

KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE  
IM KONTEXT DER  
FREMDUNTERBRINGUNG

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang  
**Psychotherapie – Fachspezifikum Integrative  
Gestalttherapie**

eingereicht von

Sandra Schulz, BA

Department für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

an der Universität für Weiterbildung Krems

Betreuer/in: MMag.<sup>a</sup> Petra Klampfl, Msc

16.3.2023

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Sandra Schulz, BA, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

## SPERRE

### ACHTUNG:

Der Ausschluss der Benützung der Master-Thesis kann für längstens 5 Jahre beim Studienrechtlichen Organ beantragt werden, wenn glaubhaft gemacht wird, dass wichtige rechtliche oder wirtschaftliche Interessen des oder der Studierenden gefährdet sind, sollte diese sofort veröffentlicht werden.

Die vom Studienrechtlichen Organ genehmigte Sperre ist anstelle dieser Seite sowohl in der Print-Version als auch in der elektronischen Version einzufügen.

Der Antrag ist früh genug zu stellen, um dem Studienrechtlichen Organ ausreichend Zeit für die Bearbeitung und Retournierung des Dokumentes zu geben, (mindestens 2 Monate).

## DANKSAGUNG

Ich danke dem Team Roseldorf für die Unterstützung und die Prägung meiner Arbeitshaltung. Herrn BA Jonas Schober danke ich für die Starthilfe und Zuversicht.

Danke an Frau Mag.a Dr.in Katharina Gerlich von der Forschungsgreisslerei in Wien, vor allem für die Tage in Strobl.

Ein besonderes Dankeschön geht an meine sieben Interviewpartner\*innen für ihre Offenheit, das Wissen und die Zeit, die sie mir für diese Arbeit zur Verfügung stellten.

Danke sagen möchte ich meiner Master-Thesis Betreuerin Frau MMag.a Petra Klampfl, Msc für ihre Geduld und Begleitung.

Frau BA Josepha Biebl bin ich für ihre Flexibilität und Korrekturen zu Dank verpflichtet.

„Nicht, was wir erleben, sondern wie wir empfinden,  
was wir erleben, macht unser Schicksal aus.“

(Marie von Ebner-Eschenbach)

## ABSTRACT (DEUTSCH)

Hintergrund: Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Frage nach den Besonderheiten im psychotherapeutischen Arbeiten mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen. Sie beschreibt diese Klientel, stellt die therapeutischen Möglichkeiten, mit Bindungstrauma und Strukturschwäche zu arbeiten, dar und zeigt die Herausforderungen im psychotherapeutischen Arbeiten und Setting mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen auf.

Methode: Sieben erfahrene Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen aus dem humanistischen Cluster, die mit Kindern und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind, gearbeitet haben, werden in Leitfadeninterviews befragt. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt unter Entwicklung eines Kategoriensystems mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Diese zeigen, dass außer den traumatischen Vorerfahrungen, die zur Fremdunterbringung führen, auch die Fremdunterbringung selbst eine schwierige, traumatische Herausforderung für die Kinder und Jugendlichen ist, die im psychotherapeutischen Arbeiten zum Tragen kommt.

Schlussfolgerungen: Die phänomenologischen und dialogischen Methoden der Integrativen Gestalttherapie für Kinder und Jugendliche eignen sich sehr gut für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In der Literatur könnte eine weitere Forschung zum Thema Psychotherapie mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen für den therapeutischen Prozess ein differenzierteres und genaueres Bild ergeben.

### **Stichworte (Autorenschlagwörter):**

Fremdunterbringung, Kinder- und Jugendpsychotherapie, Integrative Gestalttherapie, therapeutischer Prozess, Bindungstheorie

## ABSTRACT (ENGLISCH)

**Background:** This master's thesis explores the specific characteristics of psychotherapeutic work with children and adolescents in care. It describes the clientele, and the potential and challenges of psychotherapy that addresses attachment trauma and structural weaknesses of looked-after children.

**Methods:** Semi-structured interviews were carried out with seven psychotherapists with expertise in working with children in care. Theory-driven categories were developed to carry out a qualitative content analysis (Mayring) of the transcribed interviews.

**Results:** Findings show that not only those stories of trauma that precede placement but also traumatic placement experiences themselves are important themes in the psychotherapeutic work with looked-after children.

**Conclusion:** Phenomenological and dialogic methods of Integrative Gestalt therapy are suitable for work with children and adolescents who have experienced trauma. More research is needed to further our understanding of those characteristics of psychotherapeutic processes with looked-after children that are beneficial to their development and wellbeing.

### **Keywords:**

Children in care, looked-after children, child and adolescent psychotherapy, Integrative Gestalt therapy, trauma, attachment theory

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER TEIL</b>	<b>1</b>
2.1	FRÜHE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN UND -DEFIZITE, KINDLICHE TRAUMATA UND DER GESTALT THERAPEUTISCHE BLICKWINKEL	2
2.1.1	<i>Bindung</i>	2
2.1.2	<i>Psychische Traumatisierungen in Kindheit und Jugend</i>	4
2.1.3	<i>Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung</i>	6
2.1.4	<i>Gestalttherapeutische Blickwinkel auf frühe Störungen</i>	7
2.1.5	<i>Strukturelle Entwicklungsschritte und Belastungsfaktoren</i>	11
2.2	THERAPIE BEI BINDUNGSTRAUMA UND STRUKTURSCHWÄCHE	12
2.2.1	<i>Strukturbezogene Psychotherapie</i>	12
2.2.2	<i>Therapeutische Prinzipien aus gestalttherapeutischer Sicht</i>	13
2.2.3	<i>Traumatherapie/Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen</i>	14
2.3	KINDER UND JUGENDTHERAPIE	15
2.3.1	<i>Geschichte der Entwicklung kindertherapeutischer Methoden</i>	15
2.3.2	<i>Besonderheiten und Herausforderungen der Kinder- und Jugendtherapie</i>	17
2.3.3	<i>Kinder und Jugendtherapie aus gestalttherapeutischer Sichtweise</i>	19
2.3.4	<i>Gestalttherapeutische Traumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen</i>	25
2.4	FREMDUNTERBRINGUNG	26
2.4.1	<i>Gesetzliche Grundlagen</i>	26
2.4.2	<i>Geschichtliches und Überlegungen zur Fremdunterbringung</i>	27
2.4.3	<i>Mögliche Auswirkungen einer Fremdunterbringung</i>	27
<b>3</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>28</b>
3.1	ENTSTEHUNG DES FORSCHUNGSINTERESSES UND FRAGESTELLUNG	28
3.2	ERHEBUNG UND EMPIRISCHES VORGEHEN	29
3.2.1	<i>Auswahl der Interviewpartner*innen</i>	32
3.2.2	<i>Beschreibung des Samplings</i>	33
3.3	ABWICKLUNG DER EXPERT*INNEN-INTERVIEWS	33
3.3.1	<i>Transkription der Interviews</i>	35
3.3.2	<i>Datenauswertende Analyse</i>	35
3.4	FORSCHERINNENREFLEXION	37

<b>4</b>	<b>ERGEBNISDARSTELLUNG</b>	<b>38</b>
4.1	ROLLE DES*DER THERAPEUT*IN	38
4.1.1	<i>Eigenschaften, die dem*der Therapeut*in hilfreich sind</i>	38
4.1.2	<i>Die Rolle des*der Therapeut*in als neutraler Raum und zusätzliche Ressource</i>	40
4.1.3	<i>Beziehungsangebot und Entwicklungsbegleitung</i>	41
4.2	CHARAKTERISTIKA DER KLIENT*INNEN/FREMDUNTERGEBRACHTER KINDER UND JUGENDLICHER	42
4.2.1	<i>Spezifische Eigenschaften, Erlebnisse und Verhaltensweisen</i>	42
4.2.2	<i>Unterschiede bezüglich des Alters der Klient*innen</i>	45
4.2.3	<i>Erlebte Beziehungsabbrüche und Traumatisierungen und daraus resultierende Traumata</i>	47
4.2.4	<i>Sonstige tendenzielle Unterschiede zu Kindern und Jugendlichen, die bei den Eltern wohnen</i>	49
4.3	BESONDERHEITEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ARBEITENS MIT FREMDUNTERGEBRACHTEN KINDERN UND JUGENDLICHEN	51
4.3.1	<i>Rahmenbedingungen, die ein psychotherapeutisches Arbeiten ermöglichen</i>	51
4.3.2	<i>Die Besonderheit des Umfelds WG</i>	53
4.3.3	<i>Auseinandersetzung mit dem Herkunftssystem</i>	54
4.3.4	<i>Herausforderungen auf der Beziehungsebene und Entwicklungsförderung mit Hilfe der therapeutischen Beziehung</i>	57
4.4	ASPEKTE DER KOOPERATION UND VERNETZUNG IM HELFERSYSTEM, SETTING UND RAHMENBEDINGUNGEN, DIE SICH DURCH DIE FREMDUNTERBRINGUNG ERGEBEN	59
4.4.1	<i>Vernetzung mit dem Helfersystem: Kooperation, Fallverlaufskonferenzen, Elternkontakt, Pflegeeltern</i>	60
4.4.2	<i>Stützung, Entlastung, Erwartungen im Helfersystem durch die Zusammenarbeit professioneller Fachkräfte</i>	63
4.4.3	<i>Wie entsteht die Kooperation: Erstgespräch, Anamnese und Finanzierung</i>	65
4.5	BEGLEITERSCHEINUNGEN DER FREMDUNTERBRINGUNG	68
<b>5</b>	<b>DISKUSSION UND CONCLUSIO</b>	<b>69</b>
5.1	ZENTRALE ERGEBNISSE DER EXPERT*INNEN/ RÜCKBINDUNG AN DEN INTERVIEWLEITFADEN	70
5.1.1	<i>Komplexität der Problematik</i>	70
5.1.2	<i>Herausnahme aus dem Familiensystem</i>	70
5.1.3	<i>Hauptaufgabe der Therapie: Stärkung des Kindes statt Veränderung im System</i>	71
5.1.4	<i>Herausforderungen der Fremdunterbringung</i>	72
5.2	ÜBERPRÜFEN DER VORANNAHMEN ANHAND DER DATENLAGE DER INTERVIEWS	72
5.2.1	<i>Therapeutische Prozesse/Therapeutisches Arbeiten</i>	72
5.2.2	<i>Kooperation, Vernetzung, Austausch, Rahmenbedingungen</i>	75
5.2.3	<i>Begleiterscheinungen der Fremdunterbringung</i>	78
5.3	FORSCHUNGSFRAGE UND LITERATUR	79
5.3.1	<i>Rolle der Therapeut*innen</i>	79



5.3.2	<i>Psychotherapeutisches Arbeiten</i>	81
5.3.3	<i>Charakteristiken der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen</i>	82
5.3.4	<i>Zusammenarbeit im Helfersystem</i>	84
5.3.5	<i>Setting</i>	85
5.3.6	<i>Loyalitätskonflikte</i>	85
5.3.7	<i>Sicherer Ort</i>	86
5.3.8	<i>Herausforderungen der Fremdunterbringung</i>	87
5.4	LIMITATIONEN UND AUSBLICKE	88
5.5	PERSÖNLICHES FAZIT	89
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>92</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG</b>	<b>101</b>
7.1	FORMEN VON PSYCHISCHEN TRAUMATISIERUNGEN NACH WÖLLER	101
7.2	PRINZIPEN DER KINDERTHERAPIE NACH OAKLANDER	102
7.3	EIGENSCHAFTEN SOZIALPÄDAGOGISCHER WOHNGEMEINSCHAFTEN ALS FORM DER FREMDUNTERBRINGUNG	103
7.4	ANALYSESCHRITTE DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE NACH MAYRING	104
7.5	KATEGORIENSYSTEM	105
7.6	INTERVIEWLEITFADEN	106

## **1 Einleitung**

Nach dem sozialpädagogischen Kolleg studierte ich Pädagogik und Sonder- und Heilpädagogik mit dem Schwerpunkt psychoanalytische Pädagogik. Im Kolleg für Sozialpädagogik setzten wir uns bereits mit August Aichhorn und dem therapeutischen Milieu in Einrichtungen der Fremdunterbringung auseinander. Danach absolvierte ich das Propädeutikum mit einem Praktikum im Kinderschutzzentrum Wien, wo ich bereits einiges an Kindertherapie miterleben durfte. Im November 1999 begann ich in der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft Roseldorf und seit 2002 arbeite ich mit Kindern in der WG Roseldorf auch im Einzelsetting. Alle Kinder und Jugendlichen der WG Roseldorf gehen in Psychotherapie und es findet ein reger Austausch mit den Psychotherapeut\*innen statt. Im Jahr 2015 begann ich meine Ausbildung zur Integrativen Gestalttherapeutin und, als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision mit Kindern und Jugendlichen arbeitend, fiel mir auf, was ich als unterstützend von Eltern fand und was meine Arbeit schwieriger machte. Ich erkannte die Wichtigkeit des Zusammenspiels zwischen Therapeut\*in und den zuständigen Bezugspersonen für den therapeutischen Prozess.

In dieser Masterarbeit werden die Besonderheiten psychotherapeutischen Arbeitens mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen aus der Sicht der Psychotherapeut\*innen dargelegt. Dazu wurden sieben Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen aus dem humanistischen Cluster befragt und die Ergebnisse wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt. In der Literatur der Kinder- und Jugendpsychotherapie spiegelt sich diese Fragestellung nicht klar wider und so versucht diese Masterthese die Forschungslücke zu füllen und in der Zusammenschau mit der Literatur Ergebnisse der Interviews zu untermauern, Verbindungen zur Bindungstheorie und zur Theorie der Traumafolgestörungen herzustellen, sowie die Möglichkeiten und Methoden der gestalttherapeutischen Kinder- und Jugendtherapie aufzuzeigen.

## **2 Theoretischer Teil**

Im theoretischen Teil der Arbeit werden die Besonderheiten, frühe Entwicklungsnachteile und mögliche Bindungsdefizite und Traumatisierungen von

Kindern und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind, beschrieben. Dazu werden therapeutische Konzepte mit besonderem Augenmerk auf die Kinder- und Jugendpsychotherapie aus gestalttherapeutischer Sicht vorgestellt. Im letzten Theoriekapitel wird das Konzept der Fremdunterbringung in Österreich dargestellt, das zum Tragen kommt, wenn Eltern ihre Aufgabe als stabile emotionale Bezugspersonen nicht wahrnehmen können.

## **2.1 Frühe Entwicklungsstörungen und -defizite, kindliche Traumata und der gestalttherapeutische Blickwinkel**

Es gibt wenige Überlieferungen über lebensgeschichtliche Risiken und Traumatisierungen von Kindern und darüber, wie diese in der Gesellschaft wahrgenommen wurden. Die Ausbeutung durch Arbeit oder die Durchsetzung des totalen Gehorsams dagegen spielen in der Geschichte der Pädagogik schon früh eine Rolle. Bis in das zwanzigste Jahrhundert war jedoch die Sorge um Kinder auf verwaiste und ausgesetzte Kinder beschränkt (Weiß, 2009, S. 68). In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden erste Gesellschaften, die Grausamkeiten gegenüber Kindern bekämpften, gegründet und in Frankreich zur selben Zeit die ersten Kinderschutzvereine eröffnet. Hundert Jahre später erwacht das Interesse am Schutz der Kinder neu und es wurde vorsichtig diskutiert, dass Blutergüsse und Knochenfrakturen von Kindern selten ohne Vorgeschichte körperlicher Traumatisierung möglich sein können. Ebenso wurden andere Formen von Traumatisierungen, z.B. Vernachlässigung, wahrgenommen und die Ursachen dazu erforscht. John Bowlby beschäftigte sich mit Trennungen und deren Bedeutung für die kindliche Entwicklung und entwickelte 1975 in London die Bindungstheorie, die im folgenden Kapitel beschrieben wird.

### **2.1.1 Bindung**

Die Bindungstheorie besagt, dass der Säugling im Laufe der ersten Lebensjahre eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson entwickelt. Dies geschieht auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems und drückt sich darin aus, dass der Säugling nach der Bindungsperson sucht, dass er sich festklammert, ihr nachläuft, weint und durch die Trennung von dieser sich bedroht fühlt (Brisch, 2006, S. 222). Wenn die Hauptbindungsperson nicht erreichbar ist, so können

auch sekundäre Bezugspersonen ersatzweise aufgesucht werden. Werden die Bedürfnisse des Säuglings befriedigt, so beruhigt sich das Bindungssystem und als Ergänzung zum Bindungssystem kann das System Exploration aktiviert werden. Ohne sichere Bindung ist kaum Exploration möglich.

Bessel van der Kolk schreibt (2015) in seinem Buch „Verkörperter Schrecken“:

Kinder entwickeln eine Bindung zu ihren primären Bezugspersonen und die Qualität dieser Bindung, ob sie sicher oder unsicher ist, wirkt sich auf das ganze Leben dieser Personen sehr stark aus. Eine sichere Bindung entsteht dann, wenn die Bezugsperson „auf emotionale Einstimmung achtet“. (S.136)

Diese emotionale Einstimmung beginnt „auf der subtilsten Ebene der Interaktion und vermittelt dem Baby das Gefühl in seinen Bedürfnissen wahrgenommen und verstanden zu werden“ (ebd.).

Die Verfügbarkeit und Feinfühligkeit früher Bezugspersonen ist für die Ausbildung sicherer Bindungen ausschlaggebend. Bei einer passenden Erfassung der Signale von kindlichem Stress durch frühe Bezugspersonen können sich „Strategien der Stressregulierung entwickeln, die in inneren Arbeitsmodellen von Bindung gespeichert werden“ (Bowlby, 1969/2006, zitiert nach Wöller, 2013, S.56).

Wichtige Bindungskomponenten sind Resilienz und Co-Regulation. „Die Wurzeln der Resilienz . . . sind in dem Gefühl zu suchen, von Geist und Herz eines liebevollen, eingestimmten und selbstbeherrschten Anderen verstanden zu werden und darin geborgen zu sein“ (Fosha, zitiert nach van der Kolk, 2015, S. 129). Diese andere fürsorgliche erwachsene Person, die dem Kind das gibt, was es zum Überleben braucht, ist damit auch für die externe Regulation des kindlichen Nervensystems, für die „Co-Regulation“ (Kain & Terrell, 2020, S. 31) verantwortlich. Wie wichtig die Regulation der kindlichen Physiologie für den Bindungsprozess ist, erforschte zuerst Bowlby. Inzwischen ist die Wichtigkeit der Rolle der Co-Regulation seitens der Bezugsperson unbestritten. Die Regulation bezieht sich nicht nur auf die Physiologie des vegetativen Nervensystems, sondern auch auf die emotionale Steuerung der Affekte. „Man versteht darunter die Fähigkeit, den eigenen emotionalen Zustand zu

steuern und sich in Zeiten stärkerer Emotionalität – d.h. bei Angst, Traurigkeit, Wut oder Frustration – wieder zu beruhigen“ (Kain & Terrell, 2020, S. 32). Säuglinge können ihre Emotionen noch nicht regulieren, sondern sie drücken sie unmittelbar und stark aus. Die Interaktion zwischen dem Kind und Bezugspersonen entscheidet, ob das Kind später einmal fähig sein wird, seine Emotionen selbst zu regulieren. Co-Regulation ermöglicht eine effektive Selbstregulation. In Beziehungen und in Stresssituationen ist es wichtig, sich auf seine Regulationsfähigkeit verlassen zu können, denn man braucht sie, um mit Schwierigkeiten fertig zu werden, um sich sicher zu fühlen und resilient zu werden und zu bleiben. „Eine gesunde Bindung befähigt das Kind zur Selbstregulation, es bekommt Vertrauen in die gemeinsame Erfahrung von Co-Regulation und Verbundenheit“ (Kain & Terrell, 2020, S. 34). Die von Bowlby (1969) erarbeiteten Bindungskomponenten Zufluchtsort, sichere Basis, beständige Nähe, Trennungsstress eignen sich als Leitfaden, wie die Behandler\*innen, Therapeut\*innen ihre Interventionen am besten gestalten können (Kain & Terrell, 2020, S. 26).

Werden Kinder mit einem desorganisierten Bindungsstil nicht therapiert, behalten sie ihn im Erwachsenenalter bei und begegnen ihren eigenen Kindern chaotisch und unberechenbar und erreichen bei ihren Kindern wieder ein desorganisiertes Bindungsmuster. Aber kein Bindungsstil, auch nicht der desorganisierte, muss ein Leben lang gleichbleiben. Ausschlaggebend dafür ist die Fähigkeit, die eigene Vergangenheit zu durchschauen und korrigierende Erfahrungen zu machen (Kain & Terrell, 2020, S. 60).

### ***2.1.2 Psychische Traumatisierungen in Kindheit und Jugend***

In den USA wurden wichtige Erkenntnisse über die Auswirkung sexueller und anderer Traumata auf die Entwicklung von Kindern gewonnen. Amerikanische Psychiater\*innen und Vertreter\*innen der humanistischen Psychologie, unter anderem Lenore Terr (1991), erarbeiteten Entwicklungskonzepte, die den Einfluss von Traumata auf die psychische Struktur des Menschen und auf Blockaden in der Entwicklung von traumatisierten Menschen erfassen (Weiß, 2009, S. 71).

Terr (1991) unterscheidet im Zuge ihrer Forschung zu den Einflüssen traumatischer Ereignisse auf die kindliche Psyche zwischen Typ-I- und Typ-II-Traumen. Typ-I-

Traumen sind plötzlich und einmalig wie Unfälle, Naturkatastrophen oder der Tod einer Bezugsperson. Typ-II-Traumen sind chronisch und kumulativ wie Krieg oder im personalen Nahbereich Kindesvernachlässigung.

Kinder, die fortwährend Misshandlungen, Missbrauch, Vernachlässigung, Entwertung und fehlende Geborgenheit erfahren, entwickeln Traumatisierungen (Typ-II-Traumen), die sich auf die gesamte Entwicklung von Psyche und Gehirn auswirken (Wöller, 2013, S. 24). Zu langandauernden Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend gehören eine Vielzahl an schädigenden Einflüssen, die sich im primären Beziehungsumfeld ereignen. Diese sind laut Wöller (2013, S. 7) Folgende:

- Andauernde Entwertungen und Überforderungen
- Situation des Alleinseins und der fehlenden Geborgenheit
- Emotionale Vernachlässigung
- Inkonsistentes oder vernachlässigendes Verhalten
- Frühe Verluste wichtiger Bezugspersonen

Diese Polytraumatisierungen können gleichzeitig oder hintereinander auftreten und verstärken sich und passieren vor allem in zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese sind zumeist Eltern-Kind-Beziehungen, die vom Machtgefälle geprägt sind: „Die traumatisch bedingte Orientierungsstörung, die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses ist in diesem Fall äußerst nachhaltig, da das Urvertrauen in die Zuverlässigkeit sozialer Beziehungen generell erschüttert werden kann“ (Fischer & Riedesser, 2020, S. 156).

Traumata außerhalb der Familie wirken sich für die Entwicklung des Kindes weit weniger schädlich aus, da die wesentlichen Bezugspersonen der Familie als schützende Faktoren erhalten bleiben (Fischer & Riedesser, 2020). Bei innerfamiliären Übergriffen kommt es zu einer tiefgreifenden Destabilisierung und großer Verwirrung des Kindes. Durch die mangelnde Vorerfahrung und die noch in Reifung befindliche Kognition können Kinder traumatische Ereignisse schwerer einordnen und verarbeiten.

Psychische Traumatisierungen als Vernachlässigungen und Misshandlungen können nach Wöller (2013, S. 27) in verschiedenen Formen auftreten: als körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung, als sexuelle Traumatisierung oder als emotionale Traumatisierung (siehe Anhang 7.1).

Die Kategorie emotionale Traumatisierung umfasst Bindungstraumatisierungen: Eine Vielzahl an Verlusten und Trennungen kann emotional traumatisierend wirken, ebenso wenn elementare Bedürfnisse des Kindes nicht beantwortet werden. Von Deprivation spricht man bei mangelnder Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, bei unzureichender elterlicher Aufsicht, wenn Bezugspersonen die emotionalen Probleme der Kinder nicht ernst nehmen und herunterspielen, wenn ein unzureichendes und ständig wechselndes Beziehungsangebot besteht (Wöller, 2013, S. 27).

### **2.1.3 Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung**

Die Nichtverfügbarkeit stabiler Bindungspersonen erhöht nicht nur das Traumarisiko, sondern stellt auch selbst ein Traumarisiko dar und erschwert viele Bewältigungschancen im weiteren Leben (Gahleitner et al., 2022, S. 19). Aufgrund der wechselseitigen Beziehung zwischen Trauma und Entwicklung, der Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung als zentrale Bedingung für Krankheit, Gesundung und ganzheitliche systemische Selbstregulation entstand ein neues Konzept, das sich auf das gesamte Spektrum traumatischer Belastungen bezieht (Weiß, 2009, S. 72). Fischer und Riedesser (2020) sprechen daher von einer „psychotraumatischen Belastungsstörung“ (S.41) anstelle von posttraumatischer Belastungsstörung, „um zu verdeutlichen, dass dies keine Störung ist, die nach einer Situation zurückbleibt, sondern eine Einwirkung, die ohne Hilfe bleibend in der Psyche fortwirkt“ (Weiß, 2009, S. 71). In der neueren Psychotraumatologie wird diagnostisch der Begriff DESNOS (Disorder of Extreme Stress Non Otherwise Specified) verwendet, um den durch dauerhaften traumatischen Stress aufgrund von Multitraumen verursachten Veränderungen vieler Bereiche der Persönlichkeit Rechnung zu tragen (Besser, 2006, S. 151, zitiert nach Weiß, 2009, S. 71).

Dazu gibt es auch modifizierte Kriterien, die auf Kinder und Jugendliche abgestimmt sind:

- Gestörte Affektregulierung und Affekttoleranz
- Selbstdestruktives, bei älteren Kindern und Jugendlichen suizidales Verhalten
- Schwierigkeiten im Bereich der kindlichen Hingabefähigkeit
- Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins, insbesondere dissoziatives Verhalten

- Persönlichkeitsfehlentwicklungen
- Veränderung der Bedeutungssysteme von Kind und Familie (Krüger, 2016, S. 60)

Traumatisierte Kinder und Jugendliche, vor allem andauernd und mehrfach traumatisierte, sind massiven Beeinträchtigungen ausgesetzt, die das Selbstbild und die Beziehungsmuster beeinflussen und damit die Persönlichkeitsentwicklung. Aus diesem Grund gibt es neuere Fragestellungen der Forschung zu kindlichen Traumata, die transgenerationale Aspekte miteinbeziehen sowie Beziehungen unter Gleichaltrigen, ebenso das schulische Umfeld, Strategien zur Prävention und Interaktion sowie spezifische Entwicklungskonsequenzen wie ein höheres Risiko für eine erneute Traumatisierung (Hermann, 1994, zitiert nach Weiß, 2009, S. 72). Streeck-Fischer (2014, S. 124) schreibt, dass man es bei Jugendlichen mit traumatischen Belastungen in der Entwicklung mit einer Kombination von Traumareaktionen, Traumaverarbeitung und Entwicklungsstörungen zu tun hat. Frühe komplexe Traumatisierungen erzeugen nicht nur pathologische Objektbeziehungen, sondern auch traumatische Reinszenierungen. Die beeinträchtigte Selbst-, Affekt- und Impulsregulation führt dazu, dass sich die Kinder/Jugendlichen so verhalten, als sei die Vergangenheit gegenwärtig und es wird gehandelt, statt sich mit Worten mitzuteilen (ebd., S. 126).

Traumatische Erfahrungen unterliegen jedoch nach einem humanistischen Verständnis einem lebenslangen Prozesscharakter und sind stetig im Fluss. Die verbundenen Erlebens- und Verhaltensmuster hängen neben individuell geprägten Umständen von konkreten Erfahrungen ab, welche diese Kinder und Jugendlichen in ihrem Leben machen und somit können neue Narrationen entstehen, die in die psychische Struktur eingebaut werden können (Gahleitner et al., 2022, S. 14).

#### ***2.1.4 Gestalttherapeutische Blickwinkel auf frühe Störungen***

Die Gestalttherapie ist ein klassisches humanistisches Therapieverfahren. Der Begriff „Gestalt“ steht für den Prozess, wie sich „ganzheitliches Erleben und Verhalten organisiert“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 9). Wenn Organismen, auch Familien, als Gestalten betrachtet werden, sind sie von innen bestimmt, sich selbst organisierend, indem alle Teile des Ganzen miteinander vernetzt sind (ebd.). Während



des gesamten Lebens konstruiert und organisiert das Kind aktiv die Natur seiner Erfahrung innerhalb gegebener Umweltbedingungen. Während Bewusstsein eine organismische Gegebenheit ist, konstruiert und integriert das Kind Erfahrungen von frühester Kindheit an. Jedes Kind, egal welchen Alters, agiert mit seiner Umwelt, um seine organismischen Bedürfnisse für das Überleben zu befriedigen (Carroll, 2017, S. 570).

**2.1.4.1 Kontakt-Support-Konzept.** Die Entwicklung von Selbstregulation und Selbstfürsorge in der Integrativen Gestalttherapie kann über das Konzept der Selbststützung verstanden werden (Klampfl, 2016, S. 84). Die Selbststützung einer Person beinhaltet alle organisierenden Stützfunktionen des organismischen Hintergrundes. Stützung sind angeborene Fähigkeiten sowie durch Kontakt mit anderen Menschen Gelerntes (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 71). Stützung ist der gesamte Hintergrund, vor dem sich die aktuelle Erfahrung hervorhebt, eine Gestalt bildet und die Integration von Erfahrungen erleichtert: „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“ (L.Perls, 2005, S. 111).

„Kontakt und Stützung stehen in einem Figur-Grund-Verhältnis zueinander. Kontakt ist immer im Vordergrund und kann nur Gestalt werden, wenn die Stützung als organismischer Hintergrund andauernd verfügbar ist“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 75). Ein dysfunktionaler Hintergrund beeinträchtigt den Kontakt und führt zu Störungen in der Integration ebenso wie in der Organisation von erfahrenen Erlebnissen. Gestalt ist eine Figur im Vordergrund, die sich vom Hintergrund abhebt (L. Perls, 2005, S. 107). Figuren treten beispielsweise als Bedürfnisse in den Vordergrund. Wenn sie feinfühlig vom Gegenüber erkannt werden, so gelingt eine Bedürfnisbefriedigung und man spricht von einer geschlossenen Gestalt. Werden Bedürfnisse nicht adäquat beantwortet, so kann es zu einer Blockade, einer fixierten Gestalt kommen, wie z.B. schwierigen Beziehungen und unerfüllten Wünschen (Abram, 2013, S. 47).

Eine eingeschränkte Fähigkeit zur Affektregulierung als Stützfunktion des organismischen Hintergrunds führt dazu, in Konfliktsituationen eher nicht

deeskalierend handeln zu können (Votsmeier-Röhr & Wolf, 2017, S. 75). Die Voraussetzungen für einen gelingenden Kontakt bilden die Selbststützung und die jeweiligen Stützfunktionen wie eigene Ressourcen, Fähigkeiten und Erfahrungen (auch Bindungserfahrungen).

**2.1.4.2 Organismus/Umwelt-Feld.** Ein weiterer Begriff aus der Integrativen Gestalttherapie, der die Ganzheit in sich trägt, ist das Feld. Jeder Mensch ist in seine Umwelt eingebettet und steht mit ihr in ununterbrochener Wechselwirkung. Beim Begriff Organismus-Umwelt-Feld gibt es in der Literatur unterschiedliche Schreibweisen und Deutungsweisen. In der Gestalttherapie bedeutet das Feld, dass Phänomene nicht isoliert dastehen und sie bilden nur dann eine sinnvolle Gestalt, wenn man sie in ihrem Umfeld begreift. Es findet ein ständiger Austausch zwischen Organismus und Umwelt statt (Blankertz & Doubrawa, 2017, S. 196). Die dynamische Gestalt ist ein wesentliches Merkmal eines Feldes. Ein Feld ist „ein systematisches Beziehungsgeflecht“, eine „Gesamtheit von sich gegenseitig beeinflussenden Kräften, die gemeinsam eine einheitliche interagierende Ganzheit bilden“ (Yontef, 1999, S. 152). Die Grundfrage, die sich ergibt, ist jene, inwieweit das Umfeld des Kindes die für seine Entwicklung notwendigen Anforderungen schafft und die dafür notwendigen Formen von Support/Stütze zur Verfügung stellen kann (Thiel, 2018, S. 413). Die Eltern und nahen Bezugspersonen vermitteln durch ihre Worte und ihr Handeln dem Kind die Welt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Entwicklung im gestalttheoretischen Blickwinkel immer im Austausch mit der Umwelt, also im Kontakt, stattfindet. „Der Organismus antwortet auf eine Situation“ (Perls 1978, zitiert nach Carroll, 2017, S. 569). Die Kontaktgestaltung zwischen dem Kind und der Bezugsperson prägt die Persönlichkeit, jedoch finden lebenslang Entwicklungsprozesse statt, wodurch Veränderung möglich bleibt.

**2.1.4.3 Gesundheit und Krankheit in der Integrativen Gestalttherapie.** Aus gestalttherapeutischer Sicht spricht man von Krankheit, wenn der Kontaktprozess im Organismus/Umwelt-Feld gestört ist. Unter dem Einfluss von Petzolds Theorie hat die Integrative Gestalttherapie in ihrem Krankheitsverständnis die „Entwicklungsgeschichte der Anpassungsmuster“ (Neumayr, 2016, S. 19) im Fokus.

Es gilt der lebensgeschichtliche Hintergrund, das „wie“ jemand geworden ist durch erprobte Traumata, Defizite, Störungen oder Konflikte in den Beziehungserfahrungen und nicht, warum jemand so geworden ist.

Gesundheit ist kein Zustand, sondern ein Prozess von gelingender Gestaltung und auch Bewältigung von positiven und negativen Ereignissen im Leben. Alle Erfahrungen, positive, negative oder defizitäre, bestimmen über die Persönlichkeitsentwicklung und dadurch auch über Gesundheit und Krankheit. Es treffen Nachwirkungen aus der Vergangenheit, Wirkungen aus der Gegenwart und Erwartungen an die Zukunft zusammen und die aktuelle Symptomatik ist das Zusammenspiel der verschiedenen Wirkungen (Petzold, 1993, zitiert nach Richter 2003, S. 50). Petzold unterscheidet folgende pathogen wirkende Einflussfaktoren:

- genetische Faktoren
- mehrfache Schädigungen: eine Ansammlung von Belastungen
- Mangel an Entlastung und Kompensation
- negatives Selbstkonzept
- Negativkarriere: Anhäufung von Risikofaktoren im Lebenslauf
- auslösende Faktoren in der Gegenwart

Um besser erfassen zu können, welche Arten von Schädigungen es zwischen dem Individuum und der Umwelt geben kann, unterscheidet die Krankheitslehre der Integrativen Gestalttherapie und Integrativen Therapie vier Schädigungsformen durch inadäquate Stimulierungen: Überstimulierung, Unterstimulierung, inkonstante oder konträre Stimulierung (Klampfl, 2016, S. 85).

Überstimulierungen können einzelne Ereignisse sein, vor allem sind es aber langanhaltende, immer wiederkehrende Ereignisse im Kontakt mit anderen Menschen, also schädigende Beziehungen. Unterstimulierungen oder Defizite resultieren aus langanhaltenden Defiziten im emotionalen Kontakt, in der Resonanz in den ersten Lebensjahren, da dort die Grundstrukturen für weitere Gefühlsmuster gelegt werden. Inkonstante und uneindeutige Stimulierungen führen zu Störungen im Erlebnis und Verhaltensablauf. Konträre Stimulierungen erzeugen Konflikte, die zumeist aus Defiziten und der daraus sich ergebenden Angst entstehen (Rahm et al., 1995, S. 282).

### **2.1.5 Strukturelle Entwicklungsschritte und Belastungsfaktoren**

Die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf, 2013, S. 14) beschreibt die strukturellen Entwicklungsschritte anhand der Entwicklungsthemen Nähe, Bindung, Autonomie und Identität. Diese bleiben in unterschiedlicher Ausprägung für die weitere Entwicklung von Bedeutung. Strukturelle Funktionen entwickeln sich aus der Matrix der Beziehungserfahrungen zwischen Kind und Bezugspersonen und Kinder erfahren ein körperlich-leibliches Erleben mit sich und anderen, einen kommunikativen Austausch und die Verinnerlichung und Emotionalisierung nach innen und nach außen. Es entstehen kognitives Wissen über sich und andere sowie emotionale Beziehung zu sich und anderen (ebd.).

Traumatisierungen innerhalb der Familie sind nach Rudolf (2013, S. 23) eine der wesentlichen Ursachen eingeschränkter struktureller Reifung. Sie prägen die späteren Möglichkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen. Wiederholte reale Beziehungserfahrungen in der Kindheit – wenn ein Kind von seinen Bezugspersonen misshandelt wird, wenn Grundbedürfnisse des Kindes missachtet werden, elterliche Zuwendung fehlt oder gar Entwertung stattfindet – können zu kumulativen Traumatisierungen führen (Votsmeier, 2017, S. 723).

Familiäre Belastungsfaktoren nach Rudolf (2013, S. 23) sind unter anderem:

- Konflikthafte Beziehungsgestaltung in der Elternfamilie: Es kommt zu einer emotionalen Überforderung des Kindes.
- Psychische/Soziale Belastung der Bezugsperson/Elternfamilie: Das Kind wird in der Entwicklung emotional vernachlässigt oder zu wenig gefördert.
- Das Kind bleibt ungeschützt, wird körperlich misshandelt oder missbraucht.
- Transgenerative Weitergabe traumatischer Erfahrungen

Es gibt mittlerweile eine Fülle empirischer Befunde, die einen Zusammenhang zwischen Entwicklung struktureller Fähigkeiten (z.B. Selbstregulierungsfähigkeit, Empathiefähigkeit, selbstreflexive Fähigkeit, Bindungsfähigkeit beim Kind) und familiären Belastungsfaktoren auf der anderen Seite bestätigen (Rudolf, 2013, S. 21). Längsschnittstudien haben enge Zusammenhänge zwischen den Bindungsmustern der Eltern und denen ihrer Kinder erbracht (OPD-KJ, 2007, S. 38).

## **2.2 Therapie bei Bindungstrauma und Strukturschwäche**

In diesem Kapitel werden die besonderen Herausforderungen z.B. bezüglich der Haltung und des therapeutischen Vorgehens für Therapeut\*innen im Umgang mit psychischen Traumatisierungen hervorgehoben. In den ersten Unterkapiteln gilt dies für Klientel aller Altersstufen, im Kapitel Traumatherapie wird auch speziell auf Kinder und Jugendliche eingegangen.

### **2.2.1 Strukturbezogene Psychotherapie**

In der strukturbezogenen Psychotherapie soll Selbstwirksamkeit und Beziehungsregulation mit abgestimmten therapeutischen Interventionen unterstützt werden (Klampfl, 2016, S. 101). Die therapeutische Haltung im Umgang mit strukturell beeinträchtigter Klientel erfordert, diese so anzunehmen, wie sie ist. Das bedeutet, auf Beziehungsangebote normal zu reagieren und behilflich zu sein, Dinge auszudrücken und zu formulieren. Der\*die Therapeut\*in übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen und es wird eine gleichberechtigte partnerschaftliche Zusammenarbeit angestrebt und geteilte Verantwortung für das therapeutische Vorgehen, wobei regelmäßig in die Stunden zu kommen, die Verantwortung des\*der Klient\*in ist (Rudolf, 2013, S. 123). Weitere Stichworte von Rudolf (2013, S. 126), die die therapeutische Haltung verdeutlichen sind: sich einstellen, Anteilnahme, Respekt, interessierte Aufmerksamkeit und ernst nehmen. Je nach Störungsgrad und Prozess können dabei unterschiedliche Haltungen eingenommen werden und hilfreich sein:

- „Sich „hinter“ die Person stellen (stützend): Identifizierung/Containing/Hilfs-Ich/Unterstützung
- Sich „neben“ die Person stellen (begleitend): zusammen mit der Person deren Situation als Drittes untersuchen
- Sich der Person „gegenüber“ stellen (konfrontieren): Spiegelung/Antwort/Konfrontation (mit Aspekten der Realität und eigener Verantwortung)“ (Rudolf 2013, S. 126, zitiert nach Klampfl, 2016, S. 101)

Ziel ist es, dass der\*die Klient\*in das jeweilige Verhaltensmuster als Eigenes akzeptiert und Verantwortung übernimmt und so können alternative Lösungen gefunden werden. Rudolf (2013, S. 137) formuliert weitere Therapieziele:

- eine realistische Wahrnehmung von sich selbst und anderen und Worte finden für innere Vorgänge
- die Regulierungsfähigkeit und Abgrenzungsfähigkeit erhöhen: Affekte aushalten, Impulse steuern
- die emotionale Involviertheit erhöhen: sich ausdrücken können und emotional berühren lassen
- positive Beziehungserfahrungen annehmen und in sich bewahren können: sich nicht von negativen Erfahrungen überwältigen lassen

Die psychische Struktur und die aktuell wirksamen innerpsychischen Konflikte werden in der Beziehung zum\*zur Therapeut\*in sichtbar.

### ***2.2.2 Therapeutische Prinzipien aus gestalttherapeutischer Sicht***

„Grundprinzipien der Gestalttherapie wie die therapeutische Beziehung als heilende Begegnung, das Bewusstheit fördernde Arbeiten im Hier und Jetzt, einschließlich der Bewältigung akuter Symptome und das Schließen von offenen Gestalten, werden einer traumabedingten Störung optimal gerecht“ (Butollo et al., 1998, S. 53).

In der Arbeit mit Menschen, die an strukturell bedingten Störungen leiden, sind laut Votsmeier (2017, S. 731) integrationsfördernde Strategien und das Ermöglichen von neuen und korrigierenden Erfahrungen mit anderen Menschen wichtig. Dies dient dazu, neue Bewältigungserfahrungen in Problemsituationen zu verinnerlichen. Laut Schön (2008, S. 209) geht es in den psychotherapeutischen Prozessen zunächst um den Wiederaufbau der Resonanzfähigkeit, um das Wiederbeleben der Selbstregulierungsfähigkeit und um die differenziertere Wahrnehmung. „Traumabedingte Störungen sind letztlich Störungen der Kontaktfunktionen (Sinn, Sprache, Berührung, Mimik, Gestik), denn da, wo die Grenze so massiv verletzt wurde wie nach einer Traumatisierung, sind verzweifelte Versuche, diese Grenze zu stärken, die Regel“ (Butollo, 1998, S. 100, zitiert nach Schön, 2008, S. 209).

Der Aufbau einer sicheren therapeutischen Beziehung in einer sicheren Atmosphäre in einem als sicher wahrgenommen Therapieraum ist die Basis der therapeutischen Arbeit (Schön, 2008, S. 211). Maggie Kline (2019, S. 62) beschreibt ebenso, dass es ohne die Stabilität einer soliden therapeutischen Beziehung für

Klient\*innen, die unter einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung leiden, sehr schwer ist, Empfindungen und Gefühle zu erforschen. Sie sieht die grundlegenden Eigenschaften einer gesunden Beziehung als Voraussetzung für Gesundheit, Glück und Verbundenheit im ganzen Leben und sagt, dass sich der Bruch einer sicheren Bindung in frühen Lebensjahren in jedem Alter heilen lässt. Das System für soziale Verbundenheit kann durch Interventionen reifen, und so verhält es sich auch mit der Resilienz, die es möglich macht, dass wir uns von den Wechselfällen des Lebens erholen (ebd., S. 63).

Im therapeutischen Prozess mit strukturell geschädigten Menschen findet immer eine flexible Anpassung an die zu erfüllenden Anforderungen statt. Wöller (2013, S. 223) beschreibt verschiedene Therapiephasen, welche unterschiedlich lange dauern können. Die erste Phase beinhaltet Sicherheit, Halt und Stärkung der Bewältigungskompetenz und kann bei Bindungstraumatisierungen besonders lange anhalten, die zweite Phase verfolgt das Ziel autonomer Emotionsregulierung und in der dritten Phase soll der Aufbau stabiler psychischer Repräsentanzen gelingen. Die vierte Phase ist der Trauma-Aufarbeitung gewidmet, die fünfte Phase beinhaltet Konfliktbearbeitung.

### ***2.2.3 Traumatherapie/Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen***

In traumatherapeutischen Ansätzen, zum Beispiel der psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie nach Reddemann, werden häufig ressourcenorientierte Techniken und Übungen für innere Distanzierungen und Selbstregulation und Selbstberuhigung eingesetzt wie „Wohlfühlort“, „Innere Helfer“, „Beobachtertechnik“, „Schurken fangen“, „Tresorübung“. Hilfreich ist auch die Arbeit mit verschiedenen Selbstanteilen (Klampfl, 2016, S. 101).

Die Kinder und Jugendlichen, die in Therapie kommen, sind bindungs- und entwicklungs-traumatisiert und haben eine hohe Gefahr, strukturelle Defizite zu entwickeln. Brisch (2006, S. 239) schlägt für bindungsgestörte traumatisierte Kinder eine zusätzliche psychotherapeutische Hilfestellung vor, um die erlittenen Traumata gut verarbeiten zu können. Ohne eine solche besteht für ihn die Gefahr, dass Bilder der Traumata dissoziiert werden und die Affekte dazu abgespalten werden. In Belastungssituationen, die mit Trennungen zu tun haben, reagieren die Kinder dann

mit Körpersymptomen wie Kopfschmerzen, Bauchweh, Schlafstörungen, da sie keine andere Möglichkeit haben, mit den unerträglichen Affekten wie Angst und Wut umzugehen. Diese nicht aushaltbaren Gefühle können jedoch auch gegen die eigene Person gerichtet werden. Deshalb, meint Brisch (2006), werden immer mehr Kinder- und Jugendtherapeut\*innen in Traumatherapie ausgebildet, um gerade diesen Kindern bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse helfen zu können. In der psychotherapeutischen Arbeit muss der\*die Kindertherapeut\*in in seinem\*ihrem Verhalten gegenüber dem Kind als verlässliche psychische und physische Basis funktionieren, sodass sich trotz der Bindungsstörung des Kindes ein sicheres Arbeitsbündnis bilden kann (S. 243). Im Spiel auftauchende bindungsrelevante Themen werden von den Therapeut\*innen aufgegriffen und durch teilnehmende Spielaktion wird deren Ausdruck gefördert. Durch neue sichere Bindungserlebnisse ermöglichen Therapeut\*innen dem Kind, dem\*der Jugendlichen sich von alten destruktiv-unsicheren Bindungsmustern zu lösen und eine sichere Bindungsqualität zu entwickeln (Brisch & Lehmkuhl, zitiert nach Brisch, 2006, S. 244).

Dorothea Weinberg, die eine strukturierte Traumaintervention und traumabezogene Spieltherapie entwickelt hat, schreibt (2011, S. 237), dass sich der Charakter ihrer Therapiestunden enorm gewandelt hat. Seit sie mit den Kindern „auf die Suche nach dem symbolischen Erleben von Schutz und Geborgenheit“ geht, „ist der Anteil an Fürsorge und Zuwendung innerhalb der Therapiestunde deutlich gewachsen“ (S. 238). Die „bindungsnahe Seite des sozialen Miteinanders“ (ebd.) hält so, meint Weinberg, auch bei den tief bindungstraumatisierten Kindern Einzug.

## **2.3 Kinder und Jugendtherapie**

### ***2.3.1 Geschichte der Entwicklung kindertherapeutischer Methoden***

Nach dem ersten Weltkrieg entstanden erste Ansätze einer kinderpsychotherapeutischen Herangehensweise und einer psychoanalytischen Pädagogik. August Aichhorn initiierte die Entwicklung eines positiven Kinderheims. 1925 erschien sein Buch „Verwahrloste Jugend“, in dem Freud das Geleitwort schreibt und meint, dass von allen Anwendungsgebieten der Psychoanalyse keines so viel Interesse gefunden hat wie die Theorie und Praxis der Kindererziehung (Aichhorn, 1994, S. 7). Die Anwendung der Psychoanalyse auf die Erziehung war für Freud



gleichbedeutend mit Kinderanalyse, schreiben Cifali und Imbert (2013, S. 9). Dies sehen sie im Artikel des Pädagogen Hans Zulliger bestätigt, der schreibt, dass Freud die psychoanalytische Erziehung eher als soziale Institution verstand denn eine Angelegenheit der individuellen Behandlung. Er selbst unterscheidet immer zwischen psychoanalytischer Erziehung und Kinderanalyse (Zulliger, zitiert nach Cifali & Imbert, 2013, S. 11).

Freuds Tochter Anna beschäftigte sich ab Beginn der 1920er mit der Anwendung der Theorien ihres Vaters auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Sie widmet sich dem Studium der kindlichen Seele und seiner Entwicklung. Die gesammelten Erfahrungen und die ihrer Theorie entspringenden Techniken für die Behandlung sind für die psychoanalytische Therapie von Kindern wegweisend geworden (Holder, 1995, S. 11). Melanie Klein emigrierte in den 1920er-Jahren nach London und arbeitete eine moderne Variante der Kinderanalyse mit kindgerechteren Ausdrucksformen wie Spielen und Zeichnen aus, bei der die Interaktion mit den frühen Bezugspersonen im Vordergrund steht. Sie gilt als Begründerin der Objektbeziehungstheorie (von Siebenthal, 1995, S. 36).

In den 1960er-Jahren entwickelte die Integrative Therapie unter anderem in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ein Verfahren ganzheitlicher Behandlung. In der Integrativen Therapie mit Kindern ist man dem Spiel, dem gemeinsamen Tun, dem kreativen Gestalten besonders zugewandt und versucht mit den jungen Klient\*innen eine Ebene des vertrauten Kontakts herzustellen, aus dem eine Sicherheit gebende Beziehung entstehen kann (Ramin & Petzold, 1998, S. 359). Der systemischen Familientherapie in den 1970ern verdanken wir die direkte Arbeit mit den ganzen Systemen.

Die Gründer\*innen der Gestalttherapie stützten die Theorie der Gestalttherapie auf ihre Beobachtungen und Erfahrungen mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und verstanden, obwohl sie nicht mit Kindern arbeiteten, die erwachsene Persönlichkeit von diesen Grundlagen her (Badier, 2017, S. 953). Laura Perls erklärt: „Beschreibung herrscht über Erklärung vor, Erfahrung und Experiment über Interpretation“ (2005, S. 63). Aus gestalttherapeutischer Sicht können Kinder und Jugendliche nicht ohne nähere Betrachtung und der Einbeziehung ihrer Umwelt in

Therapie sein. Die Grundfrage, die sich stellt ist, inwieweit das Umfeld des Kindes die für eine Entwicklung erforderlichen Herausforderungen bewältigt und auch die dafür nötigen Formen von Unterstützung/Support bieten kann (McConville, zitiert nach Thiel, 2018, S. 413). Die dynamische Gestalt ist ein wesentliches Merkmal des Feldes, bei dem alle Teile in Wechselwirkung stehen und ein Feld ist somit ein „systematisches Beziehungsgeflecht“ (Yontef, 1999, S. 152).

Für die Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen gibt es eine Reihe von aktuellen Publikationen. Violet Oaklander gilt hier als Vorreiterin und ihr Buch „Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen“ wurde ein Klassiker der Gestalttherapie (Wintsch, 1998, zitiert nach Anger & Schön, 2012, S. 7). Es wurden Bücher zur gestalttherapeutischen Gruppenarbeit veröffentlicht (Franck, 1997; Rahm 1997, zitiert nach Anger & Schön, 2012, S. 8), im Handbuch zur Gestalttherapie erschienen Texte von Alain Badier und Felicitas Carroll zur Kinderpsychotherapie und 2002 legten Ingeborg und Volkmar Baulig ihre „Praxis der Kindertherapie“ vor.

### ***2.3.2 Besonderheiten und Herausforderungen der Kinder- und Jugendtherapie***

Die Weiterbildungsrichtlinien für Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie zeigen die Entwicklung zu einer speziellen Ausrichtung für Kinder und Jugendliche, da andere Bedingungen und Voraussetzungen gegeben sind, die es zu beachten gilt. Kinder und Jugendliche stellen die Therapeut\*innen oft vor ungewohnte Situationen. Die Weiterbildung legt einen Schwerpunkt auf Altersbezogenheit und auf die Einbeziehung des interpersonalen Umfeldes (ÖAGG, 2023). Das Therapiegeschehen dieser Klient\*innengruppe wird entscheidend durch die unterschiedlichen Lebenssituationen dieser gestaltet. Kindheit und Jugend sind sehr ereignisreiche Lebensphasen und Kinder und Jugendliche haben, wenn sie in Therapie kommen, zusätzlich zu ihrer Problemsituation die jeweiligen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (Tenschert, 2017, S. 22). Für die Kinder- und Jugendtherapie ist demnach die Berücksichtigung der alterstypischen Entwicklung elementar. Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist Teilnahme an einem Entwicklungsprozess, der in Schwierigkeiten geraten ist, und da Kinder abhängig von den Eltern sind, beinhaltet die Arbeit an der Objektwelt auch die Auseinandersetzung mit der Beziehung, die das

Kind zu den Eltern und seiner sozialen Umgebung hat (Fliedl, 2016, S. 6). Die Denkwelt von Kindern ist sehr lebendig und weniger sprachlich und fordert von Therapeut\*innen spezifisches Wissen über die Entwicklung zu haben und spielerisch einen Platz in deren Welt zu finden (Fliedl, 2016, S. 6). Im Gegensatz zu erwachsenen Klient\*innen berichten Kinder und Jugendliche weniger über sich selbst und ihre Probleme in Beziehungen, sondern sie neigen dazu, diese Beziehungsprobleme handelnd in die Beziehung zum\*zur Therapeut\*in einzubringen (OPD-KJ, 2007, S. 21).

Kinder haben bestimmte Aufgaben zu bewältigen, bleiben aber von der Verantwortung der Erwachsenen frei. Sie haben noch nicht die nötigen Voraussetzungen – physisch, kognitiv oder emotional – um ohne Versorgung und Pflege durch Erwachsene auszukommen (Oerter, 1987, S. 204). Kinder werden von Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten (Sozialarbeiter\*innen oder Betreuer\*innen) zur Psychotherapie angemeldet.

Die Schwierigkeit in der Kindertherapie besteht darin, die vielen Informationen, die im Vorfeld bereits bekannt sind, im Kontakt mit dem Kind immer wieder bewusst beiseite zu legen, sich nicht davon leiten zu lassen, sondern sich darauf zu konzentrieren, was Kinder von sich zeigen. (Thiel, 2018, S. 420)

In der Kindertherapie sind Veränderungen auf der Realebene ohne die Mitarbeit von Eltern oder des Umfeldes des Kindes kaum möglich und deren Einbeziehung in die Therapie ist daher nötig. Katz-Bernstein (2008, S. 1555) spricht aufgrund dieser Abhängigkeit des Kindes von den Bezugspersonen von einer Dreier-Konstellation der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Auch Tenschert (2017, S. 23) betont den Einbezug des Familiensystems, da Kinder weitreichender als Erwachsene auf ihr gegebenes Umfeld angewiesen sind. Gewinnt man durch die Einsicht in das Familiensystem ein erweitertes Verständnis der Zusammenhänge der Lebenswelt, so kann der\*die Therapeut\*in Vermittlungsarbeit leisten und Veränderungen im Bezugssystem bewirken.

Görlitz (2004, S.42) sieht als besonderen Punkt in der Kinder- und Jugendtherapie das Dilemma der Kinder, sich ihren Eltern gegenüber loyal zu verhalten und meint, dass es deshalb schwierig ist für sie, über Negatives in der Familie zu sprechen und

für Kinder ist es auch kaum nachvollziehbar, dass die Ursache ihrer Probleme in dem zu finden ist, was sie erfahren bzw. erlitten haben wie Schläge, Vernachlässigung, Entwertung. Da Kinder selten von selber auf die Idee kommen, in Therapie zu gehen, meint Tenschert (2017, S. 23), dass man das Einverständnis der Kinder und Jugendlichen suchen muss und deren Eigenmotivation fördern. Es müssen aber auch die Auftraggeber der Therapie diese mittragen und unterstützen, da es sonst zu Therapieabbrüchen kommen kann (ebd.). Begleitende Elterngespräche in der Therapie mit Minderjährigen sind daher breiter Konsens vieler Psychotherapieverfahren.

### ***2.3.3 Kinder und Jugendtherapie aus gestalttherapeutischer Sichtweise***

Im Weiterbildungscurriculum der Integrativen Gestalttherapie wird die Beachtung von Kontaktphänomenen, der Wahrnehmung, des sprachlichen und nicht-sprachlichen Ausdrucks, der Leiblichkeit, des familiären Hintergrundes und der Umweltphänomene in allen Seminaren vermittelt. Kinder- und Jugendtherapie in der Integrativen Gestalttherapie heißt, dass man auf die speziellen Folgen von Entwicklungsbeeinträchtigungen einsteigen muss.

Blankertz und Doubrawa (2017, S. 97) führen folgende Besonderheiten der gestalttherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an:

- Auf die eingeschränkten sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten ist Rücksicht zu nehmen. Sie bedingen ein besonderes Augenmerk auf non-verbale Äußerungen zu legen und non-verbale therapeutische Methoden einzusetzen.
- Das Kind wird in der Therapie nach dem Prinzip der „vorgeschossenen Mündigkeit“ als mündiges Gegenüber angesprochen, d.h. es wird ernst genommen.
- In der Regel kommen Kinder nicht aus eigenem Antrieb zur Therapie, jedoch ist mit ihnen trotzdem ein eigenes Arbeitsbündnis zu schließen.

Die Gestalttherapie will wissen, durch welche sozialen Zusammenhänge und Gegebenheiten der Leidensdruck erzeugt wird, der Menschen zu Klient\*innen werden lässt. Hinsichtlich der Gestaltkindertherapie bedeutet das, sie als Therapieform zu verstehen, die „therapeutische Antworten auf aktuelle Probleme, Defizite, Erwartungshaltungen von Kindern heute geben könnte. Gestalttherapeutisch zu

arbeiten heißt zunächst den Blick darauf zu richten, was uns schwierige Kinder heutzutage mitteilen wollen“ (Baulig & Baulig, 2010, S. 47).

Violet Oaklander meint, eine Voraussetzung, mit Kindern zu arbeiten, sei: „Er [der Therapeut] sollte Kinder gern haben, eine akzeptierende, vertrauensvolle Beziehung zu ihnen herstellen können, wissen, wie Kinder sich entwickeln, wie sie wachsen und lernen, und die wichtigsten, mit bestimmten Alters- und Entwicklungsstufen verbundenen Probleme kennen“ (Oaklander, 2016, S. 84). Einige ihrer weiteren Prinzipien sind im Anhang zusammenfasst (siehe Anhang 7.2).

Baulig und Baulig erweitern diese Prinzipien und fordern neben der dialogischen Grundhaltung, auf die im folgenden Text noch genauer eingegangen wird, den Auftrag zu präzisieren und eine systemische Einbindung anzubahnen, da ja Fremdbestimmung zur Kindertherapie führt. Ebenso ist es essentiell, die therapeutische Beziehung aufzubauen, dem Kind die Führung zu überlassen, dem Spiel und der Aktion den Vorzug zu geben, sich auf elementare Ausdrucksformen einzulassen, von Kindern im therapeutischen Bezug zu lernen und klare Grenzen zu ziehen und einzuhalten (2010, S. 91).

**2.3.3.1 Gründe, zur Therapie zu kommen.** Aus gestalttherapeutischer Sicht ist ein Kind als gesund beschrieben, wenn es spontan und lebhaft ist, wenn es Umweltressourcen erhalten und nutzen kann und wenn es zum Wohlergehen anderer beiträgt durch direkte Interaktion. Kinder werden dann in Therapie geschickt, wenn sie auffällig werden oder leiden und wenn die Familie unter diesen Symptomen leidet, ein Leidensdruck im Organismus/Umwelt-Feld spürbar ist (Thiel, 2018, S. 417).

Als TherapeutInnen für Kinder befinden wir uns immer an einer mäandernden Grenze, zwischen einem Fokus auf das Kind und seiner Erfahrung als Grund, und einem breiteren Fokus auf die ganze Welt des Kindes auf allen verfügbaren Ebenen, in dem komplexen Phänomen, das wir das Feld nennen. (Nurith, 2020, S. 230)

**2.3.3.2 Phänomene wahrnehmen.** Wichtig ist in der Kindertherapie der Blick auf die Phänomene, die Kinder, aber auch deren Umfeld, deren Begleitpersonen. In der

Gestalttherapie nimmt die Arbeit am Phänomen einen großen Platz ein. Es gilt zu beobachten, wie Eltern oder Kinder den Raum betreten, welche Mimik und welche Gestik sie zeigen, wie sie den Raum einnehmen und ob sie Blickkontakt haben (Thiel, 2018, S. 419). Dabei geht es nicht darum, die Phänomene zu deuten, sondern sich als Therapeut\*in darauf einzulassen, was gezeigt wird.

„Gestalttherapie ist im Hier und jetzt *frei von Deutungen* im Kontakt mit anderen“ (Rumpler, 1999, zitiert nach Thiel, 2018, S. 420).

**2.3.3.3 Kontaktarbeit und Haltung.** Als Therapeut\*innen müssen wir dem Kind und den Jugendlichen in einer Haltung vorbehaltlosen Interesses begegnen. Wir wollen diesen Menschen kennenlernen und sehen, wie er ist und nicht, wie er sein soll (Tenschert, 2017, S. 24). Um dies zu erfahren, muss man mit diesem in Kontakt kommen. Tenschert zitiert Spagnuolo Lobb (2016, S. 43), die den Prozess der Begegnung und des aufeinander bezogen Seins und seiner wechselnden Abfolge von Du und ich als *Tanzschritte* der Interaktion, die zuerst zwischen dem Kind und den primären Bezugspersonen sich entwickelt hat und später in allen Kontakten sich weiterentwickelt (Tenschert, 2017, S. 24). Wesentlich für Spagnuolo ist, dabei einander wahrzunehmen und zu erkennen, in Resonanz miteinander zu gehen, sich aneinander anzupassen, schwierige Schritte gemeinsam zu meistern, gemeinsam Spaß zu haben, sich fallen zu lassen und um den anderen zu kümmern. Der Fokus in der Gestalttherapie liegt auf dem Prozess, der im Hier und Jetzt, im Kontakt zwischen Klient\*innen und Therapeut\*innen entsteht.

Auch Baulig und Baulig (2010, S. 79) halten ein dialogisches Grundverständnis, das in der Arbeit mit Kindern sich auf die besondere Wesensart eines Kindes einzustellen hat, für eine zentrale Arbeitsgrundlage. Sie weisen auf Bubers prägende Wirkung für die Integrative Gestalttherapie im Sinne seiner These „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 1995, S. 12) hin und zeigen drei Aspekte der integrativen Gestalttherapie, die sich daraus abgeleitet haben:

- Dialogische Grundhaltung mit dem Fokus im Hier und Jetzt
- Qualität der therapeutischen Beziehung, die als liebevolle Zuwendung erlebt werden soll

- Die therapeutische Zuwendung in einem sinnhaften Gesamtrahmen (Baulig & Baulig, 2010, S.80).

Der Dialogische Prozess schließt auch non-verbale Prozesse der Rückkoppelung mit ein, sodass der therapeutische Schwerpunkt auf dem non-verbalen sich Einschwingen liegt. Dialogisches in der Kindertherapie soll sich auf eine Konkretisierung des Auftrages sowie auf eine aktive Einbeziehung des Kindes, der\*des Jugendlichen beziehen, was zunächst bedeutet, das Problem der Fremdbestimmtheit – Kinder werden zur Therapie geschickt – zu erfassen und zu thematisieren. Kinder drücken sich in der Regel körperlicher und symbolischer, spielerischer aus, weshalb es wichtig ist, sie als eigene Wesen zu sehen und ihnen nicht „mit der Projektionsfläche der eigenen Kindheit zu begegnen“ (Franck, 1997, S. 22, zitiert nach Baulig & Baulig, 2010, S. 81).

Kinder beobachten gerne und genau und sie beobachten auch ihre Therapeut\*innen. Authentizität spielt daher in der Kindertherapie eine große Rolle, weil dadurch eine Atmosphäre geschaffen wird, in der Kinder ein neues Verhalten ausprobieren können und nichts zu befürchten haben (Thiel, 2018, S. 425).

**2.3.3.4 Kreative Medien und Spiel.** Spiel ist ein natürliches Verhalten in frühen Lebensphasen, das auf der ganzen Welt bei Menschen und auch im Tierreich beobachtet werden kann. Der Umgang mit kreativen Medien ist auch den meisten Kindern vertraut und sie haben bereits Erfahrung mit Zeichnen, Malen oder Sand spielen. Im Spiel kann man sich kindgerecht mit Erfahrungen auseinandersetzen und sich die Welt aneignen (Tenschert, 2015, S. 13, zitiert nach Tenschert, 2017, S. 25). Aus gestalttherapeutischer Sicht ist das gemeinsame Spiel und der spielerische Umgang mit kreativen Medien „eine Begegnungsfigur, die sich vor dem Hintergrund der dialogischen Beziehung formen und wieder auflösen kann“ (Tenschert, 2017, S. 26). Im Spielen können Gefühle ausgedrückt werden, die woanders nicht genügend Anerkennung gefunden haben, innere Prozesse können dadurch leiblich durchlebt werden (ebd., S. 27). „Das Spiel ist die Sprache des Kindes, seine natürliche Art zu zeigen, wie es sich selbst und die wichtigen Personen und Ereignisse in seinem Leben empfindet“ (Ginott, 1973, S. 139).

Baulig und Baulig (2010, S. 88) betonen, dass das Spiel in der Gestaltkindertherapie ihrer Meinung nach die Elemente Spiegelung, Beziehungsgestaltung, Dialog und Strukturierung, da Kinder der Führung und Begleitung bedürfen, beinhalten soll.

„Ein Kind zu begleiten, es zu begrenzen, impliziert trotz allem, dem Kind die Führerschaft zu überlassen und nicht in falsch verstandener Auftragsübernahme rigide Veränderungsarbeit zu leisten, wo Verständnis, Innehalten und das So-sein-Dürfen im Vordergrund zu stehen haben“ (Baulig & Baulig, 2010, S.89).

**2.3.3.5 Unterschiede im Alter.** Kleine Kinder machen in der Regel nicht die Außenwelt oder ihre Bezugspersonen verantwortlich für ihre Probleme, sondern sich selbst. Sie glauben, sie seien schlecht oder hätten etwas falsch gemacht (Oaklander, 1981, S. 78, zitiert nach Baulig & Baulig, 2010, S. 130). Therapeutisch wird die Arbeit mit Jugendlichen dadurch bestimmt, dass nicht Erwachsene, sondern Medien die Maßstäbe setzen. Eltern wissen oft erstaunlich wenig über ihre jugendlichen Kinder, durch den Rückgang der Kontaktdichte in der Familie, das oftmalige Fehlen von Vätern als männliche Bezugsperson. Jugendliche fühlen sich oft einsam und Therapie als verdichtete Kommunikation ist ihnen fremd (Baulig & Baulig, 2010, S. 216). Die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen ist weder durch das Spiel, wie bei Kindern, noch durch die Aktion, wie in der Erwachsenentherapie, bestimmt, sondern durch den Blick auf das jeweilige Eigene. Das Gefühl, ernst genommen zu werden, spielt die zentrale therapeutische Rolle. Die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen ist vom Thema Selbstbestimmtheit geprägt. Wenn die Familie in die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen eingebunden wird, dann meist dazu, um klare Positionen und Formen des Umgangs miteinander zu entwickeln. Probleme Jugendlicher entstehen ebenso wie die der Kinder in einem schwierigen Umfeld. Jugendliche lernen natürlich im Laufe der Entwicklung, viele Probleme selbst zu bewältigen und bei emotionaler Belastung immer weniger die primären Bindungsfiguren aufzusuchen. Bindungsverhalten im Jugendalter wird somit auf der Verhaltensebene nicht mehr durch Suchen nach körperlicher Nähe bestimmt, sondern durch die Aufrechterhaltung eines bestimmten Grades psychologischer Nähe und Kommunikation (Bowlby, 1983, zitiert nach Zimmermann, 1997, S. 296). In der Gestalttherapie mit Jugendlichen nimmt das Erzählen, die Reflexion und der sprachliche Austausch mehr Platz und Raum ein, aber



auch Jugendliche lieben Spiele. Manche genießen es bei nicht altersgemäßen Spielen Dinge zu erinnern oder nachzuholen, andere nutzen den Wechsel auf die Spielebene als gutes Steuerungsinstrument für die Involviertheit, zum Ein- und Auftauchen aus schwierigen Befindlichkeiten (Tenschert, 2017, S. 28). Im Spiel sind Rückzugsmöglichkeiten vorhanden und es gelten partnerschaftlich ausgehandelte Regeln. Es gibt aber darüber hinaus auch Konzepte wie zum Beispiel das Safe-Place-Konzept von Katz-Bernstein (2013), die dabei helfen, Kinder und Jugendliche in ihrer Selbstfürsorge zu unterstützen und ein sicheres Grundgefühl in der therapeutischen Situation herzustellen (Tenschert, 2017, S. 29).

**2.3.3.6 Elternarbeit.** Kinder und Jugendliche werden zumeist in Therapie geschickt, was schon bei der Kontaktaufnahme am Telefon beginnt, wo die Kinder und Jugendlichen noch nicht involviert sind. Das Erstgespräch ist sehr wichtig, da es zu klären gilt, was die Bezugspersonen veranlasst, eine Therapie zu befürworten: Welche Sorgen haben sie, welche Sichtweise auf das Kind? Welchen Leidensdruck verspüren sie oder die Kinder? Aufgrund der Tatsache, dass die Entscheidung, eine Therapie zu beginnen, nicht wirklich bei den Kindern und Jugendlichen liegt, gilt es zu vermeiden, dass Kinder mit dem in die Therapie Kommen verbinden, dass mit ihnen etwas nicht in Ordnung sei. In der Gestalttherapie ist es wichtig, die Eltern bzw. das Umfeld mit einzubeziehen, da, wenn sich ein Teil im System verändert, auch der Rest des Feldes beeinflusst wird und „jede Veränderung setzt sich durch das ganze System wellenartig fort“ (Yontef, 1999, S. 99). Wenn Eltern ihre Anteile erkennen, Verständnis für die Symptome und Schwierigkeiten des Kindes haben, dann entspannt sich die Situation oftmals. Dieses Verständnis kann sehr gut durch eine Eltern-Psychotherapie erreicht werden. Diese fördert die emotionale Stabilisierung und die therapeutische Arbeit mit dem Kind kann unter diesen Umständen leichter voranschreiten (Brisch, 2011, S. 313, zitiert nach Thiel, 2018, S. 429).

**2.3.3.7 Kompetenzen als Kinder und Jugendtherapeut\*in.** Neben speziellem Wissen braucht man auch einen guten Zugang zum eigenen Lebensgefühl als Kind und Jugendliche\*r: „Ich erinnere mich sehr deutlich, was es für mich bedeutete, ein Kind zu sein. Es ist nicht so sehr das Erinnern bestimmter Vorfälle und Ereignisse, sondern das Erinnern des Kindseins selbst“ (Oaklander 2016, S. 392).

Auch Baulig und Baulig nennen den Bezug zur eigenen Kindheit unter anderem als Kompetenz (2010, S. 42). Auch die Kindheit als eigene Wesensart zu schätzen und therapeutische Flexibilität sind gefragt, die Fähigkeit zum spielerischen Dialog und das Lassen in den Vordergrund stellen zu können.

Ebenso wichtig ist jedoch der pädagogische Hintergrund und systemische Beratungskompetenz. Für die geforderte Teamarbeit sind Austausch, Beratung, Teamfähigkeit im Sinne interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendtherapie von immenser Wichtigkeit. Spezialisierungen von Therapeut\*innen auf den Kinder- und Jugendlichen-Bereich helfen Eltern und Pädagog\*innen und dadurch ist es möglich, in Helferteams Familien und andere Systeme im Entwicklungsprozess und Genesungsprozess zu unterstützen. Die Gestalttherapie war ursprünglich vor allem eine Gruppentherapie, somit liegt es nahe, auch dafür Angebote zu schaffen und auch Gruppen im therapeutischen und pädagogischen Milieu als Lernfeld und Erweiterung zu sehen (Anger & Schön, 2012, S. 10).

#### ***2.3.4 Gestalttherapeutische Traumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen***

Thomas Schön (2008, S. 209) hält zwei Aspekte der Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Sicht für essentiell. Die Kinder und Jugendlichen können sich dann gemäß ihrem Wesen entwickeln, wenn ihre Bedürfnisse nach Sicherheit erfüllt sind und unvollendete Gestalten, wie sie durch Traumatisierung entstehen, geschlossen werden können. Dies stellt in der psychotherapeutischen Arbeit den Hintergrund dar: Bedürfnisse müssen ihrer Bedeutung nach erkannt werden und die Unterstützung aus dem Umwelt-Feld (Support) wird so lange gewährleistet bis Unterstützung durch Selbstregulationsprozesse erfolgen kann.

Die Gestalttherapie geht von einer wechselseitigen Beeinflussung von Umwelt und Person aus, weshalb die Leitfrage im therapeutischen Prozess sein sollte: „Was brauchst Du, um Dich in Deinem Leben wieder sicher zu fühlen?“ (ebd., S. 209) Ziel ist es, wieder ein Gefühl von Verstehen und Handhaben des Lebens zu bekommen.

Sicherheit und Stabilität müssen wiederhergestellt werden. Dazu dienen Übungen zur Selbstwahrnehmung und die Bewusstmachung von Beziehungen, die Halt gebend waren (Schön, 2008, S. 212). Eine Konfrontation mit dem Traumaerlebnis kann erst

erfolgen, wenn genügend Zeit für Sicherheit und Handlungskompetenz aufgewendet wurde. Die Unterstützungsmaßnahmen des\*der Therapeut\*in (Support) sollen überlegt eingesetzt werden, um den Self-Support der Kinder und Jugendlichen in Gang zu setzen, damit sie ihre Traumaverarbeitung selber bestimmen können. Zuletzt erfolgt die Arbeit an der Integration, bei der traumatisierte und nicht-traumatisierte Selbst-Anteile in Kontakt miteinander gebracht werden (Schön, 2008, S. 213).

## **2.4 Fremdunterbringung**

Die Fremdunterbringung bezeichnet einen Begriff aus der Kinder- und Jugendhilfe und bedeutet die Unterbringung von minderjährigen Kindern und Jugendlichen außerhalb der eigenen Familie. In diesem Kapitel werden die gesetzlichen Grundlagen, Aufgaben und Schwierigkeiten von Fremdunterbringung kurz skizziert.

### **2.4.1 Gesetzliche Grundlagen**

In den gesetzlichen Grundlagen sind die Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendwohlfahrt geregelt.

**2.4.1.1 Aufgabe der öffentlichen Jugendwohlfahrt.** Laut Jugendwohlfahrtsgesetz von 1989 Fassung von 2013 §1 ist die Aufgabe der Jugendwohlfahrt, die positive Entwicklung Minderjähriger durch Angebote von Hilfen und durch Gewährung von Erziehungsmaßnahmen sicherzustellen. Sie darf in familiäre Bereiche eingreifen zum Wohle des Kindes. §2 beschreibt, dass öffentliche Jugendwohlfahrt zu gewähren ist, wenn die Erziehungsberechtigten das Wohl der Minderjährigen nicht gewährleisten, was besonders der Fall ist, wenn zur Durchsetzung von Erziehungszielen körperliche Gewalt angewendet wird oder seelisches Leid zugefügt wird. Träger der öffentlichen Jugendwohlfahrt ist das Land.

**2.4.1.2 Hilfen zur Erziehung.** §26: Diese sind als Unterstützung der Erziehung oder als volle Erziehung auch gegen den Willen der Erziehungsberechtigten zu gewähren, es ist das gelindeste Mittel zu wählen.

Die Unterstützung der Erziehung umfasst unter anderem die Förderung der Entwicklung der Minderjährigen und die Betreuung der Minderjährigen in Gruppen (§27).

Im Jahr 2020 lebten in Österreich ca. 12.700 Kinder und Jugendliche in voller Erziehung außerhalb ihrer Herkunftsfamilie (Bundeskanzleramt, 2021, S. 19). Hinter dieser Zahl stehen viele unterschiedliche Biographien mit oftmals sehr prekären Erfahrungen (Bütow, 2022, S. 11).

#### **2.4.2 Geschichtliches und Überlegungen zur Fremdunterbringung**

In Einrichtungen der Kinder- und Jugendwohlfahrt, die eigentlich dem Schutz dienen, mussten Kinder und Jugendliche vor der Heimreform 1989 Gewalt in vielfältiger Ausprägung und Form erleben und nur Schritt für Schritt gelangten diese Erfahrungen bisher an die Öffentlichkeit (Bütow, 2022, S. 11) Die Aufarbeitung von belastenden Erfahrungen ehemaliger Zöglinge und Pflegekinder stellt ein großes und wichtiges Themenfeld dar, das in Österreich noch nicht hinlänglich aufgearbeitet wurde. Im europäischen Raum intensivieren sich seit Jahren die Debatten zur Aufarbeitung und zur Sicherung der Qualität in der Fremdunterbringung. Die Frage, welche Unterbringungsformen für Kinder und Jugendliche in ihrem Leben hilfreich sind, wenn sie nicht im Familienverband aufwachsen können, ist nicht nur in Österreich ein Themenfeld, das noch nicht geklärt ist und kontrovers diskutiert wird und bedarf einer stetigen wissenschaftlichen Analyse und Fundierung (Bütow, 2022, S. 11). Ein Projekt zur Entwicklung von Qualitätsstandards für Überstellungsprozesse und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen wurde im Herbst 2017 von FICE Austria initiiert, um bundesländer- und organisationsübergreifende Anforderungen für Betreuungsprozesse auf fachlicher Basis unter Berücksichtigung der UN-Kinderrechtskonventionen zu formulieren (Vorwort von FICE Austria, 2019, S. 9). Die sozialpädagogische Wohngemeinschaft ist eine Form der Fremdunterbringung, die diesen Standards entspricht. Eine nähere Beschreibung sozialpädagogischer Wohngemeinschaften nach Perl und Schöffmann (2022, S. 7) findet sich im Anhang (siehe Anhang 7.3).

#### **2.4.3 Mögliche Auswirkungen einer Fremdunterbringung**

Eine Fremdunterbringung stellt eine stressbesetzte, traumatische, belastende Krisensituation für alle betroffenen Personen dar. Eine Trennung in diesem Ausmaß erschüttert das Weltbild von Kindern und Jugendlichen enorm und die Reaktionen von

Minderjährigen darauf sind sehr unterschiedlich (Leitner, 2001, S. 15, zitiert nach Neuner, 2014, S. 26). Schleiffer (2009, S.13) ist der Ansicht, dass die größten Probleme fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher in den Kernaussagen der Bindungstheorie zu finden sind. Diese Kinder und Jugendlichen haben nämlich die Trennung von ihren primären Bezugspersonen auszuhalten und zu verarbeiten.

Diese Annahme von Schleiffer wird im empirischen Teil dieser Masterarbeit wiederzufinden sein.

### **3 Empirischer Teil**

#### **3.1 Entstehung des Forschungsinteresses und Fragestellung**

Die Forschungsfrage ergibt sich aus der langjährigen praktischen Erfahrung der Autorin als Sozialpädagogin im Austausch mit Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen und aus den Erfahrungen als einer im Status arbeitenden Psychotherapeutin in der sie festgestellt hat, dass Therapie mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen anderen Faktoren und Kriterien unterliegt als die therapeutische Arbeit mit in intakten Familiensystemen lebenden Kindern und Jugendlichen. Aus den gemachten Erfahrungen und Beobachtungen entstand folgende vorläufige Hypothese: Die Zusammenarbeit mit Eltern gestaltet sich schwieriger aufgrund deren Involviertheit. Weitere Hypothesen kamen aufgrund der im Feld gemachten Erfahrungen hinzu, dass es einfacher ist, mit Fachpersonen eine Zusammenarbeit im Sinne des Kindes bzw. des\*der Jugendlichen zu erarbeiten. Ebenso, dass die Dauer der Therapie dabei nicht in Frage gestellt wird. Eine weitere Annahme war, dass es für Fachpersonen klarer ist, dass die Kinder oder Jugendlichen nicht allein verantwortlich sind für die Situation oder Problematiken derentwegen sie in Therapie kommen, sondern das erlebte Familiensystem seinen Anteil trägt. Kinder und Jugendliche werden oft auch zu Symptomträgern. In Intervisionen, Supervisionen und im Austausch mit Kolleg\*innen wuchs das Interesse an dieser Fragestellung: Welche Faktoren machen die Arbeit mit Fremduntergebrachten speziell beziehungsweise welchen Herausforderungen begegnet man? Es besteht eine Forschungslücke zu diesem Thema in der Literatur der Kinder- und Jugendpsychotherapie und die Theorie in den einschlägigen Büchern zur Integrativen Gestalttherapie beantwortet nicht

wirklich die sich für die Forschende herauskristallisierende Frage nach den Besonderheiten des psychotherapeutischen Arbeitens mit Fremduntergebrachten und den begleitenden Herausforderungen. Aufgrund dieser fehlenden Beschreibungen einer Situation, die nach dem Verständnis der Autorin jedoch prävalent ist, wird erneut deutlich, dass es aktuell keine statistische Aufbereitung an Zahlen gibt, wie viele der Kinder und Jugendlichen, die in Psychotherapie gehen, fremduntergebracht sind oder gar einen zahlenmäßigen Vergleich der beiden Gruppen. Ebenso wenig gibt es einen Vergleich zwischen der psychotherapeutischen Arbeit mit Fremduntergebrachten und der bei den Angehörigen Lebenden. Aufgrund dessen wurden folgende Forschungsfrage und Unterforschungsfragen entwickelt:

### **Wie gestaltet sich Kinder- und Jugendtherapie im Kontext der Fremdunterbringung?**

- **Welche Erfahrungen haben Psychotherapeut\*innen aus dem humanistischen Cluster in Bezug auf therapeutische Prozesse und therapeutisches Arbeiten, Kooperation und Vernetzung und äußere Rahmenbedingungen gemacht?**
- **Welche Herausforderungen bringt die Fremdunterbringung per se in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit sich?**

Um Antworten auf die Frage nach den Besonderheiten und den Herausforderungen dieser psychotherapeutischen Arbeit zu erhalten, wurden Expert\*innen aus dem humanistischen Cluster gesucht, die Erfahrung als Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen haben und die mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen arbeiten oder gearbeitet haben. Die Forschungsfrage und die Unterfragen sollen möglichst aus der Theorie und dem Umfeld der Integrativen Gestalttherapie beantwortet werden, da die Master-These im Lehrgang der Integrativen Gestalttherapie geschrieben wird und die humanistische Haltung und das dahinterstehende Menschenbild die psychotherapeutische Arbeit beeinflussen.

### **3.2 Erhebung und Empirisches Vorgehen**

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurden Vorüberlegungen in Bezug auf die Operationalisierung angestellt. Da es sich um die subjektive Wirklichkeit und die praktischen Erfahrungen der befragten Menschen handelt, ist davon auszugehen,

dass die Befragten Expert\*innen für ihre Situation sind und sie ihren Raum bekommen, ihre eigenen Sichtweisen darzustellen. Die Autorin wollte nur wenige Menschen befragen und sich intensiv mit ihren Sichtweisen auseinandersetzen und somit war der erste grob methodische Zugang gefunden, nämlich qualitativ zu forschen. Bei explorativen Themen, wo noch nicht viel dazu geforscht wurde und wo es um Tiefe und Emotionen geht, eignet sich die qualitative Forschung. Die Offenheit der qualitativen Methode ermöglicht das Finden von neuen Erkenntnissen und die Interaktion zwischen der Autorin, die forscht, und dem Forschungsgebiet wird als gegeben angenommen:

„Die Subjektivität von Untersuchten und Untersuchern wird zum Bestandteil des Forschungsprozesses. Die Reflexionen des Forschers über seine Handlungen und Beobachtungen im Feld . . . werden zu Daten, die in die Interpretationen einfließen“ (Flick, 2019, S. 29). Die Frage welche Erhebungsmethode zu wählen ist, beziehungsweise welche unterschiedlichen Varianten qualitativer Interviews dienlich sind, galt es nun zu klären. Es wurde die Frage gestellt, ob man sich bei der Interviewführung an ausformulierten Fragen orientiert oder ob das Interview sehr offen und auf der Grundlage einiger weniger vorab festgelegter Themenblöcke geführt wird. Hopf (2003, S. 351) beschreibt die in der Forschung eingesetzten Varianten qualitativer Interviews als zwischen diesen zwei Extremen stehend und zumeist relativ flexibel eingesetzte teilstandardisierte Interviews. Die Forscher\*innen orientieren sich an einem Interviewleitfaden, der jedoch einiges an Spielraum offen lässt für Nachfragestrategien. Zu diesen weniger strukturierten teilstandardisierten Interviews gehört auch das Expert\*innen-Interview, das für diese Arbeit auch ausgewählt wurde. Nach Gläser und Laudel (2010, S. 111) kann durch das problemzentrierte nicht standardisierte Leitfadeninterview mit Expert\*innen spezielles Wissen zum Forschungsgegenstand generiert werden. Die Expert\*innen haben eine herausragende Stellung im Forschungsfeld inne und ein weiteres Merkmal besteht im „kommunikativen Charakter der Datengewinnung“, wie Witzel 1985 feststellt (S. 229). Das Adjektiv „problemzentriert“ zielt auf das zentrale Kriterium der Methode ab, nämlich das der Problemzentrierung (Witzel, 1985, S. 230).

Komplexere Prozesse, die man in der Tiefe beschreiben will – die Besonderheiten des psychotherapeutischen Arbeitens bei Fremdunterbringung in der Kinder- und

Jugendpsychotherapie – diese Problemzentrierung zielt auf bestimmte Aspekte des eigenen Arbeitsprozesses ab (Witzel, 1985, S. 232). Das Forschen mit Leitfadeninterviews und deren Auswertung mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) hat den Vorteil, dass es auf der einen Seite offen ist, neue Erkenntnisse zu ermitteln, auf der anderen Seite schematisch und regelgeleitet ist. Es eignet sich somit gut, auch mit wenig Forschungserfahrung die Hauptkriterien für die Forschungsfrage herauszufiltern. Durch den Leitfaden wird das Hintergrundwissen der Forscher\*in thematisch organisiert, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an die Forschungsfrage zu kommen (Witzel, 1985, S. 236). Bei der Durchführung des problemzentrierten Interviews hat man zunächst eine offene Einstiegsfrage und danach schließen sich Detailfragen aus vorher überlegten Themenblöcken an:

Das bedeutet, daß der Forscher auf der einen Seite den vom Befragten selbst entwickelten Erzählstrang und dessen immanente Nachfragemöglichkeiten verfolgen muß und andererseits gleichzeitig Entscheidungen darüber zu treffen hat, an welchen Stellen des Interviewablaufs er zur Ausdifferenzierung der Thematik sein problemzentriertes Interesse in Form von exmanenten Fragen einbringen soll (Witzel, 1985, S. 237).

Der Interviewleitfaden wurde nach den zuvor beschriebenen Kriterien und Empfehlungen entwickelt und umgesetzt. Es ergab sich eine offene Einstiegsfrage:

**Erzählen Sie bitte von ihren psychotherapeutischen Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind - also in einer Einrichtung von den Eltern bzw. Angehörigen getrennt leben. Was fällt Ihnen aus Ihrer Perspektive zu diesem Thema ein?**

Zusätzlich wurden Themenblöcke mit Unterfragen anhand der Forschungsfrage gefunden:

- **Themenblock 1: Therapeutische Prozesse/Therapeutisches Arbeiten**
- **Themenblock 2: Kooperation: Vernetzung und Austausch**



- **Themenblock 3: Rahmenbedingungen: Wie wird die Offenheit bzw. Verschwiegenheit gehandhabt? / Finanzierung**

Die offene Einstiegsfrage ermöglicht einen Raum für die Befragten, ihre Sichtweise darzustellen. Es folgen spezifischere Fragen zum Forschungsgegenstand und eine offen formulierte Abschlussfrage, die die Möglichkeit bietet, ein Fazit zu ziehen.

Dem Interview angefügt sind kurze demographische Fragen zur interviewten Person. Der verwendete Leitfaden befindet sich im Anhang.

### ***3.2.1 Auswahl der Interviewpartner\*innen***

Bei Methoden qualitativer Forschung, wie dem Leitfrageninterview, muss sich die Auswahl, das „Sampling“, auf eine durch die Forschungsfrage knapp begründete Auswahl von Personen beschränken, die für die Auswertung den größten Wert versprechen (Flick, 2009, zitiert nach Gahleitner et al., 2014, S. 16). Kriterien für die Auswahl der Expert\*innen waren eine psychotherapeutische Ausbildung im humanistischen Cluster, ein mehrjähriger Schwerpunkt in den folgenden Tätigkeitsbereichen: Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind. Die Geschlechterverteilung sollte möglichst die aktuelle Situation im Arbeitsfeld der Psychotherapeut\*innen abbilden. Im Sample sollten Psychotherapeut\*innen in freier Praxis und in Institutionen enthalten sein.

Durch den Feldzugang der Autorin hat sich die Recherche nach Interviewpartner\*innen relativ einfach gestaltet, da im beruflichen Kontext sehr viele Expert\*innen bekannt waren und ebenso durch die Ausbildung der Kontakt zu Psychotherapeut\*innen im gestalttherapeutischen Feld gegeben war. Gatekeeper konnten Personen für Interviews empfehlen und eine Person wurde über Google gefunden. Durch persönliches Nachfragen oder per Telefon wurden potentielle Interviewpartner\*innen angesprochen und gefunden und dann mittels E-Mail angeschrieben, um den Gegenstand der Master-These klar zu beschreiben, den ungefähren Zeitbedarf für das Interview und den Termin zu fixieren. Die befragten Personen haben alle sofort zugestimmt, was darauf hindeutet, dass das Thema für das Feld von Interesse ist. Für deskriptive Verfahren, in denen inhaltsanalytische Verfahren zur Anwendung kommen, werden laut den Richtlinien für wissenschaftliche

Qualifizierungsarbeiten mit qualitativem Forschungsdesign (2020) sechs bis acht Interviews empfohlen. Um nach der Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) vorzugehen, wurden für diese Master-These sieben Interviews durchgeführt.

### **3.2.2 Beschreibung des Samplings**

- Für die Interviews wurden fünf Frauen und zwei Männer als Expert\*innen befragt.
- Alle Expert\*innen sind in der Psychotherapeut\*innenliste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingetragen.
- Die Berufserfahrung als Psychotherapeut\*innen im Kinder- und Jugendbereich beträgt bei allen Expert\*innen mindestens fünfzehn Jahre und in diesen waren mindestens zehn Fremduntergebrachte dabei.
- Alle Expert\*innen sind in der freien Praxis tätig, zwei Expert\*innen sind auch im klinischen Bereich tätig.
- Die Standorte der psychotherapeutischen Praxen bzw. Arbeitsplätze sind in Wien, Niederösterreich und der Steiermark.
- Zwei der Interviewpartner\*innen sind personenzentrierte Gesprächstherapeut\*innen.
- Ein\*e Interviewpartner\*in ist Gestalttheoretiker\*in.
- Vier Interviewpartner\*innen sind integrative Gestalttherapeut\*innen.

### **3.3 Abwicklung der Expert\*innen-Interviews**

Vor dem eigentlichen Beginn des Interviews wurde die Anonymisierung des Interviews wiederholt und eine Einverständniserklärung hinsichtlich der Aufnahme des Gespräches mittels Aufnahmegeräten, der digitalen Aufzeichnung und der Verwendung für wissenschaftliche Zwecke unterschrieben. Ein\*e Interviewpartner\*in hat den Interviewleitfaden im Vorfeld auf seinen\*ihren Wunsch hin erhalten. Die sieben Interviews entstanden im Zeitraum vom 1.12.2021 bis 3.2.2022, wobei sechs der Interviews im persönlichen Kontakt entstanden. Je nachdem, wie es von den Interviewpartner\*innen gewünscht wurde, fanden diese in den privaten Praxisräumen, am Arbeitsplatz oder in privaten Wohnungen statt. Ein Interview wurde online mittels Videotelefonie geführt unter Verwendung der Ende-zu-Ende-verschlüsselten Software

„TheraPsy“. In diesem Interview gibt es manchmal unverständliche Passagen bzw. Wiederholungen, da die Internetverbindung immer wieder instabil und die interviewte Person eingefroren waren. Vorab wurde ein Zeitraum von ca. neunzig Minuten mit den Gesprächspartner\*innen vereinbart. Die einzelnen Gespräche dauerten zwischen fünfundvierzig Minuten und sechsundachtzig Minuten und wurden mit dem Aufnahmegerät „Tascam DR 05“ aufgenommen. Der Vorteil von Tonbandaufnahmegeräten ist der, dass damit auch die Rolle des\*der Interviewer\*in abgebildet und dadurch der gesamte Gesprächskontext erfasst wird (Witzel, 1985, S. 237). Für den Ablauf des Interviews bedeutet das, dass sich der\*die Interviewer\*in voll auf das Gespräch konzentrieren kann und gleichzeitig nonverbale und der Situation geschuldete Elemente beobachten kann. Beim Interview selbst wurde auf eine alltägliche Sprache geachtet und auf eine vertrauensvolle Atmosphäre. Es wurde von der Interviewerin nochmal betont, dass sie als dem Feld nicht zugehörig zu sehen ist, sondern als Forschende und Nichtwissende. Die Gespräche verliefen zumeist recht humorvoll und es wurde auch gelacht und alle Personen bedankten sich auch explizit für die Fragestellung, für die Füllung dieser Forschungslücke oder dafür, selbst angeregt worden zu sein, über diese Situation nachzudenken.

Zu Beginn wurde durch die sehr offene Frage das „methodische Prinzip des Erzählens“ (Witzel, 1985, S. 245) ermöglicht. Die Datenermittlung erfolgte nicht immer in der Reihenfolge des Leitfadens. Es wurden im Anlassfall vertiefende oder Verständnisfragen gestellt und der Gesprächsfluss wurde durch kurze Zusammenfassungen, durch Nicken und bestätigende Laute unterstützt. Nach dem Abschluss des Interviews wurden demographische Daten noch festgehalten und besprochen, wie es mit der Arbeit weitergeht und wann mit Ergebnissen zu rechnen ist. Einige der Befragten baten um Zusendung der Master-These, wenn sie fertig gestellt ist. Zu jedem Interview wurde im Anschluss ein kurzes Protokoll verfasst, das die Merkmale der Interviewführung, Auffälligkeiten, auch inhaltliche und erste Interpretationsansätze enthielt. Forschungsethische Grundsätze wurden, wie oben beschrieben, durch die Transparenz der Rolle der Forscherin, der Bewahrung der Anonymität und der gewissenhaften Speicherung der Daten eingehalten. Die Interviews fanden auf freiwilliger Basis im Rahmen der Freizeit der Befragten statt.

### ***3.3.1 Transkription der Interviews***

Die aufgenommenen Interviews wurden vollständig transkribiert. Lange Pausen im Gespräch und unverständliche Abschnitte wurden gekennzeichnet. Es wurde wortgetreu transkribiert, jedoch die Sprache leicht geglättet, d.h. auf Verzögerungslaute wurde verzichtet, um die Lesbarkeit zu erhöhen und den Inhalt leichter zugänglich zu machen. Paralinguale Laute wie Lachen und „ahh“ wurden nur im Bedeutungsfall wiedergegeben. Die Transkripte wurden inhaltlich und bezüglich des Namens der interviewten Person und des Dateinamens anonymisiert. Allfällige personenbezogene Angaben wie Namen und Orte wurden im Transkript durch einen Hinweis in Klammern anonymisiert. Für die Erstellung der Transkripte wurde ein Schreibbüro herangezogen. Die fertigen Abschriften (72 Seiten) wurden auf Übereinstimmung mit den Tonbandaufzeichnungen kontrolliert und die unverständlichen Passagen konnten zum Teil nach dem Nachhören ergänzt werden. Die Transkripte sind auf dem Laptop der Interviewerin passwortgeschützt gespeichert.

### ***3.3.2 Datenauswertende Analyse***

Es wurde unter anderem die Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) deswegen ausgesucht, weil relativ viel Material aus den sieben Interviews generiert wurde. Ein Gütekriterium für qualitatives Forschen ist eine offene Fragestellung, weshalb der Leitfaden der Autorin mit einer offenen Fragestellung beginnt, jedoch ist diese eingegrenzt und problemzentriert. Weiters bietet sich die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse für eingeschränkte Forschungsfragen an, da sie eine sehr strukturierende und regelgeleitete Art wählt (Mayring, 2000). Bei der Inhaltsanalyse werden die Analysekatoren, wenn auch vor einem theoretischen Hintergrund, unmittelbar aus dem empirischen Material gebildet. Für diese Studie wurde der Leitfaden auf theoretischen Annahmen entwickelt. Das Herzstück der inhaltlich strukturierenden Vorgehensweise ist am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte herauszufinden, zu ordnen und das Material im Hinblick auf diese herausgefundenen Aspekte systematisch zu beschreiben (Schreier, 2014). Laut Schreier wird herausgefiltert, was zu bestimmten Themen im Rahmen der Interviewstudie ausgesagt wird. Diese Aspekte bilden dann auch die Struktur des Kategoriensystems.

Als wesentliche Grundprinzipien einer qualitativen Inhaltsanalyse führt Mayring (2003, S. 42-45) unter anderem an:

- Die Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang: Das bedeutet, dass der Text innerhalb des eigenen Kontextes interpretiert wird.
- Ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen: Das bedeutet, dass die Textanalyse vorab festgelegten Regeln folgt.
- Die Kategorien stehen im Zentrum der Analyse und sollen die Intersubjektivität des Vorgehens abbilden: Die Kategorien werden erst während des Analyseprozesses gebildet und stellen inhaltlich komplexe Aussagen dar. Die Kategorien werden begründet und in sogenannten Rückkopplungsschleifen überarbeitet.
- Gütekriterien: Das Verfahren soll prinzipiell nachvollziehbar sein.

Die einzelnen Analyseschritte für den Ablauf sind im Anhang zusammengefasst (siehe Anhang 7.4).

„Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Analyse dar“ (Mayring, 2015, S. 51). Durch das Kategoriensystem wird die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse für andere nachvollziehbar und vergleichbar.

In der Master-These wurde oben beschriebenen Schritten Rechnung getragen: Die Transkripte, d.h. das gesamte Datenmaterial, wurden zerlegt in kleine Analyseeinheiten, dann paraphrasiert und generalisiert. Es wurden aus den Generalisierungen vorläufige induktive Kategorien gebildet. „Das grundlegende Modell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich für eine induktive Kategorienbildung, die auf den Techniken der Zusammenfassung aufbaut, einsetzen“ (Mayring, 2015, S. 85). Die Generalisierungen bzw. Codes wurden dann reduziert durch Selektion und Bündelung. Danach wurden die Kategorien definiert und die deduktiv gefundenen Themenblöcke des Interviewleitfadens eingearbeitet. Durch ein deduktives-induktives Wechselspiel entwickelt sich ein ausdifferenziertes Kategoriensystem (Gahleitner & Hinterwallner, 2014, S. 80). Die so erhaltenen Codes wurden in die Software Atlas.ti 9 eingespeist. Die einzelnen Sinneinheiten (Wortgruppen, Sätze, Absätze) des gesamten Datenmaterials wurden dann unter Verwendung der Software entsprechend den einzelnen Codes zugeordnet. Die

jeweiligen Textstellen einer Unterkategorie wurden als Basis für die weitere zusammenfassende Ergebnisdarstellung als Worddatei abgespeichert.

Durch die Einspeisung in das Atlas.ti 9 System kommt es zu einer Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material. Die gefundenen Kategorien wurden währenddessen überarbeitet und präziser formuliert, erweitert und zusammengefasst. Auch zusätzliche Kategorien kamen im Laufe der ersten zwei Interviews dazu. Das gesamte Datenmaterial wurde dann wieder mit den erweiterten Codes überarbeitet (Rückkopplungsschleife) und anhand des endgültigen Materialdurchgangs einer summativen Reliabilitätsprüfung unterzogen. Im Sinne einer Qualitätskontrolle (Gütekriterium der Nachvollziehbarkeit) wurden einerseits bei der Entstehung des Analyseprozesses Personen außerhalb des Forschungsprozesses miteinbezogen und diskursiv Kategorien erarbeitet, andererseits wurde im Sinne der Inter-Coder-Reliabilität von einem zweiten Kodierer Textmaterial kodiert und danach von der Forschenden überprüft. Als Endresultat des vorher beschriebenen Forschungsprozesses wurde ein Kategoriensystem erstellt (siehe Anhang 7.5).

### **3.4 Forscherinnenreflexion**

Wie schon in der Einleitung erwähnt, entstand mein Forschungsinteresse als ich als Psychotherapeutin arbeitend die Seite wechselte und sich unerwartete Schwierigkeiten im therapeutischen Arbeiten vor allem in der Elternarbeit ergaben. Die Kooperation als Psychotherapeutin mit Eltern gestaltete sich für mich schwierig, wenn ich das Gefühl hatte, dass Eltern zu sehr involviert sind und sie meiner Meinung nach ihre Anteile gar nicht wahrnahmen.

Ich habe Expert\*innen gesucht, die aus dem humanistischen Cluster kommen und Erfahrungen im Kinder- und Jugendbereich haben und mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen arbeiten, um meine Forschungsfrage beantworten und meine Vorannahmen überprüfen zu können. Da ich selber aus diesem Feld komme, habe ich, um weitere Verstrickungen zu vermeiden, meine forschungsleitenden eigenen Vorannahmen für mich reflektiert und aufgeschrieben, um sie mir dadurch bewusst zu machen. Reflektierend muss ich aber anmerken, dass ich trotz meiner Bemühungen, mir meine Vorannahmen bewusst zu machen und meinen Interviewpartner\*innen ebenso bewusst zu machen, dass ich eine Forschende bin, es

im Laufe der Interviews passiert ist, dass ich als Fachperson angesprochen wurde und dass ich weiterführende, nachfragende Fragen gestellt habe, die von meinen Vorannahmen und Erfahrungen geleitet waren. Das ist die Problematik, wenn man nahe am Feld ist. Da ich aber im Bewusstsein dieser Problematik meine Fragen offen und neutral formuliert habe und auch nicht wertend gefragt habe, ist ein in einigen Punkten unerwartetes Ergebnis herausgekommen und es ergaben sich Aspekte, die ich vorher so nicht im Fokus hatte. Auch für manche der interviewten Personen kam es zu einem explizit betonten Erkenntnisgewinn.

## 4 Ergebnisdarstellung

Im anschließenden Kapitel werden die Inhalte der Interviews anhand des Kategoriensystems pro Kategorie beschrieben. Zu Beginn der Beschreibung jeder Unterkategorie werden im grauen Feld alle Inhalte in keiner spezifischen Reihenfolge aufgezählt, um dem inhaltlichen Spektrum der jeweiligen Kategorie zu genügen. Wenn manche Aspekte nur vereinzelt vorkommen, werden sie dann im darauffolgenden Text nicht vertieft.

### 4.1 Rolle des\*der Therapeut\*in

#### 4.1.1 *Eigenschaften, die dem\*der Therapeut\*in hilfreich sind*

- Offenheit
- Sachen aushalten
- Hintergrundwissen/Expertise
- Verhalten verstehen
- Transparenz/Verschwiegenheit
- Auf dem Laufenden sein
- Flexibilität
- Geduld
- Initiatorin Vernetzung
- Kind nehmen, wie es ist
- Eltern nicht abwerten
- Exklusivität

Die Eigenschaften, die in dieser Unterkategorie beschrieben werden, beziehen sich auf Erwartungen an Therapeut\*innen und sind wichtig für die Rolle des\*der Therapeut\*in.

Es gibt Therapeuten, die nur fürsorglich begleiten, bemuttern oder bevatern, wie man es nennen möchte. Und immer nur mit dem Kind mitgehen. Dann gibt es welche, die auch sehr gut über das Spiel und über alle möglichen

Interventionen dem Kind alle Handlungsmöglichkeiten eröffnen oder andere Sichtweisen eröffnen können. (E7, Absatz 27)

E7 fasst hier die konkreten Eigenschaften und auch Methoden der Kinder- und Jugendpsychotherapie, die von den unterschiedlichen Expert\*innen genannt wurden, in sehr bildlicher Sprache zusammen. Sehr aussagekräftig findet E7 auch folgende Aussage einer Klientin: „Völlig egal, wie ihr das nennt, ich habe nur jemanden gebraucht, der mich versteht“ (E7, Absatz 15).

Obwohl es im Eingangszitat so einfach zusammengefasst wurde, gab es in dieser Kategorie, vor allem in Bezug auf Jugendliche, mehrfache Nennungen, wie wichtig die Verschwiegenheit der Therapeut\*innen ist und, wenn Informationen weitergegeben werden, ebenso die Transparenz. Dies wirkt sich auf das Vertrauensverhältnis und die Kooperation mit dem Helfersystem aus. E5 meint dazu, dass Dinge leichter angesprochen werden können bei Jugendlichen, wenn der Kontakt mit den Bezugsbetreuer\*innen und die therapeutische Beziehung gut sind. E7 weist darauf hin, wie bedürftig manche Jugendliche sind, Erlebnisse loszuwerden, aber nur unter dem Siegel der Verschwiegenheit, dass es niemand erfährt.

Damit die Psychotherapie gut gelingen kann, finden E1, E2 und E5 die Offenheit des\*der Therapeut\*in, das Kind zu nehmen, wie es ist, sehr wichtig, wozu auch das Aushalten schwieriger Umstände als Teil des Prozesses gehört, wie E4 und E6 meinen. Es ist wichtig, bei fremduntergebrachten Kindern auf dem Laufenden und in das Helfersystem eingebunden zu sein, wie E4 und E5 betonen.

In unterschiedlichen Worten wurde von allen Expert\*innen betont, dass es wichtig ist, zuerst unvoreingenommen in Kontakt zu kommen, es zu bleiben und nicht, aufgrund eines schwieriges Verhaltens der Klient\*innen, die Beziehung in Frage zu stellen (E1) oder gar die Eltern abzuwerten (E2). E2 beschreibt noch, dass die „Reputation“ (E2, Absatz 24), die Psychotherapeut\*innen in vielen Berufsgruppen haben, hilfreich ist, um für die Kinder und Jugendliche, die fremduntergebracht sind, in ihrem Umfeld Veränderungen zu schaffen.



#### **4.1.2 Die Rolle des\*der Therapeut\*in als neutraler Raum und zusätzliche Ressource**

- Außenrolle
- Fokus auf das Kind
- Stabilität
- Vermittler\*in
- Distanz
- Einzelzuwendung
- Auf der Seite des Kindes

Von fast allen Expert\*innen wird betont, wie wichtig es ist, sich als zusätzliche Position einzubringen (E2) und nicht total als Verbündeter der WG, des Jugendamtes oder des Kindes zu gelten, sondern „quasi ein Freier“ (E2, Absatz 5) zu sein. E3 sagt dazu, dass eine Außenposition wichtig ist, dass man nicht im Geschehen der WG oder im Geschehen der Familie steht. In diesem Zusammenhang, der bei sechs von den sieben Interviews auch eine Rolle spielt, sagt E3, dass es hilfreich ist, wenn man niemandem verpflichtet ist, weil sich vor allem Jugendliche dann erst anvertrauen. E3 sagt, dass man ja „als Kinder- und Jugendlichentherapeutin auch immer so eine, wie soll ich sagen, eine Stange, woran sich die Kinder festhalten“ (E3, Absatz 3) ist, wodurch auch Dinge zur Sprache kommen können, die die Betreuer\*innen der WG gar nicht wissen. Denn als Außenstehende\*r ist man weder der WG noch dem Jugendamt verpflichtet. In der Therapie einen neutralen Ort zu schaffen, ist auch E4 ein Anliegen, besonders bei umstrittenen familiären Situationen, wo es um Gerichtsverfahren oder Obsorgestreitigkeiten geht. Da ist es wichtig, dass man neutral bleibt und der Vorteil der Therapie ist, „dass man nichts Bestimmtes erreichen muss, im Sinne, ich muss ein Gutachten schreiben oder ich muss ein Ergebnis bringen“ (E4, Absatz 5). E5 meint dazu noch, dass sie manchmal anregt, um neutral zu bleiben, dass andere Fachpersonen eine unterstützende Rolle einnehmen. E6 weist aber darauf hin, dass es nicht immer so einfach ist, von den Klient\*innen nicht dem Helfersystem zugerechnet zu werden.

Im Hauptblickpunkt ist jedoch, wie einige auch explizit betonen, für alle Expert\*innen das Interesse des Kindes. Das ist der Fokus und man ist als Psychotherapeut\*in auf der Seite des Kindes (E1, E2, E3, E4) und E5 spricht davon, einen sicheren Ort für das Kind oder den\*die Jugendliche\*n zu schaffen. Die Vermittlerposition wird auch angesprochen in den Interviews, dass man dadurch das Beste für den\*die Klient\*in

herausholen kann. Die Wichtigkeit der Stabilität, die man als Psychotherapeut\*in oft bieten kann, während es in WGs öfter zu Betreuer\*innen-Wechsel kommt oder wenn man von den Eltern in eine WG kommt, wird besonders von E4 und E6 betont. E6 meint: „Der Hauptfaktor für die Genesung ist die konstante, stabile therapeutische Beziehung“ (E6, Absatz 15).

#### **4.1.3 Beziehungsangebot und Entwicklungsbegleitung**

- Beziehungsangebot stellen
- Bindung herstellen
- In Kontakt bleiben
- Abschluss/Nachbetreuung
- Ressourcenorientiert
- Vertrauen aufbauen
- Sicherheit/Halt geben
- Stabilisierung
- Sicherer Ort

Von den Expert\*innen wird betont, wie wichtig der Vertrauensaufbau für die therapeutische Beziehung ist, weshalb sich diese Unterkategorie genauer diesem Thema widmet. Es gilt zunächst einmal eine Vertrauensbasis herzustellen und eine „Gewährleistung von Sicherheit und Halt gebenden Strukturen“ (E1, Absatz 7). Eine haltgebende langfristige Psychotherapie, wo die Kinder und Jugendlichen ihren sicheren Ort haben, wird von fünf der sieben Expert\*innen explizit erwähnt. Wie E2 meint, ist Verständnis zu erzeugen bei schwer bindungstraumatisierten Kindern nicht so leicht, und es muss daran gearbeitet werden, „dass ich auch nicht der Gegner bin. Dass ich nicht der bin, der gegenüber sitzt und sagt, das passt aber so. Auch, wenn du es noch so deppert findest. Das finde ich wichtig“ (E2, Absatz 48). Erschwerend für den Beziehungsaufbau kommt hinzu, dass von den Kindern und Jugendlichen oft eine nicht gesunde Variante, wie z.B. alles offenlegen, gewählt wird, eine Beziehung aufzubauen. Distanzloses Verhalten ist nicht gesund und daher ist es eine therapeutische Aufgabe, ein gesundes Maß an Selbstschutz, Achtsamkeit und Selbstfürsorge zu vermitteln (E7). Der Fokus, da sind sich alle Expert\*innen einig, liegt grundsätzlich beim Beziehungsaufbau, der aufgrund der negativen Bindungserfahrungen bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen schwieriger ist. Das Beziehungsangebot wird gestellt auf welcher Ebene es gerade möglich ist und sich anbietet, z.B. mit aktiven körperlichen Dingen oder im freien Spiel (E4).

Von fünf Expert\*innen wurde auch die Wichtigkeit der Stabilisierung betont. Die Stabilisierung in der WG, dass man „in der WG auch wirklich zur Ruhe kommen, dort ankommen kann“ (E3, Absatz 25). E5 sieht es als eine wichtige therapeutische Aufgabe, dass die Fremdunterbringung als sicherer Ort angenommen werden kann, damit die dortigen Ressourcen auch genutzt werden können. Stabilität ist auch wichtig, wenn viele Wechsel rundherum passieren, weil „dann ist fast die Therapie schon das, was am längsten läuft“ (E4, Absatz 51-52). E1 weist auch darauf hin, dass es das oberste Gebot für bindungstraumatisierte Kinder ist, dass man ihnen vermittelt, dass man mit ihnen arbeiten möchte und sie auf ihrem Weg begleiten will, damit sie Vertrauen in eine neue Beziehung gewinnen können und so ein nächster Entwicklungsschritt in Richtung Stabilisierung gelingen kann. Eine stabile Beziehung ist die Grundlage einer therapeutischen Beziehung. Es laufen jedoch nicht alle Therapien so lange. Wenn es nötig ist, die Therapie zu wechseln aufgrund z.B. eines WG-Wechsels, dann ist es wichtig, die Therapie nicht abrupt zu beenden, sondern ein Ausschleichen in immer größeren Abständen zu schaffen (E4). E1 sagt: „Dem Kind und Jugendlichen muss vermittelt werden, ich bin jetzt da, . . . ich begleite dich jetzt bis hin zu deinen nächsten Entwicklungsschritten, bis du so viel Autonomie und Selbstwertstärkung erlebt hast, dass du mich nicht mehr brauchst oder anderes brauchst“ (E1, Absatz 51-52).

In den Daten wird deutlich, dass bei Psychotherapie mit fremduntergebrachten Klient\*innen der Beziehungsaufbau unter ganz spezifischen Umständen passiert und die Therapeut\*innen deshalb besonders gefordert sind.

## **4.2 Charakteristika der Klient\*innen/fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher**

### **4.2.1 Spezifische Eigenschaften, Erlebnisse und Verhaltensweisen**

- Wenig Selbstwert
- Zugang zu Emotionen
- Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen
- Grenzen testen
- Brauchen mehr Zeit
- Misstrauen
- Verantwortung für andere übernehmen
- Reife
- Thema der Fremdunterbringung
- Ungünstige Beziehungserfahrungen
- Leistungsprobleme

- Impulsivität
- Zurückgezogenheit
- Selbstverletzung
- Nähe suchend
- Regression

Gerade zu dieser Unterkategorie gab es von den Expert\*innen ausführliche und umfangreiche Beschreibungen der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen. Diese Kinder und Jugendlichen haben „ein Riesenpaket, was sich deutlich unterschieden hat von Kindern, die noch bei ihren Eltern leben. Die Komplexität der Problematik war in der Regel viel, viel umfassender, viel massiver“ (E7, Absatz 1). Ebenso sind das selbstverletzende Verhalten, die Impulsdurchbrüche und starke Regressionen Besonderheiten der fremduntergebrachten Klientel (E6).

Wie kann ich mit meinen heftigen Impulsen umgehen? . . . Ich habe es eigentlich schon fast durchwegs erlebt, dass die Kinder mehr oder weniger selbst daran leiden. Weil es eher etwas ist, gerade diese aggressiven Durchbrüche, wo etwas über sie kommt, was sie nicht unbedingt so ganz gezielt machen, manchmal auch, aber häufig sind das eher Kontrollverlusterfahrungen. (E4, Absatz 9)

E4 beschreibt auch Kinder und Jugendliche, die depressiv reagieren, sich zurückziehen und die dann Leistungsprobleme haben, obwohl sie kognitiv nicht schwach sind und E7 bestätigt die ganze Bandbreite an Gefühlsäußerungen „vom direkten Ansprechen und die ganze Not offenbaren bis hin, sich Wochen bis Monate bedeckt zu halten. Alles drinnen“ (E7, Absatz 7).

Das unsichere Bindungsverhalten sprechen alle Expert\*innen an und sehen es als die Ursache für das große Misstrauen, das bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen bezüglich Beziehungsangebot und Vertrauen fassen, vorherrscht. E4 beschreibt dies folgendermaßen:

Zumindest habe ich das hier nicht anders erlebt, keine stabilen Beziehungen, also wirklich tragende, stützende, Halt gebende Beziehungen in ihrem Leben

hatten. Oder eher oft in die Rollen gekommen sind, wo sie parentifiziert sind und auf die Bedürfnisse der Eltern mehr eingehen müssen. Also einfach selbst sehr bedürftige Eltern haben, die einfach gar nicht in der Lage waren, sich um Kinder auch emotional zu kümmern. Das sind schon mal Vorbedingungen, von denen man mehr oder weniger ausgehen kann, wenn ein Kind aus einer WG in die Therapie kommt. (E4, Absatz 3)

Dadurch ist diese Klientel auch sehr misstrauisch, wie E6 sagt, da sie Erwachsene als unzuverlässig erlebt haben und sie haben auch den Anspruch, dass nichts weitererzählt wird, da sie niemanden trauen, weil es sich gezeigt hat, dass „was sie sagen oder zeigen, auch dazu führt, dass es Veränderungen gibt“ (E5, Absatz 23). Das bedeutet auch, wie E3 meint, dass viele Kinder und Jugendliche mehr Zeit brauchen, um sich auf die Therapie einzulassen, man merkt eine größere Vorsicht. Wenn der Kontakt mit der Bezugsbetreuungsperson der WG gut ist und eine Vertrauensbasis da ist, dann funktioniert auch der Einstieg in die therapeutische Beziehung oft recht gut (E5), jedoch ist es immer eine „ziemliche Gratwanderung, was den Austausch betrifft“ (E4, Absatz 13) aufgrund des Misstrauens der Klient\*innen.

E4 beschreibt auch, dass diese Kinder und Jugendlichen wenig Zugang haben dazu, wie es ihnen geht. Sie sind, wie E2 sagt,

vom Verstand her ein bisschen reifer, im Sinne von, dass sie von ihren Emotionen ein bisschen mehr Abstand nehmen können. Wahrscheinlich, weil ihnen die nichts bringen. Wenn ich nicht getröstet werde, oder wenn ich eine Situation habe, die nicht lösbar ist, dann bringt es mir nichts, das ich da total hinschaue. (E2, Absatz 34-25)

Auch die Parentifizierung ist laut Expert\*innen ein Thema. Diese Kinder und Jugendlichen sind es oft gewohnt, Verantwortung zu übernehmen, auch für Geschwister. Sie übernehmen daher auch Belastungen anderer Kinder, die mit ihnen in der WG leben. E3 traut sich zu sagen, dass das ein „Kennzeichen von WG-Kindern

ist“ (E3, Absatz 17). Sie übernehmen eine Rolle im WG-System, mit den neuen WG-Kindern rundherum und erfahren dort auch verschiedene Geheimnisse. Es fällt ihnen daher schwerer als anderen Kindern und Jugendlichen, sich auf sich selbst zu konzentrieren und sich wirklich das Eigene anzusehen und sich selbst gut zu spüren, wie E3 nochmal betont. Die Kinder haben „diese Fremdunterbringung als zusätzliches Thema“ (E2, Absatz 28).

#### **4.2.2 Unterschiede bezüglich des Alters der Klient\*innen**

- Zeit, die gebraucht wird
- Komplexität
- Einbezug der Bezugspersonen
- Zielfindung/Themen
- Reife
- Vorsicht beim Vertrauensaufbau
- Vertrauen in Erwachsene
- Leidensdruck
- Transparenz Helferkonferenzen
- Reflexionsfähigkeit

Diese Unterkategorie ergab sich induktiv in den Interviews, da es doch explizit einige Rückmeldungen der Expert\*innen bezüglich des Alters gab. Es gibt zwischen Kindern und Jugendlichen aufgrund des Alters einige Unterschiede im Gesamtspektrum fremduntergebrachter Klientel.

Da muss man wieder unterscheiden, das ist altersabhängig. Ich sehe das so, unter den Zehnjährigen ist es noch viel leichter mit dem Kontaktaufbau, Beziehungsaufbau, auch mit den Spielen kommt man leicht mit dem Kind in Kontakt. Bei Jugendlichen, also so ab 14 Jahren, ist es viel schwieriger, mit dem Kontaktaufbau. (E6, Absatz 15)

Auch was den Kontakt zu den Bezugspersonen angeht, sehen die Expert\*innen einen Unterschied im Alter der Kinder und Jugendlichen. Je jünger die Kinder sind, umso wichtiger sei es, mit den WGs in Kontakt zu bleiben, da Kinder nicht automatisch die aktuellen Regelungen mitteilen würden (E4, Absatz 13).

Auch E1 denkt, je jünger die Kinder, desto mehr gehören die Bezugspersonen mit einbezogen, was nicht bedeutet, dass inhaltlich etwas erzählt wird, denn Kinder und Jugendliche sollen ihren Raum haben. E1 führt noch weiter aus, dass es wichtig ist, die Kinder und Jugendlichen zu fragen, „ob es ihm jetzt wichtiger wäre, ein bisschen,

vielleicht die Betreuer mehr einzubeziehen oder ob es jetzt mal besser ist, eine Phase, wo das Kind oder der Jugendliche wirklich nur den eigenen Raum kriegt“ (E1, Absatz 35). Im Schnitt meint E1 alle 3 Monate sollte ein Kontakt da sein. E5 meint, dass der Einbezug der Bezugspersonen bei Jugendlichen weniger gut gelingt, „weil es viel sperriger ist, dass Jugendliche auch sagen, das will ich nicht“ (E5, Absatz 53-55). Einig sind sich alle Expert\*innen, dass je älter die Klient\*innen sind, desto notwendiger ist es, zuerst alleine mit diesen zu reden, jedoch gehört auch bei Jugendlichen ein Gespräch auf Helferebene unbedingt dazu.

E1 sagt: „Je kleiner die Kinder, desto mehr kommt der Leidensdruck von außen in Richtung, soll Therapie stattfinden. Der Leidensdruck ist schon beim Kind, aber vermittelt wird es von außen“ (E1, Absatz 23). Und: „Je älter das Kind, umso wichtiger ist es, dass der Jugendliche selbst kommt und wir gemeinsam an Zielen, also uns erst mal anschauen, was will er überhaupt und was könnte Ziel des therapeutischen Prozesses sein?“ (E1, Absatz 101). E4 meint, dass jüngere Kinder nicht mit Themen kommen, die sie jetzt besprechen wollen, sondern „die kommen mehr mit dem, was sie zeigen“ (E4, Absatz 45), weshalb sie mit jüngeren Kindern gerne szenisch arbeitet, „weil das den Kindern eine gute Möglichkeit gibt, etwas zu zeigen. Es zeigt natürlich etwas, wenn da ständig ein Kind verloren geht“ (ebd.).

Die Reflexionsfähigkeit ist auch stark altersabhängig, ob es möglich ist Vorfälle bzw. die Fremdunterbringung kognitiv und emotional zu erfassen (E1). „Die Kinder reflektieren nicht, wie ist es bei uns daheim, sondern sie reflektieren erst dann, wenn sie herausgerissen werden“ (E2, Absatz 30). In der Therapie zentral zu Beginn, da sind sich alle Expert\*innen einig, ist der Beziehungsaufbau, „da brauche ich nicht viel anderes an Themen arbeiten, es geht darum, wie geht es uns miteinander und dass man das je nach Alter thematisiert“ (E4, Absatz 3). Mit den unter Zehnjährigen ist der Vertrauensaufbau leichter, Jugendliche, die fremduntergebracht sind, haben oft weniger Vertrauen in Beziehungen, meint E6, und die Problematik gestaltet sich oft komplexer.

Zusammenfassend kann man sagen, dass aufgrund der tiefgreifenden Bindungsstörungen, die sehr viele fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche aufweisen, sie alle „extrem auf der Suche nach Beziehung, nach Zuneigung, nach

Nähe“ sind (E7, Absatz 5). „In dieser Bandbreite hat sich alles abgespielt, auch quer durch alle Altersgruppen. Da kann man gar nicht sagen, das war eine spezifische Verhaltensweise einer bestimmten Altersgruppe, eines bestimmten Geschlechtes. Das war ganz, ganz individuell“ (E7, Absatz 5).

#### **4.2.3 Erlebte Beziehungsabbrüche und Traumatisierungen und daraus resultierende Traumata**

- Gewalt miterleben
- Keine Halt gebenden Beziehungen
- Beziehungsabbrüche
- Traumafolgestörungen
- Zerrissenheit
- Selbstwert schwach
- Selbst erlebte Gewalt: körperlich, psychisch, sexuell
- Parentifizierung
- Deprivationserfahrungen
- Bindungsproblematik
- Kein klares Zuhause
- Mangelerfahrungen

Das sind grundsätzlich Kinder, die gravierende traumatische Erfahrungen gemacht haben, in der Regel. Sei es Gewalt miterlebt, selbst erlebt, von körperlich, psychischer bis hin zu sexueller Gewalt, die aber auch durchgehend, also zumindest habe ich das hier nicht anders erlebt, keine stabilen Beziehungen, also wirklich tragende, stützende, Halt gebende Beziehungen in ihrem Leben hatten. (E4, Absatz 3)

„Traumatische Erfahrungen, schlechte Beziehungserfahrungen, Beziehungsabbrüche, das ist schon ein ziemliches Paket“ (E4, Absatz 3).

Diese zwei Zitate charakterisieren schon sehr klar die Kinder und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind. E6 erwähnt zusätzlich sehr frühe Deprivationserfahrungen bei vielen der Fremduntergebrachten, durch Gewalt in der Familie zum Beispiel, und meint, dass diese dann „ein sehr starkes inneres Gefühlsleben, auf einer sehr unbewussten Ebene“ (E6, Absatz 5) hätten. Auch E2 sieht Deprivation oftmals vorkommend bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen aus Familien, die dem Jugendamt bereits bekannt sind, da deren Kinder oft wenig gefördert werden im Gegensatz zu Familien, die dem Jugendamt nicht bekannt sind (E2, Absatz 50).



E5 betont, dass es dann in der Therapie auch wichtig ist, die Kinder und Jugendlichen mit ihren Mangelenerfahrungen, ihren Traumatisierungen, mit ihrem sozialen Umfeld wahrzunehmen.

In dieser Unterkategorie wird sehr deutlich, dass die Kinder und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind, „ein Riesenpaket, was sich deutlich unterschieden hat von Kindern, die noch bei ihren Eltern leben“ (E7, Absatz 1) mitbringen. E7 meint dazu weiter, dass sich die Problematiken (Vernachlässigung, Verwahrlosung und traumatisierende Umstände) auch in ihrer Heftigkeit unterscheiden. Ebenso macht es einen Unterschied, ob man mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Einzelsetting oder im Gruppensetting arbeitet, da schwer Traumatisierte oft eine geringe Toleranzschwelle und ein unheimlich geringes Selbstwertgefühl haben, was in einer Gruppensituation, wie auch die WG-Gruppe eine ist, zu Schwierigkeiten führt. Da muss man auch daran arbeiten, „was passiert in der Gruppe, dass das Kind so schwierig ist“ (E7, Absatz 27).

Auch E1 betont, dass ein riesengroßer Unterschied dieser Klientel zu bei den Eltern lebenden Kindern und Jugendlichen die Bindungstraumatisierung ist: „Ich finde, da ist ein großer Unterschied, weil es ja doch in den allermeisten Fällen schwer bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche sind“ (E1, Absatz 7). Daher geht es viel um Selbstwertstärkung und um Vertrauen anderen Menschen gegenüber, meint E1. Als eines der wesentlichen Charakteristika sieht auch E4 die Bindungstraumatisierung. Diese kann sich auch in der WG fortsetzen, wie E4 im Interview mitteilt: „Und dann auch in der WG, dann gibt es vielleicht mal einen\*eine Bezugsbetreuer\*in, die man gern hat, und dann ist die nach einem Jahr schwanger und geht in Karenz oder wechselt den Job“ (E4, Absatz 3). Es zeigt sich in den Interviews, dass diese Zielgruppe viele unterschiedliche Beziehungsabbrüche erlebt und erlebt hat.

Ein weiteres Merkmal, das immer wieder in den Interviews genannt wurde, ist die Zerrissenheit dieser Klientel: „Selbst, wenn es schwierig ist bei den Eltern, ist der Wunsch oft trotzdem ganz stark, ich will eigentlich dort sein“ (E2, Absatz 5). Dazu äußert sich auch E7: „Dieses Thema, ich lebe hier und die Leute sind in der Regel alle ganz nett, aber ich will zu meinen Eltern oder da ist mein Lebensinteresse, das hat

sich bei Kindern in der Fremdunterbringung durchgezogen“ (E7, Absatz 7). E4 sieht auch noch hinzukommend, dass es kein klares Zuhause für diese Kinder und Jugendlichen gibt. Es gibt zwar ein Gefühl von Zugehörigkeit – das sind meine Bezugspersonen – jedoch ist dieses irrsinnig instabil, da eine WG gewechselt werden kann und ebenso wechseln Betreuer\*innen und es gibt immer wieder die unterschiedlichsten Besuchskontakte und Übernachtungsausmachungen, je nachdem, was sich in der Familie ändert. „Das ist das zerrissen Sein der Kinder“ (E4, Absatz 5). Bei Kindern und Jugendlichen, die bei ihren Eltern leben, geht es meist um Konflikte innerhalb der Familie, jedoch wird der Verbleib in der Familie nicht in Frage gestellt. „Das ist schon mal ein Riesenunterschied“ (E7, Absatz 7). Das Thema der Fremdunterbringung ist daher grundsätzlich vorhanden und es ist „einfach auch eine traumatisierende Sache“ (E2, Absatz 28).

#### ***4.2.4 Sonstige tendenzielle Unterschiede zu Kindern und Jugendlichen, die bei den Eltern wohnen***

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| • Identifikation      | • Reinszenierung      |
| • Fremdunterbringung  | • Loyalitätskonflikte |
| • Katastrophe spielen | • Weniger Offenheit   |
| • Ausgeliefert sein   | • Idealisierung       |
| • Als Opfer fühlen    | • Schuldig fühlen     |

In dieser Unterkategorie wurden alle sonstigen Unterschiede, die jedoch nur einzeln in den Erzählungen genannt wurden, subsummiert, damit auch diese nicht verloren gehen. Die Fremdunterbringung als zusätzliches Thema wurde des Öfteren genannt und wird in der vorherigen Unterkategorie bereits als Traumatisierung erkannt. Die Fähigkeit zur Bindung wurde explizit von E2 angesprochen, nämlich Beziehungen im WG-System annehmen zu können oder zu Lehrer\*innen, da nur dann auch Therapie gelingen kann, wenn diese Kinder und Jugendlichen bindungsfähig trotz ihrer Bindungsproblematik sind. Laut E2 gibt es selten Kinder, die froh sind, nicht mehr daheim zu wohnen, und die gar keine Elternbeziehung haben, wie wir sie uns vorstellen.

Häufiger kommt es zu massiven Loyalitätskonflikten, auch unterschiedlich:

Je nachdem, ob die Eltern sagen, okay, gut, ich bin froh, ich bin überlastet und sogar die Eltern dazu beigetragen haben, dass die Kinder in eine WG kommen. Oder ob das passiert ist gegen den massiven Widerstand der Eltern. . . . Ich habe auch eine Geschichte erlebt, die Eltern hatten Besuchskontakt zu den Kindern und haben ihnen gesagt, du bist schuld, dass du in der WG bist, weil du so böse warst. (E4, Absatz 3)

So kommt es, dass sich Kinder schuldig fühlen, wie auch E7 beschreibt, oder sie fühlen sich als Opfer, weil Geschwister noch in der Familie leben und leiden unter extremer Eifersucht. Vor allem, wenn Eltern in Opposition gehen, kommt es oft zu Idealisierungen, erzählt E7 im Interview: „Dort ist alles gut und hier ist alles scheiße“ (E7, Absatz 9). Es kann auch zur Identifikation mit unter Umständen problematischen Personen kommen:

Wenn es jetzt zum Beispiel um einen kleinen Buben geht, wo der Papa im Gefängnis ist und der sehr wohl so in eine Identifikation geht, weil er halt Sehnsucht nach dem Papa hat und gleichzeitig weiß, der Papa hat so grausliche Sachen gemacht, dass er jetzt jahrelang in das Gefängnis gesperrt wurde. (E1, Absatz 27)

Auch Reinszenierungen, wo sich die Kinder in Situationen hineinmanövrieren, die schwierige Konsequenzen für sie haben können, kommen laut E1 immer wieder vor. E4 beschreibt, dass, wenn Kinder spielfähig sind, die Spiele auch oft zuerst so laufen, dass etwas zerstört wird, dass eine Katastrophe zuerst mal passieren muss, bevor als Therapeut\*in mit Hilfsfiguren eingegriffen werden kann. E6 erzählt: „Kinder, die in Pflegefamilien aufwachsen oder in Wohngemeinschaften, spielen sehr häufig Familie nach“ (E6, Absatz 5). Mutter, Vater, Kind und dieses Kind wird aus der Familie herausgenommen und in ein Gefängnis gesteckt. Es kommt dann ein Polizist und rettet das Kind. Diese Geschichte wird in immer neuen Versionen in das Spielgeschehen eingebaut. Das Nachspielen von Situationen und früher Erlebtem hilft subjektiv, Kontrolle über diese Erlebnisse, Ängste und traumatischen Situationen zu

haben, führt E6 weiter aus und meint, dass dieses „ausgeliefert sein“ ein Charakteristikum fremduntergebrachter Kinder ist. „Eine ziemliche Bremse für, ich kann da offen darüber reden, was ich erlebe, wie ich das erlebe, was ich mir dabei denke, wie ich mich da fühle“ (E4, Absatz 41) ist auch die Drohung mancher Familien mit dem Heim schon vor der Fremdunterbringung bzw. dass ihnen gesagt wird, dass sie das nicht sagen dürfen. Das spielt für die Offenheit in der Therapie eine große Rolle und wurde schon unter dem Punkt 4.2.1 unter Misstrauen thematisiert.

Die Analyse des Interviewmaterials beschreibt recht detailreich die besonderen Eigenschaften und speziellen Probleme die Kinder und Jugendliche, die nicht mehr bei den Eltern bzw. Angehörigen leben können, haben können. Diese Charakteristik der Klientel wirkt sich auch auf die psychotherapeutische Arbeit aus.

#### **4.3 Besonderheiten psychotherapeutischen Arbeitens mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen**

In dieser Kategorie werden Prozesse, Themen und die Gestaltung der Beziehungsebene im Unterschied zu bei den Eltern lebenden Kindern und Jugendlichen beschrieben beziehungsweise werden deren Besonderheiten aufgezeigt.

##### **4.3.1 Rahmenbedingungen, die ein psychotherapeutisches Arbeiten ermöglichen**

- Zugehörigkeit
- Klarheit
- Krisenbegleitung
- Wohnsituation
- Sicherer Ort

In dieser Unterkategorie wird von den Expert\*innen die oft noch unklare Ausgangslage von fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen am Beginn einer Therapie thematisiert.

Und ich glaube, das ist das allerwichtigste für die Kinder und Jugendlichen, dass sie sich auskennen, wie es weitergeht, weil es eben um unsichere Beziehungserfahrungen oder Life Events in ihrem Leben schon ging, und wenn das einem Helfersystem gelingt, dann, denke ich, kann es mit dem Kind oder mit dem Jugendlichen gelingen. (E1, Absatz 35)

E2 betont, dass, wenn Kinder erst kurz untergebracht sind und noch Unklarheit über den Verbleib in der WG besteht, die Krisenbegleitung im Vordergrund steht, da noch nicht die Möglichkeit eines sicheren Settings besteht: „Da muss man einfach nur schauen, wie ist die jetzige Situation, was kannst du machen, wie schaut das von dir aus, ein bisschen Verständnis erzeugen, wie schaut das aus WG-Sicht oder Jugendamt-Sicht aus“ (E2, Absatz 5).

Einig sind sich die Expert\*innen, dass es mit Kindern, deren Wohnplatz, sprich das Zuhause, nicht in Frage gestellt ist, schneller möglich ist, in eine Aufarbeitungsphase zu gehen als mit Kindern und Jugendlichen, „wo alles ganz lange brüchig war und vielleicht immer noch sehr unsicher ist“ (E1, Absatz 25). E1 meint dazu, dass man bei Kindern, die zu Hause leben, viel schneller in einen therapeutischen Prozess einsteigen kann, „als bei Kindern, die in so einer wackeligen Situation sind und wo die Zukunftsperspektive noch gar nicht gegeben ist, was die Wohnsituation betrifft und den Lebensmittelpunkt“ (ebd., Absatz 29). Das Hauptanliegen in der Therapie für E4 besteht darin, „einen neutralen Ort zu schaffen, selbst nicht loyal zu nur einem Elternteil zu werden“ und ein Vorteil der Therapie ist, „dass man nichts Bestimmtes erreichen muss“ (E4, Absatz 5), da diese Kinder und Jugendlichen oft mit professionellem Personal übersättigt sind. E1 schließt sich an und betont, dass man als stabiler Faktor dem Kind oder Jugendlichen Sicherheit vermitteln kann. Auf diese Aspekte wurde auch schon in der Oberkategorie Rolle der\*des Therapeut\*in eingegangen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der sichere Ort, die Klarheit – „Hier bist du und hier bleibst du“ (E1, Absatz 13) – essentiell sind, um in die Therapie einsteigen zu können. Die Themen Zugehörigkeit, Sicherheit und Geborgenheit sind die Themen, über die therapeutische Prozesse gestartet werden können, durch:

Schöne ruhige Spiele, Szenen aufbauen, wirklich im Hier und Jetzt die Spiele aussuchen, . . . das ist das, was den Kindern guttut und wo sie sich innerlich mehr zentrieren können und spüren können und ein positives Selbstgefühl wieder aufbauen können und sich stärken können. (E6, Absatz 29)

#### 4.3.2 Die Besonderheit des Umfelds WG

- Viele Bezugspersonen
- Aktuelle Themen im WG System
- Vermischung mit früheren Erlebnissen
- Betreuer\*innen-Wechsel – Beziehungsabbruch
- Dynamik: Familie-WG
- Jetzt-Situation Stützung
- Institutionelles Umfeld
- Gruppensituation

In dieser Unterkategorie werden zusätzliche Belastungsfaktoren und Besonderheiten der Fremdunterbringung, die einen Einfluss auf die Psychotherapie haben, zusammengefasst, beschrieben und aufgezählt.

Ein WG-Kind hat nicht nur schwierige Eltern, die sie sowieso hat, sondern auch noch, weiß ich nicht, fünf, sechs, sieben, acht, zehn andere Halb- oder Stiefgeschwister, die auch noch extrem schwierig sind. Und denen es permanent ausgesetzt ist. Und diese Dynamik muss man auch einbeziehen.

(E3, Absatz 3)

Dies beinhaltet natürlich viel Konfliktpotential, wie E4 beschreibt: „[Es] sind natürlich Konflikte mit anderen Kindern, die auch wieder wechseln. Sehr häufig. Es ist nicht wie eine Familie, man hat dann die Geschwister, sondern das ist ein Kommen und Gehen“ (E4, Absatz 5). E4 fügt noch hinzu, dass bei WG-Kindern und Jugendlichen außer den Eltern auch noch Betreuer\*innen, Sozialarbeiter\*innen mit einbezogen werden können oder Großeltern oder andere Verwandte – es gibt sehr viele Bezugspersonen, die es zu berücksichtigen gilt. E3 beschreibt dies noch intensiver als:

Dieses Dreieck, das eigentlich die Kinder und Jugendlichen quasi betreut und erzogen werden von Fremden, . . . aber innerlich diesen starken Bezug noch haben, meistens zu den Eltern. Und auch wenn die gar nicht präsent sind, auch wenn sie die schlecht behandelt haben. (E3, Absatz 3)

E5 erzählt auch, dass es schwierig ist, in der Therapie einen roten Faden zu finden, da sich die Wünsche der WG und die Anforderungen der Eltern an die Kinder und Jugendlichen sehr unterscheiden und die Wünsche der Jugendlichen an die

Angehörigen bzw. die WG auch noch zu berücksichtigen sind: „Da entwickelt sich eine Dynamik“ (E5 Absatz 27), mit der es schwierig ist, umzugehen, und die sich nach allen Seiten hin auswirkt.

„Im Hier und Jetzt zu arbeiten und die Herausforderungen der Gegenwart zu meistern und die Beziehungen auch im therapeutischen Kontext zu stärken. Und aber auch zu unterstützen, die Beziehung zu den Betreuern“, hält E6 deshalb für essentiell. Auch die anderen Expert\*innen haben in den Interviews ausgedrückt, dass die Stützung der Kinder und Jugendlichen in der Jetzt-Situation sehr wichtig ist. E5 erklärt außerdem, dass sich im Aktuellen immer wieder Lebensbiographisches zeigt und durch die neue Umgebung können aus der Lebensgeschichte neue Perspektiven gewonnen werden (E5, Absatz 25). Von den Kindern und Jugendlichen werden oft tagesaktuelle Themen gebracht und das sind in einer Gruppe andere als in einer Familie.

Die Vorgeschichte zu kennen, hält E1 für wichtig, da sich früher gemachte Erfahrungen mit dem aktuellen Erleben mischen und es leichter zu verstehen ist, warum das Kind, der Jugendliche so reagiert, wenn man deren frühere Erfahrungen „im Hinterkopf“ hat (E1, Absatz 47).

Zusammenfassend kann man sagen, dass im Umfeld WG die Gruppensituation eine besonders außergewöhnliche Belastung ist: Man muss, obwohl man in seinen Bedürfnissen zu kurz gekommen ist, nun auf einmal mit vielen anderen Kindern teilen. „Jetzt ist endlich jemand da, der gut mit mir umgeht und dann muss ich hundertfach zurückstecken. Das ist höchster Stress“ (E7, Absatz 29).

#### **4.3.3 Auseinandersetzung mit dem Herkunftssystem**

- Rolle der leiblichen Eltern – Ambivalenz
- Aufarbeitung der Vorgeschichte
- Auseinandersetzung mit der Beziehung zu den Eltern
- Loyalitätskonflikte
- Realitätsakzeptanz
- Gründe für die Fremdunterbringung
- Umgang mit Enttäuschungen
- Kooperation der Eltern

„Es ist praktisch nicht nur ein Dreieck, also Kind, Therapeutin, Eltern. Sondern eigentlich ein Viereck, wo die leiblichen Eltern noch dazu kommen. Und diese Position ist aber total oft nebulös“ (E3, Absatz 3).

Aufgrund dieses beschriebenen Vierecks, wurde diese Unterkategorie notwendig, um einige explizite Erzählungen zur Arbeit mit dem Herkunftssystem im Datenmaterial wiederzugeben. Aspekte der Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem bzw. der Rolle dessen zeigen sich aber auch in anderen Kategorien.

Wie zuvor erwähnt, ist es für die Kinder und Jugendlichen wichtig, wahrgenommen zu werden mit ihren Traumatisierungen und Mangelenerfahrungen, was bedeutet, dass sie mit ihrem alten Umfeld, sprich dem Familienumfeld, wahrgenommen werden und dass „das Lebensbiographische hinzugenommen wird. . . . Also für mich ist es immer wichtig, dass sie es verstehen, warum sie so ticken, wie sie ticken“ (E5, Absatz 25). Die Akzeptanz der Realität, dass Eltern aus verschiedensten Gründen ihre Elternschaft nicht erfüllen können, ist selten da: „Sprich das Mädchen hat ungern von ihrer Mutter erzählt, wie es am Wochenende war, weil es in keinster Weise wollte, das die Mutter schlecht dargestellt wird“ (E6, Absatz 11).

Die Kinder sind zwar körperlich bei uns, aber emotional sind sie immer in den Familien. Das heißt, die Bindung ist immer in den Familien. Wir können ihnen höchstens ein Setting bieten, wo sie hoffentlich Vertrauen fassen und sich dementsprechend öffnen und die Themenarbeit passiert, aber die Bindung ist natürlich immer bei den Eltern, Geschwistern, Großeltern, wer auch immer als Bindungsperson da war. (E7, Absatz 7)

Es ist ein langsamer Entwicklungsschritt, zu akzeptieren, dass Eltern Begrenzungen haben und manche Dinge einfach nicht können: „Und nicht, weil die Eltern nur böse sind oder so, in den meisten Fällen geht es einfach nicht: Sie bringen es nicht zusammen“ (E2, Absatz 30). E2 betont deshalb auch im Kontakt mit den Kindern, dass man aber trotzdem Kontakt mit ihnen haben kann und dass es gut ist, dass es ein WG-System gibt. E2: „Aber dieses, wenn die Kinder realisieren, die Eltern, die Eingeschränktheit der Möglichkeiten der Eltern. Das ist schon auch ein wichtiger



Prozess und ein sehr berührender Prozess, wo die Kinder oft irrsinnig reif sind“ (E2, Absatz 34).

Diese Erkenntnis ist auch wichtig, um zu verstehen, warum man fremduntergebracht ist, wie E7 sehr offen beschreibt: „Wir haben das teilweise gefühlt hundertmal erklären müssen, warum sie da sind oder die Eltern und das Jugendamt aufgefordert, das zu erklären“ (E7, Absatz 9). Wenn es gelingt, mit den Eltern oder den Hauptbezugspersonen in Kooperation zu treten, so hat das unmittelbare Auswirkungen auf die Kinder und Jugendlichen (E7, Absatz 19). Dann können Kinder und Jugendliche sagen: „Ich bin hier zu Hause, Papa und Mama sind irgendwo, aber ich bin hier zu Hause“ (E7, Absatz 9). Sie können sich auf die Einrichtung einlassen, wenn die Angehörigen nicht dagegen arbeiten und somit ist die Ambivalenz und Zerrissenheit weniger und die Institutionen sind nicht mehr so konfrontiert mit den Verunsicherungen der Kinder, die entstehen, wenn Eltern leere Versprechungen machen, dass sie zum Beispiel wieder nach Hause kommen (E1). Alle Expert\*innen waren sich einig, dass ein guter Beziehungsaufbau mit den Eltern im WG-System oder in der Therapie wichtig ist, weshalb auch das Aufnahmeprozedere ein entscheidender Faktor ist. Ebenso ist es von besonderer Bedeutung, dass der Aufenthaltsort der Kinder und Jugendlichen klar ist, um Sicherheit zu erzeugen und Loyalitätskonflikte zu vermindern.

Mit Loyalitätskonflikten ist man im WG-System und als Therapeut\*in immer wieder konfrontiert, da man als Therapeut\*in oft trotzdem dem Helfersystem zugerechnet wird und, wie zuvor schon beschrieben, gibt es zur Herkunftsfamilie immer eine starke Bindung und somit einen starken Loyalitätskonflikt und auch Misstrauen, da Kinder und Jugendliche die Erfahrung machen, dass das, was sie erzählen, auch Auswirkungen haben kann (E4). Auch begleitete Kontakte mit den Eltern können die Loyalitätskonflikte anheizen und das Spannungsfeld mit den Eltern ist immer wieder spürbar und es ist ein schwieriger Schritt für viele Kinder und Jugendliche, das Gute in der WG anzunehmen, eine Bezugsbetreuer\*in zu mögen, ohne die Eltern abzuwerten, weshalb Elternarbeit ein großes Thema in der Therapie ist (E2, E4). Es ist oft auch spürbar, ob die Kinder und Jugendlichen zuvor am Wochenende Elternkontakt hatten, da es danach immer wieder zu Irritationen seitens der Kinder kommt: „Alles was an Wut oder Ärger auf die Eltern gezeigt wird, könnte Konsequenzen“ (E4, Absatz 39)

haben, wodurch auch dem\*der Therapeut\*in gegenüber ein Loyalitätskonflikt entstehen könnte. Es gibt daher eine extreme Bandbreite an Verhalten der Klientel von:

Extrem misstrauisch, sich ganz schwer einlassen können auf ein therapeutisches Setting, auf eine Beziehung, wo man sich öffnen sollte, damit etwas Förderliches passiert bis puff, alles da, sich so präsentieren mit allem, was da ist. Und extrem auf der Suche nach Zuneigung, nach Nähe. (E6, Absatz 11-12)

Folgende Worte, die E7 von einer Klientin zitiert, beschließen diese Kategorie recht eindrücklich: „Ich habe nur jemanden gebraucht, der mich versteht“ (E7, Absatz 15). Wenn Verständnis gegeben ist und die Erlaubnis der Eltern, sich anzuvertrauen, dann ist in der Therapie viel möglich. „Wenn die Eltern dafür nicht die Erlaubnis geben, ob explizit oder wie auch immer, dann kommen die Kinder und Jugendlichen zwangsläufig in einen Konflikt und wissen nicht, wem sie mehr vertrauen wollen“ (E7, Absatz 15).

#### **4.3.4 Herausforderungen auf der Beziehungsebene und Entwicklungsförderung mit Hilfe der therapeutischen Beziehung**

- Ankommen
- Schutzfunktion
- Hier und Jetzt
- Zugang zu Emotionen
- Ablenkung
- Selbstwirksamkeit
- Geborgenheit geben
- Wahrgenommen werden
- Auffüttern
- Selbstregulierung
- Heile Welt

Wie schon zuvor im Datenmaterial sichtbar wurde, liegt der Fokus im therapeutischen Arbeiten auf dem Beziehungsaufbau und der Stabilisierung, da dies ja unter speziellen Umständen (Fremdunterbringung) passiert und die Therapeut\*innen sehr fordert. Aus diesem Grund gibt es viele Wortspenden und Betonungen dazu in den Expert\*innen-Interviews. Viel kam schon in den vorherigen Kategorien zum Tragen und, um der Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung Raum zu geben,

entstand diese Unterkategorie in der Oberkategorie Besonderheiten des therapeutischen Arbeitens.

Es ist für die fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen zentral, in der Therapie zu erleben, dass es Erwachsene gibt, denen man vertrauen kann (E4), da sie eigentlich die Erfahrung gemacht haben, durch zum Beispiel viele Beziehungsabbrüche, dass dem nicht so ist, und wenn Kinder und Jugendliche Vertrauen haben, kann man sie besser auf schwierige Situationen vorbereiten. (E3). Die Beziehungsebene, betont E4, steht im Mittelpunkt des therapeutischen Arbeitens: „Da brauche ich nicht viel anders an Themen arbeiten, es geht darum, wie geht es uns miteinander und dass man das . . . thematisiert“ (E4, Absatz 3). „Je unsicherer das Kind ist, desto mehr werde ich im Hier und Jetzt bleiben und nicht in irgendwelche vergangenen Dinge gehen und in eine Aufarbeitung“ (E1, Absatz 25). Stabilisierung kann eine lange Zeit in Anspruch nehmen. In einen therapeutischen Prozess kann man erst einsteigen, wenn der sichere Ort gegeben ist: „Da muss man zuerst einen Boden haben, dass man hinschauen kann, wie traurig und gruselig das war“ (E2, Absatz 36). Das bedeutet, dass es in der Therapie sehr viel um die Selbstwertstärkung, das unsichere Bindungsverhalten und um Vertrauen zu Menschen geht (E1). Die Arbeit im Hier und Jetzt ist somit enorm wichtig, die Klient\*innen müssen wahrgenommen werden, mit ihren Defiziten, aber auch ganz stark mit ihren Ressourcen und Stärken. Da sind sich alle Expert\*innen einig. E6 achtet auf den Faktor Resilienz und die Selbstregulationsfähigkeit, ebenso sieht sie die Schutzfunktion des Verdrängens und Vergessens als sehr wichtig an. E4 erzählt von Phasen, eben gerade am Anfang, wo man nicht viel von sich zeigen muss, außer vielleicht, wie man verlieren kann: „Da spielen wir halt eher Regelspiele, Gesellschaftsspiele“ (E4, Absatz 45). E6 betont, wie wichtig es ist, Sicherheit und Geborgenheit zu geben, wozu sie ruhige Spiele wählt, Playmobil, Knetmasse. Sie versucht, Erlebnisse zu schaffen, die erden und in der aktuellen Gefühlslage passen.

E2 fordert bei allen Schwierigkeiten jedoch, die Entwicklungsmöglichkeiten zu sehen und nahezubringen. Es ist ja öfter so, dass Kinder und Jugendliche in den WGs wesentlich mehr Möglichkeiten haben als in ihrer Herkunftsfamilie, was ihnen sehr helfen kann: „Wenn sie Sport machen können, was vorher gar nicht möglich war oder wenn sie [in] einem Hobby unterstützt werden, wofür es kein Verständnis gegeben hat“

(E2, Absatz 28). Als Therapeut\*in soll man nicht nur „nacheilend aufräumen, sondern eher in Richtung Wachstum fördern, . . . dann fängt ein positiver Wachstumsprozess an“ (E2, Absatz 28). „Ein Auffütterungsapparat, da kommen sie dann eher in eine Art Schlaraffenland. Das ist in der therapeutischen Arbeit schon eine spezielle Aufgabe“ (E2, Absatz 50). E2 meint damit, dass es Kinder gibt, die kaum Freuden gehabt haben, weil sie es nie kennengelernt haben und daher ist es wichtig, Dinge zu finden oder eine Aktivität, die Freude bringt, damit sie Selbstwirksamkeit erleben können (E4, Absatz 9). Als Wesensentwicklung beschreibt es E2. E4 arbeitet viel mit Hilfsmitteln, um Gefühle ausdrücken zu können, damit Kinder und Jugendliche lernen, ihre innere Welt zu verbalisieren, denn: „Es ist schon auch so, dass diese Kinder wenig Zugang haben zu dem, wie geht es mir“ (E4, Absatz 9).

Eine Entwicklung beginnt auch, wenn Kinder und Jugendliche es schaffen, die Möglichkeiten in der Therapie oder in der WG genießen zu können und gleichzeitig aber erleben können, dass es trotzdem traurig ist, dass sie fremduntergebracht sind: „Dass das beides sein kann, gleichzeitig“ (E2, Absatz 50).

Ebenso ist es bemerkenswert, wenn Kinder und Jugendliche Aggression im Spiel ausdrücken, wobei das für die Therapeut\*innen eine Herausforderung bedeutet:

Man muss das ein Stück auch aushalten, denn es spiegelt oft, wie fühlt sich das Kind. Es ist alles kaputt. . . . Ein Teil des Prozesses ist es, das selbst auszuhalten, dieses Gefühl. Und dann darf man vielleicht irgendwann ein bisschen helfen. (E4, Absatz 9)

Diese intensiven Prozesse sind die Grundlage der therapeutischen Beziehung, wie E5 betont, jedoch haben die Expert\*innen nichts gegen Ablenkung und einen Wechsel der Themen, „dass Kinder merken, dass sie nicht fixiert werden auf ein bestimmtes Thema, sondern dass in einer Stunde vieles Platz haben kann“ (E2, Absatz 36).

#### **4.4 Aspekte der Kooperation und Vernetzung im Helfersystem, Setting und Rahmenbedingungen, die sich durch die Fremdunterbringung ergeben**

In dieser Kategorie werden die Antworten zum Thema Kooperation, Setting und Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendpsychotherapie mit dem Helfersystem

sortiert zusammengefasst. In den Interviews wurde versucht, herauszufinden, auf welche Art und Weise sich die Zusammenarbeit mit professionellen Helfer\*innen von der mit Eltern unterscheidet, welche zusätzlichen Aspekte sich durch die Fremdunterbringung ergeben und worauf zu achten ist.

#### **4.4.1 Vernetzung mit dem Helfersystem: Kooperation, Fallverlaufskonferenzen, Elternkontakt, Pflegeeltern**

- |   |                    |
|---|--------------------|
| • Zusammenarbeit mit allen Helfersystemen | • Transparenz      |
| • Realitätsbezug                          | • Konkurrenz       |
| • Arbeitsbündnis                          | • Verschwiegenheit |
| • Frequenz                                | • Erwartungen      |
|   | • Klarheit         |

Als eine gelungene Kooperation sieht es E1, wenn es so wenig wie möglich um Konkurrenz geht:

Wenn es diese Transparenz und Offenheit gibt und es gelingt, dass auf Helferebene gut miteinander und ehrlich miteinander geredet werden kann, und man auch Dinge, die nicht gerade gut laufen, zugeben kann und offen sagen kann, dann finde ich kann ganz viel gelingen, weil es dann gelingt, dass man zu einer Klarheit kommt. (E1, Absatz 35)

Der Austausch läuft zunächst auf einer sehr professionellen Ebene und was man sonst mit den Eltern erarbeiten muss, erarbeitet man mit dem Team (E7). Dies ist laut E4 nicht immer so einfach, da man als Therapeut\*in außerhalb, extern ist und deshalb weniger wahrgenommen wird, da sich die professionellen Fachkräfte im Team untereinander und in der Supervision zum Wohle des Kindes, des\*der Jugendlichen austauschen.

Wie gut die Kooperation funktioniert, da haben die Expert\*innen sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht und festgestellt, dass dies auch sehr mit der Situation und den Ressourcen der WGs zusammenhängt: „Sie haben einen Haufen von Kindern zu betreuen, wo sie X Termine koordinieren müssen“ (E4, Absatz 23-24). Aus diesem Grund wird E4 in den meisten Fällen aktiv und fragt in den WGs nach,

zumindest einmal im Monat telefonisch. Ebenso kann es auch an den Therapeut\*innen liegen, dass der Austausch nicht so gut funktioniert, da diese das nach ihrem Guthalten definieren und die Vorteile des Zusammenarbeitens nicht einberechnen (E7). Alle Interviewten berichteten, dass der Austausch zwischen Einrichtung und Therapeut\*innen sehr gewissenhaft sein muss, es ist auf die Verschwiegenheitspflicht zu achten, jedoch ist der Informationsfluss in beide Richtungen wichtig, damit der\*die Therapeut\*in weiß, was in der Einrichtung läuft und dass dies auch transparent für das Kind, den\*die Jugendliche\*n ist. Alle drei Monate sollte zumindest ein Kontakt sein, um die Sichtweise des Bezugssystems zu kennen, meint E1. E3 spricht von Gesprächen ein bis zweimal im Jahr, jedoch gibt es schon öfter Telefonate. Von einem sehr positiven Beispiel erzählt E5: „Ich hatte eine Bezugsbetreuerin, da haben wir uns wirklich regelmäßig ausgetauscht, weil da ging es um Emotionsregulierung und um Selbstregulierungsmechanismen . . . und ich war diesbezüglich die Expertin. Die Jugendliche war dafür und es hat gutgetan“ (E5, Absatz 39). Auch E4 beschreibt eine gute Zusammenarbeit mit einer Bezugsbetreuerin, jedoch war diese dann nach über einem Jahr weg. Konkurrenz mit den Betreuer\*innen wird nicht erlebt von den Expert\*innen, „weil es ein ganz anderer Job ist, den die WG hat, mit allem, was die organisieren müssen“ (E4, Absatz 31-32).

Fallkonferenzen gibt es laut den Expert\*innen eher selten. Zumeist läuft diese Kooperation über die Sozialarbeit. Als wichtig erachtet es E1 auch, dass Familienmitglieder einbezogen werden, jedoch hat ein Gespräch nur auf Helferebene auch Vorteile. Wichtig ist die Transparenz dem\*der Klient\*in gegenüber: „Dass man es nicht hinter dem Rücken des Kindes macht, sondern dass die sich immer auskennen, worum es geht und mit einbezogen werden“ (E1, Absatz 15). „Am besten, wenn alle zusammensitzen, weil die Gefahr besteht immer, wenn dann in Kleingruppen die Dinge besprochen werden, kommt nie alles auf den Tisch“ (E1, Absatz 17). Klare Zielvorstellungen zu vereinbaren, lehnt E3 eher ab, da man dies am Anfang der Therapie selten weiß, ebenso steht E4 auch nicht für Stellungnahmen zur Verfügung, da sie den Vorteil der Therapie darin sieht, nichts Bestimmtes erreichen zu müssen, außer es gibt einen dezidierten Auftrag des\*der Klient\*in. Sonst sieht sie andere Stellen wie die Familiengerichtshilfe oder den\*die Sozialarbeiter\*in gefordert. Durch

regelmäßige Gespräche des\*der Therapeut\*in mit den Kindern und Jugendlichen und dem Team können Spaltungen vermieden werden (E4).

Laut den Expert\*innen findet auch immer wieder eine Vernetzung mit Ärzt\*innen, Krankenhäusern oder dem psychologischen Dienst statt, wobei E2 berichtet, dass es mit Ärzt\*innen auch schwierige Kooperationen gab, wo die therapeutische Einschätzung nicht ernst genommen wurde. Dafür haben die meisten Expert\*innen mit Schulen gute Erfahrungen gemacht: „Da können wir versuchen, ob wir etwas beitragen können. Da hilft uns, glaube ich, wahnsinnig unsere Reputation“ (E2, Absatz 24). In den WGs passiert dies in Abstimmung mit den Betreuer\*innen und „es gab direkt Kontakt zu Lehrern. Es ist oft beruhigend, okay, das Kind ist in Therapie. Da ist es mir besonders wichtig, die positiven Seiten des Kindes zu vermitteln“ (E4, Absatz 21-22).

E6 berichtet im Interview als Einzige von Erfahrungen mit Pflegeeltern. Die Pflegeeltern unterscheiden sich durch ihre Kontinuität, da gibt es keinen Betreuer\*innen-Wechsel wie in den WGs, jedoch sind sie Loyalitätskonflikten zu den Eltern mehr ausgesetzt und bekommen wenig familientherapeutische Unterstützung. Man merkt, dass Pflegeeltern weniger professionell sind, weniger Ausbildung haben und emotional verstrickter sind im Alltag: „Sie bräuchten mehr Coaching, Supervision und Unterstützung“ (E6, Absatz 43-44).

Zu den Eltern fremduntergebrachter Kinder und Jugendlichen Kontakt zu haben, wäre für E3 und E4 sehr wünschenswert, da man dadurch einen Eindruck bekommt „zu welchen Personen dieser Mensch hineingeboren ist“ (E3, Absatz 19). Im Alltag ist es jedoch zumeist so, dass die Ansprechpartner\*innen als Bezugspersonen die Menschen in der WG sind, zudem kann es auch Kontaktverbote zu den Angehörigen geben. Einen persönlichen Kontakt zu Eltern hat E5 erlebt, wenn es um Rückführung geht oder E7 in Fällen, wo Kinder in eine Einrichtung kommen und vorher schon in Therapie waren. Sonst ist es selten, dass Eltern direkten Kontakt zu den Therapeut\*innen haben. E7 führt dazu an, dass ein guter Kontakt zwischen Eltern und Helfersystem aber sehr wichtig ist, da, wenn es gelingt, „die Eltern ins Boot zu holen“ (E7, Absatz 15), es mit den Kindern und Jugendlichen leichter geht, diese nicht so viel verheimlichen müssen. E4 hat auch erlebt, dass ein\*e Kolleg\*in mit den Eltern arbeitet,

wenn es um Rückführung geht oder die Kinder regelmäßig am Wochenende bei den Eltern sind.

#### **4.4.2 Stützung, Entlastung, Erwartungen im Helfersystem durch die Zusammenarbeit professioneller Fachkräfte**

- Vermittlerrolle
- Blick von außen
- Reflexionsfähigkeit
- Distanz
- Wertschätzung
- Funktion/Arbeitsbereich
- Fachwissen
- Andere Rolle

In dieser Unterkategorie gab es sehr unterschiedliche Antworten und Erfahrungen. Es wurde auch berichtet, dass sich Erfahrungen im Laufe der Jahre verändert haben, es gab jedoch einen Grundtenor dahingehend, dass, wenn man mit geschultem Personal zusammenarbeitet:

Die Reflexionsfähigkeit geschweige denn die Bereitschaft dazu eine höhere ist als bei den Eltern, die vielleicht in einer totalen Überforderungssituation sind und verstrickt sind mit ihrem Kind und auch noch mal in einer anderen Rolle sind zum Kind als es Bezugspersonen in einer Institution sind. (E1, Absatz 43)

E3 meint dazu, dass Eltern diese Distanz nicht haben und WG-Betreuer\*innen durch „ihre Ausbildung und pädagogische Grundhaltung“ (Absatz 23) entwicklungspsychologische Veränderungen und Schritte gut nehmen können. Die Distanz zum Kind erleichtert die Zusammenarbeit, da Konflikte nicht so persönlich genommen werden.

E2 hat Betreuer\*innen als verlässlichere Partner\*innen empfunden, weil sie wussten, was Therapie ist, dass das eine längere Zeit dauert und sie hat sie als den Kindern zugewandter und am Prozess interessierter erlebt und sie haben sich für die Zusammenarbeit Zeit genommen. Aber E2 erlebt dies auch nicht durchgehend stringent, da dies von den Arbeitsbedingungen in den WGs abhängt und es WGs gibt, die wenig Zeit und Ressourcen haben oder wo es öfter zu Betreuer\*innen-Wechsel kommt.



E2 meint, die Erwartung an die Therapie ist vom WG-Personal realistischer, sie sehen bei allen Schwierigkeiten auch die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen und sind Kolleg\*innen. Eltern muss man immer wieder stärken, dass sie sich dem Kind zuwenden, wohingegen „[man das] den Betreuern nicht zu sagen [braucht]. Die ärgern sich vielleicht auch total, aber sie haben immer den Fokus, was machen wir dann? Wie können wir helfen?“ (E2, Absatz 40). E1 betont, dass man vom Fachpersonal verlangen kann, dass das Verstehen des Kindes und Jugendlichen gelingt und damit auch Verständnis erlangt wird. E7 erzählt, dass früher die Erwartungen an die Psychotherapie einer Einrichtung sehr hoch waren und überzogen: „Dort wird etwas gemacht, damit das Kind bei uns nicht mehr so schwierig ist“ (E7, Absatz 27). Jedoch meint E7, dass sich seit den 90er-Jahren mit dem Psychotherapiegesetz das Wissen über Psychotherapie im psychosozialen Bereich enorm verbreitert hat und die Erwartungshaltung an die Psychotherapie deutlich geringer geworden ist.

In der Zusammenarbeit ist laut E1 darauf zu achten, „dass jeder sich bewusst sein muss, was er für eine Funktion für das Kind hat und in welcher Funktion er was dem Kind mitgeben kann, und da vermischen sich manchmal die Grenzen, das finde ich schwierig“ (E1, Absatz 23). Außerdem gibt es enorme Unterschiede, wie sich Mitarbeiter\*innen einer Institution engagieren. E2 meint, dass es wichtig ist, das System zu stützen: „Wenn man das von unserer Seite klarstellt, dass es keine Konkurrenz ist, sondern dass sie wichtige Arbeit leisten und ganz nah an den Kindern dran sind in ihrem Alltag, dass die Therapie auch eine andere Funktion hat“ (E2 Absatz 17), dann funktioniert Zusammenarbeit gut. „Wenn Wertschätzung entgegen kommt, dann wird man auch wertschätzend behandelt“ (E2, Absatz 17). E1 berichtet, dass man als Psychotherapeut\*in dem Kind vermittelt: „Deine Betreuer machen jetzt nichts gegen dich, sondern wollen nur das Beste. Wir wollen alle nur das Beste und müssen schauen, wie wir gemeinsam zu einem Weg kommen“ (E1, Absatz 39). Als Psychotherapeut\*in auch die guten Seiten des Kindes und des\*der Jugendlichen zu zeigen hat enorme Auswirkung und wirkt entlastend auf das WG-System, wo man die oft schwierigere Gestaltung des Alltags zu meistern hat, beschreibt E4 im Interview. E2 sieht sich gestützt vom WG-System und nicht eingeteilt von diesem als Hilfssystem. E3 beschreibt, dass, auch wenn in der therapeutischen Arbeit nichts Spektakuläres

passiert, der fachliche Blick von außen das WG–System entlastet, mehr noch als ein Familiensystem.

#### **4.4.3 Wie entsteht die Kooperation: Erstgespräch, Anamnese und Finanzierung**

- Therapiebedarf
- Therapieziele
- Dauer
- Kontaktaufnahme
- Strukturierter Überblick
- Politisches Thema

Therapie mit bindungstraumatisierten Kindern und Jugendlichen ist ein langer und intensiver Prozess, was schon zu Beginn einer Therapie, beim Erstkontakt mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen klar sein sollte:

Das muss nicht immer in der gleichen Frequenz sein und es kann mal Phasen geben, wo es weniger ist, aber dem Kind und Jugendlichen muss vermittelt werden, ich bin jetzt da und wir machen das solange du mich brauchst. Ich begleite dich zu deinen nächsten Entwicklungsschritten, bis du so viel Autonomie und Selbstwertstärkung erlebt hast, dass du mich nicht mehr brauchst. (E1, Absatz 51-52)

Die Kontaktaufnahme erfolgt meist durch eine Betreuungsperson, berichten die Expert\*innen einig und je nach Alter wird der Erstkontakt ein wenig anders gestaltet. Je älter das Kind, der\*die Jugendliche ist, desto wichtiger ist, dass diese\*r selber kommt und man gemeinsam ansieht, was Ziel des therapeutischen Prozesses sein könnte. E2 gestaltet den Erstkontakt ähnlich wie bei Familien auch. Der erste Termin ist gesplittet: „Die Betreuerin bringt das Kind, ein bisschen ist sie mit drinnen, dann schicke ich sie heraus und bin mit dem Kind alleine. Das nächste Mal rede ich mit den Betreuerinnen alleine, dann fange ich mit der Therapie an“ (E2, Absatz 28). E6 beschreibt ihren Erstkontakt ähnlich, sagt, sie fängt immer mit Fragen zuerst an die Kinder und Jugendlichen an.

Es kommt häufig zu Therapiewünschen, „wenn sie dann in WGs gelandet sind, wo klar ist, dort ist ein längerer Aufenthalt geplant“ (E2, Absatz 6-7). Die Expert\*innen erzählen von WGs, die Therapie für Kinder und Jugendliche in ihrem Programm fix

verankert haben: „Das ist ein wenig eigenartig, . . . hat aber auch etwas für sich, . . . einen Therapiebedarf würde ich im Grunde genommen bei allen sehen, die in so einer Situation sind“ (E2, Absatz 8-9). E6 hat erlebt, dass WGs vor allem bei unter Zehnjährigen schauen, dass diese Kinder immer eine Einzeltherapie haben. Es ist: „viel leichter, . . . gleich zu stabilisieren, anstatt erst wieder aufzuräumen und dann weiterzuarbeiten“ (E6, Absatz 19-239). Dieser Meinung schließt sich auch E5 an, die froh ist, wenn es von Anfang an eine Einbettung gibt und man nicht „nachhinkt“. Es gibt natürlich auch WGs, die das nicht haben und die dann erst in speziellen Fällen auf die Idee kommen, eine Therapie aufzusuchen. Ausschlaggebend sind da oft Verhaltensprobleme, die zu Spannungssituationen in der WG führen oder es gibt psychiatrische Diagnosen aufgrund derer es hilfreich wäre eine Therapie aufzusuchen (E2). E6 meint, dass es in achtzig Prozent der Fälle zu einer Therapie kam auf Betreuer\*innen-Wunsch, welchem Eindruck sich auch E5 anschließt:

Es ist dann mehr WG-bestimmt gewesen. . . . Es beginnt dort zu kriseln und die kommen nicht weiter. Weniger vom Jugendlichen aus. . . . Es ist mehr ein Schrei des Betreuerenteams, . . . ähnlich wie bei Familien. Da brennt es schon.  
(E5, Absatz 13)

E2 geht von dem aus, was die Kinder mitteilen, jedoch sind auch Botschaften der WG wichtig, wenn etwas vorgefallen ist. Wenn ein Kind, ein\*e Jugendliche\*r Therapie haben soll, erlebt E3 schon, dass die Themen zunächst von der WG kommen, weil diese Themen in der WG nicht mehr gehandhabt werden können.

E1 findet bei der Kontaktaufnahme wichtig, dass man einen Einblick bekommt, warum das Kind aus der Familie herausgenommen wurde und welche Vorgeschichten es gibt und wenn alle im Helfersystem mit Verantwortung überlegen, was preisgegeben werden muss, ergibt sich ein guter Überblick. E2 meint, dass es beim Erstgespräch mit den Sozialpädagog\*innen immer ganz solide Informationen gibt und einen viel strukturierteren Überblick als bei Familien, während E3 die Unterlagen vom Jugendamt als eher lückenhaft erlebt und so Schwierigkeiten hat, eine Familienanamnese zu machen, weil es Themen gibt, die generativ sind. E6 erlebt konträr von den WGs ein umfassendes Bild mit Diagnosen und kann daher

bestmöglich ansetzen und auswählen aus dem Methodenpool, was angebracht ist für das Kind in der Situation. E4 braucht eine konkrete Ansprechperson, welche zunächst oft die Sozialarbeiter\*in ist und dann die Bezugsperson der WG, über welche alle weiteren Schritte laufen. E5 fühlt sich gut informiert und meint, dass aus den Berichten bereits gut hervorgeht, wo das Kind oder der\*die Jugendliche steht.

Zur Finanzierung der Psychotherapie haben sich die Expert\*innen unterschiedlich geäußert. E2 findet, dass die Finanzierung einfacher ist als bei den Eltern, da ein Budget zur Verfügung steht und laut E5 zahlen die Kassen selbstverständlicher länger bei einer Fremdunterbringung. Jedoch ist auch bei WGs die Finanzierung manchmal schwierig, weil sie Kontingente haben für das Bezahlen und in kleineren WGs gab es manchmal Schwierigkeiten mit dem Bezahlen der Betreuer\*innen-Gespräche. E2 kennt WGs, die das in ihrem Budget haben und wo man nur einen Krankenkassenantrag stellen muss. Bei der Gemeinde Wien gilt es, Zwischenberichte an den psychologischen Dienst zu schreiben und die Abrechnung kann auch über das Jugendamt erfolgen. E3 erlebt, dass Abrechnungen gut funktionieren mit den Institutionen und mit den Eltern nicht immer so gut. In der Institution, in der E4 arbeitet, ist die Finanzierung kein Thema, da sie gefördert ist. E6 lukriert für Familien Spendengelder und erlebt die Finanzierung bei Fremduntergebrachten einfacher. E1 und E7 beschäftigen sich viel mit dem politischen Aspekt des Themas Finanzierung von Psychotherapie und meinen, dass diese, wenn es um Kooperation mit dem Helfersystem geht, auf höheren Ebenen sichergestellt werden müsste und E7 erlebt den administrativen Aufwand als immer größer werdend:

Man muss ausführlicher und besser argumentieren. . . . Welche Ziele legen wir fest, dass wir nachher sehen können, es hat was gebracht. Das finde ich im sozialen Bereich extrem schwierig. . . . Du legst ein Ziel fest, das Kind entwickelt sich woanders hin, gewinnt vielleicht mehr Selbstvertrauen, . . . wir Psychotherapeuten finden das als großartige Entwicklung, aber woran belegst du das? Wie machst du das dem Sachbearbeiter der Krankenkasse oder dem Jugendamt klar? (E7, Absatz 41-43)

#### 4.5 Begleiterscheinungen der Fremdunterbringung

Diese Kategorie hat sich aus dem Datenmaterial herauskristallisiert, da in der psychotherapeutischen Arbeit und in der Kooperation sich durch die Vielzahl der Beteiligten an dem System Fremdunterbringung, deren Wechsel oder deren Ressourcen besondere Aspekte und Herausforderungen ergeben, die es wert sind, hier noch einmal genannt zu sein.

Negative Komponenten:	Positive Komponenten:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Betreuer*innen-Wechsel</li><li>• Wechsel der WG</li><li>• Wechsel der Kinder</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Angebot</li><li>• Ressourcenstärkung</li><li>• Therapeutisches Feld</li><li>• Sicherer Ort</li><li>• Expertise des Personals</li><li>• Förderung von Interessen</li></ul>

E1 stellt dar: „Je früher ein Kind fremduntergebracht wird, desto einfacher ist es in eine Aufarbeitungsphase zu gelangen, als wenn man einen Jugendlichen betreut, der sechzehn Jahre katastrophale Vorgeschichte hat“ (E1, Absatz 27). Sie sieht, dass auch in WGs nicht immer optimale Verhältnisse herrschen, jedoch sind dort Leute, die darauf schauen und versuchen, prekäre Situationen abzustellen, wohingegen in den Familien real traumatisierende Verhältnisse bestehen bleiben.

Als katastrophal, da sind sich die Expert\*innen einig, gilt ein Institutions-Hopping. Wenn es immer wieder zu Therapieabbrüchen kommt, weil es einen Wohnortwechsel gibt und der\*die Therapeut\*in aussteigen muss, vor allem, wenn der\*die Therapeut\*in lange der sichere Hafen war. Wenn in WGs die Betreuer\*innen dauernd wechseln oder der\*die Bezugsbetreuer\*in, zu dem\*der man Vertrauen aufgebaut hat, dann kann das dazu führen, dass Kinder und Jugendliche sich wieder zurückziehen und Probleme von vorne beginnen. Auch unter den Kindern und Jugendlichen gibt es ein Kommen und Gehen, weshalb die Dynamik der Gruppenkonstellation eine große Rolle spielt und damit unterscheiden sich fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche auch stark von jenen in Familien, da sie Themen bringen, die sie tagesaktuell beschäftigen, oftmals im Kontext der Gruppe. Da gilt es zu klären, „was in der Gruppe [passiert], dass das Kind so schwierig ist“ (E7, Absatz 27).

Das Spannungsfeld mit den Eltern, betont E7, bleibt auch massiv da, obwohl man aus der Familie herausgenommen wurde, da die Konflikte, wegen derer man untergebracht wurde, nicht gelöst sind und auch die Gefahr einer Idealisierung der Eltern besteht. Als Betreuer\*in und Therapeut\*in muss man auch immer im Hinterkopf haben, „was haben die schon erlebt und kann es sein, dass sich jetzt Erlebnisse gerade mit früheren Erfahrungen, die sie gar nicht mehr parat haben, mischen“ (E1, Absatz 47-48). Die Haltung einer Institution sollte deshalb beinhalten, dass man mit dem Kind und dem\*der Jugendlichen gut arbeiten möchte und die Botschaft sollte nicht plump sein: „Wenn du so bist, dann will ich nicht mehr mit dir“, weder im therapeutischen Prozess noch in der Institution (E1). Es ist eine richtige Geduldsaufgabe mit Fremduntergebrachten eine vertrauensvolle Basisbeziehung aufzubauen, für diese ist es eine neue Herausforderung „zu dem, was die Kinder eh schon zum Aufarbeiten haben aufgrund der frühen Kindheitsgeschichte“ (E6, Absatz 7).

In den WGs bestehen wesentlich mehr Möglichkeiten als in den Herkunftsfamilien. Die Betreuer\*innen sehen das Kind, den\*die Jugendliche\*n mit relativ neutralen Augen, daher erkennen sie auch die Ressourcen und können diese fördern. Sie werden in der Schule gefördert, sie können ein Instrument lernen, Hobbies ausüben, Sportler werden. „Das braucht es ja. Das hat eine irrsinnig gute Wirkung auf die Jugendlichen“ (E3, Absatz 26-27). E3 betont, dass die WGs viel mehr Einblick haben, viel mehr Nähe und wenn Betreuer\*innen gut ausgebildet sind und reflektiert, so bieten sie ganz andere Möglichkeiten. „Davon ist die klassische, therapeutische, in dem eine Stunde pro Woche Setting weit entfernt“ (E3, Absatz 39).

## **5 Diskussion und Conclusio**

Wie im Kapitel 3.1 ausführlich dargestellt, betrifft die Fragestellung dieser Forschungsarbeit die speziellen Faktoren und Herausforderungen der psychotherapeutischen Arbeit mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen. Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der sieben Expert\*innen-Interviews zusammengefasst. Es erfolgen die Verknüpfung mit den Vorannahmen, die sich in den Themenblöcken widerspiegeln und danach die Rückanbindung an die bestehende Literatur. Die Daten der Ergebnisdarstellung zeigen, dass Hypothesen

sich wiedergefunden haben und dass Themenblöcke, die aufgrund von Vorerfahrungen im Feld entstanden, relevant waren, jedoch in der Gewichtung ergaben sich zusätzliche Ergebnisse und Erkenntnisse, die so nicht erwartet wurden. Aufgrund der zuvor erfolgten Reflexion der Forscherin zur eigenen Einbezogenheit, kam es zu einem Erkenntnisgewinn, den auch einige der interviewten Expert\*innen explizit betonten.

## **5.1 Zentrale Ergebnisse der Expert\*innen/ Rückbindung an den Interviewleitfaden**

Die zentrale Forschungsfrage wurde am Schluss des Interviews nochmals offen als Fazit den Expert\*innen gestellt. Ebenso kam es auch während der Interviews immer wieder zur expliziten Beantwortung dieser Fragestellung und zur Nennung stark ausgeprägter Unterschiede.

### ***5.1.1 Komplexität der Problematik***

Die Komplexität der Problematik bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen haben alle Expert\*innen als viel umfassender und massiver beschrieben als bei jenen, die noch bei den Eltern leben. Es sind Kinder und Jugendliche, die gravierende traumatische Erfahrungen gemacht haben, Gewalterfahrungen, die selbst erlebt oder miterlebt wurden, körperlicher, psychischer oder sexueller Art. Ebenso hat dieses Klientel wenig tragfähige, stützende oder Halt gebende Beziehungen erlebt und war öfter in Situationen, wo sie Aufgaben der Erwachsenen übernehmen mussten (Parentifizierung).

Bindungsstörungen und Bindungsproblematiken in Richtung Traumatisierung sind somit immer ein Thema und ein sicherer Hafen für diese Kinder und Jugendlichen existiert nicht. Für diese schwer bindungstraumatisierte Klientel gilt es zunächst einmal eine Vertrauensbasis herzustellen und Sicherheit und Halt gebende Strukturen zu gewährleisten.

### ***5.1.2 Herausnahme aus dem Familiensystem***

Schwerstbindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche leben zumeist nicht im Familiensystem, weil es bei einer Bindungstraumatisierung oft um eine Traumatisierung im Zusammenhang mit den primären Bezugspersonen geht, und

diese bei einem Verbleib im Familienverband kaum lösbar ist. Die Expert\*innen bezeichnen deshalb die Herausnahme aus dem Familienverband und den Umgang mit dieser Maßnahme und deren Folgen als großes Charakteristikum von Fremduntergebrachten (E1, Absatz 47-49).

Bei Kindern und Jugendlichen, die in einem anderen Kontext in Therapie kommen, gibt es große Schwierigkeiten in dem einen oder anderen Bereich, jedoch ist nie in Frage gestellt, wo ihr Wohnplatz und ihr Zuhause ist. Auch E4 sieht das Thema Zugehörigkeit als wesentlichen Unterschied zu bei den Eltern lebenden Kindern. Daraus resultiert auch das „zerrissen Sein“ (E4) der Kinder und es kommt häufig zu massiven Loyalitätskonflikten, die unterschiedlich sind, je nachdem wie die Eltern zur Fremdunterbringung stehen. Auch E7 stellt fest, dass bei Kindern und Jugendlichen in der Fremdunterbringung sich das Lebensinteresse – ich will zu meinen Eltern – durchzieht, während es bei Kindern und Jugendlichen, die bei ihren Eltern leben, um Konflikte innerhalb der Familie geht und der Verbleib in der Familie aber nicht in Frage gestellt wird.

### ***5.1.3 Hauptaufgabe der Therapie: Stärkung des Kindes statt Veränderung im System***

E7 erklärt im Interview, dass es bei Kindern und Jugendlichen aus Familien zumeist um Konflikte und Reibereien ging, die altersadäquat waren: „Identität, wer bin ich, was kann ich, werde ich geliebt, auch wenn ich mich aufführe und diese ganzen Konflikte“ (E7, Absatz 9). In der Therapie ging es dann darum, den eigenen Platz in der Familie zu finden und die Reibungspunkte zu lösen und man arbeitet an der Familiendynamik und an Veränderungen im familiären System. Es geht darum, wie aktiv man eingreift und mit welchen Zielsetzungen. Es geht um ein Ringen von Nähe und Distanz und von Autonomie und Abhängigkeit und um Kontakt zueinander.

In der therapeutischen Arbeit bei der Fremdunterbringung geht es um das Ringen, in etwas hineinzuwachsen, was guttut, wo sich Perspektiven entwickeln und es sich lohnt, Beziehungen aufzubauen und wieder Stabilität und Sicherheit zu entwickeln. Wichtig ist, „das Kind, den Jugendlichen zu stärken, mit seinen Lebensbedingungen und biographischen Belastungen klarzukommen und da irgendwie Ordnung reinzubringen“ (E7, Absatz 55).



#### **5.1.4 Herausforderungen der Fremdunterbringung**

Die Fremdunterbringung per se wurde von allen Expert\*innen als besondere Herausforderung und als Unterschied genannt, jedoch explizit wurde immer wieder auf die Gruppensituation Bezug genommen, da das Gruppenleben für viele Kinder höchster Stress ist. Sie sind in ihrem kurzen Leben schon mit allen Bedürfnissen zu kurz gekommen und dann sollen sie die Zuwendung mit der Gruppe teilen: „Jetzt ist endlich jemand da, der gut mit mir umgeht und dann muss ich hundertfach zurückstecken“ (E7, Absatz 29). Ebenso stellt der häufige Betreuer\*innen-Wechsel, der wieder Trennung bedeutet, die Stabilität des Kindes und der Jugendlichen auf die Probe: „Dann hat es endlich geklappt mit dem Beziehungsaufbau und dann aus unterschiedlichen Gründen gibt es einen Betreuer\*innen-Wechsel. Und dann kommt es meistens zu einem Rückfall, auch im Verhalten“ (E6, Absatz 7). Die Themen im therapeutischen Prozess unterscheiden sich aufgrund des institutionellen Umfeldes und die Klient\*innen bringen tagesaktuelle Themen, die zwangsläufig andere sind, wenn man in einer Gruppe von acht bis zehn Kindern, weg von der Familie lebt.

### **5.2 Überprüfen der Vorannahmen anhand der Datenlage der Interviews**

#### **5.2.1 Therapeutische Prozesse/Therapeutisches Arbeiten**

In diesem Themenblock versuchte die Forschende, die Unterschiede im therapeutischen Arbeiten abzufragen. Es interessierte, ob durch die institutionellen Umstände die Kontaktaufnahme anders erfolgt, welche Themen im Prozess bearbeitet werden und ob die therapeutische Arbeit mehr stabilisierend ist oder sich mehr der Aufarbeitung widmet. Ebenso galt es zu erfahren, ob durch das Spannungsfeld Heim/WG das Spannungsfeld Eltern in den Hintergrund tritt. Auch wurde der Frage nachgegangen, ob anders gearbeitet wird, wenn Kinder und Jugendliche fremduntergebracht sind und welche spezifischen Themen nur bei Fremdunterbrachten auftauchen. Konkrete Hypothesen begleiteten diesen Frageblock kaum, jedoch war durch den Leitfaden das Hintergrundwissen der Forscher\*in thematisch organisiert, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an die Forschungsfrage zu kommen (Witzel, 1985, S. 237).

Aus diesem Themenblock ergaben sich in der Datenauswertung folgende Oberkategorien:

- Rolle des\*der Therapeut\*in
- Charakteristika der Klient\*innen/fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher
- Besonderheiten psychotherapeutischen Arbeitens mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen

In der Kategorie **Rolle des\*der Therapeut\*in** wurden Eigenschaften der Therapeut\*innen zusammengetragen, die nötig sind, um gut für fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche da sein zu können, wobei der Rolle des neutralen Raumes, der Außenposition eine besondere Bedeutung zukommt, da fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche immer wieder sehr verstrickt sind in ihre Familien, die Bindung bleibt dort, weshalb sie oft in Loyalitätskonflikte kommen können. Distanz, eine Außenrolle einnehmen zu können und auf der Seite des Kindes, der\*des Jugendlichen zu sein sind von großer Wichtigkeit. Es ist sehr wichtig in den Augen aller Expert\*innen, Stabilität zu vermitteln, Bindung aufzubauen, ein Beziehungsangebot zu stellen.

Die **Charakteristika der Klient\*innen** haben sich aus dem Datenmaterial ergeben, da immer wieder von den Expert\*innen auf die besonderen Lebensumstände der Kinder und Jugendlichen Bezug genommen wurde. Wie sie aufgewachsen sind, mit welchen Bindungserfahrungen und wie sich diese dann fortsetzen in der Fremdunterbringung. Das Misstrauen wurde besonders oft betont, dass sie mehr Zeit, Sicherheit und Stabilität brauchen und Grenzen testen aufgrund ihrer Bindungsunsicherheit. Kinder, die schon verschiedene Einrichtungen kennengelernt haben und erlebt haben, dass Entscheidungen über sie getroffen werden, die sie so nicht wollten, sind sehr misstrauisch. Das ist völlig anders als wenn Eltern für eine Therapie zahlen, damit es dem Kind, dem\*der Jugendlichen gut geht und sie dies vermitteln, denn dann haben diese kein Tabu, über etwas zu reden. Reinszenierungen finden bei Fremduntergebrachten auch intensiver statt. Damit umzugehen ist ein wesentlicher Teil der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel, wo es viel Reflexion braucht und Supervision, um zu verstehen, warum es zu einem solchen

Verhalten kommt. Fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche kommen auch oft in Rollen, wo sie parentifiziert werden, auf die Bedürfnisse ihrer Eltern eingehen müssen. Die Eltern konnten sich emotional gar nicht um sie kümmern, da sie selber so bedürftig sind.

**Besonderheiten im psychotherapeutischen Arbeiten mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen:** Die therapeutischen Prozesse unterscheiden sich in der Geschwindigkeit und in der Intensität. Erst wenn der sichere Ort gegeben ist, kann man in einen Prozess einsteigen, alles zuvor kann nur Stabilisierung bedeuten. Stabilität und Klarheit sind essentielle Sicherheitsfaktoren, um in eine Aufarbeitungsphase gehen zu können. Es ist essentiell, nicht durch ein schwieriges Verhalten des Kindes oder des\*der Jugendlichen die therapeutische Beziehung in Frage zu stellen. Auch wenn diese in der Therapie angekommen sind, gibt es immer noch Unterschiede in den Prozessen. Die Pubertät ist anders, wenn man in einer WG ist, da es in der WG um Ankommen geht und nicht um Ablösung, was eigentlich das Pubertätsthema ist. Es geht auch um das Nachholen von Beziehungs- und Bindungserfahrungen, die schon in den ersten Lebensjahren hätten passieren sollen. Des Weiteren ist die Ablösung von den Eltern bei Jugendlichen, die fremduntergebracht sind, schwieriger. Eine emotionale Ablösung oder auch nur eine kritische Hinterfragung der Eltern ist problematisch (E3).

Wenn Eltern die Fremdunterbringung nicht unterstützen, geraten Kinder und Jugendliche häufig in Loyalitätskonflikte, da sie sich dann nicht sicher sind, ob sie jetzt da sein dürfen, ob sie dadurch illoyal den Eltern gegenüber sind. Die Stärke des inneren Gefühlsleben, die Prüfung der anderen Person und die Loyalitätskonflikte sind bei fremduntergebrachtem Klientel intensiver. In der Fremdunterbringung geht es nicht nur um ein Dreieck, also Kind, Therapeut\*in und Eltern, sondern um ein Viereck.

Bei fremduntergebrachten Kindern geht es darum, sie in der Jetzt-Situation zu begleiten, unabhängig davon, ob sie selber in Therapie gehen wollten oder ob jemand anderer ausgesucht hat, dass es wünschenswert wäre. Auch bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen geht es anfangs um Themen, die akut sind. Tagesaktuelle Themen, die die Kinder erzählen, unterscheiden sich, da sie ja in keinem familiären Umfeld leben, sondern in einem institutionellen mit vielen

Personen. Die Bandbreite an Themen, die Kinder und Jugendliche, die in der Fremdunterbringung sind, bringen, ist größer (E7).

Bei Kindern und Jugendlichen, die in einer Institution leben, bekommt alles ein größeres Spektrum, nicht nur die Themen. Auch die Idealisierung der Eltern ist ein großes Thema: „Dort ist alles gut und hier ist alles scheiße“ (E7, Absatz 9). Dies gilt vor allem, wenn die Eltern in Opposition zur Einrichtung sind. Zum Spektrum gehört dann auch extreme Eifersucht, wenn Geschwister noch im Haushalt der Eltern leben. Dann ist alles ungerecht und sie fühlen sich als Opfer oder schuldig. Schuldig, dass sie etwas falsch gemacht haben und deshalb nicht mehr in der Familie leben dürfen. Diese Thematiken sind massiv da und nehmen einen großen Platz in den therapeutischen Prozessen ein. In der Fremdunterbringung ist klar, dass das Kind in der Psychotherapie lernt, mit den familiären Zuständen, die sich nicht verändern lassen, trotz aller Bemühungen zuvor, klarzukommen (E7).

### **5.2.2 Kooperation, Vernetzung, Austausch, Rahmenbedingungen**

Die Forschende ging in diesen Themenblöcken der Frage nach, wie Kooperation mit Fachpersonen, konkret mit den Sozialpädagog\*innen der WGs und Institutionen, funktioniert. Ob sich Unterschiede ergeben in der Zusammenarbeit in Bezug auf Kritik, Durchschauen von Dynamiken, Erwartungen mit geschultem Fachpersonal im Vergleich zu Eltern. Wie oft es zu gemeinsamen Gesprächen mit Personen aus dem Helfersystem kommt, wie sich diese Zusammenarbeit gestaltet und ob versucht wird, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Diese Themenblöcke waren mehr geprägt von Vorannahmen der Interviewerin, da sie als Sozialpädagogin jahrelang mit Psychotherapeut\*innen zusammengearbeitet hat.

Wie schon zuvor in der Einführung zum Kapitel Conclusio aufgezeigt, ergab sich in der Datenauswertung eine so nicht erwartete Gewichtung. Zu den Themenblöcken 2 und 3 ergab sich nur eine Oberkategorie – Aspekte der Kooperation und Vernetzung im Helfersystem, Settings und Rahmenbedingungen – mit Unterkategorien, die die Fragen dieser zwei Themenblöcke abdecken:

- Vernetzung mit dem Helfersystem: Kooperation, Fallverlaufskonferenzen, Elternkontakt, Pflegeeltern

- Stützung, Entlastung, Erwartungen im Helfersystem durch die Zusammenarbeit professioneller Fachkräfte
- Wie entsteht die Kooperation: Erstgespräch, Anamnese und Finanzierung

Zu der Kooperation zwischen Betreuer\*innen und Psychotherapeut\*innen im Vergleich zu Eltern gab es unterschiedliche Antworten und Erlebtes von den Expert\*innen. E2 hat Betreuer\*innen lange Zeit als die verlässlicheren Partner\*innen empfunden, da diese wussten, „was Therapie ist, haben eine Vorstellung davon, dass das eine längere Zeit ist. Waren grundsätzlich den Kindern zugewandt, am Prozess der Kinder interessiert“ (E2, Absatz 5). Diese Expertin hat die Zusammenarbeit, dass sich Betreuer\*innen Zeit nehmen, einfacher erlebt als den Kontakt mit den Eltern. In den Erwartungen sieht sie nicht so viele Unterschiede, jedoch hält sie die Erwartungen an die Therapie von Institutionen für realistischer, was die Länge und Dauer der Veränderung betrifft. E4 schätzt die professionelle Ebene der Betreuer\*innen, deren Wissen über Entwicklungspsychologie und Traumafolgen und sieht da eine gemeinsame Basis. E1 meint dazu, dass Betreuer\*innen auch zusätzlich Supervision haben, um zu verstehen, warum Kinder reagieren, wie sie es tun. Auch E5 sieht den Vorteil, mit Professionist\*innen zusammenzuarbeiten, da man Aufgaben auf Augenhöhe teilen kann.

Bei Eltern gibt es die unterschiedlichsten Voraussetzungen bezüglich Bildung, kulturellem Kontext und Vorstellungen von Kindererziehung. E5 meint, dass es schwieriger ist, Eltern dazu zu bewegen im Familiensystem etwas zu verändern und so zum Prozess beizutragen. Die Eigenreflexion ist bei Fachpersonal mehr gegeben, laut E1. Konträr sieht dies E6, die auch mit Eltern eine hohe Qualität in der Zusammenarbeit erlebt hat, Eltern, die sehr bemüht waren und interessiert und ihre Anleitungen umgesetzt haben.

Einen strukturierteren Überblick erhält E2 bei Institutionen, nämlich viel Information, einen Einblick in die pädagogische Arbeit. Auch Zusatzinformationen, die während der Therapie zum Tragen kommen, erhält E2 von den WGs verlässlicher als von Eltern. E3 sieht dies ein wenig anders, da sie, wenn Kinder fremduntergebracht sind, eher wenig von der Anamnese weiß, da die Unterlagen lückenhaft sind. Bei Themen, die über Generationen gehen, kann man dann nur raten, da man ja keinen zusätzlichen

Kontakt zu den Angehörigen hat. Da man die Eltern zumeist nicht kennt, ist es auch schwierig, ein Gefühl dafür zu bekommen, warum dieses Kind, diese\*r Jugendliche so geworden ist. In der Arbeit mit Eltern ist E3 des Öfteren direktiv, was bei Betreuer\*innen aufgrund der Vorgaben der Institution nicht so leicht möglich ist.

In der Vernetzung mehrerer Systeme ist man als Psychotherapeut\*in stärker involviert bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen. Es kommt öfter zur Zusammenarbeit mit Schulen, da man da eine Rolle in der Kooperation übernimmt, während man von Eltern erwartet, dass diese die Schulgespräche führen (E2). E4 erklärt im Interview, dass die Involviertheit vieler Bezugspersonen die Vernetzung und das therapeutische Arbeiten komplizieren.

In der persönlichen Betroffenheit gibt es klarerweise auch Unterschiede, die eine Rolle spielen in der therapeutischen Arbeit und Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen, z.B. wenn das Kind in der Schule etwas gestohlen hat oder hinausgeschmissen wurde. E3 betont in den Interviews die fehlende Distanz von Eltern, die Entwicklungen des Kindes, die unangenehm sind, nicht immer einordnen können. WG-Betreuer\*innen können durch ihre pädagogische Grundhaltung und ihre Ausbildung Veränderungen im Normalfall gut einordnen und nicht persönlich nehmen. E7 erlebt, dass Eltern oft einen hohen Leidensdruck haben. Ihre Meinung ist, dass das Kind sich zu ändern hat und es fällt ihnen schwer, mehr Empathie für das Kind zu entwickeln. Dass viele Anteile bei ihnen liegen, das ist mühsam zu erarbeiten. Betreuer\*innen sind ein Stück distanzierter und somit gibt es eine Chance, dass sie auch bemerken, wo ihre Anteile sind und sie sind aufmerksamer für Veränderungen.

E5 erlebt, dass man um die Finanzierung von mehr Stunden mit Eltern viel mehr ringen muss. E1 meint, dass es völlig klar ist, dass von einer Kurzzeitfinanzierung bei bindungstraumatisierten Kindern keine Rede sein kann, denn das Argument der Bindungstraumatisierung ist Argument genug (E1) und somit brauchen fremduntergebrachte Kinder eine langfristige Therapie. Dem kann auch E7 zustimmen und betont, dass eine Fremdunterbringung alleine bereits eine lange Therapiedauer rechtfertigt. Bei Kindern und Jugendlichen, die noch bei den Eltern leben, geht es laut E1 viel mehr um punktuelle Schwierigkeiten und wenn das Kind sicher eingebettet ist, dann kann es auch Kurzzeittherapien geben. Dem stimmt auch E4 zu, die meint, dass

bei Kindern und Jugendlichen, die bei den Eltern leben, die Therapieziele und Themen von vorneherein abgegrenzt sind und somit überschaubarer, dann läuft das über die Krankenkasse und es gibt eventuell noch eine Verlängerung der Bewilligung. Auch E7 bestätigt, dass Kinder und Jugendliche, die bei den Eltern leben, nie so lange in Therapie waren, selbst wenn es um Themen wie häusliche Konflikte oder Suizidandrohungen geht. Das geht nicht über Jahre, sondern lässt sich recht gut bearbeiten.

### **5.2.3 Begleiterscheinungen der Fremdunterbringung**

Aus den Interviews ergab sich eine zusätzliche Kategorie, die die Begleiterscheinungen der Fremdunterbringung widerspiegelt. Vor- und Nachteile bzw. Ressourcen und weitere Traumatisierungen, die sich aus der Fremdunterbringung ergeben können, waren in den Interviews immer wieder Thema, und aus diesem Grund war es wichtig, diese abzubilden. Nach diesen Besonderheiten oder Schwierigkeiten einer Fremdunterbringung wurde im Interviewleitfaden nicht explizit gefragt, sie ergaben sich aber klar aus den Gesprächen. Als klare Vorteile wurde von den Expert\*innen genannt, dass in den WGs den Kindern und Jugendlichen viele Möglichkeiten geboten werden, die es in ihrer Ursprungsfamilie nicht gab, z.B. sportliche Angebote, Freizeitangebote, Ausübung von Hobbies und Interessen, schulische Hilfe und materielle Sicherheit. Ebenso wurde erwähnt, dass, auch wenn nicht immer alles glatt läuft, es unter den Kindern und Jugendlichen zu Neid oder Übergriffen kommt, es doch Personen gibt, die darauf schauen, dass die Sicherheit, die Geborgenheit der WG erhalten bleiben. Die Expertise des Personals bringt mit sich, dass Kinder und Jugendliche ausgehalten werden können mit all ihren Defiziten und Impulsdurchbrüchen, wodurch Stabilität entstehen kann. Massive Nachteile sind, dass es nicht in allen WGs optimal ausgebildetes Personal gibt, dass es durch zu wenig Supervision oder andere schwierige Rahmenbedingungen in WGs zu Betreuer\*innen-Wechseln kommt und somit zu neuerlichen Beziehungsabbrüchen. Die Fremdunterbringung per se ist schon eine Trennung und ein Beziehungsabbruch zur Ursprungsfamilie. Ebenso kommt es zum Abbruch von Beziehungen durch den Wechsel der Kinder und Jugendlichen in einer Einrichtung. Auch durch die Gruppendynamik einer acht- bis zwölf-köpfigen Kinder- und Jugendlichen-Gruppe

kommt es zu Kränkungen und Zurückweisungen, da nicht immer für alle Kinder gleichzeitig die Kapazitäten frei sein können, auch wenn die Gruppe ein großes Lern- und Übungsfeld bietet.

### **5.3 Forschungsfrage und Literatur**

Die zentrale Forschungsfrage, was speziell ist in der therapeutischen Arbeit mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen, welche Unterschiede in den therapeutischen Prozessen wahrgenommen werden, lässt sich so in der Literatur nicht ganz wiederfinden, da fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche nicht als explizite Kategorie in der Literatur der Kinder- und Jugendtherapie angeführt werden. Es gibt zwar Erwähnungen in Nebensätzen, z.B. bei Oaklander (2016), wie sie in einer Gruppe von Heimkindern einen Tag verbringt oder bei Weinberg (2011, S. 237), die ihren Stil verändert hat, da sie viel mit fremduntergebrachten Kindern arbeitet, jedoch sind keine Kapitel mit dieser Überschrift zu finden. In der Ergebnisdarstellung der Interviews kristallisierte sich die Kategorie Charakteristiken der Klient\*innen, der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen heraus und die deckt sich sehr mit den Charakteristiken bindungstraumatisierter Kinder und Jugendlicher, die im Theorikapitel 2.1 behandelt wurden. Fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche sind bindungs- und beziehungs-traumatisiert und erfahren dadurch eine besondere psychotherapeutische Begleitung, die sich auch in den Interviews widerspiegelt. Die Fremdunterbringung verstärkt manchmal Traumatisierungen oder bringt weitere Beziehungsabbrüche und damit erneute Traumatisierungen mit sich, die im therapeutischen Setting sichtbar werden. Die zentralen Aussagen aus dem Interviewmaterial werden in diesem Kapitel in Verbindung mit der Literatur und den Theorikapiteln erneut herausgestrichen.

#### ***5.3.1 Rolle der Therapeut\*innen***

Traumatherapeut\*innen oder Kinder- und Jugendtherapeut\*innen brauchen eine besondere Haltung, um an die Besonderheiten herangehen zu können, die Bindungstraumatisierungen mit sich bringen. Rudolf (2013, S. 123) beschreibt, dass das therapeutische Vorgehen, die Haltung und Technik an eine frühe Eltern-Kind-Beziehung angelegt sein sollen, in der die Erwachsenen sich mit bestimmten Einstellungen und Aktivitäten auf das Kind ausrichten, unter anderem durch Spiegeln,



Markieren, gemeinsam regulieren, aber auch einen Rahmen geben und Grenzen setzen.

Hilfreiche Eigenschaften einer\*ines Therapeut\*in, die die Haltung gegenüber den jungen Klient\*innen widerspiegeln, ergaben sich ebenso aus den Expert\*innengesprächen. Besonders oft genannt wurden Offenheit, das Verhalten des Kindes verstehen, das Kind nehmen, wie es ist und Sachen aushalten. Auch bei Baulig und Baulig (2010, S. 45) finden sich diese Eigenschaften wieder. Sie stellen das Lassen in den Vordergrund und meinen, dieses hat hohe kindertherapeutische Qualität, ebenso betonen sie, dass es wichtig ist, die Kindheit als eigene Wesensart zu schätzen, was ein inneres wohlwollendes Mitschwingen impliziert (ebd., S. 43). Von den Expert\*innen wurde auch die Expertise genannt, die bei Baulig und Baulig (ebd.) als pädagogischer Hintergrund und systemische Beratungskompetenz als Voraussetzungen für den\*die Kinderpsychotherapeut\*in genannt wird. Tenschert (2017, S. 30) spricht davon, dass Therapeut\*innen fähig sein müssen, ihr Handeln auf professionelle Weise zu planen und zu reflektieren, wofür es notwendig ist, spezielles Wissen zu bestimmten Störungsbildern und Lebenssituationen zu haben und über bestimmte Techniken für verschiedene Altersgruppen zu verfügen. Auch von den Expert\*innen wurden die Unterschiede bezüglich Reife, Reflexionsfähigkeit und Vertrauen in Beziehungen angesprochen und auch die Wichtigkeit, Eltern nicht abzuwerten. Dies beschreibt auch Tenschert als essentiell und meint, dass es darum geht, wie man Klient\*innen und ihr Umfeld am besten unterstützen kann (2017, S. 23).

Als wichtige Aufgabe des\*der Therapeut\*in sahen die Expert\*innen die Bereitstellung eines passenden Beziehungsangebot, das Sicherheit und Halt gebende Strukturen gewährleistet. Thomas Schön (2008, S. 211) sieht den Aufbau einer sicheren therapeutischen Beziehung in einer sicheren therapeutischen Arbeitsatmosphäre als Basis der therapeutischen Arbeit. Baulig und Baulig (2010, S. 36) nennen den Aufbau von inneren und äußeren sicheren Plätzen als oftmals zentralen Therapieauftrag von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Die Therapie als sicherer Ort ist vor allem auch deshalb anzubahnen, weil traumatisierte Kinder in ihrem „In-der-Welt-Sein“ (Baulig & Baulig, 2010, S. 155) verunsichert sind und oft auch in ihrem sicheren Platz in der Familie gefährdet sind.

Die Stabilisierung wurde von den Expert\*innen betont und als Grundlage der therapeutischen Beziehung gesehen. Schön meint dazu, dass es durch Wiedererlangen des Wissens und durch die Wahrnehmung der eigenen Handlungskompetenzen zu einer Stabilisierung kommt. Übungen zur Selbstwahrnehmung helfen hierbei und ebenso das sich Erinnern an Halt gebende Beziehungen (Schön, 2008, S. 212).

Den Kindern und Jugendlichen vermitteln, dass man mit ihnen arbeiten möchte, dass man an ihnen interessiert ist, ist eine wichtige Aufgabe des\*der Therapeut\*in, ist E1 überzeugt: „Sicherheit zu erlangen, dass man es gut mit dir will und dich so nimmt, wie du bist“ (E1, Absatz 49). Baulig und Baulig (2010, S. 88) schreiben, dass es in der Therapie um Begleitung, das liebevolle Dasein, die liebevolle Zuwendung geht mit dem Leitbild des „guten Vaters“ oder der „guten Mutter“. Zulassen, Begleiten, aber auch bergendes Begrenzen sind für sie die zentralen Wachstumsdimensionen der Gestaltkindertherapie.

### **5.3.2 Psychotherapeutisches Arbeiten**

In der Beziehung mit Traumatisierten sollten Sicherheit und eine „Hier-und-Jetzt-Orientierung“ (Baulig & Baulig, 2010, S. 154) im Vordergrund stehen. Abstand sollte von Konfrontation, Regression und dem Thematisieren der therapeutischen Beziehung genommen werden. Die „Hier-und-Jetzt-Orientierung“ soll einen Rahmen geben, damit das Erlebnis des Kindes – „Mir ist etwas zu nahe gekommen“ (Baulig & Baulig, 2010, S. 154) – nicht direkt erweckt wird durch die therapeutische Situation. Von den Expert\*innen wird der Vertrauensaufbau als zentrales Thema der Psychotherapie gesehen, da viele der fremduntergebrachten Kinder sehr misstrauisch sind; vor allem Jugendliche haben schon oft erlebt, dass Entscheidungen über ihren Kopf hinweg getroffen wurden aufgrund von Aussagen, die sie getätigt haben, und sind extrem vorsichtig. Die Grundüberzeugung und das Grundkonzept von Kindern und Jugendlichen, die Beschädigungen von Bindungsfähigkeit und Bindungsentwicklung aufweisen, sind, wie Weinberg (2020, S. 23) schreibt: „Ich kann mich auf niemanden verlassen“ oder gar „Ich kann niemanden vertrauen“ und am schlimmsten „Ich bin ganz alleine“. Das Vertrauen zu gewinnen ist deshalb eine zentrale Aufgabe. Die Selbstregulation oder Affektregulation ist für Frühtraumatisierte, wie Weinberg 2020

beschreibt, eine Schwierigkeit, die oft bis zum Lebensende nicht ganz entwickelt werden kann. Durch die schlimmen Erlebnisse sind dadurch hervorgerufene Körperwahrnehmungen wie Hunger, Schmerzen und Affekte wie Ängste, Einsamkeit viel extremer als bei normalen Kindern und die für die Selbstberuhigung notwendigen Schaltkreise wurden nie aufgebaut (Weinberg, 2020, S. 24). „In der Psychotherapie helfen wir dem Kind, seinen Bedürfnissen, seinem Alter und seiner kindlichen Position als einzigartiges, von anderen verschiedenes, individuelles Subjekt näherzukommen“, fasst Badier (2017, S. 963) psychotherapeutisches Arbeiten zusammen.

### **5.3.3 Charakteristiken der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen**

Von den Expert\*innen wurde in den Interviews ausführlich über Eigenschaften und das Verhalten dieser Kinder und Jugendlichen gesprochen. Sie haben ein Riesenpaket beschrieben, das diese Kinder und Jugendlichen mitbekommen haben, und die Komplexität der Problematik. Im Verhalten der Kinder und Jugendlichen wurden vor allem Selbstverletzungen, starke Regressionen, massive Impulsdurchbrüche genannt. Generelle Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen und überhaupt der Zugang zu Emotionen wurden einhellig von allen als sehr problematisch beschrieben. Schön (2008, S. 201) beschreibt diese Verhaltensweisen als desorganisierte Bindungsmuster, die bei 80% der traumatisierten Kinder zu beobachten sind. Ein Kind mit einer unsicher-desorganisierten Bindung erlebt das Verhalten der Bezugspersonen als unberechenbar und chaotisch. Es ist in einer Zwickmühle, da der Ort, der Trost spenden soll, gleichzeitig Unsicherheit birgt. Dieses Kind gewöhnt sich daran, den Kontakt selbst zu bestimmen und, wenn dies nicht geht, mit Überlebensreflexen zu reagieren – Fliehen oder Erstarren. Es fehlt die Fähigkeit zur Bewältigung der Situation (Kain & Terrell, 2020, S. 31).

Der Mangel an Selbstregulation äußert sich in Aufmerksamkeitsproblemen oder Kinder sind nicht fähig, Handlungen zu unterbrechen und wenn innere Regulationsprozesse fehlen, dann kommt es zu Eskalationen und Durchbrüchen (Schön, 2008, S. 202). Sich selber nicht regulieren zu können ist eine Folge von Traumatisierung. Streek-Fischer (2005, zitiert nach Schön, 2008, S. 202) beschreibt die bedrohliche Version davon als „innere emotionale Überschwemmung“. Dies, so Schön, sind genau die Situationen, in welchen wir als Helfer\*innen einen Eindruck

bekommen, welche zerstörerischen Kräfte in den uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen liegen (Schön, 2008, S. 202).

Wie zuvor schon erwähnt wurde auch das Misstrauen sehr oft genannt, das auch von Weinberg 2020 in ihrem Buch „Verletzte Kinderseele“ angesprochen wird. Das Fehlen eines Zugangs zu ihren Emotionen, fehlende Selbstregulation, wenig Selbstwert, Impulsivität werden von den Expert\*innen beschrieben. Levine und Kline schreiben dazu 2007, dass Kinder auf Erwachsene angewiesen sind, die ihre Bedürfnisse nach Sicherheit, Unterstützung, Selbstregulierung und auch Beruhigung erkennen und sie erfüllen (Levine & Kline, 2007, S. 60). Sie entladen sich und agieren Dinge aus, da dies oft ihre einzige Möglichkeit ist, um Hilfe zu rufen. Sie testen die Grenzen, wie auch einige Expert\*innen es beschreiben, versichern sich, ob ihre Geheimnisse sicher sind. Manche erzählen alles ohne Distanz und andere behalten viel für sich und bleiben auf Distanz. Wenn Kinder sich nicht „nach außen“ entladen, dann tun sie es oft „nach innen“ und teilen Erwachsenen auf unterschwellige Art mit, dass etwas nicht stimmt oder sie etwas nicht verstehen und nachvollziehen können (Levine, 2007, S. 61). Die Unfähigkeit, Affekte zu modulieren, die eingeschränkte Fähigkeit, Gefühle und Körperzustände zu beschreiben, maladaptive Versuche der Selbsttröstung, mangelndes Interesse an Ausbildung sind unter anderem Diagnosekriterien, die auf traumatisierende Entwicklungskriterien hinweisen, wie Garbe in Bezug auf Streeck-Fischer 2015 schreibt (Garbe, 2015, S. 32). Diese Eigenschaften bilden sich auch in der Ergebnisdarstellung dieser Kategorie als von den Expert\*innen genannt ab. Garbe meint, mit Feinfühligkeit und Durchhaltevermögen muss versucht werden, einen Zugang zu diesen jungen Menschen zu bekommen. Es handelt sich bei dem Klientel der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen um Menschen, die zuerst einmal alles vermeiden, was nach „Nähe riecht“ (Garbe, 2015, S. 34) und sie verspüren jedoch zugleich eine immense Sehnsucht danach. Dieser Widerspruch macht deutlich, wie zerrissen Entwicklungstraumatisierte sich zwischen zwei Polen fühlen müssen, vor allem, wenn, wie bei diesen jungen Menschen, die Eltern noch eine so große Rolle im Hintergrund spielen und sie aber im Vordergrund ihren Platz in der WG finden müssen.

#### **5.3.4 Zusammenarbeit im Helfersystem**

Die Frage nach Besonderheiten oder Unterschieden im Setting, im Erstkontakt, in der Zusammenarbeit mit Fachpersonal oder mit Eltern kann ebenso auf Umwegen aus der Literatur beantwortet werden – es gibt spezielle Anforderungen an Therapie mit Kindern und Jugendlichen, die für alle Kinder und Jugendlichen, auch für fremduntergebrachte, gelten. Diese ergeben sich aus dem Alter, dessen Entwicklungsaufgaben und der Minderjährigkeit der Klientel. Oaklander geht auf die Frage nach dem Erstkontakt und die Schwierigkeiten einer Anfrage ein (Oaklander, 2016, S. 227-232), jedoch werden Diskrepanzen in der Wahrnehmung der therapeutischen Situation zwischen Eltern und Kind nicht weiter thematisiert (Baulig & Baulig, 2010, S. 36). Bemerkenswert ist für die therapeutische Kontaktaufnahme, dass sich nicht die Erwachsenen, die mit dem Kind nicht zurechtkommen, sich professionelle Hilfe holen, um ihr Handeln zu erweitern, sondern, dass der Fokus auf dem gestörten Kind liegt (Baulig & Baulig, 2010, S. 36). Die Stigmatisierung des Kindes als Symptomträger der Familie setzt sich in der Fremdunterbringung fort, da ja das Kind aus der Familie herausgenommen wird, oft mit dem Auftrag, es zu reparieren. Das Problem der Auftragsklärung besteht auch, wenn Kinder und Jugendliche fremduntergebracht sind, da die Kinder in der Regel geschickt werden. In Büchern der Kinder- und Jugendtherapie (Baulig & Baulig, 2010; Anger & Schön, 2012) gibt es immer wieder Anmerkungen oder Kapitel zur Zusammenarbeit mit Institutionen, auch in Büchern zur Traumatherapie (Weinberg, 2011; Anger & Schulthess, 2008) finden sich diese, ebenso wie in Büchern zur Bindungstheorie (Brisch & Hellbrügge, 2006), bei welchen Fremdunterbringung explizit in einigen Titeln aufscheint, z.B. in „Bindung und Fremdunterbringung, Bedeutung, Diskurs und Ausblick“ (Meiske, 2012). Auch Elke Garbe widmet in ihrem Buch „Das kindliche Entwicklungstrauma verstehen und bewältigen“ ein Kapitel dem Gemeinsamen von Sozialpädagog\*innen und Psychotherapeut\*innen und andere der Kooperation und Netzwerkarbeit. Sie meint, dass neben der Polizei vor allem die Mitarbeiter\*innen des Jugendamtes für gute Entwicklungs- und Lebensbedingungen zu sorgen haben und für den äußeren Schutz von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Nach Wiederherstellung der äußeren Sicherheit richten die Sozialpädagog\*innen ihre Interventionen darauf, dass die Folgen erlittener Traumatisierungen überwunden

werden können (Garbe, 2015, S. 180). Dazu gehört auch eine Therapie für diese zu installieren und gemeinsame Arbeitsbereiche zu gestalten.

### **5.3.5 Setting**

Oaklander hat eine skeptische Einschätzung gegenüber Therapeuten, die länger als ein Jahr mit dem Kind arbeiten. Sie meint, es würden normalerweise drei bis sechs Monate genügen, um Fortschritte zu erzielen und dann wäre eine einstweilige Stabilität erreicht und an diesem Punkt ließe sich die Therapie zunächst einmal gut beenden (Oaklander, 2016, S. 250). Baulig und Baulig (2010, S. 224) allerdings haben dazu eine partiell andere Sicht. Auch sie unterschreiben, dass Verhaltensänderung und Stabilität wichtige Kriterien sind, eine Therapie zu beenden, allerdings nur, wenn begleitend mit den Eltern intensiv gearbeitet wurde. Oaklander differenziert nicht zwischen den Gründen, warum Kinder in die Therapie kommen. Für Baulig und Baulig sind für die Dauer der Therapie besonders die frühen Erfahrungen des Kindes (z.B. Trauma) und die Veränderungsfähigkeiten und -möglichkeiten des systemischen Umfeldes wichtig (2010, S. 224). Die Expert\*innen stimmen da mit Baulig und Baulig überein und sehen in einer langjährigen therapeutischen Begleitung eine wichtige Stütze für die fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen, einen besonderen Stabilitätsfaktor, im sonst sich stark verändernden Umfeld.

### **5.3.6 Loyalitätskonflikte**

Weinberg (2011, S. 242) schreibt, dass, wenn sich herausstellt, dass das System, die Bezugspersonen, die das Kind bringen, einen schädigenden Einfluss haben, sie dies bald thematisieren und handeln muss. Dazu gehört ein Hilfsnetz für die Familie aufzubauen und Kontakt mit dem Jugendamt aufzunehmen, aus Sorge um das Kind. Diese weitgehenden Maßnahmen sind im Allgemeinen bei anhaltenden und generationenüberspannenden „Traumakarrieren“ nötig, jedoch auch bei affektiven Störungen oder Suchtkarrieren der Bezugspersonen. Diese haben einen so schädigenden Einfluss auf Kinder und Jugendliche, dass eine isolierte Kinderpsychotherapie erfolglos bleibt bzw. eine Aufrechterhaltung der inakzeptablen Situation bewirkt. Weinberg (2011, S. 243) bespricht mit den Kindern auch die Störungen ihrer Eltern, wobei die Kinder diese Darstellung als Affront wahrnehmen können, der ihre Loyalitäten verletzt. Auch die Expert\*innen haben in den Interviews

davon berichtet, wie schwierig es ist, den richtigen Weg zu finden, die Unzulänglichkeiten der Eltern anzusprechen, und wie oft Loyalitätskonflikte Thema in der therapeutischen Beziehung sind.

### **5.3.7 Sicherer Ort**

Einen sicheren Ort zu schaffen für die Kinder und Jugendlichen war eine Herausforderung, die sich aus den Interviews ergeben hat und die die Expert\*innen in Zusammenhang mit der Therapie fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher herausgestrichen haben – einen sicheren Ort in der Therapie, wo sie Vertrauen haben und sich entfalten können, ein therapeutischer Übergangsraum, als „Safe Place“, als ein Ort zwischen zwei Kulturen, wie es Katz-Bernstein und Zaepfel (2004, S. 374) in „Ali und sein Schweigen“ beschreiben, und ein Ort zwischen den Herausforderungen, den neuen Möglichkeiten der Fremdunterbringung, der neuen WG-Gruppe und den Betreuer\*innen und dem schädigenden Familiensystem, dem man in Loyalitäten verbunden ist. Auch Tenschert (2017, S. 29) nennt das Safe Place Konzept von Katz-Bernstein 1996 als Hilfe für Kinder und Jugendliche in ihrer Selbstfürsorge und als nützlich ein sicheres Grundgefühl in der Therapiesituation zu etablieren. Gahleitner et al. schreiben (2013) im E-Journal *Resonanzen* zum Konzept des Safe Place, dass es stark an Bedeutung gewonnen hat, da in der Kinder- und Jugendpsychotherapie die Therapeut\*innen mit Klient\*innen aus der Gruppe der sozial Benachteiligten konfrontiert sind. Insbesondere bilden schlechte Bindungsverhältnisse in Familien ein hohes Risiko für spätere Verhaltensauffälligkeiten. Ohne klare Strukturvorgaben fehlt den Kindern ein sicherer Ort, um Entwicklungsaufgaben angemessen bewältigen zu können. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen spielt da auch eine gelungene Einbettung in tertiäre Netzwerke und Kooperationszusammenhänge, z.B. in Kinder- und Jugendhilfestrukturen eine bedeutsame Rolle (Gahleitner et al., 2013, S. 167). Einen sicheren Ort zu schaffen ist auch eine Herausforderung für die Fremdunterbringungseinrichtungen. Garbe (2015, S. 159) empfindet es als zentral, dass in diesen eine Atmosphäre herrscht, in der Kinder und Mitarbeiter\*innen über die Rechte und Pflichten informiert sind, eine Fachberatung und Supervision von Außenpersonen sowie regelmäßige Fortbildungen müssen Standard sein. „Die Erfahrung von Bindungen und Beziehungen, die Grenzen respektieren, aber dennoch

empathisch und warmherzig sind, ist Voraussetzung dafür, dass Kinder gerade nach Entwicklungstraumatisierungen wieder beginnen können, sich zu entfalten“ (Garbe, 2015, S. 159). Ein therapeutisches Milieu in einer Einrichtung realisiert sich in einer humanistischen Grundhaltung und Vorgehensweise eines Teams vor dem Hintergrund eines professionellen Verständnisses. Als Antwort auf früh erlittenen Vertrauensmissbrauch durch komplexe Traumatisierung in der Kindheit werden Aspekte einer konsistenten Beziehungsgestaltung, prozessorientiertes Arbeiten und die Akzeptanz aller Erlebnisinhalte im Begleitungsprozess zu zentralen Inhalten des Hilfeplans sowohl in der Psychotherapie als auch in der begleitenden Betreuung (Gahleitner, 2009, S. 128).

### **5.3.8 Herausforderungen der Fremdunterbringung**

Wenn die Fähigkeiten der Eltern zur Förderung der emotionalen Entwicklung des Kindes nicht ausreichen oder ihr Handeln sich schädigend auswirkt, wird oft eine Fremdunterbringung des Kindes erwogen (Brisch & Hellbrügge, 2006, S. 7). Trotz aller erlittenen Mängel in der Versorgung stellt die Unterbringung eine Trennung von den bisherigen Bezugspersonen dar (Unzner, 1997, S. 341), weshalb die Kinder und Jugendlichen nach der Aufnahme besondere emotionale Zuwendung benötigen. Eine Herausforderung ist das **Gruppenleben**, welches für viele Kinder höchsten Stress bedeutet. Der\*die Expert\*in E7 meinte dazu, dass man, obwohl man in seinem kurzen Leben mit allen Bedürfnissen zu kurz gekommen ist, dann die Zuwendung mit vielen teilen muss. Unzner (1997) sieht in der Gruppe das wichtigste Lebensumfeld des fremduntergebrachten Kindes und meint, dass, wenn man diese Kinder richtig versorgen will, viel Personal vonnöten ist, damit die Kinder nicht zu kurz kommen (S. 342). Je stabiler und sicherer die sozialen und emotionalen Rahmenbedingungen in der Einrichtung sind, je klarer die räumliche Trennung zur alten Familie ist, umso emotional entlastender ist dies für das fremduntergebrachte Kind oder den\*die Jugendliche\*n. Ein Heilungsprozess von Bindungsstörungen erfordert Zeit und Kontinuität in der Beziehung mit den neuen Betreuungspersonen, die für das Kind emotional verfügbar sein müssen (Brisch, 2006, S. 237). Deshalb stellt der häufige **Betreuer\*innen-Wechsel**, der immer wieder von manchen Expert\*innen als Erfahrung mit Einrichtungen der Fremdunterbringung genannt wurde, ein großes Problem dar.



Betreuer\*innen-Wechsel oder Wechsel in der Kinder- und Jugendgruppe bedeuten einen erneuten Beziehungsabbruch und somit eine problematische Bindungserfahrung, welche die Stabilität der Kinder und Jugendlichen wieder in Frage stellt.

Die Expert\*innen sahen sich auch mit **Reinszenierungen** konfrontiert. Nicht verstehbares, schnell wechselndes und auch nicht altersgerechtes Verhalten sind oft die Folge von kindlichen Entwicklungstraumatisierungen, was den Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen erschwert (Garbe, 2015, S. 21) Traumatische Erfahrungen werden fragmentiert abgespeichert und als Puzzleteil einer traumatischen Situation abgerufen, ohne dass dies bewusst steuerbar ist. Dissoziationen führen so ungesteuert zu traumatischen Reaktionen auf Situationen aus vergangenen Zeiten im Hier und Jetzt, was den Umgang mit sich und anderen schwierig macht. Als Betreuer\*in wird man immer wieder mit Situationen konfrontiert, wo dies passiert und wenn man dann nach einer Supervision oder nach einem Gespräch mit Therapeut\*innen versteht, welche gespeicherte Situation hinter der unpassenden und übertriebenen Reaktion stehen könnte, so kann man bei der nächsten Situation anders reagieren (Garbe, 2015, S. 22). Dieser immense Vorteil in der Zusammenarbeit mit Fachpersonal wurde auch in den Interviews von den Expert\*innen zur Sprache gebracht. Das **Fachwissen**, die Reflexion und auch die Distanz, die Betreuer\*innen haben, ermöglichen es, leichter Zusammenhänge zu durchschauen und adäquater zu reagieren.

#### **5.4 Limitationen und Ausblicke**

Mit dieser Masterthese wurden die Besonderheiten im psychotherapeutischen Arbeiten mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen erforscht. Die besonderen Herausforderungen oder speziellen Unterschiede zu in der Familie lebenden Kindern und Jugendlichen sind in der Literatur der Kinder- und Jugendpsychotherapie in der Integrativen Gestalttherapie nicht untersucht oder explizit benannt. Die vorliegende qualitative Forschungsarbeit soll mittels Daten aus sieben Interviews mit Expert\*innen Aufschluss zu dieser Fragestellung geben. In Kapitel 5.1, der Conclusio zu den zentralen Ergebnissen der Expert\*innen, wurden diese Besonderheiten und Herausforderungen ausführlich dargestellt und im Weiteren in Bezug auf Inhalte und Themen mit der Literatur verknüpft. Limitierend für die

vorliegende Forschungsarbeit ist, dass die Einrichtungen der Fremdunterbringung der Klientel der interviewten Expert\*innen nur begrenzt vergleichbar sind, jedoch das psychotherapeutische Arbeiten und die Probleme, die sich aus der Fremdunterbringung ergeben und in der Therapie zum Tragen kommen sich massiv danach unterscheiden, wie eine solche Einrichtung funktioniert und welche qualitativen Standards sie erfüllt. Das Thema bildet sich auch nur indirekt ab, da die Fragestellung darauf nicht fokussiert war. Zu den Qualitätsstandards gibt es viel aktuelle Literatur und Studien, z.B. von FICE Austria „Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe“. Mit einer Fragestellung zum Thema Qualität in der Fremdunterbringung, wie sich diese auf die therapeutischen Prozesse auswirkt, könnte diese Masterthese weiter gehen. Ebenso gibt es einiges an neuer Literatur zum Thema Bindung und Fremdunterbringung, welche aufgrund der vorgesehenen Länge der Arbeit nicht behandelt werden konnte. Die Rückanbindung dieser Literatur zu den Bindungstheorien und Theorien zu Traumafolgestörung im Zusammenhang mit Fremdunterbringung wäre noch interessant zu erforschen. In dieser Masterarbeit war es auch nicht möglich, auf die Rolle der Therapeut\*innen in der Zusammenarbeit mit Kindern und Jugendlichen, die vom Jugendamt geschickt werden, einzugehen bzw. auf die Verantwortung als Therapeut\*in, festzustellen, ob das Kindeswohl der Klient\*innen gefährdet ist und Maßnahmen zu ergreifen sind. Auch Gedanken zum therapeutischen Milieu, was das genau bedeuten kann, wie Therapeut\*innen und Sozialpädagog\*innen genau zusammenarbeiten könnten, um die größtmögliche Unterstützung für bindungstraumatisiertes Klientel herausholen zu können, wäre noch eine weitere Masterarbeit wert. Ein\*e der Expert\*innen, E2, hat angemerkt, selber gerne Konzepte zu entwickeln, die diese Zusammenarbeit ermöglichen, denn, wenn er\*sie damals als Sozialpädagog\*in arbeitend mehr Einblick in traumapädagogische und traumatherapeutische Maßnahmen gehabt hätte, hätte man erfolgreicher sein können. Die Felderfahrungen der Interviewerin spielen in den Befragungen auch eine Rolle, da an manchen Stellen die Haltung und Interessen dieser mittransportiert wird.

## **5.5 Persönliches Fazit**

Eine Fragestellung zu finden, die passend für eine Masterthese ist und nicht zu sehr in die persönliche Involviertheit führt, war für mich sehr schwierig und es gab einige

unterschiedliche Entwürfe und Ausdifferenzierungen des Themas. Ich war sehr froh, ob der Einschränkung auf die Sichtweise des\*der Therapeut\*in in Absprache mit meiner Betreuerin, ebenso über die Einschränkung auf das humanistische Cluster, da dadurch der Rahmen klarer gesteckt war, vor allem in Bezug auf die Theoriekapitel, da Kinder- und Jugendtherapie von vielen Schulen angeboten wird. In der Auswahl der Psychotherapeut\*innen für fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche spielt deren Ausrichtung ja zumeist keine Rolle. Es wäre natürlich auch interessant gewesen, Aussagen von Sozialarbeiter\*innen und Kinder- und Jugendpsychiater\*innen mit einzubeziehen, da diese ja auch in dem Helfersystem mitspielen. In der Arbeit als Therapeutin habe ich im Gegensatz zu jener als Sozialpädagogin erlebt, wie anders die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sein kann, die aus der Ursprungfamilie kommen und keine so dramatischen Traumatisierungen erlebt haben. Somit war für mich klar, dass die Klientel der Fremduntergebrachten andere Schwerpunkte und Themen hat und ich kam auf die Fragestellung zu dieser Masterarbeit. Ich wollte wissen, ob dies auch anderen Psychotherapeut\*innen bewusst ist. Schon nach den ersten Interviews hatte ich einen Aha-Effekt für mich, dass eigentlich das Interview für die Expert\*innen die Initialzündung war, sich mit dieser Fragestellung auseinanderzusetzen. Manche der Expert\*innen hatten dies schon vor dem Interview gemacht, bemerkten während des Interviews besondere Aufgaben und Unterschiede. Dass Kinder- und Jugendtherapie oftmals, und Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen, wenn es eine langanhaltende Traumatisierung gibt, fast immer mit Kindern und Jugendlichen der Fall ist, wo Fremdunterbringung zumindest im Raum steht oder der Kontakt zum Jugendamt gegeben ist, ist für mich klar geworden. Deshalb ist es für mich umso verwunderlicher, dass dies in der Literatur der Kinder- und Jugendpsychotherapie kaum explizit erwähnt wird. Im Buch „Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ von Karin Zajec wird zwar das teilstationäre und stationäre Setting beschrieben, allerdings wird auch hier kaum konkret von Fremdunterbringung gesprochen.

Besonders hat mich auch beschäftigt – was mit meiner universitären Vita zu tun hat – dass Kinder- und Jugendpsychotherapie sich daraus entwickelt hat, dass Kinder, die in Institutionen aufwuchsen, weil ihre Eltern im Krieg gefallen waren oder ähnliches, schwere Deprivationen aufwiesen und entdeckt wurde, dass Fürsorge mehr bedeutet

als nur das leibliche Wohl zu versorgen. Heute geht es wieder in die andere Richtung und Kinder kommen in die Fremdunterbringung, weil es Eltern nicht schaffen, ihnen die Fürsorge angedeihen zu lassen, die sie brauchen, die Feinfühligkeit im Umgang mit ihren Emotionen, die nötig wäre. Durch die Defizite der Eltern sind Kinder bindungstraumatisiert, wie früher die Kinder in Institutionen hospitalisiert waren. Spannend während der Auseinandersetzung mit dem Thema zur Arbeit war auch der Zusammenhang von Pädagogik und Psychoanalyse, zu dem es interessante Aufsätze gibt, z.B. in dem Buch „Freud und die Pädagogik“ von Cifali und Imbert und dass August Aichhorn bereits 1951 die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung – also das therapeutische Milieu – in seinem Buch „Verwahrloste Jugend“ ansprach.. Das sind Themen, die bis heute aktuell sind.

Im Zuge des Schreibens dieser Masterarbeit wurden daher einige konkrete Fragen beantwortet, jedoch auch viele spannende Fragen und Gedanken aufgeworfen, die mich weiter beschäftigen werden.

## 6 Literaturverzeichnis

- Abram, A. (2013). *Gestalttherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Aichhorn, A. (1994). *Verwahrloste Jugend* (10. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Anger, H., Schön, T. (2012). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bergisch Gladbach: EHP Verlag.
- Badier, A. (2017). Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3. Aufl.) (S. 953-963). Göttingen: Hogrefe.
- Baulig, I. & Baulig, V. (2010). *Praxis der Kinder-Gestalttherapie* (2. Aufl.). Bergisch Gladbach: EHP Verlag.
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2017). *Lexikon der Gestalttherapie*. Köln: Peter Hammer Verlag.
- Brisch, K. H. (2006). Adoption aus der Perspektive der Bindungstheorie und Therapie. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Kinder ohne Bindung* (S. 222-252). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buber, Martin. (1995). *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam.
- Bütow, B. & Holztrattner, M. (2022). *Familienähnliche Fremdunterbringung in Österreich. Geschichte-Institutionen-Biographische Erfahrungen*. Berlin: Barbara Budrich.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Klett-Cotta.

- Carrol, C. (2017). Entwicklungspsychologie der Kindheit in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 563-574). Göttingen: Hogrefe.
- Cifali M. & Imbert F. (2013). *Freud und die Pädagogik*. (B. Manz, Übers.). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- FICE Austria (Hrsg.). (2019) *Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe*. Wien: Pöchl.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Flick, U. (2019). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fliedl, R. (2016). Das Besondere in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Eine Einleitung zum Themenschwerpunkt. *Feedback 3&4. Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung*, S. 6-13.
- Gahleitner, S. B., Schmitt, R. & Gerlich, K. (Hrsg.) (2014). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Coburg: ZKS-Verlag.
- Gahleitner, S. B. & Hinterwallner, H. (2014). *Die qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode*. Coburg: ZKS-Verlag.
- Gahleitner, S. B. (2010). Das „Therapeutische Milieu“ als Antwort auf frühe Gewalterfahrung. Der Personenzentrierte Ansatz bei komplexer Traumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 4. Jahrgang, Heft 2/2010, S. 128-140.

- Gahleitner, S. B., Katz-Bernstein, N. & Pröll-List, U. (2013). Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Resonanzen*, 02, S. 165-185.
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Pammer, B. (Hrsg.) (2022). *Humanistische Traumatherapie in der Praxis. Biographische Verletzungen verstehen und therapeutisch beantworten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Garbe, E. (2015). *Das kindliche Entwicklungstrauma verstehen und bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ginott, Haim G. (1973). *Gruppenpsychotherapie mit Kindern*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Görlitz, G. (2004). *Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Erlebnisorientierte Übungen und Materialien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nurith, L. (2020) Der goldene Käfig der kreativen Anpassung: Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – ein gestalttherapeutischer Ansatz. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.); *Gestalttherapie in der klinischen Praxis: Ein internationales Handbuch* (S. 218-231). Köln: EHP Verlag.
- Holder, A. (1995). Psychoanalytische Kindertherapie. In H. Petzold & G. Ramin (Hrsg.), *Schulen der Kinderpsychotherapie* (3. Aufl.) (S. 11-29). Paderborn: Junfermann.

- Hopf, C. (2003). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (2. Aufl.) (S.349 – 360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Krüger, A. (2016). *Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Manual zur ambulanten Versorgung* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.
- Levine, P. A., Kline, M. (2007). *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können* (3. Aufl.). München: Kösel-Verlag.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum: Qualitative Social Research*, 1 (2). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8.Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12.Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kain, K. & Terrell, S. (2020). *Bindung, Regulation und Resilienz. Körperorientierte Therapie des Entwicklungstraumas*. Paderborn: Junfermann.
- Klampfl, P. (2016). Selbstzerstörung und Selbstfürsorge bei Menschen mit strukturellen Störungen. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld. Gestalt aktuell* (Band 1) (S. 75-123). Wien: Facultas.



- Katz-Bernstein, N. & Zaepfel, H. (2004). Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie*, (S. 369- 390). Wien: Facultas.
- Katz-Bernstein, N. (2008). Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd.2 (S. 1551-1591). Tübingen: Dtv Verlag.
- Kline, M. (2019). Somatic Experience (SE)®, Kunsttherapie und Attachment Play. In D. Rahm, D. Meggyesy & S. Meggyesy (Hrsg.), *Somatische Erfahrungen in der psychotherapeutischen und körpertherapeutischen Traumabehandlung* (S. 55-72). Lichtenau: G.P.Probstverlag.
- Neumayr, H. (2016). Einführung. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld. Gestalt aktuell* (Band 1) (S. 15-26). Wien: Facultas.
- Neuner, J. (2014). *Fremdunterbringung durch die Jugendwohlfahrt. Einschätzungen aus der Sicht von heute erwachsenen Betroffenen*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Oaklander, V. (2016). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen* (14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arbeitskreis OPD-KJ-2, Resch, F., Romer, G., Schmeck, K. & Seiffge-Krenke I. (2007). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual* (2. Aufl.). Bern: Huber.

- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), (1987). *Entwicklungspsychologie* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Perl, W. & Schöffmann, D. (2022). Vom Pionierprojekt zur Standardleistung. Zur Entstehungsgeschichte der österreichischen Sozialpädagogischen Jugendwohngemeinschaften. In A. Heimgartner & J. Scheipl (Hrsg.), *Geschichte und Entwicklung der Sozialen Arbeit* (S. 373-402). Münster: LIT Verlag.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie* (3. Aufl.). Bergisch Gladbach: EHP Verlag.
- Petzold, H. & Ramin, G. (1995). Integrative Therapie mit Kindern. In H. Petzold & G. Ramin (Hrsg.), *Schulen der Kinderpsychotherapie* (3. Aufl.) (S. 359-426). Paderborn: Junfermann.
- Rahm, D., Hilka, O., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1995). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis* (3. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Richter, K. F. (2003). *Erzählweisen des Körpers: Kreative Gestaltarbeit in Therapie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

- Siebenthal, A. v. (1995). Kleinsche Kinderpsychoanalyse. In H. Petzold & G. Ramin (Hrsg.), *Schulen der Kinderpsychotherapie* (3. Aufl.) (S. 31-57). Paderborn: Junfermann.
- Schön, T. (2008). Über den Umgang mit dem Entsetzen. Aspekte gestalttherapeutischer Traumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen. In H., Anger & P. Schulthess (Hrsg.), *Gestalt-Traumatherapie* (S. 199-221). Bergisch Gladbach: EHP-Verlag.
- Schleiffer, R. (2014). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Streeck-Fischer, A. (2014). Trauma und Entwicklung. Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen (2. Aufl.). Göttingen: Schattauer.
- Tenschert, E. (2017). Integrative Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Feedback 1&2. Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung*. S. 22-31.
- Thiel, F. (2018). Integrative Gestalttherapie mit Kinder und Jugendlichen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl.) (S. 411-433). Wien: Facultas.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 15 (1).
- Uzner, L. (1997). Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung zur Heimerziehung kleiner Kinder. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 335-350). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Van der Kolk, B. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Votsmeier, A. (2017). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. 715-732). Göttingen: Hogrefe.
- Votsmeier-Röhr, A., & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Weiß, W. (2009). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (5. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Weinberg, D. (2011). *Traumatherapie mit Kindern* (4.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2020). *Verletzte Kinderseele. Was Eltern traumatisierter Kinder wissen müssen und wie sie richtig reagieren* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Yontef, G. M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess: Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: EHP Verlag.
- Zimmermann, P. (1997). Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die*

*Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 203-231).  
Stuttgart: Klett-Cotta.

### Elektronische Quellen

§ 1, 2, 26, 27 aus BGBl: Nr. 161/1989 in geltender Fassung. Entnommen aus:  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008691&FassungVom=2013-04-30>

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik. (2023).  
*Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche.*  
<https://oeagg.at/weiterbildung/>

## 7 Anhang

### 7.1 Formen von psychischen Traumatisierungen nach Wöller

- Körperliche Misshandlung: direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Treten, Verbrennen und Ähnliches
- Körperliche Vernachlässigung im Sinne einer unzureichenden Versorgung und Gesundheitsfürsorge
- Sexuelle Traumatisierung: Einbeziehung abhängiger, noch unausgereifter Kinder und Jugendliche in sexuelle Handlungen
- Emotionale Traumatisierung: Verhaltensweisen der Erwachsenen, die Kinder und Jugendliche mit psychologischen Mitteln schädigen – dazu gehören Quälen, Ignorieren, Isolieren, Drohen, Entwerten, die Bedürfnisse ignorieren, eine Sündenbockrolle zuschreiben, Kinder nicht altersgemäßen Anforderungen aussetzen (Wöller, 2013, S. 27)

## **7.2 Prinzipien der Kindertherapie nach Oaklander**

- therapeutisch dort beginnen, wo das Kind ist – dort mit ihm Kontakt aufnehmen und nicht wie in der Pädagogik es dort abholen (Oaklander, 1981, S. 85, zitiert nach Baulig & Baulig, 2010, S. 91)
- den kindlichen Widerstand ernst nehmen und als Signal sehen und vorerst an dieser Stelle Halt machen
- das Kind nicht in eine bestimmte Aktion zwingen und auch sich selbst nicht, um eine positive Atmosphäre aufkommen zu lassen (Oaklander, 1981, S. 86)
- sich auf die Therapie als einen flexiblen und kreativen Prozess einlassen und intuitiv mitgehen (Oaklander, 1981, S. 244)

### **7.3 Eigenschaften sozialpädagogischer Wohngemeinschaften als Form der Fremdunterbringung**

- sozialpädagogisch begleitete Lebensform für Kinder und Jugendliche, die nicht mehr bei den Eltern leben können und die aufgrund ihrer Geschichte schon zum Zeitpunkt der Aufnahme eine belastende Laufbahn hinter sich haben mit sozialen Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen (Perl & Schöffmann, 2022, S. 9)
- privater Charakter, sollen für Kinder und Jugendliche ein sicherer Ort zum Leben sein, wobei auf den Schutz der Privatsphäre großer Wert gelegt wird
- schwierige Begleiterscheinungen von WGs: wechselnde Bezugspersonen durch auch kurzfristig kündbare Anstellungen, einengende Arbeitszeitregelungen der täglichen und wöchentlichen maximalen Arbeitszeit mit Ruhezeit oder Schichtdiensten (Kinder und Jugendliche müssen oft lange auf Bezugsbetreuer\*innen warten und notwendige Beziehungsarbeit wird übergeben von Dienst zu Dienst.)
- Gruppengröße mit meist acht Personen (Diese ist zwar überschaubar, jedoch kommt es in einzelnen WGs oft zu einer Anhäufung von bestimmten Symptomen und ähnlichen Problemen im Ausagieren und somit zu einer hohen psychischen Belastung von Kindern und Sozialpädagog\*innen.)
- Oft Aufnahmedruck und problematische Zusammensetzungen durch wirtschaftlichen Druck ausgelöst von einem Kostendeckungsprinzip mit hohen Auslastungsvorgaben (Perl & Schöffmann, 2022, S. 15)



#### **7.4 Analyseschritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2000)**

- Bestimmung der Analyseeinheiten
- Paraphrasierung Inhalt tragender Stellen
- Generalisierung der Paraphrasen
- Reduktion durch Selektion und Bündelung
- Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

## **7.5 Kategoriensystem**

### 4.1 Rolle des\*der Therapeut\*in

4.1.1 Eigenschaften, die dem\*der Therapeut\*in hilfreich sind

4.1.2 Die Rolle des\*der Therapeut\*in als neutraler Raum und zusätzliche Ressource

4.1.3 Beziehungsangebot und Entwicklungsbegleitung

### 4.2 Charakteristika der Klient\*innen/fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher

4.2.1 Spezifische Eigenschaften, Erlebnisse und Verhaltensweisen

4.2.2 Unterschiede bezüglich des Alters der Klient\*innen

4.2.3 Erlebte Beziehungsabbrüche und Traumatisierungen und daraus resultierende Traumata

4.2.4 Sonstige tendenzielle Unterschiede im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die bei den Eltern wohnen

### 4.3 Besonderheiten psychotherapeutischen Arbeitens mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen

4.3.1 Rahmenbedingungen, die ein psychotherapeutisches Arbeiten ermöglichen

4.3.2 Die Besonderheit des Umfelds WG

4.3.3 Auseinandersetzung mit dem Herkunftssystem

4.3.4 Herausforderungen auf der Beziehungsebene und Entwicklungsförderung mit Hilfe der therapeutischen Beziehung

### 4.4 Aspekte der Kooperation und Vernetzung im Helfersystem, Settings und Rahmenbedingungen, die sich durch die Fremdunterbringung ergeben

4.4.1 Vernetzung mit dem Helfersystem: Kooperation, Fallverlaufskonferenzen, Elternkontakt, Pflegeeltern

4.4.2 Stützung, Entlastung, Erwartungen im Helfersystem durch die Zusammenarbeit professioneller Fachkräfte

4.4.3 Wie entsteht die Kooperation: Erstgespräch, Anamnese und Finanzierung

### 4.5 Begleiterscheinungen der Fremdunterbringung

## 7.6 Interviewleitfaden

### Einleitung:

Sie haben sich dankenswerterweise dazu bereit erklärt, mir ein Interview über Ihre Arbeit und Erfahrungen als Psychotherapeut\*in, die mit Kindern und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind, arbeitet, zu geben. Ich beschäftige mich in meiner Masterarbeit mit Kinder- und Jugendtherapie im Kontext der Fremdunterbringung. Sie haben viel Erfahrung in diesem Bereich.

### ***Einstiegsfrage:***

***Erzählen Sie bitte von Ihren psychotherapeutischen Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen, die fremduntergebracht sind – also in einer Einrichtung von den Eltern bzw. Angehörigen getrennt leben. Was fällt Ihnen aus Ihrer Perspektive zu diesem Thema ein?***

***Mich interessiert alles, was Ihnen aus Ihrem reichhaltigen Schatz von Erlebtem einfällt.***

***Wenn sie Fallvignetten haben, dann wird es auch besonders griffig.***

### **Themenblock 1: *Therapeutische Prozess/Therapeutisches Arbeiten***

- Wie erfolgt die Kontaktaufnahme, wenn Kinder fremduntergebracht sind?
- Wer schaut, dass das Kind/der Jugendliche kommt? Gibt es da eine Ansprechperson?
- Gehen Sie anders vor, wenn Kinder und Jugendliche fremduntergebracht sind?
- Mit welchen Problematiken kommen diese in Therapie?
- Wer hat hier einen Leidensdruck und den Wunsch nach Veränderung?
- Welche Themen kommen im Prozess? (Hier und Jetzt vs. Lebensgeschichte)
- Kinder und Jugendliche, die fremduntergebracht sind haben ja durch die Unterbringung auch noch zusätzliche Problematiken: Ist Ihre Arbeit mehr begleitend und stabilisierend und aktuellen Problemen/Schwierigkeiten folgend oder widmen Sie sich mehr der Aufarbeitung (familiäre Gründe auch für die Fremdunterbringung)? – Wo ist der Fokus?
- Ist durch das Spannungsfeld Heim/WG das Spannungsfeld Eltern im Hintergrund?

## **Themenblock 2: Vernetzung und Austausch**

- Auftragsklärung: Welche Erwartungen bringen die Einrichtungen mit sich und wie gehen Sie damit um?
- Mit welchen Themen werden die Kinder und Jugendlichen geschickt?
- Arbeitsbündnis: Unterscheiden sich diese von denen der Kinder/Jugendlichen und worauf nehmen Sie Rücksicht?
- Reagieren Fachpersonen anders als Eltern/Angehörige auf Kritik?
- Wie oft kommt es zu gemeinsamen Gesprächen mit der Einrichtung, mit anderen Personen aus dem Helfersystem?
- Gibt es auch Elterngespräche?
- Wie funktioniert die Zusammenarbeit? In welchem Kontext findet Zusammenarbeit statt?
- Wie findet Zusammenarbeit statt? – Auf gleicher Augenhöhe, in Konkurrenz?
- Versucht man gemeinsame Lösungen zu erarbeiten, einen gemeinsamen Weg?
- Wie geht man mit Informationen um?
- Gibt es besondere Probleme oder auch Ressourcen in der Arbeit mit Institutionen, in denen die Kinder leben?
- Gibt es einen Unterschied in dem, was Ihnen die Kinder/ Jugendlichen erzählen und dem, was SozialpädagogInnen erzählen? (Besonders, wenn es um Probleme geht, die gelöst werden sollen) Wie verhalten Sie sich in so einer Situation?
- Woher kommen Kinder/Jugendlichen, aus welchen Einrichtungen?

## **Themenblock 3: Wie wird die Offenheit bzw. Verschwiegenheit gehandhabt?**

- Werden Berichte an die Einrichtung weitergegeben? Bekommt man als Psychotherapeut\*in Einblick in die Vorgeschichte des Kindes. bzw. des\*der Jugendlichen?
- Wie trage ich Dinge hinaus? – Kann bei Einrichtungen unterschiedlich sein.
- Bekommt man als Psychotherapeut\*in Einblick in die pädagogische Arbeit der Einrichtung?

- Wie findet der Austausch zwischen der Einrichtung und Ihnen statt – worauf achten Sie dabei?

#### **Themenblock 4: Rahmenbedingungen und Finanzierung:**

- Braucht es für diese erfüllbare Ziele, Veränderungen?
- Wann wird Psychotherapie als indiziert angesehen und damit finanziert?

***Abschließend möchte ich Sie nochmal zusammenfassend fragen, was für Sie die größten Unterschiede in der Arbeit mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen im therapeutischen Setting sind im Vergleich dazu, wenn diese, wenn sie in Therapie kommen, noch bei den Eltern bzw. im primären Bezugssystem leben. Was ist speziell bei der Psychotherapie mit fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen? Was ist Ihr Fazit, Ihre subjektive Theorie?***

**Habe ich etwas vergessen? Gibt es etwas, das wir nicht berührt haben an Themen in diesem Bereich?**

Mögliche Zusatzpunkte: -Diagnostik, Gratwanderung zur Unterbringung

Nach dem Abdrehen vom Band

Demographische Daten:

Erfahrung:

Zusätzliche Berufe/Ausbildungen:

Freie Praxis/Institution:

Wie viele der Kinder und Jugendlichen, die Sie psychotherapeutisch begleiten sind fremduntergebracht bzw. in Kontakt mit dem Jugendamt?

Gibt es bestimmte Spezialinteressen/Sorten, die dazu beigetragen haben, diesem Interview zuzustimmen?