

„Ich schaffe es.....“

**Integrative Gestalttherapie mit Kindern unter
Einbeziehung der Resilienzfaktoren**



Graduierungsarbeit

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Fachsektion für Integrative Gestalttherapie

Sabine Mair-Fellner

Seewalchen, März 2013

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Entwicklung von Resilienz bei Kindern	6
1. Begrifflichkeiten	7
1.1. Resilienz	7
1.2. Krankheit	7
1.3. Krise	8
1.4. Salutogenese	8
1.5. Kohärenz	9
1.6. Erlernte Hilflosigkeit	10
1.7. Entwicklung des Selbst	10
2. Resilienzforschung	11
2.1. Risikofaktorenkonzept	12
2.1.1. Kindbezogene Faktoren	12
2.1.2. Umweltfaktoren	13
2.2. Schutzfaktorenkonzept	14
2.2.1 Soziale Ressourcen	14
2.2.2. Personale Ressourcen	15
2.3. Resilienzfaktoren	15
2.3.1. Selbstwahrnehmung	16
2.3.2. Selbststeuerung	17
2.3.3. Selbstwirksamkeit	17
2.3.4. Soziale Kompetenzen	18
2.3.5. Umgang mit Stress	18
2.3.6. Problemlösen	18
3. Therapeutische Beziehung	19
3.1. Kontaktformen	19
3.2. Kontaktverhalten	21
3.3. Dialogische Beziehung	22

4. Integrative Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen	23
4.1. Dimensionen der Kinder- und Jugendtherapie	23
4.1.1. Abhängigkeits-Asymmetrie Dimension	24
4.1.2. Entwicklungsdimension	24
4.1.3. Systemische Asymmetrie Dimension	24
4.1.4. Präventionsdimension	24
4.2. Merkmale	25
4.2.1. Scaffolding	25
4.2.2. Support	25
4.3. Beziehung	26
4.4. Ziele	26
4.5. Diagnostik	27
4.6. Fallbeispiel	28
4.6.1. Anamnese	28
4.6.2. Dividieren	28
4.6.3. Therapieverlauf	30
4.6.4. Reflexion	32
5. Elternberatung	33
5.1. Schlüsselprozesse familialer Resilienz	33
5.1.1. Überzeugungen	34
5.1.2. Strukturelle und organisatorische Muster	34
5.1.3. Kommunikative Prozesse	35
6. Schule	36
6.1. Lernen aus gestalttherapeutischer Sicht	36
6.2. Beziehungsanforderungen an Lehrer und Lehrerinnen	37
6.3. Lehrerausbildung	39
6.4. Soziale und gesellschaftliche Bedeutung von Schule	39
Abschließende Gedanken	40
Literaturverzeichnis	42

Titelbild:

**„Jetzt schaff ich auch die schweren Rechnungen,
die ganz oben auf dem Baum hängen.“**

Mädchen, 10 Jahre

Einleitung

Als Mutter von drei Töchtern (9,7 und 3 Jahre) bin ich immer von Kindern umgeben. Mein Grundberuf und lange Zeit auch mein Brotberuf war Volksschullehrerin, später durfte ich in der ambulanten Familienbetreuung, im Kinderschutzzentrum und einer Familienberatungsstelle tätig sein. Auch in diesen Tätigkeitsbereichen waren Kinder immer Mittelpunkt meines Aufgabenbereichs.

Während meiner Arbeitszeit im Kinderschutzzentrum saß ich täglich zwei Stunden im Auto, dabei hörte ich zufällig einen Bericht auf Ö1 zum Thema Resilienz. Ich war fasziniert von dieser Sendereihe, sie verdeutlichte die Notwendigkeit, Kinder schon früh mit ihrer eigenen Selbstwahrnehmung vertraut zu machen. Es wurde mir wieder bewusst, wie sehr uns unsere eigenen Überzeugungen und Ansichten im Alltag begleiten und unseren Weg bestimmen. Die positive und ressourcenorientierte Betrachtungsweise der Resilienzforschung hat mich daraufhin in meiner Arbeit als Psychotherapeutin im Kinderschutzzentrum beeinflusst und passt für mich sehr gut zu den gestalttherapeutischen Konzepten.

Resilienz, ein immer wiederkehrendes Schlagwort, welches mich anspricht. Warum? Dies wird mir bei der Literaturrecherche zu dieser Arbeit klar. Resilienz bedeutet eine andere Sichtweise – weg vom Defizitären unserer Gesellschaft:

„Was fehlt uns, wo sind unsere Schwachstellen, wo sind wir nicht perfekt?

Was müssen wir den Kindern noch lernen.....?“

hin zu einer positiven, ressourcenorientierten Sichtweise:

„Was können wir schon, wo sind unsere Fähigkeiten?

Was ist im Leben schon gut gelungen....?“

Antonovsky beschreibt die Widrigkeiten des Lebens mit folgendem Beispiel: Der Strom des Lebens ist wie ein Fluss, keiner kann sicher am Ufer entlang gehen, es gibt Strömschnellen, Verschmutzungen, Weggabelungen und gefährliche Strudel. Daraus ergibt sich die Frage: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky 1997, S. 92)

In meiner Graduierungsarbeit möchte ich näher auf diese Frage eingehen.

Zuerst führe ich Aspekte der Gesundheits- und Krankheitslehre an, um anschließend auf die, in der neueren Literatur immer wieder angesprochen, Resilienzfaktoren einzugehen. Diese Resilienzfaktoren, oder auch Lebenskompetenzen genannt, stimmen mit den wesentlichen Zielen der Integrativen Gestalttherapie für Kinder und Jugendliche überein. Hier möchte ich Einblick in die Ziele und Merkmale der therapeutischen Arbeit mit dieser Klientel vertiefen und mich dabei hauptsächlich auf die Beziehungsebene beschränken. Mit einem Fallbeispiel aus meinem Handlungsfeld beabsichtige ich, die Bedeutung der Resilienzfaktoren für die Gestaltarbeit mit Kindern hervorzuheben.

Um dem systemischen Kontext der Kinder- und Jugendtherapie zu entsprechen, sind mir abschließend die Ausführungen über Elternberatung und Schule wichtig.

Resilienz ist ein sehr weitreichendes Thema und in Verbindung damit wäre es möglich, sich in die verschiedensten Bereiche dieser Arbeit noch mehr zu vertiefen. Dem Selbst als Teil der Persönlichkeitstheorien, dem Kontaktmodell, den kindlichen Entwicklungsaufgaben und vielem mehr könnten eigene Ausführungen gewidmet werden. Diese Graduierungsarbeit beleuchtet für mich einen Umriss an Gedanken und Möglichkeiten, sich mit dem Thema der Resilienz zu beschäftigen.

Entwicklung von Resilienz bei Kindern

Um die Entwicklung von Kindern positiv unterstützen, beeinflussen und lenken zu können, sowie resilientes Verhalten von Kindern und Erwachsenen zu stärken, zu unterstützen bzw. aufzubauen, ist eine genaue Wahrnehmung des Menschen von Bedeutung. Aus welchem Blickwinkel betrachte ich mein Gegenüber? Was spricht mich an, welche Wahrnehmungen treten für mich in den Vordergrund, welche nehme ich im Hintergrund wahr?

Von der Patho- zur Salutogenese, von der Defizit- zur Ressourcenorientierung, von den Risiko- zu den Schutzfunktionen. Ausgehend von einer pathogenen Grundhaltung suchen wir nach der Krankheit, nach dem Defizit. Es wird analysiert, was vom normalen Weg abweicht und wieder geheilt bzw. hergestellt werden muss. Der Therapeut steht hier auf der gesunden Seite und wirkt mit gezielten Maßnahmen und Medikamenten auf die Krankheit ein. Bei der Salutogenese wird der Blickwinkel auf die funktionierenden, gesunden Anteile gelenkt. Welche Ressourcen können aktiviert werden? Der Therapeut wirkt hier direkt unterstützend, verstärkend mit. (Katz-Bernstein 2012, 2. Teil)

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“ (Welter-Enderlin, 2012, S 13)

Resilienz bedeutet auch, den Herausforderungen des Lebens positiv zu begegnen, sie ist nicht vererbbar sondern entwickelt sich in einem Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt. Wir können daher davon ausgehen, dass Kinder in einer förderlichen Umwelt diese seelische Widerstandskraft erlernen bzw. entwickeln können. Für mich als Psychotherapeutin, Pädagogin und Mutter stellt sich dadurch die Frage: wie soll / muss das therapeutische, schulische und familiäre Umfeld gestaltet werden, um resiliente Verhaltensstrategien zu unterstützen?

1. Begrifflichkeiten

1.1 Resilienz

„Der Begriff der Resilienz (‘resilire’ bedeutet ‘zurückspringen’ oder ‘abprallen’) stammt ursprünglich aus der Physik und bedeutet dort so viel wie ‘in seinen ursprünglichen Zustand zurückkehren’, wobei damit die Eigenschaften von Materialien beschrieben werden, elastisch und flexibel auf äußere Einwirkungen zu reagieren und dabei dennoch ihre Form zu bewahren.“ (<http://lexikon.stangl.eu>) Nach einem Ereignis wieder in den ursprünglichen Zustand zurückkehren, nicht daran zu zerbrechen sondern beständig zu bleiben bedeutet resilient zu sein; widerstandsfähig gegenüber Herausforderungen, wie Krankheit und Krisen des Lebens. Denn Rückschläge, Tragödien und Enttäuschungen sind Teil unseres Lebens.

1.1. Krankheit

Was als gesund bzw. krank gesehen wird, ist gesellschaftlichen Einflüssen unterworfen und wird als soziale Norm deklariert. Das subjektive Krankheitsempfinden wird durch diese von außen festgelegte Norm beeinflusst. So fühlt sich mancher „Dicke“ in der heutigen Zeit krank, während vor einigen Jahrhunderten dies als erstrebenswertes Erscheinungsbild galt.

Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach haben in ihrer Einführung in die Integrative Therapie folgende Thesen zur Krankheitsentstehung aufgestellt:

- Die Entstehung einer Krankheit ist nie eindimensional-ursächlich zu sehen, sondern im Kontext von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren.
- Ebenso wird auf die Möglichkeit der genetischen Disposition hingewiesen.
- Erst eine Kumulation von negativen Ereignissen und Belastungen führt zur Erkrankung.
- Eine langfristige Kompensationsmöglichkeit ist nicht gegeben, Lebenserfahrungen führen zu einer negativen Zukunftsperspektive.
- Schwere chronische Schädigungen, welche zu seelischen und psychosomatischen Störungen führen, können in jedem Lebensalter auftreten.

Petzold geht davon aus, dass jeder Mensch unter Einbeziehung seiner persönlichen Struktur und seiner Lebensgeschichte, seine individuelle Krankheit entwickelt. (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1993, S. 272)

1.3. Krise

So individuell der Begriff Krankheit verstanden wird, so individuell ist auch der Begriff Krise zu verstehen. Wir unterscheiden zwischen normativen und nichtnormativen Krisen. Lebenszyklisch erwartbare Übergänge, wie die Geburt eines Kindes, Schuleintritt, Pubertätskrise, werden als normative Krisen bezeichnet. Plötzliche unerwartbare Ereignisse, wie Vergewaltigung, Unfall, Arbeitslosigkeit, treffen uns unvorbereitet und werden nichtnormative Krisen genannt. Wie in Familien mit normativen Krisen umgegangen wird, welche Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten über Generationen hinweg weitergegeben werden, spielt eine Rolle, welche Bewältigungsmöglichkeiten für nichtnormative Krisen zur Verfügung stehen. (Hildenbrand 2012, S. 24)

Die Frage nach dem WARUM? Warum ist dies gerade mir passiert?

Die Antworten auf diese Frage hängen vom individuellen Weltbild ab. Auf welche Art und Weise sehen wir die Welt, wie interpretieren wir Ereignisse und wie sehen wir uns selbst? Oft wird die Erklärung für das Geschehen verkürzt und verhindert so die produktive Bewältigung der Krise. Aaron Beck, der Begründer der Kognitiven Verhaltenstherapie, nennt dies die „kognitive Triade der Depression“. Nichtresiliente Menschen personalisieren, generalisieren und katastrophisieren; somit glauben sie selbst das Problem verursacht zu haben, es andauern wird, sich nicht verändern lässt und auch auf andere Lebensbereiche übergreift. Sie werten die Krise, in die sie geraten sind, als persönliches Versagen, welches an ihren mangelnden Fähigkeiten liegt. Sie sind der Auffassung, auch in Zukunft vom Pech verfolgt zu werden.

1.4. Salutogenese

Wesentlich für die Resilienzforschung wird immer wieder der Begriff der „Salutogenese“ genannt, welche auf Aaron Antonovsky zurück zu führen ist. Sie verwehrt sich gegen eine Trennung der Gesellschaft in gesund und krank, stattdessen stellt sie ein

multidimensionales Gesundheits-Krankheitsbild in den Vordergrund. Die salutogenetische Orientierung rückt den gesamten Menschen mit seiner Geschichte in den Mittelpunkt und konzentriert sich nicht ausschließlich auf eine bestimmte Krankheit. Stressoren werden als allgegenwärtig angenommen, die durch sie ausgelösten Reaktionen werden nicht sofort als pathologisch eingestuft, sondern als gesunde Konsequenzen des menschlichen Lebens aufgrund der erlebten Belastung.

Die Frage nach den auslösenden Faktoren einer Krankheit wird verdrängt, durch die Frage: „Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?“ (Antonovsky 1997, S. 30)

1.5. Kohärenz

In Verbindung mit dem Modell der Salutogenese wird auch der von Antonovsky geprägte Begriff des Kohärenzgefühls (sense of coherence – SOC) gebracht. Das Kohärenzgefühl gilt als „eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann.“ (Antonovsky 1997, S. 16)

Das Kohärenzgefühl stellt eine wichtige Ressource zur Bewältigung von Anforderungen und Belastungen und somit zur Erhaltung der Gesundheit dar. Drei zentrale Komponenten des Kohärenzgefühls sind:

- Verstehbarkeit (comprehensibility): Ereignisse werden als geordnet und kontrollierbar wahrgenommen.
- Handhabbarkeit (manageability): Es besteht optimistisches Vertrauen darauf, Lebensaufgaben mit Hilfe von geeigneten Ressourcen bewältigen zu können.
- Bedeutsamkeit (meaningfulness): Das Individuum ist überzeugt davon, dass das Leben einen Sinn hat. Es sieht gewisse Anforderungen im Leben als Herausforderungen im positiven Sinn und investiert Engagement in diese Aufgaben. (Antonovsky 1997, S. 34)

Das Kohärenzgefühl basiert größtenteils auf Lebenserfahrungen. Je ausgeprägter es ist, desto stärker ist die Fähigkeit eines Menschen, situationsadäquat und flexibel reagieren zu können und im Hinblick auf die Gestaltung und Erhaltung seiner Gesundheit auf geeignete Ressourcen zurückzugreifen.

1.6. Erlernte Hilflosigkeit

Im Gegensatz zum Kohärenzgefühl steht der von dem Psychologen Martin Seligman geprägte Begriff der „erlernten Hilflosigkeit“. Macht ein Kind wiederholt die Erfahrung, durch seine Handlungen nichts bewirken oder verändern zu können, entsteht ein Gefühl der Hilflosigkeit.

„Laut Seligman kommt Hilflosigkeit in folgenden drei Symptomen zum Ausdruck:

- Kognitiv: Das Kind nimmt tatsächlich kontrollierbare Ereignisse zunehmend als nicht-kontrollierbar wahr.
- Motivational: Es kommt zu einer Verminderung der Bereitschaft, Einfluss nehmen zu wollen; das Kind unternimmt gar nicht mehr den Versuch, seine Fähigkeiten zu erproben.
- Emotional: Es entstehen Gefühle von Resignation, Hilflosigkeit bzw. Hoffnungslosigkeit; das Kind ist generell davon überzeugt, dass Situationen und Ereignisse außerhalb eigener Kontrollmöglichkeiten liegen.“

(Wustmann 2011, S. 70)

Der Grundstein für diese Handlungskompetenzen wird somit schon recht früh gelegt und manifestiert sich im Laufe der Zeit durch die Erfahrung. Die Resilienzforschung betont somit die Notwendigkeit der primären Prävention „So früh als möglich.“ (Wustmann 2011, S. 70) Da ich jedoch an die ständige Weiterentwicklungsmöglichkeit des Menschen glaube, möchte ich den Satz „Es ist nie zu spät.“ hinzufügen.

1.7. Entwicklung des Selbst

Bevor ich näher auf die Resilienzfaktoren eingehe, möchte ich die gestalttherapeutische Sicht des Selbst anführen: eine „...gestalttherapeutische Grundannahme, dass das, was ‚Selbst‘ genannt wird, nichts anderes als eine immer wieder neu erschaffene, sich selbst regulierende Einheit von Kontaktprozessen sei.“ (Gremmler-Fuhr 2001, S. 385) Auch in der Resilienzforschung wird die Entstehung des „Selbst“ durch die konkreten Lebenserfahrungen beschrieben. „Es weist zwar einerseits eine stabile seelische Grundstruktur auf, bleibt aber andererseits dynamisch, da es durch neue Erfahrungen auch wieder veränderbar ist.“ (Fröhlich-Gildholff, Rönna-Bosse 2011, S. 43)

Neue Forschungen beschreiben das „Selbst“ auch als innere, handlungsleitende Instanz. Für mich steckt in der Beschreibung des „Selbst“ als etwas Flexibles und Wandelbares, die Chance der Veränderung.

Perls beschreibt das Selbst als „System der Gegenwartskontakte und das Agens des Wachstums“ (Pearls 2000, S. 166) und unterteilt es in drei Funktionen: das „Es“, das „Ich“ und die „Persönlichkeit“. Das „Es“ tritt am Beginn des Kontaktprozesses in den Vordergrund, die Kontaktgrenzen sind hier noch unbestimmt. Es signalisiert dem Organismus ein Bedürfnis und Interesse, es verhält sich noch passiv. Das „Ich“ ist bereits aktiv und selbst bewusst, es macht deutlich, was es will und was nicht, dadurch grenzt es in dieser Kontaktphase ab. Die „Persönlichkeit“ wird als Grundlage unseres Selbst verstanden, welche Einstellungen wir haben, eine Annahme darüber, wie wir sind.“ (Gremmler-Fuhr 2001, S. 387f)

Petzold siedelt die Entstehung von Daseinsgewissheit, Selbstgewissheit, Selbstempathie und Selbstwertgefühl bereits in einer frühen Entwicklungsphase bis zum 18. Monat an. In der „Welt der Identitätserfahrung“ (18 Monate bis 4 Jahre) wird sie um die Dimension der Selbsterkenntnis im Sinn einer Selbstverständlichkeit erweitert. (Petzold 2003, S. 526f) Diese entwicklungspsychologische Einordnung zeigt, wie früh der Grundstein für ein positives, umfassendes Selbst gelegt wird, die dynamische, stetigem Wachstum und Veränderung unterliegende Seite des Selbst bestärkt jedoch, dass es möglich ist, Kinder in ihrer Selbstentwicklung im therapeutischen als auch im pädagogischen Rahmen zu fördern. Der Hirnforscher Gerald Hüther ist der Meinung, dass Gene durch den Lebensstil formbar sind. Werden Erfahrungen zugelassen, baut sich das menschliche Gehirn um. (Hüther 2008, S. 45f)

2. Resilienzforschung

Die im Anschluss angeführten Darstellungen des Risikofaktorenkonzepts und des Schutzfaktorenkonzepts sind eng mit der Resilienzforschung verbunden.

2.1. Risikofaktorenkonzept

Risikofaktoren begünstigen die Entstehung von Krankheiten, es werden Merkmale definiert, welche eine potentielle Gefährdung der gesunden Entwicklung des Kindes sind.

Corina Wustmann unterscheidet hier zwei Merkmalsgruppen:

- die **kindbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren**, die biologische und psychologische Merkmale des Kindes umfassen,
- und die Risikofaktoren oder Stressoren, die in der **psychosozialen Umwelt** eines Kindes entstehen. (Wustmann 2011, S. 36)

Sowohl in der Kindertherapie als auch in der Erwachsenentherapie ist in der Initialphase eine genaue Anamnese von Bedeutung, „um die nachfolgende Strukturierung und Bewertung einer erzählten Geschichte gut abstützen zu können.“ (Osten 2000, S. 25) Eine genaue Zusammenstellung der Risikofaktoren kindlicher Entwicklung ist hier unterstützend, daher möchte ich diese übersichtliche von Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse adaptierte Gliederung anführen:

2.1.1. Kindbezogene Faktoren

Primäre Vulnerabilitätsfaktoren:

- Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Ernährungsdefizite, Erkrankung des Säuglings)
- Neuropsychologische Defizite und psychophysiologische Faktoren (z.B. niedriges Aktivitätsniveau)
- Genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalien)
- Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, Krebs, schwere Herzfehler, hirnorganische Schädigungen)
- Schwierige Temperamentsmerkmale, frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit
- Geringe kognitive Fähigkeiten: niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung

Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren:

- Unsichere Bindungsorganisation
- Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung

2.1.2. Umweltfaktoren

Risikofaktoren/Stressoren:

- Niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut
- Aversives Wohnumfeld (Wohngegend mit hohem Kriminalitätsanteil)
- Chronische familiäre Disharmonie; elterliche Trennung und Scheidung
- Alkohol- und Drogenmissbrauch, Kriminalität der Eltern
- Psychische Störungen oder Erkrankung eines bzw. beider Elternteile
- Obdachlosigkeit, niedriges Bildungsniveau der Eltern
- Abwesenheit eines Elternteils, alleinerziehender Elternteil
- Erziehungsdefizite, ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern (z.B. inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, körperliche Strafen, zu geringes Beaufsichtigungsverhalten, Desinteresse, Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind, mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität)
- Sehr junge Elternschaft, unerwünschte Schwangerschaft
- Häufige Umzüge, Schulwechsel; soziale Isolation der Familie
- Migrationshintergrund in Verbindung mit niedrigem sozioökonomischen Status
- Verlust eines Geschwisterchens oder engen Freundes
- Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung, mehr als vier Geschwister
- Mobbing/Ablehnung durch Gleichaltrige
- Außerfamiliäre Unterbringung

(Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2011, S. 21)

Das Auftreten eines Risikofaktors stellt noch keine Entwicklungsgefährdung dar, die Kumulation von Belastungen stellt hingegen eine Vulnerabilität dar. Risikofaktoren wirken sich individuell auf die Entwicklung des Kindes aus, folgende Kriterien sind dabei zu beachten: Anzahl der Belastungen, Dauer der Belastung, Abfolge der Ereignisse, das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes, das Geschlecht des Kindes sowie die subjektive Bewertung der negativen Erfahrungen und schwierigen Situationen. (Wustmann 2011, S. 41)

Eine weitere Klassifizierung der Risikofaktoren ist die Trennung von strukturellen Faktoren und variablen Faktoren. Strukturelle Faktoren lassen sich nicht verändern, wie biologische und psychologische Merkmale des Kindes. Sie sind seit der Geburt oder durch Interaktionen mit der Umwelt festgelegt. Variable Faktoren (Stressoren) beziehen sich auf die psychosoziale Umwelt des Kindes und können durch Interventionen verändert werden. Diese sind für die Therapie, Beratung und auch in der Schule von Bedeutung, da sie positiv beeinflusst werden können. (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2011, S. 23)

2.2. Schutzfaktorenkonzept

Im Sinne einer ressourcenorientierten, der Salutogenese untergeordneten Betrachtungsweise möchte ich auch die Schutzfaktoren kindlicher Entwicklung im Detail benennen. „Schutzfaktoren werden ... als entwicklungsfördernde, protektive oder risikomildernde Faktoren bezeichnet.“ (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2011, S. 27)

2.2.1. Soziale Ressourcen

Schutzfaktoren werden in personale und soziale Ressourcen gegliedert. Die sozialen Ressourcen umfassen dabei die Familie im engeren Sinn, die Bildungsinstitutionen, welche mit der Betreuung des Kindes beauftragt sind und das weitere soziale, kindliche Umfeld:

Innerhalb der Familie:

- Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert
- Autoritativer/demokratischer Erziehungsstil
- Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie
- Enge Geschwisteranbindungen
- Altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt
- Hohes Bildungsniveau der Eltern, hoher sozioökonomischer Status
- Harmonische Paarbeziehung der Eltern
- Unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)

In den Bildungsinstitutionen:

- Klare, transparente u. konsistente Regeln und Strukturen
- Wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt u. Akzeptanz gegenüber dem Kind)
- Hoher, angemessener Leistungsstandard
- Positive Peerkontakte/positive Freundschaftsbeziehungen
- Förderung von Basiskompetenzen (Resilienzfaktoren)
- Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und anderen sozialen Institutionen

Im weiteren sozialen Umfeld

- Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Rollenmodelle dienen (z.B. ErzieherInnen, LehrerInnen, Nachbarn)
- Ressourcen auf kommunaler Ebene (Angebote der Familienbildung, Beratungsstellen, Frühförderstellen, Gemeindeförderung usw.)
- Gute Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft

(Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2011, S. 29)

2.2.2. Personale Ressourcen

Die individuellen Eigenschaften bzw. personalen Ressourcen werden in kindbezogene Faktoren und Resilienzfaktoren unterteilt:

Kindbezogene Faktoren: <ul style="list-style-type: none">• Positive Temperamentseigenschaften• Intellektuelle Fähigkeiten• Erstgeborenes Kind• Weibliches Geschlecht	Resilienzfaktoren: <ul style="list-style-type: none">• Selbstwahrnehmung• Selbstwirksamkeit• Selbststeuerung• Soziale Kompetenz• Umgang mit Stress• Problemlösefähigkeiten
--	--

(Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse 2011, S. 29)

2.3. Resilienzfaktoren

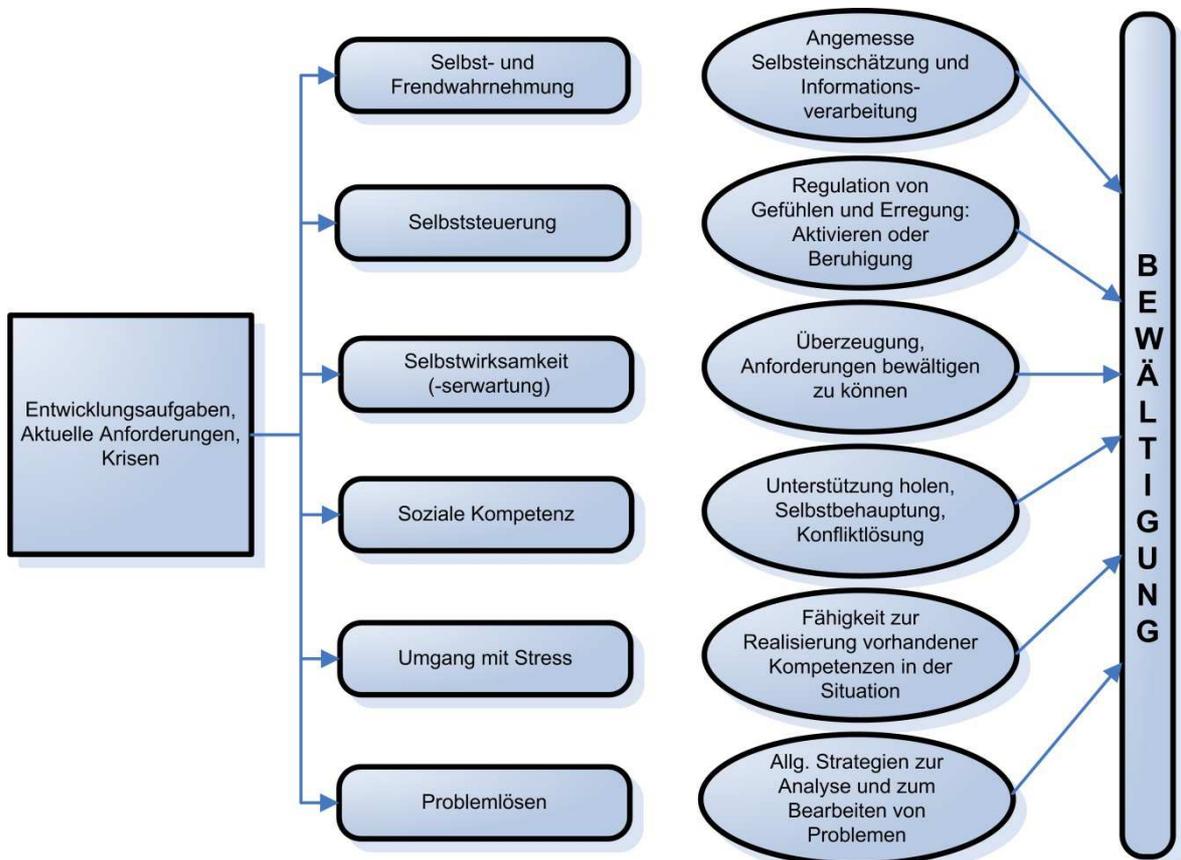
Resilienzfaktoren sind „Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit der Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt; diese Faktoren haben bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen eine besondere Rolle“ (Wustmann 2001, S. 46)

Lebenskompetenzen

Protektive Faktoren, welche die Widerstandskraft von Kindern stärken, fasst die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in zehn Lebenskompetenzen (life skills) zusammen: Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und kritisches Denken, die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, Problemlösefähigkeiten, effektive Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Beziehungsfertigkeiten, Gefühlsbewältigung, Stressbewältigung. (WHO 1994, übersetzt von Bühler/Heppekausen 2005)

Sie sollen Grundlage für Präventions- und Interventionsprogramme sein und korrespondieren auch mit den Zielen der Kinder- und Jugendtherapie.

In nachstehender Tabelle wurden diese Lebenskompetenzen zu sechs übergeordneten Faktoren zusammengefasst, ihre Entwicklung möchte ich näher betrachten.



(Fröhlich-Gildhoff, Rönau-Bosse 2011, S. 42)

2.3.1. Selbstwahrnehmung

Das Wahrnehmen der eigenen Gefühle und Gedanken und das Wahrnehmen des Gegenübers gilt als eine wichtige Grundlage, um soziale Beziehungen aufbauen zu können. Kindern ihre eigenen Gefühle zu spiegeln und sie in ihrer Selbstaufmerksamkeit zu schulen, ermöglicht ihnen einen differenzierten Wahrnehmungsraum. Die Kompetenz, eigene Gefühle zu erkennen und auszudrücken, erleichtert auch die Wahrnehmung von Stimmungen und Gefühlen bei anderen.

2.3.2. Selbststeuerung

„Resiliente Kinder können sich und ihre Gefühlszustände selbstständig regulieren bzw. kontrollieren; sie wissen, was ihnen hilft, um sich selber zu beruhigen und wo sie sich ggf. Hilfe holen können.....“ (Fröhlich-Gildholff, Rönna-Bosse 2011, S. 46) Innere Spannungszustände werden anfangs durch Bezugspersonen reguliert, erst am Ende der Kindergartenzeit entwickeln Kinder die Fähigkeit der Selbststeuerung. Hilfreich dabei sind ein positiv emotionales Klima in der Familie und ein offener Umgang mit Gefühlen. Um eine bessere Selbstkontrolle zu erreichen ist es förderlich, Kinder anzuleiten sich selbst zu beobachten, um Erregungszustände wahrzunehmen, diese zu benennen und in einem geschützten Rahmen neue Handlungs- bzw. Regulationsstrategien zu entwickeln. (Fröhlich-Gildholff, Rönna-Bosse 2011, S. 46)

2.3.3. Selbstwirksamkeit

„Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und verfügbaren Mittel und die Überzeugung, ein bestimmtes Ziel auch durch Überwindung von Hindernissen erreichen zu können, bedeutet selbstwirksam zu sein.“ (Fröhlich-Gildholff, Rönna-Bosse 2011, S. 47) Dieses Gefühl der Kontrolle und Steuerung gibt auch Sicherheit und Zuversicht im Alltag. Personen mit dem Glaubenssatz auch mit schwierigen Situationen fertig zu werden, können Herausforderungen tatsächlich unbeschadeter überstehen. „Emotionen bestimmen den Weltbezug des Menschen, sein Verhalten in Situationen und Interaktionen.“(Petzold 2003, S. 608)

„Therapie soll dem Klienten helfen, selbst das Steuer seiner Lebenssituation in die Hand zu nehmen...Dass er sich selbst wahrnimmt. Dass ihm bewusst wird, wie er mit sich umgeht und was in ihm und um ihn herum geschieht.“ (De Roeck 2002, S. 62)

Wer Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit besitzt, glaubt, seine Ziele mit eigener Kraft erreichen zu können und, dass Situationen durch eigenes Handeln beeinflussbar sind. Je größer die Motivation und Überzeugung, es zu schaffen, desto selbstwirksamer agieren wir. Albert Bandura unterscheidet zwischen externaler Selbstwirksamkeit: „Das schaffe ich schon“, der Überzeugung die Dinge in der äußeren Welt zu beeinflussen und internaler Selbstwirksamkeit: die innere Welt, wie Gefühle, kontrollieren zu können.

2.3.4. Soziale Kompetenzen

„Resiliente Kinder können auf andere Menschen zugehen und Kontakt aufnehmen; sie können sich in andere einfühlen und soziale Situationen einschätzen; sie können sich aber auch selbst behaupten und Konflikte adäquat lösen.“ (Fröhlich-Gildholff, Rönna-Bosse 2011, S. 51)

In dieser Definition wird deutlich, wie sehr sich Selbstwahrnehmung und auch die Selbstwirksamkeit auf die weiteren Kontakte auswirkt. Kinder mit geringem Selbstwert haben oft einen sehr eingeschränkten Handlungsspielraum in sozialen Situationen. Die Fähigkeit emphatisch auf den anderen zu reagieren, ist untrennbar mit der eigenen Selbstwahrnehmung verbunden. Eigene Wünsche und Bedürfnisse adäquat auszudrücken und dafür einzustehen, verlangt ein ausreichendes Potenzial der Selbstbehauptung, welche wiederum mit der Kommunikationsfähigkeit korreliert.

2.3.5. Umgang mit Stress

„Die Art der Bewertung ist abhängig von bisherigen Lebenserfahrungen, von Möglichkeiten der kognitiven Informationsverarbeitung, vom Verstehen von Situationen, Fähigkeiten zur Emotionsregulation bzw. Selbststeuerung.“ (Fröhlich-Gildholff, Rönna-Bosse 2011, S 52) Die Angst, welche mit Stress einhergeht, wird von resilienten Menschen nicht verdrängt, sie konfrontieren sich damit und nutzen sie als Hinweis über das Ausmaß der Bedrohung. Resiliente Kinder fällt es leichter, stresserzeugende Situationen einzuschätzen, sie wissen was sie brauchen und wie sie reagieren können.

2.3.6. Problemlösen

Resiliente Kinder durchschauen das Problem und können auf bekannte Handlungsstrategien zurückgreifen oder organisieren sich Hilfe. Die subjektive Bewertung einer Situation (wie ich die Welt sehe – wie ich diese Erfahrung bewerte) wirkt sich auf den weiteren Handlungsspielraum aus. Kinder entwickeln die Kompetenz der eigenen Möglichkeiten, zu Gestaltern ihres Lebens zu werden.

Auch Nitza Katz-Bernstein hat in ihrem Seminar immer wieder folgenden Satz betont. „ Du wirst es schaffen. Es gibt eine Lösung.“ Dieser Glaubenssatz fördert den Mut zur Selbstständigkeit: „Ich kann es schaffen wenn ich mich anstrenge.“ Herausforderungen gelten als Wachstumselixier für Resilienz, dennoch ist es wichtig, eine Balance zwischen Fördern und Fordern herzustellen. Nur an bewältigbaren Aufgaben können wir wachsen. Permanente Überforderung stellt ein Risiko dar, sie ist kontraproduktiv und kann krank machen.

3. Therapeutische Beziehung

Als Grundlage der Gestalttherapie sehe ich die therapeutische Beziehung zum Klienten. Das dialogische Prinzip ist Fundament dieser Begegnung. Der Klient wird im Hier und Jetzt ganzheitlich wahrgenommen, dieses Erleben ist Nährboden des weiteren therapeutischen Prozesses und der Entwicklung der therapeutischen Beziehung.

Menschen sind Gemeinschaftswesen, sie stehen in Kontakt, Beziehung und Bindung zu anderen Menschen. Besonders Kinder leben in Polyaden (Familien, Freunde, Schule etc.) Aufgrund der „...Einbettung des Menschen in ein immer komplexer werdendes soziales Beziehungsgefüge, sind die wichtigsten Erfahrungen, die ein Mensch im Lauf seines Lebens machen kann, psychosozialer Natur.“ (Hüther 2008, S. 45f) Kontakterfahrungen und Erlebnisse, die wir in frühester Kindheit machen, beeinflussen unseren weiteren Lebensweg, unsere Wahrnehmung des eigenen Selbst und die Kontaktaufnahme zu unserem Umfeld.

Unter Einbeziehung meiner vorangehenden Ausführung der Resilienztheorie möchte ich nun auf die Beziehung, den Kontakt innerhalb der therapeutischen Situation, eingehen, um so zu verdeutlichen, wie die therapeutische Beziehung und die therapeutischen Inhalte resilientes Verhalten fördern und verstärken können. Gremmler-Fuhr beschreibt die Begriffe Beziehung und Kontakt als zwischenmenschliche Phänomene, wobei sie Beziehung als Hintergrundphänomen benennt. Abgrenzend dazu werden die Begriffe Kontakt und Begegnung für das Vordergrundgeschehen gebraucht. (Gremmler-Fuhr 2001, S. 394)

3.1. Kontaktformen

Der Begriff „Kontakt“ bietet mehrere Dimensionen der Bedeutung an, alle beinhalten Aspekte der Integrativen Gestalttherapie: Eine gestalttherapeutische Definition von Kontakt bietet Gremmler-Fuhr: „Kontakt ist jede Art von lebendiger Wechselbeziehung im Organismus- Umweltfeld, bei der eine Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umweltfeld entsteht, über die ein Austausch stattfindet.“ (Gremmler-Fuhr 2001, S. 360)

Petzold differenziert das Konzept des Kontakts nach Art, Intensität und Dauer. Daraus entwickelten sich fünf Formen: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung. (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1999, S. 164) Die Integrative Therapie versteht den Begriff „Kontakt“, als „eine funktionale Verbindung, weniger intensiv als Begegnung, weniger anhaltend als Beziehung oder Bindung“. (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1999, S. 167)

Laura Perls spricht von Kontakt als „...Wahrnehmung und Verarbeitung des anderen, des Verschiedenen, des Neuen, des Fremden. Er ist kein Zustand, in dem man sich befindet oder nicht befindet...., sondern eine Tätigkeit. Ich mache Kontakt, ich nehme Kontakt auf an der Grenze zwischen mir und dem anderen.“ (Perls 1999, S. 109)

Kurzer, intensiver Kontakt wird als Begegnung bezeichnet, Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach beschreiben sie als: „des anderen innewerden“. (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1999, S. 169) Als dauerhafte Kontakte werden Beziehungen beschrieben, welche sich durch ihre Dichte und Tiefe unterscheiden. Um Beziehungen positiv leben zu können, setzen Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach folgende Fähigkeiten voraus:

1. Fähigkeit zur Abgrenzung und zur Berührung,
2. Fähigkeit zur Konfliktprägnanz und zur Kompromissbildung,
3. Fähigkeit zur wechselseitigen Einfühlung,
4. Fähigkeit, einen gemeinsamen Realitätsbezug herzustellen.

(Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1999, S. 170)

Sehr bildhaft und anschaulich ist der Vergleich des Kontaktmodells mit der Nahrungsaufnahme. „Etwas, das mit dem Organismus nicht identisch ist, wird 1. Als zuträglich wahrgenommen und erkannt, 2. in seiner Gestalt (aggressiv) zerstört, 3. angepasst, assimiliert (verdaut), 4. integriert, in Kreativität und Wachstum umgesetzt.“ (Doubrawa, Blankertz 2002, S. 58) Kontakt ist ein Lebensprozess, welcher auch Aggression voraussetzt. „Aggression ist nicht nur eine destruktive Energie, sondern die Kraft, die hinter all unseren Aktivitäten steckt, ohne die wir überhaupt nichts tun könnten.“ (Perls 1999, S. 16)

3.2. Kontaktverhalten

Die Entwicklung des Kontaktverhaltens erklärt Petzold folgendermaßen: „Aus der archaischen *Konfluenz* der frühen Mutter-Kind-Dyade bildet sich das *Kontaktvermögen*, die Fähigkeit, Differenzen wahrzunehmen, heraus. Es wächst zur *Begegnungsfähigkeit* durch die Tätigkeit des Ich, dass das Du wahrnimmt, am Du wächst und schließlich zur *Beziehungs- und Bindungsfähigkeit* findet.“ (Petzold 2003, S. 820)

Bei Laura Perls ist besonders die innere Selbststützung für einen bedeutungsvollen und schöpferischen Kontakt von Bedeutung. (Perls 1999, S. 110) „Jede Erfahrung, alles Gelernte, das voll assimiliert und integriert ist, wird zum organismischen Hintergrund, welcher der jeweiligen Gestaltbildung im Vordergrund Bedeutung und der Erregung des Grenzerlebnisses Stütze verleiht.“ (Perls 1999, S. 111) Menschen, welche therapeutische Unterstützung wollen, haben einen fehlenden Selfsupport, um den Kontakt als befriedigend zu erleben, welcher in ihrer aktuellen Lebenssituation nötig und wünschenswert ist.

In der Therapie erlebe ich immer wieder das langsame Wachstum der therapeutischen Beziehung und die damit einhergehende Intensität, welche wesentlich zur Stabilisierung des Klienten beiträgt. Die Möglichkeit, Kontakt bzw. Beziehung mit dem Therapeuten / der Therapeutin „auszuprobieren“, gibt die Sicherheit, auch außerhalb des therapeutischen Settings mehr in Kontakt bzw. Beziehung zu treten. So haben viele Klienten während der Therapie ihren Freundeskreis erweitert bzw. Freundschaftsbeziehungen vertieft und gemeinsam über Themen (Abtreibung, Fehlgeburt, Partnerschaftskonflikte) gesprochen, welche vorher tabu waren. „Beziehung ist Voraussetzung dafür, dass Beziehungsfähigkeit sich entwickeln kann.“ (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1999, S. 171)

Als Steigerung von Beziehung in Bezug auf Nähe und Dauer wird Bindung beschrieben. Neben der ersten, wichtigen Bindung, die Eltern-Kind-Beziehung, wird durch Forschungen z.B. Emmy E. Werner belegt, dass auch andere Beziehungen z.B. Lehrer-Schüler von Bedeutung sind. Ich werde in meiner Arbeit noch näher darauf eingehen. (Werner 2012, 28f)

3.3. Dialogische Beziehung

Die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten ist ausschlaggebend für das Gelingen der therapeutischen und der pädagogischen Bemühungen. (Gremmler-Fuhr 2001, S. 393) Die gegenwärtige „dialogische Grundhaltung“ (Schmidt-Lellek 2004, S. 53) der therapeutischen Beziehung in der Gestalttherapie spricht mich besonders an. Für Gremmler Fuhr hat der Dialog „eine zentrale Bedeutung, er nimmt aber eine Zwischenstellung zwischen dem vordergründigen Kontaktgeschehen und dem Hintergrundgeschehen der Beziehung ein.“ (Gremmler-Fuhr 2001, S. 394)

Lynne Jacob beschreibt die Position der Gestalttherapie folgendermaßen: „Die Beziehung ist ein wichtiger Heilfaktor, aber sie sollte in besonderer Weise als genuine, liebevolle Begegnung gestaltet sein, wie sie von Buber als ‚dialogische Beziehung‘ beschrieben wurde.“ (Gremmler-Fuhr 2001, S. 400) Hinzu kommt in der Gestaltkindertherapie auch die nonverbale Kontaktaufnahme, die Möglichkeit, den Dialog auch auf psychischen Ebenen aufzunehmen. „Das Ansprechen der verschiedenen Dimensionen im Klienten soll über dialogisches Handeln den inneren Dialog entfalten helfen. Dieser entfaltete innere Dialog stellt den Schlüssel zum entfalteten Selbst dar.“ (Baulig & Baulig 2010, S. 81) Insbesondere Kinder und meines Erachtens auch Erwachsene „...verwenden weniger die Sprache, um ihre Affekte auszudrücken, sondern greifen ...auf körperliche Ausdrucksweisen und Umgehensweisen mit Teilen der Umwelt zurück. Sie zeigen ihre Gefühle auf eine nicht-verbale Seins-Weise.“ (Badier 2001, S. 957) Dieses Ansprechen der verschiedenen Dimensionen hat für mich auch die Kraft von aufeinander Einstimmen bzw. Einschwingen. „Wann immer zwei schwingende Systeme (Wellen, Teilchen, Zellen, Organismen, auch Menschen) miteinander in Resonanz treten, kommt es zu einer Annäherung.“ (Hüther 2007, S. 64)

Eine unverfälschte, authentische Haltung des Therapeuten ermöglicht einen Dialog, eigene Reaktionen und Antworten werden dem Klienten mitgeteilt. (Gremmler-Fuhr 2001, S. 398) Der von R. Cohn geprägte Begriff „selektive Authentizität“ (Schigutt 2004, S. 205) meint ergänzend dazu, dass der Therapeut die Möglichkeit hat, eine Auswahl von seinen Reaktionen zu treffen, da nicht alle Reaktionen dem Prozess förderlich sind, ohne dass seine Echtheit in Frage steht. Die Therapie soll laut Pearls ein Stück richtiges Leben sein. Beziehungserfahrungen, welche der Klient während der Therapie macht, kann er auch ins alltägliche Leben übertragen. (Schigutt 2004, S. 254)

4. Integrative Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen

Längere Zeit war ich in meiner Arbeitsweise und meinen Handlungsfeldern sehr gespalten, da war einerseits die Pädagogin und andererseits die Psychotherapeutin. Erst durch meine Fortbildung in der Kinder- und Jugendpsychotherapie bei Dr. Nitz Katz-Bernstein konnte ich diese beiden Ausbildungen und Funktionen innerlich vereinen. Es wurde mir bewusst, dass sie sich gegenseitig nicht ausschließen, sondern ergänzen können.

Die Integrative Gestaltarbeit mit Kindern wird von Katz-Bernstein und Zaepfel auch als schulenübergreifendes Behandlungsmodell verstanden. Sie beziehen sich dabei auf folgende Gründe:

1. Kinder sind in ihrem Lebenskontext psychisch, physisch und materiell von Erwachsenen abhängig. Hier bedarf es eines systemischen Zugangs.
2. Das Spiel als Teil der Therapie wurde von der Psychoanalytikerin Melanie Klein entwickelt. Neben der Pädagogik hat auch die Verhaltenstherapie ihre Strategien dazu entwickelt. Eine Verbindung von tiefenpsychologischer und behaviouraler Orientierung ermöglicht dem Kindertherapeuten ein breiteres Handlungsfeld.
3. Befunde der Säuglingsforschung und Aussagen moderner Emotions-, Kognitions- und Sozialisationstheorien ermöglichen neue theoretisch-empirische Einblicke. Die Kindertherapie muss dieses Wissen in die therapeutische Arbeit miteinbeziehen.
4. Der Gestaltdialog kann nur als eine Form des Kontakt- und Beziehungsangebots gesehen werden. (Katz-Bernstein, Zaepfel 2004, S. 369f)

4.1. Dimensionen der Kinder- und Jugendtherapie

Dr. Nitz Katz-Bernstein grenzt die Kinder- und Jugendtherapie von der Erwachsenentherapie klar ab. Selbst sich als Person sieht sie ausschließlich als Kinder- und Jugendtherapeutin und bezieht damit eine klare Stellung. (Katz-Bernstein, 2011) Sie unterscheidet vier Dimensionen der Kinder- und Jugendpsychotherapie:

4.1.1. Abhängigkeits-Asymmetrie Dimension

In der Abhängigkeits-Asymmetrie Dimension beschreibt sie die Unfreiwilligkeit der Therapie. Kinder kommen nicht aufgrund ihrer eigenen Krankheits- bzw. Störungseinsicht in die Therapie. Diese Fremdbestimmtheit muss therapeutisch erfasst und thematisiert werden, denn dieses Eingangsgefühl wirkt sich auf den fortlaufenden Therapieprozess aus. Die Kinder sollen die Möglichkeit bekommen, sich nach einiger Zeit eigenständig für oder gegen die Therapie entscheiden zu können, dies impliziert eine Bewusstheit für ihre aktuelle Lebenssituation. (Baulig & Baulig 2010, S. 81) Der Therapeut hat neben seiner therapeutischen Rolle auch eine pädagogische Aufgabe.

4.1.2. Entwicklungsdimension

Als Entwicklungsdimension beschreibt sie den Anspruch an den Therapeuten, individuell auf jede Entwicklungsstufe mit ihren speziellen Schwerpunkten und Störungsbildern eingehen zu können. Psychotherapeutische Prozesse bei Kindern und Jugendlichen werden unter Einbeziehung des individuellen Entwicklungsprozesses gesehen, in dem sich das Kind bzw. der Jugendliche gerade befindet.

4.1.3. Systemische Asymmetrie-Dimension

Die systemische Asymmetrie-Dimension zeigt, dass jede Störung in engem Verhältnis zu den Interaktionen im Umfeld des Kindes steht. Positiver und negativer Einfluss des Elternhauses, der Kinderbetreuungseinrichtungen, der Schule usw. beeinflussen die therapeutische Situation. Die Beratung und Begleitung von Bezugspersonen sowie die interdisziplinäre Vernetzung ist ein wesentlicher Bestandteil der Kindertherapie. Ein eigenes klares Rollenverständnis des Therapeuten ist hier von großer Bedeutung, um in keine Verstrickung von Bedürfnissen, Erwartungen und Aufträgen von außen (dem Umfeld des Kindes) zu gelangen. „Auf jeden Fall gilt es, Delegationen im Sinne eines Totalen ‚Mach-du-mal‘ zu vermeiden und die Erziehungsberechtigten mit dem therapeutischen Prozess zu vernetzen.“ (Baulig & Baulig 2010, S. 82)

4.1.4. Präventionsdimension

Als Präventionsdimension beschreibt sie die Möglichkeit, spätere psychische Schäden in den frühen Lebensphasen noch abfangen oder mildern zu können. Da die Zugänglichkeit und Beeinflussbarkeit der Kinder durch pädagogische und therapeutische Interventionen noch gegeben ist, hat hier der Therapeut eine besondere Verantwortung.

4.2. Merkmale

„Gestaltkindertherapie wird nämlich geprägt von Tun und Erleben, vom Fühlen und elementaren Mitteilen und immer stärker auch vom Halten, Begrenzen und Aushalten.“ (Baulig & Baulig 2010, S. 82) Einen Platz im Leben haben, wo es möglich ist so zu sein wie man ist, ein „Sein“ ohne Bewertung, ohne Leistungsanforderung. Für manche Kinder ist dies ausschließlich während des therapeutischen Settings möglich. „Seindürfen korrespondiert dabei mit der Erfahrung, ausgehalten zu werden – mit dem Effekt, was ausgehalten worden ist, kann das Kind auch selbst aushalten. Dies korrespondiert auch mit dem Gefühl der Wertschätzung.“ (Baulig & Baulig 2010, S. 83)

4.2.1. Scaffolding

Katz-Bernstein entwickelt für die Kinder- und Jugendtherapie folgende Merkmale eines Ressourcenorientierten Stützverhaltens: „Förderung von Eigeninitiative und Eigenwirksamkeit, approximales Vorgehen, positive Unterstellung, Lenkung der Aufmerksamkeit auf Teilerfolge, Umdeutung (Reframing) von Missgeschicken und Versagen (Ausweitung der Frustrationstoleranz), Erwartungsbogen erzeugen (über Zeiträume hinweg), Störungen und Widerstände mit Ablenkung, Spiel und Humor begegnen“ (Katz-Bernstein 2011) „Scaffolding“ ist ein Begriff, welcher in der Kindertherapie immer wieder vorkommt. Die Unterstützung des Lernprozesses mit Hilfe eines Gerüsts aus Denkanstößen, Hilfestellungen und Anleitungen, um so eine Orientierungsgrundlage zu ermöglichen. Wenn der Lernende langsam eigenständig arbeiten kann, wird dieses „Gerüst“ Schritt für Schritt entfernt.

4.2.1. Support

„Voraussetzung für gestalttherapeutisches Arbeiten ist ein **Basissupport**, ein tragfähiges, anhaltendes Vertrauen und ein Gefühl des Angenommenseins vom Therapeuten bzw. von der Gruppe.“ (Bünthe-Ludwig, 1994, S. 274) Der Support aus dem Umfeld, sowie der Self-Support (Fähigkeit zur eigenen Unterstützung) wirken sich positiv auf die Entwicklungs- und Wachstumsprozesse aus. „Kinder, die gelernt haben, die Belange ihres Alltags wo immer möglich selbst in die Hand zu nehmen, werden sich als Jugendliche und Erwachsene im Leben besser zurechtfinden und es sicherer und mutiger angehen.“ (Maier-Hauser 2000, S. 33)

4.3. Beziehung

Wie bereits beschrieben gilt in der Gestalttherapie Beziehung als entscheidender therapeutischer Wirkfaktor. In der Kindertherapie orientiert sich die Beziehungsgestaltung an den frühen Mutter-Kind-Interaktionen. Im therapeutischen Kontakt finden ständige Austauschvorgänge wie gegenseitige Affektregulierung und wechselhafte, bezogene Interaktionen statt. (Katz-Bernstein, Zaepfel 2004, S. 388)

Unterschiede zu einer guten Alltagsbeziehung sind in dieser Therapeuten-Klienten-Beziehung freilich gegeben:

1. „interaktionelles Resonanzverstehen“ (Katz-Bernstein, Zaepfel 2004, S. 389) im Sinne einer theoriegeleiteten Intuition, ein Verstehen und sich einfühlen können mit dem Hintergrund der Professionalität.
2. Die Möglichkeit, Beziehungsebenen zu wechseln, um den Klienten in seiner Entwicklung zu unterstützen:

Arbeitsbeziehung: Vereinbarung der Rahmenbedingungen des Therapiesettings „*Alter-Ego-Beziehung*“: Gefühle und Widerstände werden, als Hilfe zur Selbstklärung, stellvertretend für den Klienten verbalisiert. *Übertragungsbeziehung:* Beziehungsklärung findet mit Hilfe von sinngebenden Deutungsmöglichkeiten statt. *Dialogische Beziehung:* Die Wahrnehmungen des Therapeuten werden dem Klienten zur Verfügung gestellt. (Katz-Bernstein, Zaepfel 2004, S. 389f)

4.4. Ziele

Anforderungen, welche an die gestalttherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gestellt werden, beschreibt Bünthe-Ludwig folgendermaßen: Kinder und Jugendliche sollen sich selbst besser gewahr werden, in einen direkten Kontakt mit der Umwelt treten, eine Stärkung der Identität erfahren und die Fähigkeit erlangen, eigene Gefühle zu erkennen und adäquat ausdrücken zu können. (Bünthe-Ludwig 1994, S. 285) In dieser fast 20 Jahre alten Zieldefinition sind für mich alle Ansprüche der modernen Resilienzforschung enthalten. Wird die eigene Sensibilität für den eigenen Körper und die eigenen Gefühle verstärkt, fällt es auch leichter, das Gegenüber wahr zu nehmen. Gefühle zu differenzieren und zu versprachlichen, gibt den Kindern mehr Sicherheit im Umgang mit sich selbst und so auch mit anderen.

Kindertherapie soll eine „fördernde, erleichternde Umwelt“ schaffen, in der sich endogene Reifungsprozesse entfalten können. „Therapie soll ein solches ‚*facilitating environment*‘ bereitstellen, wo es nicht vorhanden ist, wo *Defizite* die Lebenswelt des Kindes kennzeichnen. Sie muss eindeutige, klare Kommunikation bieten, wo Beziehungschaos zu *Störungen* und *Konflikten* geführt hat. Sie muss heilende Atmosphären schaffen, wo *Traumata* Verletzungen gesetzt haben.“ (Petzold 2003, S. 817) Nitza Katz-Bernstein beschreibt Ziele der integrativen Kindertherapie als Ressourcen- und Bewältigungsorientiert. Allen voran

- das Nachholen von Entwicklungsschritten und die Nachsozialisation,
- die Aufhebung und Milderung von Symptomen, Störungen und Traumata,
- sowie die Schaffung von Ausgleichsmöglichkeiten bei Defiziten und Behinderungen.
- Aufbau der Selbstorganisation und Selbstregulierung: Regulation von motorischen Impulsen, die Bildung von Handlungsprospektion, Bedürfnisaufschub (Verführung widerstehen) sowie der Aufbau von Frustrationstoleranz.
- Ressourcenorientierung im Sinne von Aufbau und Entwicklung protektiver Faktoren.
- Festigung der sozialen Triangulierungsfähigkeit: das Internalisieren des äußeren Beziehungsdreiecks (Eltern-Kind)
- Familiäre und kulturelle Einbindung in ein Netzwerk aus Familie, Schule, Verein etc. Kinder, welche in die Therapie kommen, sind häufig sozial isoliert. Eine Einbindung in soziale Netzwerke (Jugendgruppen, Sportvereine, etc.) bietet hier Struktur und die Möglichkeit, positive Kontakte zu erleben. (Katz-Bernstein 2012)

4.5. Diagnostik

In der Diagnostik der Kinder- und Jugendtherapie werden nicht nur die lebensgeschichtlichen und aktuellen Konflikte, Störungen, Defizite, Traumata des Kindes oder Jugendlichen berücksichtigt, es wird auch versucht, die protektiven Faktoren genau zu beschreiben, was macht das Kind und den Jugendlichen stark, was gelingt. Diese Verfahren orientieren sich stark an dem Modell der Resilienzforschung. Drei diagnostische Perspektiven können nach Bedarf verwendet werden:

Symptomdiagnostik: Die kognitive, emotionale und interaktionelle Erfassung des Problemverhaltens. *Strukturdiagnostik*: Erfassung der lebensgeschichtlich erlernten Interaktions- und Beziehungsmuster, sowie des Verhaltens- und Erlebnisprogramms. *Systemdiagnostik*: Lebensweltliche Einbindungen und soziokulturelle Bedeutungen werden erfasst. (Katz-Bernstein, Zaepfel 2004, S. 373f)

4.6. Fallbeispiel

Förderung der Resilienzfaktoren durch Psychotherapie

Nun möchte ich einige Stunden Kinderpsychotherapie beschreiben. Ich werde das Mädchen und ihre familiären Rahmenbedingungen nur so weit anführen, wie sie für diese Darstellung notwendig sind.

4.6.1. Anamnese

Hier wird das Mädchen Nina genannt, sie ist 10 Jahre und besucht die 4. Klasse VS. Nina lebt mit ihrer Mutter und zwei Geschwistern bei ihrem Stiefvater. Sie zeigt ein sehr aggressives Verhalten und hat besonders in Mathematik schlechte Noten. Die Mutter möchte mit der Therapie ihrer Tochter nichts zu tun haben und ist kaum bereit, mitzuarbeiten. Nina hingegen kommt sehr gerne, spielt oft im Puppenhaus, erzählt jedoch kaum etwas aus ihrem Leben. Sie will die Ruhe hier (Therapieraum) genießen, zuhause hat sie ein eigenes Zimmer, laut ihrer Aussage aber nichts zum Spielen.

Unter Einbeziehung des **Risikofaktorenkonzeptes** zeigt das Mädchen eine Ballung an Stressoren, die durch ihre psychosoziale Umwelt auftreten:

niedriger sozioökonomischer Status (Arbeitslosigkeit der Erziehungsberechtigten), chronische familiäre Disharmonie (Trennung vom leiblichen Vater, häufiger Streit der Mutter mit aktuellem Lebenspartner), Alkoholmissbrauch, psychische Erkrankung der Mutter, niedriges Bildungsniveau der Eltern, Alleinerzieherin, Erziehungsdefizite (zurückweisendes und inkonsequentes Verhalten, Desinteresse und Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind, keine Empathiefähigkeit), soziale Isolation der Familie, Verhaltensauffälligkeiten ihrer Geschwister.

4.6.2. Dividieren

In den Schulbüchern der Volksschule kommt die Division mit mehrstelligen Zahlen meist zu Beginn der vierten Klasse vor. Als Pädagogin habe ich schon oft gemerkt, wie viele Kinder damit Probleme haben. Manchmal ist auch das fehlende kognitive Verständnis schuld, oft ist aber „nur“ das fehlende Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit ausschlaggebend für den Misserfolg. Die fehlende Gewissheit, etwas zu können, auf bereits Gelerntes, angeeignetes Wissen zurückgreifen zu können „...wer nicht erwartet mit seiner Handlung etwas zu bewirken, wird erst gar nicht versuchen, etwas zu verändern bzw. zu riskieren, sondern die Situation meiden und sich selbst negativ einschätzen. Wer hingegen positive Erwartungen hinsichtlich seiner eigenen

Selbstwirksamkeit hat, wird diese auch auf neue Situationen übertragen und sich ein gewisses Schwierigkeitsniveau zutrauen." (Wustmann 2011, S. 101) Negative Gefühle wie Angst und Ärger beeinträchtigen das Lernen, Überforderung, Frustration, Verzweiflung und Verweigerung können die Folge sein.

Dividieren ist ein sehr komplexer Vorgang, um dies zu veranschaulichen und uns den Rechengvorgang in Erinnerung zu rufen, habe ich folgende Anleitung beigefügt:

<p>Schritt 1: Stellenwertbestimmung Wir fassen (mit der höchsten Stelle beginnend) so viele Ziffern des Dividenden zusammen, damit diese eine gleich große oder größere Zahl als den Divisor ergeben. In unserem Fall müssen wir ein Hackerl nach der 9 (Hunderterstelle) machen. Da wir das Hackerl an der Hunderterstelle gemacht haben, müssen wir nach dem =Zeichen 3 Punkte machen. Für die Stelle an der das Hackerl gemacht wurde und für alle Stellen rechts davon werden nun Punkte gemacht:</p>	$89 \overline{) 29} : 44 = \dots$
<p>Schritt 2: 44 ist in 89 genau 2 Mal enthalten. Die erste Stelle des Ergebnisses ist also eine 2. 2 mal 4 ist 8 - und 1 ist 9: 1 wird unter jener Ziffer mit dem Hackerl geschrieben. 2 mal 4 ist 8 - und 0 ist 8: 0 wird links von der 1 geschrieben.</p>	$89 \overline{) 29} : 44 = 2 \dots$ 01
<p>Schritt 3: Nächste Stelle 2 herab. Um weiterrechnen zu können, wird die Ziffer des nächstkleineren Stellenwertes (Zehner) an den Rest von vorhin angehängt, was nun die Zahl 12 ergibt.</p>	$89 \overline{) 29} : 44 = 2 \dots$ 012
<p>Schritt 4: 44 ist in 12 gar nicht (also 0 Mal) enthalten. Die zweite Stelle des Ergebnisses ist also eine 0. 0 mal 4 sind 0 - und 2 sind 2: 2 wird unter der 2 von vorhin geschrieben. 0 mal 4 sind 0 - und 1 ist 1: 1 wird unter der 1 von vorhin geschrieben.</p>	$89 \overline{) 29} : 44 = 20 \dots$ 012 12
<p>Schritt 5: Nächste Stelle 9 herab. Um weiterrechnen zu können, wird die Ziffer des nächstkleineren Stellenwertes (Einer) an den Rest von vorhin angehängt, was nun die Zahl 129 ergibt.</p>	$89 \overline{) 29} : 44 = 20 \dots$ 012 129
<p>Schritt 6: 44 ist in 129 genau 2 Mal enthalten. Die vierte Stelle des Ergebnisses ist also eine 2. 2 mal 4 ergibt 8 - und 1 ist 9: 1 wird unter der 9 von vorhin geschrieben. 2 mal 4 ergibt 8 - und 4 sind 12: 4 wird unter der 2 von vorhin geschrieben.</p>	$89 \overline{) 29} : 44 = 202 \dots$ 012 129 $41R.$

(www.mathe-lexikon.at)

Kinder müssen also auf bestimmte Vorerfahrungen zurückgreifen, insbesondere die Kenntnisse über den Stellenwert und die Malrechnungen. Dies wird üblicherweise in der zweiten Klasse der Volksschule gelehrt und soll danach von den Kindern anwendbar sein.

4.6.3. Therapieverlauf

1. Stunde: Umgang mit Stress, Problemlösen

Nina kommt geladen in die Therapiestunde: „Scheiß scheiß scheiß Schui!“ Auf meine Nachfragen erklärt sie mir die Situation. Sie haben dividieren mit zweistelligen Zahlen gelernt und sie kapiert überhaupt nichts. Die Lehrerin fragen traut sie sich nicht, die Mutter kann es nicht so erklären, dass sie es versteht. Als ich ihr erzählte, dass ich früher als Volksschullehrerin gearbeitet habe und ich nochmals versuchen könnte ihr die Aufgabe zu erklären, war sie total erstaunt und froh, dass sie hier in dieser Stunde rechnen „darf“.

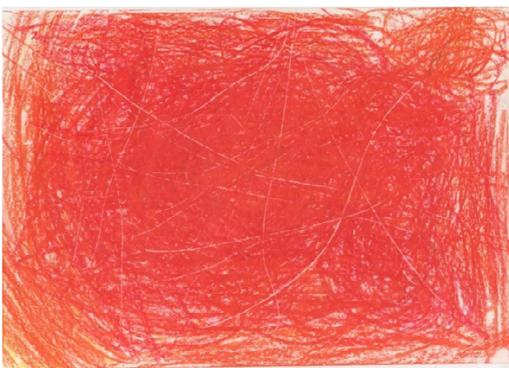
Unter meiner Anleitung beschäftigte sie sich mit den Aufgaben, am Ende der Stunde schaffte sie es, einige Divisionen alleine zu lösen. Sie hat die ganze Zeit gerechnet, wollte nicht mehr aufhören und war begeistert, als sie die richtigen Lösungen hatte.

Ich war sehr verwundert darüber, wie leicht es war, ihr die Aufgaben zu erklären und wie viel sie schon konnte, obwohl sie so schlechte Noten hatte.

2. Stunde: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung

Eine Woche später kam Nina wieder wütend und verzweifelt in die Stunde. Sie hatte auf der Mathewiederholung einen Fünfer, keine einzige Division war richtig. Die Wut und Verzweiflung war deutlich spürbar, sie schimpfte auf die Lehrerin und die Rechnungen. Es folgt eine Phase des Auslebens der Gefühle. Ich stelle ihr meine Wahrnehmung zur Verfügung: „Ich merke du bist ziemlich wütend.“ Diese Beobachtung lässt sie ihre eigene Wut und Verzweiflung mehr wahrnehmen.

„Manchmal wollen Gefühle die wir innen spüren nach draußen.“ Diese Feststellung ermutigt sie von ihren eigenen Erfahrungen zu sprechen. Wenn sie wütend ist, knallt sie zuhause (und auch manchmal in der Schule) die Türen zu. Ihre Zimmertür ist dabei kaputt gegangen. Gemeinsam suchen wir noch andere Möglichkeiten des Auslebens: Schreien, Stampfen, Hüpfen, Malen..... sie probiert alles nach der Reihe aus. Voll Energie nimmt sie auch die Ölkreiden in die Hand und malt intensiv.



Danach will sie in Ruhe wieder rechnen.

Mit positivem Zureden unterstütze ich sie dabei: „Ich bin mir sicher du schaffst es. Du kannst die Malrechnungen schon recht gut...“ Es gelingen ihr zwei Divisionen, abschließend will sie noch Uno mit mir spielen.

3. Stunde: Selbstwirksamkeit, Soziale Kompetenzen

In der nächsten Stunde erzählt mir Nina, dass sie die Rechnungen in der Schule immer noch nicht kann. Nur hier während der Therapie kann sie dividieren. Gemeinsam versuchen wir herauszufinden, warum dies so ist. Nina macht folgende Aussage: „Weil ich hier schon weiß, dass ich es kann.“ Auf die Frage warum sie es hier weiß, antwortet sie: „Weil du es mir hier immer sagst. In der Schule hilft mir keiner. Die Lehrerin glaubt, dass ich es sowieso nicht kann. Die anderen halten mich auch für blöd.“

Sich selbst gut zuzureden und sich Mut zu machen hält sie für zu schwierig, sie hat Angst, dass sie in der Schule wieder alles vergisst. Da wir schon gemeinsam Bücher gelesen haben wie die kleine Motzkuh, die Streihammel usw. fällt ihr sofort ein, ein kleines Männchen könnte ihr in der Schule helfen.

Wir entwickeln Aussehen, Eigenschaften und Handlungen dieses inneren Beistands. Anschließend will sie das Männchen malen.

(Das Bild hat sich Nina gleich mit nach Hause genommen.)

4. Stunde: Selbstwirksamkeit, Soziale Kompetenzen, Problemlösen

Nina erzählt, dass sie jetzt auch in der Schule rechnen kann. Mehr als die Hälfte der Divisionen war richtig. Das Männchen, sie hat es zuhause „Smilie“ genannt, war immer bei ihr. Ich schlage ihr ein Rollenspiel vor: Sie ist die Therapeutin und ein Mädchen kommt zu ihr, welches sich in der Schule sehr schwer tut, diese wird von mir gespielt. Was würde sie als Therapeutin dem Mädchen sagen. Nina willigt ein und in dieser Rollenumkehr wurde deutlich, was sie in diesem Therapieprozess verinnerlicht hat.

- Es ist nicht so schlimm, wenn man etwas nicht versteht.
- Es ist gut, jemanden um Hilfe zu bitten.
- Wütend sein ist OK.
- Wenn du wütend bist kannst du tolle Bilder malen.
- Du musst immer denken, du schaffst es.
- Es ist wichtig, dass du an dich selbst glaubst.

Am Ende der Stunde hat sie das Titelbild dieser Arbeit gemalt und mit den Worten: „Jetzt schaff ich auch die schweren Rechnungen, die ganz oben auf dem Baum hängen.“ beschrieben.

4.6.4. Reflexion

Aus bewältigten Lebensereignissen können neue, dem Kind zur Verfügung stehende individuelle und soziale Ressourcen entstehen. (Wustmann 2011, S. 68) Der Fokus liegt dabei auf dem kindlichen Erleben, der Eigenaktivität.

Für mich als Therapeutin waren diese Stunden ein Schlüsselerlebnis, es wurde mir nochmals deutlich, wie sehr wir unser eigenes Denken durch die Wahrnehmung von uns selbst beeinflussen.

Ninas Aussagen während des Rechenvorgangs: „Ich glaub das stimmt nicht. Ich glaub jetzt hab ich mich verrechnet. Das ist zu schwierig für mich.“ – obwohl sie eigentlich auf dem richtigen Lösungsweg war, haben mich dazu verleitet, sie in ihrer Selbstwahrnehmung zu fördern und in ihrer Selbstwirksamkeit zu unterstützen.

Das Besondere an der Gestalttherapie ist dabei die Möglichkeit, das Kind als Ganzes einzubeziehen. Natürlich ist das Spiel ein großer Teil des kindlichen Erlebens, bei Schulkindern kommen jedoch auch andere Dimensionen kindlichen Handelns hinzu. „Es ist mir wichtig zu betonen, dass Kindertherapie nie auf Techniken oder Konzepte reduziert werden kann. Der kreative, interaktive Balanceakt zwischen individuellen, spontanen Bedürfnissen und Phantasien und den lebensweltlichen Realitäten der Kinder und der Therapeuten verlangt eine Flexibilität und eine fortwährende Aktualisierung der Konzepte.“ (Katz-Bernstein 1996, S. 139)

5. Elternberatung

Familie als primäres Bezugssystem ist für die kindliche Entwicklung bedeutsam, Kinder „richtig“ zu begegnen ist oft eine schwierige Aufgabe für Eltern. „Die Kunst der Elternschaft bedeutet – um ein Wort von Laura Perla aufzugreifen – ‚gerade genug‘ Organisation, weder zu wenig noch zu viel zu übernehmen. Wenn dies gelingt, können die Kinder schließlich mit einer entwickelten Fähigkeit zum gemeinsamen Leben in intime Beziehungen in die Welt hinaustreten.“ (Melnick, March Nevis 2001, S. 939) Eigene Erfahrungen, die wir selbst als Kinder gemacht haben, beeinflussen unsere Elternschaft und erhöhen die Komplexität. Für mich ist die Einbeziehung des systemischen Umfelds des Kindes von großer Relevanz. Bevor ich ein Kind therapeutisch begleite, versuche ich auch intensiv mit den Eltern in Kontakt zu treten und sie in ihrer Elternkompetenz zu stärken. Neben der Exploration des Problems (Grund für das Aufsuchen einer Psychotherapeutin) und der Lebensgeschichte, stelle ich immer die Frage: „Was gelingt gut in der Erziehung mit ihrem Kind?“ Oft stehen die Probleme und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Vordergrund, eine Veränderung der Blickrichtung kann auch zu einer neuen Sichtweise führen. Ich sehe es als Kompetenz der Familie, sich Hilfe zu organisieren und in die Elternberatung zu kommen. „Außerdem ist diese Fähigkeit, sich an einen ‚kundigen anderen‘ außerhalb des Familiensystems zu wenden, für sich genommen schon ein Akt der Gesundheit und des Funktionierens.“ (Melnick, March Nevis 2001, S. 940)

5.1. Schlüsselprozesse familialer Resilienz

„Wenn Interventionen darauf abzielen, dass die Schlüsselprozesse der Resilienz gestärkt werden, erwerben die Familien eine gewisse Findigkeit, mit Krisen umzugehen, fortwährende Belastungen durchzustehen und zukünftigen Herausforderungen zu begegnen.“ (Walsh 2012, S. 77) Froma Walsh hat die Ergebnisse zahlreicher Studien zusammengefasst und in drei Bereiche unterteilt, welche sie als Schlüsselprozesse familialer Resilienz sieht: Überzeugungen der Familie, organisatorische Muster und kommunikative Prozesse. Dieses Konzept kann als Leitfaden für Therapeuten dienen, um die Belastbarkeit der Familie zu steigern, damit sie sich von Krisen erholen kann und den permanenten Herausforderungen des Lebens gewachsen ist. (Walsh 2012, S. 60) „Resilienzorientierte Herangehensweisen geben der Familie dadurch Kraft und Stärke, dass sie in ihren Mitgliedern Hoffnung wecken, in ihnen neue Kompetenzen entwickeln, vorhandene auffrischen und das familiäre Band festigen.“ (Walsh 2012, S. 77)

5.1.1. Überzeugungen

In der Elternberatung mit oder ohne begleitende Kindertherapie bin ich sehr interessiert an den gemeinsamen Überzeugungen in der Familie, nach welchen Glaubenssätzen die Familie lebt. Es besteht eine Wechselwirkung zwischen dem Individuum und der Gruppe, auffälliges Verhalten von Kindern wirkt sich auf die Familie aus und umgekehrt. Eltern kommen oft, wenn sie keinen Ausweg mehr sehen. Im therapeutischen Gespräch ist eine gemeinsame Sinnsuche (zum Beispiel für störendes Verhalten von Kindern) möglich, Erklärungen für das Schicksal können gefunden werden. Eine gemeinsame Überzeugung innerhalb der Familie wirkt resilienzfördernd. Oft ist ein „Reframing“ dieser inneren Überzeugungen notwendig, um eigene Vorstellungsbilder und Konstrukte sowie Glaubenssätze ins Positive zu wandeln. Der Krise oder der Belastung einen Hauch von Normalität zu geben und Probleme als Teil der menschlichen Dilemmata zu betrachten, entlastet die Familien.

„Gut funktionierende Familien legen Wert auf ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl und sehen in der Bewältigung ungünstiger Bedingungen eine gemeinsame Herausforderung.“ (Walsh 2012, S. 63) Durch eine Transformation der belastenden Situation und die Förderung eines Kohärenzgefühls kann die Überzeugung entstehen, Krise als Herausforderung und Möglichkeit zur Entwicklung zu sehen. Eine optimistische Grundhaltung wirkt sich auf die Bewältigung von Belastungen positiv aus. „Die Hoffnung ist für Geist und Seele das, was der Sauerstoff für die Lunge ist: Sie legt Energien frei und motiviert zu Anstrengungen, die widrigen Lebensumstände zu bewältigen.“ (Walsh 2012, S. 64) Eine Situation positiv bewältigt zu haben, stärkt das Selbstvertrauen.

5.1.2. Strukturelle und organisatorische Muster

Die Fähigkeit, sich flexibel Veränderungen gegenüber zu zeigen, stellt eine wichtige Ressource in Krisenzeiten dar. Nach einer Belastung kann es einerseits möglich sein, wieder in die vorhergehende Struktur zurück zu gehen oder andererseits ist es notwendig, eine neue Vorstellung von Normalität zu entwickeln, Beziehungen neu zu gestalten und neue Interaktionsmuster zu bilden. In dieser Phase der Neuorganisation kann die Psychotherapie stabilisierend und beruhigend sein. Dort, wo Assimilation, das heißt auf ähnlich Bekanntes zurückgreifen, nicht mehr gelingt, muss sich der Mensch ein anderes Weltbild zurecht legen, um so Krisen, wie Trennung, schwere Krankheit, Jobverlust, Enttäuschung oder Gewalt zu integrieren und daraus wieder neuen Lebenssinn zu erhalten. Jean Piaget bezeichnet diese kognitive Funktion als Akkomodation. Resiliente Menschen fähig zur Akkomodation, sind in der Lage, ihr Verhalten an die Außenwelt

anzupassen, flexibel auf neue Situationen zu reagieren und ihre bestehenden Lebenskonzepte entsprechend zu erweitern.

Die familiäre Kohäsion ist besonders in krisenhaften Zeiten bedeutsam. Sich gegenseitig unterstützen, zuhören und zueinander stehen, stärkt sowohl die Familie als Ganzes als auch die einzelnen Mitglieder. Soziale Netzwerke stellen eine wichtige Ressource dar, sie bieten lebenspraktische Unterstützung und emotionalen Rückhalt, ebenso können sie als Rollenmodelle und Bezugspersonen dienen. (Walsh 2012, S. 69f)

5.1.3. Kommunikative Prozesse

Herrscht in einer Familie ein Klima von Vertrauen, Empathie und Toleranz, fällt es den einzelnen Mitgliedern leichter, über ihre Gefühle zu sprechen. Ist dieses Kommunikationsmuster alltäglich und eine Gewohnheit, wird auch in Zeiten krisenhafter Ereignisse und chronischer Belastungen leicht darauf zurückgegriffen. Miteinander Klarheit schaffen und die schmerzliche Wirklichkeit akzeptieren, fördert den Heilungsprozess, während Leugnung und Vertuschung zur Entfremdung der Familienmitglieder führen kann. (Walsh 2012, S. 72) Heimlichtuerei schürt bei Kindern Ängste, werden Fragen nicht ausreichend beantwortet, entsteht Unsicherheit und Platz für eigene Deutungen.

Als Ziel einer Gestalt-Familientherapie im Sinne der Resilienzförderung steht für mich die Erweiterung der „Bewusstheit einer Familie von sich selbst“ (Melnick, March Nevis 2001, S. 943), ihrer Kompetenzen und Interaktionen. Familien können ihr eigenes Schicksal lenken, wenn sie im Finden und Entwickeln ihrer Ressourcen und Potentiale unterstützt werden. Abschließend möchte ich noch bemerken: Familie kann und darf nicht alleine für die Entwicklung der Kinder verantwortlich sein. Dies würde eine Überforderung für die Eltern und insbesondere für AlleinerzieherInnen bedeuten. Hilfreiche Systeme, wie Krabbelstube, Kindergarten, Schule, Hort, nachbarschaftliche und religiöse Gemeinschaften dürfen zur Erziehung beitragen, ohne dass Eltern, insbesondere Mütter, ein Gefühl der Inkompetenz erhalten. (Welter-Enderlin 2012, S. 8) Einen neuen Ansatz zur gegenseitigen Unterstützung innerhalb der Familie, der Schule bis hin zur Gemeinschaft bietet Haim Omer in seinem Buch über die „neue Autorität“ (Omer, Schlippe 2010). Selbstachtung, elterliche Präsenz, Gewaltlosigkeit und das dialogische Prinzip sind die Hauptpfeiler dieser „neuen Autorität“.

6. Schule

6.1. Lernen aus gestalttherapeutischer Sicht

Für Peter Osten stellt die Schule einen „stark prägenden Entwicklungskontext“ dar. Der Entwicklungsverlauf des Kindes nach dem Schuleintritt kann nur in Verbindung mit dem Schul- und Leistungsgeschehen betrachtet werden. (Osten 2000, S. 234) Leben und Lernen sind in dieser Phase nicht voneinander zu trennen.

Viele kindertherapeutische Indikationen resultieren aus schulischen Problemen. (Baulig & Baulig 2010, S. 165) Kinder, die Angst haben, die unter Problemen leiden, das Gefühl haben, nicht viel wert zu sein und sich unverstanden fühlen, werden nicht lernen. Sie können nicht offen, mit Interesse und Motivation an die an sie gestellten Lernanforderungen herangehen, sie werden sich verschließen, trauen sich nichts zu, versuchen sich abzusichern und handeln defensiv. „Die implizierte ganzheitliche Sicht der Gestalttherapie macht es möglich, einen lernorientierten Auftrag anzunehmen, aber das Ganze im Sinne der Persönlichkeitsorganisation, aber auch im Hinblick auf das systemische Umfeld im Blick zu behalten.“ (Baulig & Baulig 2010, S. 165)

Meine Erfahrung als Volksschullehrerin und Psychotherapeutin bestätigt diese Aussage: soziales, emotionales und kognitives Lernen lassen sich nicht voneinander trennen. „Der Mensch ist ein lebendiger Organismus, und bestimmte Aspekte von ihm werden Körper, Geist und Seele genannt.“ (Perls 2000, S. 39) Eine Trennung des kindlichen Lebens in einerseits die Schule mit ihren kognitiven Anforderungen und in andererseits die Freizeit und Spielzeit mit den emotionalen Ansprüchen ist längst überholt und nicht machbar.

Beziehungsprozesse zwischen Eltern und Kind sind von grundlegender Bedeutung für die schulischen Entwicklungsergebnisse in der Volksschule. (Pianta, Stuhlmann, Hamre 2008, S. 194) „Kein Individuum ist sich selbst genug; das Individuum kann nur in einem es umgebenden Feld leben. Das Individuum ist unvermeidlich in jedem Augenblick Teil eines Feldes. Sein Verhalten ist eine Funktion des ganzen Feldes, das ihn und seine Umwelt einschließt.“ (Perls 2007, S. 34) Der Organismus Mensch steht in Abhängigkeit zu seiner Umwelt, er braucht die Welt zur Befriedigung seiner Bedürfnisse. (Perls 2000, S. 47)

Das menschliche Verhalten wird durch seine Umwelt bestimmt, sind die Beziehungen befriedigend, ergibt sich daraus ein normales Verhalten. Werden die Beziehungen als konflikthaft erlebt, entsteht dadurch, wie Perls es formuliert, „abnormes“ Verhalten. (Perls 2007, S. 34)

In verschiedenen Studien wird verdeutlicht, welchen Einfluss eine sichere Mutter-Kind-Beziehung während der frühen Kindheit auf die späteren kognitiven Leistungen und sozialen Kompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen und Erwachsenen hat, wenn die Kinder das Schulalter erreichen. Besonders die sprachliche Entwicklung wird durch die Qualität der Eltern-Kind-Interaktionen beeinflusst. (Pianta, Stuhlmann, Hamre 2008, S. 193)

Ein sicherer Platz im Leben ermöglicht es den Kindern die Welt zu erkunden, Neues zu entdecken und sich selbstständig zu bewegen. Dieser geschützte Hafen bietet immer wieder Rückzugsmöglichkeit, um sich von den Lern- und Entdeckungsreisen auszuruhen und in Sicherheit zu bringen. „Hat ein Kleinkind erfahren, dass seine Bedürfnisse im Kontext von Nähe und Beziehung wahrgenommen werden, dann traut es sich, angetrieben von Neugier, ‚das Weite zu suchen‘, mit der inneren Sicherheit, ‚auf mich wird gewartet‘.“ (Baulig & Baulig 2010, S. 166) Diese innere Stabilität und die Gewissheit des positiven familiären Rückhalts ermöglichen die Bereitschaft, zu lernen. Zusammenfassend schreiben Baulig & Baulig:

- „Lernvermögen muss aus jeweils sicheren Erfahrungen heraus aufgebaut werden.
- Unsicherheit führt zu defensiven Haltungen, in denen nicht der Lernzuwachs, sondern die Absicherung im Vordergrund steht.
- Je basaler die Beeinträchtigung des Lernens ist, umso elementarer müssen die Erfahrungen gesetzt werden, um das Lernen aufzubauen.“

(Baulig & Baulig 2010, S. 167)

6.2. Beziehungsanforderungen an Lehrer und Lehrerinnen

Da Bezugssysteme der primären Lebenswelt des Kindes, wie zum Beispiel Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, immer weniger werden, wird das schulische Umfeld immer wichtiger. (Katz-Bernstein, Zaepfel 2004, S. 386) Die Beziehung zwischen LehrerInnen und Kindern gewinnt in der Forschung an Bedeutung. Lehrerinnen und

Lehrer spielen bei der Unterstützung der Resilienzprozesse von Risikokindern eine wichtige Rolle.

Die Lehrerpersönlichkeit ist ausschlaggebend für den Lernerfolg der Kinder. Ist es möglich, eine stabile emotionale Bindung herzustellen und das Kind als Menschen mit eigenen Rechten zu behandeln? „Eine Welt, die wir ...als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne jede Bedeutung.“ (Antonovsky 1997, S. 93) Der Schule eine kindgerechte Bedeutung zu geben, steht im Zusammenhang mit dem Akzeptieren der kindlichen Bedürfnisse.

Nicht nur eine sichere Eltern-Kind Beziehung wirkt sich auf die kindliche Entwicklung aus, auch die Qualität der Beziehung zu anderen Erwachsenen, welche mit dem Kind in Kontakt treten, beeinflusst diese. Während eine Beziehung von geringer Qualität für die Kinder Risiken im sozialen und schulischen Leistungsbereich birgt, kann eine starke und positive Beziehung der Kinder zu nichtelterlichen Fürsorgepersonen die Einflüsse später auftretender Risikofaktoren kompensieren. (Pianta, Stuhlmann, Hamre 2008, S. 194) Besonders Kinder mit einem hohen Niveau an Verhaltens- und Aufmerksamkeitsproblemen sowie sozialen und schulischen Lernschwierigkeiten, können von einer emphatischen Lehrerbeziehung profitieren. Für mich manifestiert Fritz Perls dies mit seiner Aussage über die Kontaktgrenzen: „An dieser Kontaktgrenze finden die psychischen Ereignisse statt. Unsere Gedanken, unsere Handlungen, unser Verhalten und unsere Emotionen sind unsere Art, diese Grenzvorfälle zu erleben und zu verarbeiten.“ (Perls 2007, S. 35) Individuelle Interaktionen, positive Kontakte und Spaß können die Leistungserfolge maßgeblich beeinflussen.

Ein Lieblingslehrer kann laut Emmy E. Werner wesentlich zur Förderung von Resilienz bei Jugendlichen beitragen, als positives Rollenbild ist er ein Schutzfaktor aus dem Umfeld des Jugendlichen. Ebenso verweist sie darauf, dass bei resilienten Jungen meist männliche Personen als Identifikationsmodell dienen, bei resilienten Mädchen gab eine weibliche Bezugsperson zuverlässig Unterstützung. (Werner 2012, S. 32) Um dieses Erkenntnis gerecht zu werden, besteht die Notwendigkeit, mehr männliche Betreuungspersonen (Kindergärtner, Volksschullehrer) in die Kindererziehung miteinzubeziehen, um auch den Buben eine passende Identifikationsfigur bieten zu können.

6.3. Lehrerausbildung

Unser Hauptaugenmerk im Unterricht liegt sicher darauf, den Kindern die sogenannten Kulturtechniken, wie Lesen, Schreiben und Rechnen zu lehren. Dabei vergessen wir die Tatsache, dass, wenn wir die seelischen und emotionalen Bedürfnisse der Kinder ignorieren, eine Gesellschaft entsteht, in welcher der Mensch nichts gilt. Oaklander vertritt die Meinung, dass Lehrer neben einer pädagogischen auch eine therapeutische Ausbildung erhalten sollen, um so auch den emotionalen Bedürfnissen der Kinder Vorrang geben zu können. (Oaklander 2001, S. 384f)

6.4. Soziale und gesellschaftliche Bedeutung von Schule

Somit bleibt abschließend die soziale und gesellschaftliche Rolle der Lehrer und Lehrerinnen aufzuwerten; sie nicht ausschließlich als Wissensvermittler zu degradieren und ihren Wert als wichtige Beziehungsmöglichkeit anzuerkennen. Nicht nur die Eltern-Kind sondern auch die Erzieher-Kind Beziehung ist für die Entwicklung der Beziehungskompetenzen mit Gleichaltrigen und zukünftigen Lehrern, für die Entwicklung kognitiver Funktionen und somit auch für die Gesamtentwicklung von Bedeutung. (Pianta, Stuhlmann, Hamre 2008, S. 201)

Schule kann und soll ein Ort des Lernens sein, nicht nur im Sinne von Lesen, Schreiben und Rechnen, sondern auch Lernen im Sinne der Resilienzfaktoren:

Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, Soziale Kompetenzen, Umgang mit Stress, Problemlösen.

Abschließende Gedanken

Integrative Gestalttherapie war und ist für mich ein sehr verständliches, den Menschen erfassendes Therapiekonzept. Sowohl in meiner Ausbildung (Lehrtherapie, Supervision) als auch in meiner jetzigen Tätigkeit als Psychotherapeutin ist es mir nie schwer gefallen, einen integrativ-gestalttherapeutischen Weg zu gehen. Bisher habe ich auch die integrativ-gestalttherapeutische Literatur in sich sehr schlüssig erlebt, da ich die Bücher nicht parallel gelesen habe. Bei der Literaturrecherche zu meiner Graduiierungsarbeit war es manchmal verwirrend, Begriffen wie „Selbst“ oder „Kontakt“ eine exakte Bedeutung zu geben, ebenso ist mir aufgefallen, dass sich kaum Werke unserer Fachrichtung „Integrative Gestalttherapie“ nennen.

Es gibt sehr viele Wege, um ein Ziel zu erreichen, die verschiedenen Interventionstechniken können dabei sicher unterstützend sein. Im Laufe meiner Beschäftigung mit der Psychotherapie, insbesondere der Integrativen Gestalttherapie, ist die Beziehung zum Klienten immer mehr in den Vordergrund gerückt. Erst der Aufbau einer stabilen, tragfähigen Beziehung ermöglicht das Einlassen auf den Prozess und das Loslassen der mühsam errichteten Fallnetze, welche auch oft gefangen nehmen. Das Gestaltprinzip, im Hier und Jetzt zu sein, bedeutet für mich eine Reduzierung auf das Wesentliche.

Menschen haben nicht immer die Möglichkeit, in einer stabilen Beziehung aufzuwachsen. „Generell kann man sagen, dass sicher gebundene Kinder, die glücklicheren und selbstbewussteren Kinder sind. Kinder, die in einer sicheren Bindung aufgewachsen sind, können auch zum Therapeuten leichter Vertrauen fassen und sich helfen lassen.“ (Weinberger 2005, S. 48) Dass es bei unsicher gebundenen Kindern oft mühsam ist, eine stabile, längere Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten, ist wahrscheinlich. Dennoch bin ich davon überzeugt, dass jede Art von positiver und unterstützender Beziehung für den Menschen von Bedeutung ist und die weitere Kontakt- und Beziehungsfähigkeit beeinflusst.

Die Aussage von Froma Walsh, dass es nicht ausreicht, wenn man als „Therapeut einer Familie hilft, ihre schwierigen oder abträglichen Lebensumstände zu überwinden; man muss sich auch dafür einsetzen, dass die Widrigkeiten im Leben von Familien aufhören.“ (Walsh 2012, S. 72), lässt auch einen sozialpolitischen Anspruch heraushören. In Österreich existiert ein breites Netz an Hilfseinrichtungen für Familien und Kinder

(Jugendwohlfahrt, Sozialpädagogische Familienbetreuung, Kinderschutzzentren, Familienberatungsstellen), die Zusammenarbeit ist eine Gratwanderung, bei der das Wohl des Kindes nie außer Acht gelassen werden darf.

In meiner Werdung als Psychotherapeutin gehe ich mit der Meinung von Violet Oaklander konform, welche anmerkt, dass gestalttherapeutische Techniken am besten durch die direkte Erfahrung vermittelt werden. "Die Schwierigkeit beim Lesen eines Buches ist, dass man zwar versteht, was man liest, die notwendige eigene Erfahrung aber fehlt." (Oklander 2001, S. 388) In meiner Ausbildung durfte ich noch viel erfahren, selbst unsere Theorieseminare wurden mit der nötigen Portion Selbsterfahrung aufgewertet.

Ich erlebe die Integrative Gestalttherapie als ein großes Feld an Möglichkeiten. Die verschiedensten Techniken und Herangehensweisen erlebe ich als Samen, welche ich in meinem Therapiefeld streue. Manche gedeihen und wachsen, andere gehen nicht auf oder verkümmern nach einiger Zeit. Dabei spielen die Zeit, der Boden, das Wetter... also die individuelle Situation zwischen dem Klienten und mir als Therapeutin, sowie die Welt aus der wir gekommen und wieder hinein gehen werden, eine wesentliche Rolle.

Auf der Baustelle sind Bob und die Maschinen startbereit.
»Können wir das schaffen?«, fragt Baggi, der Bagger.
»Yo, wir schaffen das!«, antworten die Maschinen.



Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A., Salutogenese, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1997.
- Badier, A., Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, in: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (Hrg.), Handbuch der Gestalttherapie, S. 953 - 964, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. unverän. Aufl. 2001.
- Baulig, I., Baulig, V., Praxis der Kinder-Gestalttherapie, Verlag Andreas Kohlhaube, Bergisch Gladbach, 2. Aufl. 2010.
- De Roeck, B.P., Gras unter meinen Füßen, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 16. Aufl. 2002.
- Doubrawa, E., Blankertz, S., Einladung zur Gestalttherapie, Peter Hammer Verlag GmbH, Wuppertal, 3. Aufl. 2002.
- Gremmler-Fuhr, M., Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie, in: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.), Handbuch der Gestalttherapie, S. 393 - 416, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. unverän. Aufl. 2001.
- Gremmler-Fuhr, M., Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie, in: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.), Handbuch der Gestalttherapie, S. 345 – 392, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. unverän. Aufl. 2001.
- Bünthe-Ludwig, Ch., Leben heißt wachsen, Junfermann-Verlag, Paderborn, 1994.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönnau-Böse, M., Resilienz, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, 2. Aufl. 2011.
- Hildenbrand, B., Resilienz, Krise und Krisenbewältigung, in: Rosmarie Welter-Enderlin & Brundo Hildenbrand (Hrsg.), Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände, S. 205 – 229, Carl Auer, Heidelberg, 4. Aufl. 2012.

- Hildenbrand, B., Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive, in: Rosmarie Welter-Enderlin & Brundo Hildenbrand (Hrsg.), Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände, S. 20 – 27, Carl Auer, Heidelberg, 4. Aufl. 2012.
- Hüther, G., Die Evolution der Liebe, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG, Göttingen, 5. Aufl. 2007.
- Hüther, G., Resilienz im Spiegel entwicklungsneurobiologischer Erkenntnisse, in: Opp, Fingerle (Hrsg.), Was Kinder stärkt, S.45 - 56, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, 3. Aufl. 2008.
- Katz-Bernstein, N. Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie, in: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hrsg.), Praxis der Integrativen Kindertherapie: Band 2, Jungfermann, Paderborn, 1996.
- Katz-Bernstein, N., Skript Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 1. Teil: Entwicklung: Bindung, Symbolisierung, Mentalisierung, Sozialisierung, Wien, 2011.
- Katz-Bernstein, N., Skript Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 2. Teil: Der schwierige Weg zum Erwachsen werden- krank oder gesund? KPT- Schulen, Geschichten, Methoden, Wien, 2012.
- Katz-Bernstein, N., Skript Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 3. Teil: Vernetzung (+Supervision) Anhand des Resilienz-Modells, Wien, 2012.
- Katz-Bernstein, N., Zaepfel, H., Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie, in: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrsg.), Gestalttherapie, S. 369 - 390, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2004.
- Lösel, F., Bender, D., Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung, in: Opp, Fingerle (Hrsg.), Was Kinder stärkt, S. 57 - 78, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, 3. Aufl. 2008.

- Mair-Hauser, H. Lieben-ermutigen-loslassen. Erziehen nach Montessori, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2000.
- Melnick, J., March Nevis, S., Gestalt-Familientherapie, in: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.), Handbuch der Gestalttherapie, S. 937 - 952, Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2. unverän. Aufl. 2001.
- Oaklander, V., Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, Klett-Cotta, Stuttgart, 12. Aufl. 2001.
- Omer, H., Schlippe von, A., Stärke statt Macht, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG, Göttingen, 2010.
- Osten, P., Die Anamnese in der Psychotherapie, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, 2. Aufl. 2000.
- Perls, L., Leben an der Grenze, Edition Humanistische Psychologie, Köln, 2. Aufl. 1999.
- Perls, F.S., Das Ich, der Hunger und die Aggression, Klett-Cotta, Stuttgart, 6. Aufl. 2000.
- Perls, F., Grundlagen der Gestalt-Therapie: Einführung und Sitzungsprotokolle, Klett-Cotta, Stuttgart, 12. Aufl. 2007.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P., Gestalttherapie-Grundlagen, Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 5. Aufl. 2000.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie: Band 2: Klinische Theorie, Junfermann Verlag, Paderborn, 2. Aufl. 2003
- Petzold, H.G., Integrative Therapie: Band 3: Klinische Praxeologie, Junfermann Verlag, Paderborn, 2. Aufl. 2003
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H., Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis, Junfermann Verlag, Paderborn, 4. Aufl. 1999.

- Pianta, R.C., Stuhlmann, M.W., Hamre, B.K., Der Einfluss von Erwachsenen–Kind-Beziehungen auf Resilienzprozesse im Vorschulalter und in der Grundschule, in: Opp, Fingerle (Hrsg.), Was Kinder stärkt, S.192 - 211, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, 3. Aufl. 2008.
- Schigutt, R., Grundsätzliche Überlegungen zur gestalttherapeutischen Praxis, in: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrg.), Gestalttherapie, S. 197 - 207, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2004.
- Schmidt-Lellek, Ch., Gestalttherapie als dialogisches Verfahren, in: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrg.), Gestalttherapie, S. 53 – 76, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2004.
- Walsh, F., Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung, in: Rosmarie Welter-Enderlin & Brundo Hildenbrand (Hrsg.), Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände, Carl Auer, Heidelberg, 4. Aufl. 2012.
- Weinberger, D., Traumatherapie mit Kindern, Klett-Cotta, Stuttgart, 4. Aufl. 2011.
- Welter-Enderlin, R., Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie, in: Rosmarie Welter-Enderlin & Brundo Hildenbrand (Hrsg.), Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände, S. 7 – 19, Carl Auer, Heidelberg, 4. Aufl. 2012.
- Werner, E.E., Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen – und was man daraus lernen kann, in: Rosmarie Welter-Enderlin & Brundo Hildenbrand (Hrsg.), Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände, S. 28 – 42, Carl Auer, Heidelberg, 4. Aufl. 2012.
- Wustmann, C., Resilienz – Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co.KG, Berlin, 3. Aufl. 2011.