Bezugspersonen des Kindes und können das Familienklima, den Erziehungsstil und die Paarbeziehung oft wesentlich beeinflussen und auch eine wesentliche soziale Ressource darstellen (vgl. Görlitz, 2007, S. 29).

3.3.2.1. Arbeit mit den Eltern

Die Arbeit mit den Eltern möchte ich als speziellen Unterpunkt der Arbeit mit familiären Systemen anführen. Diese kann meiner Meinung nach in eine Beratung der Eltern sowie in therapeutische Interventionen bei den Eltern oder einem Elternteil eingeteilt werden. Zu beachten ist, dass die relevanten Bezugspersonen nicht immer die Eltern sind. Der sprachlichen Einfachheit halber verwende ich im Folgenden dennoch den gebräuchlichen Begriff „Eltern“.

In der **therapiebegleitenden Beratung der Eltern** geht es meiner Erfahrung nach vor allem um folgende Inhalte, welche ohne Beisein des(r) Kindes(r) besprochen werden:

Unter *Psychoedukation der Eltern* ist die Schulung der Eltern bezüglich eventueller psychischer Störungen bei ihren Kindern oder bezüglich psychischer Abläufe bei bestimmten kritischen Lebensereignissen (z.B. im Fall des Todes eines Angehörigen, Trennung der Eltern) zu verstehen. Ziel ist es, dass die Eltern die Krankheit des

Kindes oder die krisenhafte Situation zunächst einmal annehmen, besser verstehen und besser mit ihr umgehen können. In der Elternberatung sollen die Erfahrungen der Eltern mit der Erkrankung und das Wissen darüber verbunden sowie Ressourcen aktiviert werden, um einen adäquaten Umgang damit zu erreichen und eventuellen Rückfällen entgegenzuwirken. Weiters geht es um die Aufklärung über die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen (vgl. Schneider, Margraf, 2009, S. 193 f.).

Weitere Inhalte sind die Beratung der Eltern über die *kindliche Entwicklung*, über *Risiko- und Schutzfaktoren einer gesunden psychischen Entwicklung*, über *Entwicklungsaufgaben und -ziele* sowie die Unterstützung bei der Bewältigung derselben.

Bei der *Erziehungsberatung* geht es nicht nur um die Informationsweitergabe bezüglich neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in diesem Bereich, sondern u. a. um das Reflektieren der eigenen Elternrolle und der damit verbundenen Erziehungsaufgaben sowie die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen der eigenen Erziehung in der Kindheit und dadurch entstandene Erziehungskonzepte (welche z. T. in eine therapeutische Auseinandersetzung führen kann).

Hierzu gibt es reichlich Literatur vor dem Hintergrund verschiedener Therapierichtungen (z.B. Tsirigotis, Von Schlippe, Schweitzer-Rothers (Hrsg.), 2006; Armbruster, 2006; Schneider, Margraf, 2009).

Görlitz (2007, S. 35 f.) nennt folgende praktische Grundsätze, welche für Eltern zur Förderung einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung ihrer Kinder hilfreich sein können:

- Aufbau einer sicheren und stabilen Bindung sowie altersgemäße Zuwendung
- Blick auf das Positive
- Struktur und Regeln
- Konsequenz statt Schläge und Strafe
- Gute Vorbilder
- Fördern und Fordern statt verwöhnen
- Das Symptom als Helfer
- Die Umwelt als Erziehungsfaktor

- Körper und Seele als Einheit
- Erziehung als Entwicklungsbegleitung, Hilfe zur Selbsthilfe

Die Beratung der Eltern ist im Sinne des Support-Konzeptes von Laura Perls (1999, S. 53 f.), als Grundlage für den Kontakt, zu betrachten. Der Support, den das Kind von seinen Eltern bekommt, kann assimiliert und integriert werden und dadurch kann es seine eigenen Stützmechanismen entwickeln.

Zum Thema Gestalt-Beratung möchte ich nach Rahm (2004a, S. 219 f.) folgende Gestalt-Methoden zur Einsichtsförderung und zur Förderung von eigener Verantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit beschreiben:

- Der Klient wird auf Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen und insbesondere auf Lücken und Diskrepanzen *aufmerksam gemacht*.
- *Wiederholen* von nebenher Geäußertem, um die Bewusstheit zu fördern.
- Die Klientin wird gebeten, zu *übertreiben*.
- *Assoziationen* zu bestimmten emotionalen, kognitiven oder somatomotorischen Inhalten werden angeregt.
- *Aushalten*: wenn die Klientin über etwas schnell hinweggehen will, wird sie zum genaueren Hinspüren angeregt.
- *Umkehrung in das Gegenteil*, vor allem bei extremen Gedanken oder Verhaltensweisen.
- Der Klient wird gebeten, *vergangene oder zukünftige Szenarien zu vergegenwärtigen*, also sich hineinzusetzen und sie so zu schildern, als erlebe er sie gerade jetzt.
- Bei der *Phantasiearbeit*, wie z.B. der „Umkehrung vorherrschender Charakterzüge“, werden vom Berater bestimmte Vorstellungen induziert.
- Die Klientin wird gebeten, sich mit bestimmten Aspekten, z.B. andere Personen, Objekte, Gefühle etc., zu *identifizieren*.
- Die Beraterin fordert den Klient auf, sich mit zwei verschiedenen Aspekten zu identifizieren und diese in einen *Dialog* treten zu lassen.
- *Sprachliche Äußerungen*, welche verallgemeinernd, vage, widersprüchlich oder einschränkend sind, werden vom Berater angesprochen und weiter bearbeitet.

In der Veränderungsphase wird laut der Autorin eine Kombination von Gestaltarbeit und Verhaltenstherapie eingesetzt, wobei vor allem die kognitive Verhaltenstherapie sowie Selbstkontrolltechniken zur Anwendung kommen (ebd., S. 277 f.).

In der Arbeit mit den Eltern kommen auch Themen auf, die über eine Beratung hinausgehen und eine **therapeutische Arbeit mit den Eltern** darstellen:

Hierbei geht es u. a. um das Erforschen und Überwinden von Entwicklungsdefiziten der Eltern und um das Schließen unabgeschlossener Gestalten, welche sich aus deren Biografie ergeben und im gegenwärtigen Augenblick in der Beziehung mit den Kindern und deren Entwicklung wirksam bzw. aktualisiert werden. Es ist zu beobachten, dass sich Anteile der Eltern, welche von diesen verdrängt oder abgespaltet werden, auf die Kinder auswirken. Als Beispiel möchte ich hier anführen, dass ein Risikofaktor für das Entwickeln eines Täterverhaltens bezüglich sexuellen Missbrauchs die sexuelle Missbrauchserfahrungen der Mütter sein kann, also die Weitergabe unverarbeiteter Traumatisierung an die nächste Generation (vgl. Romer, Graf Schimmelmann, 2004, zitiert nach Freund, Riedel-Breidenstein, 2006, S. 94).

Weiters möchte ich anführen, dass die Gestaltung und Qualität der Paarbeziehung wichtige Aspekte für die kindliche Entwicklung und für die Familienbeziehungen darstellen. Die Ehezufriedenheit sowie die Qualität der Konfliktbewältigung (vgl. Schneewind, 2008, S. 117 f.), welche sich auf das Familienklima auswirken, können hier zum Thema werden.

Ebenso sind der Umgang mit Kontaktgrenzen und die vorhandenen Formen der Kontaktunterbrechungen Themen der Eltern, welche für die Entwicklung des Kindes relevant sind.

Manche dieser oben angeführten Inhalte können im Rahmen der Elternarbeit bearbeitet werden, oft ist es jedoch notwendig diese auszulagern und eine Beratung, Psychotherapie oder Paartherapie zu empfehlen. Dies ist manchmal mit Widerstand von Seiten der Eltern verbunden, sodass diese der Empfehlung nicht nachkommen. Bei Themen, wie z.B. Gewalt gegenüber dem Kind, ist es ratsam (und in einer Beratungsstelle mit mehreren KollegInnen möglich), die Elternarbeit auszulagern, da sonst die Gefahr besteht, als Therapeutin in eine Rollenkonfusion zu kommen.

3.3.3. Einbezug des Lebensumfeldes des Kindes und Vernetzung der Helfersysteme

Laut Katz-Bernstein und Zaepfel (2004, S. 388) ist Kindertherapie ein netzwerkorientiertes Unternehmen. Die Autoren beziehen Lebensfeldsegmente des Kindes, wie die Schule und die Gleichaltrigen, in die Therapie mit ein.

Die Beziehung zu „Gleichen“, den Peers, beeinflusst die Entwicklung des Kindes und hat Bedeutung für seinen Sozialisationsprozess: das Kind lernt sich selbst einzuschätzen, erlernt soziale Fertigkeiten, übt Unabhängigkeit und geschlechtsspezifisches Verhalten (vgl. Resch et al., 1999, S. 105 f.). Das Feld der Peers dient als Spielfeld, auf dem es möglich ist, eigene Grenzen auszutesten, den Umgang mit anderen zu lernen und sich mit Problemen auseinanderzusetzen (vgl. Katz-Bernstein, Zaepfel, 2004, S. 388). Katz-Bernstein und Zaepfel (2004) beziehen Peers in dem Maße in den therapeutischen Prozess mit ein, in welchem die Ressourcen aus diesem Feld genützt werden können.

Aufgrund unserer pluralistischen Gesellschaft müssen Kinder heute vermehrt lernen, Dissens zu ertragen und Konflikte gewaltfrei auszutragen. Hier kommt der Schule als sozial-emotionaler Lebensraum bei der Vermittlung von sozialen und emotionalen Kompetenzen neben der Familie eine ergänzende Aufgabe zu (vgl. Aichinger, 2002, S. 194). In der Kindertherapie ist es daher auch notwendig relevante Personen aus diesem Lebensfeldsegment des Kindes, wie z.B. (Betreuungs-)LehrerInnen und MitschülerInnen, unterstützend mit einzubeziehen. Katz-Bernstein und Zaepfel (2004, S. 386) sprechen davon, neue Kooperationsverträge und Interaktionsregeln zwischen LehrerInnen und Kind auszuhandeln.

Vor allem wenn die Familie oder andere relevante Bezugspersonen des Kindes die Bindungs- und Kontaktbedürfnisse nicht in ausreichendem Maße erfüllen und es nicht adäquat unterstützen können, soll eine gezielte Aktivierung der Ressourcen aus dem sozialen Umfeld erfolgen (vgl. Lenz, 2008, S. 118). Hierbei geht es um die Hilfe bei der Bildung von Unterstützungssystemen, welche aus Personen des privaten Umfeldes, wie z.B. Verwandten, oder aus Personen von institutioneller Seite, wie z.B. Lern-, Familien- oder HortbetreuerInnen, bestehen können.

An dieser Stelle möchte ich kurz auf das umfangreiche Thema der Vernetzungsarbeit im psychosozialen Helfersystem eingehen. In einer psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratungsstelle im Rahmen der Jugendwohlfahrt ist die Zusammenarbeit mit anderen „HelferInnen“ ein wichtiger Teil der Arbeit. Dies kommt besonders bei Familien mit Mehrfachbelastungen zum Tragen.

Vor allem bei Familien mit Gewalt oder Vernachlässigung im Hintergrund, ist mir größtmögliche Transparenz im Vorgehen wichtig. Der Austausch mit anderen HelferInnen soll vorzugsweise in Rücksprache mit den Eltern und im Beisein derselben stattfinden. Dieses Setting soll einem eventuellen Entstehen von Ängsten bei den Eltern entgegenwirken.

Hierbei ist es für mich notwendig, eine klare Rollenverteilung der HelferInnen vorzunehmen. In der Funktion als Psychotherapeutin möchte ich Kontrollfunktionen auslagern und eine klare helfende Position einnehmen. Wenn ich im Laufe des therapeutischen Prozesses zu der Einschätzung gelange, dass meine Sorge um das Kind so groß ist, dass ich therapeutisch nicht mehr arbeiten kann und dass das Kindeswohl gefährdet ist, bespreche ich dies mit den Eltern und beziehe die zuständige Sozialarbeiterin mit ein.

Diese Arbeit erfordert viel Fingerspitzengefühl sowie ein klares, transparentes Vorgehen und endet trotz aller Vorsicht oft in unbefriedigenden Situationen.

Wichtig erscheint es mir, bei all den verschiedenen Ebenen und Systemen, den Fokus beim Kind und seinen Bedürfnissen zu halten, sowie das dialogische Prinzip aufrecht zu erhalten, um zu vermeiden, dass über den Kopf der Familie und des Kindes hinweg entschieden wird.

3.4. Beendigung des therapeutischen Prozesses

Oaklander (1996, S. 249 f.) vertritt die Ansicht, dass Kinder in der Regel keine allzu lange psychotherapeutische Behandlung benötigen. Die Autorin orientiert sich an den Verhaltensveränderungen und der Stabilität beim Kind und beschreibt, im Durchschnitt innerhalb von drei bis vier Monaten genügend Fortschritte für die Beendigung der Therapie erreicht zu haben. Psychotherapeuten, welche länger als ein Jahr mit Kindern arbeiten, steht sie skeptisch gegenüber.

Baulig und Baulig (2002, S. 223 f.) hinterfragen diese Einschätzung und differenzieren mehrere Faktoren für die Dauer einer Kindertherapie: die Therapiedauer hängt von frühen Erfahrungen des Kindes, von Art und Schwere von Traumata und der Unterstützung durch das Umfeld des Kindes ab. Manche Kinder benötigen nicht nur Psychotherapie, sondern auch Begleitung. Ein wichtiger Faktor ist die Veränderungsfähigkeit des systemischen Umfeldes, welches mit der Effizienz der Therapie von Verhaltensproblemen bei Kindern in engem Zusammenhang steht. Ebenso haben der therapeutische Auftrag und der Wunsch nach Beendigung der Therapie von Seiten der Bezugspersonen, des Kindes und des Therapeuten Einfluss auf das Therapieende.

So wie bei anderen „Stationen“ der Therapie ist m. E. auch das Therapieende in einem gemeinsamen Prozess mit Eltern und Kindern festzulegen. Das Thema wird entweder von Seiten der KlientInnen oder von Seiten der Therapeutin eingebracht und kann daraufhin bearbeitet werden.

Das Vermeiden des Beendens der Therapie oder ein schnelles Beenden von Seiten der KlientInnen können auf verschiedenen Hintergründen beruhen.

Hochgerner und Schwarzmann (2004, S. 326 f.) beschreiben in ihrem Artikel über die Arbeit mit KlientInnen mit psychosomatischen Symptomatikern, dass die Vermeidung des Beendens darauf zurückzuführen sein kann, dass die therapeutische Beziehung als eine der wenigen gelungenen Beziehungen erkannt und deshalb an ihr festgehalten wird. Aufgrund der Unsicherheit, inwieweit ein Leben ohne therapeutische Unterstützung möglich ist, können erst nach Abschluss der Therapie die verinnerlichten therapeutischen Beziehungserfahrungen in eine autonome

Lebensgestaltung integriert werden. Dies erlebe ich häufig bei allein erziehenden Elternteilen, welche die Therapie des Kindes und die begleitende Elternarbeit als unterstützend und entlastend wahrnehmen.

In der letzten Therapiephase geht es zumeist um Themen, welche die Lebensdynamiken „Wählen – Entscheiden – Selbstverantwortung“ beinhalten sowie um die Entwicklung von zukünftigen gesünderen Lebenszusammenhängen (vgl. Hochgerner, Schwarzmann, 2004).

Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach (1999, S. 512 f.) sehen am Ende der Ablösungsphase der Therapie den Abschied, in welchem es um Trauerarbeit, Verlust, Trennung, Loslassen- und Verlassenkönnen geht. Drei Themen werden als besonders wichtig erachtet: das *Bilanzziehen* über den therapeutischen Prozess, das Erarbeiten von Perspektiven, Krisenstrategien etc. für *die Zeit nach der Therapie* und *die Gestaltung der letzten Stunde*.

Es geht m. E. darum, den Entwicklungsprozess des Kindes und der Familie zu reflektieren und zu würdigen; das, was an Veränderung nicht möglich war, zu benennen und gegebenenfalls Alternativen zu einer weiteren Begleitung oder Unterstützung zu empfehlen.

In der(n) letzten Therapiestunde(n) nehmen die Therapeutin und das Kind Abschied, was sich unterschiedlich gestalten kann. Jedes Kind geht mit Abschied anders um und auch ich habe bei jedem Kind andere Bedürfnisse der Gestaltung, welche ich mit dem Kind abstimme. Es geht auch hier um das Gewährsein des Umgangs mit diesem Thema und darum, wie das Kind diesen Prozess aktiv und seinen Bedürfnissen entsprechend gestalten kann. Auf meine Anregung hin oder von sich aus wollen Kinder „etwas mitnehmen“ oder „etwas zurücklassen“. Ein Abschied impliziert auch immer „dem Neuen“ Platz einzuräumen.

Die Katamnese wird ca. 6 Monate nach Therapieende durchgeführt. Hierbei wird in einem kurzen telefonischen Gespräch nachgefragt, wie es dem Kind bzw. der Familie emotional und sozial ergeht und somit eine Rückmeldung bezüglich der therapeutischen Arbeit erhoben (vgl. Baulig, Baulig, 2004, S. 226).

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Die Arbeit mit Kindern und deren Familien ist sehr vielschichtig und umfangreich. Aufgrund des starken Einbezugs des Umfeldes, in dessen Abhängigkeit sich das Kind befindet, und aufgrund des sich stark in Entwicklung-befindlich-Seins des Kindes, ergeben sich mehrere Ebenen, welche miteinander verflochten sind und sich wechselseitig beeinflussen. Das Kind scheint durch seine Abhängigkeit von der Erwachsenenwelt und durch seine entwicklungsmäßig bedingt noch fehlenden Kompetenzen in den sozialen, emotionalen, kognitiven und moralischen Bereichen empfindlicher und schutzbedürftiger gegenüber den Anforderungen der Umwelt bzw. Lebenskrisen zu sein. Gleichzeitig ergibt sich daraus mehr Potential für Veränderung und Entwicklung.

Meines Erachtens spiegelt sich der oben beschriebene Umstand auch darin, dass viele TherapeutInnen mit Kindern und ihren Familien eher methodenübergreifend als methodenrein arbeiten.

Die Herausforderung bei dieser Arbeit besteht darin, sich nicht in den Systemen und Ebenen zu verlieren und „[...] die Fäden in der Hand zu halten, ohne sie ständig zu verknoten“ (Katz-Bernstein, 2004, S. 388). Bei aller Mehrperspektivität ist der Fokus auf der Beziehung mit dem Kind zu halten; es geht mehr um das Vereinfachen dieser Komplexität und um das Auf-den-Punkt-bringen als um den zum Scheitern verurteilten Versuch, alles abdecken zu wollen.

Die inhaltliche Arbeit mit Kindern erscheint mir mehr gestalttherapeutisch im Perl'schen Sinne als die Therapie von Erwachsenen. Kinder leben von sich aus mehr im Hier und Jetzt und mögen es nicht so gerne, „über etwas zu sprechen“, wohingegen in der Erwachsenentherapie eher die Gefahr besteht, auf die Ebene des Rationalisierens, Im-Kopf-bleibens, Vor- und Nachdenkens (von Perls „Mind-fucking“ genannt, 2002, S. 62) abzugleiten.

Der Entwicklungsstand von Kindern, z.B. die Handlungsorientierung, Orientierung im Hier und Jetzt, die Freude am Experimentieren und Spielen, kommt einem gestalttherapeutischen Arbeiten „mit den drei „E“s der Gestalttherapie: experienciell,

existentiell, experimentell“ (Amendt-Lyon, Bolen, Höll, 2004, S.124) entgegen. „Beschreibung herrscht über Erklärung vor, Erfahrung und Experiment über Interpretation“ (L. Perls, 1989, S.63).

Meiner Erfahrung nach, experimentieren Kinder im Spiel, sind erfahrungsorientiert – sie lehnen es ab, Fragen zu beantworten, und beginnen von sich aus zu Spielen, wenn die sprachliche Ebene über Hand nimmt. Sie sind von sich aus erlebnis- und handlungsorientiert und setzen gerne bei dem, was sie tun, ihren ganzen Körper ein. Die meisten Kinder lieben Rollenspiele und begeben sich gerne in die Identifikation mit verschiedenen Rollen – Hexe, Prinzessin, Polizist. Langatmige Erklärungen von Zusammenhängen langweilen sie, sie zeigen eher Interesse am Beschreiben dessen, was ist.

Ich erlebe Kinder weniger in Kategorien denkend und deshalb weniger bewertend als Erwachsene, was ein mehr unbeschwertes, spontaneres und „echteres“ Miteinander zulässt. Kinder passen sich noch weniger an sozial Erwünschtes an und drücken sich vor allem in ihren Handlungen zumeist spontaner und „ehrlicher“ aus. „Anders als Erwachsene haben Kinder noch nicht so viele Schichten unerledigter Probleme angesammelt und jahrelang „alte Bänder“ angehäuft“ (Oaklander, 1981, S. 250).

Dazu fällt mir folgender Satz, den ich einmal gehört (oder gerade erfunden) habe ein: „Schau in die Augen der Kinder, sie sind die Fenster zu Gott!“

Schwierig ist es für mich, wenn ich in der Arbeit mit Kindern an unüberwindbare Grenzen stoße, welche durch das familiäre System oder dessen mangelnde Veränderungsbereitschaft bzw. –potential begründet sind. Ich erlebe, wie Kinder in Mustern erzogen werden oder Funktionen übernehmen, die ihrer Entwicklung nicht förderlich sind, und wie Eltern dies trotz therapeutischer Interventionen nicht wahrnehmen können oder wollen. Wenn diese Abweichungen nicht eine Kindesgefährdung darstellen, bei welcher ich angehalten bin, das Jugendamt zu informieren, ist es harte Arbeit, diese Grenzen zu akzeptieren.

Umso wichtiger ist eine ressourcenorientierte Perspektive und die Haltung, die Verantwortung bei den Bezugspersonen zu belassen und diejenige zu sein, die Hilfe anbietet, aber nicht aufzwingt.

Ein bisschen Humor und Lebensfreude kann auch nicht schaden!

Ich möchte mit einigen Ratschlägen von Vogt-Hillermann, Eberling und Burr (2002, S. 248 f.), Vertretern der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie, abschließen. Auf folgende Art und Weise kann man es sich als Therapeut und seinen KlientInnen lange Zeit sehr schwer machen:

- Analysiere das Problem gründlich und lasse nichts unberücksichtigt.
- Erstelle eine vollständige Liste, was Deinem Klienten fehlt.
- Gehe sparsam mit Lob und Komplimenten um.
- Vermeide dialogische Diskurse und sage immer, wo es lang geht.
- Sei streng mit Klienten, die Deine Ratschläge und Aufgaben nicht befolgen.
- Vergiss nie, dass Du ausgebildeter Experte für alle Lebensfragen bist.

In diesem Sinne – viel Spaß!!!

Literaturverzeichnis

Aichinger, A. (2002): Gewaltprävention mit Schulklassen. In: Aichinger, A., Holl, W.: Kinderpsychodrama in der Familien- und Einzeltherapie im Kindergarten und in der Schule, S. 193 - 232, Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz.

Amendt-Lyon, N., Bolen I., Höll, K. (2004): Konzepte der Gestalttherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hg.): Gestalttherapie, S. 101 – 124, Facultas Verlag, Wien.

Anger, H., Schulthess, P. (Hg.) (2008): Gestalt-Traumatherapie, EHP Verlag, Bergisch Gladbach.

Arbeitskreis OPD-KJ (Hg.) (2007): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Manual. Huber Verlag, Bern, 2., überarb. Auflage.

Armbruster M. (2006): Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.

Baulig, I., Baulig, V. (2002): Praxis der Kindergestalttherapie, EHP Verlag, Bergisch Gladbach.

Bongers, D., Schulthess, P., Strümpfel, U., Leuenberger, A. (2005): Gestalttherapie & Integrative Therapie. Eine Einführung. EHP Verlag, Bergisch Gladbach.

Brem-Gräser, L. (2006): Familie in Tieren. Reinhardt Verlag, München, 9., veränd. Auflage.

Burr, W. (2005): Wozu brauchen wir eine systemische Kindertherapie? In: Rotthaus, W. (Hg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, S. 78 – 90, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 3. Auflage.

Carroll, F. (2001): Entwicklungspsychologie der Kindheit in der Gestalttherapie. In: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gemmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie, S. 563 – 574, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. Auflage.

Derichs G., Höger, Ch. (2005): Informierte Zustimmung: Eine ethische Herausforderung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In: Rotthaus, W. (Hg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, S. 20 – 40, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 3. Auflage.

Dilling, H., Mombour W., Schmidt M.H. (Hg.) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Verlag Hans Huber, Bern, 5. durchg. und ergänzte Auflage.

Franck, J.(2001): Gestalt-Gruppentherapie mit Kindern. Arbor-Verlag, Freiamt.

Freund, U., Riedel-Breidenstein (2006): Sexuelle Übergriffe unter Kindern. Handbuch zur Prävention und Intervention. Verlag mebes & noack, Köln.

Fuhr, R., Sreckovic, M., Gemmler-Fuhr, M. (Hg.) (2001): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2., unveränderte Auflage.

Furman, B. (2007): Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2. Auflage.

Gemmler-Fuhr, M. (2001): Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gemmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie, S. 563 – 574, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. Auflage.

Gemmler-Fuhr, M. (2001a): Grundkonzepte und Modelle in der Gestalttherapie. In: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gemmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie, S. 345 – 392, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. Auflage.

Gerber, G. (1990): Gruppen-KB mit Kindern und Jugendlichen. In: Leuner, Klessmann, Horn (Hg.): Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen, S. 160 – 176, Ernst Reinhard Verlag, München, Basel.

Görlitz, G. (2003): Körper und Gefühl in der Psychotherapie. Basisübungen. Leben Lernen 120, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.

Görlitz, G. (2004): Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Erlebnisorientierte Übungen und Materialien. Leben Lernen 174, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.

Görlitz, G. (2007): Psychotherapie für Kinder und Familien. Übungen und Materialien für die Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen. Leben Lernen 179, Klett-Cotta, Stuttgart, 2. Auflage.

Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger E. (Hg.) (2004): Gestalttherapie, Facultas, Wien.

Hochgerner, M., Schwarzmann, M. (2004): Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger E. (Hg.): Gestalttherapie, S. 307 – 330, Facultas, Wien.

Holl, W. (2002a): Figurenarbeit als Intervention in der Familientherapie. In: Aichinger, A., Holl, W.: Kinderpsychodrama in der Familien- und Einzeltherapie im Kindergarten und in der Schule, S. 13 – 51, Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz.

Holl, W. (2002b): Einzeltherapie mit Kindern. In: Aichinger, A., Holl, W.: Kinderpsychodrama in der Familien- und Einzeltherapie im Kindergarten und in der Schule, S. 89 – 132, Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz.

Homepage der Fachsektion Integrative Gestalttherapie im ÖAGG http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie_methode.html, abgerufen am 18.4.2009

Huber, M. (2007): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Junfermann Verlag, Paderborn, 3. Auflage.

Hutterer-Krisch, R., Amendt-Lyon, N. (2004): Gestaltdiagnostik – Gestalttradition und grundlegende diagnostische Modelle und Konzepte. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger E. (Hg.): Gestalttherapie, S. 153 – 175, Facultas, Wien.

Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie, Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd. 2, S. 111 – 142, Junfermann Verlag, Paderborn.

Katz-Bernstein, N. (2008): Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwischen Dyade und sozialer Triangulierung – vier Beziehungsangebote. In: Hermer, M., Röhrle, B. (Hg.): Handbuch der therapeutischen Beziehung (Bd. 2), S. 1551 – 1528, dgvt-Verlag, Tübingen.

Katz-Bernstein, N., Zaepfel, H. (2004): Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann- Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hg.): Gestalttherapie, S. 369 – 390, Facultas, Wien.

Knölcker, U., Mattejat, F., Schulte-Markwort, M. (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. UNI-MED Verlag AG, Bremen, 3. Auflage.

Köhler, L. (1999): Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. In: Suess, G.J., Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung, S. 107 – 136, Psychosozial Verlag, Gießen.

Krucker, W. (2000): Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.

Lenz, A. (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Hogrefe, Göttingen.

Ludewig, K., Wilken, U. (2000): Das Familienbrett. Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen. Hogrefe Verlag, Göttingen, 1. Auflage.

Metzmacher, B., Zaepfel, H. (2006): Integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. In: Resch, F., Schulte-Markwort, M. (Hg.): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Psyche und Soma, S. 74 – 82, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

Miller, A. (2008): Am Anfang war Erziehung, Suhrkamp, Frankfurt, Neuauflage.

Mrochen, S. (2005): Die Arbeit mit dem Kind im Kreise seiner Familie. Überlegungen zu einer hypno-systemisch begründeten Kindertherapie. In: Rotthaus, W. (Hg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, S. 91 – 105, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 3. Auflage.

Müller, B. (2001): Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gemmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie, S. 647 – 671, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. Auflage.

Oaklander, V. (1996): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, Klett-Cotta, Stuttgart, 10. Auflage.

Oerter, R., Montada, L. (Hg.) (1987): Entwicklungspsychologie. Beltz PVU, Weinheim, 2. Auflage.

Oerter, R., Montada, L. (Hg.) (2008): Entwicklungspsychologie. Beltz PVU, Weinheim, 6. Auflage.

Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage.

Perls, F. (2002): Gestalt-Therapie in Aktion. Klett-Cotta, Stuttgart, 9. Auflage.

Perls, L. (1999): Leben an der Grenze. Edition Humanistische Psychologie, Köln, 2. Auflage.

Petzold, H. (1993): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 3. Junfermann Verlag, Paderborn.

Petzold, H. (1996): Integrative Eltern- und Familientherapie bzw. -beratung (IFT) – einige Konzepte. In: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd. 2, S. 189 – 198, Junfermann Verlag, Paderborn.

Polster, E., Polster M. (2003): Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. Peter Hammer Verlag, Köln, 2. Auflage.

Rahm, D. (2004a): Gestalt-Beratung. Grundlagen und Praxis integrativer Gestaltarbeit. Junfermann Verlag, Paderborn, 9. Auflage.

Rahm, D. (2004b): Integrative Gruppentherapie mit Kindern. Junfermann Verlag, Paderborn.

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1999): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Junfermann Verlag, Paderborn, 4. Auflage.

Resch, F. et al (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 2., überarb. und erw. Auflage.

Schneewind, K. A. (2008): Sozialisation und Erziehung im Kontext der Familie. In: Oerter, R., Montada, L. (Hg.). Entwicklungspsychologie, S. 117 – 144, Beltz PVU, Weinheim, 6. Auflage.

Scheuerer-Englisch, H. (1999): Bindungsdynamik im Familiensystem und familientherapeutische Praxis. In: Suess, G.J., Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung, S. 142 – 164, Psychosozial Verlag, Gießen.

Schneider, S., Margraf, J. (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Schön, Th. (2008): Über den Umgang mit dem Entsetzen. Aspekte gestalttherapeutischer Traumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen. In: Anger, H., Schulthess, P. (Hg.): Gestalt-Traumatherapie, S. 199 – 221, EHP Verlag, Bergisch Gladbach.

Seitz, W., Rausche, A. (1992): Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9 – 14. Hogrefe, Göttingen, 3. Auflage.

Staemmler, F.-M. (1995): Der „leere Stuhl“. Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie. Verlag J. Pfeiffer, München.

Turner, F., Tewes, U. (2000): Kinder-Angst-Test II. Hogrefe-Verlag, Göttingen.

Tsirigotis, C., von Schlippe, A., Schweitzer-Rothers (Hrsg.) (2006): Coaching für Eltern. Mütter, Väter und ihr „Job“. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.

Vogt-Hillermann, M., Eberling, W. Burr, W. (2002): Kinderleichte Lösungen. In: Vogt-Hillermann, M, Burr W. (Hg.): Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte kreative Kindertherapie. S. 229 – 253, Borgmann, Dortmund, 4. Auflage.

Von Staabs, G. (1992): Scenotest. Verlag Hans Huber, Bern, 8. Auflage.

Weinberg, D. (2006): Traumatherapie mit Kindern, Klett-Cotta, Stuttgart, 2. Auflage.

Zinker, J. (2005): Gestalttherapie als kreativer Prozess, Junfermann Verlag, Paderborn, 7. Auflage.