



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Einbezug der Eltern
in die personen- und klientenzentrierte Spieltherapie
in Österreich“

Eine empirische Untersuchung mittels ExpertInneninterviews und
qualitativer Inhaltsanalyse.

Verfasserin

Barbara Haberhauer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienbuchblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienbuchblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Ao.Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Kurzfassung / Abstract

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema des personenzentrierten, bzw. klientenzentrierten Einbezugs der Eltern in die Spieltherapie in Österreich. Aufgrund der wenigen theoretischen Auseinandersetzung der Fachwelt mit dem Thema der therapiebegleitenden Elterngespräche, ist die Forschungsfrage explorativ gestaltet, um die gegenwärtige Situation der Praxis festzuhalten und damit weitere Theoriebildung zu ermöglichen. Der Theorieteil der Arbeit zeigt die vielfältigen Möglichkeiten des personenzentrierten Arbeitens mit Eltern, sowie dessen Zielsetzungen und Schwierigkeiten auf. Die personenzentrierten Konzepte der Elternarbeit werden in eltern-, familien- und kindzentrierte Formen gegliedert. Mittels leitfadengestützter ExpertInneninterviews wurden sechs personenzentrierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aus Österreich zum Thema der Elternarbeit befragt. Die Gepflogenheiten der spieltherapiebegleitenden Elterngespräche in der freien Praxis, sowie Begründungen für die Notwendigkeit des Einbezugs der Eltern wurden in Erfahrung gebracht. Die erhobenen Daten wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Ergebnis dieser Arbeit ist ein detailliertes Bild der gegenwärtigen, österreichischen Praxis der therapiebegleitenden Elterngespräche, eine Einschätzung der Bedeutung des Einbezugs der Eltern für den Therapieerfolg des Kindes, sowie Anregungen für weitere Forschung zu diesem Thema.

The subject of this thesis is the analysis of person- and client-centered parental involvement in play therapy in Austria. Due to the insufficient theoretical discourse in the academic community concerning ongoing parent consultations during play therapy, the thesis question is constructed in an explorative way in order to record the current practical situation and to suggest further possibilities in formulating theories of parental involvement. The theory part of the thesis discusses the multiple possibilities of person-centered parental involvement, its goals and difficulties. The concepts of person-centered parental involvement are structured into parental-, family-, or child-centered forms. Six Austrian-based experts specializing in person-centered child and adolescent psychotherapy have been led through a guided interview that explores the issue of parental involvement. Practical application in parental involvement in play therapy, as well as justifications for the necessity of parental involvement have been discussed. The data gathered was then assessed according to the paradigms set forth by the qualitative analysis of contents. The results of this thesis is a detailed picture of the current practical application of the ongoing parent consultations during play therapy in Austria, an estimate of the relevance of parental involvement for a successful therapy of the child, as well as suggestions for further research into this field.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle zunächst herzlich bei Hrn. Ao. Univ.-Prof. Robert Hutterer für die Betreuung meiner Diplomarbeit bedanken. Weiters danke ich den sechs InterviewpartnerInnen¹ für ihre Bemühungen und das Interesse an meiner Arbeit. Durch diesen wertvollen Blick in die Praxis der österreichischen, personenzentrierten² Spieltherapie konnte das Forschungsvorhaben dieser Arbeit realisiert werden.

Schließlich gilt mein großer Dank meiner Familie, insbesondere meinem Freund Richi und meiner Tochter Lana, die geduldig diese anstrengende Zeit mit mir durchgestanden haben und meinen beiden lieben Tanten Christi und Judith, ohne deren große Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Danken möchte ich auch meinen Kolleginnen und Freundinnen!

¹ In dieser Arbeit wird eine gendersensible Schreibweise angewendet, um dem Umstand der mindestens zwei Geschlechter gerecht zu werden. Orientierung dabei bietet z.B. der Sprachleitfaden für geschlechtergerechten Sprachgebrauch an der FH Campus Wien.

² Die Begriffe person-, bzw. personenzentriert und klient-, bzw. klientenzentriert werden synonym verwendet. Eine historische und inhaltliche Differenzierung findet in Kapitel 2.3 ‚Therapieprozess‘ statt.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung / Abstract	3
Danksagung	4
Inhaltsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis	8
Vorwort	9
1 Entwicklung der Problemstellung	10
2 Personenzentrierte Spieltherapie	15
2.1 Personenzentrierte Störungslehre.....	15
2.2 Personenzentrierte, therapeutische Beziehung zum Kind	16
2.3 Therapieprozess.....	18
2.3.1 Nondirektive Phase	18
2.3.2 Klientenzentrierte Phase	20
2.3.3 Personenzentrierte Phase	21
2.4 Besonderheiten der personenzentrierten Spieltherapie	22
2.5 Rahmenbedingungen, Indikation, Erfolgsstudien	24
3 Elternarbeit in der personenzentrierten Spieltherapie.....	26
3.1 Definitionsversuch.....	26
3.2 Stellenwert des Einbezugs der Eltern	28
3.3 Stand der Forschung zum Thema Elternarbeit.....	30
3.4 Erstgespräch.....	34
3.5 Probatorische Phase	39
3.6 Elternzentrierte Konzepte der Elternarbeit.....	42
3.6.1 Elterntrainings	42
3.6.2 Filialtherapie – Child-Parent-Relationship Therapy (CPRT).....	45
3.6.3 Videogestützte Einzelarbeit mit Eltern	46
3.6.4 Elternberatung	47
3.6.5 Einzeltherapie eines Elternteils oder beider Eltern, Paartherapie	49
3.7 Familienzentrierte Konzepte der Elternarbeit.....	50
3.7.1 Familientherapie	51
3.7.2 Familienspieltherapie	51
3.8 Kindzentrierte Konzepte der Elternarbeit	55
3.8.1 Elterngruppen parallel zur Spieltherapie des Kindes	56
3.8.2 Eingebettete Familienspieltherapie	58

3.8.3	Begleitende Elterngespräche	60
3.8.4	Zusammenfassung der kindzentrierten Konzepte der Elternarbeit	63
3.9	Ziel der Elternarbeit	65
3.10	Schwierigkeiten der Elternarbeit	67
4	Empirische Methoden: ExpertInneninterview und qualitative Inhaltsanalyse	72
4.1	Erhebungsinstrument: Das ExpertInneninterview	72
4.2	Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse	78
5	Darstellung der Ergebnisse	82
5.1	Erstgespräch (K 1)	82
5.2	„Probatorische Phase“ (K 2)	85
5.3	Entscheidung der passenden Intervention (K 3)	88
5.3.1	Geteilte Spieltherapie und Elternarbeit (Splitting)? (K 3.1)	90
5.3.2	Zusätzliches Angebot für die Eltern (K 3.2)	92
5.4	Begleitende Elterngespräche (K 4)	94
5.4.1	Frequenz (K 4.1)	94
5.4.2	Einbezogene Personen (K 4.2)	96
5.4.3	Beisein des Kindes (K 4.3)	99
5.4.4	Besprechung der Elterngespräche mit dem Kind (K 4.4)	100
5.4.5	Inhalte der Elterngespräche (K 4.5)	101
5.4.6	Eltern-Kind-Spieltherapiestunden (K 4.6)	103
5.4.7	Abschlussgespräch mit den Eltern (K 4.7)	106
5.4.8	Stellenwert (K 4.8)	107
5.4.9	Indikation (K 4.9)	108
5.4.10	Erfolg (K 4.10)	110
5.4.11	Begründung (K 4.11)	111
5.4.12	Ziele (K 4.12)	114
5.5	Unterschiede der Elternarbeit zwischen der Therapie in einer Institution und in freier Praxis (K 5)	117
5.6	Wo liegt die Elternarbeit im Spannungsfeld zwischen Erziehungsberatung, Einzeltherapie und Familien(spiel)therapie? (K 6)	121
5.6.1	Elterngespräche vs. klassische Erziehungsberatung (K 6.1)	121
5.6.2	Elterngespräch vs. Therapiegespräch (K 6.2)	122
5.6.3	Elterngespräche vs. Familien(spiel)therapie (K 6.3)	126
5.7	Herausforderungen (K 7)	127
5.7.1	Schweigepflicht (K 7.1)	127
5.7.2	Tür-und-Angel-Gespräche (K 7.2)	129
5.7.3	Widerstand der Eltern (K 7.3)	130
5.7.4	Therapieabbruch (K 7.4)	133
5.7.5	Wechsel zwischen der Seite der Eltern und der Seite des Kindes (K 7.5)	135
5.7.6	Andere Herausforderungen (K 7.6)	137

5.8	Was braucht eine erfolgreiche personenzentrierte, therapeutische Arbeit mit Kindern und deren Eltern? (K 8).....	140
5.9	Praxissituation (K 9)	142
5.10	Literaturlage (K 10)	142
6	Beantwortung der Forschungsfrage	144
7	Weitere Erkenntnisse und pädagogische Relevanz	152
	Literaturverzeichnis	155
	Internetquellen.....	161
	Abbildungsverzeichnis.....	162
	Beilage	162
	Interviewleitfaden	163
	Lebenslauf.....	165
	Eidesstattliche Erklärung	166

Abkürzungsverzeichnis

APG	Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision
bzw.	beziehungsweise
IPS	Institut für Personenzentrierte Studien
ÖGWG	Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung
u.a.	unter anderem
VRP	Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie
z.B.	zum Beispiel

Vorwort

„Also das Schwierigere ist, das mit den Eltern auf die Reihe zu kriegen. Die Kinder, wenn die einmal merken, das tut ihnen gut, die lieben das.“ (Th A: Z 455 – 461)

Durch meine Ausbildung zur Kinder-, Jugendlichen- und Elternberaterin bei dem Verein ÖKIDS – Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde ich auf das Thema der begleitenden Elternarbeit aufmerksam. Der integrative Ansatz des Ausbildungsvereins stellt den Einbezug des familiären Umfeldes an zentrale Stelle der Beratung. So wurde ich auf das Thema der Elternarbeit bzw. „Familienarbeit“ neugierig und versuchte, die personenzentrierte Sichtweise und Praxis des Bereichs kennen zu lernen. Die Ergebnisse meiner Bemühungen sind in der folgenden Arbeit dargestellt.

1 Entwicklung der Problemstellung

Die personenzentrierte Psychotherapie für Kinder möchte ihren KlientInnen eine therapeutische Beziehungserfahrung bieten, die es ermöglicht, abgewehrte Aspekte der Persönlichkeit in das Selbstbild zu integrieren und die somit eine ganzheitliche Entwicklung fördert. Für Wachstumsprozesse, aber auch für Verhaltensstörungen und psychische Erkrankungen, sind nach personenzentrierter Lehre wichtige Bezugspersonen relevant. Deshalb ist der Einbezug der Familie in den Therapieprozess ein naheliegender Gedanke. (Reisel & Wakolbinger 2006, S. 296) Ob und in welcher Form die Eltern am Therapiegeschehen teilnehmen, wird in der Literatur kontrovers diskutiert.

Bis heute scheint die alte Frage offen, ob in der Therapie mit Kindern diese alleine oder unter Mitberatung oder unter systematischem Einbezug der Eltern zu behandeln seien oder ob Eltern alleine oder die Familie als Ganzes im Fokus der Bemühungen stehen sollen. (Schmitt & Weckenmann 2009, S. 74)

In diesem Zitat werden fünf verschiedene Settingformen angesprochen:

- Das Kind kommt alleine und ausschließlich zur Spieltherapie.
- Die Spieltherapie des Kindes wird teilweise durch (seltene) Elterngespräche begleitet.
- In die Spieltherapie des Kindes werden die Eltern systematisch und intensiv einbezogen.
- Die Eltern werden alleine und ausschließlich beraten/behandelt/trainiert/etc.
- Die Familie als Ganzes ist die zu behandelnde Einheit.

Unklar ist, welche Arbeitsweisen in welchen Fällen aus welchen Gründen angewendet werden.

In der folgenden Arbeit soll eine theoretische Aufarbeitung des Themas so wie eine empirische Untersuchung der Praxis der österreichischen, personenzentrierten SpieltherapeutInnen erfolgen, um Antworten auf die oben zitierte Frage zu finden. Wie sieht der Einbezug der Eltern aktuell (2011) in der Praxis aus und wie wird dies begründet?

Meine Forschungsfrage lautet deshalb:

Wie und warum beziehen personen-, bzw. klientenzentrierte³ KinderpsychotherapeutInnen in Österreich die Eltern in den Therapieprozess ein?

Die Forschungsfrage lässt sich in folgende Themen gliedern:

1. Form des Einbezugs der Eltern: Wie sieht die Praxis der Elternarbeit aus? Welche Formen werden (generell und meistens) in der Praxis angewendet?
2. Stellenwert und Begründungen: Ist Elternarbeit generell wichtig für den Erfolg der Spieltherapie? Wenn ja, warum (theoretische Begründung)? Wonach richtet sich die konkrete Wahl des Settings (praktische Begründung)?
3. Ziele: In welche Richtung wird mit den Eltern gearbeitet? Wie sieht gelungene Elternarbeit aus?
4. Themen und Inhalte: Gibt es wiederkehrende Inhalte?
5. Grundhaltung des/der Therapeuten/in: Ob und in welcher Form kommen in der Elternarbeit die therapeutische Grundhaltung der drei Rogersvariablen (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz) und die Nondirektivität zum Tragen? Ist die Haltung der Therapeutenperson in der Elternarbeit jener in einem Therapiegespräch ähnlich?
6. Häufigkeit und Intensität: Wie häufig und wie intensiv sind die Elternkontakte?
7. Indikation: Gibt es Diagnosen bei welchen die Arbeit mit den Eltern besonders wichtig ist? Ist Elternarbeit auch manchmal kontraindiziert?
8. Schwierigkeiten: Welche Probleme gibt es in der Praxis bei der Arbeit mit Familien?
9. Ausbildung: In wie weit ist die Elternarbeit Thema in der Weiterbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Was braucht eine Therapeutenperson für eine gelingende Elternarbeit?

Um den Umfang der Diplomarbeit zu begrenzen wurden folgende Themeneinschränkungen vorgenommen: Es wird nur die Spieltherapie mit Kindern (ca. in einem Alter von drei bis zwölf Jahren) thematisiert, die Therapie mit Jugendlichen unterscheidet sich stark und ist gesondert zu bearbeiten. Die therapeutische Arbeit in der freien Praxis und nicht in institutionellen Rahmenbedingungen wird der Ausgangspunkt der empirischen Untersuchung sein. Außerdem werden sich die Ausführungen eher auf den Einbezug der Eltern und nicht auf das ganze familiäre oder gar soziale Umfeld beziehen.

³ Weil sich die österreichischen Ausbildungsvereine klienten- bzw. personenzentriert nennen wurde dies in der Forschungsfrage berücksichtigt. Im Folgenden werden die Begriffe jedoch synonym verwendet. Eine historische und inhaltliche Differenzierung der Begriffe wird im Kapitel 2.3 „Therapieprozess“ vorgenommen.

Die Diplomarbeit soll dazu beitragen den derzeitigen Stand der personenzentrierten Praxis des Einbezugs der Eltern aufzuzeigen, um die Theorieentwicklung zu unterstützen. Die Forschungsfrage ist explorativ gestaltet, da ein konkreteres Fragen aufgrund der wenig umfangreichen Literatur noch nicht möglich ist. Wenn der Ist-Zustand der Praxis erhoben wurde, können weitere, konkrete Forschungsfragen angeschlossen werden. Ein Ziel dieser Arbeit liegt somit auch darin, weitere Forschungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Ich möchte die Brisanz meiner Forschungsfrage und die Notwendigkeit der Forschung in diesem Gebiet noch weiter belegen: Der Umstand, dass das Kind nicht unabhängig von den Eltern betrachtet werden kann und somit die Behandlung junger PatientInnen nicht ohne Achtsamkeit in Richtung der Eltern (wie auch immer sich diese ausdrückt) gestaltet werden kann, macht eine Spieltherapie um vieles komplexer. „Zugleich stellt aber die Einbindung des Kindes oder Jugendlichen in sein soziales Umfeld, insbesondere seine Abhängigkeit von den primären Bezugspersonen, eine substantielle Komplizierung der Behandlung dar.“ (Behr, Hölldampf & Hüsson 2009, S. 15) Diese herausfordernde Situation in der Praxis der Spieltherapie wurde bisher noch wenig untersucht.

Die Frage wurde allerdings schon 1977 gestellt und scheint bis heute ungenügend geklärt zu sein:

Für die Kinderpsychotherapie scheint die Zeit reif zu sein, ihr Verhältnis zur Familie neu zu ordnen. . . . Es fehlen nicht nur Forschungsdaten, was Kinderpsychotherapeuten mit ihren Familien faktisch tun. . . . Ständig plagt den Kinderpsychotherapeut die Frage, wieviel Kind und wieviel Familie behandelt werden muss. (Ornstein 1977, S. 286 zit. nach Kemper 1997, S. 74)

Forschungslücken werden aktuell in unterschiedlichen Bereichen festgestellt: Die Einstellungen und Motivationen der TherapeutInnen zum Thema Elternarbeit sind ungeklärt (Haslam & Harris 2011, S. 52) und es fehlen Forschungsdaten in welcher Art die Eltern in die Spieltherapie integriert werden (Kemper 1997, S. 74). Auch die Frage der Intensität der Elternarbeit ist noch ungenügend erforscht (Kaat 1998, S. 368). Überhaupt sei unklar in welche Richtung sich die therapeutische Behandlung wendet. „Ist das Kind krank? Sind die Eltern krank? Ist die Interaktion zwischen Eltern und Kind krank (machend)?“ (Kaat 1998, S. 369) Es geht hierbei um die Frage, wer die/der zu behandelnde KlientIn ist. Kemper (1997, S. 76) vermutet hinter dem Paradigmenstreit (Kind versus Familie ist die zu behandelnde Einheit) einen Machtkampf um einen gesicherten Platz im Gesundheitssystem.

Verwunderlich ist, warum dieses wichtige Thema der Elternarbeit bisher so wenig behandelt wurde. „In the play therapy literature, relatively little attention is paid to the parental role except in the context of liaising with parents over arrangements for the work.“ (Hill 2006, S. 316) Die Notwendigkeit eines Arbeitsmodells für den Kontakt mit den Eltern wird besonders von Ehlers (2002) unterstrichen. „Bei der Arbeit mit den Eltern ist es unverzichtbar einem inneren Arbeitsmodell zu folgen, da uns gerade bei dieser Arbeit vielschichtige Gefühle begleiten und klare Ziele und Strukturen hilfreich sind.“ (Ehlers 2002, S. 75)

Diese Arbeit erhebt den Anspruch einen kleinen Teil dazu beizutragen, dass die Elternarbeit - dieses wichtige Element einer Spieltherapie – besser verstanden und die Entwicklung eines hilfreichen Konzepts für die TherapeutInnen unterstützt werden kann. Eventuell können Empfehlungen für die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie formuliert werden.

Der Ausgangspunkt der Arbeit ist die personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern. Um in diese Therapieform einzuleiten, wird in Kapitel 2 u.a. die personenzentrierte Grundhaltung beschrieben, Ziele, Prozesse sowie Charakteristika des personenzentrierten Arbeitens mit Kindern werden aufgezeigt. Es folgt das Hauptthema der Arbeit: Der personenzentrierte Einbezug von Eltern in die therapeutische Arbeit mit Kindern. Nach einem Definitionsversuch und der Erarbeitung des Stellenwerts, wird genauer auf das Erstgespräch eingegangen, weil dieses den Beginn der Elternarbeit darstellt. Die probatorische Phase meint die ersten drei bis fünf Stunden und kann bezogen auf die Elternkontakte unterschiedlich gestaltet sein. Sowohl das Erstgespräch, als auch die probatorische Phase sind relevant für die Gestaltung und das Gelingen der weiteren Elternarbeit.

Anschließend werden unterschiedliche Arbeitsformen dargestellt, welche mit den Eltern der Kinder personenzentriert arbeiten. Nicht immer ist eine Psychotherapie des Kindes zwingend Teil des therapeutischen Angebots. Die therapeutischen Konzepte werden in drei Hauptkapitel gegliedert, geordnet nach dem Fokus der therapeutischen Bemühung. Es können nur die Eltern, die ganze Familie oder vor allem das Kind behandelt werden. Nur bei kindzentrierten Konzepten ist immer eine Spieltherapie des Kindes Teil des Behandlungsplans. Weil die Spieltherapie den Ausgangspunkt der Fragestellung bildet, wird darauf ein inhaltlicher Schwerpunkt gelegt. Aber auch elternzentrierte und familienzentrierte Formen können mit einer Spieltherapie des Kindes kombiniert werden. Abschließend wird versucht ein verbindendes Ziel der personenzentrierten Arbeit mit

Eltern zu finden und es werden häufige Schwierigkeiten der Elternarbeit so wie Lösungsansätze vorgestellt.

Nach der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema der Elternarbeit, wird mittels einer empirischen Untersuchung versucht eine Antwort auf die Forschungsfrage zu finden. Es werden sechs österreichische, personenzentrierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mittels ExpertInneninterviews befragt. Die Daten werden anschließend mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt im dabei entwickelten Kategoriensystem.

Den Abschluss bildet die Beantwortung der Forschungsfrage, gegliedert in die neun Unterthemen und ein Ausblick mit Empfehlungen für weitere Forschungsvorhaben.

2 Personenzentrierte Spieltherapie

Die Spieltherapie kann folgendermaßen definiert werden:

Play therapy is defined as a dynamic interpersonal relationship between a child (or a person of any age) and a therapist trained in play therapy procedures who provides selected play materials and facilitates the development of a safe relationship for the child (or a person of any age) to fully express and explore self (feelings, thoughts, and experiences, and behaviors) through play, the child's natural medium of communication, for optimal growth and development.
(Landreth 2002, S. 16)

Die personenzentrierte Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche geht von der Grundannahme Rogers aus, „dass das Individuum in sich selbst ein ungeheures Potential zur Selbsterkenntnis und zur Veränderung seines Selbstkonzeptes, seiner Einstellungen und seines selbstbestimmten Verhaltens trage – und dass dieses Potential freigesetzt werden könne, wenn es gelingt, ein definierbares Klima förderlicher Einstellungen zu schaffen.“ (Rogers 1978, S. 18, zit. nach Goetze 2002, S. 97) Kurz gefasst versucht der/die TherapeutIn dieses förderliche Klima herzustellen und zu erhalten, damit das Kind gemäß seiner Selbstaktualisierungstendenz die bisher unverarbeiteten Erfahrungen allmählich assimilieren kann. Das Selbst und seine Struktur können sich so neu organisieren.

2.1 Personenzentrierte Störungslehre

Eine Inkongruenz des Kindes kann durch an Bedingungen geknüpfte Liebe der Eltern oder anderer Bezugspersonen entstehen. Das Kind muss Konstrukte und Werte verinnerlichen; Gefühle, die diesen widersprechen werden aus dem Bewusstsein ausgeschlossen. Die Entstehung kindlicher (und erwachsener) Inkongruenzen ist also eng an die elterlichen Beziehungserfahrungen geknüpft.

„Das Selbstbild des Kindes bildet sich dabei aus den dauerhaften subtilen Bewertungen der Gefühle und des Soseins des Kindes seitens der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern.“ (Behr, Hölldampf & Hüsson 2009, S. 15) Gewisse Verhaltensformen, Äußerungen des Kindes werden eher verstanden, bestätigt und wertgeschätzt als andere. So wird das Selbstbild des Kindes von der Sichtweise der Eltern des Kindes geformt. Das Kind erlebt jedoch dem Selbstbild widersprechende Erfahrungen - Inkongruenzen: „innere Spannung,

Unzufriedenheit, Widersprüchlichkeit und unerklärliche Verhaltensimpulse.“ (Behr, Hölldampf & Hüsson 2009, S. 15)

Die Symptome und das unangepasste Verhalten sind ein Versuch das Selbstbild zu erhalten, die Inkongruenz nicht zu spüren. Das Kind schützt sich vor der schmerzhaften Erinnerung und vor möglichen weiteren Verletzungen. Die Auffälligkeiten sind die bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation, vor dem Hintergrund seiner bisherigen Erlebnisse. (Wakolbinger 2000, S. 53)

Die Fehlanpassung des Kindes (seine Inkongruenz) ergibt sich aus dem nicht übereinstimmenden aktuellen Erleben des Kindes mit seinem Selbstkonzept. Um diese (das Selbstkonzept bedrohenden) Gefühle zulassen zu können braucht es ein therapeutisches Klima, das durch Empathie, Akzeptanz/unbedingte Wertschätzung und Kongruenz der Therapeutenperson gekennzeichnet ist. (Goetze 2002, S.80) Diese besondere, heilsame Beziehung wird im nächsten Kapitel 2.2 beschrieben.

2.2 Personenzentrierte, therapeutische Beziehung zum Kind

Eine personenzentrierte Beziehung zu Kind oder Erwachsenen, welche eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung ermöglichen kann, wird durch folgende sechs notwendige und hinreichende Bedingungen beschrieben (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz 2009, S. 13ff.). Statt von KlientIn wird im Folgenden von Kind gesprochen um die Anwendung bei der Spieltherapie zu verdeutlichen:

1. Zwischen TherapeutIn und Kind besteht eine Beziehung, ein Kontakt.
2. Das Kind ist inkongruent, also mit sich uneins, verletzlich oder ängstlich.
3. Der/Die TherapeutIn ist in der Beziehung zum Kind kongruent und echt. Das heißt er/sie verstellt sich nicht, sondern versucht er/sie selbst zu sein, seine/ihre Gefühle zu akzeptieren und zu verstehen. (Goetze 2002, S. 80)
4. Der/Die TherapeutIn ist dem Kind ohne Bedingung zugewandt. Die unbedingte Wertschätzung und Akzeptanz der Therapeutenperson bezieht sich auf die Person und das Wesen des Kindes, „nicht zwingend auf seine Verhaltensweisen, die für Andere durchaus unakzeptabel sein können.“ (Goetze 2002, S. 80) Das Kind kann sich ganz dem Prozess der eigenen Erfahrung hingeben, ohne befürchten zu müssen die Wertschätzung der Therapeutenperson zu verlieren.
5. Der/Die TherapeutIn versucht sich empathisch in das Kind einzufühlen. Er/sie versucht sensibel die subjektive Welt des Kindes zu verstehen, seinen inneren

Bezugsrahmen zu erfassen um seine Realität erfahren zu können. Dann wird ein Mitschwingen mit dem momentanen Erleben des Kindes möglich, ein naher Kontakt, in dem sich das Kind frei fühlt seine Gefühle auszudrücken und zu explorieren. (Goetze 2002, S.81)

6. Das Kind nimmt zumindest in Ansätzen die Haltung der Therapeutenperson wahr.

Wenn diese Bedingungen erfüllt werden, kann das Kind seinen eigenen Weg gehen, um das Selbst zu werden, das es ist Wahrheit ist. Im Folgenden wird beschrieben, wie diese Bedingungen in einer Spieltherapie umgesetzt werden können.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen personenzentrierter Spieltherapie mit Kindern und personenzentrierter Gesprächspsychotherapie mit Erwachsenen ist das Medium der Kommunikation: Spiel anstelle der Sprache. „The natural medium of communication for children is play and activity.“ (Landreth 2002, S. 9) Das Kind drückt sich im Spiel aus und versucht über das Spiel seine Wahrnehmungen, seine Welt zu organisieren. (Landreth 2002, S. 18) Die Therapeutenperson begegnet ihm auf dieser spielerischen Ebene und teilt unbedingte Wertschätzung und Empathie verbal und nonverbal mit. Die Haltung und die Beziehung der Therapeutenperson zum Kind sind ausschlaggebend für die konstruktive Persönlichkeitsveränderung, für Wachstums- und Reifungsprozesse und „nicht die Anwendung einer Theorie oder Technik.“ (Goetze 2002, S. 79)

Die Einstellung der Therapeutenperson kann wie folgt beschrieben werden: Im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen steht das Kind als Person in seiner Ganzheit und nicht das Symptom. Die Aufmerksamkeit liegt auf dem kindlichen Erleben im Hier und Jetzt, und nicht auf vergangenen, problematischen Verhaltensweisen. Es wird Vertrauen gelegt in die eigene Problemlösungsfähigkeit des Kindes, anstelle eines Aufzeigens von Lösungsmöglichkeiten. Die Therapeutenperson bemüht sich um ein inneres Mitschwingen und um eine interaktiv-handelnde Spielresonanz, anstatt verbal zu reflektieren. Es geht der Therapeutenperson darum, in Beziehung zum Kind zu sein, um das Kind in seiner subjektiven Welt empathisch verstehen und unbedingt wertschätzen zu können. (Reisel & Wakolbinger 2006, S. 317)

Die Haltung der Therapeutenperson kommt in der Therapiesituation entweder im direkten Kontakt zwischen TherapeutIn und Kind, oder indirekt in einer Spielsequenz z. B. durch Spielfiguren zum Ausdruck. Neben dem verbalen Ausdruck von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, hat die Therapeutenperson also viele Möglichkeiten im nonverbalen, spielerischen Bereich. Therapeutische Spielhandlungen zeigen eine Interaktionsresonanz,

wenn sie empathisch und authentisch sind. „In reaction to what the child does, the therapist acts and focuses on the relationship by showing him- or herself as a person who is present and who gets personally involved in the relationship.“ (Behr 2003, S. 92) Die Interaktionsresonanz drückt ein therapeutisches, spielerisches Bemühen aus, die Spielhandlungen des Kindes adäquat zu beantworten und erweitert damit das verbale Repertoire um ein Vielfaches.

Das Kind wiederum zeigt in der Art seiner Beziehung zur Therapeutenperson, wo seine Inkongruenzen liegen. „Mit seinem auffälligen Verhalten nimmt es zur Therapeutin genau jene Art der Beziehung auf, die immer wieder zum Scheitern, zum Nicht-angenommen-Werden, zum Steckenbleiben im Prozess der Selbstentwicklung geführt hat und führt.“ (Wakolbinger 2002, S. 53) Die Therapeutenperson versucht die ausgelösten Gefühle zu verstehen und anzunehmen, so wie eine transparente (spielerische) Auseinandersetzung darüber zu fördern. So kann das Kind neue Erfahrungserfahrungen machen und stecken gebliebene Entwicklungsprozesse können wieder in Gang kommen.

2.3 Therapieprozess

Der individuelle Prozess einer Spieltherapie kann in mindestens drei Phasen gegliedert werden, welche sich an der historischen Entwicklung der personenzentrierten Theorie orientieren (Goetze 2002, S. 98ff und Wakolbinger 2000). Die historische Entwicklung begann in den 40er des vorigen Jahrhunderts mit der nondirektiven Spieltherapie von Virginia Axline und Clark Moustakas. Beginn der 70er Jahre wurde sie weiterentwickelt und nun ‚klientenzentriert‘ genannt. Aktuell wird von ‚personenzentrierter‘ Spieltherapie gesprochen.

Die Therapiephasen sind als idealtypisches Konstrukt zu verstehen, welche in der Praxis ineinanderfließen können. Als Vorstufe wird ein non-personaler Zustand beschrieben, wobei sich Kind und TherapeutIn fremd und distanziert gegenüber stehen. (Goetze 2002, S. 100)

2.3.1 Nondirektive Phase

Carl Rogers, der Begründer der personenzentrierten Psychotherapie, hat schon in den Anfängen seiner Theoriebildung Ideen zu einer Kinderspieltherapie entwickelt. Seine Grundsätze sind auch heute für die Spieltherapie gültig. „Allerdings war es seinen Schülern Virginia Axline und Clark Moustaka vorbehalten, explizite Vorstellungen dazu zu entwickeln.“ (Goetze 2002, S. 86) Dieses erste Konzept der Spieltherapie wurde nondirektiv genannt und ist Gegenstand dieses Kapitels.

Am Beginn einer heutigen Spieltherapie steht eine nondirektive Phase. Hier bemüht sich die Therapeutenperson vor allem die acht Grundprinzipien der nondirektiven Spieltherapie umzusetzen. Diese Leitsätze wurden von Virginia Axline 1947 auf Grundlage der Rogerianischen Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsentwicklung formuliert und haben bis heute nicht an Bedeutung verloren.

Axline formulierte folgende acht Grundprinzipien (Axline 2002¹⁰, S. 73, Orig. 1947):

1. Der Therapeut muss eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt.
2. Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist.
3. Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so dass das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann.
4. Der Therapeut ist wachsam, um die Gefühle, die das Kind ausdrücken möchte, zu erkennen und reflektiert sie auf eine Weise auf das Kind zurück, dass es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt.
5. Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt, eine Wahl im Hinblick auf sein Verhalten zu treffen. Der Entschluss zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung sind Angelegenheiten des Kindes.
6. Der Therapeut versucht nicht Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm.
7. Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Es ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muss, und der Therapeut weiß das.
8. Der Therapeut setzt nur dort Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen sich und dem Kind klar zu machen.

Das Spiel und der Verlauf der Therapiestunde werden vom Kind bestimmt. Denn der nondirektive, sowie der personenzentrierte Ansatz gehen davon aus, dass Kinder unermessliche Wachstumspotentiale besitzen und „darauf angelegt sind, sich zu aktualisieren, zu entfalten und zu erhöhen.“ (Goetze 2002, S. 78) Das Kind wählt selbst das passende Medium und Spiel aus, um seine Konflikte zu bearbeiten. Weder das Spiel, noch das Gespräch mit dem Kind wird in eine Richtung gelenkt. Grenzen werden nur dort

aufgezeigt, wenn es darum geht Verantwortung für das Geschehen zu übernehmen. (Goetze 2002, S. 82)

Das Kind erfährt einen therapeutischen Freiraum, den es eigenständig gestalten kann. Es kann sein wahres Selbst zeigen. Die Therapeutenperson konzentriert sich ganz auf das Kind und sein Erleben. „Das Kind muss ansatzweise spüren, dass es hier bei mir einen Entwicklungsraum hat, der gut und heilsam für es sein könnte.“ (Wakolbinger 2000, S. 54) Es ist wichtig in den ersten Stunden ein Arbeitsbündnis herzustellen, weil sonst schnell die Therapie vom Kind verweigert wird. Dies ist nicht immer einfach, weil Kinder häufig keinen Leidensdruck empfinden, und es keinen Veränderungswunsch gibt. Das Kind fasst meist Vertrauen in die Therapeutenperson, weil diese das Kind ernst nimmt und keinen Druck auf das Kind ausübt. Es wird auf das Spiel und die Gefühle des Kindes eingegangen, und diese werden ohne Bewertung angenommen. Dies geschieht durch eine feine Affektabstimmung der Therapeutenperson. „Die Affektabstimmung ist heilsam, sie schafft Gemeinsamkeit mit dem Kind, und es kommt zu einem Ausdruck seiner bislang nicht ausgedrückten Gefühle.“ (Wakolbinger 2000, S. 56) Diese Gefühle wurden bisher vom Kind verleugnet und abgewehrt, weil diese von den Bezugspersonen nicht gehört wurden. Das Kind hat ein starkes Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung und hat deshalb Inkongruenzen in gewissen Bereichen ausgebildet, welche nun mit der Therapeutenperson korrigiert werden können. Inkongruenzen sind Verletzungen, die in einer Beziehung geschehen sind, und diese können auch nur durch Beziehung heilen.

In dieser ersten Therapiephase hält sich die Therapeutenperson noch zurück, über die Äußerungen des Kindes hinaus zu gehen. (Goetze 2002, S. 100)

2.3.2 Klientenzentrierte Phase

Im Mittelteil der Therapie, den Goetze (2002, S. 100) ‚klientenzentriert‘ nennt, hat das Kind Vertrauen gefasst in die Therapeutenperson, ein enges Beziehungsverhältnis besteht zwischen Kind und TherapeutIn. Die Therapeutenperson bemüht sich darum die drei ‚Kernvariablen‘ Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz umzusetzen. Diese wurden in Kapitel 2.2 ‚Personenzentrierte, therapeutische Beziehung zum Kind‘ ausgeführt. Das Kind kann sich nun mit seiner Inkongruenz und seinen Symptomen auseinandersetzen. Das Kind wiederholt jene festgefahrenen Interaktionsmuster, die sein Verhältnis zur Umwelt und zu sich selbst prägen. Mit der Therapeutenperson werden jene Beziehungsmuster wiederholt, welche bisher unbefriedigend geblieben sind. Im Rollenspiel wird die Therapeutenperson in jene unangenehmen Situationen verwiesen, in welchen sich das Kind erlebt. Dann spricht die Therapeutenperson in ihrer Rolle aus, welche Gefühle sie hat, welches Leid sie ertragen muss. Durch spielerische Interaktions-

resonanz und verbale Rückmeldungen zeigt die Therapeutenperson, dass sie verstanden hat, was das Kind ausdrücken möchte. Die Therapeutenperson ist wie ein Resonanzkörper; sie hat die Chance, durch die in ihr ausgelösten Gefühle die kindliche Gefühlswelt besser zu verstehen. „Bei passender Resonanz der Therapeutin geht das Kind dann einen Schritt weiter im therapeutischen Prozess.“ (Wakolbinger 2000, S. 59) Das Spiel wird so lange wiederholt, bis das Thema für das Kind erledigt ist.

Das Vertrauen wächst und es kann mehr Intimität und Nähe entstehen. Die Therapeutenperson zeigt nun mehr von ihrer Persönlichkeit, die Therapie wird zunehmend zu einem gemeinsamen Unternehmen. Eine ehrliche Auseinandersetzung von Person zu Person kann beginnen. Das Kind zeigt zunehmend sein wahres Selbst – also auch erschreckende und bedrohliche Anteile seiner Gefühls- und Gedankenwelt, welche einfühlsam verstanden und angenommen werden. „In general during middle sessions children seem to work their way towards deeper levels of emotional expression, using their unique means of self-expression, such as puppets, role plays, painting, and even self-controlled regression ...“ (Wilson & Ryan 2005, S. 134) Die Beziehung zur Therapeutenperson gerät dadurch nicht in Gefahr. So lernt das Kind diese bedrohlichen Gefühle als Teile seines Selbst zu akzeptieren und zu integrieren. Es kann neue Gefühle und Verhaltensweisen ausprobieren und zeigen. Die Kongruenz und die Selbstakzeptanz nehmen zu. Das Kind muss sich nun nicht mehr durch seine Verhaltensauffälligkeiten vor seinen bedrohlichen Gefühlen schützen. Es kann sich mit diesen auseinandersetzen und wird offen für sich selbst.

2.3.3 Personenzentrierte Phase

Die Endphase der Therapie ist gekennzeichnet durch eine voll belastungsfähige Beziehung zur Therapeutenperson. Kind und TherapeutIn sind gleichberechtigte Partner, mit Wünschen, Gefühlen, Vorschlägen etc., die im Dialog stehen. Gemeinsames, intensives Erleben findet statt. „Die Direktheit in der therapeutischen Beziehung ist dabei charakteristisch für das Ende, Gefühle werden unmittelbar erlebt und ausgedrückt.“ (Wakolbinger 2000, S. 61) Das Kind konnte sich von seinen belastenden Gefühlen befreien, ist nun offen für zukünftige Anforderungen. Es kann sich selbst besser akzeptieren, wie es ist und hat die Freiheit seinen eigenen Weg zu gehen.

Goetze (2002, S. 99) postuliert eine analoge Struktur der historischen Entwicklung der nondirektiven hin zur personenzentrierten Spieltherapie und der individuellen Therapiephasen. Auf die Geschichte der personenzentrierten Spieltherapie kann in diesem Rahmen aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden.

Im folgenden Kapitel werden die besonderen Merkmale einer Spieltherapie herausgearbeitet, um die Unterschiede zu einer personenzentrierten Gesprächstherapie aufzuzeigen. Eine Spieltherapie fordert die Therapeutenperson in vielerlei Hinsichten, die Elternarbeit ist ein Aspekt davon.

2.4 Besonderheiten der personenzentrierten Spieltherapie

Eine Spieltherapie unterscheidet sich in vielen Merkmalen von einer Gesprächstherapie mit Erwachsenen. Im folgenden Kapitel sollen die Besonderheiten einer personenzentrierten Spieltherapie ausgeführt werden, um die Anforderungen an die Therapeutenperson, so wie die Möglichkeiten für das Kind darzustellen.

Eine Hauptaufgabe der Therapeutenperson ist die Übersetzungsarbeit. Dabei versucht die Therapeutenperson das, was das Kind durch seine Spielhandlungen ausdrückt, zu verstehen und sprachlich zu erfassen. Die kindliche Symbolsprache wird in ein erwachsenes Verständnis übersetzt. Dabei schwingt die Therapeutenperson empathisch mit dem Kind mit, um die Gefühlswelt des Kindes erfassen zu können. Die Reaktion der Therapeutenperson kann trotzdem auf der nonverbalen, spielerischen Ebene erfolgen. Dennoch benötigt es einen inneren Übersetzungsprozess, damit das kindliche Spiel verstanden werden kann. Oft ist es auch nötig und sinnvoll das Verhalten des Kindes seinen Bezugspersonen zu übersetzen.

Hilfreich für eine möglichst passende Übersetzung sind folgende Kenntnisse und Fähigkeiten: Ein fundiertes entwicklungspsychologisches Wissen, Kenntnisse über altersgemäße Lebenswelten von Kindern, Fähigkeiten das Problem des Kindes im Kontext seiner Familie und seiner Umwelt zu verstehen, eine hohe Wahrnehmungsfähigkeit, sehr gute empathische Fähigkeiten so wie die Fähigkeit, die Gefühle, die das Kind in der Therapeutenperson auslöst zum Verständnis und für die folgenden Spielhandlungen nutzen zu können. (Wakolbinger 2009, S. 60)

Das Spiel ist für das Kind das natürliche Mittel zur Selbstdarstellung. Spielend kann das Kind Gefühle wie Aggression, Angst, Spannungen, Frustration, Unsicherheit und Verwirrung „ausspielen“. Psychischer Druck wird abgebaut, und das Kind kann reifen, selbst entscheiden, denken und sich verwirklichen. (Axline 2002¹⁰, Orig. 1947, S. 20f.) Es liegt in der therapeutischen Verantwortung dem Kind auf seiner spielerischen Ebene zu begegnen, denn „for children to ‚play out‘ their experiences and feeling is the most natural, dynamic, and self-healing process in which they can engage.“ (Landreth 2002, S. 14) Um dem Spiel als der wichtigsten Interaktionsform des Kindes gerecht zu werden, braucht die

Therapeutenperson einen lustvollen Zugang zu kindlichen, spielerischen Ausdrucksweisen, echte Freude am Spiel, Kreativität/Phantasie, die Bereitschaft alle Sinne ein zu setzen und eine hohe Präsenz. Weil die Interaktionen oder Provokationen des Kindes nicht auf der sprachlichen sondern auf der Handlungsebene ablaufen, ist es oft schwierig nicht mit zu agieren. Es braucht deshalb ein hohes Maß an Gegenwärtigkeit um auf das Erleben und die Gefühle des Kindes einzugehen und nicht auf seine Handlungen. (Wakolbinger 2009, S. 63ff.)

Eine weitere große Herausforderung an die Therapeutenperson ist die der Elternfunktion. Diese beinhaltet folgende Aufgaben: Regressive Bedürfnisse wahrnehmen und befriedigen, Körperkontakt geben und nehmen, Wachsamkeit und Verantwortung über das Kind in Krisenzeiten, Persönlichkeit zeigen, Freude an Kindern, Achtsamkeit bei der Passung von TherapeutIn und Kind und Elternersatzfunktion, was eine gute Integration der väterlichen und mütterlichen Anteile im therapeutischen Selbstkonzept verlangt. (Wakolbinger 2009, S. 65)

Zuletzt wird von der Therapeutenperson auch ein schnelles Interagieren gefordert, weil die kindlichen Handlungen nicht auf die Antworten der Therapeutenperson warten und oft in raschem Tempo ablaufen. Die Therapeutenperson hat die Aufgabe sich ihrer aktuell ausgelösten Gefühle bewusst zu werden, zu unterscheiden ob diese vom Kind ausgehen, oder aus ihrer eigenen Geschichte und zu entscheiden, ob diese Gefühle für die Übersetzungsarbeit relevant sind. Schließlich kann die Therapeutenperson passend spielerisch reagieren und ihr Verstehen dadurch zeigen. Um zu überprüfen, ob die Reaktion im Sinne des Kindes richtig war, benötigt es eine intensive Nachbearbeitung der Stunden. (Wakolbinger 2009, S. 67f.)

Die personenzentrierte Spieltherapie hat folgende allgemeinen Ziele:

„Entwicklung

- eines positiven Selbstkonzeptes und von Selbstverantwortung,
- Selbstaktualisierung und Ausschöpfung der eigenen Potentiale,
- Selbstakzeptanz,
- Selbstkontrolle,
- Nutzung persönlicher Ressourcen,
- soziale Zufriedenheit,
- Entwicklung eines eigenen Wertesystems,
- Selbstvertrauen.“ (Goetze 2002, S. 83)

Die Arbeit mit den Bezugspersonen wird in dem dargestellten Diskurs insofern thematisiert, als die Übersetzungsarbeit auch gegenüber den Eltern geleistet wird, und als die Schwierigkeiten des Kindes im Kontext seines Umfeldes zu verstehen sind. Außerdem wird von der Therapeutenperson gefordert in Krisenzeiten zum Kind zu stehen und als seine Anwältin zu reagieren. Die Auseinandersetzung mit den Eltern und ihre Notwendigkeit werden nicht als Herausforderung beschrieben. Ein Abgleich mit den empirischen Ergebnissen wird im Kapitel 6 ‚Beantwortung der Fragestellung‘ dargestellt.

2.5 Rahmenbedingungen, Indikation, Erfolgsstudien

Im folgenden Kapitel sollen Fragen beantwortet werden wie: Welche Rahmenbedingungen hat eine personenzentrierte Spieltherapie? Wann ist eine personenzentrierte Spieltherapie indiziert? Wie erfolgreich ist die personenzentrierte Spieltherapie?

Die Spieltherapie kann mit Kindern zwischen drei und zwölf Jahren in einem eigens dafür ausgestatteten Raum stattfinden. In diesem sind ausgewählte Spielmaterialien, Kreativmaterial, Musikinstrumente, Bücher etc. zu finden. Eine ausführliche Beschreibung der Ausstattung kann bei Goetze (2002, S. 143ff.) Kapitel 7 ‚Der äußere Rahmen: Spielraum und Spielmaterialien‘ nachgelesen werden. Die Therapie mit Jugendlichen unterscheidet sich in vielen Aspekten von einer Spieltherapie und ist deshalb nicht Thema dieser Arbeit. Die wöchentlichen Treffen haben meist eine Dauer von 45 Minuten. Die Länge einer Therapie ist schwer ab zu schätzen, hängt jedoch neben der Schwere der Probleme auch vom aktiven Einbezug der Eltern ab. Wenn die Eltern für eine Zusammenarbeit bereit sind, „werden sich die Erfolge auch schneller einstellen, weil eine Generalisierung der Erfahrungen vom Spieltherapie-Setting auf die häusliche Umgebung erleichtert wird.“ (Goetze 2002, S. 157) Meist wird die Spieltherapie durch Elterngespräche begleitet. Aber auch andere Hilfestellungen, wie ein Elterntraining, eine Elterngruppe oder Elternberatung durch eine Institution oder eine andere Therapeutenperson sind möglich. Wie die Praxis in Österreich aussieht versucht die empirische Untersuchung dieser Arbeit darzustellen.

Zur Indikation der personenzentrierten Spieltherapie ist zu sagen, dass diese Therapie-schule den Anspruch erhebt ein Breitbandverfahren, mit wenig Gegenindikationen zu sein. (Goetze 2002, S. 156) Dieser Anspruch kann durch empirische Untersuchungen gestützt werden. „There are many case and experimental studies reported which document the success of client-centered play therapy with children of virtually every possible diagnostic category.“ (Guerney 1983, S. 30f.)

Höldampf und Behr (2009, S. 336) schreiben, dass die personenzentrierte Spieltherapie ihre höchste Wirksamkeit bei sogenannten gemischten Störungen (externalisierend und internalisierend) erreicht. Die größten Erfolge wurden laut einer Analyse von drei Meta-studien bei „anxiety symptoms occurring as a result of adjustment problems to specific life events, traumatic stress or anxiety disorders“ (Höldampf, Behr & Crawford 2010, S. 34) gefunden.

Bei der schulenübergreifenden Metaanalyse von Beelmann und Schneider (2003, S. 140) konnten für die klientenzentrierte Spieltherapie bei unklarer Indikation eine ausreichende Anzahl von fundierten Evaluationen mit positivem Ergebnis festgestellt werden.

Landreth (2002, S. 43) zufolge hat Spieltherapie unabhängig vom schulentheoretischen Hintergrund einen großen positiven Effekt. „Play therapy has been demonstrated to be effective with children of all diagnostic categories, except the completely autistic and the out-of-contact schizophrenic.“ (Landreth 2002, S. 45) Auch die Metaanalyse von Ray und Bratton (2010, S. 29) zeigt den Erfolg der Spieltherapie bei der Anwendung bei unterschiedlichem Klientel und verschiedensten Schwierigkeiten.

Im Kapitel 2 ‚Personenzentrierte Spieltherapie‘ wurde eine Einführung in die personenzentrierte Lehre geboten. Die Rogerianischen Prinzipien gelten in der Gesprächspsychotherapie mit Erwachsenen genau wie in der Spieltherapie mit Kindern. Die Umsetzung erfolgt in der Spieltherapie jedoch oft im nonverbalen Raum. Virginia Axline und Clark Moustakas haben die Theorie Rogers für Kinder neu formuliert. So sieht sich der/die KindertherapeutIn mit vielen Anforderungen konfrontiert. Eine davon ist die Arbeit mit den Bezugspersonen des Kindes. Die vielen Möglichkeiten des personenzentrierten Arbeitens mit den Bezugspersonen werden nun in Kapitel 3 ‚Elternarbeit in der personenzentrierten Spieltherapie‘ dargestellt.

3 Elternarbeit in der personenzentrierten Spieltherapie

Ich musste bei meiner Literaturrecherche feststellen, dass es ‚die‘ personenzentrierte Elternarbeit nicht gibt. Die Arbeitsweisen sind sehr unterschiedlich. Deshalb werde ich zunächst eine allgemeine Einführung in das Thema liefern und nach einem Definitionsversuch v.a. auf die Relevanz der Thematik eingehen (Kapitel 3.2, Stellenwert der Elternarbeit‘). Es folgt eine Beschreibung der Entscheidungs- und Diagnoseprozesse in Kapitel 3.4 ‚Erstgespräch‘ und Kapitel 3.5 ‚Probatorische Phase‘. Dann nehme ich eine Einteilung der verschiedenen Settingformen nach der Richtung des therapeutischen Bemühens vor. Als erstes werden Formen vorgestellt, die die Eltern ins Zentrum stellen (Kapitel 3.6, Elternzentrierte Formen der Elternarbeit‘). Es folgt das Kapitel 3.7 ‚Familienzentrierte Formen der Elternarbeit‘. Den Hauptteil bilden jene Formen, die das Kind im Fokus haben, aber auch die Eltern einbeziehen wollen, weil diese Arbeitsweisen das empirische Forschungsinteresse dieser Arbeit darstellen. (Kapitel 3.8 ‚Kindzentrierte Formen der Elternarbeit‘). Die kindzentrierten Formen werden dann in einem Überblick zusammengefasst und Unterscheidungskriterien herausgearbeitet. Absichtlich spreche ich hier von Formen des Arbeitens, da nicht immer ein ausgereiftes Konzept dahinter steht. Wenn möglich werden solche vorgestellt. Danach wird nach einem gemeinsamen Ziel der Konzepte der Elternarbeit gesucht. Es werden die Schwierigkeiten und Eigenheiten der Arbeit mit Bezugspersonen besprochen.

3.1 Definitionsversuch

Historisch betrachtet entwickelten sich die ersten Konzepte der Elternarbeit ab den 60er Jahren und parallel dazu die Klientenzentrierte Familientherapie (Keil & Stumm 2002, S. 288). Seit dem gibt es „in der Praxis zwei Brennpunkte: einerseits die Arbeit mit Individuen und andererseits mit allen Familienmitgliedern gleichzeitig als Ensemble.“ (Keil & Stumm 2002b, S. 289) Die Elternarbeit liegt im spannenden Bereich dazwischen, denn einerseits geht es um das Wohlergehen des Kindes, andererseits darf die Familie nicht außer Acht gelassen werden.

Um eine Definition der Elternarbeit zu finden wird zunächst eine mögliche Einteilung der personenzentrierten Ansätze der Arbeit mit Eltern und Familien (Behr, Hölldampf & Hüsson 2009, S. 23ff) vorgestellt. Gemeinsam haben alle Arbeitsformen, dass sie dem personenzentrierten Paradigma entsprungen sind und dass es ihnen um die Veränderung der Eltern-Kind-Interaktion geht. Die Formen unterscheiden sich dahingehend, ob und in welcher Weise mit dem Kind, oder mit den Eltern, oder mit beiden gearbeitet wird.

Es werden grob zwei Richtungen unterschieden: Erstens therapeutische Elterntrainings, bei welchen die Bezugspersonen personenzentrierte Haltung und Verhalten erlernen, um diese zu Hause in deren Eltern-Kind-Interaktion einfließen zu lassen. Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen, ob das Kind parallel zum Elterntraining an einer Therapie teilnimmt, oder nicht. Genauer werden vier Formen des Elterntrainings unterschieden, drei davon werden näher in dieser Arbeit vorgestellt, (das Parent Effectiveness Training im Kapitel 3.6.1 ‚Elterntrainings‘, die Filialtherapie im gleichnamigen Kapitel 3.6.2 und das Eltern-Kind-Responsiveness Training im Kapitel 3.6.3 ‚Videogestützte Einzelarbeit mit Eltern‘). Zweitens interaktive Familiensitzungen, bei welchen mit der ganzen Familie therapeutisch gearbeitet wird. Es werden drei Formen der personenzentrierten Familien(spiel)therapie (siehe Kapitel 3.7 ‚Familienzentrierte Konzepte der Elternarbeit‘) vorgestellt und die therapiebegleitende personenzentrierte Elternberatung, welche den Schwerpunkt der Arbeit bildet. Dabei nimmt das Kind an einer Spieltherapie teil und die Bezugspersonen kommen in größeren Abständen zu Elterngesprächen. Es können auch therapiebegleitende Elterngruppen organisiert werden. Welche Formen in der österreichischen freien Praxis zu finden sind, soll der empirische Teil der Arbeit zeigen.

Als Elternarbeit können nach dieser Einteilung alle Arbeitsformen verstanden werden, die das Wohlergehen des Kindes im Fokus haben und deshalb die Eltern-Kind-Interaktion verbessern wollen. Die Arbeitsformen können nur bei den Eltern, oder vor allem beim Kind, mit therapiebegleitenden Elterngesprächen ansetzen.

Dass eine Definition der Elternarbeit zu finden kein leichtes Unterfangen ist, zeigt sich auch anhand folgenden Zitats: „Alles, was heute im weitesten Sinn unter Elternbildung subsumiert werden kann ist ebenso verwirrend vielfältig wie die dazugehörigen Bezeichnungen: *Elternarbeit* (Herv. v. B.H.), Elternwerkstatt, integrative Elternmitarbeit, Elternschulung, Elterntraining ...“ (Tschöpe-Scheffler 2005, S. 9) Die Autorin spricht aus dem Blick der Elternberatung, welcher sich vom kindertherapeutischen zwar unterscheiden, jedoch im Falle der Elternarbeit nicht klar abgrenzen lässt. Denn die Eltern der Kinderklienten leiden nicht unbedingt unter psychischen Erkrankungen, was den Begriff der ‚Elternberatung‘ zur Anwendung kommen lässt. Aber der rein beraterische Zugang beinhaltet selten die tiefgreifenden Veränderungen, die häufig nötig sind, um die Eltern-Kind-Interaktion heilsam werden zu lassen. So schreibt auch Ehlers (2002, S. 79): „Zu Beginn meiner Arbeit musste ich . . . erkennen, dass Eltern bei rein beratenden Gesprächen über die richtige Erziehung nicht ihre Einstellungen zum Kind veränderten.“ Der empirische Teil der Arbeit kann Aufschluß darüber geben, inwieweit mit den Eltern beraterisch oder therapeutisch gearbeitet wird. Eine Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie beinhaltet das Kapitel 3.6.4 ‚Elternberatung‘.

Für einen heilsamen Prozess beim Kind, braucht es Arbeit am Selbstkonzept der Eltern, welche durch einen therapeutischen Kontakt möglich wird. Darum möchte ich in der vorliegenden Arbeit, angelehnt an Ehlers (2002, S. 79) Elternarbeit als ein therapeutisches Bemühen mit den Eltern definieren, welches sich primär um die Gesundheit des Kindes kümmert, und deshalb den Schwerpunkt auf die Heilung der Eltern-Kind-Beziehung legt.

3.2 Stellenwert des Einbezugs der Eltern

Nun möchte ich die Wichtigkeit der Elternarbeit anhand personenzentrierter Literatur herausarbeiten. Wird die Arbeit mit der Familie des Kindes in der personenzentrierten Literatur als wichtig erachtet? Wenn ja, werden Begründungen angeführt? Gibt es Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und Einbezug der Eltern in den Therapieprozess?

Die Arbeit mit dem familiären Umfeld wird in der personenzentrierten Literatur weitgehend als wichtig erachtet. So schreibt etwa Weinberger, dass eine begleitende Beratung der Eltern immer notwendig sei (Weinberger 2005, S. 117) und dass in der personenzentrierten Spieltherapie sehr viel Gewicht auf den Einbezug des familiären und sozialen Umfeldes gelegt wird. (Weinberger 2005, S. 40) Spannend dabei ist, dass in ihren Literaturempfehlungen kein Werk genau zu diesem Thema angeführt ist. Ihre Empfehlungen beschränken sich auf Literatur, die die Elternarbeit für ErzieherInnen, LehrerInnen, Sozial- und HeilpädagogInnen beschreibt, oder Erziehungskurse für Eltern, oder Schriften zum Thema Familientherapie. Ich vermute jedoch, dass die therapiebegleitende Elternarbeit einer personenzentrierten Spieltherapie sich in vielerlei Weise von der Elternarbeit eines Lehrers/einer Lehrerin, oder der Arbeit eines/r FamilientherapeutIn unterscheidet, selbst wenn diese personenzentriert arbeiten. Diese Annahme kann im Anschluss in der empirischen Untersuchung überprüft werden.

Auch Kaatz (1998) und Keil & Stumm (2002b) stellen den Einbezug der Eltern in das Therapiegeschehen außer Frage. „Bei den klientenzentrierten Therapeuten gehört die begleitende Elternarbeit zum Standardangebot (z.B. Jaede 1981, Schmidtchen 1989, Pauls 1989, Pavel 1984).“ (Kaatz 1998, S. 368) Ebenso betont Hollritt (2003, S. 23) die große Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld. Mattejat und Remschmidt, deren Studie später in diesem Kapitel genauer dargestellt wird, kommen nach ihrer Untersuchung zu dem selben Ergebnis: „Die Zusammenarbeit mit der Familie ist nicht nur aus fachlicher Sicht notwendig, eine möglichst enge Kooperation wird auch von der Familie selbst gewünscht.“ (Mattejat, Remschmidt 1997, S. 390)

Betrachtet man die Wurzeln der personenzentrierten Spieltherapie, erhält man ein eher neutrales Bild der Elternarbeit. Axline bewertet die Elternarbeit als wünschenswert aber nicht notwendig, die Kettenreaktion der positiven Entwicklung gehe auf die Eltern über, so ihre Erfahrung. (Axline 2002, S. 67ff., Orig. 1947)

Auch in der englischsprachigen Literatur steht die große Bedeutung der Bezugspersonenarbeit außer Frage. „Upon in-depth examination it becomes clear that effective work with caregivers is an essential part of the play therapy process.“ (Cates et al. 2006, S. 98) Auch Wilson und Ryan (2005², S. 157) fordern vollen Einbezug der Eltern in die therapeutischen Interventionen, um den Eltern die nötige Unterstützung zukommen zu lassen. Landreth spricht eine Empfehlung für Elternarbeit aus, relativiert jedoch deren Notwendigkeit. „Play therapy can be effective without parents receiving therapy or parent training.“ (Landreth 2002, S. 155)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Bereich Übereinstimmung darin besteht, dass der Einbezug der Eltern in die personenzentrierte Spieltherapie des Kindes große Wichtigkeit besitzt.

Auf der Suche nach Antworten auf die Frage ob die Intensität der Elternarbeit den Therapieerfolg des Kindes beeinflusst, wurde ich einerseits bei Ehlers (2002) fündig, die aus ihrer Erfahrung als Therapeutin spricht, wenn sie schreibt: „Ich habe beobachtet, dass der Therapieerfolg beim Kind wesentlich zusammenhängt mit der Änderung der Einstellung der Eltern gegenüber ihrem Kind und mit einer positiven Wahrnehmung des Kindes.“ (Ehlers 2002, S. 79) Diese Einstellungs- und Wahrnehmungsänderung der Eltern versucht Ehlers durch eine personenzentrierte Beziehung zu den Eltern zu bewirken. Sie wendet in ihrer Praxis drei verschiedene Modelle der Elternarbeit an, welche in Kap. 3.5 'Kindzentrierte Konzepte der Elternarbeit' näher ausgeführt werden. Durch ihre Arbeit mit den Eltern sollen diese fähig werden selbst eine heilsame Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. „Wir nehmen an, dass der Effekt der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen verstärkt oder beschleunigt wird, wenn die Eltern ihrerseits den Heilungsprozeß fördern.“ (Ehlers 2002, S. 75)

Erfolgsstudien, die die Elternarbeit evaluierten konnte ich aus dem deutschen Sprachraum nicht finden, jedoch eine Zusammenfassung von englischsprachigen Studien, deren Ergebnis wie folgt beschrieben wird: „Research studies of play therapy (Guerney & Stover, 1971; LeBlanc, 1998) and child counseling (Ritchie & Partin, 1994; Sheridan, 1993; Stone & Bradley, 1994; Strother & Jacobs, 1986) evidence that therapy with children accompanied by parent consultation or other conjoint therapeutic intervention

with parents leads to an enhanced rate of successful outcomes.“ (Kottmann & Ashby 1999, S. 78) Die begleitende Beratung der Eltern vergrößert den Erfolg der Therapie bzw. Beratung des Kindes.

Ich vermute, dass die AutorInnen und TherapeutInnen die Elternarbeit eher aus ihrer Erfahrung heraus als wichtig erachten und weniger wegen einer empirischen Untermauerung. Vielleicht kann die Befragung der personenzentrierten Spieltherapeuten darüber mehr Aufschluss geben.

3.3 Stand der Forschung zum Thema Elternarbeit

Im folgenden Abschnitt werden drei empirische Untersuchungen zusammengefasst, die das Thema Bezugspersonenarbeit in verschiedener Weise untersuchen, um dem Forschungsstand nahe zu kommen. Leider kann nur eine der Studien als aktuell eingestuft werden; aus Mangel an anderen Forschungsergebnissen, werden aber auch die beiden anderen Studien vorgestellt.

Haslam und Harris (2011) untersuchten die Einstellungen von Spieltherapeuten in Bezug auf die Arbeit mit den Familien des Kinderklienten. Die Ausgangslage der Untersuchung war laut den Autoren folgende: Die Frage des Einbezugs der Eltern des Kindes in die Spieltherapie wurde bisher wenig untersucht. Insbesondere über die Motive der TherapeutInnen, das Setting oder die Frequenz der Elternkontakte ist sehr wenig bekannt. Weil die Familienkontakte von den Praktikern häufig als problematisch erlebt werden und gleichzeitig sehr wenig Literatur dazu zu finden ist, stellen die Autoren einen großen Forschungsbedarf in diesem Feld fest.

Deshalb befragten Haslam und Harris SpieltherapeutInnen u.a. bezüglich ihrer Einstellungen zu und Praktiken mit der Arbeit mit Kindern und Familien. Mittels Fragebogen wurden 295 Mitglieder der ‚Association for play Therapy‘ befragt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt grob zusammenfassen: Verglichen mit dem hohen Interesse an der Arbeit mit Familien, waren der Grad der Behaglichkeit („comfort“) und der eingeschätzten Kompetenz gering. Auch zeigten die TherapeutInnen ein hohes Interesse an der Arbeit mit Erwachsenen. Gegensätzlich dazu war das Interesse an der Arbeit mit Paaren gering, was die Autoren dazu veranlasste die Wichtigkeit der elterlichen Beziehung für die kindliche Entwicklung zu betonen. „Couples therapy would be an important option for intervention with children due to the impact couples issues have on the children’s emotional and mental conditions.“ (Haslam & Harris 2011, S. 63) Der Komfort der TherapeutInnen und die eigene Kompetenz waren bei der Einzelspieltherapie mit dem

Kind am höchsten, etwas geringer bei dyadischem Setting (z.B. ein Elternteil und das Kind spielen gemeinsam) und wesentlich geringer, wenn die gesamte Familie zur Spieltherapie eingeladen wird. Die Autoren vermuten, dass die TherapeutInnen bevorzugt sprachliche Ansätze für Familiensitzungen anwenden und sich für eine spielerische, nonverbale Familienstunde nicht genügend vorbereitet fühlen. Sollte dies der Fall sein, so plädieren die Autoren für eine Ausbildung, die SpieltherapeutInnen unterstützt spiel- und familientherapeutische Ansätze zu verbinden.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind deskriptiv gehalten und geben erste Einblicke in dieses recht unerforschte Gebiet. Haslam und Harris (2011) betonen den großen weiteren Forschungsbedarf: „ . . . much more needs to be examined in the perceptions and practices of play therapists related to families.“ (Haslam & Harris 2011, S. 64) Insbesondere geben sie Anstoß zu folgenden Fragestellungen: Wie sieht die gegenwärtige Praxis der Arbeit mit Familien von SpieltherapeutInnen aus? Welche Faktoren und Einstellungen beeinflussen diese? Welche Ausbildungen sind/wären hilfreich für die Arbeit mit Familien? In welcher Rolle (TherapeutIn des Kindes, der Eltern, der Familie oder eine Kombination daraus) sieht sich der/die TherapeutIn? „It may be useful to research the impact that role conceptualizations have on actual practice patterns of play therapists.“ (Haslam & Harris 2011, S. 64) Haslam und Harris schließen ihren Artikel mit der Hoffnung ab, dass mit dem wachsenden Verständnis von Integration oder Trennung von Spiel- und Familientherapie, auch die Fähigkeit der PraktikerInnen anwachsen kann, Kinder und Familien effektiver zu unterstützen.

Eine weitere groß angelegte Studie untersucht die Gepflogenheiten von SpieltherapeutInnen: Phillips und Landreth (1995) befragten „1166 professionals practicing play therapy“ und beschrieben statistisch deren Arbeitspraxis, wobei ein Viertel der PraktikerInnen eine personenzentrierte Ausrichtung angaben. Bezüglich der Bezugspersonenarbeit sind folgende Ergebnisse relevant: „The parents of about half the children in PT were also beeing seen.“ (Phillips & Landreth 1995, S. 19) Also die Hälfte der Eltern und etwa 20% der Familien nahmen teil am Therapieprozess des Kindes. In folgender Abbildung 1 wird ersichtlich, dass etwa 35% der Spieltherapien ohne Elternkontakte stattfinden.

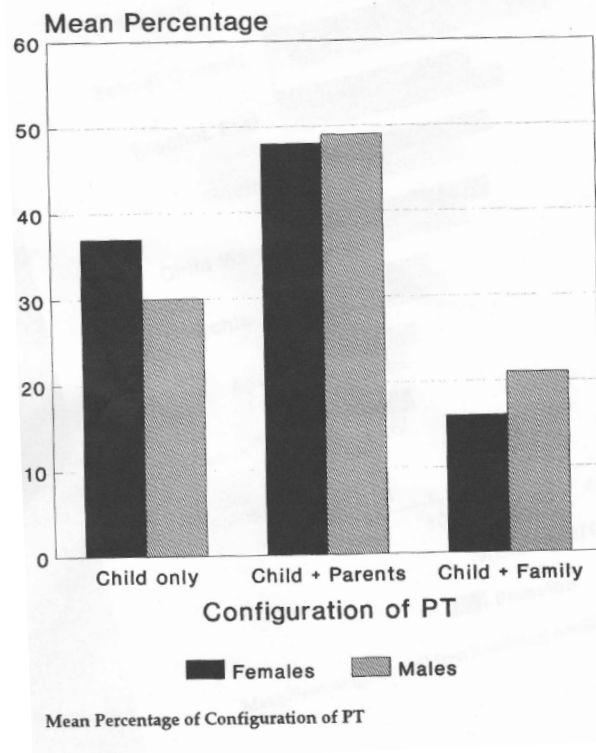


Abbildung 1 Configuration of Psychotherapy (Phillips & Landreth 1995, S. 17)

Bei klientenzentrierten Therapeutenpersonen waren die üblichen Arbeitsweisen anders verteilt. „Client-centered therapists were most likely to see only children (44%) and less likely to use family-based PT (11%).“ (Phillips & Landreth 1995, S. 16) Verglichen mit anderen therapeutischen Ausrichtungen waren die personenzentrierten Therapeutenpersonen am wenigsten geneigt mit den Eltern oder Familien der Kinder in Kontakt zu treten, was erstaunlich ist, wo doch auch im englischsprachigen Bereich die Wichtigkeit der Elternarbeit unbestritten ist.

Bei der dritten Studie geht es vor allem um die Frage, inwieweit aus der Analyse der Familienbeziehungen der Therapieerfolg prognostiziert werden kann (Mattejat & Remschmidt 1997). Untersucht wurden 129 Familien, deren Kinder bzw. Jugendliche psychisch erkrankten und stationär aufgenommen wurden. Die Familien wurden vor der Behandlung des/r Klienten/in einer ausführlichen Diagnostik unterzogen. Die Ergebnisse der Analyse der Familienbeziehungen wurden mit den Therapieerfolgen hinsichtlich der Symptomatik in Verbindung gebracht. Die Untersuchung ergab, „dass der Therapieerfolg aufgrund der Triade Patient-Mutter-Vater besser vorhergesagt werden kann, als aufgrund der Diagnose oder aufgrund des symptomatischen Verhaltens der Patienten.“ (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 384) Die Autoren schlussfolgern, dass für die erfolgreiche Psychotherapie des Kindes oder der/des Jugendlichen die familiäre Beziehungsdynamik

von sehr hoher Bedeutung ist. Im Detail ergaben die Untersuchungen, dass feindselig-ablehnende und unstrukturiert-desorganisierte Verhaltensweisen der Eltern eine negative Therapieprognose wahrscheinlich machen. Weiters wurde festgestellt, dass „eine problematische Beziehung zu einem Elternteil durch eine gute Beziehung zum anderen Elternteil zumindest zum Teil kompensiert werden kann.“ (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 372) Die Beziehung zum Vater und die generationale Rollenverteilung, d.h. „Können die Eltern ihre Verantwortung kompetent übernehmen und klare Strukturen vermitteln?“, waren auch besonders aussagekräftig im Hinblick auf die Therapieprognose. (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 388)

Beim Vergleich der Beziehungsanalysen vor und nach der psychotherapeutischen Behandlung des/der Klienten/in wurden signifikant verringerte Werte der Abgrenzungstendenzen und leicht erhöhte Bindungstendenzen gemessen. Die deutlichsten Veränderungen, nämlich Verringerungen zeigten die Abgrenzungstendenzen der PatientInnen gegenüber ihren Müttern. (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 382) Daraus lässt sich ableiten, dass deutliche Zusammenhänge zwischen der familialen Beziehungsdynamik und dem symptomatischen Therapieerfolg bestehen. Wichtig ist jedoch die Differenzierung „nach der jeweiligen gerichteten Beziehung und der Verhaltensqualität (Bindung vs. Abgrenzung)“. (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 383)

Im Rahmen der Untersuchung wurden die KlientInnen in günstige und ungünstige Therapieerfolgsgruppen geteilt und hinsichtlich ihrer Beziehungswerte verglichen. Dabei ergab sich, dass die Bindungswerte so wie die Werte der Elternbeziehung der beiden Gruppen kaum Unterschiede aufwiesen. Jedoch zeigte die „ungünstige Therapieerfolgsgruppe vor Beginn der Behandlung höhere Abgrenzungswerte.“ (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 383)

Sehr positiv ist den Autoren im Zuge ihrer Untersuchung aufgefallen, dass die Eltern großes Interesse und Bereitschaft zeigen, für eine intensive Zusammenarbeit mit dem behandelnden Team, was auch auf eine starke Transparenz der Diagnostik zurückgeführt wurde. (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 372)

Mattejat und Remschmidt schließen ihren Bericht mit einem Plädoyer für eine enge Zusammenarbeit mit den Familien, die nach ihren Erfahrungen auch von den Familien gewünscht wird. „Diese Erfahrungen sprechen ebenso wie die aufgezeigte Bedeutung der Familienbeziehungen für den Therapieerfolg für eine Intensivierung von familienbezogenen Arbeitsformen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie.“ (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 390)

Die drei zitierten Studien betonen einerseits die Wichtigkeit der Elternarbeit und andererseits den großen Forschungsbedarf in diesem Bereich. Um diesem Forschungsbedarf zu entsprechen, wird im folgenden Kapitel ein Konzept dargestellt, welches den Beginn der Elternarbeit – das Erstgespräch beschreibt.

3.4 Erstgespräch

Dieser Abschnitt widmet sich der sensiblen Anfangsphase einer therapeutischen Intervention. Zu Beginn ist noch unklar, welche Maßnahmen sinnvoll sind und welche Personen in diese zu involvieren (bereit) sind. Die hilfesuchenden Eltern haben Erwartungen und Vorstellungen, die sich von jenen der Therapeutenperson stark unterscheiden können. Wie die schwierige Situation des Erstgesprächs für beide Seiten befriedigend zu meistern sein kann, beschreibt folgendes Arbeitskonzept. Das vorgestellte Konzept bezieht sich nicht auf die gesamte Elternarbeit während der Spieltherapie des Kindes, sondern bloß auf das erste Aufeinandertreffen der Familie mit der Therapeutenperson zu diagnostischen Zwecken – das Erstgespräch. Dieses Konzept hat einen großen Stellenwert in dieser Arbeit, weil es wenig vergleichbare Ausführungen gibt, es wird deshalb detailliert wiedergegeben. Die Empfehlungen des Autors können aus meiner Sicht auch auf die generelle Arbeit mit Bezugspersonen erweitert werden.

Das Stuttgarter Konzept beziehungsorientierter Erstkontakte nach Behr (2006)

Der Autor stellt bei seiner Literaturrecherche zum Thema einen Mangel an Hinweisen zur Erstkontaktgestaltung fest. Deshalb versucht Behr ein Konzept für das Erstgespräch zu erstellen, das den Schwerpunkt auf die „Herstellung einer günstigen zwischenmenschlichen Beziehung, das Schließen eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses und die Wahrnehmung des Beziehungsgeschehens“ (Behr 2006, S. 108f.) setzt. In der personenzentrierten Literatur wird dem Erstkontakt (in verschiedener Ausprägung) meist auch eine diagnostische Zielsetzung auferlegt. Die Diagnostik hatte lange Zeit in der personenzentrierten Psychotherapie eine randständige Bedeutung, weil Rogers eine ablehnende Haltung gegenüber diagnostischen Zuschreibungen hatte. Aktuelle Forderungen nach einem differentiellen Vorgehen, machen diese aber wichtig. (Jürgens-Jahnert 2002, S. 259)

Behr vertritt die Auffassung, dass ein traditionell anamnestisches Vorgehen mit dem personenzentrierten Beziehungsangebot konfligiert und dass diese widersprüchliche Aufgabenstellung bei der Therapeutenperson Druck und Stress erzeugt. Ein Erstkontakt, der nur eine Diagnose zum Ziel hat, stellt ein Beziehungsgefälle zwischen KlientIn und

TherapeutIn her, weil hier der ‚Fachexperte‘ den/die KlientIn befragt, analysiert und anschließend diagnostiziert. Die Therapeutenperson mit personenzentrierter Grundhaltung begegnet dem/der Klienten/in jedoch auf selber Ebene. Der/die KlientIn ist selbst Experte für seine Probleme. Um diesem Widerspruch zu entkommen setzt Behr ein eindeutiges Primat des Beziehungsaufbaus. Die anamnестischen Informationen können „en passent an günstigen Stellen innerhalb der Gesprächsdynamik“ (Behr 2006, S. 116) gesammelt werden, sind aber nicht das Hauptziel des Erstgesprächs. Durch den besseren Beziehungsaufbau werden jedoch zusätzliche diagnostische Informationen gesammelt.

Das Konzept beinhaltet 15 Prozess-Elemente des Erstgesprächs, wobei Reihung und Gewichtung dem Praktiker/der Praktikerin überlassen sind. „Vielmehr muss das Protokoll offen bleiben für die Dynamik des Gesprächsverlaufes . . .“ (Behr 2006, S. 113) In Abbildung 2 sind die Prozess-Elemente auf der linken Hälfte angeführt.

Die 15 Prozess-Elemente werden nun im Einzelnen erklärt (Behr 2006, S. 113ff):

Wertschätzung zeigen und ein symmetrisches Beziehungsangebot machen: Um eine vertrauensvolle, authentische Beziehung aufzubauen, ist es wichtig freundlich und offen auf den/die KlientIn zuzugehen. Die Eltern und das Kind spüren, dass sie unabhängig vom Beratungsgrund als gleichwertige PartnerIn angesehen werden.

Überweisungskontext klären: „Wer will was von wem, welche Abhängigkeiten, Loyalitäten, Machtverhältnisse bestehen.“ (Behr 2006, S. 113) Die systemische Sichtweise weist auf den großen Einfluss des Überweisungskontextes auf die Beratungssituation hin. Motive, Abhängigkeiten und persönliche, fachliche oder ökonomische Hintergründe spielen besonders in Kleinstädten eine Rolle.

Transparenz schaffen: Die Therapeutenperson erklärt den (zeitlichen) Gesprächsrahmen, sich selbst, ihre Arbeitsweise und die Institution oder Praxis. Besonders wichtig ist die Erläuterung der Schweigepflicht für Kinder und Jugendliche.

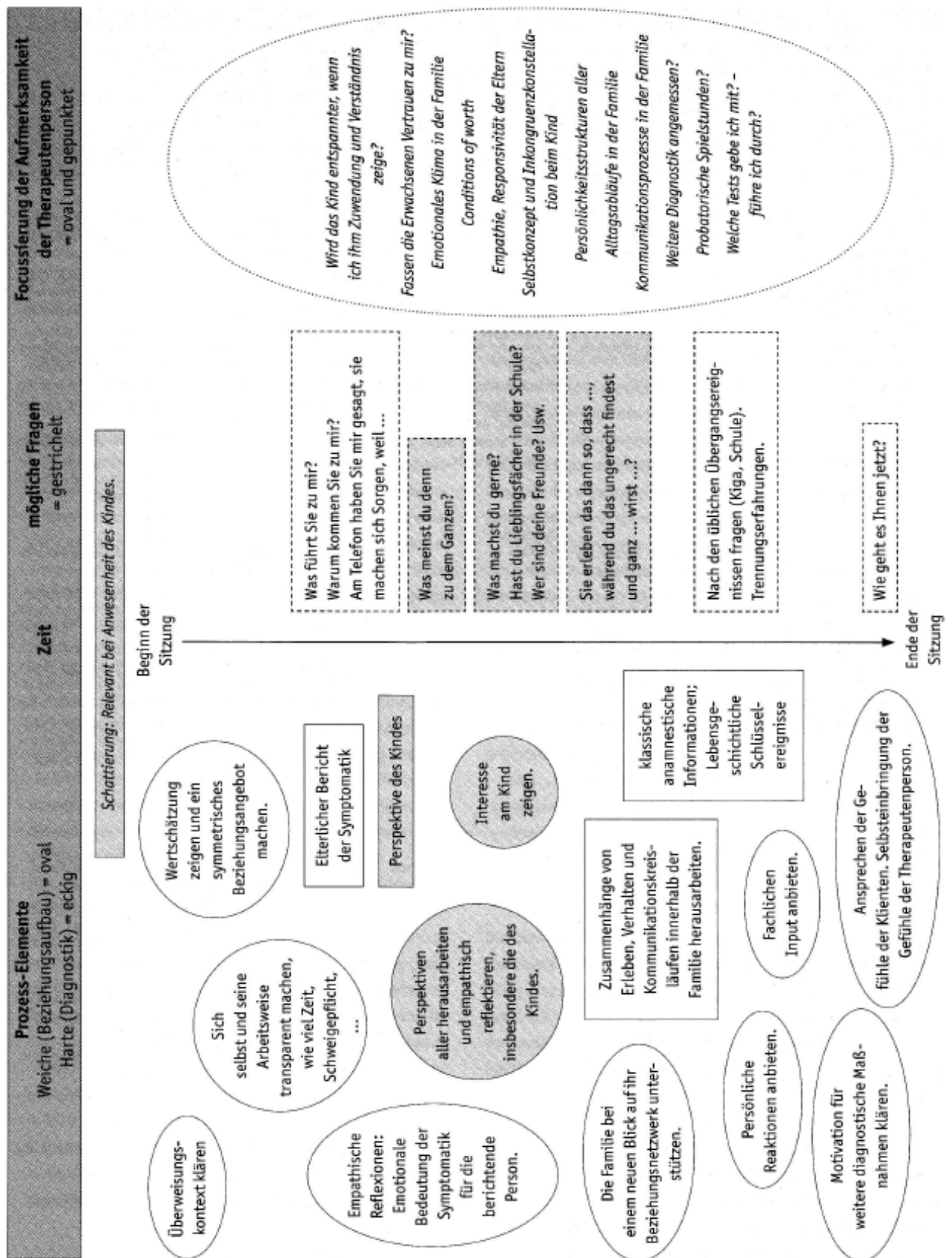


Abbildung 2 Das Stuttgarter Konzept beziehungszentrierter Erstkontakte (Behr 2006, S. 112)

Elterlicher Bericht der Symptomatik: Stehen die Eltern unter großem Leidensdruck, kann es zu einer langen Anklage und Kritik des Kindes kommen. Diese Entwertung vor der Therapeutenperson ist häufig schwer zu stoppen. „Manchmal gelingt dies durch sofortiges und wiederholtes kleinschrittiges Intervenieren in den Redefluss mit empathischen Reflexionen, die auch die persönliche Bedeutung des Berichteten für den Elternteil herausstellt.“ (Behr 2006, S. 114) Umgehen kann man diese unangenehme Situation, indem das Gespräch mit dem Kind begonnen wird. So wird auch gleich Kontakt hergestellt und das Kind fühlt sich von Anfang an ernst genommen und berücksichtigt.

Empathische Reflexionen: Emotionale Bedeutung der Symptomatik für die berichtende Person herausarbeiten: Diese Standard-Intervention des personenzentrierten Ansatzes stellt die Therapeutenperson im Erstgespräch vor eine besondere Herausforderung. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass die Eltern über Verhaltensformen des Kindes sprechen, die empathische Reflexion sich jedoch auf die dadurch ausgelöste elterliche Emotion bezieht. Diese Gefühle sind zudem meist leicht zu entschlüsseln und führen somit nicht zu signifikanten Momenten im Beratungsprozess. Eine weitere Herausforderung ist das Verbinden von emotionalen Reaktionen und deren empathische Reflexion mehrerer Familienmitglieder.

Perspektive des Kindes: Viele Kinder benötigen Ermutigung, Wertschätzung und Raum um ihre eigene Sicht der Dinge darzustellen. Häufig ist ein klares und direktives Verhalten der Therapeutenperson nötig um allen Perspektiven Gehör zu verschaffen, „denn damit wird vor allem das Kind geschützt.“ (Behr 2006, S. 114)

Perspektiven aller herausarbeiten und empathisch reflektieren, insbesondere die des Kindes: Durch eine Gegenüberstellung der verschiedenen Perspektiven der Familienmitglieder einer Situation, kann es zu der neuen Erfahrung kommen, dass es obsolet ist nach *einer* Realitätsdefinition zu suchen. Es dürfen mehrere unterschiedliche Wahrnehmungen und Erlebensweisen nebeneinander stehen bleiben und sogar wertgeschätzt werden. Die Position des Kindes muss, wie im vorigen Punkt beschrieben oft besonders hervorgehoben werden, damit sie im Gespräch nicht untergeht.

Interesse am Kind zeigen: Es geht darum Ressourcen, Fähigkeiten und Motivationen des Kindes herauszufinden, was gewissen diagnostischen Wert hat, vor allem aber dem Beziehungsaufbau dienlich ist. Das Kind wird anerkannt, akzeptiert und fühlt sich verstanden.

Zusammenhänge von Erleben, Verhalten und Kommunikationskreisläufen innerhalb der Familie herausarbeiten: Es kann bereits beim Erstkontakt gelingen, dass die Familie ein neues Verständnis für ihre Kommunikationsprozesse entwickelt. Durch eine direkte Fokussierung auf diese Zusammenhänge zwischen Erleben, Verhalten und Kommunikation anhand konkreter Situationen aus dem Familienalltag kann eine neue Erkenntnis gewonnen werden.

Die Familie bei einem neuen Blick auf ihr Beziehungsnetzwerk unterstützen: Nachdem die verschiedenen Perspektiven der Familienmitglieder zum Problem und ihre Kommunikationskreisläufe erarbeitet wurden, kann es möglich werden eine neue Sichtweise ihrer Beziehungsstrukturen zu entwickeln.

Persönliche Reaktionen anbieten: „Im Sinne selektiver Authentizität teilt die Beraterperson mit, welche Emotionen und Kognitionen einzelne Verhaltensweisen, Probleme oder Beziehungsstrukturen in der Familie bei ihr auslösen.“ (Behr 2006, S. 115) So werden die Familienmitglieder ermutigt ebenfalls über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen. Es stärkt das Vertrauen in die Beraterperson, weil sie dadurch erfahrbar wird, was wiederum die Beziehung vertieft.

Fachlichen Input anbieten: Auf fachliche Fragen gibt die Therapeutenperson Informationen über Störungsbilder, diagnostische Prozesse, Behandlungsverfahren, Erfolgsprognosen, etc.

Klassische anamnestische Informationen: lebensgeschichtliche Schlüsselereignisse: Über Fragebogen können vor dem Gespräch notwendige anamnestische Informationen zeitsparend eingeholt werden. Persönlich werden Erlebensaspekte, Beziehungsprobleme, Bedeutungsgebung o. Ä. vertiefend besprochen.

Motivation für weitere diagnostische Maßnahmen klären: Nach einer ersten Einschätzung der Situation wird das Kind z. B. gefragt, ob es mit dem/der Therapeuten spielen möchte, damit sie sich besser kennen lernen.

Ansprechen der Gefühle der KlientInnen. Selbsteinbringung der Gefühle der Therapeutenperson: Die Familie und die Therapeutenperson beschreiben kurz ihr Erleben des Erstgesprächs, was „Transparenz, Zuversicht und Klarheit sowie noch mehr Sicherheit für die weiteren Schritte“ (Behr 2006, S. 115) schafft.

Nach dieser genauen Erläuterung der 15 Prozess-Elemente komme ich zur Erklärung der rechten Hälfte der Abbildung 2. Zunächst führt Behr mögliche Fragen an die Familie an, welche zu bestimmten Prozesselementen passen. Dann weist er auf den Wechsel der Aufmerksamkeit der Therapeutenperson zwischen dem Interaktionsgeschehen des Gesprächs und einem inneren Arbeitsmodell hin. Auf dieser inneren Metaebene werden Wahrnehmungen verarbeitet, eingeordnet und bewertet. Aufgrund dieser Informationen werden Interventionen geplant, etc. Es geschieht ein Abgleich mit dem theoretischen Wissen der Therapeutenperson, welcher ihr hilft die aktuelle Beziehungssituation, das Störungsgeschehen und das Verhalten besser zu verstehen. Im rechten Oval der Abbildung sind Fragen und Themen aufgelistet, die die Therapeutenperson ‚im Hintergrund‘ bearbeiten kann.

Anschließend betont Behr den großen Stellenwert der Kongruenz der Therapeutenperson, die nötig ist um das Gespräch für alle Beteiligten, auch für die Therapeutenperson zu einem konstruktiven Abschluss zu bringen. Dieses Stuttgarter Konzept beziehungs-zentrierter Erstkontakte will nicht nur diagnostische Information für den/die TherapeutIn gewinnen, sondern der Familie zu neuen Kommunikations- und Entwicklungsprozessen verhelfen. Deshalb tendiert Behr dazu das Kind zum Erstgespräch mit einzuladen, außer es sprechen konkrete Gründe dagegen.

Auch Mattejat und Remschmidt (1997) plädieren für ein möglichst transparentes diagnostisches Vorgehen, und stellen dabei eine breite Akzeptanz und gute Kooperation der Familien fest. „Für einen umgrenzten diagnostischen Bereich allerdings können wir festhalten, dass ein möglichst transparentes Vorgehen, so wie wir es erprobt haben, von fast allen Familien gut akzeptiert und gern aufgegriffen wird.“ (Mattejat & Remschmidt 1997, S. 391)

Es wurde ausführlich über ein Konzept der Erstkontaktgestaltung berichtet, um die Komplexität der Anforderungen an die Therapeutenperson aufzuzeigen. Ich vermute viele Parallelen zwischen dem Erstkontakt und der allgemeinen Gestaltung der Elterngespräche, weshalb z.B. die definierten Prozesselemente auch dort Anwendung finden könnten. Ich folge der zeitlichen Abfolge und beschreibe nun die probatorische oder diagnostische Phase.

3.5 Probatorische Phase

Das Erstgespräch ist in Deutschland Teil der sogenannten „probatorischen Phase“, die etwa fünf Termine umfasst und eine ausführliche Diagnostik und die Klärung des Behandlungs-

auftrages zum Ziel hat. Die Situation in Österreich wird in der Darstellung der empirischen Ergebnisse erläutert. Behr (2006, S. 110f.) hat für diese Phase fünf Setting-Möglichkeiten herausgearbeitet und auf ihre Beziehungszentrierung hin untersucht. Dies ist für meine Fragestellung relevant, weil hier der Einbezug der Familie unterschiedlich gestaltet wird und die Form der probatorischen Phase große Auswirkungen auf den weiteren Therapieverlauf hat.

Bei der „klassischen“ Vorgehensweise werden zum Erstgespräch das Kind und seine Eltern eingeladen. Danach werden drei diagnostische Spieltherapie-Termine und eine Test-Diagnostik mit dem Kind durchgeführt. Den Abschluss bildet ein Gespräch mit den Eltern, bei dem das weitere Vorgehen besprochen wird. Vorteile dieser „klassischen“ Methode sind z.B., dass schon beim Erstkontakt für alle Familienmitglieder Transparenz geschaffen werden kann und dass die Therapeutenperson die Interaktion in der Familie miterlebt und somit diagnostische Informationen auf verschiedenen Ebenen erhält. Als Nachteile werden genannt, dass der Beziehungsaufbau zu allen Beteiligten oft schwer herzustellen ist, sowie dass diese komplexe Situation eine große Herausforderung für die Therapeutenperson darstellt, die häufig doch nicht die erhofften diagnostischen Informationen erbringt. Im Zweifelsfall kann diese Vorgehensweise immer angewendet werden. Bei hochstrittigen Paaren oder ausdrücklichem Wunsch der Eltern nach einem alleinigen Gespräch ist diese Methode allerdings kontraindiziert.

Die kindzentriert „probatorische Phase“ ist optimal um schnell einen guten Kontakt zum Kind herzustellen. Beim Erstkontakt geht die Therapeutenperson so bald wie möglich mit dem Kind in das Spieltherapiezimmer, während die Eltern Fragebögen ausfüllen. Das zweite Treffen findet nur zwischen TherapeutIn und Eltern statt, wobei hier ein neuerlicher Beziehungsaufbau statt findet. Danach (gleich wie bei der klassischen Form) werden zwei Spieltherapie-Termine mit nötiger Testdiagnostik und ein Abschlussgespräch mit den Eltern abgehalten. Detailliert nachzulesen ist diese Methode bei Weinberger (2005). Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass sich das Kind sehr wertgeschätzt und wichtig fühlt. Nachteilig zeigt sich, dass die Eltern der Therapeutenperson viel Vertrauen entgegenbringen müssen und ihre Sichtweisen und Probleme nicht gleich loswerden können, weshalb sie sich eventuell zurückgesetzt fühlen. Deshalb benötigt diese Methode eine gute telefonische Vorbereitung der Eltern. Bei sehr ängstlichen Kindern, anderen Elternwünschen oder einer eventuellen Familientherapie ist die kindzentrierte Vorgehensweise weniger indiziert. Sehr hilfreich schätzt Behr (2006) dieses Setting ein, wenn der Fokus der Therapie von Anfang an beim Kind liegt.

Weil die psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen nicht Thema dieser Arbeit ist, wird die dritte Settingoption, die sich nach diesem Klientel richtet nicht näher ausgeführt.

Behr (2006) beschreibt auch eine elternzentrierte Setting-Option. Hierbei werden sowohl beim Erstkontakt, als auch zum Abschlussgespräch die Eltern alleine eingeladen. Dazwischen liegen drei Spieltherapiestunden mit dem Kind. Diese Methode hat einige Vor- und Nachteile. Positiv daran ist, dass die Eltern freier, auch über nicht kindgerechte Themen sprechen können. Das Kind ist damit geschützt vor elterlicher Entwertung aber auch vor einer Therapeutenperson, die die Eltern nicht kennen. Für den/die TherapeutIn ist von Vorteil vor einer einfacheren Situation zu stehen und vor dem ersten Spieltermin schon mehr Informationen über das Kind bekommen zu haben. Für die Kind-TherapeutIn-Beziehung ist diese Methode jedoch von Nachteil, weil die Therapeutenperson vom Kind zunächst als Verbündeter der Eltern gesehen wird, also zu Beginn keine Neutralität erlebt wird und sich das Kind eventuell als Behandlungsobjekt fühlt. Außerdem kann die Therapeutenperson bei dieser Setting-Möglichkeit keine Eltern-Kind-Interaktion beobachten. Indiziert ist ein elternzentriertes Vorgehen bei ausdrücklichem Elternwunsch, bei speziellen Vorinformationen (z.B. Traumatisierung) und bei dem Wunsch der Therapeutenperson nach einer unkomplizierten Situation.

Als letzte der fünf Setting-Möglichkeiten beschreibt Behr (2006) die familienzentrierte Methode. Sie entspricht der personenzentrierten Familientherapie, wie sie z.B. bei Kemper (1997) oder bei O'Leary (2004) ‚Counselling couples and families. A Person-Centred Approach‘ nachzulesen ist. Sie kann bei familientherapeutischer Orientierung der Therapeutenperson und manifesten Kommunikations- und/oder Beziehungsproblemen in der Familie angewendet werden. Bei jeder Sitzung sind alle Familienmitglieder anwesend, was zum Vorteil hat, dass das Kind nicht zum Behandlungsgegenstand gemacht wird und sich die Eltern schwerer dem Veränderungsprozess entziehen können. Bei diesem Ansatz geht es um eine sofortige Veränderung der Wahrnehmungen und Einstellungen der Eltern und eine fortlaufende Herstellung von Transparenz in der Familie. Von Nachteil ist, dass das Kind keine Behandlung erhält und seine Inkongruenz durch die Änderung des Familiensystems oft nicht gemindert wird. Dem kann mit einer kombinierten Einzelspieltherapie des Kindes entgegengewirkt werden. Weiters ist die Wirksamkeit wenig belegt und die Gefahr des Therapieabbruchs durch die Eltern größer.

Welche dieser fünf Setting-Möglichkeiten der „probatorischen“ Phase ausgewählt wird entscheidet die Therapeutenperson am besten nach einem Telefonat, wobei die nötigen Informationen eingeholt wurden. Es „wird die Wahl des Settings von der Gewichtung der Vor- und Nachteile, der besonderen Lage des Falls, den persönlichen Erfahrungen und

spezifischen Kompetenzen der Therapeutenperson und sicher auch von den Gepflogenheiten der jeweiligen Institution abhängen.“ (Behr 2006, S. 110) Nach Behr (2006) entscheidet der erste telefonische Kontakt über die Settingwahl, laut Jellouschek (1982) muss der Familientherapeut schon d a v o r das beste Setting kennen: „Er muss persönlich voll von der Notwendigkeit überzeugt sein, dass eine Beratung oder Behandlung auf jeden Fall mit der ganzen Familie beginnen soll.“ (Jellouschek 1982, S. 161) Denn der spätere Einbezug der Familie ist schwierig oder gar unmöglich. In Kapitel 3.10 ‚Schwierigkeiten der Elternarbeit‘ werde ich diese Überlegungen diskutieren.

Nochmals möchte ich hervorheben, dass die Wahl des Settings die Zielrichtung der Intervention inkludiert und somit eine schwerwiegende Entscheidung ist. Da die beschriebenen Methoden schon in der Gestaltung des ersten Kontaktes differieren, muss die Entscheidung darüber schon davor stattfinden. Mir stellt sich die Frage inwieweit nach einem Telefonat mit einem Elternteil genügend Informationen vorhanden sind, um dies zu entscheiden. Dies legt den Gedanken nahe, dass für die Wahl des Settings mehr die Neigungen der Therapeutenperson oder der Institution, als die Bedürfnisse des/der Klienten/in entscheidend sind.

Angelehnt an die Einteilung von Behr (2006) werde ich nun die personenzentrierten Arbeitsformen der Elternarbeit strukturieren und vorstellen. Allen Konzepten ist gemein, dass es um das Wohlergehen und die Gesundheit des Kindes geht. Implizit oder explizit nehmen alle vorgestellten Modelle an, dass diese Ziele nur durch Zusammenarbeit mit den Eltern erreicht werden können.

3.6 Elternzentrierte Konzepte der Elternarbeit

Ich werde im folgenden Abschnitt personenzentrierte Arbeitsweisen vorstellen, die vorwiegend Eltern im Fokus ihrer Bemühungen haben. Sie grenzen sich durch die große Kontaktzahl mit den Eltern von denjenigen Formen ab, die in Kapitel 3.7 ‚Familienzentrierte Konzepte der Elternarbeit‘ und Kapitel 3.8 ‚Kindzentrierte Konzepte der Elternarbeit‘ diskutiert werden. Zunächst werden Trainings, dann Beratung und Therapie der Eltern besprochen, um die große Bandbreite der Möglichkeiten aufzuzeigen. Die aufgezeigten Formen können eine Spieltherapie des Kindes begleiten oder als alleinige Maßnahme empfohlen werden.

3.6.1 Elterntrainings

Bei Elterntrainings wird mit den Bezugspersonen des Kindes in zeitlich begrenzten Elterngruppen mit standardisierten Konzepten mit Programmstruktur gearbeitet. Bei

manchen Trainings können auch die Kinder teilnehmen. Ob parallel dazu eine Therapie mit dem Kind statt findet, wird unterschiedlich gehandhabt. Manche Trainingsprogramme sind eher auf präventive Ziele ausgerichtet, andere auf bestimmte Problemfelder spezialisiert. Generell geht es um eine Steigerung der Erziehungskompetenzen und Sensibilisierung für die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes. „Hilfreich sind diese Programme bei relativ stabilen Familien mit begrenzten Belastungen und Problemen sowie bei Eltern mit kleineren Kindern.“ (Körner & Sitzler 1998, S. 298) Bei schwerwiegenden, zahlreichen Problemen oder psychischer Erkrankung werden Elterntrainings von den Autoren als Nachsorge nach einer Psychotherapie oder Beratung empfohlen. (Körner, Sitzler 1998, S. 298)

Landreth diskutiert die Frage, ob Eltern, deren Kinder in Spieltherapie sind eher eine Therapie oder ein Elterntraining benötigen und kommt zu dem Schluß: „The point being made here is that parent training is the preferred but not the exclusive approach.“ (Landreth 2002, S. 154) Psychotherapie kann zwar das Selbstkonzept der Eltern verändern, jedoch wissen manche Eltern, so Landreth einfach nicht, wie sie den emotionalen Zuständen ihres Kindes hilfreich begegnen sollen (Landreth 2002, S. 154).

Wilson und Ryan (2001, S. 210) blicken skeptisch auf die Bereitschaft der Eltern an Trainings teilzunehmen: „Another potential disadvantage is that many parents may be difficult to engage in direct work on their parenting and prefer the focus to remain on their child.“ Manche Eltern, so diese Autoren, wollen so wenig wie möglich am Therapieprozess teilhaben. Wie mit diesem Widerstand der Eltern umzugehen ist, und welche Arbeitsformen dann sinnvoll sind, werden im Kapitel 3.10 ‚Schwierigkeiten der Elternarbeit‘ besprochen.

Beispielhaft für ein personenzentriertes Elterntraining, kann das Family (oder Parent) Effectiveness Training (F.E.T.) vorgestellt werden, welches von Thomas Gordon, einem Schüler und Mitarbeiter von C. Rogers entwickelt wurde. Ausgewählt habe ich dieses Training, weil es eindeutig der personenzentrierten Theorie zuzuordnen ist, wobei Rogers über das Konzept seine Zweifel hatte. (Weinberger 2004, S. 6) Bei dem F.E.T. treffen sich die TeilnehmerInnen an zwei Wochenenden für insgesamt 18 Stunden mit einem Trainer/einer Trainerin und erlernen und besprechen Hilfen für den Familienalltag. Kinder ab 12 Jahren können auch daran teilnehmen. Das Training möchte auch TherapeutInnen und BeraterInnen ansprechen, welche das F.E.T. als Begleitmaßnahme zur Therapie oder Beratung einsetzen können.

Den theoretischen Hintergrund des F.E.T. bilden das humanistische Menschenbild, die personenzentrierte Psychologie und Gordons bekanntes Buch ‚Familienkonferenz‘, worin er eine gleichberechtigte, demokratische Beteiligung der Familienmitglieder an Entscheidungen und Konfliktlösungen beschreibt (Tschöpe-Scheffler 2005, S. 312). Ein allgemeines Ziel des F.E.T. lässt sich wie folgt beschreiben: „Der achtende und akzeptierende Umgang miteinander lässt eine tiefere und wärmere Beziehung zwischen Kind und Elternteil, aber auch innerhalb der Partnerschaft entstehen. Langandauernde Problemthemen können zufriedenstellend für alle gelöst werden.“ (Tschöpe-Scheffler 2005, S. 314)

Lernziele der Eltern sind: Aktives Zuhören, Klärung des Problembesitzes und das Senden von Ich-Botschaften (Tschöpe-Scheffler 2005, S. 313). Die Kinder können durch das Training eine größere Selbstachtung und mehr Selbstvertrauen entwickeln, sowie Konfliktlösungs- und Kommunikationskompetenzen erwerben, und sich im Kontakt mit den Eltern intensiver wahrnehmen. Da die Kinder an Entscheidungen und beim Aufstellen von Familienregeln gleichberechtigt beteiligt sind, sind sie motiviert diese auch umzusetzen und einzuhalten. (Tschöpe-Scheffler 2005, S. 315) Familien lernen auf Disziplinierung oder Bestrafung zugunsten von Kooperation und Partizipation zu verzichten und schaffen so ein psychisch gesundes Familienklima mit vertieften Beziehungen der Familienmitglieder (Breuer 2005, S. 26).

Die Lerninhalte des F.E.T. werden durch Kurzvorträge, Rollenspiele, schriftliche Übungen, Kleingruppenarbeiten, Gruppendiskussionen und Selbstreflexion übermittelt und erarbeitet. Einen Schwerpunkt des Kurses bildet der Austausch der Eltern untereinander. (Tschöpe-Scheffler 2005, S. 314) Einer aktuellen Metaanalyse aus dem englischsprachigen Bereich folgend, kann das F.E.T. als sehr erfolgreich betrachtet werden. Das Elterntaining „appears to be a better approach for helping families with older children and adolescents (medium to large effect sizes) as compared to younger children (small to large effect sizes).“ (Cornelius-White & Motschnig-Pitrik 2010, S. 58)

Zur Situation in Österreich ist zu sagen, dass im Jahr 2004 unter der Bezeichnung ‚Gordon Familientraining‘ 57 freiberufliche TrainerInnen Kurse anboten. (Weinberger 2004, S. 127)

Andere Elterntrainings werden nun nur kurz erwähnt, um die Vielfalt des Angebots aufzuzeigen: Das Systematic Training for Effective Parenting (STEP) hat ähnliche theoretische Grundlagen und Ziele wie das F.E.T., dauert jedoch länger (zehn Wochen bei ähnlicher Gesamtstundenanzahl). Es gibt altersspezifische und spezielle Gruppen für

pädagogische Berufe. (Kühn, Petcov 2005, S. 69) Weitere Elterntrainings, die unterschiedliche theoretische Hintergründe haben sind zum Beispiel: Starke Eltern – starke Kinder, FamilienTeam, Positive Parenting Programm – Triple P oder Kess-erziehen. Diese und andere Programme sind u.a. nachzulesen bei Tschöpe-Scheffler, S. (Hrsg.) (2005).

Nun werde ich ein besonderes personenzentriertes Elterntraining vorstellen: die Filialtherapie. Ihre Besonderheit liegt in den therapeutischen Kompetenzen, die den Eltern vermittelt werden. Diese werden angeleitet eine quasi-therapeutische Spielstunde mit ihrem Kind durchzuführen.

3.6.2 Filialtherapie – Child-Parent-Relationship Therapy (CPRT)

In den sechziger Jahren wurde dieser Ansatz von dem Ehepaar Guerney unter der Bezeichnung Filialtherapie entwickelt. Aktuelle Publikationen benennen diese Therapieform Child-Parent-Relationship Therapy (CPRT) (vgl. Landreth 2002), jedoch handelt es sich meines Erachtens eigentlich um ein Elterntraining. Ob dieses Konzept eher Trainings- oder Therapiecharakter aufweist, kann an dieser Stelle aus Platzgründen nicht diskutiert werden.

Hier wird ein Elternteil zum personenzentrierten Lientherapeuten trainiert und zum Spielpartner und Veränderungsagent des Kindes. Für eine begrenzte Zeitdauer (30-45 Min.) wird ein Mal pro Woche über einen längeren Zeitraum (ca. 2 Monate) nach personenzentrierten Prinzipien zu Hause gespielt. „Ein Filialtherapeut begleitet die anschließenden Prozesse im Elternhaus supervisionsartig.“ (Goetze 2002, S. 468) Ziel dieser Therapie-/Trainingsform ist es, die Einstellungen und Praktiken der Eltern gegenüber ihrem Kind zu verändern. Dem Kind soll die Möglichkeit geboten werden seine Bedürfnisse im Spiel auszudrücken und Selbst- und Fremdwertschätzung zu erfahren. (Goetze 2009, S. 81) Diese Methode versucht die elterlichen Erziehungskompetenzen zu steigern und so das familiäre Selbsthilfepotenzial zu aktivieren, womit zwei präventive Ziele erreicht werden sollen: Primär wird in ‚gesunden‘ Elternhäusern Problemen vorgebeugt, indem Inkongruenzen aufgefangen werden; sekundär können belastete Familien vor schwerwiegenderen Störungen bewahrt werden. (Goetze 2009, S. 81)

Der Bezugsperson werden die acht filialtherapeutischen Prinzipien vermittelt, welche sich stark an den nondirektiven Prinzipien von V. Axline orientieren, und in dieser Arbeit schon vorgestellt wurden (Kapitel 2.3.1 ‚Die nondirektive Phase‘). Anstelle der Therapeutenperson tritt die Bezugsperson und bemüht sich um eine vollständige Annahme des Kindes, ein Klima des Gewährenlassens, Achtung vor dem Kind, Weg-Weisung (Leitung) durch das Kind, die Nicht-Beschleunigung, eine freundliche Gestaltung der Beziehung, ein

Erkennen und Reflektieren der Gefühle und die Begrenzung (Goetze 2009, S. 83). Diese Prinzipien werden in der Eltern-Trainingsgruppe durch Rollenspiele, Beispielfideos, Arbeitsblätter und Kommunikationsübungen erlernt und eingeübt (Goetze 2009, S. 89).

Wirksamkeitsnachweise der CPRT sind durchwegs positiv, stammen jedoch aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, was Verallgemeinerungen für den deutschsprachigen Bereich erschwert (Goetze 2002, S. 506 und Goetze 2009, S. 86f.). So schreibt Landreth (2002, S. 39) „I have developed a 10-week filial therapy model that has produced reliable, statistically significant changes with a wide variety of parent and child populations.“ Auch die Metaanalyse von Cornelius-White & Motschnig-Pitrik (2010) weist große Effektgrößen bei der Filialtherapie nach. Die großen Erfolge der CPRT werden auch von der Metaanalyse von Bratton, Landreth & Yung-Wie (2010) bestätigt. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass der Einbezug der Eltern in den therapeutischen Prozess des Kindes von enormer Wichtigkeit ist.

Goetze (2009) stellt laut eigenen Angaben die bis dahin einzige deutschsprachige Studie vor, welche trotz kurzer Elterntrainings-Dauer an übrige Forschungsergebnisse anschließt (Goetze 2009, S. 95). Die Erfolgsforschung richtet sich so wie die gesamte Therapie vor allem auf die Erziehungskompetenzen der Eltern. So sind auch die Überlegungen von Goetze bezüglich der Gegenindikationen auf die Eltern beschränkt. Goetze (2009, S. 96) meint, dass bei Eltern, die intellektuell oder psychisch nicht in der Lage sind den acht filialtherapeutischen Prinzipien zu folgen, eine CPRT nicht zu empfehlen ist. Wenn also z. B. eine Ehekrise oder Depressionen die Eltern belasten, sind andere Therapieformen indiziert.

Goetze (2009, S. 96) vermutet, dass die Nachfrage bezüglich CPRT in Zukunft auch im deutschen Sprachraum steigen wird „da die Vorzüge nicht von der Hand zu weisen sind.“ (Goetze 2009, S. 96) Die kurze Dauer des Trainings sowie der Spielzeit mit dem Kind, kombiniert mit dem geringen Aufwand senken die Hemmschwelle, verglichen mit der herkömmlichen Spieltherapie. Auch skeptische Eltern lassen sich auf dieses ‚Experiment‘ in der eigenen Wohnung ein. Weiters wird von den Eltern keine Übertragung von neuen Verhaltensmustern auf den Alltag gefordert – dies geschieht von selbst, so Goetze (2009, S. 97), wenn die Erfolge aus den Spielstunden ersichtlich werden.

3.6.3 Videogestützte Einzelarbeit mit Eltern

Diese Arbeitsweise wendet Ehlers (2002) bei selbstbestimmten Mutter-Kind-Spielstunden im Spieltherapiezimmer an. Meist sind die KlientInnen Kinder im Kleinkind- oder Vorschulalter mit ihren Müttern, wobei häufig keine zusätzliche Spieltherapie durchgeführt

wird. Mutter und Kind spielen etwa 25 Minuten im Spieltherapiezimmer, so „wie sie es auch zu Hause tun“ (Ehlers 2002, S. 86) und werden dabei vom Nebenraum aus per Video aufgezeichnet. Es finden 3 – 8 Sitzungen im Abstand von 1 – 4 Wochen statt. Die Therapeutenperson beobachtet das Spiel und wählt drei Sequenzen aus, die durch empathisches und unterstützendes Verhalten der Mutter gekennzeichnet sind. Diese Ausschnitte werden gleich danach gemeinsam mit Mutter und Kind betrachtet und besprochen. „Es sollen ausschließlich positive Verhaltensweisen in ihrer Interaktion zurückgemeldet [und bestätigt, B. H.] werden.“ (Ehlers 2002, S. 86) Es werden z.B. Situationen, die durch ein Respektieren der kindlichen Bedürfnisse, eine angemessene Grenzsetzung oder einen Ausdruck der Zuneigung und Akzeptanz gekennzeichnet sind ausgewählt. Durch das Hervorheben der hilfreichen Interaktion mit ihrem Kind, wird die Mutter in ihrer Erziehungsfähigkeit gestärkt, sie fühlt sich wertgeschätzt und Schuld- oder Inkompetenzgefühle können verringert werden. Wie schon erwähnt, kann diese Arbeitsform auch als Elterntraining eingeordnet werden (Behr, Hölldampf & Hüsson 2009, S. 23ff).

Ziele der videogestützten Einzelarbeit mit Eltern sind:

- „Verstärkung der empathischen Beziehungsaspekte,
- Verstärkung positiver Selbstwahrnehmung,
- Abbau von Selbstzweifeln,
- Änderungen im Selbstkonzept.“ (Ehlers 2002, S. 85)

3.6.4 Elternberatung

Beginnen möchte ich dieses Kapitel mit dem kurzen Versuch Beratung von Psychotherapie abzugrenzen. Psychotherapie wird in Österreich gesetzlich von Lebens- und Sozialberatung getrennt. Inhaltlich lassen sich die beiden Begriffe durch Indikation, Methoden, Dauer, Frequenz, Ausbildung, Setting, KlientInnen und Tätigkeitsziel unterscheiden. Die Zielrichtung der Psychotherapie ist Heilung von psychischer Erkrankung. Die Beratung „ist eher ein präventives Angebot zur Verhinderung von krankhaften Persönlichkeitsentwicklungen.“ (Lezius-Paulus 1998, S. 381) Sie versucht die KlientInnen in bestimmten Problemen gezielt auf eine Lösung hinzuführen, ist häufig institutionell verankert und auf einen Problembereich spezialisiert (z.B. Erziehungs-, oder Eheberatung). „Als übergreifende allgemeine Merkmale institutioneller Erziehungsberatung dürfen gelten: ein multiprofessionelles Team, Freiwilligkeit und Kostenlosigkeit der Inanspruchnahme, Schutz der Privatsphäre durch Datenschutzbestimmungen.“ (Abel 1998, S. 87) Das schließt eine psychotherapeutische

Tätigkeit in diesem Rahmen jedoch nicht aus. Ein/e BeraterIn ist verpflichtet bei krankheitswertigen Störungen eine heilsame (sprich: psychotherapeutische oder medizinische) Behandlung zu empfehlen. Psychotherapie hat nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz von 1990 zum Ziel „bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“ Der Psychotherapie liegt ein ganzheitlicher Ansatz zugrunde.

Der personenzentrierte Ansatz sieht allerdings eine solche Unterscheidung nicht vor. So nannte Rogers (1972, Orig. 1942) sein Buch ‚Counseling and Psychotherapy‘ und verwendet die Begriffe synonym, weil „sie sich alle auf die gleiche grundlegende Methode beziehen.“ (Rogers 1972, S. 17, Orig. 1942) Ganz in diesem Sinne schreibt auch O’Leary (2004, S. XII) „I do not think there is an exact or useful distinction between the words ‚therapy‘ and ‚counseling‘.“ Auch anders orientierte AutorInnen stellen fest, dass in der Praxis eine Unterscheidung schwer möglich ist. „Ein Gespräch mit Eltern in einer Erziehungsberatungsstelle wird genauso nach den Prinzipien therapeutischer Gesprächsführung geführt wie ein Einzelgespräch in einer Therapiesitzung.“ (Piontek 2002, S. 32) Die Unterscheidung gelingt nur, wenn Kontext und Ziele in Betracht gezogen werden. „Das Ziel einer Psychotherapie ist eine Veränderung der Beziehung des Klienten zu sich selbst.“ (Biermann-Ratjen, Eckert, & Schwartz 2003⁹) Bei einer Beratung ist weder das Thematisieren des Beziehungsangebots der Therapeutenperson an den/die Klienten/in, noch deren Selbstentwicklung angestrebt.

Dieses Zitat bringt mich inhaltlich zurück zum eigentlichen Thema der personenzentrierten Elternberatung. Die Prinzipien der personenzentrierten Elternberatung unterscheiden sich demnach nicht von denjenigen der Psychotherapie, welche schon im Kapitel 2 ‚Personenzentrierte Spieltherapie‘ vorgestellt wurden. Personenzentrierte Elternberatung bietet keine Ratschläge oder Lösungsmöglichkeiten, sondern eine vertrauensvolle psychologische Beziehung an, so wie auch in der Therapie. Von dieser Vorgehensweise ist auch Ehlers (2002, S. 79) überzeugt, wenn sie schreibt: „Zu Beginn meiner Arbeit musste ich . . . erkennen, dass Eltern bei rein beratenden Gesprächen über die richtige Erziehung, nicht ihre Einstellungen zum Kind veränderten.“ Eine personenzentrierte Beziehung, die von Empathie, Echtheit und bedingungsloser positiver Wertschätzung des/der TherapeutIn gekennzeichnet ist, kann den Eltern helfen ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wieder näher zu kommen. „Erst dann können sie . . . zumindest teilweise spüren, was ihnen in der Beziehung zu ihrem Kind Schwierigkeiten bereitet.“ (Ehlers 2002, S. 80).

Die personenzentrierte Therapeutenperson wendet sich mit der selben Haltung einem/r KlientIn zu, der Beratung sucht, wie einem/r, der/die Therapie in Anspruch nehmen möchte. Der Kontext und die Zielsetzungen unterscheiden sich dennoch von einer Psychotherapie. Erziehungsberatung wird meist in dafür vorgesehenen Institutionen angeboten und hat die Eltern-Kind-Interaktion im Fokus.

Erziehungsberatung der Eltern, als alleinige Maßnahme ohne Therapie des Kindes wird in folgenden Fällen empfohlen:

Wenn die Verhaltensprobleme des Kindes in erster Linie durch

- den Erziehungsstil der Eltern,
- eine Überforderung der Eltern durch eine momentane Krisensituation,
- eine große Unsicherheit in Bezug auf Erziehungsfragen oder
- durch Partnerschaftsprobleme verursacht und aufrechterhalten werden. (Weinberger 2005, S. 117)

3.6.5 Einzeltherapie eines Elternteils oder beider Eltern, Paartherapie

Wenn die Ursachen der Probleme bei einem Elternteil oder auf der Paarebene zu suchen sind, wird eine Einzeltherapie oder Paartherapie (ausschließlich oder zusätzlich zur Spieltherapie des Kindes) empfohlen. „Wenn in einem Familiengespräch (schnell) ein Konflikt auf der Eltern-/Paarebene deutlich wird, ist . . . der Verweis an einen anderen Therapeuten wichtig, damit die Eltern für sich diese Thematik bearbeiten können.“ (Fröhlich-Gildhoff 2003, S. 313) Auch Schmidtchen (1989, S. 180) empfiehlt eine Paar- bzw. Elterntherapie, wenn die gestörte Partnerschaft die Störungen des Kindes bedingt.

In welchem Ausmaß eine Paartherapie die Inkongruenz des Kindes verringern kann, ist noch nicht (Stand 1989) wissenschaftlich belegt. „Bisher nicht gesondert untersucht wurde die Frage, wie stark ein kindliches Problemverhalten durch eine Paartherapie der Eltern abgebaut werden kann.“ (Schmidtchen 1989, S. 185)

Ungeklärt ist ebenso, ob die ausschließliche oder begleitende Psychotherapie eines Elternteils oder der Eltern die Eltern-Kind-Interaktion zu einer heilsamen werden lässt. Dies wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt und angewendet.

In therapy parents may gain new insights, improve their self-concepts, experience less anxiety, and still go home and subject their children to less than helpful parenting practices. [...] However, when parents feel better about themselves, are less anxious,

and are better adjusted, they are more likely to respond in positive, self-enhancing ways to their children. (Landreth 2002, S. 154)

Die, in diesem Abschnitt dargestellten elternzentrierten Konzepte der Elternarbeit können in Form eines Trainings, einer Filialtherapie, einer Beratung oder Therapie der Eltern stattfinden. Jede der Formen kann alleine oder zusätzlich zu einer Spieltherapie vom Kindertherapeut / von der Kindertherapeutin empfohlen werden. Das verbindende Ziel ist die Heilung der Eltern-Kind-Interaktion.

Nun werden Arbeitsformen dargestellt, die die ganze Familie im Fokus haben. Konzepte der personenzentrierten Familientherapie sind Thema im folgenden Kapitel.

3.7 Familienzentrierte Konzepte der Elternarbeit

In diesem Abschnitt wird ein Überblick der Entwicklung von der Familientherapie hin zur Familienspieltherapie vermittelt. Hier treffen systemische und personenzentrierte Konzepte aufeinander und versuchen sich zu ergänzen. Sie sind verbunden durch das Ziel der Familie als Klientin zu einer heilsamen Entwicklung zu verhelfen. Es wird nicht näher auf die systemische Familientherapie eingegangen, weil diese nicht Thema der Arbeit ist.

Ich habe diese Therapieformen in meine Ausführungen über Elternarbeit aufgenommen, weil aus familientherapeutischer Sicht ein auffälliges Kind häufig Ausdruck eines entwicklungshemmenden Interaktionsgeschehens der Familie ist, und dieses nur durch die Arbeit mit der ganzen Familie verändert werden kann. „Eine Familientherapie ist immer dann angezeigt, wenn das Problem des Kindes in erster Linie durch pathogene Interaktionen in der Familie bedingt ist.“ (Weinberger 2005, S. 117) McMahon beschreibt die Indikation einer Familienspieltherapie folgendermaßen: „If the pattern becomes confusing or destructive, or if it is unable adequately to manage traumatic loss, then help to the whole family may be more useful than help to the child alone.“ (McMahon 2009, S. 116)

Wenn die personenzentrierte Therapeutenperson familientherapeutisch orientiert ist, oder die Indikation dafür sieht, wird die „Elternarbeit“ in Form einer Familien(spiel)therapie statt finden. Die Therapie kann von Beginn an mit der Familie statt finden, oder die Spieltherapie des Kindes kann im Bedarfsfall durch einzelne Familienspielstunden, oder durch einen geplanten, eingeschobenen Block abgelöst werden. Die eingebettete Familienspieltherapie wird im gleichnamigen Kapitel 3.8.2 genauer dargestellt, weil der Schwerpunkt dabei auf der Therapie des Kindes liegt.

3.7.1 Familientherapie

Systemische und personenzentrierte Familientherapie ist traditionell auf verbale Kommunikationsformen beschränkt und findet häufig ohne Kinder statt. Der Schwerpunkt liegt auf der Arbeit mit Erwachsenen, häufig Paaren. Kinder in den Therapieprozess mit einzubeziehen ist eher unüblich. „. . . in many cases, children were either considered as too young to understand or as roadblocks to effective therapy. . . . and many family therapists are unprepared to effectively interact or feel comfortable with this age group.“ (Rotter & Bush 2000, S. 172) FamilientherapeutInnen fühlen sich oft nicht genügend ausgebildet um mit Kindern zu arbeiten. Selbst wenn die familiären Probleme mit dem Kind zu tun haben, werden diese nicht einbezogen. „Recent studies have reported the alarming finding that, to a large degree children are often excluded from family treatment, even when the presenting problems are child-related.“ (Sori 2006, S. 5) Ein aktuelles Beispiel für personenzentrierte Familientherapie, die Kinder nicht inkludiert ist das Buch von O’Leary (2004) “Counseling Couples and Families. Person-Centered Approach“. Obwohl O’Leary seine Arbeit mit Familien beschreibt, werden Kinder nicht erwähnt.

Diese Exklusion der Kinder aus der Familientherapie wird stark kritisiert. „Engaging all family members is what makes for effective comprehensive study of family dynamics.“ (Rotter & Bush 2000, S. 175) Auch Landreth (2002) betont die Vorzüge des therapeutischen Arbeitens mit der ganzen Familie: „. . . involving the whole family in play activity can be very facilitative and quite therapeutic for all involved.“ (S. 41) Sori (2006, S. XIX) zitiert die Ergebnisse eine Studie, wonach Kinder sehr großes Interesse daran haben, am familientherapeutischen Prozess teil zu nehmen.

Sollten Kinder unter zehn Jahren in die Familientherapie aktiv einbezogen werden, geschieht das mittels Spielmaterial, denn „Children below the age of 9 or 10 do not possess the verbal facility necessary to participate effectively in family interviews.“ (Landreth 2002, S. 41) Dann wird daraus eine Familienspieltherapie, welche im folgenden Kapitel näher vorgestellt wird.

3.7.2 Familienspieltherapie

„Familienspieltherapie ist ohne Zweifel der sehr konsequente Versuch, die Familie in die Therapie des Kindes einzubinden.“ (Kemper 1997, S. 75) Bei der Familienspieltherapie findet Spieltherapie mit der ganzen Familie statt.

Wie anfangs erwähnt treffen hier systemische und personenzentrierte Konzepte aufeinander. Kemper (1997, S. 72f.) beschreibt dies als eine Annäherung aus zwei Richtungen. Systemische Familien- und personenzentrierte Spieltherapie haben folgende

Veränderungswünsche: Die Familientherapie will sich mehr am Kind und seinen Bedürfnissen orientieren, das Kind mehr einbeziehen und das Spiel therapeutisch nützen. (Kemper 1997, S. 72) Die Spieltherapie wiederum will sich mehr um die Familie kümmern. (Kemper 1997, S. 72f.) Die Ergebnisse dieser Annäherung sind unterschiedlich. Um die verschiedenen Arbeitsweisen, die mit der ganzen Familie spieltherapeutisch arbeiten aufzuzeigen, werden nun zwei personenzentrierte Konzepte der Familien(spiel)therapie genauer vorgestellt: die Personenzentrierte Familientherapie nach Gaylin und die Personenzentrierte Familienspieltherapie nach Kemper.

Die personenzentrierte Familientherapie nach Gaylin (2002) möchte sowohl den einzelnen Familienmitgliedern, als auch der Familie als Ganzes dabei helfen, sich besser zu entwickeln. Gaylin sieht durch die Anwendung der personenzentrierten Therapietheorie bei Familien keinen großen Veränderungsbedarf derselben. „Personenzentrierte Psychotherapeuten müssen die Prämissen ihrer Methode nicht ändern, um Familientherapie anwenden zu können.“ (Gaylin 2002, S. 323)

Gaylin erweitert das personenzentrierte Konzept um die drei Begriffe der ‚Familienaktualisierungstendenz‘, der ‚intrapersonellen Inkongruenz‘ und der ‚Bedingung des Kontaktes und der Empathie für die ganze Familie‘, welche ich nun kurz erklären werde. Unter ‚Familienaktualisierungstendenz‘ versteht Gaylin den Antrieb und das Bewusstsein darüber eine Familie zu gründen. (Gaylin 2002, S. 321) Die Herkunftsfamilie ist essentiell für den Aufbau und die Gefühle gegenüber dem eigenen Selbst. (Gaylin 2002, S. 323) Die ‚intrapersonelle Inkongruenz‘ wird definiert durch widersprüchliche Wahrnehmungen innerhalb gemeinsam gemachter und verstandener Erfahrungen. Diese führen häufig zu Missverständnissen und dadurch zu Schmerz, Wut und Konflikten in der Familie, die ein effektives Funktionieren der Familie beeinträchtigen. (Gaylin 2002, S. 326) Die ‚Bedingung des Kontaktes und der Empathie für die ganze Familie‘ wird folgendermaßen erfüllt: Die Therapeutenperson bemüht sich zu allen Familienmitgliedern gleichzeitig eine therapeutische Beziehung, die durch empathisches Verstehen gekennzeichnet ist, aufrecht zu erhalten. (Gaylin 2002, S. 323) Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Familienkultur, d.h. den Bräuchen, Wertvorstellungen und Hierarchien. (Gaylin 2002, S. 323f)

Methodisch erweitert Gaylin das Repertoire um drei Begriffe: ‚interspace reflexion‘, ‚ghosting‘ und ‚intergenerational echoing‘, welche aus Platzgründen hier nicht genauer ausgeführt werden können. Gaylin versucht in der Arbeit mit Familien deren intra- und interpersonellen Inkongruenzen und die daraus folgenden Konfliktmuster gemeinsam zu reflektieren, um das Erleben der Familienmitglieder dahingehend zu ändern, dass der

Zugang zu Aktualisierungstendenzen der einzelnen Personen, sowie der Familie als Ganzes erleichtert wird. (Gaylin 2002, S. 32)

Gaylin betont die besondere Aufmerksamkeit, die in der Arbeit mit Kindern im Familiensetting benötigt wird. Kinder sind im nonverbalen Raum sehr sensibel und bemerken unechtes Verhalten schnell. Sie brauchen deshalb „im besonderen Maße einen kongruenten Therapeuten, soll die Therapie wirksam sein.“ (Gaylin 2002, S. 330) Die Ausstattung mit Spielmaterial schätzt Gaylin zweitrangig ein. Er setzt auf die Phantasie der Kinder und begnügt sich mit einigen Büchern und Zeichenutensilien, um den Kontakt anzubahnen. (Gaylin 2002, S. 330) Häufig sieht Gaylin das Kind einen Teil der Sitzung alleine und möchte als Freund oder Verbündeter des Kindes auftreten. (Gaylin 2002, S. 330f) Dies begründet Gaylin jedoch in seinen theoretischen Ausführungen nicht weiter.

In wie weit Gaylin spielerisch mit der ganzen Familie arbeitet, oder doch eher verbal reflektierend, kann ich aus dem bearbeiteten Text nicht herauslesen. Ich vermute jedoch den Schwerpunkt auf Letzterem. Er spricht auch nicht von *Familienspieltherapie*, da aber auch auf Kinder bewusst spielerisch eingegangen wird habe ich sein Konzept hier eingeordnet.

Kemper (1997) setzt bei seinem Konzept der personenzentrierten Familienpieltherapie konsequent auf den spielerischen Einbezug der Eltern in die Therapie des Kindes und rollt „die Behandlung vom Spielen her auf“ (Kemper 1997, S. 93). Es finden auch Elterngespräche statt, bei welchen die Kinder anwesend sein können. Der Kontext der Familie erleichtert es Symptome und Verhaltensweisen des Kindes zu verstehen. Diese Erkenntnisse können an Ort und Stelle an die Eltern vermittelt werden. Das Spiel und sein Thema spiegeln die innere Welt des Kindes. Das Kind führt durch sein Spiel die Therapeutenperson und die Eltern zu den wichtigen Fragen der Familie, es sucht die „Plätze seiner Verletzungen“ (Kemper 1999, S. 190) auf. „Spielen entpuppt sich so als ein ‚Spiegel‘ der Familienlandschaft.“ (Kemper 1997, S. 75)

„Das gemeinsame Spiel schafft neue und lebendige Begegnungen und eröffnet überraschende Perspektiv- und Bewertungswechsel.“ (Kemper 1997, S. 75) Der Sinn eines Symptoms kann auf die Familienbeziehungen bezogen werden und die Familie erfährt ihr eigenes heilendes Potential. Damit kann der Symptomträger – das Kind – erheblich entlastet werden. (Kemper 1997, S. 75)

Kemper (1997 und 1999) beschreibt sein Konzept anhand von sechs Thesen, welche ich hier kurz vorstellen möchte.

1. These: Systemische und individuelle Realitäten können widerspruchlos integriert werden. Das Spiel und Verstehensarbeit mit der Familie bewirken innerpsychische und intrapersonale Vorgänge.
2. These: Es gilt einen gemeinsamen spielerischen und verbalen Raum für einen familiären Dialog zu schaffen, denn „dialogische Tätigkeit hat heilsame Wirkung“ (Kemper 1997, S. 81). Die Therapeutenperson achtet auf präzise Symbolisierung und Verbindung von Außen- und Innenerfahrungen.
3. These: Die (Beziehungs-)Erfahrungen eines Menschen sind auf komplexe Weise mit seinem Selbstbild verbunden. Um Inkongruenzen entgegen zu wirken werden im familiären Dialog gemachte Erfahrungen rekonstruiert, überprüft, begrifflich fassbar gemacht und neue heilsame erlebt.
4. These: „Spiel und Sprache sind gleichberechtigte Medien.“ (Kemper 1997, S. 83) Sie dienen dazu Erfahrung zu transportieren, Wirklichkeit zu erfassen und Erfahrung zu strukturieren und sind so auch Mittel zur Veränderung. (Kemper 1999, S. 190)
5. These: „Spiel ist ein machtvoller Ausdruck der Aktualisierungstendenz“ (Kemper 1999, S. 190), sowie der Störungen derselben und bezieht daraus seine heilende Kraft.
6. These: Orientiert am personenzentrierten Strukturmodell, geschieht Heilung von Innen her. Selbstdarstellung und Ausdruck von innersten Gefühlen bringt eine Druckentlastung und „eine innerlich freie Haltung, aus der heraus Begegnung möglich wird.“ (Kemper 1997, S. 89) Die Familie lernt neue Lebens- und Verarbeitungskonzepte.

Bei dem Vergleich der beiden geschilderten Therapieformen fällt auf, dass bei Gaylin das Kind in die Familientherapie integriert wird und bei Kemper umgekehrt die Familie in die Spieltherapie des Kindes integriert wird. Der Ausgangspunkt der beiden Autoren ist ein unterschiedlicher, was Einfluss auf das Ergebnis hat.

Auch McMahon (2009, S. 140f.) wendet die Familienspieltherapie an, weil das Spiel eine Möglichkeit bietet die innere Welt der Familie als Einheit und jedes einzelnen Familienmitgliedes kennen zu lernen. Wenn die Familie miteinander spielt, können Muster und

Wirkmächte, so wie Hinweise für eine passende Hilfestellung erkannt werden. Die Therapeutenperson hat ‚Holding-‘ und ‚Containing-Funktion‘, es wird also umsichtig und fürsorglich ein innerer, gedanklicher Raum für die Familie geschaffen.

Erwähnen möchte ich noch die Klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien nach Schmidtchen (2003), bei welcher die personenzentrierten Prinzipien um prozessleitende Hilfen erweitert wurden, um ein differenzielles Vorgehen zu ermöglichen. Diese Psychotherapieform wird auch multidimensional bezeichnet, weil sie die intensive Zusammenarbeit mit dem Umfeld des Kindes favorisiert. „Sie bezieht sich im Wesentlichen auf die Unterstützung des Kinderpatienten beim Erwerb von gesunden emotionalen Schemata und auf den Abbau der biopsychosozialen Risikofaktoren im Umfeld des Kindes.“ (Schmidtchen 2003, S. 83) Schmidtchen (2001, S. 170) empfiehlt deshalb die Spieltherapie des Kindes immer durch eine Familientherapie zu begleiten. Der Autor geht von der Grundannahme aus, dass die Interaktionsstörungen der Familie nur in der Familie gelöst werden können. Weil diese Vorgehensweise behaviorale Elemente beinhaltet und somit über die personenzentrierten Prinzipien hinaus geht, werde ich nicht näher darauf eingehen.

Zum Abschluss des Kapitels möchte ich noch vier Kriterien einer wirksamen Integration von Kinder- und Familienpsychotherapie zitieren, die von Guerney & Guerney (1987) entwickelt wurden.

- „Das Kind ist vollwertiger Heilungsteilnehmer.
- Struktur und Methoden müssen so gestaltet sein, dass sie sowohl den Kindern wie den Erwachsenen gerecht werden.
- Es muss Raum sein für die Belange der Eltern.
- Die Interventionstechniken müssen die verändernde Arbeit vom einzelnen (sic!) zum System hin wie auch vom System zum einzelnen (sic!) hin gestatten.“ (zit. nach Kemper 1997, S. 76)

Die personenzentrierte Familienspieltherapie ist noch in Entwicklung begriffen und Autoren wie Kemper (1999, S. 191) fordern die Fachwelt zu einer regen theoretischen und praktischen Auseinandersetzung mit dem Thema auf.

3.8 Kindzentrierte Konzepte der Elternarbeit

Die kindzentrierten Konzepte der Elternarbeit bilden eigentlich das Hauptinteresse der Arbeit. Dieses kann sich allerdings nicht in den dafür aufgewendeten Seitenzahlen

widerspiegeln, da dazu wenig Literatur gefunden wurde. Thematisiert werden in diesem Abschnitt Konzepte, die das Kind im Zentrum des therapeutischen Bemühens sehen, jedoch auch mit den Eltern arbeiten möchten. Personenzentrierte Kinderspieltherapie, welche ausführlich in Kapitel 2 ‚Personenzentrierte Spieltherapie‘ vorgestellt wurde, wird in unterschiedlicher Weise von Elternarbeit begleitet. Ich beschreibe personenzentrierte Elternarbeit in Form der Elterngruppe, der eingeschobenen Familientherapie und der begleitenden Elterngespräche.

3.8.1 Elterngruppen parallel zur Spieltherapie des Kindes

Es werden zwei verschiedene Modelle der klientenzentrierten Elterngruppen vorgestellt, wobei das zweite Konzept für geschiedene Paare entwickelt wurde. Diese Form der Elternarbeit wird deshalb in die kindzentrierte Liste eingereiht, weil es mindestens so viele TherapeutIn-Kind-Kontakte wie TherapeutIn-Elternteil-Kontakte gibt. Es werden zunächst die Settingbedingungen erklärt und darauffolgend die Ziele und Methoden der Gruppen.

Ehlers (2002) beschreibt das Arbeiten mit Eltern im Gruppensetting. Es werden vier bis sechs Elternpaare eingeladen, deren Kinder etwa im gleichen Alter sind. Die Kinder befinden sich parallel dazu in Einzel- oder Gruppentherapie. Die Elterngruppe findet abends, 14-tägig für etwas sechs Monate statt und ist freiwillig; als Alternative werden Einzelgespräche angeboten.

Dieses Konzept hat das Ziel „das Erleben der Beziehung zum Kind bei den Eltern zu aktualisieren, die Empathiefähigkeit der Eltern zu erhöhen um zu erkennen, welche Gefühle und welche Bedürfnisse das Kind durch sein Verhalten ausdrückt und welche Emotionen dadurch bei den Eltern aktiviert werden.“ (Ehlers 2002, S. 91) Meist wird ein Hauptthema für einen Abend gefunden, welches durch Gespräche und Rollenspiele bearbeitet wird. Konkrete Situationen aus dem Familienalltag werden nachgespielt und alternative, zufriedenstellende Lösungen können ausprobiert werden. Bei den Rollenspielen lernen die Eltern die Reaktionen ihrer Kinder zu beobachten, die eigenen und die kindlichen Gefühle und Bedürfnisse wahr zu nehmen und zu respektieren und auch selbst neue Lösungen zu finden. Diese Vorgehensweise hat zum Vorteil, das Selbstbewusstsein der Eltern zu stärken, denn diese fühlen sich kompetenter und sind sehr motiviert die erarbeiteten neuen Verhaltensmuster umzusetzen.

Die Therapeutenperson versucht den Expertenstatus zu vermeiden, denn Ehlers ist davon überzeugt, dass die Eltern „in sich selbst die sinnvollsten Wege zum Umgang mit ihrem Kind finden.“ (Ehlers 2002, S. 82) Die Therapeutenperson richtet die Aufmerksamkeit auf das Erleben und die emotionale Belastung der Eltern, Ratschläge und Bewertungen auch

von anderen Eltern sind wenig zielführend. Durch die Methode des aktiven Zuhörens können die Eltern erfahren selbst verstanden und wertgeschätzt zu werden. Die Therapeutenperson agiert modellhaft und wendet sich den emotionalen Inhalten zu. „Das genaue Verstehen . . . verlangt als nächsten Schritt, eine Vorstellung zu entwickeln, mit der Situation in neuer Art umzugehen.“ (Ehlers 2002, S. 83)

Grützner, Kulisch und Langenmayr (2002) stellen ein Modell der Kinder- und der Elterngruppe vor, das speziell auf die Schwierigkeiten von Scheidungsfamilien ausgerichtet wurde. Ich werde meine Beschreibungen auf die Elterngruppe konzentrieren, um den Fokus der Arbeit nicht zu verlieren und den Rahmen nicht übermäßig zu strapazieren. Die Kinderpsychotherapiegruppe wird parallel zur Elternpsychotherapiegruppe geführt, wobei darauf geachtet wird, dass sowohl Geschwister, als auch geschiedene/getrennte Paare in unterschiedliche Gruppen aufgeteilt werden. Möglichst ist dieselbe Therapeutenperson für Kind und Elternteile zuständig. Das ermöglicht ein besseres Verständnis der Verhaltensmuster der Eltern-Kind-Wechselwirkung. Dieses Modell ist als Kurzzeittherapieform konzipiert und sieht 11 Treffen vor, wobei im letzten Drittel eine gemeinsame Eltern-Kinder-Stunde stattfindet. In der Elterngruppe befinden sich sieben bis elf Elternteile, die sich in Geschlecht und Trennungsgrund unterscheiden. So treffen Personen, die verlassen wurden auf Personen die verlassen haben, woraus sich viele Projektionsmöglichkeiten ergeben, um an den schmerzhaften Gefühlen der Trennung arbeiten zu können. (Grützner, Kulisch & Langenmayr 2002, S. 231f)

Das Konzept ist problemspezifisch und hat deshalb besondere Zielsetzungen, welche nun kurz erläutert werden. Die Trennung/Scheidung der Eltern ruft oft starke Gefühle in diesen wach, welche in der Elterngruppe Platz haben. Enttäuschungen, Ängste, Wut- oder Rachegefühle dürfen geäußert und angenommen werden. Vorrangig werden psychische Verletzungen bearbeitet, welche durch den Trennungsprozess und die vorausgegangenen Partnerschaftskonflikte entstanden sind. Dadurch kann einer Projektion der elterlichen Konflikte auf die Kinder entgegengewirkt werden. „Problematische Aspekte der Trennung werden bearbeitet und Trauerarbeit findet statt.“ (Grützner, Kulisch & Langenmayr 2002, S. 230) Danach können die Gruppenmitglieder in Abgrenzung zum Täter-Opfer-Mythos versuchen eigene Anteile an der Trennung zuzulassen und zu reflektieren. Dann kann es auch gelingen sich in den getrennten Partner hineinzusetzen, was zukünftige Kommunikation erleichtert. Sind diese Prozesse in Gang gebracht, rücken häufig die Kinder ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Erziehungsprobleme, symptomatisches Verhalten der Kinder als Reaktion auf die Trennung oder Scheidung (z.B. Aggression, Rückzug) oder Psychosomatiken werden besprochen. Erziehungspraktiken werden überdacht und teilweise geändert. Die Therapeutenperson hilft Konflikte auf der Paarebene

von Konflikten der Eltern-Kind-Ebene zu trennen. (Grützner, Kulisch & Langenmayr 2002, S. 230f)

An dem gemeinsamen Eltern-Kind-Nachmittag werden Zukunftspläne und Vorstellungen über Kontakte zu beiden Elternteilen ausgetauscht. Auf der non-verbalen Interaktionsebene des Malens ist das Kind gleichberechtigt auch seinen Standpunkt darzustellen. (Grützner, Kulisch & Langenmayr 2002, S. 231)

Die Auswirkungen dieses Modells der integrierten, auf personenzentrierter Basis aufbauenden Gruppenpsychotherapie für Kinder aus Scheidungsfamilien und ihre Eltern wurde durch eine wissenschaftliche Studie untersucht. Die positiven Veränderungen der Kinder und der Eltern können in diesem Zusammenhang nicht ausführlich dargestellt werden, weil der Schwerpunkt dieser Arbeit auf die Einzelspieltherapie des Kindes gelegt wurde, sind aber bei Grützner, Kulisch & Langenmayr (2002, S. 235f) nachzulesen.

Die beiden dargestellten Konzepte haben gemein, dass die Kinderpsychotherapie durch eine therapeutische Elterngruppe begleitet wird, welche zum Ziel hat, die elterlichen Einstellungen und Verhaltensweisen dahingehend zu ändern, dass die heilsamen kindlichen Entwicklungsprozesse auch zu Hause gefördert werden. Dies wird u.a. über ein Ermöglichen des gefühlmäßigen Ausdrucks, die erfahrene Empathie und Anerkennung und den Erfahrungsaustausch in der Gruppe erreicht.

3.8.2 Eingebettete Familienspieltherapie

Es wird hier an die Ausführungen des Kapitels 3.7.2 ‚Familienspieltherapie‘ angeschlossen. Dieses Konzept reiht sich jedoch in die kindzentrierten Formen ein, weil der Schwerpunkt auf der Spieltherapie des Kindes liegt.

Ehlers (2002) stellt ein Konzept vor, welches in drei Phasen gegliedert wird. Das Kind beginnt zunächst eine Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, welche nach 8 – 10 Stunden durch eine Familienspieltherapie unterbrochen wird. Es finden 4 – 10 Familiensitzungen statt, wobei eine dieser Sitzungen aus 40 Minuten Spiel- und anschließend 40 Minuten Gesprächszeit besteht. Das Ende der Familienspieltherapie wird durch eine Vertiefung der Empathie und nicht durch eine Reduktion einer Symptomatik angezeigt. Danach kann das Kind bei Bedarf in seine ursprüngliche Therapieform zurückkehren. (Ehlers 2002, S. 87f)

Bei der gemeinsamen Spielstunde hält sich die Therapeutenperson zurück, die Interventionen ähneln jenen der personenzentrierten Gruppentherapie. Der Fokus der Arbeit liegt darauf, „die Beziehungsprozesse an einigen Stellen bewußter zu machen.“

(Ehlers 2002, S. 90) Bei dem gemeinsamen Spiel der Familie erhält die Therapeutenperson Einblick in die Interaktionen, Einstellungen, Gefühle und Motive der Familie. Es zeigen sich eingespielte Reaktionsmuster der Familie besonders bei problematischen Situationen innerhalb der Gruppe. Oft bringt das Kind auch neue Themen auf, die auf verdrängte Gefühle, die mit der Familie zu tun haben hinweisen.

In der anschließenden Gesprächsrunde werden zunächst die Kinder und dann die Eltern gebeten ihr Erleben der Spielzeit zu schildern und besonders auf ihre Gefühle einzugehen. Die Therapeutenperson gestaltet das Gesprächsklima nach personenzentrierten Prinzipien und hebt Spielsequenzen hervor, die einen hilfreichen Umgang miteinander aufzeigen. Außerdem spricht sie wichtige, nicht ausgesprochene Gefühle an, die sie während dem Spiel bemerkt hat. Diese Gesprächsrunden sind für die Eltern gedacht und wichtig. Die Kinder gehen oft währenddessen wieder zum Spiel über, verfolgen das Gespräch dennoch wachsam mit. (Ehlers 2002, S. 90)

„Diese Familienspieltherapie ist hervorragend geeignet, Gefühle zu aktualisieren, einige der dynamischen Zusammenhänge innerhalb der Familie zu erkennen und sie regt das Ausprobieren neuer Umgangsweisen innerhalb der Familie an.“ (Ehlers 2002, S. 90) Aufgrund der unmittelbaren Erfahrungen im Spiel lernen die Eltern ihr Kind besser zu verstehen und werden angeregt ihre persönlichen Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind wahrzunehmen.

Diese Arbeitsform ist indiziert, wenn in der diagnostischen Phase erhebliche Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung beobachtet wurden, oder die Eltern den Wunsch äußern in die Therapie einbezogen zu werden. (Ehlers 2002, S. 88)

Um die unterschiedlichen Sichtweisen innerhalb der Familientherapie zu verdeutlichen möchte ich noch auf Jellouschek (1982) hinweisen. Der systemisch orientierte Autor vertritt die Überzeugung, dass eine erfolgreiche Familientherapie nur mit allen Mitgliedern gemeinsam begonnen werden kann. Den späteren Einbezug der Familie, wie er bei Ehlers (2002) beschrieben wird, stellt er in Frage. „Der Berater/Therapeut beginnt mit dem Familienmitglied einen intensiven Prozeß und konstituiert mit diesem nun seinerseits ein neues System, das sich nach außen abgrenzt und den Einbezug der anderen Familienmitglieder im weiteren Therapieverlauf immer schwieriger, ja sogar unmöglich macht.“ (Jellouschek 1982, S. 161)

Die eingebettete Familientherapie ist eine therapeutische Arbeitsform, die den Schwerpunkt auf der Spieltherapie des Kindes behält, aber dennoch die ganze Familie einbezieht, um die typischen Interaktionen und Verhaltensmuster ansprechbar zu machen.

3.8.3 Begleitende Elterngespräche

Es wurden bisher viele unterschiedliche Arbeitsformen vorgestellt, die entweder die Eltern, oder die ganze Familie therapeutisch begleiten. Inwieweit diese Formen in Österreich Anwendung finden, versucht die empirische Untersuchung dieser Arbeit zu beantworten. Die übliche Therapieform ist vermutlich die der Einzelspieltherapie des Kindes mit begleitenden Elterngesprächen. „Einzelgespräche sind wahrscheinlich die häufigste Form der Arbeit mit den Bezugspersonen.“ (Ehlers 2002, S. 84)

Bei der Literaturrecherche ergab sich auch hier ein recht buntes Bild der Praxis, welches ich hier andeuten möchte. Bei den genannten Arbeitsweisen steht die Spieltherapie des Kindes im Vordergrund. In welcher Weise die Elterngespräche statt finden ist verschieden. In der Literatur wird meist nur auf die Settingbedingungen der Elterngespräche eingegangen. Konzepte oder theoretische Überlegungen dazu konnte ich kaum finden. Meine Beobachtung wird durch folgendes Zitat gestützt: „Wie bei anderen Therapie-schulen auch existieren kaum Konzepte oder gar Forschung zur begleitenden Elternarbeit, obwohl dies der am häufigsten praktizierte Fall bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist.“ (Behr 2007, S. 154) Nun werden zunächst die verschiedenen Settingbedingungen der Elterngespräche angeschnitten.

Landreth (2002) teilt die Therapiestunde zwischen Kind und Elternteil bei Bedarf auf. „... the therapy hour may have to be split between the child and the parent(s) for periodic parental sessions.“ (Landreth 2002, S. 154) Diese Vorgehensweise ist, so Landreth (2002) nicht wünschenswert, jedoch oft die einzige Möglichkeit, um den Eltern einen doppelten Weg zu ersparen. Es wird empfohlen zuerst mit den Eltern zu sprechen, damit das Kind nicht das Gefühl bekommt, dass Inhalte an die Eltern weitergegeben werden. Das Kind sollte immer über Elterngespräche informiert werden. Ältere Kinder dürfen sich aussuchen ob sie vor oder nach den Elterngesprächen in das Therapiezimmer gehen. (Landreth 2002)

Im deutschen Sprachraum ist es üblicher die Bezugspersonen zu einem eigenen Termin einzuladen. Behr (2007) beschreibt den personenzentrierten Regelfall mit einem Elterngespräch im Monat, bei wöchentlich stattfindender Spieltherapie des Kindes. Hollrith (2003) führte während der zweijährigen Spieltherapie zwölf Elterngespräche durch. Die zeitliche Gestaltung der Gespräche wird nicht näher erklärt. In welcher Weise die Elterngespräche gestaltet sind, ist sehr unterschiedlich. „Das Vorgehen bei diesen Sitzungen

variiert stark, abhängig von den emotionalen und sozialen Kompetenzen der Bezugspersonen.“ (Behr 2007, S. 154) Das Spektrum reicht von Eltern, die sehr selbst-explorativ sind und das Elterngespräch wie eine Gesprächspsychotherapie nutzen, um ihre Interaktionsstile und Gefühle gegenüber dem Kind zu klären, bis hin zu Bezugspersonen, die klare Anweisungen für ihr Erziehungsverhalten im Familienalltag wünschen. (Behr 2007, S. 154)

Nicht immer finden die Elterngespräche bei dem Spieltherapeuten/der Spieltherapeutin des Kindes statt. Riedel (1997) beschreibt eine Spieltherapie bei sexuellem Mißbrauch des Kindes und verweist die Eltern bei Bedarf an eine/n andere/n TherapeutIn. „Wenn sie Fragen hätten, könnten sie diese mit meinem Kollegen klären, der ihnen Eltern-Gespräche anbietet.“ (Riedel 1997, S. 170) Auch Landreth (2002) bezeichnet Elterngespräche durch eine andere Therapeutenperson als eine wünschenswerte, jedoch selten zu realisierende Vorgehensweise. „An ideal procedure would be for another therapist to interview and counsel with the parent(s), thereby removing the play therapist from the potential bind of having to disregard background information in order to remain perceptually open to the child.“ (Landreth 2002, S. 153)

Die Eltern können auch spielerisch einbezogen werden: Ehlers (2002) lädt in der Hälfte der Einzelspieltherapie des Kindes die Familie zur gemeinsamen Familienspieltherapie ein, wie ausführlich in Kapitel 3.8.3 ‚Eingebettete Familienspieltherapie‘ berichtet wurde. Landreth (2002) spricht sich jedoch deutlich gegen die Anwesenheit der Eltern in der Therapie des Kindes aus. „The presence of a parent in the playroom can severely restrict the development of the relationship between the therapist and the child.“ (Landreth 2002, S. 310) Nur wenn der/die TherapeutIn glaubt, dass das Kind eine wichtige Nachricht an die Eltern hat, dürfen die Eltern, laut Landreth (2002) an der Spielstunde teilnehmen. Iseli (2006, S. 123) lädt wiederum die Eltern bei Wunsch des Kindes auch in die Spieltherapiestunde ein um gemeinsam zu spielen. Impulse und Ideen aus dem System werden offen und wertschätzend ausgenommen.

Werden die Settingbedingungen betrachtet, haben die vorgestellten Konzepte der begleitenden Elterngespräche gemeinsam, dass die Spieltherapie des Kindes den Schwerpunkt der Behandlung bildet und den größeren zeitlichen Aufwand im Vergleich zu den Elternkontakten beansprucht. Über die Inhalte und Methoden der Elterngespräche wurde ich bei Fröhlich-Gildhoff (2003) fündig. Seine „Anregungen“ zum Thema der Bezugspersonenarbeit mit Jugendlichen gebe ich überblicksartig wieder. Der Autor geht besonders auf die Situation einer Therapie mit Jugendlichen ein, ich meine jedoch dass sein Ansatz auch auf Familien mit jüngeren Kindern angewendet werden kann.

Fröhlich-Gildhoff (2003) versucht Elemente eines entwicklungsförderlichen Umganges mit Familien zu definieren und betont zunächst die Notwendigkeit spezifischer Kenntnisse der Therapeutenperson. Wissen über die Entwicklungspsychologie des Kindes- bzw. Jugendalters und über familiäre Systeme, Strukturen und Prozesse sind hilfreich. Erkenntnisse der systemischen Familientherapie und der beziehungsanalytischen Ansätze können einen theoretischen Boden für die Arbeit mit Familien liefern.

Als zweiten Punkt nennt der Autor eine Grundhaltung der Therapeutenperson, die der komplexen Dreierkonstellation (TherapeutIn – Eltern – Kind/Jugendliche/r) gerecht werden soll. Die Therapeutenperson bemüht sich um eine Haltung, die durch Wertschätzung und Akzeptanz der Familie und der einzelnen Mitglieder gekennzeichnet wird. Kongruenz und Selbstachtung der Therapeutenperson sind ebenso wichtig wie Aktivität und Strukturgebung durch diese. „In der Arbeit mit Bezugspersonen und insbesondere gesamten Familien ist es wichtig, eine deutlich aktivere, gestalterische Rolle einzunehmen als in Einzeltherapien, die der Familie Sicherheit in ihrem Veränderungsprozess vermitteln soll.“ (Fröhlich-Gildhoff 2003, S. 311) Strukturierung und klare Regeln werden festgelegt, aber auch spezifische Techniken angewendet, die gleich genauer aufgelistet werden. Schließlich nennt Fröhlich-Gildhoff noch Humor als eine wichtige, verbindende Ressource in der Arbeit mit Familien.

Als drittes Element der Bezugspersonenarbeit werden nun einige schulenübergreifende Techniken genannt, die das Konzept integrativ erscheinen lassen. Die vorgestellten Methoden sollen besonders der nonverbalen Ebene Ausdruck verleihen und werden in den therapeutischen Gesamtprozess eingebettet. Unter ‚Joining‘ versteht der Autor die Aufgabe einen persönlichen Kontakt zu allen Familienmitgliedern herzustellen. Die unterschiedlichen Sichtweisen, Wünsche, Erwartungen werden anerkannt und dürfen gleichwertig nebeneinander stehen bleiben. Ein ressourcenorientiertes Arbeiten bedeutet die Stärken jedes Familienmitgliedes hervorzuheben, wie es z.B. in Kapitel 3.6.3 ‚Video-gestützte Einzelarbeit mit Eltern‘ beschrieben wurde. Die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern soll aktiviert werden, d.h. eine netzförmige Interaktion wird angestrebt. Dies kann durch zirkuläres Fragen erreicht werden. Reframing ist eine weitere Methode, bei welcher Bedeutungen von Emotionen oder Problemen in einen anderen Kontext gestellt werden. Ärger über ein Kind kann häufig als Sorge umgedeutet werden, oder Streit als leidenschaftliche Auseinandersetzung voller Lebenskraft. Schriftliche Vereinbarungen zwischen Familienmitgliedern können etwas Gemeinsames, Verbindendes schaffen, wobei die Therapeutenperson als Garant für die Einhaltung fungiert. Wird ein Familiensoziogramm oder Familiengenogramm erstellt, können diese besprochen und

weitere Ressourcen gefunden werden. Als weitere methodische Vorschläge stellt der Autor gemeinsames Spiel und kreative Techniken vor. (Fröhlich-Gildhoff 2002, S. 314ff)

Die begleitenden Elterngespräche stellen vermutlich die häufigste Form der Elternarbeit dar. Dennoch konnte dazu wenig Literatur gefunden werden. Häufigkeit, Ziele, Inhalte und Schwierigkeiten der begleitenden Elterngespräche werden im empirischen Teil der Arbeit näher beleuchtet. Weil die therapiebegleitenden Arbeitsformen das Hauptinteresse der Arbeit darstellen, werden diese nun genauer zusammengefasst und Unterscheidungskriterien herausgearbeitet.

3.8.4 Zusammenfassung der kindzentrierten Konzepte der Elternarbeit

Ich möchte versuchen kindzentrierte Konzepte mit begleitender Arbeit mit den Bezugspersonen zusammenzufassen. Hinweisen möchte ich erneut auf den Umstand, dass sich bei diesen Arbeitsformen der Schwerpunkt der Behandlung auf die Spieltherapie des Kindes legt. Die begleitende Arbeit mit den Eltern kann mindestens in drei Typen gegliedert werden: begleitende Elterngruppen, eingebettet oder parallele Familientherapie und begleitende Elterngespräche. Wobei diese Arten nicht scharf voneinander zu trennen und Mischformen denkbar sind. Denn die Elterngespräche können z. B. von einer Familienspieltunde abgelöst werden.

Es werden nun die in Kapitel 3.8 ‚Kindzentrierte Konzepte der Elternarbeit‘ dargestellten therapiebegleitenden Arbeitsformen verglichen und Unterscheidungskriterien herausgearbeitet, weil diese das Hauptinteresse der Arbeit darstellen und vermutlich in der freien Praxis am häufigsten anzutreffen sind.

- **Therapeutenperson:** Die Elternarbeit kann von derselben Therapeutenperson durchgeführt werden, wie die Spieltherapie des Kindes, mit einem Co-Therapeuten gemeinsam, oder von einer fremden Therapeutenperson (z.B. Riedel 1997).
- **Ort:** Die Elterngespräche können im Spieltherapiezimmer, in einem extra Gesprächszimmer, telefonisch oder informell ‚zwischen Tür und Angel‘ statt finden. Denkbar wären auch Hausbesuche der Therapeutenperson. Die Elterngruppe kann auch in einer Institution statt finden und völlig unabhängig von der Therapie des Kindes sein.
- **Zeitpunkt:** Die Elterngespräche können einen Teil der Spieltherapiestunde in Anspruch nehmen (z.B. Landreth 2002), einen eigenen Termin benötigen, oder gleichzeitig durch eine andere Therapeutenperson durchgeführt werden.

- Kommunikationsweise: Mit den Eltern kann nur gesprochen werden, oder gemeinsam mit dem Kind auch gespielt und somit auf kindgerechter Ebene nonverbal kommuniziert werden (z.B. Ehlers 2002), oder es kann durch geplante Rollenspiele, etc. ein interaktionelles Vorgehen bevorzugt werden (z. B. Fröhlich-Gildhoff 2002).
- Anwesende Personen: Die Elterngespräche können mit oder ohne dem Kind, oder mit der gesamten Familie statt finden.
- Häufigkeit: In der Häufigkeit können sich die Arbeitsweisen stark unterscheiden. Die Elterngespräche können in bestimmten Therapiephasen häufiger nötig sein.

Abschließend stelle ich fest, dass sich die begleitende Bezugspersonenarbeit in der Literatur sehr vielfältig und in unterschiedlichen Settings darstellt. Welche Settingformen und Methoden in Österreich in der freien Praxis zu finden sind, werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dieser Arbeit zeigen.

Um den Überblick für den Leser zu erhalten, möchte ich die bisher dargestellten Ergebnisse zur personenzentrierten Elternarbeit kurz zusammenfassen. Kapitel 3, ‚Elternarbeit in der personenzentrierten Spieltherapie‘ beginnt mit einem Definitionsversuch der personenzentrierten Elternarbeit. Therapeutische Bemühungen, die die Eltern-Kind-Beziehung heilungs- und entwicklungsförderlich machen möchten werden in dieser Arbeit als Elternarbeit bezeichnet. Der hohe Stellenwert und die Notwendigkeit für den Therapieerfolg des Kindes wurden dargestellt, wenngleich auch eine Therapie ohne den Einbezug der Eltern dem Kind eine Entwicklungsmöglichkeit bietet. Die wenigen empirischen Befunde zum Thema bestätigen den weiteren Forschungsbedarf. Es folgt eine Beschreibung des Erstgesprächs und der diagnostischen Phase, welche den Beginn der Elternarbeit darstellen und mit verschiedenen Zentrierungen ablaufen kann. Gegliedert nach dem Fokus der Intervention wurden dann vielfältige Ansätze der Elternarbeit beschrieben, die nicht immer mit einer Spieltherapie des Kindes einhergehen müssen. Elternzentrierte Konzepte sind häufig alleinige Maßnahme und wollen die Eltern-Kind-Beziehung „nur“ durch ein Arbeiten mit den Eltern erreichen. Bei konsequent familienzentrierten Interventionen, orientiert sich die spieltherapeutische Arbeit am Kind, die behandelte Einheit ist jedoch die ganze Familie. Es bestehen keine Einzelkontakte der Therapeutenperson zum Kind. Ausschließlich die kindzentrierten Arbeitskonzepte sehen *immer* eine Spieltherapie des Kindes vor, die durch die beschriebenen Formen der Elternarbeit begleitet wird.

Ursprünglich galt mein Interesse der Spieltherapie mit begleitenden Elterngesprächen, welche nun im Kapitel 3.8.3 ‚Begleitende Elterngespräche‘ theoretisch behandelt wird. Ausführliche Konzepte habe ich jedoch hauptsächlich bei Eltern- und familienzentrierten Arbeitsformen gefunden. Deshalb wurden diese Formen im Theorieteil der Arbeit ausführlicher dargestellt, als die kindzentrierten Formen. Der empirische Teil der Arbeit wird zeigen welche Formen der Elternarbeit aktuell in Österreich von personenzentrierten Spieltherapeuten in der freien Praxis angewendet werden.

Im folgenden Kapitel möchte ich Zielsetzungen der geschilderten Formen der Elternarbeit zusammenfassen und dahingehend betrachten, ob Ähnlichkeiten bestehen. Dies kann in diesem Rahmen nur oberflächlich geschehen. Ein ausführlicher Vergleich der Zielsetzungen der personenzentrierten Konzepte der Elternarbeit kann Inhalt einer eigenen Arbeit werden.

3.9 Ziel der Elternarbeit

Es wird versucht ein verbindendes Ziel der personenzentrierten Elternarbeit zu umschreiben, weil es einen wichtigen Teil der theoretischen Überlegungen zu dem Thema darstellt und um anschließend die Ergebnisse der Literaturrecherche mit jenen der empirischen Untersuchung zu vergleichen. Wenn ein verbindendes Ziel gefunden werden kann, ist die Subsumierung der unterschiedlichen, beschriebenen Arbeitsweisen unter dem Titel ‚Elternarbeit‘ legitim. Ein Abgleich mit dem ursprünglichen Definitionsversuch der Elternarbeit kann eine größere begriffliche Differenzierung ermöglichen.

Die Elternarbeit steht im Dienste des Therapieziels der Spieltherapie. „Kinderpsychotherapeuten möchten durch ihr gesamtes Handeln die Heilungsprozesse des Kindes unterstützen und stimulieren, und das ist auch das Ziel unserer Arbeit mit den Eltern.“ (Ehlers 2002, S. 74) Der Heilungsprozess des Kindes wird also von der Therapeutenperson von zwei Seiten angeregt: Bei dem Kind direkt und indirekt durch die Eltern.

Weil Inkongruenzen des Kindes nach personenzentrierter Lehre häufig durch eine wenig befriedigende Eltern-Kind-Beziehung entstehen, oder/und erhalten werden, wird der Schwerpunkt der Elternarbeit auf die Heilung derselben gelegt. Wenn es gelingt, dass die Eltern ihr Kind positiver wahrnehmen und dass die Beziehungserfahrungen befriedigender und hilfreicher empfunden werden, kann das Kind eigene innere Prozesse kongruenter und tiefer erleben. Verdrängungen und Verzerrungen der eigenen Wahrnehmungen werden weniger notwendig. (Ehlers 2002, S. 79)

Damit die Eltern-Kind-Beziehung in diesem Sinne heilsamer und hilfreicher für das Kind werden kann, braucht es Arbeit am Selbstkonzept der Eltern. „Das Ziel meiner Arbeit mit den Eltern muss daher sein, ihre Akzeptanz des Kindes und ihre Empathiefähigkeit zu vertiefen und ihre Bereitschaft zu fördern, aktiv auf die Entwicklungsimpulse ihres Kindes einzugehen.“ (Ehlers 2002, S. 80) Dies kann durch eine personenzentrierte Begegnung mit dem Therapeuten/der Therapeutin des Kindes geschehen. Die Eltern erfahren selbst Empathie, fühlen sich verstanden, akzeptiert und wertgeschätzt und können so ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen näher kommen. Insbesondere Gefühle, die ihnen in der Beziehung zum Kind Schwierigkeiten bereiten, können dann in das Selbstkonzept integriert werden. Die Empathiefähigkeit der Eltern wird also gestärkt durch die selbst erfahrene Empathie. (Ehlers 2002, S. 80)

Auch Hollritt legt den Fokus auf die Stärkung der Akzeptanz und Empathiefähigkeit der Eltern, „so dass das Kind neue Entwicklungsimpulse leben kann.“ (Hollritt 2003, S. 23)

Ehlers (2002, S. 75) nennt drei Ebenen der Elterngespräche: Informationsaustausch ist hilfreich für den/die TherapeutIn und die Eltern um Entwicklungen und Prozesse besser zu verstehen. Auf der Gefühlsebene geht es um eine Klärung belastender Emotionen, die bei den Elterngesprächen auf TherapeutInnen- und Elternseite auftauchen. So kann ein Abwehrverhalten (auf beiden Seiten) reduziert werden und ein Klima von Vertrauen und Offenheit kann entstehen. Neue, hilfreiche Erfahrungen in Bezug auf die Beziehung zum Kind können in das Selbstkonzept der Eltern integriert werden.

Wilson & Ryan (2005, S. 157) sprechen noch eine besondere Aufgabe der Therapeutenperson an. „... to help carers understand and respond appropriately to changes in children's behaviour and to integrate into daily life children's needs which have emerged during therapy and the appropriate parental response to them.“ Auf die Veränderungen des Kindes empathisch zu reagieren und diesen auch im Alltag gerecht zu werden, ist eine große Aufgabe der Eltern, die die Therapeutenperson unterstützend begleiten kann.

Außerdem betonen die AutorInnen während der Elterngespräche gerne die große Wichtigkeit der Eltern für das Kind, um möglichen Gefühlen der Eltern vorzubeugen, ausgeschlossen zu werden. (Wilson, Ryan 2005², S. 157)

Kaatz fasst die Ziele einer personenzentrierten Elternarbeit folgendermaßen zusammen: „Ihr Schwerpunkt liegt in ihrer beratenden Funktion, in der Beschäftigung mit Erziehungszielen und mit Interaktionsmustern, in der Verbesserung der Beziehung zu den Kindern.“ (Kaatz 1998, S. 368) Der Autor setzt sich im Zuge der Elterngespräche häufig

intensiv und offen mit den an ihn herangetragenen Aufträgen auseinander, um ein gemeinsames Therapieziel zu finden und die Beteiligung der Eltern nicht zu verlieren.

Auch Cates et al. (2006) thematisieren Therapieziele, aber auch systemische Fragen und nützen Elterngespräche um Erziehungsfertigkeiten zu vermitteln. Außerdem wird die Compliance durch die Arbeit mit den Eltern gestärkt, so die Erfahrung der Autoren. „Caregiver/therapist alignment can improve child attendance to sessions and caregiver compliance with treatment recommendations. It can help to clarify treatment goals, explore systemic issues, and provide an opportunity for teaching new skills.“ (Cates et al. 2006, S. 98)

Zusammenfassend kann ich beobachten, dass bei den genannten AutorInnen eine ziemliche Übereinstimmung bezüglich der Ziele der Elternarbeit besteht, mit unterschiedlichen Gewichtungen. Das Spektrum reicht von einer eher oberflächlichen Beratung und Vermittlung von Fertigkeiten (wie bei Cates et al. 2006), bis hin zur Arbeit am Selbstkonzept der Eltern (wie bei Ehlers 2002). Im Zentrum steht meist die Eltern-Kind-Beziehung, die verbessert werden soll. Deshalb kann die ursprüngliche Definition von Elternarbeit insofern erweitert werden, als die Eltern-Kind-Beziehung zu einer heilsamen und entwicklungsförderlichen werden soll, indem eine personenzentrierte Beziehung zu den Eltern aufgebaut wird, mit dem Ziel, dass diese auch die Beziehung zu ihrem Kind nach den personenzentrierten Prinzipien gestalten. Viele AutorInnen berichten jedoch auch von Schwierigkeiten bei der Elternarbeit. Diese sind Thema des nächsten Kapitels.

3.10 Schwierigkeiten der Elternarbeit

Die Situation der Elternarbeit ist eine ganz spezielle, die oft durch typische Emotionen und Rollenzuschreibungen gekennzeichnet ist. Wie es dazu kommt und welche Vorschläge es gibt diese herausfordernde Situation für positive Entwicklungen zu nützen, möchte ich nun versuchen darzustellen.

Einige Autoren beurteilen die Bereitschaft der Eltern am therapeutischen Prozess teilzunehmen als sehr gering. So schreibt Pelinka (2000, S. 45), dass „die Bezugspersonen nicht in dem Ausmaß zugänglich sind, wie wir uns das wünschen.“ Auch ein systemischer Psychotherapeut (Jellouschek 1982, S. 160) bemerkt die Tendenz der Familie nur das „schwierige Kind“ zur Behandlung schicken zu wollen.

Dieser Widerstand der Eltern kann die Spieltherapie des Kindes maßgeblich gefährden. „Furthermore, because of parents' central role in the lives of children, failure to engage

them as partners in the change process can result in less than optimum outcomes.“ (VanFleet 2000, S. 35) Deshalb werde ich versuchen die Hintergründe davon aufzuzeigen.

Das Abwehrverhalten der Eltern kann sich in Missverständnissen, Abschweifungen, Verteidigungen und Anspannungen ausdrücken. Oft sind es Ängste der Eltern, die diese Abwehr verursachen. (Ehlers 2002, S. 77)

Mögliche Ängste der Eltern sind folgende: Als Eltern versagt zu haben; vor Kritik des Therapeuten/der Therapeutin; vor zu hohen Erwartungen; dass das Kind den/die TherapeutIn mehr liebt, als sie selbst; Schwächen zu zeigen; vor Entdeckung ihrer negativen oder ambivalenten Gefühle gegenüber ihrem Kind; dass ihre Belastung und Leid nicht anerkannt wird; dass sie nicht verstehen, was der/die TherapeutIn sagt; dass der/die TherapeutIn das Kind wegen seiner Symptome ablehnt oder vor einer negativen Prognose (Ehlers 2002, S. 77). Außerdem können Ängste vor Kontrollverlust, oder Zweifel an der Möglichkeit sich zu verändern eine Rolle spielen (VanFleet 2000, S. 39). Groß kann auch die allgemeine Angst vor Veränderung sein. „Regardless of the situation, families often resist change in order to restore their home life to its former, more predictable state.“ (VanFleet 2000, S. 38).

Wenn der/die TherapeutIn den Widerstand und die versteckten Ängste dahinter besser verstehen kann, ist eine offene Kommunikation darüber eher möglich. Ein verständnisvolles Klima und eine aktive Suche nach den Stärken der Eltern helfen diese in den therapeutischen Prozess einzubinden. (VanFleet 2000, S. 39f.)

So kann der Widerstand ‚genutzt‘ werden, indem empathisch drauf reagiert wird. Das trägt viel dazu bei eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Eltern und TherapeutIn herzustellen. Die Eltern werden von Beginn an mit ihren Sorgen und Bedenken wahrgenommen und respektiert. „Showing respect and empathy for parents can go far in creating a trusting, collaborative therapeutic relationship that is needed for optimum outcomes.“ (VanFleet 2000, S. 45) Es hilft den Widerstand der Eltern als natürlichen Anteil der Elternarbeit zu betrachten und deshalb zu erwarten. (VanFleet 2000, S. 38f.)

Es werden folgende hilfreiche Einstellungen gegenüber den Eltern genannt:

- „View resistance as a natural part of the process.
- Truly listen to and understand parent’s needs.
- Engage parents as partners.
- Recognize cultural differences, broadly defined.

- Don't label parents as resistant. Search for their strenghts and needs.
- Don't jump to conclusions based upon first impressions or prior case material.“(VanFleet 2000, S. 40f)

Außerdem betont die Autorin, dass die komplexe Situation der Elternarbeit als Ursache der Schwierigkeiten in Betracht gezogen werden sollte, und nicht nur die Eltern alleine. Das Zusammenspiel von „. . . (a) parent characteristics and behaviours; (b) therapists characteristics and behaviours; (c) the relationship between therapist and parent; and (d) the environmental context of the problem (i.e., family, community, and other social and economic factors)“, (VanFleet 2000, S. 35) macht die Situation sehr vielschichtig.

Auch bei der Therapeutenperson werden durch die Elternarbeit eventuell starke Emotionen aktiviert. „Gerade in der Elternarbeit werden vielschichtige Gefühle lebendig.“ (Ehlers 2002, S. 76) Es können zum Beispiel die früheren Erfahrungen mit den eigenen Eltern wiederbelebt werden. Dabei können, ähnlich wie bei den Eltern Ängste eine besonders große Rolle spielen. „Die Arbeit mit den Eltern löst wahrscheinlich bei einigen Therapeuten mehr Angst aus, als die Arbeit mit den Kindern selbst.“ (Ehlers 2002, S. 76)

„Unsicherheiten, Ängste und Zweifel zeigen sich oft in typischen Abwehrformen.“ (Ehlers 2002, S. 76) So kann es vorkommen, dass die Elterngespräche von Seiten des Therapeuten/der Therapeutin hinausgeschoben werden, oder gar nicht statt finden, weil angeblich aufgrund der Schweigepflicht nicht über das Kind gesprochen werden kann. „Die Schweigepflicht kann aber kein Vorwand sein, um Elterngespräche abzulehnen.“ (Ehlers 2002, S. 76) Vor diesem Hintergrund erscheinen die Vorwürfe mancher TherapeutInnen an die Eltern, kaum zu kooperieren, wenig reflektiert.

Eine Herausforderung der Elternarbeit ist es die dadurch ausgelösten Gefühle und Ängste der Therapeutenperson wahrzunehmen und auf ihre Ursachen hin zu hinterfragen. Als mögliche Ängste der TherapeutInnen werden genannt: von den Eltern nicht akzeptiert zu werden; von den Eltern abgewertet oder kritisiert zu werden (offen oder innerlich); dass die Eltern die Therapie abbrechen; durch die Erwartungen der Eltern überfordert zu sein; nichts bewirken zu können; das Kind zu verraten oder die Eltern nicht akzeptieren zu können (Ehlers 2002, S. 76).

Auch O'Leary (1999, Kap. 2) listet eine Reihe von möglichen Ängsten der Therapeutenperson auf, wobei er mehr die systemischen Schwierigkeiten im Blick hat:

- „Fear that the tasks of the family counsellor will be inconsistent with a person-centred background.“ (O'Leary 1999, S. 15)
- „Fear I will not be competent to see more than one person at once.“ (O'Leary 1999, S. 18)
- „Fear that one or more people will become angry and the session will end in an unsatisfying way.“ (O'Leary 1999, S. 20)
- „Fear of stirring things up between people in a harmful way.“ (O'Leary 1999, S. 21)
- „Fear of real or perceived alignment with one or more members of the family against other members.“ (O'Leary 1999, S. 21)
- Fear that having grown up in an unhappy family myself, I will be unable to relate to a family in a positive way; (O'Leary 1999, S. 23)
- Fear of being overwhelmed by all the data in a multi-person meeting. (O'Leary 1999, S. 24)

Kottmann & Ashby (1999, S. 78) sprechen auch noch die große Unsicherheit der TherapeutInnen bezüglich der Durchführung der Elternarbeit an und die Zweifel, ob mit dem Widerstand der Eltern erfolgreich umgegangen werden kann. Sie führen darauf das Zögern der TherapeutInnen zurück die Eltern der Kinder in das Geschehen einzubeziehen.

Die Situation der Elterngespräche bringt also für Eltern und TherapeutIn Ängste und emotionale Reaktionen mit sich, die nicht immer aus dieser Situation entstammen, sondern, z.B. aus der eigenen Eltern-Kind-Beziehung herrühren. Bleiben diese unreflektiert, entstehen leicht Koalitionen und Rollenzuschreibungen.

Eine weitere Herausforderung für die Therapeutenperson liegt in der Aufgabe sowohl in, als auch über dem System zu arbeiten. Denn einerseits muss sie eine gewisse Distanz wahren, um z.B. den Überblick über Interaktionsmuster zu behalten, andererseits muss sie auch Teil des Systems werden, um darin etwas zu bewirken. Schließlich handelt die Therapeutenperson in einem Beziehungsdreieck, mit unterschiedlichen Interessen, Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen. Diese Schilderung des Grundproblems der Elterngespräche folgt den Ausführungen von Fröhlich-Gildhoff (2003, S. 308f). Der Autor schildert auch typische Fallstricke der praktischen Elternarbeit (Fröhlich-Gildhoff 2003, S. 298). Ich versuche daraus Empfehlungen für die Therapeutenperson abzuleiten:

Wichtig ist es ...

- den Auftrag und den Auftraggeber zu klären und mit allen Beteiligten zu besprechen.
- den Kontakt zu allen Familienmitgliedern zu halten.
- eine Identifikation mit einem Teil der Familie zu vermeiden.
- die Verantwortung über die Heilung und Veränderung der Familie zu überlassen und nicht zu übernehmen.
- eine/n sichere/n Selbstwert und –achtung zu haben, um den Entwertungen der Familie stand zu halten.

Um dem Dilemma gerecht zu werden, einerseits zu allen Familienmitgliedern Kontakt zu halten, jedoch sich mit keinem längerfristig zu identifizieren, d.h. eine Koalition zu bilden, wendet O’Leary folgende Einstellung an: „The relational counsellor is asked to live with a paradox which family therapist Ivan Boszormenyi-Nagy has called *multi-directional partiality* (Herv.d. Verf.), or being on more than one side at once.“ (O’Leary 2004, S. 6) Die Therapeutenperson bemüht sich alle Seiten zu verstehen, und ihnen gleiche Gültigkeit zuzugestehen.

Es wurden in diesem Kapitel die Schwierigkeiten der Elternarbeit beleuchtet, die aus einer Situation erwachsen, die auf Eltern- und TherapeutInnenseite starke Gefühle hervorrufen kann. Um daraus eine arbeitsfähige Beziehung zu gestalten braucht es Wissen und Bewusstsein über die Gefahren und Stolpersteine dieses Arbeitsfeldes. „Ein Teil unserer Arbeit mit den Eltern muss vorrangig darauf gerichtet sein, diese wechselseitigen, ängstigenden und trennenden Gefühle in der Beziehung zu den jeweiligen Eltern wahrzunehmen und zu bearbeiten.“ (Ehlers 2002, S. 77)

Nach dieser ausführlichen Beschäftigung mit der personenzentrierten Literatur zum Thema des Einbezugs der Eltern in die Spieltherapie, wird nun die empirische Untersuchung dargestellt.

4 Empirische Methoden: ExpertInneninterview und qualitative Inhaltsanalyse

Im Theorieteil dieser Arbeit wurde v.a. ein umfangreicher Überblick über die personenzentrierten Möglichkeiten der Elternarbeit aufgezeigt. Nun soll die aktuelle Situation des Einbezugs der Eltern in eine Spieltherapie in Österreich beleuchtet werden, um Theorie und Praxis gegenüber stellen zu können. Es wird zunächst das leitfadengestützte Experteninterview als Erhebungsinstrument und im Anschluss die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsinstrument beschrieben.

4.1 Erhebungsinstrument: Das ExpertInneninterview

Um die aktuelle Situation in Österreich zu erfassen, wurden sechs personen- und klientenzentrierte Kinder- und JugendlichentherapeutInnen mittels ExpertInneninterview befragt.

Die ExpertInneninterviews sollen in dieser Untersuchung drei Funktionen erfüllen: Erstens das unübersichtliche Feld explorieren, damit Orientierung verschaffen und das Problembewusstsein schärfen. Zweitens Strukturen schaffen und Hypothesen generieren. „Explorative Interviews helfen in diesem Sinne das Untersuchungsgebiet thematisch zu strukturieren und Hypothesen zu generieren.“ (Bogner & Menz 2002, S. 37) Drittens zielt es auf einen systematischen und lückenlosen Informationsgewinn ab. „Im Vordergrund steht hier das aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen.“ (Bogner & Menz 2002, S. 37) Exklusives Expertenwissen wird geteilt.

Die Interviews sollen ein möglichst vollständiges Bild der konkreten Praxis der Elternarbeit hervorbringen, aber auch das Feld insofern explorieren, welche Herausforderungen und Schwierigkeiten es gibt. Die Begründungen der Elternarbeit und die Einstellung der TherapeutInnen zu dem Thema, sowie die Ausbildungs-, Literatur-, und Praxislage werden angesprochen.

Ziel ist es, einerseits Fakten über die Praxis zu gewinnen, also über die Handlungsweisen, aber auch Wissen und persönliche Einstellungen und Überlegungen der TherapeutInnen in Erfahrung zu bringen. Die Forschungsfrage ist deskriptiv gestaltet und hypothesengenerierend.

Gegenstand der Untersuchung sind somit Wissen, Handlungen, Erfahrungen, Beobachtungen, Einstellungen und Überlegungen der TherapeutInnen zum Thema personenzentrierte Elternarbeit.

Wer als Experte gilt wird in der Literatur unterschiedlich definiert und diskutiert. Bogner und Menz (2002) kommen zu folgender Definition, welche auch für meine Untersuchung passend erscheint: Der Experte besitzt nicht nur reflexiv zugängliches Fachwissen, sondern auch Praxis- und Handlungswissen. Entscheidend ist zudem, dass der Experte die Chance besitzt seine Einstellungen durchzusetzen. Das Wissen von Experten wird praxiswirksam, es strukturiert die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsfeld in relevanter Weise mit. Meine InterviewpartnerInnen sind bis auf eine/n in der Lehre und/oder Forschung tätig. Diese eine Person hat sich jedoch im Zuge ihrer Ausbildung ausführlich mit dem Thema der Elternarbeit auseinandergesetzt. Die TherapeutInnen haben die Weiterbildungscurricula des VRP, der APG und des ÖGWG erstellt und prägen somit die Ausbildung und Tätigkeit der aktuellen und zukünftigen personen- und klientenzentrierten KindertherapeutInnen maßgebend. Die Einstellungen und Orientierungen meiner InterviewpartnerInnen sind deshalb in hohem Maße relevant für die Gestaltung der Praxis (angehender) KindertherapeutInnen.

„Die Frage, wer als Experte zu gelten hat, muss also immer in Relation zum konkreten Handlungsfeld, in dem der Experte agiert, und in Hinsicht auf das Untersuchungsspektrum der empirischen Erhebung beantwortet werden.“ (Bogner & Menz 2002, S. 46) Die InterviewpartnerInnen sind ExpertInnen, bezogen auf das Thema dieser Arbeit. Durch ihre langjährige Erfahrung, aber auch durch die Lehrtätigkeit und Gestaltung des Curriculums, kann eine hohe Reflexionsbereitschaft, eine gute theoretische Fundierung und eine wohlüberlegte Gestaltung ihrer Therapiepraxis erwartet werden.

ExpertInnen sind selbst Teil des Handlungsfeldes, das den Forschungsgegenstand ausmacht (Meuser & Nagel 2002, S. 73) und geben Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld. (Meuser & Nagel 2002, S. 75) Es werden Strukturen und Strukturzusammenhänge des ExpertInnenwissens und -handelns analysiert. Ein kategoriales Gerüst wird als Bezugsrahmen für die empirische Analyse vorausgesetzt. Forschungsergebnisse sind nicht nur Hypothesen über den untersuchten Bereich, sondern auch eine Prüfung der zugrundeliegenden theoretischen Überlegungen (Meuser & Nagel 2002, S. 76). Die Kategorien entstanden im Theorieteil der Arbeit und bilden die Grundlage des Interviewleitfadens. Die Kategorienentwicklung wird ausführlicher im Kapitel 4.2 ‚Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse‘ dargestellt.

Die Gefahr eines Experteninterviews besteht darin, dass es keine direkte Datengewinnung, wie eine Beobachtung darstellt, sondern indirekt über einen Sachverhalt berichtet wird. Deshalb können Verzerrungen, Beschönigungen oder Zensur die Ergebnisse beeinflussen.

Das Experteninterview ist offen und leitfadenorientiert. (Meuser & Nagel 2002, S. 71) Der Leitfaden beinhaltet die zu behandelnden Themen und verhilft damit zur Offenheit, zu einer lockeren Führung des Interviews. Der Leitfaden ist kein zwingendes Ablaufmodell des Diskurses. „Der Vorteil der Methode liegt darin, dass der konsequente Einsatz des Leitfadens die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und dass sie durch die Fragen Struktur gewinnen.“ (Flick 2002, S. 144f.)

Die Herausforderung bei der Interviewführung bestand darin, die Ausführungen der TherapeutInnen nicht zu früh zum Thema zurück zu führen. Denn eine gewisse Offenheit des Gesprächs ist nötig um Kontextinformationen zu erhalten, die im Leitfaden nicht berücksichtigt wurden. Unbekanntes Wissen kann nur durch diese Offenheit erreicht werden. Der Offenheit des Leitfadens entspringt auch die Möglichkeit diesen zu aktualisieren. Neue Fragen können im Laufe der Untersuchung entstehen. Andererseits ist es nötig das Thema immer wieder zurück zu führen und den Leitfaden möglichst vollständig ab zu fragen.

Der Leitfaden orientiert sich an den neun Themen der Forschungsfrage: Form des Einbezugs der Eltern, Begründung, Ziele, Inhalte, Grundhaltung der TherapeutInnen, Wichtigkeit, Indikation, Schwierigkeiten und Ausbildung zum/r KindertherapeutIn. Bei der Gestaltung des Leitfadens wurde schnell klar, dass nicht alle Unterfragen ausreichend abgefragt werden können. Deshalb wurden die Hauptthemen angesprochen, die Unterfragen wurden nicht alle in den Leitfaden aufgenommen. Es wurde ein Testinterview mit einer Kollegin durchgeführt, die Kinder-, Jugendlichen- und Familienberatung durchführt. Der Leitfaden wurde danach überarbeitet, die Frage nach Tür-und-Angel-Gesprächen mit den Eltern ist auf dieses Testgespräch zurück zu führen.

Auswahlkriterien der InterviewpartnerInnen

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen richtete sich nach folgenden Kriterien:

- Die Person sollte personen- oder klientenzentrierte/r PsychotherapeutIn sein.

- Die Person sollte langjährige Erfahrung mit personen- oder klientenzentrierter Kinderpsychotherapie aufweisen, um aus diesem breiten Erfahrungsschatz erzählen zu können.
- Die Person sollte AusbilderIn für personen- oder klientenzentrierte KinderpsychotherapeutInnen sein. Dieses Kriterium wird von einer Person nicht erfüllt. Diese Person hat allerdings an der Weiterbildung für Kinder- und JugendlichentherapeutInnen teilgenommen und sich besonders mit dem Thema der Elternarbeit auseinandergesetzt. Hinter diesem Auswahlkriterium stand die Hoffnung auf eine hohe Reflexionsbereitschaft und theoretische Auseinandersetzung.
- Alle drei österreichischen Ausbildungsvereine (APG, VRP und ÖGWG) sollten vertreten werden, um das gesamte österreichische Feld abzudecken.

In Österreich gibt es derzeit keine verpflichtende Weiterbildung für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen. Dennoch existieren drei Curricula, eines angeboten in Kooperation zwischen Forum/APG und VRP, eines vom IPS und das dritte vom ÖGWG. Drei der befragten TherapeutInnen waren maßgeblich an der Entwicklung der Weiterbildungs-Curricula beteiligt, diese drei und zwei weitere TherapeutInnen unterrichten in der Kinder- und Jugendtherapeutischen Weiterbildung. Eine Therapeutenperson kann keine lehrende Tätigkeit vorweisen, aber ebenso langjährige Erfahrung in therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Es soll darauf hingewiesen sein, dass die interviewten Personen als hoch angesehen und sehr bekannt gelten, was auf ihren breiten Erfahrungs- und Wissensstand zurückzuführen ist.

Fünf TherapeutInnen wurden über das Internet und die Seiten der Ausbildungsvereine gefunden. Gesucht wurde nach AusbilderInnen, welche in der Kinder- und Jugendlichen-Weiterbildung unterrichten. Eine Therapeutenperson wurde von einem Interviewpartner empfohlen.

Kontaktherstellung

Der Kontakt wurde mittels Brief hergestellt (bei fünf Personen postalische Zusendung, bei einer Person mittels E-Mail), der im Anhang nachgelesen werden kann. Darin wurde das Forschungsvorhaben vorgestellt und ein baldiger Anruf angekündigt. Bei diesem wurde der Interviewtermin vereinbart. Alle sechs angeschriebenen Personen waren zu einem Gespräch bereit. Die Interviews fanden alle im Oktober 2011 statt.

Anonymisierung

Bei den Interviews wurde es den TherapeutInnen frei gestellt, ob sie namentlich genannt werden wollten, oder nicht. Fünf der sechs InterviewpartnerInnen wollten anonym bleiben und wurden mit den Buchstaben A bis E bezeichnet, welche in keinerlei Zusammenhang mit den Namen stehen. Ein Therapeut (Hr. Dr. Gerhard Pawlowsky) entschied sich für die namentliche Nennung und wird im Folgenden mit Th P abgekürzt. Durch die gewünschte Anonymisierung können gewisse Fragestellungen, wie z.B. Fragen, welche den Zusammenhang der Elternarbeit mit dem Geschlecht oder dem fachspezifischen Verein der TherapeutInnen betreffen nicht bearbeitet werden.

Reihenfolge

Die Reihenfolge der Interviews ist insofern von Bedeutung, als sich der Erkenntnisgewinn in der Aktualisierung des Interviewleitfadens spiegelt. Die TherapeutInnen wurden in folgender Reihung befragt: Th A, Th P, Th B, Th C, Th D, Th E.

Beschreibung der interviewten Personen

Da der befragte ExpertInnenkreis nicht sehr groß, die ‚Szene‘ also eher familiär ist und meine InterviewpartnerInnen bekannt sind, werde ich um die gewünschte Anonymität zu wahren Geschlecht, die konkreten Ausbildungen der Personen, die Vereine, so wie die Arbeitszeit mit Kindern nicht einzeln angeben.

Es wurden vier Frauen und zwei Männer befragt. Alle TherapeutInnen sind personen- oder klientenzentrierte PsychotherapeutInnen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Fünf Personen sind personen- oder klientenzentrierte LehrtherapeutInnen. Im Zuge der Bearbeitung der Interviews stellte sich heraus, dass die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in freier Praxis und einer Institution für die Elternarbeit relevant sind. Alle interviewten TherapeutInnen haben oder hatten Kinder in freier Praxis zur Therapie, weil diese Arbeitsform der Ausgangspunkt der Arbeit ist. Vier der TherapeutInnen verglichen ihre Erfahrungen aus der freien Praxis mit denjenigen in einer Institution. Ob die beiden anderen TherapeutInnen auch Erfahrungen aus der Arbeit in Institutionen haben, wurde nicht erhoben.

Als zusätzliche Aus- und Weiterbildungen werden genannt: Lehranalyse, katathym imaginative Psychotherapie, systemische Familientherapie, Verhaltenstherapie, psychoanalytisch orientierte Familientherapie-Fortbildung, Focusing, Supervision,

Traumatherapie, Frühförderausbildung. Den Grundberuf der befragten Personen erachte ich nicht als relevant für die Untersuchung und er wird deshalb nicht angegeben, kann aber in den Transkripten nachgelesen werden. Eine der Therapeutenpersonen hat die Kinder- und Jugendlichenweiterbildung besucht, die anderen unterrichten darin. Die Arbeitszeit mit Kindern beträgt zwischen 17 und 33 Jahre.

Die Interviewumstände

Das Interview sollte „möglichst den im jeweiligen Kontext kulturell üblichen Gewohnheiten des Miteinander-Redens“ (Pfadenhauer 2002, S. 118) entsprechen. Die Gespräche wurden alle am Arbeitsplatz der TherapeutInnen geführt, um gedanklich beim Thema zu sein, und den InterviewpartnerInnen so wenige Umstände wie möglich zu bereiten. Vier Gespräche fanden in den Räumlichkeiten der freien Praxis statt, zwei in Institutionen. Der Ort des Gesprächs hatte insofern Einfluss auf das Gespräch, als dass bei den Gesprächen in der niedergelassenen Praxis die Arbeit unter diesen Bedingungen im Vordergrund stand. Bei den Gesprächen in den Institutionen wurden beide Arbeitsformen besprochen. Fünf Gespräche fanden in Wien statt, eines in einer Kleinstadt.

Th A empfängt mich in der niedergelassenen Privatpraxis. Im Stiegenhaus treffe ich eine wartende Mutter und in der Praxis ihr Kind, das sich gerade anzieht. Th A bemerkt, dass ich hier gleich einen Einblick in die Praxis bekomme und räumt schnell das Spieltherapiezimmer auf, bevor ich in einen anderen Raum mit einer Sitzgruppe für Elterngespräche gebeten werde. Die Stimmung während dem Interview ist angenehm und locker. Wir haben ca. 50 Minuten Zeit, bis der/die nächste KlientIn kommt.

Th B erwartet mich in der Institution, in welcher Th B arbeitet. Der Raum von Th B dient als Arbeits- und auch als Therapiezimmer (so weit ich das abschätzen kann). Ein Kollege in Ausbildung ist während dem Interview anwesend. Das Gesprächsklima ist freundlich und entspannt. Th B hat sich 1,5 Stunden Zeit genommen, wir sind jedoch schon nach ca. 50 Minuten fertig, weil meine Fragen sehr präzise ohne Ausschweifungen beantwortet werden.

Th C bittet mich in die Privatpraxis, in welcher Th C zur Zeit jedoch nur mit Erwachsenen arbeitet. Die Stimmung während dem Gespräch ist angenehm. Wir haben 50 Minuten Zeit, die wir voll ausnützen.

Th D lädt mich in die Privatpraxis ein. Das Interview findet in einem Raum für Erwachsenentherapie und Elterngespräche statt. Im Nebenraum befindet sich das

Spieltherapiezimmer. Es gibt eine kurze Unterbrechung durch den Rauchfangkehrer. Das Gespräch verläuft angenehm. Th D scheint sehr interessiert am Thema. Das Interview dauerte insgesamt fast 60 Minuten.

Th E erwartet mich in einem großen Therapieraum für Erwachsene oder Gruppen in einer Institution. Wir haben 1,5h Zeit für das Gespräch. Wir sitzen zu zweit in einem Sesselkreis, der schon vorher im Raum war. Das Klima ist ausgesprochen locker und freundlich. Es gibt nach ca. 50 Minuten eine kurze Unterbrechung durch eine Türklingel.

Th P empfängt mich in der Privatpraxis. Das Gespräch findet in einem Erwachsenen-Therapiezimmer statt. Wir haben eine Stunde Zeit, die wir voll ausnützen. Das Gesprächsklima ist sehr entspannt und freundlich.

Aufzeichnung und Transkription

Die Gespräche wurden mittels tragbarem Mikrofon mit integrierter Speicherkarte aufgezeichnet. Die Transkription erfolgte vollständig und wortgetreu. „Ähm“ und Ähnliches, sowie Pausen wurden nicht notiert, weil diese für die qualitative Inhaltsanalyse nicht relevant sind. Die sechs Transkripte sind in anonymisierter Form auf der beigelegten CD zu finden.

4.2 Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse

Die erhobenen Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

„Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse liegt in ihrem systematischen, regelgeleiteten Vorgehen, mit dem auch große Materialmengen bearbeitet werden können.“ (Mayring 2010, S. 124) Es handelt sich eigentlich um eine „kategoriegeleitete Textanalyse“ (Mayring 2010, S. 13), weil nicht nur die Inhalte des Texts analysiert werden können. Die Inhaltsanalyse will fixierte Kommunikation, in diesem Fall transkribierte Interviewgespräche, systematisch, regelgeleitet aber auch theoriegeleitet bearbeiten und damit „das Ziel verfolgen, *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation* (Herv. d. Verf.) zu ziehen.“ (Mayring 2010, S. 13)

Das zentrale Instrument der Inhaltsanalyse ist die Erstellung des Kategoriensystems. Besonders wichtig ist die Beschreibung der Konstruktion der Kategorien und deren Begründung, um diesen Prozess für andere nachvollziehbar zu machen. Dies wird im Folgenden versucht:

Die Kategorien wurden deduktiv und induktiv definiert. Bei der deduktiven Kategorienbildung werden die Kategorien aus bestehenden Theorien gewonnen. Nach der ausführlichen Beschäftigung mit der Literatur zum Thema wurde der Interviewleitfaden erstellt, welcher bereits die Hauptkategorien spiegelt. „Eine induktive Kategoriendefinition hingegen leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen.“ (Mayring 2010, S. 83) Das Kategoriensystem wurde laufend während der Textbearbeitung verändert und an die Ergebnisse angepasst. „Das Kategoriensystem ist . . . offen: Es kann während der Extraktion verändert werden, wenn im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, aber nicht in das Kategoriensystem passen.“ (Gläser & Laudel 2010, S. 201)

Folgendes Kategoriensystem ist im Laufe der Analyse entstanden und bildet die Grundlage der Darstellung der Ergebnisse:

K 1 Erstgespräch

K 2 ‚Probatorische Phase‘

K 3 Entscheidung der passenden Intervention

K 3.1 Geteilte Spieltherapie und Elternarbeit (Splitting)?

K 3.2 Zusätzliches Angebot für die Eltern

K 4 Begleitende Elterngespräche

K 4.1 Frequenz

K 4.2 Einbezogene Personen

K 4.3 Beisein des Kindes

K 4.4 Besprechung der Elterngespräche mit dem Kind

K 4.5 Inhalte der Elterngespräche

K 4.6 Eltern-Kind-Spieltherapiestunden

K 4.7 Abschlussgespräch mit den Eltern

K 4.8 Stellenwert

K 4.9 Indikation

K 4.10 Erfolg

K 4.11 Begründung

K 4.12 Ziele

K 5 Unterschiede der Elternarbeit zwischen der Therapie in einer Institution und in freier Praxis

K 6 Wo liegt die Elternarbeit im Spannungsfeld zwischen Erziehungsberatung, Einzeltherapie und Familien(spiel)therapie?

K 6.1 Elterngespräche vs. klassische Erziehungsberatung

K 6.2 Elterngespräch vs. Therapiegespräch

K 6.3 Elterngespräche vs. Familien(spiel)therapie

K 7 Herausforderungen

- K 7.1 Schweigepflicht
- K 7.2 Tür-und-Angel-Gespräche
- K 7.3 Widerstand der Eltern
- K 7.4 Therapieabbruch
- K 7.5 Wechsel zwischen der Seite der Eltern und der Seite des Kindes
- K 7.6 Andere Herausforderungen

K 8 Was braucht eine erfolgreiche kindertherapeutische Arbeit?

K 9 Praxissituation

K 10 Literaturlage

Folgende Kategorien sind induktiv definiert, also ausschließlich aufgrund des Interviewmaterials entstanden: Kategorie 3.1 ‚Geteilte Spieltherapie und Elternarbeit (Splitting)‘, Kategorie 5 ‚Unterschiede der Elternarbeit zwischen der Therapie in einer Institution und in einer freien Praxis‘ und Kategorie 7.5 ‚Wechsel zwischen der Seite der Eltern und der Seite des Kindes‘. Diese werden ausführlich im Kapitel 7 ‚Weitere Erkenntnisse und pädagogische Relevanz‘ ausgeführt, weil dazu wenig Literatur gefunden wurde und sie deshalb besonders interessant sind. Die Idee der Frage nach der Kategorie 7.2 ‚Tür-und-Angel-Gespräche‘ entstand nach dem Probeinterview mit einer Kollegin.

Die große Menge an Datenmaterial wurde durch Zusammenfassen, Streichung von Wiederholungen, Paraphrasierung und Generalisierung reduziert (Gläser & Laudel 2010 und Mayring 2010). Die Aussagen wurden den Kategorien zugeordnet, bzw. wurden neue Kategorien gebildet oder alte umformuliert. Die Aussagen wurden zunächst noch den TherapeutInnen zugeordnet um eine Analyse zwischen den Interviewpersonen zu ermöglichen. Wichtige Passagen werden in bereinigter Form direkt aus den Interviewtranskripten zitiert und kursiv gedruckt. Die danach in Klammern angegebenen Ziffern bezeichnen die Zeilen und beziehen sich auf den Absatz des Transkripts der jeweiligen Therapeutenperson. Jede Kategorie wird durch ein Fazit abgeschlossen, welches die Inhalte der Kategorie zusammen fasst, personenübergreifende Aussagen trifft und besonders Gemeinsamkeiten und Unterschiede der TherapeutInnen untersucht.

Bei näherer Betrachtung waren nicht alle entwickelten Kategorien für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant und werden deshalb nicht dargestellt. Folgende Kategorien wurden aus dem Kategoriensystem genommen und werden nicht näher ausgeführt:

„Rahmenbedingungen der Spieltherapie“, „Unterschiede zwischen Spiel- und Gesprächstherapie“, „Besonderheiten bei Jugendlichen“⁴.

Einige Therapeutenpersonen verwenden häufig ‚Mutter des Kindes‘ und haben zu Beginn des Interviews erklärt, dass dies synonym mit ‚Vater des Kindes‘ oder ‚Eltern des Kindes‘ gesetzt werden kann. Ich habe versucht mich an den Wortlaut der TherapeutInnen zu halten. Die Beteiligung der Väter an der Therapie des Kindes wird in der Kategorie 4.2 ‚Einbezogene Personen‘ genauer behandelt.

Im Laufe der Analyse wurde deutlich, dass sich die Elternarbeit im Rahmen einer Institution in gewissen Punkten von jener in der freien Praxis unterscheidet. Die Unterschiede werden in der Kategorie 5 dargestellt. Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildet die Elternarbeit bei einer Spieltherapie in der freien Praxis. Deshalb wird diese ausführlich in den restlichen Kategorien dargestellt.

⁴ Die Therapie und Elternarbeit bei Jugendlichen unterscheiden sich stark von jenen bei Kindern. Darauf wurde auch in den Interviews häufig hingewiesen. Darauf kann leider in diesem Rahmen aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden, kann aber Inhalt zukünftiger Arbeiten sein.

5 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse, also das entwickelte Kategoriensystem und seine Inhalte werden nun dargestellt. Jede Kategorie wird in einem Fazit punktuell zusammengefasst. Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt im darauffolgenden Kapitel.

5.1 Erstgespräch (K 1)

Es werden die Antworten auf die Frage ‚Wie sieht das Erstgespräch aus?‘ und Aussagen die dazu passen zusammengefasst. Es geht den TherapeutInnen vor allem um die Entscheidung, wer am Erstgespräch teilnimmt. Es werden Argumente für und wider den Einbezug des Kindes gebracht.

Bei **Th A** findet das Erstgespräch im Regelfall gemeinsam mit den Kindern statt, außer die Eltern wünschen das nicht. Th A ist es wichtig, dass alle Familienmitglieder von Anfang an einbezogen sind, damit es keine Geheimnisse vor dem Kind gibt. Die Familie soll gemeinsam erzählen, was schwierig ist. Das Kind soll wissen warum es in Therapie gehen wird. Es geht Th A auch darum die Interaktion der Familie beobachten zu können und Kontakt zu dem Kind herzustellen. *„Mir geht es darum, dass ich in diesem Erstgespräch einen Kontakt zu den Kindern kriege, dass die Kinder eben das Gefühl kriegen, ja da gibt es jemand, der mich verstehen könnte, der hilfreich sein könnte.“* (Th A: Z 76 – 78) Th A möchte auch dem Standpunkt des Kindes Platz geben. Th A versucht im Erstgespräch herauszufinden, worum es geht und ob sie/er die/der Richtige für das Problem ist. Die Elterngespräche sind immer ein Teil der Spieltherapie bei Th A und werden auch beim Erstgespräch vereinbart. Dadurch werden die Elterngespräche auch für das Kind transparent. Th A betont die notwendige Klarheit in Punkto Elternarbeit, die von Beginn an herrschen soll, um Widerstand der Eltern zu vermeiden.

Bei **Th B** hängt es von dem Alter des Kindes ab, ob es am Erstgespräch teilnimmt. Ab einem Alter von zehn Jahren findet das Erstgespräch mit Eltern und Kind gemeinsam statt. Das Erstgespräch ist bei Th B nicht auf eine Stunde beschränkt, sondern kann bei Bedarf auch 2,5 Stunden dauern.

Th C entscheidet nach dem ersten Telefonat wer zum Erstgespräch eingeladen wird. Th C versucht nach den ersten telefonischen Schilderungen des Problems herauszuhören, worum es schwerpunktmäßig geht. Wenn beim ersten Telefonat sehr überschwenglich oder

abwertend über das Kind gesprochen wird, spricht Th C lieber alleine mit den Eltern. Ebenso wird das Kind bei möglicherweise traumatischen Erlebnissen, dem Verdacht auf Missbrauch, oder Gewalterfahrungen nicht eingeladen. Auch bei schwerwiegenden Partnerschaftskonflikten möchte Th C zuerst ohne Kind mit den Eltern offen darüber reden. Wenn beim ersten Telefonat Symptome und Belastungen des Kindes geschildert werden und ein ‚Nicht-mehr-weiter-wissen‘, dann wird das Kind auch eingeladen. Th C gibt den Eltern mögliche Formulierungen, wie diese ihrem Kind erklären können warum es zur Therapie gehen soll. Beim Erstgespräch ist eine Stunde Zeit für die Erzählungen der Eltern über den Anlass und die bisherigen Versuche die Schwierigkeiten mit anderen professionellen HelferInnen zu lösen. Th C nennt folgende Vorteile, wenn das Kind am Erstgespräch teilnimmt: Die Reaktionen des Kindes auf die Erzählungen der Eltern können beobachtet werden. Das Verhalten des Kindes zu Hause und während dem Erstgespräch kann mit den Eltern verglichen werden. Das Kind kann zu den Erzählungen der Eltern befragt werden, ob es dem zustimmt. Th C erhält abgleichende Informationen und ein vollständigeres Bild. Th C kann mit allen einen Pakt schließen. Wenn die Eltern nichts mit der Therapie zu tun haben wollen, sagt Th C gerne vor dem Kind, dass das unmöglich ist. Das Kind hört, dass es nicht alleine schuld ist, und dass die Eltern mitarbeiten müssen. Th C kann viele vertrauensbildende Maßnahmen setzen, wenn das Kind beim Erstgespräch dabei ist. Das Kind kann bemerken, dass Th C in Ordnung ist.

Bei **Th D** nehmen Kinder ab einem Alter von 11 bis 12 Jahren am Erstgespräch teil. Themen beim Erstgespräch sind: Anlass des Therapiewunsches, Arbeitsbedingungen, Schweigepflicht gegenüber dem Kind, Elterngespräche und Verbindlichkeiten, wie Absageregeln, Abholregelungen. Th D findet Erstgespräche sehr spannend und kann dabei sehr viel beobachten. Th D nennt folgenden Vorteil, wenn das Kind beim Erstgespräch dabei ist: Der Umgang der Familie miteinander kann beobachtet werden. *„Also man sieht schon, wie gehen die miteinander um, wie spricht die Mutter über das Kind, spricht sie mit dem Kind, oder stellt sie das wie einen Gegenstand irgendwo hin. Ist sie sehr böse auf ihr Kind, weil das Schwierigkeiten macht oder erlebt sie, dass das Kind Schwierigkeiten hat.“* (Th D: Z 373 – 378)

Bei **Th E** findet das Erstgespräch in der Regel ab dem Alter von 12 Jahren mit den Kindern gemeinsam statt. Wenn die Familie kommt und sich während dem Gespräch herausstellt, dass die Eltern mit einem großen Leidensdruck kommen und über das anwesende Kind schimpfen, bricht Th E das Erstgespräch ab und lädt die Eltern alleine noch ein Mal ein. Th E hält nichts davon, das Kind in solchen Fällen aus dem Zimmer zu schicken. Das Kind soll sich auch nicht in einer Ecke des Raumes alleine spielend beschäftigen, während die Erwachsenen reden. Alle Anwesenden sollen im Prozess beteiligt sein. *„Wenn sie alle da sind, sind sie alle da und somit gehören alle ‚abgeholt‘.“* (Th E: Z 201 – 206) Th E ist es wichtig, dass jedes Familienmitglied mit der Therapeutenperson in

Beziehung treten kann. Bei Th E kann das Erstgespräch auch in Form einer gemeinsamen Spielstunde statt finden. *„Da kann es dann auch schon einmal sein, dass ich irgendwie einmal andere Dinge mache, so, die kindgerechter sind und dass ich weniger anamnestisch arbeite, sondern einfach die Familie spielend kennenlernen möchte.“* (Th E: Z 141 – 156) Th E spielt auch mit und erklärt der Familie während dem gemeinsamen Spiel was Spieltherapie ist.

Th P entscheidet nach dem ersten Telefonat nach seinem Gefühl und dem Problem, ob das Kind dabei sein soll, oder nicht. Ab 10 bis 12 Jahren wird das Kind meist schon eingeladen. Das erste Telefonat und das erste Gespräch sollen die Frage beantworten ‚Wer ist der/die KlientIn?‘. Wenn Th P mit den Eltern alleine sprechen möchte und das Kind trotzdem mitkommt, teilt Th P die Stunde. Zuerst spricht Th P eine halbe Stunde mit dem Elternteil, dann versucht er mit dem Kind alleine in Kontakt zu kommen. Wenn das Kind jünger als drei Jahre ist, würde Th P immer die Bezugsperson bitten im Raum zu bleiben. Th P versucht alleine zum Kind Kontakt herzustellen, um dem Kind die Möglichkeit einer eigenen Entscheidung zur Therapie zu geben. *„Wenn ich mich dafür entscheide, mit dem Kind zu arbeiten, dann ist es mir wichtig, mit dem Kind auch Kontakt aufzunehmen, allein.“* (Th P: Z 90 – 97) Wenn es zu einer Kinderspieltherapie kommt, ist das Kind der/die KlientIn. Sollte eher eine Beratung der Eltern angeraten sein, wären beide oder ein Elternteil der Klient.

Th A und **Th D** erwähnen, dass die Elternarbeit nicht im Spieltherapiezimmer, sondern in einem anderen Raum mit einer Sitzgarnitur statt findet. **Th B** spricht mit den Eltern im Spielzimmer und weist auf das Interesse und die Neugier der Eltern auf den Therapieraum hin.

Fazit: Kategorie 1 ‚Erstgespräch‘

- Das Thema ‚Erstgespräch‘ wird dominiert von der Entscheidung, ob das Kind daran teilnimmt. Die Mehrheit der TherapeutInnen macht die Anwesenheit des Kindes von gewissen Faktoren abhängig. Eine Therapeutenperson (Th A) tendiert dazu das Kind immer ein zu laden.
- Der Einbezug des Kindes wird abhängig gemacht von: dem Alter des Kindes (ab 10 – 12 Jahren mit Kind), dem Elternwunsch, den telefonischen Problemschilderungen der Familie (z.B. bei Abwertung des Kindes durch die Eltern ohne Kind, bei Trauma oder Partnerschaftskonflikten ohne Kind) und der Einschätzung wer der/die zu behandelnde KlientIn ist. Es geht bei diesen Überlegungen häufig darum, das Kind vor Abwertung oder Retraumatisierung zu schützen.

- Vorteile des Beiseins des Kindes: Kontaktherstellung zum Kind vom Beginn an möglich, Transparenz gegenüber dem Kind, ein vollständigeres Bild von der Familien- und Problemsituation kann entstehen, dem Standpunkt des Kindes wird Platz gegeben, das Kind ist von Beginn an dabei (Vertrauen, Kontakt, Transparenz) und es kann mit allen ein Arbeitsbündnis geschlossen werden.
- Mögliche Formen des Erstgesprächs sind folgende: Gespräch mit der ganzen Familie, Gespräch nur mit den Eltern, oder einem Elternteil, geteilte Stunde zwischen Eltern (Gespräch) und Kind (Spiel) oder eine gemeinsame Spielstunde.
- Das Erstgespräch und die nachfolgenden Elterngespräche können im Spieltherapiezimmer oder in einem separaten Raum für Gespräche statt finden.
- Die Therapeutenperson steht vor den Herausforderungen, nach dem ersten Telefonat abschätzen zu müssen wer der/die vermutliche KlientIn ist, und außerdem die Vor- und Nachteile ab zu wiegen, ob das Kind besser einzuladen ist.

Die Inhalte des Erstgesprächs werden im nächsten Kapitel beschrieben.

5.2 ,Probatorische Phase‘ (K 2)

Alle Therapeutenpersonen erwähnen eine anamnestic Phase, die ähnlich aussieht. Es werden die Form und der Inhalt der ersten Phase beschrieben.

Th A führt zuerst ein oder zwei Elterngespräche, dann finden vier bis sechs Spielstunden mit dem Kind statt, danach wieder ein abschließendes Elterngespräch. Bei einem großen Bedürfnis der Eltern können die Elterngespräche auch höherfrequent gestaltet sein.

Th B hält nach dem Erstgespräch einige Spielstunden mit dem Kind für sinnvoll, um das Kind kennen zu lernen und um fest zu stellen ob alle miteinander gut auskommen. Dann findet wieder ein Elterngespräch statt.

Th C bietet in manchen Fällen schon nach dem Erstgespräch eine Intervention an, wenn zum Beispiel die Eltern Beratung brauchen und das Kind nur vorgeschoben ist, oder das Kind tatsächlich etwas braucht. Wenn Th C nach dem Erstgespräch nicht sicher ist, welches Angebot für die Familie passend ist, finden drei bis fünf Spielstunden alleine mit dem Kind statt, damit Th C sich ein eigenes Bild vom Kind machen kann. Danach hat Th

C meist eine Idee davon, welches Angebot sinnvoll ist und schlägt dieses in einem weiteren Elterngespräch vor.

Bei **Th D** finden nach dem Erstgespräch zwei bis drei Termine mit dem Kind statt. Darauf folgt ein zweites Elterngespräch, wo das weitere Vorgehen beschlossen wird. Th D hat die Erfahrung gemacht, dass diese erste Phase sehr wichtig ist, um späterem Widerstand der Eltern vorzubeugen. Wenn die Therapeutenperson in der ersten Phase als KonkurrentIn erlebt wird, oder als jemand, der in das Leben der Familie eingreift und sich Entscheidungen herausnimmt, oder bewertet, dann ist mit Widerstand der Eltern zu rechnen. Wenn diese ersten vier bis fünf Stunden gut funktionieren, ist nicht mit einem späteren Widerstand der Eltern zu rechnen. Th D bespricht mit den Eltern in den ersten beiden Gesprächen die Rahmenbedingungen: Arbeitsvertrag, Arbeitsziel (Was soll passieren?), Auftrag der Eltern an Therapeutenperson und die Einigung darüber. Im ersten Gespräch erklärt Th D was Spieltherapie ist, schaut sich die Interaktion an und versucht das Problem zu erkennen. Th D versucht zu beurteilen ob er/sie da ‚einsteigen‘ kann, ob die Chemie stimmt, sodass es eine Arbeitsbasis geben kann. Für Eltern und Kind muss klar sein, dass Spieltherapie nicht nur spielen ist. *„Also es muss schon immer klar sein, auch für das Kind, dass das ein Weg ist, ihm aus seinen Schwierigkeiten zu helfen, und keine Spielstunde.“* (Th D: Z 672 – 679) Im zweiten Elterngespräch werden Detailfragen geklärt. Th D erklärt Eltern, welche ihr Kind gerne ‚reparieren‘ lassen würden, eindeutig, dass das nicht geht. *„Ich bin keine Reparaturwerkstätte, ja? Also das muss man manchmal, nicht schroff, aber doch klar machen, dass ich nicht, vor allem dass ich nicht in einer bestimmten Weise Schrauben drehen kann.“* (Th D: Z 685 – 689) Th D weist gerne darauf hin, dass Kinder, deren Selbstbewusstsein gestärkt wird, zu Hause schwieriger werden können. Th D spricht auch an, dass die Symptome des Kindes während der Therapie auch schwieriger werden können.

Th E spricht von fünf bis sechs Stunden im Erstsetting, die unterschiedlich gestaltet sein können. Erst danach stellt sich heraus, ob Psychotherapie wirklich die Möglichkeit erster Wahl ist. In dieser ersten Phase können auch gemeinsame Spielstunden der ganzen Familie statt finden. *„Es gibt so Kriterien der Spielbeobachtung, wo man einfach schaut, wie tun denn die miteinander, geht das überhaupt miteinander, welche Themen werden angespielt, wie spielen sie, wie interagieren sie, wie tun sie überhaupt, schafft es der Vater auf den Teppichboden oder schafft er es nicht, . . . sind sie überhaupt geübt in der Interaktion miteinander.“* (Th E: Z 166 – 177) Th E hat bei Franz Kemper einen Teil seiner Ausbildung besucht und dessen Ideen der Familienspieltherapie⁵ aufgenommen.

⁵ Die Familienspieltherapie wird im Kapitel 3.7.2 theoretisch dargestellt. Eine empirische Abgrenzung zwischen Elterngesprächen und Familienspieltherapie wird im Kapitel 5.6.3 versucht.

Th P spricht von einer Begutachtungsphase von fünf Terminen, wenn es um Kinder zwischen drei, vier und zehn, zwölf Jahren geht. Danach kann er eine Empfehlung abgeben, ob eine Kinderspieltherapie indiziert ist, oder ob eine andere Lösung besser wäre.

„Das ist glaube ich deswegen notwendig, weil man bei einer Kindertherapie nicht immer sofort erkennt, was das Problem ist. Aber wenn es am Anfang benannt wird, muss ich mir trotzdem noch mein eigenes Urteil bilden.“ (Th P: Z 109 – 112)

Fazit: Kategorie 2 ,probatorische Phase‘

- Alle TherapeutInnen wenden eine ,probatorische Phase‘ an, die auch Anamnese- oder Begutachtungsphase genannt wird.
- Die Formen sind sehr ähnlich. Nach dem Erstgespräch finden Spielstunden statt (zwischen zwei und sechs Termine). Danach gibt es ein abschließendes Elterngespräch.
- Inhalte und Ziele des Erstgesprächs sind: Eltern Platz geben um ihre Schwierigkeiten zu schildern, Vertrauen aufbauen, Beziehung zu allen Anwesenden herstellen, Beobachtung der Interaktion der Familie, erkennen was das Problem ist und wer der/die KlientIn ist, Arbeitsbedingungen erklären (Was ist Spieltherapie?, Elternarbeit, Schweigepflicht, etc.), Arbeitsziel und Auftrag der Eltern klären und mit Therapeutenperson abstimmen, Arbeitsbündnis schließen und klären, ob die Therapeutenperson zu dem Fall passt.
- Ziel der Spielstunden ist: Die Therapeutenperson möchte sich ein eigenes Bild vom Kind machen.
- Inhalte und Ziele des zweiten Elterngesprächs sind: ein passendes Angebot wird vorgeschlagen, weiteres Vorgehen wird beschlossen, Detailfragen werden besprochen.
- Die erste Phase der Therapie wird für den weiteren Verlauf der Therapie als sehr wichtig eingeschätzt. Späteren Schwierigkeiten kann hier durch Aufklärung und Transparenz vorgebeugt werden. Gleich zu Beginn müssen die Arbeitsbedingungen und besonders die Elterngespräche vereinbart werden. Die Haltung ,etwas gemeinsam zu schaffen‘ und nicht ,das Kind in Reparatur zu geben‘ sollte von den Eltern geteilt werden.
- Hinweisen möchte ich darauf, dass die eigentliche Therapie, sollte dies die gewählte Intervention sein, erst nach bis zu acht Terminen, d.h. meist acht Wochen beginnt, was

doch eine gewisse Zeitspanne darstellt, in Anbetracht der Kosten und des Leidensdrucks der Familie.

5.3 Entscheidung der passenden Intervention (K 3)

Hier geht es um die Frage welche Interventionen in welchen Fällen warum empfohlen werden und wie die Entscheidung getroffen wird.

Th B empfiehlt besonders bei kleineren Kindern nur eine Therapie der Mutter. Wenn das Problem eindeutig bei der Mutter liegt, hält es Th B für sinnlos mit dem Kind eine Therapie an zu fangen, wenn es weiterhin der gleichen Umgebung ausgesetzt ist.

Th C beginnt dort wo das größte Bedürfnis sichtbar ist, oder der Zugang am leichtesten fällt. *„Und es ist ja nie so, dass man von vorneherein schon alles weiß, sondern man fängt einmal dort an, wo es am offensichtlichsten ist oder wo der Zugang am leichtesten zu erreichen ist und dann sieht man im Prozess, was es dann wieder an Veränderung bedarf.“* (Th C: Z 154 – 160)

Th D trifft nach der ersten Begutachtungsphase mit der Familie eine gemeinsame Entscheidung, wie es weiter geht. Die Zustimmung der Eltern für die Kindertherapie ist sehr wichtig, weil das Kind sonst in einen Loyalitätskonflikt käme. Für Th D ist das Gesamtbild wichtig. *„Das Ziel ist immer die Entlastung des Kindes, also selbst wenn ich mit den Eltern arbeite, und das ist dann auch ausgesprochen, geht es nicht so sehr um das Wohlbefinden der Eltern, sondern das Wohlbefinden der Eltern ist wichtig für das Wohlbefinden des Kindes. Also, das ist nicht zu trennen.“* (Th D: Z 115 – 119) Je jünger das Kind ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass nur mit den Eltern weiter gearbeitet wird. Wenn das problematische Verhalten des Kindes eine Antwort auf seine Lebensbedingungen ist, wird eher eine Elternberatung empfohlen. Hat das Kind eine tatsächliche Verletzung erfahren, ist eine Kinderspieltherapie indiziert. *„Und dann kommt es für mich darauf an, hat das Kind sein Verhalten nach dem Verhalten der Eltern ausgerichtet, also ist das quasi ein respons auf Bedingungen, auf Lebensbedingungen, oder gibt es da tatsächlich eine Verletzung des Kindes, also eine Traumatisierung, also z. B. bei Missbrauchsgeschichten auch im frühen Kindesalter ist ein arbeiten mit dem Kind durchaus angezeigt.“* (Th D: Z 108 – 113) Th D trifft die Entscheidung, welche Intervention sie für passend erachtet, nach Erfahrungswerten, Bauchgefühl und Gelerntem, versucht aber immer selbstkritisch zu bleiben. Th D erwähnt fünf mögliche Settingvarianten:

- Spieltherapie und begleitende Elterngespräche durchgeführt von Th D
- Spieltherapie des Kindes mit Th D und Gesprächstherapie des Elternteils mit Th D parallel
- Spieltherapie mit Th D und Elterngespräche mit anderer/m TherapeutIn
- Elterngespräche mit Th D, Spieltherapie mit anderer/m TherapeutIn
- ausschließliche Elternberatung mit Th D

Elterngespräche sind wichtig, wenn die Eltern nicht mehr dahinter stehen. Eine parallele Therapie von Kind und Mutter ist in ganz seltenen Fällen nötig, wenn keine Trennung vollzogen werden kann. *„Es ist ganz selten so, wirklich ganz, ganz selten so, dass man Eltern gemeinsam mit dem Kind therapieren muss, weil da so eine unauflösbare Vermischung der Persönlichkeiten schon fast stattfindet, ja? Also wo die Mutter irgendwie keine Grenze hat, wo ihr Wohl endet und wo das Wohl des Kindes, als eigene Person, beginnt.“* (Th D: Z 340 – 343) In mehr als 50% der Fälle empfiehlt Th D eine Einzeltherapie des Kindes mit begleitenden Elterngesprächen. Die zweithäufigste Variante ist das Splitting, wobei die Elterngespräche von einer anderen Therapeutenperson durchgeführt werden.

Th E spricht auch die Möglichkeit einer Paartherapie für die Eltern oder einer Einzeltherapie für ein Familienmitglied an. *„Es muss nicht immer das Kind sein sozusagen, dass sich dann da herauskristallisiert, dass es vielleicht gescheiter ist, das ganze System . . . weiterhin einzuladen im Sinne der Familientherapie.“* (Th E: Z 240 – 250) Es kann auch von Nöten sein noch eine weitere diagnostische Abklärung über den Entwicklungsstand des Kindes in bestimmten Bereichen einzuholen. Bei Erziehungs- und Handlungsunsicherheiten der Eltern schlägt Th E eine Elterngruppe vor. Eine klassische Spieltherapie für das Kind empfiehlt Th E bei ängstlichen Kindern, Zwängen, Depressionen, überall dort, wo eine korrigierende Beziehungserfahrung sinnvoll ist. Wenn Kinder etwas nach zu holen haben, oder einen Raum brauchen um etwas aus zu probieren, ist die klassische personenzentrierte Spieltherapie passend. Bei Bindungsstörungen empfiehlt Th E ebenso eine klassische personenzentrierte Spieltherapie, jedoch in einer Institution, weil diese Therapien sehr zeit- und damit geldintensiv sind. Bei psychosomatischen Beschwerden ist eine Einzeltherapie, aber mit Einbezug der ganzen Familie notwendig.

Fazit: Kategorie 3 ‚Entscheidung der Intervention‘

- Fragen, die die TherapeutInnen entscheiden und mit der Familie besprechen müssen sind: Welche Person wird bei welcher Therapeutenperson in welchem Setting behandelt/beraten?
- Folgende Kriterien spielen bei der Entscheidung eine Rolle: Das Alter des Kindes (je jünger das Kind umso wahrscheinlicher wird mit den Eltern gearbeitet), Erfahrung, Bauchgefühl, Wissen der Therapeutenperson, Bedürfnis des/der Klienten/in (Wer hat den größten Leidensdruck?), zu wem hat die Therapeutenperson den leichtesten Zugang?
- Als mögliche Settingvarianten werden genannt: Therapie der Mutter bei jungen Kindern, Beratung der Eltern bei problematischen Lebensbedingungen des Kindes,

Elterngruppen bei Handlungs- und Erziehungsunsicherheiten, Paartherapie der Eltern bei Paarproblemen, Einzeltherapie für ein Familienmitglied (Die Indikation für eine Einzeltherapie wird gesondert im Kapitel 5.3.2 ‚Zusätzliches Angebot an die Eltern‘ besprochen), Familientherapie, wenn das ganze System zu behandeln ist, Therapie des Kindes und der Mutter parallel bei Trennungsschwierigkeiten der Mutter vom Kind, Einzeltherapie des Kindes mit begleitenden Elterngesprächen.

- Indikation für Einzeltherapie des Kindes mit begleitenden Elterngesprächen: Traumatisierung des Kindes, Ängste, Zwänge, Depression, Bindungsstörungen, psychosomatische Beschwerden, wenn eine korrigierende Beziehungserfahrung sinnvoll ist, wenn das Kind Zeit und Raum braucht um etwas nachzuholen oder auszuprobieren.
- Eine Therapeutenperson (Th D) gibt an, dass in mehr als 50% der Fälle eine Spieltherapie des Kindes empfohlen wird.
- Wichtig ist es eine gemeinsame Entscheidung zu finden und nicht über den Kopf der Eltern hinweg zu handeln. Wenn die Eltern nicht voll hinter einer Spieltherapie stehen, gerät das Kind in einen Loyalitätskonflikt.

5.3.1 Geteilte Spieltherapie und Elternarbeit (Splitting)? (K 3.1)

In welchen Fällen übernimmt eine andere Therapeutenperson die Elternarbeit?

Th B hält das Splitting von Spieltherapie und Elternarbeit nicht für sehr sinnvoll. *„Weil dann müssten sich die zwei wieder abgleichen untereinander und, und ich finde, derjenige, der eine Beziehung zum Kind hat, sollte eine Beziehung zu den Eltern haben.“* (Th B: Z 367 – 369) Bei der Elternarbeit braucht es Verständnis für Kindertherapie. Th B würde es schlecht finden, wenn eine Therapeutenperson ohne kindertherapeutische Erfahrung die Elterngespräche übernehmen würde.

Th C findet das Splitting in manchen Fällen besser, betont aber besonders das Bedürfnis sich mit einem Kollegen austauschen zu können. *„Es mag Einzelfälle geben, wo es besser ist, das zu splitten, andere, wo es nicht notwendig ist, und trotzdem ist es angenehmer, nach einer Kindertherapiestunde hat man vielmehr das Bedürfnis, dass da jemand wäre, mit dem man schnell einmal darüber reden könnte.“* (Th C: Z 538 – 542)

Th D überlässt die Elternarbeit einer/m KollegIn, wenn die Eltern massive eigene Probleme haben. *„Die intensive Elternarbeit erledigt ein Kollege und die Kinderarbeit erledige dann ich oder umgekehrt.“* (Th D: Z 128 – 137) Wenn den Eltern allerdings nicht bewusst ist, wie sich ihre eigenen Probleme auf das Kind auswirken, spricht sich Th D eher dafür aus nicht zu

splitten. In allen anderen Fällen ist Th D sehr dafür Kindertherapie und Elternarbeit zu trennen. Die Erfahrungen von Th D damit sind durchwegs sehr gut. Der Austausch mit der anderen Therapeutenperson beschränkt sich oft auf ein Telefonat, weil Th D die KollegInnen schon sehr gut und lange kennt und es auch den Blick verstellen könnte, wenn zu viele Probleme an den anderen Therapeuten oder die andere Therapeutin weitererzählt werden. Außerdem betont Th D die Schweigepflicht, weshalb auch an den/die KollegIn keine Details weitererzählt werden. Th D ist es wichtig, dass eine Therapeutenperson den Fokus auf dem Kind hat und die andere auf den Eltern und hält es besonders am Anfang der Therapie für ungünstig das zu vermischen. Das Splitting ist nicht möglich, wenn die engste Bezugsperson des Kindes (meist die Mutter) die Trennung schwer aushält und sich extrem gefährdet fühlt, wenn das Kind anderen Einflüssen ausgesetzt ist.

Th E hält grundsätzliches Splitting für keine gute Idee. Besonders bei Angstsymptomatiken wäre eine getrennte Elternarbeit schlecht. Th E geht es um Übersetzungsarbeit zwischen Kind und Eltern, welche nur möglich ist, wenn beide anwesend sind. Th E arbeitet im Hier und Jetzt und das emotionale Erleben des Momentes ist tiefer, wenn die Beteiligten miteinander im Raum sind. Diese intimen, tiefen Prozesse sind besonders sinnvoll, wenn die Familie sie gemeinsam erlebt. Bei Trauma, Beziehungsstörungen oder psychiatrischen Erkrankungen der Eltern ist Splitting schon angebracht. Denn da brauchen die Eltern als Eltern Platz um etwas miteinander zu verarbeiten, zum Beispiel bei Todesfällen, oder anderen dramatischen, emotional dicht besetzten Ereignissen.

Fazit: Kategorie 3.1 ‚Splitting‘

- Unter ‚Splitting‘ wird das Aufteilen von Kinderspieltherapie und Elterngesprächen auf zwei TherapeutInnen verstanden.
- Die Hälfte der TherapeutInnen wendet das Splitting in gewissen Fällen an.
- Eine Therapeutenperson hält das Splitting nicht für sehr sinnvoll. Die Beziehung zu Eltern und Kind ist wichtig.
- Splitting wird als sinnvoll erachtet, wenn die Eltern massive eigene Probleme haben, traumatisiert sind, unter Beziehungsstörungen oder psychiatrischer Erkrankung leiden, oder als Eltern einen eigenen Platz brauchen um etwas (z.B. einen Todesfall) gemeinsam zu verarbeiten. Ob sich dann die Elterngespräche nicht in Richtung Therapie entwickeln bleibt offen.

- Splitting ist kontraindiziert, wenn den Eltern nicht bewusst ist, wie sich ihre eigenen Probleme auf das Kind auswirken, oder die Bezugsperson eine Trennung vom Kind nicht aushält, weil sie sich sehr gefährdet fühlt, wenn das Kind fremden Einflüssen ausgesetzt ist. Bei Angstsymptomatiken wäre Splitting schlecht.
- Vorteil beim Splitting ist, dass die Therapeutenpersonen den Fokus auf das Kind bzw. die Eltern legen können, und ihr Blick nicht durch die Probleme der/des anderen verstellt wird.
- Nachteile des Splittings sind, dass keine Übersetzungsarbeit zwischen Eltern und Kind möglich ist und dass keine gemeinsamen intimen Prozesse erlebt werden können, wie bei einer Familienspieltherapiestunde.

5.3.2 Zusätzliches Angebot für die Eltern (K 3.2)

In welchen Fällen wird den Eltern ein eigenes zusätzliches Angebot (z.B. Therapie, Elterngruppe) empfohlen?

Th A empfiehlt bei jedem 2. bis 3. Kind der Mutter eine eigene Therapie, wenn da sehr viel Eigenes da ist, das bearbeitet werden sollte. Th A weist auf die finanzielle Belastung hin, die eine weitere Therapie der Mutter darstellt.

Th B empfiehlt bei einem Drittel der Kinder (Jugendliche ausgenommen) eine eigene Therapie der Mutter, davon dürften etwa die Hälfte diese auch wahrnehmen. Die Therapie der Mutter kann auch von Th B parallel zum Kind durchgeführt werden.

Wenn die Eltern im Rahmen der Elterngespräche ihre eigene Bedürftigkeit abhandeln und jede zweite Woche einen Termin verlangen, rät **Th C** zu einer eigenen Therapie des Elternteils. Die Mutter oder den Vater zu einer eigenen Psychotherapie zu begleiten ist ein eigenes Stück Arbeit und bedarf eines Vertrauensverhältnisses und Zeit. Gleich zu Beginn der Kindertherapie den Eltern eine eigene Therapie zu empfehlen, obwohl noch kein Vertrauensverhältnis besteht, hält Th C für sinnlos.

Th D ist in manchen Fällen klar, dass es ein deutliches Problem der Eltern gibt, dann wird auch gleich zu Beginn (während dem Erstgespräch) vorgeschlagen, dass dies woanders bearbeitet wird. *„Manchmal werden auch nur die Eltern behandelt, wenn ich der Meinung bin, dass durch das Verhalten, die Verhaltensänderung der Eltern sich das Problem des Kindes wahrscheinlich erübrigen wird.“* (Th D: Z 166 – 168) Für die Eltern und speziell die Mütter ist eine

Therapieempfehlung oft schwer auszuhalten und wird leicht als Schuldzuweisung verstanden, deshalb ist Th D vorsichtig bei der Formulierung.

Th E arbeitet auch in einer Institution und empfiehlt dann gerne eine/n KollegIn aus dem Haus für eine Einzeltherapie. Th E meint, dass in einer Institution die Weiterempfehlung öfter und besser funktioniert als in der Privatpraxis.

Th P würde nicht Mutter und Kind parallel in Therapie nehmen. Bei der Kinderspieltherapie ist das Kind der/die KlientIn, bei Elternberatung der Elternteil. *„Wenn ich mich für eine Kinderspieltherapie entscheide, so ist das Kind mein Klient. Wenn ich mich dafür entscheide mich eher der Mutter zu empfehlen, was seltener vorkommt, dass sie vielleicht eine Beratung in Anspruch nimmt, dann ist die Mutter mein Klient.“* (Th P: 99 – 102) Sollte sich die Beratung der Eltern in Richtung Therapie entwickeln, empfiehlt Th P eine/n KollegIn. Das erfordert jedoch schon eine gewisse Einsicht der Eltern in die eigene Beteiligung, oder die Schwierigkeiten des Kindes und kommt in einem von zehn Fällen vor. Noch seltener ist der Fall, dass nach der abgeschlossenen Spieltherapie des Kindes die Mutter bei Th P in Therapie kommt.

Fazit: Kategorie 3.2 ‚Eigenes Angebot an die Eltern‘

- Die Eltern können Paartherapie, Elterngruppen, Erziehungsberatung oder Einzeltherapie zusätzlich oder statt der Spieltherapie des Kindes besuchen.
- Wenn die Bedürfnisse der Eltern nicht mehr im Rahmen der Elterngespräche abgedeckt werden können, wird ihnen eine eigene Ansprechperson nahegelegt. Die Grenzen eines Elterngesprächs sind jedoch von TherapeutIn zu TherapeutIn verschieden. (Dazu ausführlicher in Kapitel 5.6.2 ‚Elterngespräch vs. Therapiegespräch‘)

Zur Empfehlung einer Einzeltherapie eines Elternteils:

- Eine eigene Therapie wird den Eltern empfohlen, wenn viel Eigenes da ist, das bearbeitet werden sollte, wenn die eigene Bedürftigkeit während der Elterngespräche abgehandelt wird, wenn sehr häufig Gespräche eingefordert werden, wenn sich durch eine Verhaltensänderung der Eltern das Problem des Kindes wahrscheinlich erübrigt.
- Zwei TherapeutInnen empfehlen bei ca. einem Drittel der Kinder eine Einzeltherapie eines Elternteils. Bei Th P entwickelt sich ca. in jedem 10. Fall aus einer Elternarbeit eine eigene Therapie, die dann bei einer anderen Therapeutenperson durchgeführt wird.

- Unterschiede gibt es bei dem Zeitpunkt der Empfehlung zur Einzeltherapie. Th C hält es für sinnlos schon zu Beginn der Kindertherapie zu einer Therapie zu raten, weil es für die Akzeptanz der eigenen Bedürftigkeit ein Vertrauensverhältnis braucht. Th D spricht eine elterliche Therapieempfehlung auch schon beim Erstgespräch an.
- Zu beachten gilt die zusätzliche finanzielle Belastung durch eine weitere Therapie und die vorsichtige Formulierung, um das Gefühl einer Schuldzuweisung zu vermeiden. Einen Elternteil zu einer Therapie zu begleiten wird als eigenes Stück Arbeit betrachtet, das nicht zu unterschätzen ist und ein Vertrauensverhältnis braucht. Es erfordert eine gewisse Einsicht der Eltern in die eigene Beteiligung an den Problemen des Kindes.
- In einer Institution ist die Weitervermittlung eines Elternteils an einen Therapeutenkollegen leichter und erfolgreicher als in der Privatpraxis.
- Ob die Einzeltherapie des Elternteils bei der Therapeutenperson des Kindes stattfinden soll, oder besser durch eine andere Person abgedeckt wird, wird unterschiedlich beurteilt. Th B würde beide parallel in Therapie nehmen, Th P nicht, denn nur einer kann der/die KlientIn sein.

5.4 Begleitende Elterngespräche (K 4)

Die TherapeutInnen beschreiben in welcher Art und Weise die Eltern in die Spieltherapie ihres Kindes involviert werden.

5.4.1 Frequenz (K 4.1)

Th A spricht in der Regel alle 5 bis 6 Wochen mit den Eltern. Bei größerem Bedarf auch höherfrequent. Th A orientiert sich an den Bedürfnissen der Eltern.

Th B macht im Schnitt nach 4 bis 5 Spielstunden ein Elterngespräch. Es kann auch Phasen der Therapie geben, bei welchen 3 oder 4 Monate kein Elterngespräch nötig ist. Th B macht die Elternstunden abhängig vom eigenen und elterlichen Bedarf.

Bei **Th C** sind die Elterngespräche je nach Phase und Bedarf mehr oder weniger häufig. Ohne akute Krise findet maximal alle drei Monate, oder noch seltener eine Elternstunde statt. Bei akuten Krisen können auch zwei Elternstunden hintereinander stattfinden. Th C betont, dass eine Elternstunde keine Kinderstunde wegnehmen darf.

Bei **Th D** findet maximal alle zwei Monate ein Elterngespräch statt. *„Es wird beschlossen, es findet eine Therapie statt, dann gibt es je nach Bedarf maximal so alle zwei Monate ein Elterngespräch. Im Normalfall, also bei älteren Kindern, da sehe ich die Eltern oft ein Jahr nicht, wenn es gut läuft.“* (Th D: Z 202 - 209) Es gibt keine starren Regeln, sondern es wird nach elterlichem und therapeutischem Bedarf gehandelt. Bei Fehlentwicklungen, Krisen oder unvorhergesehenen Ereignissen werden Elterngespräche vereinbart. Th D erzählt von einer Therapie mit einem 13-jährigen Mädchen, wo am Anfang der Therapie vermehrt Elterngespräche statt gefunden haben, aber seit einiger Zeit kaum noch, weil nun genug Vertrauen von Seiten der Mutter vorhanden ist. Jetzt finden nur noch zu Schulbeginn und –schluss Elterngespräche statt und die Therapie mit dem Mädchen macht seitdem große Fortschritte.

Th E spricht einen klassischen 5-Stunden-Rhythmus an, der aber überholt sei, weil man heute die Eltern aktiver einbindet. *„Es kann sein, wenn man an bestimmten Themen arbeitet, wo das Kind und ich oder der Jugendliche vielleicht das Gefühl haben, da braucht man die Eltern ein Stückl näher, dass einmal ein paar Stunden hintereinander gemeinsam mit den Eltern stattfinden. Also diese klassische Begleitungsform gibt es so eigentlich – glaube ich – nicht mehr. Zumindest bei mir nicht.“* (Th E: Z 70 – 79) Wenn das Kind und die Therapeutenperson das Bedürfnis haben können auch einige Stunden hintereinander gemeinsam mit den Eltern abgehalten werden.

Bei **Th P** findet alle 2-3 Monate bzw. alle 10 bis 12 Spielstunden ein Elterngespräch statt. *„Das ist ganz deutlich eine andere Frequenz, der Klient bleibt trotzdem das Kind und die Mutter ist die Begleitung.“* (Th P: Z 138 – 140)

Fazit: Kategorie 4.1 ‚Frequenz der Elterngespräche‘

- In der durchschnittlichen Häufigkeit der Elterngespräche unterscheiden sich die TherapeutInnen stark. Die Aussagen variieren zwischen einem Elterngespräch nach 4-5 Spieltherapiestunden, oder noch häufiger, bis hin zu maximal einem Elterngespräch nach 12 Spieltherapiestunden.
- Besonders interessant ist die Vermutung von Th E, dass die klassische Begleitungsform im 5-Stunden-Rhythmus überholt und zu selten sei. Th E bindet die Eltern wesentlich aktiver und öfter ein, es können auch bei Bedarf gemeinsame (Spiel-)Stunden vereinbart werden. Dies ist besonders spannend, da zwei TherapeutInnen den 5-Stunden Rhythmus ansprechen, die drei anderen TherapeutInnen geben eine noch niedrigere Frequenz an. Eine mögliche Erklärung dafür ist die Orientierung von Th E an der Familienspielertherapie nach Kemper, welche im Theorieteil der Arbeit im Kapitel 3.7.2 ausführlich behandelt wird.

- Es können somit zwei Gruppen und eine Sonderform erkannt werden: Der 5-Stunden-Rhythmus (Th A, Th B), alle 2-3 Monate (Th C, Th D, Th P) und ein aktiver, häufiger Einbezug der Eltern (Th E).
- Die niedrige Frequenz (der zweiten Gruppe) verdeutlicht, dass das Kind und nicht die Eltern Klient ist.
- Gemeinsam haben alle TherapeutInnen, dass es keine starren Regelungen gibt, sondern nach Bedürfnis der Eltern, des Kindes und der Therapeutenperson gehandelt wird. Dass man sich auch nach dem Bedürfnis des Kindes orientiert, wird jedoch nur von einer Therapeutenperson angesprochen (Th E). Bei akuten Krisen oder dem ausgesprochenen Wunsch können auch häufiger Termine vereinbart werden. Es kann auch längere Phasen (Th B: 3-4 Monate, Th D: bei älteren Kindern ein Jahr) ohne Elterngespräch geben.

5.4.2 Einbezogene Personen (K 4.2)

Hier geht es um die Frage welche Personen aus Familie und Umfeld mit welcher Intensität in die Therapie des Kindes einbezogen werden. Insbesondere die Häufigkeit der Gespräche mit den Vätern wurde zum Thema.

Th A spricht meistens mit den Müttern der Kinder und bemüht sich auch die Väter oder Lebensgefährten in die Therapie einzubinden. Gespräche mit Vätern sind jedoch weniger häufig. Bei Heimkindern arbeitet Th A mit den BezugsbetreuerInnen der Kinder. Manchmal telefoniert Th A auch mit KindergärtnerInnen oder LehrerInnen, aber nur nach Einholen des Einverständnisses der Eltern. Sehr selten sind Helfer-Konferenzen in der Schule. Die Geschwister der Kinder sind manchmal beim Erstgespräch dabei, sind aber sonst keine so wichtigen Bezugspersonen, dass sie weiter in die Therapie einbezogen werden. Eher besteht eine Konkurrenz zwischen den Kindern. Das Bezugsfeld des Kindes wird viel stärker miteinbezogen als in einer Erwachsenentherapie.

Th B berichtet, dass meistens nur die Mütter kommen und die Väter sehr zurückhaltend sind, selbst wenn sie zu Elterngesprächen eingeladen werden. Manchmal spricht Th B mit den Großeltern, aber betont, wie wichtig es ist immer die Zustimmung der Eltern zuvor einzuholen und transparent zu bleiben für die Eltern.

Th C hatte meist nur Elterngespräche. Ganz selten kann es vorkommen, dass die Großeltern eine ganz wesentliche Funktion haben, oder ein/e LehrerIn in Krisensituationen ein Beratungsgespräch braucht.

Th D berichtet, dass Väter in den letzten Jahren präsenter werden, was als sehr wichtig eingeschätzt wird. Th D arbeitet in der Erwachsenentherapie sehr viel mit zum Teil geschiedenen Vätern, die sich mit ihrer Rolle als Vater auseinandersetzen, was Th D sehr erfreut. Th D zieht es immer vor, dass beide Elternteile zum Elterngespräch kommen, weil es notwendig ist, dass beide Elternteile die Therapie des Kindes stützen. Wäre der Vater gegen die Therapie und die Mutter dafür, würde das Kind unter diesem Konflikt leiden. *„Also je mehr Väter da kommen, umso besser.“* (Th D: Z 774 – 779) Einzelgespräche mit einem Elternteil werden vor dem anderen Elternteil damit begründet, dass es um ganz persönliche Dinge geht, die Th D gerne alleine besprechen möchte. Th D achtet darauf, dass dabei keine Einzeltherapie entsteht. Th D berichtet von einem aktuellen Fall, bei welchem die Großeltern sich in die Therapie einmischen wollen, weil sie mit den Eltern nicht einverstanden sind. Das lehnt Th D strikt ab. Außenzurufe werden nicht entgegen genommen. Bei Kindern aus Wohngemeinschaften finden sehr seltene Gespräche mit den ErzieherInnen statt.

Th E betont, dass auch bei fremduntergebrachten Kindern die Arbeit mit der/dem PädagogIn, als Bezugsperson sehr wichtig ist. *„Die Bezugsperson ist dann eben der Erzieher und muss als wichtiger Bündnispartner zur Verfügung stehen und auch mit einer Bereitschaft, einer inneren Beteiligung.“* (Th E: Z 100 – 111) Es geht Th E darum bei den ErzieherInnen Verständnis für den nächsten Schritt zu erreichen, der aus dem therapeutischen Prozess in die Wirklichkeit zu übertragen ist und geübt werden sollte. Da braucht es die Mitarbeit und persönliche Beteiligung des Erzieherpersonals. Th E betont, dass bei aggressiven und externalisierenden Störungen besonders viel Umfeldarbeit nötig ist. Da *„braucht es auch ausreichend verständnisbildende Maßnahmen im Schulsystem, im Elternsystem, oder vielmehr im erweiterten Verwandtschaftssystem“* (Th E: Z 372 – 384) Th E spricht auch an, dass es Kinder gibt, die schon vielfach betreut sind, durch BeratungslehrerInnen, Jugendamt, Ergotherapie, etc., was auch sehr mühsam sein kann, weil diese dann auch sehr divergierende Ansichten haben können. Umfeldarbeit *„ist nicht immer einfach, aber gehört dazu!“* (Th E: Z 453)

Th P bezieht außer den Eltern meist keine anderen Familienmitglieder ein und grenzt sich dadurch von der Familienspieltherapie klar ab. Bei akuten Problemen gibt es bei älteren Kindern und Jugendlichen Krisengespräche mit der Familie. Kontakte zu außerfamiliären Personen sind nur auf Wunsch der Eltern üblich. *„Aber grundsätzlich versuche ich mich aus diesen institutionellen Rahmenbedingungen, Kindergarten, Schule, so etwas, eher ein bisschen rauszuhalten. Weil ich wirklich denke, dass es um das Persönlichkeitswachstum geht und nicht um die Beseitigung einer nicht-günstigen sozialen Verhaltensweise allein.“* (Th P: Z 386 – 392)

Fazit: Kategorie 4.2 ‚Einbezogene Personen‘

Folgende Aussagen beziehen sich auf die fünf TherapeutInnen (Th A, Th B, Th C, Th D, Th P), welche die klassischen begleitenden Elterngespräche führen.

- Mütter sind die Hauptansprechpersonen der TherapeutInnen.
- Väter sind sehr zurückhaltend, werden aber in den letzten Jahren präsenter. Die Hälfte der Therapeutenpersonen bedauert, dass die Väter schwierig zu involvieren sind. Die Beteiligung der Väter ist besonders wichtig, weil eine Kinderspieltherapie von beiden Elternteilen unterstützt werden muss, soll das Kind nicht in einen Loyalitätskonflikt geraten.
- Geschwister werden eher als Konkurrenz erlebt und sind wenn, dann nur bei dem Erstgespräch dabei.
- Großeltern sind in seltenen Fällen relevant, wenn sie wichtige Erziehungsfunktionen übernehmen. Th D erzählt von einem Fall mit unangenehmen Zurufen von Seiten der Großeltern, die strikt abgelehnt werden.
- Bei Kindern, die in Wohngemeinschaften untergebracht sind, werden Gespräche mit den BezugsbetreuerInnen vereinbart, die jedoch noch seltener als Elterngespräche stattfinden.
- Als Personen aus dem Umfeld des Kindes werden KindergärtnerInnen und LehrerInnen genannt, die meist telefonisch, aber auch persönlich bei Krisengesprächen oder Helferkonferenzen kontaktiert werden.
- Eine Therapeutenperson hält sich eher aus den institutionellen Rahmenbedingungen (Kindergarten, Schule) heraus, weil es nicht alleine um das Beseitigen der ungünstigen sozialen Verhaltensweisen geht, sondern um Persönlichkeitswachstum. Kontakt zu außerfamiliären Personen gibt es auf Wunsch der Eltern. Außer den Eltern werden üblicherweise keine anderen Familienmitglieder einbezogen.
- Allgemein wird die nötige Transparenz betont. Ohne Einverständnis der Eltern darf mit keiner anderen Person über das Kind gesprochen werden.

Nun zu den Aussagen von Th E, der die Familie und das Umfeld des Kindes aktiver und häufiger einbezieht:

- Auch bei fremduntergebrachten Kindern ist die enge Zusammenarbeit mit dem/r BezugsbetreuerIn wichtig. Die persönliche, innere Beteiligung des/r PädagogIn ist notwendig, damit ein gemeinsames Ziel verfolgt werden kann.
- Bei externalisierenden, aggressiven Kindern ist oft eine intensive, aufklärende Familien- und Umfeldarbeit in den Institutionen nötig.

5.4.3 Beisein des Kindes (K 4.3)

Th A fragt Kinder ab einem Alter von 12, 13 Jahren, ob sie bei dem Elterngespräch dabei sein wollen. Im Volksschulalter haben die Kinder wenig Interesse an den Elterngesprächen.

Bei **Th B** nimmt das Kind ab einem Alter von 10 Jahren immer an den Elterngesprächen teil. Ab 14 Jahren kann der/die Jugendliche bestimmen ob Th B Kontakt zu den Eltern hat, was meist nicht erwünscht ist.

Th D fragt das Kind immer ob es bei dem Elterngespräch dabei sein möchte, wenn es der Entwicklungsstand des Kindes zulässt (meist ab dem Volksschulalter). *„Die meisten sagen mir dann, wenn die Therapie gut funktioniert und eine Beziehung da ist, dass sie das gar nicht brauchen.“* (Th D: Z 216 – 221)

Für **Th P** stellt sich ab einem Alter von sechs Jahren die Frage, ob man dem Kind anbietet, dass es dabei sein darf.

Fazit: Kategorie 4.3 ‚Beisein des Kindes‘

- Ob die Kinder bei den Elterngesprächen dabei sind, machen die TherapeutInnen hauptsächlich vom Alter und dem Entwicklungsstand des Kindes abhängig.
- Es lassen sich zwei Typen unterscheiden: Einerseits der mögliche Einbezug des Kindes ab Volksschulalter (Th D, Th P), andererseits ab einem Alter von 10 – 12 Jahren (Th A, Th B).
- Das Kind kann ab einem gewissen Alter entweder selbst entscheiden ob es dabei sein möchte (Th A, Th D, Th P), oder immer anwesend sein (Th B).

5.4.4 Besprechung der Elterngespräche mit dem Kind (K 4.4)

Hier geht es um die Frage in wie weit die Elterngespräche mit dem Kind vorher oder nachher thematisiert werden und was mit dem Kind besprochen wird.

Th A bespricht das Elterngespräch vorher und nachher mit dem Kind. Th A übernimmt vom Kind Aufträge, was mit den Eltern aus seiner Sicht zu besprechen ist und gibt dem Kind auch nach dem Elterngespräch eine Rückmeldung darüber. Th A hat die Erfahrung gemacht, dass Kinder ab 10 Jahren über die Elterngespräche informiert sein wollen. Je älter das Kind ist umso wichtiger ist die Transparenz der Elternkontakte (ab 11, 12 Jahren). Auch Anrufe der Eltern werden berichtet.

Th B bespricht eine Elternstunde vorher mit dem Kind und gibt in Elterngesprächen auch Botschaften des Kindes weiter. *„Also sage ich den Kindern, was ich ungefähr dann sagen werde und sage, möchtest du, dass ich irgendetwas deinen Eltern sage? Was dir wichtig ist.“* (Th B: Z 66 – 68) Oft wollen die Kinder ihren Eltern etwas mitteilen lassen, von Nichtigkeiten, bis Herzensangelegenheiten. Ob und wie weit die Themen der Elterngespräche mit dem Kind besprochen werden, hängt vom Alter des Kindes und von der Angelegenheit ab. Die Kinder reagieren oft äußerlich gar nicht, aber Th B ist es sehr wichtig die Transparenz und Klarheit gegenüber dem Kind zu bewahren, um das Vertrauen nicht zu gefährden. *„Sondern es geht schon irgendwie darum, dass das Vertrauen einfach erhalten bleibt und ich finde, dass Transparenz und Klarheit etwas ganz ganz Wesentliches sind.“* (Th B: Z 361 – 365)

Th C macht Elterngespräche mit und ohne Kind und betont, dass die Entscheidung für Kind und Eltern transparent und nachvollziehbar sein sollte um das Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden. Th C lässt sich auch von dem Kind Aufträge für das Gespräch mit den Eltern mitgeben.

Auch **Th D** betont die nötige Transparenz gegenüber dem Kind, was die Elterngespräche betrifft.

Th E erwähnt die Verschwiegenheitspflicht gegenüber dem Kind, die ihn dazu verpflichtet mit dem Kind zu verhandeln, was die Eltern erfahren dürfen. Dies sind spannende Auseinandersetzungen mit dem Kind oder Jugendlichen, die nicht nur den systemischen Gedanken fördern und die Eltern mehr einbinden, sondern vor allem das spieltherapeutische Unterfangen in der Wirklichkeit verankern. *„Also die Übersetzungsarbeit für die Eltern halte ich für eine wichtige Geschichte.“* (Th E: Z 88 – 98)

Bei **Th P** wissen die Kinder ganz konkret wann ein Elterngespräch stattfindet und haben die Möglichkeit Botschaften mitzugeben, oder auch Dinge, die nicht weiter erzählt werden sollen zu betonen. *„Und, da ist es fair, wenn man mit dem Kind vorher bespricht, gibt es etwas Bestimmtes, was ich der Mama sagen soll, oder gibt es etwas Bestimmtes, was ich ihr nicht sagen soll?“* (Th P: Z 247 – 265) Th P ist es wichtig transparent für das Kind zu sein; er erzählt auch von Anrufen der Mutter.

Fazit: Kategorie 4.4 ‚Besprechung der Elterngespräche mit dem Kind‘

- Dem Kind gegenüber transparent und klar zu sein, und ihm von den Elterngesprächen zu berichten ist fünf TherapeutInnen (Th A, Th B, Th C, Th D, Th P) sehr wichtig, um das Vertrauen nicht zu gefährden.
- Vor einem Elterngespräch wird mit dem Kind besprochen, was die Therapeutenperson sagen möchte, und ob das Kind damit einverstanden ist (Verschwiegenheitspflicht). Das Kind kann der Therapeutenperson Aufträge oder Botschaften an die Eltern mitgeben. Th E betont die positiven Effekte der Gespräche mit dem Kind über die Elterngespräche.
- Nach einem Elterngespräch geben die TherapeutInnen Rückmeldung davon.
- Auch Anrufe der Eltern werden dem Kind mitgeteilt.

5.4.5 Inhalte der Elterngespräche (K 4.5)

Worüber wird gesprochen, worüber wird nicht gesprochen, worum geht es den TherapeutInnen?

Th A hat die Erfahrung gemacht, dass Eltern sehr dankbar sind über Ideen, was sie geschickter machen können. Es wird auch über die Schule gesprochen und wenn Th A das Gefühl hat, dass die Schule nicht passt, sagt sie das auch. Die Themen sind also sehr praktischer Natur. Th A möchte den Eltern das auffällige Verhalten übersetzen und die Themen, die das Kind beschäftigen näher bringen. *„Da versuche ich den Eltern eben als Übersetzerin des Kindes zu vermitteln, was ein Kind mit einem auffälligen Verhalten ausdrücken möchte, worum es eigentlich wirklich geht.“* (Th A: Z 101 – 104) Es geht Th A darum dem Kind gemeinsam weiter zu helfen und nicht gegeneinander zu arbeiten. Th A versucht eine kooperative Stimmung zu erzeugen und den Eltern zu helfen ihr Kind besser zu verstehen. Aber auch die Klärung der Rahmenbedingungen nimmt einen großen Platz der Elterngespräche ein. Fragen wie ‚Was ist Spieltherapie‘, ‚Wie lange?‘, ‚Warum?‘ werden geklärt.

Th B nützt die Elterngespräche für eine beiderseitige Rückmeldung ob sich etwas verändert und wie sich die Therapie auswirkt. Botschaften des Kindes werden auch weiter gegeben. Die Eltern sind meist sehr interessiert an den Therapieinhalten, werden aber natürlich wegen der Schweigepflicht nicht genau darüber informiert was in der Spielstunde passiert ist. Die Beziehung zu den Eltern ist das zentrale Moment der Elterngespräche. *„Es geht eigentlich darum, die Beziehung zu den Eltern einfach aufzubauen und aufrecht zu erhalten.“* (Th B: Z 76 – 79) Bei zahlenden Eltern in der Privatpraxis ist eine funktionierende Beziehung besonders wichtig.

Th C macht klar, dass von beiden Seiten ein Elterngespräch verlangt werden kann, um Gespräche zwischen Tür-und-Angel zu vermeiden. Th C muss den Eltern selten etwas mitteilen, sondern eher etwas erfragen. Th C beruft ein Elterngespräch ein, wenn *„ich das Gefühl habe, nicht, ich muss ihnen was sagen, sondern ich muss was von ihnen erfragen, weil sie sehen das Kind die ganze Woche und ich nur 1 Stunde in der Woche.“* (Th C: Z 207 – 215) Th C berichtet von einem Fall, wo ein großer Teil der Elternarbeit darin bestand, der Mutter Platz zu geben, damit diese ihre eigene Betroffenheit wegen ihrer Scheidung ausdrücken kann. Ziel war es den Rosenkrieg um das Kind zu beenden. Bei einem anderen Fall ging es darum, mit der Mutter daran zu arbeiten, dass das Kind ein stationäres Setting benötigt.

Th D spricht mit den Eltern bei Krisen oder Fehlentwicklungen. *„Wenn ich das Gefühl habe, da läuft etwas in die falsche Richtung, und da bin ich dafür, das schon zum Thema zu machen.“* (Th D: Z 256 – 260) Wenn die Therapie ins Stocken gerät stehen die Eltern oft nicht voll dahinter, da würde Th C ein Elterngespräch einberufen. Thema der Gespräche sind die Probleme der Eltern, die sie mit dem Kind haben und nicht was das Kind in der Therapiestunde erzählt. Th D fragt nach, was sich verändert hat. Th D erzählt von einem eher untypischen Fall, wo es darum ging, dass die Mutter über ihre Schuldgefühle sprechen kann, die sie hatte, weil sie den Missbrauch ihrer Tochter nicht verhindern konnte.

Th E übernimmt ernsthafte Aufträge der Kinder, spricht dann mit Eltern oder auch LehrerInnen und gibt dem Kind damit die *„Unterstützung, die ihm vielleicht das Familiensystem in dem Moment nicht geben kann.“* (Th E: Z 409 – 420) Die Richtung des Arbeitens mit den Eltern lässt sich folgendermaßen beschreiben: Bei den Eltern ein Verständnis dafür herstellen, dass es vielleicht an der nicht-möglichen Annahme der Eltern liegt, defizitäre Äußerungen zu minimieren und das empathische Verständnis der Eltern für sich selbst stärken. Schon am Beginn der Therapie, bei der Kontraktbildung muss den Eltern klar sein, dass sie mit im therapeutischen Boot sitzen. Die Übersetzungsarbeit ist ein ganz wichtiger Punkt in der Elternarbeit.

Th P lässt sich thematisch ganz von dem Elternteil führen, ähnlich wie in einem personenzentrierten Therapiegelgespräch. Ausgangspunkt ist oft das Kind, aber das Gespräch kann sich auch in andere Richtungen entwickeln. Th P folgt dabei den Gefühlen des Elternteils. „*Das personenzentrierte Gespräch zeichnet sich meines Erachtens dadurch aus, dass man dem roten Faden der Gefühle, die der Klient zeigt, folgt. Und wenn ich an einer Stelle merke, dass da mehr Empfindung ist, ja, dann versuche ich dem zu folgen, und das ist mir dann gleich, wohin das führt.*“ (Th P: Z 397 – 411)

Fazit: Kategorie 4.5 ‚Inhalte der Elterngespräche‘

- Die Themen der Elterngespräche sind vielfältig. Die Schwerpunkte liegen auf den Botschaften des Kindes und den Problemen der Eltern.
- Die genannten Inhalte sind nach der Häufigkeit gereiht: Botschaften des Kindes (4), Probleme der Eltern (Krisen) (3), Rahmenbedingungen (2), beiderseitige Rückmeldung von Veränderungen (2), Übersetzungsarbeit (2), Ratschläge (Schule) (1), kooperative Stimmung erzeugen (1), TherapeutIn stellt Fragen (1), Fehlentwicklungen oder Stocken der Therapie (1).
- Unter Übersetzungsarbeit wird verstanden, dass den Eltern erklärt wird, was das Kind mit seinem auffälligen Verhalten ausdrücken möchte. Es sollen den Eltern die Themen näher gebracht werden, die das Kind beschäftigen.
- Th P betont als einziger, dass die Eltern das Gespräch inhaltlich lenken und ihnen nach den personenzentrierten Prinzipien gefolgt wird.
- Eingeschränkt werden die Inhalte durch die Schweigepflicht gegenüber dem Kind, welche in einem eigenen Kapitel (5.7.1 ‚Schweigepflicht‘) ausführlicher behandelt wird. Mit den Eltern können keine Details, sondern nur allgemeine Themen des Kindes besprochen werden.

5.4.6 Eltern-Kind-Spieltherapiestunden (K 4.6)

In welchen Fällen finden gemeinsame Spieltherapiestunden mit Kind, Therapeutenperson und Eltern(teil) statt? Wann und warum werden die Eltern spielerisch involviert?

Th A erzählt von einem Fall, bei welchem die Mutter mit ihrer Tochter nicht spielen konnte, weil kein Beziehungsgeschehen zwischen den beiden da war. Das Mädchen wünschte sich von Th A, dass sie ihrer Mutter das Spielen beibringt, weshalb es dann eine

Spieltherapiestunde gab, wobei zu dritt ein Regelspiel gespielt wurde. Th A übersetzte den Wunsch des Mädchens, bei dem es eigentlich darum ging ihr zu helfen mit ihrer Mutter in mehr Kontakt zu kommen. Gemeinsame Spielstunden bilden aber die Ausnahme, denn sonst wollen die Kinder ihre Eltern eher draußen halten.

Bei **Th B** gibt es keine gemeinsamen Spieltherapiestunden, außer in ganz seltenen Fällen, wenn sich das Kind am Beginn der Therapie nicht von der Bezugsperson trennen möchte. Dann darf die Mutter die ersten ein oder zwei Stunden mit herein kommen, spielt allerdings nicht mit, sondern ist nur als sicherer Ort vorhanden. Die Bezugsperson beeinträchtigt aber das freie Spiel des Kindes und steht zwischen der Therapeutenperson und dem Kind, was die Beziehung erschwert. Deshalb sollte die Bezugsperson so kurz wie möglich im Raum bleiben. Das Verhalten einer Kollegin ohne Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die die Mutter des Kindes zu gemeinsamen Spielstunden eingeladen hat, bezeichnet Th B als Blödsinn. *„Die hat ein Kind in Therapie genommen und hat dann zum Beispiel die Mutter eingeladen mit ihr und mit dem Kind zu spielen und lauter solchen Blödsinn.“* (Th A: Z 497 – 504)

Th C sieht gemeinsame Spielstunden als eine Option, die aber nur selten zur Anwendung kommt. Wenn die Schwierigkeiten hauptsächlich durch ein Interaktionsproblem zwischen Kind und Eltern erhalten werden, möchte Th C die Interaktion mit erleben und die Mutter dann beraten oder ihr damit etwas zeigen. Wenn es *„hauptsächlich ein Interaktionsproblem ist und nicht das Kind ein Problem hat eben, weil mit mir interagiert es ganz normal, und was soll es da lernen, also dass das eher ein Problem zwischen den Beiden ist und dann lasse ich die sozusagen auch einmal spielen, damit ich das sehen kann, wie sich da eine Interaktion darstellt, da sieht man dann meistens eh schon, worum es geht.“* (Th C: Z 424 – 436) Bei der gemeinsamen Spieltherapiestunde beobachtet Th C zunächst das Spiel zwischen Eltern und Kind um dann auch die Gefühle der Eltern gegenüber dem Kind anzusprechen. Th C zeigt auch Alternativen und andere Handlungsweisen auf die Eltern und Kind ausprobieren können. Vor allem im Vorschulalter kommt diese Möglichkeit zum Tragen. Je älter das Kind ist umso weniger würde Th C gemeinsame Spielstunden anbieten.

Th D hatte bisher nur zwei Kinder mit welchen gemeinsame Spieltherapiestunden abgehalten wurden und macht das im Prinzip nicht. Die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion ist bei der Erstellung von Gutachten wichtig.

Th E findet Spieltherapie spannend und wendet sie gerne an. Besonders geeignet sei die personenzentrierte Familienspieltherapie bei Kommunikationsschwierigkeiten der Familie, wenn dem Kind die Schuld am schiefen Haussegen zugeschoben wird, wenn die Bedürftigkeit des Einzelnen immer an das Versagen des Anderen geknüpft wird, oder

wenn es Barrieren gibt die Bedürfnisse zu versprachlichen. Im spielerischen Umgang gelingt die Übersetzung leichter und es wird klarer wie es jedem jetzt damit geht. Kindertherapie mit der gesamten Familie gefällt Th E.

Th P hält gemeinsame Mutter-Kind-Stunden für eine Möglichkeit bei sehr kleinen Kindern. Er hält es für ganz wichtig, dass dabei die Mutter in das Spiel miteinbezogen wird und dass das Kind das Spiel bestimmt. Bei älteren Kindern würde Th P gemeinsame Spieltherapiestunden nicht anbieten, aber auf den Wunsch des Kindes eingehen. Dies sei dann aber eher ein vorübergehendes Phänomen am Beginn der Therapie.

Fazit: Kategorie 4.6 ‚Eltern-Kind-Spieltherapiestunden‘

- Ob die Eltern auch spielerisch an der Therapie des Kindes teilhaben, wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Für den Großteil der TherapeutInnen (Th A, Th C, Th D, Th P) sind gemeinsame Spielstunden eine sehr selten angewendete Möglichkeit, mit unterschiedlichen Ursachen.
- Eine TherapeutIn (Th B) lehnt Eltern-Kind-Spielstunden ab. Wenn das Kind am Beginn der Therapie Trennungsschwierigkeiten von der Bezugsperson hat, darf diese in den Spieltherapieraum mitkommen, jedoch nicht mitspielen. Sie bleibt als ‚sicherer Ort‘ so kurz wie möglich im Zimmer, weil das freie Spiel des Kindes und der Beziehungsaufbau zwischen Kind und TherapeutIn gehemmt wird.
- Eltern-Kind-Spielstunden zu Beginn der Therapie, um die Trennung von der Bezugsperson zu erleichtern, werden meist bei jüngeren Kindern abgehalten. Th P betont die Wichtigkeit des spielerischen Einbezugs der Mutter und der Wegweisung durch das Kind.
- Aus diagnostischen Gründen werden Eltern-Kind-Spielstunden meist zu Beginn der Therapie in der anamnestischen Phase geführt. Sie dienen vor allem dem Informationsgewinn; die Beobachtung der Interaktion der Familie steht im Vordergrund (Th D). Es kann auch anschaulich erklärt und demonstriert werden, was Spieltherapie ist (Th E).
- Auf Wunsch des Kindes können Eltern-Kind-Spielstunden statt finden (Th A, Th P). Das Bedürfnis des Kindes kann als ein Wunsch nach Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit der Mutter verstanden werden.

- Eine Eltern-Kind-Spielstunde als therapeutische Intervention wird angewendet, wenn die Schwierigkeiten des Kindes hauptsächlich durch ein Interaktionsproblem zwischen Eltern und Kind erhalten werden. (Th C: selten, v.a. im Vorschulalter, Th E: öfter). Th C möchte die Mutter in der Spielsituation beraten und ihr etwas damit zeigen. Gefühle der Mutter gegenüber dem Kind werden angesprochen, alternative Handlungs-/ Spielweisen können ausprobiert werden. Th E wendet eine Familienspieltherapie an, wenn es um Kommunikationsschwierigkeiten der Familie geht. Im spielerischen Umgang gelingt die Übersetzung leichter und es wird klarer wie es jedem jetzt damit geht.

5.4.7 Abschlussgespräch mit den Eltern (K 4.7)

Wird ein Abschlussgespräch mit den Eltern geführt?

Bei **Th A** gibt es mit den Eltern ein abschließendes Gespräch, aber noch vor der letzten Stunde mit dem Kind. Darin wird ein Resumee gezogen und ein Ausblick versucht. Th A ist es wichtig, dass die Familie immer wieder kommen kann und die Türe offen bleibt.

Th B hält im Normalfall ein Abschlussgespräch mit den Eltern, wozu es aber oft nicht kommt. Oft ist es klar, dass es dem Kind besser geht, dann sind die Eltern zufrieden damit und nicht mehr bereit zu kommen, oder die Therapie wird abgebrochen, dann schon gar nicht.

Th D führt auf jeden Fall ein abschließendes Gespräch mit den Eltern. Bei Pubertierenden beschränken sich die Elternkontakte oft auf das Erst- und das Abschlussgespräch.

Fazit: Kategorie 4.7 ,Abschlussgespräch mit den Eltern‘

- Ein Abschlussgespräch mit den Eltern gehört zum geplanten Ablauf einer Spieltherapie. Es findet bei Th A noch vor der letzten Kindertherapiestunde statt.
- Themen des elterlichen Abschlussgespräches sind: ein Resumee der Therapie und ein Ausblick in die Zukunft. Die Familie kann jederzeit wieder kommen, wenn sie etwas braucht.
- Oft kommt es jedoch nicht zu dem Abschlussgespräch, da die Eltern entweder bei gutem Verlauf keinen Grund mehr dafür sehen zu kommen, oder aber die Therapie abbrechen.

5.4.8 Stellenwert (K 4.8)

Welchen Stellenwert hat die Elternarbeit für die TherapeutInnen? Kann die Spieltherapie auch ohne Elternarbeit erfolgreich sein?

Th A macht keine Kindertherapie ohne begleitende Elternarbeit. Die Elterngespräche werden mit Eltern und Kind am Beginn vereinbart. „*Das gehört für mich fix dazu.*“ (Th A: Z 83 – 90)

Th B erachtet die Elternarbeit als „*ganz, ganz wichtig.*“ (Th B: Z 317– 319)

Th C meint, dass eine Kindertherapie ohne Eltern nicht möglich ist und dass man sehr flexibel sein muss und sein Angebot an die Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Familie anpassen muss.

Für **Th D** ist „*die Elternarbeit eine ganz wesentliche Basis für die Kindertherapie*“ (Th D: Z 709 – 712) Wenn die Eltern nicht genügend in ihren Problemen beachtet werden, ist die Kindertherapie fast nicht möglich. „*Je jünger das Kind ist, desto unmöglicher ist es, Kinder getrennt von den Eltern zu sehen.*“ (Th D: Z 513 – 521)

Th E findet die Elternarbeit nicht immer einfach, aber notwendig. Spieltherapie ganz ohne Einbezug der Bezugspersonen „*ist ein Blödsinn.*“ (Th E: Z 100 – 101) Wenn die Eltern allerdings nicht dazu bereit oder in der Lage sind, macht es trotzdem Sinn nur mit dem Kind zu arbeiten. „*Aber ich glaube, dass es doch eine elegantere Form von Arbeiten ist, wenn die Eltern verstehen, was ich da tu'.*“ (Th E: Z 501 – 514)

Th P hält den Kontakt zu den Eltern für sehr wichtig, was jedoch nicht bedeutet, dass er sehr intensiv sein muss. Die Spieltherapie kann jedoch auch ohne Eltern erfolgreich sein. „*Selbst wenn die Eltern nicht kooperativ sind, könnte das Kind einen konstruktiven Veränderungszyklus in der Familie auslösen.*“ (Th P: Z 433 – 441) Wenn sich das Kind zu Hause anders verhält, bekommt es auch andere Rückmeldungen und Reaktionen.

Fazit: Kategorie 4.8 ‚Stellenwert‘

- Alle TherapeutInnen betonen die große Wichtigkeit der Elternarbeit.
- Ob eine Spieltherapie ohne Elternarbeit (weil die Eltern nicht dazu bereit, oder in der Lage sind) auch Sinn macht, wird unterschiedlich beurteilt. Zwei TherapeutInnen (Th A, Th C) machen keine Spieltherapie ohne Elternarbeit. Zwei Therapeutenpersonen (Th

E, Th P) sind davon überzeugt, dass eine Spieltherapie auch völlig ohne Elternarbeit erfolgreich sein kann.

- Es wird darauf hingewiesen, dass die Wichtigkeit der Elternarbeit nicht mit Intensität gleich gesetzt werden darf (Th P).

5.4.9 Indikation (K 4.9)

In welchen Fällen ist die Elternarbeit besonders wichtig oder weniger wichtig? Es lässt sich zwischen einer generellen Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit und dem konkreten situativen Bedarf nach einem Elterngespräch unterscheiden.

Für **Th A** ist die Elternarbeit besonders bei kleinen Kindern wichtig, weil diese noch ganz abhängig sind von den Eltern. Auch bei sehr verfahrenen Situationen, *„wenn die Eltern einfach schon so fertig sind, ja. Also so kein Nerv mehr für das Kind da ist, dann halte ich das auch für sehr, sehr wichtig.“* (Th A: Z561 – 574) Wenn die Eltern nur mehr über das Kind schimpfen und es eigentlich gar nicht mehr wollen, *„da halte ich es dann auch für sehr wichtig, dass ich mich ziemlich bald einmal ordentlich einklinke.“* (Th A: Z 561 – 574) Bei manchen Jugendlichen ist es weniger wichtig, *„weil die Jugendlichen haben schon ihre Freunde, die haben irgendwie schon andere Möglichkeiten.“* (Th A: Z 561 – 574)

Th B meint, dass bei leichteren Störungen des Kindes, wenn ein gut entwickeltes Selbst vorhanden ist und die Eltern es im Großen und Ganzen gut machen, wenn eher äußere Ereignisse zu Irritationen des Kindes führen, dann ist die Elternarbeit weniger wichtig. Bei schwereren Störungen, wenn die grundlegende Basis fehlt, ist die Elternarbeit besonders wichtig. Th B berichtet von einem Fall, bei welchem die Elternarbeit besonders wichtig war: Der Vater des Kindes wollte, dass Th B ein Geheimnis mit trägt, welches dem Kind eigentlich bekannt ist und auch in der Spieltherapie großes Thema ist. Th B führte viele Gespräche mit dem Vater, um ihm zu vermitteln, dass es sehr wichtig ist offen mit dem Kind darüber zu sprechen. Bei manchen Kindern ist es völlig egal, ob es Elterngespräche gibt, bei manchen ist es wichtig, da versucht Th B auch telefonisch Kontakt zu halten.

Th C vereinbart bei akuten Krisen zusätzliche Elterngespräche.

Th D möchte die Eltern bei Fehlentwicklungen, Krisen oder unvorhergesehenen Ereignissen sprechen.

Th E stellt kurz sein Modell des Arbeitens mit psychosomatischen Erkrankungen vor. In diesen Fällen benötigt es besonders am Beginn der Therapie ein dichteres Netz an

Elternarbeit und ein Stück Aufklärungsarbeit und Wissensvermittlung (z.B. das Bio-Psycho-Soziale-Modell). „*Vor allem auch das Verhältnis, das die Eltern zu der Symptomatik haben, wie es ihnen wirklich geht damit, da braucht es auch verschiedene Techniken, sage ich jetzt einmal, wie z. B. eine Symptom-Externalisierung, dass man dem einmal auch wirklich Luft machen kann.*“ (Th E: Z 349 – 362) Die ersten fünf Stunden wird das Symptom des Kindes in den Mittelpunkt gestellt und u.a. das Befinden der Familie dabei besprochen. Bei aggressiven und externalisierenden Störungen ist die Elternarbeit und die Umfeldarbeit besonders wichtig. Da „*braucht es auch ausreichend verständnisbildende Maßnahmen im Schulsystem, im Elternsystem, oder vielmehr im erweiterten Verwandtschaftssystem.*“ (Th E: Z 373 – 377) Es gibt auch hilfreiche Spieltherapien, die ohne Eltern funktionieren, weil die Eltern z.B. während der Therapie wegbrechen, oder von Beginn an nicht dazu bereit sind. Therapie ohne Eltern ist nicht sinnlos.

Th P führt seltenere Elterngespräche, wenn die Bezugsperson selbst in Therapie ist, weil sie dort auch über das Kind sprechen kann. Dann können die Elterngespräche auch nur alle halben Jahre statt finden. Wenn das Kind älter ist, ist Th P vorsichtiger mit den Elterngesprächen. Bei 14- oder 15-jährigen Jugendlichen fragt Th P ob es in Ordnung ist, wenn Th P mit der Mutter spricht. Ohne Einverständnis finden keine Elternkontakte statt. Bei Jugendlichen gibt es eher nur Krisengespräche und keine regelmäßigen Elterngespräche.

Fazit: Kategorie 4.9 ‚Indikation‘

- Elternarbeit ist generell wichtiger bei: jüngeren Kindern, bei sehr verfahrenen Situationen, d.h. ausgelaugten Eltern, die das Kind nicht mehr wollen, bei schweren Störungen, wenn die Basis fehlt, wenn die Therapeutenperson ein Geheimnis mittragen soll, bei psychosomatischen Beschwerden oder bei aggressiven und externalisierenden Störungen.
- Elternarbeit ist konkret nötig bei akuten Krisen, Fehlentwicklungen des Kindes oder unvorhergesehenen Ereignissen.
- Elternarbeit ist weniger wichtig bei manchen älteren Kindern, bei leichteren Störungen des Kindes, mit einem gut entwickelten Selbst und äußeren Irritationen, oder wenn die Eltern selbst in Therapie sind.

5.4.10 Erfolg (K 4.10)

In welchem Zusammenhang stehen Erfolg der Kindertherapie und die Elternarbeit?

Th B sieht einen Zusammenhang zwischen einer gut funktionierenden Elternarbeit und dem Therapieerfolg, weil Eltern, die offen sind für Gespräche mit der Therapeutenperson eher echtes Interesse haben am Kind und eher bereit sind für Veränderung. Wenn es gelingt die Eltern in das therapeutische Boot zu holen, ist schon ein Großteil der Therapie gelungen, weil es wichtig ist, dass die Eltern umsetzen, was in der Therapie passiert. Wenn die Eltern beteiligt sind ist es wahrscheinlicher, dass die Therapie gelingt.

Th C meint, dass die Arbeit mit der Familie ganz, ganz wichtig ist für den Erfolg der Therapie. Aber mehr Elternarbeit bedeutet nicht immer größerer Therapieerfolg. *„Also ich muss mir immer den Kopf darüber zerbrechen, was braucht auch diese Familie, die Eltern, wieviel und was, oder was davon gar nicht, und was nicht.“* (Th C: Z 558 – 569) Es braucht eine gut durchdachte Entscheidung, wie viel mit den Eltern gearbeitet wird.

Th D sieht einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Elternarbeit und Therapieerfolg. *„Für mich gibt es da ganz eindeutig einen Zusammenhang. Der Zusammenhang wird dünner, je älter das Kind wird.“* (Th D: Z 507 – 511) Wenn die Elternarbeit gut funktioniert, ist die Therapie des Kindes wesentlich einfacher. Je jünger das Kind ist, umso weniger ist es möglich das Kind getrennt von den Eltern zu sehen.

Th E meint, dass eine Kindertherapie daran scheitern kann, dass die Eltern zu wenig eingebunden wurden, und die Symptomfreiheit als das einzige Ziel betrachtet wurde. Wenn sich die Eltern zu wenig beachtet fühlen, kann eine Kindertherapie deshalb von ihnen abgebrochen werden.

Th P hält die Beziehung zur Mutter für sehr wichtig für den Therapieerfolg, auch in dem Fall, dass die Mutter eine schwierige Person sein sollte. *„Wenn sich die Mutter ein bisschen mit verändern kann, dann hat das Kind zehn Mal mehr Chancen zu Hause, wenn es um Verhaltensschwierigkeiten geht.“* (Th P: Z 186 – 190) Es gilt den Sinn der Spieltherapie weiterhin zu belegen, schließlich zahlen die Eltern. Die Spieltherapie kann jedoch auch ohne Eltern erfolgreich sein.

Fazit: Kategorie 4.10 ‚Erfolg‘

- Die TherapeutInnen sind sich darüber einig, dass eine gut funktionierende Elternarbeit den Erfolg der Therapie des Kindes wahrscheinlicher macht. Die Therapie des Kindes

wird durch gut funktionierende Elternarbeit einfacher. Der Zusammenhang wird dünner je älter das Kind wird.

- Umgekehrt kann eine ungünstig verlaufende Elternarbeit das Scheitern der Therapie des Kindes bedeuten, weil die Eltern die Therapie abbrechen.
- Mehr Elternarbeit bedeutet jedoch nicht größerer Therapieerfolg des Kindes. Es braucht eine gut durchdachte Entscheidung wer wieviel wovon benötigt. Die Qualität und nicht die Quantität ist entscheidend.
- Erklärt wird der Zusammenhang von funktionierender Elternarbeit und Therapieerfolg damit, dass Eltern, die für Gespräche offen sind, Interesse am Kind haben und für Veränderung bereit sind. Wenn sich die Bezugspersonen ein Stückchen verändern können, hat das Kind viel größere Chancen auf Entwicklung. Die Eltern können dann eher umsetzen, was in der Therapie erarbeitet wurde. Der Sinn der Spieltherapie wird immer wieder belegt. Weitere Begründungen für Elternarbeit werden im folgenden Kapitel ausgeführt.

5.4.11 Begründung (K 4.11)

Die TherapeutInnen stimmen darin überein, dass der Einbezug der Eltern sehr wichtig ist. Welche Begründungen bringen sie dafür vor? Wie und warum wirkt sich die Elternarbeit auf das Kind aus?

Th B arbeitet mit den Eltern, weil es wichtig ist, dass die Eltern umsetzen, was in der Therapie passiert. Die Eltern sollen lernen auf ihr Kind empathischer zu reagieren. Die Arbeit mit den Eltern ist wichtig, weil sie wahrscheinlicher macht, dass die Therapie gelingt.

Th C begründet die Elternarbeit damit, dass es meist in der Biographie der Eltern begraben liegt, „warum sie bestimmte Dinge da in ihrer Beziehung zum Kind nicht so verwirklichen können, wie es für das Kind gerade gut wäre.“ (Th C: Z 515 – 523) Th C möchte die Eltern immer wieder in ihre elterliche Verantwortung, Funktion oder Rolle kriegen, ohne dabei darauf zu vergessen, dass sie einzelne Individuen sind. Mit den Eltern zu arbeiten ist auch wichtig, weil das Kind nicht ohne die Eltern reussieren darf. Th C möchte dafür sorgen, dass auch die Eltern ein Erfolgsgefühl haben, weil sie etwas dazu beigetragen haben. Außerdem stehen die Kinder in einem realen Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Eltern. „Und der Realität muss ich Rechnung tragen mit meinem Angebot.“ (Th C: Z 592 – 596)

Th D arbeitet mit den Eltern, weil das Wohlbefinden der Eltern wichtig ist für das Wohlbefinden des Kindes. Und die Entlastung des Kindes ist auch Ziel der Elternarbeit. Weiters hätte das Kind einen Loyalitätskonflikt, wenn nicht beide Eltern hinter der Therapie stehen würden. *„Also wenn ich nicht zumindest ausreichend stark fühle, dass die Eltern dahinter stehen, würde ich die Schwierigkeiten des Kindes nur vergrößern.“* (Th D: Z 311 – 321) Th D arbeitet deshalb für ein Miteinander und eine Zustimmung der Eltern zur Therapie des Kindes.

Th E möchte die Familie kennenlernen, um die Atmosphäre und die Interaktion zu erleben. Ohne die Familie zu kennen ist es schwer zu erkennen, worum es geht. Bei gewissen Symptomatiken gilt es als Kunstfehler die Eltern nicht ein zu binden. Eine Beziehung mit allen Familienmitgliedern auf zu bauen ist notwendig. Alle haben ein Recht auf eine Beziehung zur Therapeutenperson. Th E möchte die inneren Befindlichkeiten der Einzelnen kennen lernen, um zu erfahren, wo die vordergründigen Ängste, Bedürfnisse und Ressourcen liegen. Dann kann ein bisschen mehr mit den inneren Wirklichkeiten gearbeitet werden. Th E möchte auch mit den Eltern eine gemeinsame Sprache finden. Denn die Spieltherapie ist auch eine Entscheidung für die Eltern, nicht nur für das Kind. *„So dass die Eltern auch das Gefühl haben, das ist auch eine Entscheidung für sie, also nicht nur eine Entscheidung über das Kind, ich vertraue dem Therapeuten, oder ich beginne ihm zu vertrauen und überantworte ihm das Kind.“* (Th E: Z 212 – 233) Th E arbeitet auch mit den Eltern, weil es den Eltern das zu übersetzen gilt, was das Kind auf der Spielebene ausgedrückt hat. Die Elternarbeit ‚zwingt‘ die Therapeutenperson diese Übersetzungsarbeit deutlicher und öfter durchzuführen. Th E arbeitet auch mit den Eltern aus Achtung vor dem System. *„Ich gebe ein Stück spieltherapeutisches Erfahren mit dem Kind, ein Stückl zurück zu den Eltern.“* (Th E: Z 468 – 473) Würden die Eltern nicht einbezogen werden, wäre es ein ‚reparieren des Kindes‘ durch den Fachmann, aber es soll ein gemeinsames Schaffen sein mit Kind und Eltern, ein Kompetenzgewinn der Eltern. Die therapeutische Empathie hilft dem Kind ein Stückchen weiter, was es jedoch wirklich braucht ist die elterliche Empathie, woran mit den Eltern gearbeitet wird. Das Kind *„braucht auch die elterliche Realität mehr, als wie meine Empathie. Die hilft ihm vielleicht ein Stückl weit, aber das, was ihm wirklich hilft, sind die empathiefördernden Geschichten seitens der Eltern.“* (Th E: Z 516 – 541)

Th P bringt es auf den Punkt: *„Wenn es der Mutter besser geht, geht es dem Kind auch besser.“* (Th P: Z 430 – 431) Die Erfolge der Filialtherapie zeigen, wie wichtig der positive Kontakt der Eltern zum Kind ist, denn der Indikator ist die Beziehung zwischen Eltern und Kind, ob beide mehr zueinander gerückt sind.

Fazit: Kategorie 4.11 ‚Begründung‘

Folgende Begründungen werden für die Notwendigkeit der Elternarbeit vorgebracht:

- Es liegt in der Biographie der Eltern begraben, warum sich die Eltern-Kind-Beziehung schwierig gestaltet.
- Es ist nötig die Familie zu kennen um die Atmosphäre und die Interaktionsmuster zu kennen, um zu verstehen, worum es geht.
- Das Kind darf nicht ohne Eltern reussieren, Eltern können durch die Elternarbeit etwas zum Erfolg beitragen.
- Das Wohlbefinden der Eltern ist wichtig für das Wohlbefinden des Kindes. „*Wenn es der Mutter besser geht, geht es dem Kind auch besser.*“ (Th P: Z 430 – 431) Das Kind wird durch die Elternarbeit entlastet.
- Beide Elternteile müssen für die Therapie sein, sonst hat das Kind einen Loyalitätskonflikt. Der Realität der Abhängigkeit von den Eltern muss Rechnung getragen werden. Eine Therapie des Kindes ohne Unterstützung durch beide Eltern vergrößert nur seine Schwierigkeiten. Deshalb wird in der Elternarbeit an der Motivation der Eltern für die Therapie des Kindes gearbeitet, schließlich müssen sie diese in der freien Praxis auch zahlen.
- Die Eltern müssen einbezogen werden, wenn es ein gemeinsames Schaffen sein soll und nicht eine Reparatur des Kindes von dem/der Fachmann/-frau.
- Die Weiterentwicklung des Kindes braucht eine gewisse Weiterentwicklung der Eltern.
- Die therapeutische Empathie hilft dem Kind ein Stückchen weiter, was es jedoch wirklich braucht ist die elterliche Empathie, woran mit den Eltern gearbeitet wird.
- Aus Achtung vor dem System Familie, dem ein Stück der spieltherapeutischen Erfahrung zurück gegeben wird.
- Dennoch wird auch eine therapeutische Arbeit mit dem Kind ohne Einbezug der Eltern von zwei TherapeutInnen als erfolgversprechend beurteilt (siehe Kapitel 5.4.8 ‚Stellenwert‘). Auch in Institutionen wird wegen geringem Interesse der Eltern an einer

Beteiligung oft darauf verzichtet. Dies scheint nicht zu den genannten Begründungen zu passen. Oder aber die Spieltherapie ohne Elternarbeit kann dem Kind sehr wohl durch die neue Beziehungserfahrung eine große Entwicklungshilfe bieten. Die Elternarbeit kann jedoch zusätzlich die Einstellungen der Eltern insofern verändern, dass diese eine wachstumsförderliche Beziehung zum Kind aufbauen können. So kann eine Spieltherapie mit Elternarbeit dem Kind zweifach Unterstützung bieten. Wenn das Ziel der therapeutischen Intervention die Veränderung der Eltern-Kind-Beziehung ist, wird die Arbeit mit beiden (Kind und Eltern) schneller und effektiver Erfolge zeigen, so meine Vermutung. Die große Wirksamkeit der Filialtherapie legt dies nahe.

5.4.12 Ziele (K 4.12)

Mit welchem Ziel arbeiten die TherapeutInnen mit den Eltern? Was kennzeichnet erfolgreiche Elternarbeit?

Th A möchte durch die Elternarbeit mehr Informationen aus dem Umfeld des Kindes erhalten und die Eltern mehr für ihr Kind sensibilisieren. Es soll eine kooperative Stimmung und ein größeres Verständnis der Eltern für ihr Kind entstehen. Th A meint, dass sich Erfolg in der Elternarbeit dadurch zeigt, wenn die Mutter nicht nur über das Kind schimpft, sondern ihm mit mehr Zuneigung begegnen kann. Th A versucht der Mutter mit der personenzentrierten Haltung zu begegnen und auf ihren Leidensdruck einzugehen, damit diese ruhiger werden kann und sich verstanden fühlt. *„Ja, also das ist dann schon einmal ein Erfolg, wenn dann nach einer halben Stunde sich beschweren, irgendetwas anderes auch noch möglich ist.“* (Th A: Z 116 – 125)

Th B möchte durch die Elternarbeit die Beziehung zu den Eltern und ihre Motivation aufrecht erhalten. Die Eltern sollen ins Boot geholt werden, damit sie etwas von der Therapie zu Hause umsetzen. Die Empathie und Wertschätzung der Eltern für ihr Kind soll gestärkt werden. Ein Ziel ist, dass das Kind weniger über sein Verhalten bewertet wird. Th B möchte auch die Gefühlsebene der Eltern erreichen. Es geht Th B darum, dass die Eltern ein Gespür für ihr Kind entwickeln, lernen hin zu schauen *„und reflektieren lernen darüber, was könnte das bedeuten, wie geht es mir damit, was löst das aus, warum reagiert mein Kind so, wie es das tut?“* (Th B: Z 147 – 151) Th B möchte ein Umdenken erreichen, insofern, dass das Kind nicht der Sündenbock ist, sondern, dass das Kind als Teil des Systems am Problem beteiligt ist. Dafür ein Verständnis zu entwickeln ist ein Ziel der Elternarbeit von Th B. *„Es geht in erster Linie um die Weiterentwicklung des Kindes und in zweiter Linie auch um die der Eltern, aber die steht irgendwie hinten.“* (Th B: Z 378 – 384)

Th D definiert als Ziel für die Elternarbeit die Entlastung des Kindes. Das Wohlbefinden der Eltern ist wichtig für das Wohlbefinden des Kindes, welches das übergeordnete Ziel

der Therapie ist. Eine erfolgreiche Elternarbeit kennzeichnet sich oft schon durch ein gutes Gesprächsklima aus. Wenn die Eltern Vertrauen in Th D und keine Angst vor Bewertung haben und über ihre Schwierigkeiten und Ängste sprechen, ist die Elternarbeit gut gelungen. Erfolg der Elternarbeit ist es, wenn die Eltern willig die Erziehungskompetenz wieder übernehmen. Da ist es wichtig die Eltern zu stärken und die Fortschritte auf zu zeigen. Den Eltern wird bewusster woran es liegt, und sie denken selbst darüber nach, was sie ändern könnten. „Für mich ist Therapie so etwas wie Hilfe zur Selbsthilfe.“ (Th D: Z 562 – 567)

Th E übersetzt den Eltern, was das Kind spielerisch ausdrückt und verankert somit die spieltherapeutische Situation in der Wirklichkeit. Aufgabe der Elternarbeit ist es den Eltern klar zu machen, dass das Kind nicht in Reparatur gegeben werden kann, sondern, dass sie mit im psychotherapeutischen Boot sitzen. Bei den Elterngesprächen gibt Th E ein Stück spieltherapeutisches Erfahren an die Eltern zurück. Ziel der Elternarbeit ist es eine Beziehung zu den Familienmitgliedern her zu stellen, um die verschiedenen Welten kennen und verstehen zu lernen, um mit diesen inneren Wirklichkeiten arbeiten zu können. Th E möchte eine gemeinsame Sprache mit den Eltern finden, um mit ihnen auf einer Ebene kommunizieren zu können. Den Eltern soll bewusst sein, dass es auch eine Entscheidung für sie selbst ist, die sie treffen müssen, wenn es um die Therapie des Kindes geht. Therapie soll ressourcenorientiert sein und darf keine destruktive Erfahrung für die Familienmitglieder werden. Th E möchte mit Humor Eltern und Kindern eine gewisse Leichtigkeit, im Sinne einer Bewegungsmöglichkeit geben, um das Leben nicht so bitter ernst zu betrachten und ein bisschen Abstand zu den Problemen zu gewinnen. Wenn es die Eltern schaffen ihre Situation aus einer anderen, entfernteren Perspektive zu betrachten, ist mehr Reflexion möglich.

Th P möchte durch die Elterngespräche den Sinn der Spieltherapie weiterhin belegen. „Da muss man dann tatsächlich eine gute Beziehung zu den Eltern haben, um sie überzeugen zu können, dass es Sinn macht.“ (Th P: Z 368 – 369)

Fazit: Kategorie 4.12 ‚Ziele‘

Die Ziele sind vielfältig und aufgeteilt in Ziele der Eltern und jene der TherapeutInnen, welche sich jedoch überschneiden. Die Ziele wurden nach der interpretierten Wichtigkeit gereiht.

Die TherapeutInnen haben folgende Vorstellungen, welche Ziele die Eltern durch die Gespräche erreichen sollen:

- Das Wohlbefinden der Eltern steigt und somit ist das Kind entlastet.

- Die Eltern sprechen über Ängste und Probleme und fühlen sich verstanden.
- Die Eltern kommen in Kontakt mit ihrer elterliche Verantwortung und Rolle.
- Die Eltern übernehmen gerne wieder Erziehungskompetenzen, sind sich ihres Kompetenzgewinns bewusst.
- Die Eltern werden empathisch und sensibel auf das Kind reagieren, Verständnis, Wertschätzung und Zuneigung fürs Kind empfinden.
- Die Eltern werden das Kind weniger über sein Verhalten bewerten.
- Die Eltern werden über ihr Kind und die eigenen Gefühle, die das Kind in ihnen auslöst reflektieren.
- Die Eltern erlangen Problembewusstsein, insofern das Kind als Teil des Systems am Problem beteiligt und nicht alleine der Sündenbock ist.
- Die Eltern treffen eine Entscheidung über die eigene Bereitschaft zu und Beteiligung an der Therapie. Sie sind motiviert für die Therapie und bereit für Veränderung.
- Die Eltern werden umsetzen, was in der Therapie passiert.

Die TherapeutInnen wollen in den Elterngesprächen folgendes erreichen oder weitergeben:

- Es herrscht eine kooperative Stimmung im Sinne eines Miteinanders. Nicht die Therapeutenperson repariert das Kind, sondern beide arbeiten zusammen. Der/die TherapeutIn motiviert die Eltern für die Therapie.
- Es herrscht ein angstfreies Gesprächsklima, welches durch Vertrauen in die Therapeutenperson gekennzeichnet ist, sodass die Eltern über Gefühle und Ängste sprechen.
- Der/die TherapeutIn baut eine Beziehung zu allen Familienmitgliedern auf, lernt die inneren Befindlichkeiten, Ängste, Bedürfnisse und Ressourcen kennen. Der/die TherapeutIn versteht die inneren Wirklichkeiten der Familienmitglieder und arbeitet damit.

- Der/die TherapeutIn geht mit einer personenzentrierten Haltung auf den Leidensdruck der Eltern ein.
- Der/die TherapeutIn erreicht die Gefühle der Eltern und spricht mit ihnen darüber.
- Der/die TherapeutIn stärkt die Eltern, indem Fortschritte aufgezeigt werden und ressourcenorientiert gearbeitet wird.
- Der/die TherapeutIn und Eltern finden eine gemeinsame Sprache und können auf einer Ebene kommunizieren.
- Der/die TherapeutIn übersetzt den Eltern das Verhalten des Kindes.
- Der/die TherapeutIn zeigt, dass mit Humor vieles leichter wird und Distanz einen Handlungsspielraum und Reflexion ermöglichen kann.
- Der/die TherapeutIn bekommt wichtige Informationen über Veränderungen des Kindes und Ereignisse aus dem Umfeld des Kindes.

5.5 Unterschiede der Elternarbeit zwischen der Therapie in einer Institution und in freier Praxis (K 5)

Es geht darum, wie und warum sich die Elternarbeit in einer Institution von jener in der freien Praxis unterscheidet.

Th A erzählt, dass die Eltern in der freien Praxis oft froh über die Elternkontakte sind, weil es auch weh tun kann, wenn das Kind so gerne zur Therapie geht und, weil sie oft neugierig sind und Informationen bekommen wollen. Die Kindertherapie in der freien Praxis ist „Luxus“ (Th A: Z 406), die Eltern haben es in der Hand die Therapie ab zu brechen. „Sie bezahlen und wenn das nicht gut funktioniert, diese Zusammenarbeit, dann sind sie weg.“ (Th A: Z 460 – 461) Die Eltern sind in der freien Praxis also interessiert und sehr notwendig. In einer Institution ist es oft nicht möglich die Eltern her zu holen.

Th B bemerkt, dass der Beziehungsaufbau zu den Eltern besonders in der freien Praxis wichtig ist, weil diese die Therapie finanzieren. Das Kind und der/die TherapeutIn und somit die Therapie sind abhängig vom Wohlwollen der Eltern. „Das ist eines der größten Probleme, weil die Eltern oft dann entscheiden, ob die Therapie für sie quasi erfolgreich ist, oder nicht. Und die Ziele sind aber höchst unterschiedliche.“ (Th B: Z 85 – 88) Der Therapieabbruch durch die Eltern passiert eher in der Privatpraxis, wenn sich das Kind in eine unerwartete oder

unerwünschte Richtung entwickelt. „Was natürlich für das Kind ganz, ganz schlimm ist.“ (Th B: Z 282 – 289) Manchmal können die Eltern in einem Gespräch noch umgestimmt werden. Darum ist es auch wichtig die Motivation der Eltern aufrecht zu erhalten.

In einer Institution haben die Eltern wenig Interesse in die kostenlose Therapie des Kindes involviert zu werden. „Weil in der Institution, solange es nichts kostet, ist es ehrlich gesagt den Eltern ziemlich egal. Außer, sie haben das Gefühl das Kind entwickelt sich in eine Richtung, die ihnen nicht genehm ist.“ (Th B: Z 94 – 98) In einer Institution sind die Eltern wenig präsent, meist erst dann, wenn sich das Kind in eine unerwünschte Richtung entwickelt.

Th C arbeitet lieber in einer Institution mit Kindern, weil „nach einer Kindertherapiestunde hat man vielmehr das Bedürfnis, dass da jetzt jemand wäre, mit dem man schnell einmal könnte.“ (Th C: Z 538 – 553) In der freien Praxis ist die Situation eine andere. „Ich muss alles sehen, ich muss alles beachten, alleine, weil da ist sonst niemand, der drauf schaut, das ist schon etwas Spezielles für die Situation, wenn man da alleine in einer Praxis sitzt.“ (Th C: Z 521 – 531) Eine Kindertherapie ist eine große Herausforderung für eine einzige Therapeutenperson, angenehmer ist ein Team das gemeinsam am Fall arbeitet. Th C braucht für eine Kindertherapie auch ein Vernetzungssystem mit anderen Berufsgruppen, was auch in einer Institution leichter zu erstellen ist.

Th E arbeitet ebenso wie Th C lieber in einer Institution mit Kindern, weil „wenn ich das so in diesem System updaten möchte, ist das eigentlich unbezahlbar.“ (Th E: Z 373 – 385) Die Eltern- und Umfeldarbeit ist so zeitintensiv, dass sich das nur sehr reiche Eltern leisten könnten. In der Institution ist es nicht schwierig die Eltern herein zu holen, weil sich Th E ‚einen Namen‘ gemacht hat und die Eltern lange auf einen Therapieplatz warten müssen. Die Institution schützt davor, aus wirtschaftlichen Gründen von den eigenen Bedingungen abzusehen und sich nach den Eltern zu richten. Es braucht die selbstverständliche Haltung der Therapeutenperson, dass nur unter bestimmten Bedingungen (z.B. Mitarbeit der Eltern) gearbeitet wird. Ein weiterer Vorteil der Institution ist die leichtere Weitervermittlung an andere unterstützende Angebote, z. B. für die Eltern.

Th P erzählt von seiner Supervisions-Arbeit in einer Institution, wo die Eltern zu Elterngesprächen verpflichtet sind. Hier ist die Einsicht der Eltern sehr gering und der Widerstand sehr groß. „Dann muss man mit diesem Widerstand arbeiten und einfach sehr geduldig bleiben und sagen, ja, Ihrem Kind geht es einfach besser, wenn es sich in dieser Umgebung irgendwie ein bisschen mehr anpasst und schauen wir einmal, wie ihm das gelingt.“ (Th P: Z 330 – 352) Diese Eltern kommen in der Privatpraxis weniger vor. Die KollegInnen arbeiten in der Institution mit der Genehmigung und im Auftrag der Schule, nicht der Eltern. Die Eltern sind in einer Institution noch weiter weg, aber manchmal muss man mit dem leben, was man hat.

Fazit: Kategorie 5 ‚Unterschiede der Elternarbeit zwischen der Therapie in einer Institution und in freier Praxis‘

Die Elternarbeit in einer Institution ist eine andere, als in der freien Praxis, weil die Grundbedingungen ganz unterschiedliche sind.

Zu den Bedingungen in einer Institution:

- In einer Institution ist die Therapie des Kindes meist kostenlos. Die Eltern haben sehr wenig Interesse an einem Einbezug in die Therapie des Kindes,
- wenn sie gratis ist. Sie wenden sich meist erst an die Therapeutenperson, wenn ihnen die Entwicklungen des Kindes unangenehm sind.
- Die Eltern sind in einer Institution sehr schwer zu erreichen. Th E widerspricht dieser Erfahrung, er führt die bereitwillige Beteiligung der Eltern in seiner Institution aber auf seinen Bekanntheitsgrad zurück. Bei verpflichtenden Elterngesprächen ist der Widerstand der Eltern groß und die Einsicht gering.
- In einer Institution erteilen nicht die Eltern den Arbeitsauftrag und die Genehmigung, sondern die Institution.
- Kindertherapie ist durch die nötige Familien- und Umfeldarbeit sehr zeit- und somit geldintensiv, weshalb sie in der Privatpraxis fast nicht leistbar ist.
- Kindertherapie ist im Team leichter, weil dann nicht eine Person alles sehen und erkennen muss.
- Nach einer Kindertherapiestunde ist ein Austausch unter KollegInnen angenehm. Diesem Bedürfnis nach einer Ansprechperson kann in einer Institution leichter nachgekommen werden.
- In einer Institution ist die Weitervermittlung eines Elternteils an eine/n TherapeutenkollegIn leichter und erfolgreicher als in der Privatpraxis. (Siehe auch dazu Kapitel 5.3.2 ‚Zusätzliches Angebot an die Eltern‘)
- Kindertherapie braucht eine Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, welche in Institutionen leichter ist.

- In einer Institution herrscht kein Erfolgsdruck von Seiten der Eltern.
- Die Institution schützt davor, aus wirtschaftlichen Gründen von den eigenen Bedingungen abzusehen und sich nach den Eltern zu richten.
- Zusammengefasst hat eine Institution folgende Vorteile: Das Team trägt den Fall, die Einzelperson ist entlastet, Vernetzung ist einfacher. Zwei TherapeutInnen (Th C, Th E) arbeiten mit Kindern lieber in einer Institution.
- Bei einer Institution sind die Eltern weniger interessiert, was die Zusammenarbeit erschwert, aber die TherapeutInnen unabhängiger macht.

Zu den Bedingungen in der freien Praxis:

- Die Eltern sind interessiert an Elterngesprächen, weil sie neugierig sind oder, weil das Kind gerne in Therapie geht und das auch schmerzhaft sein kann.
- Die Eltern wollen Erfolge sehen für ihr Geld, was die TherapeutInnen unter Druck setzt.
„Es ist wirklich so, wie wenn man ständig beweisen müsste, dass man sein Geschäft gut macht.“ (Th B: Z 464 – 465)
- Weil die Eltern die Therapie finanzieren, haben sie es in der Hand jederzeit abbrechen, wenn sich das Kind in eine unerwünschte Richtung entwickelt. Die Therapie ist völlig abhängig vom Wohlwollen der Eltern. Wenn es keine Zusammenarbeit in eine Richtung, oder unterschiedliche Zielsetzungen zwischen TherapeutIn und Eltern gibt, kann es sein, dass die Eltern die Therapie als nicht erfolgreich beurteilen und abbrechen. Ein Therapieabbruch durch die Eltern ist für ein Kind sehr schlimm.
- Aus diesen Gründen ist in der freien Praxis die Kontaktaufnahme mit den Eltern leichter, eine funktionierende Elternarbeit aber auch wichtiger und anspruchsvoller.
- Zusammengefasst ist die Spieltherapie in der freien Praxis durch eine engere Zusammenarbeit mit den Eltern gekennzeichnet, was die TherapeutInnen aber eher unter Druck zu setzen scheint, weil sie von diesen völlig abhängig sind. Das Interesse der Eltern wird nicht als Sorge um ihr Kind interpretiert und die negativen Folgen stehen im Vordergrund.

- Diese Kategorie entstand nach Durchsicht des Interviewmaterials und war nicht geplant. Vier TherapeutInnen sprachen selbst das Thema an (Th A, Th B, Th C, Th E), häufig in Bezug auf die Einstellung der Eltern zu den Elterngesprächen.

5.6 Wo liegt die Elternarbeit im Spannungsfeld zwischen Erziehungsberatung, Einzeltherapie und Familien(spiel)therapie? (K 6)

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es zwischen Elterngesprächen und Erziehungsberatung, Einzeltherapie und Familientherapie?

5.6.1 Elterngespräche vs. klassische Erziehungsberatung (K 6.1)

Es geht dabei um die Frage, ob auch Elemente einer ‚klassischen‘, direktiven Erziehungsberatung im Elterngespräch vorkommen können. Oder wird das personenzentrierte Prinzip der Nondirektivität in gleicher Weise, wie in einem Therapiegespräch erfüllt?

Für **Th A** ist die Elternarbeit manchmal Erziehungsberatung, aber ohne sich auf Anweisungen zu beschränken. *„Es sind nie ganz reine Therapiegespräche, und nicht nur machen sie erstens, zweitens, drittens, aber es so in der Bandbreite, da pendelt es.“* (Th A: Z 137 – 138) In der Elternarbeit gibt es weder reine Therapiegespräche, noch sind es rein beratende Gespräche.

Th B grenzt die Elternarbeit deutlich von Erziehungsberatung ab. Th B möchte den Eltern überhaupt keine Ratschläge geben. *„Weil da verlässt man irgendwie auch einen Rahmen, der in der Therapie eigentlich da ist. Also, ich denke, ich bin nicht dafür da, als Therapeutin, den Eltern Ratschläge zu geben.“* (Th B: Z 144 – 151) Die Eltern sollen ein ‚Gespür‘ für ihr Kind entwickeln und lernen zu reflektieren über die eigenen Handlungen und Emotionen und jene des Kindes. Wenn die Eltern konkrete Anweisungen verlangen, spielt dies Th B zurück und fragt *„Ok, was denken Sie, wie Sie gerne tun würden, in so einer Situation?“* (Th B: Z 153 – 155)

Bei **Th D** mischen sich auch Elemente der Erziehungsberatung in die Elterngespräche, aber mit einem anderen Fokus. Wenn es z.B. darum geht, dass darauf geachtet werden soll, dass das Kind seine Hausaufgaben macht, würde das in einem Elterngespräch so angesprochen werden: *„Na ja, die Schule verlangt und das ist auch so, dass Aufgaben gemacht werden müssen. Wo liegt das Problem? Warum ist das so schwierig? Was könnten wir denn da überlegen, was ihnen helfen würde?“* (Th D: Z 411 – 418)

Th E spricht auch manchmal Klartext in Fällen, wo die Grundbedürfnisse des Kindes nicht befriedigt werden. Wenn eine sichere Beziehung zu den Eltern besteht provoziert Th E mit ‚großväterlichen Mahnungen‘, wird aber niemanden damit verjagen.

Th P hält sich in einem Elterngespräch völlig an die Grundprinzipien der personenzentrierten Gesprächsführung.

Fazit: Kategorie 6.1 ‚Elterngespräche vs. klassische Erziehungsberatung‘

Ob auch Ratschläge und Handlungsanweisungen in einem Elterngespräch Platz haben wird unterschiedlich beurteilt. Die Meinungen der TherapeutInnen können in zwei Positionen geteilt werden:

- Zwei TherapeutInnen (Th B, Th P) grenzen ihre Elterngespräche deutlich von klassischer Erziehungsberatung ab. Es werden keine Ratschläge oder Handlungsanweisungen erteilt, selbst wenn die Eltern danach fragen.
- Drei TherapeutInnen (Th A, Th D, Th E) positionieren ihre Elterngespräche zwischen Therapie und Erziehungsberatung. Es können Elemente der Erziehungsberatung vorkommen, jedoch mit dem Fokus auf der benötigten Unterstützung der Eltern. Wenn kindliche Bedürfnisse nicht befriedigt werden, wird Klartext gesprochen, oder wenn die Schule unpassend ist, kann das auch angesprochen werden. Th E erteilt auch ‚großväterliche Mahnungen‘, wenn die Beziehung zu den Eltern tragfähig ist.

5.6.2 Elterngespräch vs. Therapiegespräch (K 6.2)

Wie lässt sich ein Elterngespräch von einem therapeutischen Gespräch unterscheiden? Welche Gemeinsamkeiten gibt es?

Th A steht nicht auf der Seite der Eltern, sondern ist TherapeutIn des Kindes. Trotzdem reagiert sie sehr einfühlsam auf die Äußerungen der Eltern. Th A versteht sich als Anwalt/Anwältin des Kindes, und somit eher als ein vis-à-vis. Wenn die Mutter eine schwierige Situation mit dem Kind schildert, wird Th A zunächst versuchen ihre Gefühle zu verstehen, ähnlich wie in einer therapeutischen Situation. Th A versucht auch empathisch auf die Mutter ein zu gehen, die dann häufig drauf kommt, dass es viel mit ihr zu tun hat und manchmal auch weint. Wenn die Mutter offen dafür ist, und nicht mehr so stark in Rage, wird Th A versuchen der Mutter auch das Erleben des Kindes näher zu bringen. Hier unterscheidet sich das Elterngespräch von der Therapiesituation. Th A hat eine Intension, nämlich den Auftrag oder das Anliegen des Kindes zu vertreten. Vielleicht kann die Mutter ein Verstehen dafür entwickeln, *„was mit dem Kind los ist, was das bewirkt zwischen ihnen beiden.“* (Th A: Z 313 – 333) Insofern ist Th A strukturierter und direkter, als in einem Therapiegespräch. Auch thematisch ist Th A nicht so offen wie in einer Therapie. Es wird gefragt, ob es in der Schule oder zu Hause etwas Neues gibt. Ein Elterngespräch

pendelt zwischen Therapiegespräch und Erziehungsberatung. *„Es sind nie ganz reine Therapiegespräche, und nicht nur machen sie erstens, zweitens, drittens, aber so in der Bandbreite, da pendelt es.“* (Th A: Z 137 – 138) Th A geht auf den Leidensdruck der Eltern ein, damit diese sich mehr verstanden fühlen und ein bisschen ruhiger und freier werden können, und dem Kind mit mehr Zuneigung begegnen können.

Th B unterscheidet ein Elterngespräch vor allem durch das Ziel von einem Therapiegespräch. Die Gespräche werden immer in Bezug auf die Ermöglichung der Weiterentwicklung des Kindes geführt. Das Thema wird auf das Kind zurück geführt. Schilderungen werden empathisch und verständnisvoll begegnet und mit dem Kind in Zusammenhang gebracht. Es muss klar sein, dass es um das Kind geht und erst in zweiter Linie um die Eltern, sonst verliert man den Fokus der Therapie. *„Irgendwie sollte das Gespräch immer im Bezug auf das Kind geführt werden, und es geht jetzt nicht um irgendeine Aufarbeitung der Probleme, die die Eltern zum Beispiel aus ihrer Kindheit mitbringen.“* (Th B: Z 378 – 384) Eine Psychotherapiestunde der Eltern macht keinen Sinn, es braucht immer eine thematische Rückführung zum Kind.

Th C betont, dass es bei Gesprächen mit zwei oder mehr Personen wichtig ist die Fäden in der Hand zu haben. Es ist zu wenig nur auf die eigene Resonanz zu achten, denn *„da komme ich ins Hintertreffen, weil man hat es da ja eben nicht nur mit einer Person zu tun, sondern mit zwei, oder drei oder gar vier auf einmal und da gibt es dann keinen Plan, an wende ich mich denn da jetzt? Da muss ich schon das Gefühl haben, dass ich das Heft in der Hand habe, ja?“* (Th C: Z 464 – 489) Th A spricht an, dass es einfacher ist in einem Einzelsetting dem Prinzip der Nichtdirektivität zu folgen, als mit einer Gruppe, einem System. Bei einem Elterngespräch muss die Therapeutenperson dafür sorgen, dass der geschützte Rahmen geschaffen wird. Das bedarf einer Anleitung, Wegweisung durch die Therapeutenperson. Th C meint, dass man *„aber auf jeden Fall die Fäden in der Hand haben muss und zeigen muss, wie's weitergeht, wo's lang geht, wo's nicht lang geht. Und da sehr klar sein, weil sonst fährt das System mit einem Schlitten.“* (Th C: Z 247 – 259)

Th D sieht keinen großen Unterschied zwischen der therapeutischen Grundhaltung in einem Elterngespräch und in einem Therapiegespräch, bis auf den Fokus der Intervention. Dieser liegt beim Elterngespräch mehr auf der Eltern-Kind-Interaktion und den Problemen des Kindes, und weniger auf den persönlichen Problemen der Eltern. Wichtig ist es Empathie, Echtheit und besonders die Wertschätzung gegenüber den Eltern auszudrücken und auch wirklich zu empfinden. Vor allem Mütter haben eine sehr sensible Wahrnehmung für Bewertung oder Kritik. Ein Elterngespräch ist eine Spur mehr beratend, als ein Therapiegespräch. Wenn ein Elternteil unter gravierenden Problemen stark leidet, rät ihm Th D zu einer eigenen Therapie, denn es soll keine eigene Therapie eines Elternteils aus den Elterngesprächen entstehen.

Th E kann im Rahmen der Elternarbeit mit den Eltern zu dem Punkt gelangen, dass diese erkennen, dass es nicht am Kind liegt, sondern an der nicht-möglichen Annahme durch die Eltern. Dann kann dahingehend gearbeitet werden, dass die defizitären Äußerungen in Richtung des Kindes minimiert werden. Aber die Grenzen der Elternarbeit sind erschöpft, wenn es darum geht, warum die Eltern die Gefühlszustände des Kindes nicht annehmen können, was das mit ihrer eigenen Geschichte zu tun hat. Die personenzentrierten Grundvariablen sind bei Elterngesprächen in gleicher Weise wichtig, wie in einem Therapiegespräch.

Th P unterscheidet ein Elterngespräch zunächst durch die Frequenz von einem Therapiegespräch. *„Das ist ganz deutlich eine andere Frequenz, der Klient bleibt trotzdem das Kind und die Mutter ist die Begleitung.“* (Th P: Z 128 – 151) Bei Th P soll ein Elterngespräch offen sein, für eine Entwicklung aus der Erziehungsberatung heraus. Für die Eltern ist zwar das Kind Ausgangspunkt des Gespräches, es kann jedoch auch zu einem anderen Thema führen. *„Dieses Gespräch (Elterngespräch, B.H.) sollte prinzipiell personenzentriert orientiert sein und nicht nur auf Erziehungsberatung zentriert.“* (Th P: Z 214 – 215) Ein Elterngespräch sollte im klassischen Sinn nichtdirektiv sein. Th P lässt sich thematisch ganz von dem Elternteil führen, ähnlich wie in einem personenzentrierten Therapiegespräch. Ausgangspunkt ist oft das Kind, aber das Gespräch kann sich auch in andere Richtungen entwickeln. Th P folgt dabei den Gefühlen des Elternteils. *„Das personenzentrierte Gespräch zeichnet sich meines Erachtens dadurch aus, dass man dem roten Faden der Gefühle, die der Klient zeigt, folgt. Und wenn ich an einer Stelle merke, dass da mehr Empfindung ist, ja, dann versuche ich dem zu folgen, und das ist mir dann gleich, wohin das führt.“* (Th P: Z 397 – 411) Das Thema kehrt von selbst immer wieder zum Kind zurück, weil dort der Fokus und die aktuellen Schwierigkeiten liegen. Aber die Eltern sprechen als Person, darüber was sie bewegt, nicht nur als Eltern. Denn wenn es der Mutter oder dem Vater durch die personenzentrierten Gespräche besser geht, wird es auch dem Kind besser gehen. Ein Elterngespräch kann sich in Richtung Therapie entwickeln, dann würde Th P zu einem KollegIn verweisen. Es gibt einen fließenden Übergang von einem Elterngespräch zu einem Therapiegespräch.

Fazit: Kategorie 6.2 Elterngespräch vs. Gesprächstherapie

Ein personenzentriertes Elterngespräch hat folgende Ähnlichkeiten mit einem personenzentrierten Therapiegespräch:

- Die rogerianischen Grundvariablen (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz) werden von der Therapeutenperson (bei Th A, Th B, Th D, Th E, Th P) zu verwirklichen versucht. Die therapeutische Grundhaltung ist jener bei einem Therapiegespräch sehr ähnlich. Die Therapeutenperson geht verständnisvoll auf die Erzählungen der Eltern ein, versucht die

Gefühle zu verstehen und empfindet echte Wertschätzung für die Eltern. Die Eltern werden nicht nur in ihrer Elternfunktion wahrgenommen, sondern als Person, die auch andere Rollen, Funktionen, Bedürfnisse und eine eigene Geschichte hat. Wenn es den Eltern durch die personenzentrierten Elterngespräche besser geht, wird es auch dem Kind besser gehen.

- Die Nondirektivität wird nur von einem Therapeuten (Th P) in gleicher Weise, wie in einem Therapiegelgespräch vertreten. Th P ist davon überzeugt, dass es keinerlei thematische Rückführung des Gesprächs auf das Kind benötigt. Die Eltern allein bestimmen über die Gesprächsinhalte. Th P folgt ihnen auf der Gefühlsebene. Weil das Kind im Fokus der Therapie steht, kehren die Eltern von selbst wieder dorthin zurück.

Ein Elterngespräch lässt sich durch folgende Punkte von einem Therapiegelgespräch unterscheiden:

- Das Kind ist KlientIn und nicht die Eltern. Es geht erst in zweiter Linie um die Eltern, der Fokus liegt auf dem Wohlergehen des Kindes und der Eltern-Kind-Interaktion. Wodurch sich das zeigt erklären die nächsten Punkte.
- Die Frequenz ist eine deutlich niedrigere, als bei einer Einzelgesprächstherapie.
- Der/die TherapeutIn hat eine Intension, ein Ziel. Das Anliegen des Kindes, und nicht jenes der Eltern wird vertreten. Der/die TherapeutIn ist die Anwältin des Kindes und somit ein (verständnisvolles) Gegenüber der Eltern. Die Gespräche werden immer in Bezug auf die Ermöglichung der Weiterentwicklung des Kindes geführt. Das Erleben des Kindes wird den Eltern näher gebracht.
- Das Elterngespräch ist in gewisser Weise strukturierter, thematisch nicht so offen und direkter (außer bei Th P), weil das Thema auf das Kind zurückgeführt und mit ihm in Zusammenhang gebracht wird. Die Therapeutenperson fragt auch nach gewissen Lebensbereichen des Kindes (Kindergarten, Schule) und steuert so das Gespräch. Den Schilderungen der Eltern wird empathisch und verständnisvoll begegnet, dann werden die Erzählungen mit dem Kind in Zusammenhang gebracht. Die Eltern sollen so ein Verstehen für das Erleben des Kindes entwickeln.
- Das Elterngespräch findet häufig mit drei oder mehr Personen statt, weshalb eine Gesprächsleitung durch den/die TherapeutIn nötig wird. Der geschützte Rahmen muss geschaffen und erhalten werden, weshalb es einer gewissen Anleitung bedarf.

- Ein Elterngespräch hat Grenzen, welche bei den TherapeutInnen sehr unterschiedlich sind. Meist werden bei einem großen Leidensdruck, schwerwiegenden persönlichen Problemen oder einem großen Redebedürfnis die Grenzen eines Elterngesprächs erreicht. Sie werden sichtbar, wenn die Therapeutenperson den Eltern nahe legt eine eigene Therapie in Anspruch zu nehmen (siehe auch Kapitel 5.3.2 ‚Zusätzliches Angebot an die Eltern‘). Ich vermute einen Zusammenhang der Offenheit der Therapiegespräche mit der Häufigkeit der Therapieempfehlungen. Wenn die Therapeutenpersonen verglichen werden, wird dies deutlich. Th P führt sehr offene Elterngespräche, das Thema wird von ihm nicht gelenkt. Th P empfiehlt in ca. jedem 10. Fall eine eigene Psychotherapie für einen Elternteil. Bei Th B geht es in den Elterngesprächen in erster Linie um das Kind, das Gespräch wird darauf zurückgeführt. Die Probleme der Eltern sind hier weniger Thema. Th B empfiehlt bei einem Drittel der Kinder eine Psychotherapie für einen Elternteil.

Zusammenfassung:

- Die Elterngespräche zeigen Elemente, die einer Therapie sehr ähnlich sind. Die Schilderungen der Eltern werden empathisch und wertschätzend angenommen. Danach geht die Therapeutenperson jedoch dazu über, die Position des Kindes zu vertreten und diese den Eltern verständlich zu machen. Dabei verlässt die Therapeutenperson die rein empathische Ebene zu den Eltern und spricht als TherapeutIn des Kindes.

5.6.3 Elterngespräche vs. Familien(spiel)therapie (K 6.3)

Th B handelt im Auftrag des Kindes und ist TherapeutIn des Kindes, weil es sonst Familientherapie wäre.

Th C empfiehlt eine Familientherapie, wenn bei Jugendlichen die Eltern auch so eine große Not haben, dass sie sich ständig einmischen.

Th D macht keine Familientherapie, in dem Sinne dass permanent alle Familienmitglieder anwesend sind.

Th E findet Familienspieltherapie spannend und wendet sie auch gerne an.

Th P wendet keine Familien(spiel)therapie an. Wenn, dann werden vereinzelte Familiengespräche bei akuten Problemen geführt, eher bei Jugendlichen.

Fazit: Kategorie 6.3 ‚Elterngespräche vs. Familien(spiel)therapie‘

- Eine Therapeutenperson (Th E) arbeitet auch im familien(spiel)therapeutischen Setting. Es können gemeinsame Spielstunden stattfinden. Die ganze Familie kann öfters eingeladen werden, wenn das Kind und Th E das für sinnvoll erachten.
- Die Mehrheit der TherapeutInnen grenzt sich von Familien(spiel)therapie ab. Wenn die Notwendigkeit besteht, wird dies empfohlen. Vereinzelte Familiengespräche können vorkommen.

5.7 Herausforderungen (K 7)

Zunächst geht es um die Frage, ob die Elternarbeit als herausfordernd empfunden wird:

Th A findet, dass die konstruktive Zusammenarbeit mit den Eltern schwieriger ist, als die Arbeit mit den Kindern. Denn wenn, dann wird es mit den Eltern heikel, nicht mit den Kindern. Die Kinder merken, dass die Therapie gut tut und kommen gerne. *„Also das Schwierigere ist, das mit den Eltern auf die Reihe zu kriegen.“* (Th A: Z 455 – 461)

Fazit: Kategorie 7 ‚Herausforderungen‘

Die Elternarbeit wird als die Herausforderung der Spieltherapie bezeichnet.

Nun werden Antworten wiedergegeben auf die Fragen: Welche Situationen sind schwierig und wie gehen die TherapeutInnen damit um?

5.7.1 Schweigepflicht (K 7.1)

Die TherapeutInnen sind dem Kind und den Eltern gegenüber zur Verschwiegenheit verpflichtet, was in der Praxis eine Herausforderung sein kann.

Th A versucht vom Beginn der Therapie an für Eltern und Kind transparent zu sein. Die Kinder wissen von Anfang an, dass Th A mit den Eltern spricht. Bei Geheimnissen, die die Kinder Th A anvertrauen, ist es ganz wichtig, dass diese gut aufgehoben sind. Vor einem Elterngespräch holt sich Th A die Erlaubnis über gewisse Dinge zu sprechen. Es wird nichts Konkretes erzählt, sondern das Thema genannt, welches das Kind beschäftigt, z. B. Traurigkeit oder Aggression. Th A möchte den Eltern übersetzen, was das Kind mit seinem auffälligen Verhalten ausdrücken möchte.

Th B bezeichnet den Umgang mit der Schweigepflicht als eine ‚Gradwanderung‘, besonders in sehr schlimmen, problematischen Dingen, die dann trotzdem nicht den Eltern erzählt werden dürfen. Das fällt Th B manchmal schwer, darf aber in keinem Fall den Eltern berichtet werden ohne die Zustimmung des Kindes. Die Eltern fragen bei Th B oft nach und möchten Details aus der Spieltherapie erfahren. Häufig sind die Eltern irritiert, wenn dies nicht passiert. Da muss Th B immer wieder auf die Bedingungen der Therapie und ihre Schweigepflicht hinweisen. Es geht in den Elterngesprächen absolut nicht um die Inhalte der Therapie, sondern eher um eine Rückmeldung der Eltern, ob sich etwas zu Hause verändert hat.

Th D bezeichnet die Frage der Schweigepflicht als eine besondere Herausforderung. Beim Erstgespräch wird geklärt, dass die Schweigepflicht dem Kind gegenüber ein zu halten ist, und keine Details bekannt gegeben werden. Th D spricht mit den Eltern über ihr Problem, welches sie mit dem Kind haben, und nicht über die Inhalte der Therapie. Die Erfahrung ist hilfreich um Fragen, die in gefährliche Bereiche führen, früh zu erkennen und liebevoll ab zu lehnen. Th D betont, dass sie auch den Eltern gegenüber zur Schweigepflicht verpflichtet ist, was zum Beispiel bei geteilter Therapie und Elternarbeit zum Tragen kommt. Wenn Th D mit den Eltern arbeitet, erfährt der/die TherapeutIn des Kindes keine Details aus den Elterngesprächen.

Th E verhandelt mit den Kindern und Jugendlichen worüber im Elterngespräch geredet werden darf. Dies sind spannende Auseinandersetzungen, die den systemischen Gedanken fördern.

Th P bezeichnet es als einen schwierigen Teil der Elternarbeit, wenn von der Mutter zu viel Detailwissen gefordert wird. Es ist nicht immer einfach eine gute Beziehung her zu stellen, wenn dem Wunsch nach Informationen aus der Therapie nicht nach gegeben werden kann. *„Ich kann sie gerne über einen allgemeinen Fortschritt in der Therapie oder über die Struktur der Spieltherapie informieren. Aber ich will ihr nicht erzählen, was das Kind gemalt hat, was es mir erzählt hat, was es mir vielleicht einmal für eine Phantasie oder für ein ganz konkretes Spiel mit mir ausgehandelt hat.“* (Th P: Z 173 – 184)

Fazit: Kategorie 7.1 ‚Schweigepflicht‘

- Das Einhalten und der Umgang mit der Schweigepflicht wird als schwieriger Teil der Elternarbeit empfunden (Th B, Th D, Th P). Die Eltern stellen Fragen und wollen Details aus der Spieltherapiestunde wissen, welche nicht weiter erzählt werden dürfen. Für Eltern ist es schwer zu verstehen und aus zu halten, dass sie nicht alles erfahren, was in der Therapie geschieht. Besonders schwierig sind Situationen, wo schlimme,

problematische Dinge nicht an die Eltern weitergegeben werden dürfen. Die Neugier und Fragen der Eltern sind wiederum schwer für die TherapeutInnen aus zu halten.

- Wichtig ist beim Erstgespräch transparent zu sein und Eltern und Kind zu erklären, wie die Schweigepflicht gehandhabt wird.
- Es werden keine Inhalte, Details oder Geheimnisse an die Eltern weiter gegeben. Die Therapeutenperson kann über allgemeine Themen (z.B. Aggression oder Trauer), oder den allgemeinen Fortschritt der Therapie Auskunft geben.
- Die Therapeutenperson fragt das Kind um Erlaubnis, bevor etwas an die Eltern erzählt wird.
- Eine Therapeutenperson (Th E) betont die positiven Auswirkungen, welche die Schweigepflicht hat. Die Verhandlungen mit dem Kind über das was weitererzählt werden darf, sind spannende Auseinandersetzungen, die den systemischen Gedanken fördern.
- Auch die Inhalte eines Elterngesprächs unterliegen der Schweigepflicht. Bei geteilter Elternarbeit und Kindertherapie (Splitting) werden keine Details an den/die KindertherapeutIn weitergegeben.

5.7.2 Tür-und-Angel-Gespräche (K 7.2)

Die Situationen beim Bringen und Abholen des Kindes werden von Eltern oft für Gespräche oder Fragen genutzt, was für das Kind oft nicht angenehm ist.

Th A versucht diese Tür-und-Angel-Gespräche zu vermeiden, weil es sehr wichtig ist, dass es wirklich nur die Stunde des Kindes ist und weist auf die Möglichkeit eines Elterngesprächs hin.

Th B möchte in Tür-und-Angel-Situationen nur terminliche Dinge besprechen. „*Das stelle ich mir immer schnell ab.*“ (Th B: Z 268 – 271) In der Gegenwart des Kindes wird nicht über das Kind gesprochen, außerdem besteht da ein zu großer Druck. Die Eltern sollen sich die Angelegenheit bis zum nächsten Elterngespräch merken.

Th C hält nichts von Gesprächen zwischen Tür und Angel. Wenn die Eltern das Bedürfnis haben mit Th C zu sprechen, wird ein eigener Termin dafür vereinbart.

Th D lässt nicht mehr als einen Satz der Eltern zu, wenn es um den nächsten Termin geht. Über das Kind soll nicht in seiner Anwesenheit gesprochen werden. Bei dringenden Angelegenheiten können die Eltern auch einen Telefontermin vereinbaren.

Th P bezeichnet die Tür-und-Angel-Gespräche als eine Schwierigkeit, die bei ihm allerdings fast nicht vorkommt. Wenn die Mutter nicht davon ab zu halten ist ihre Erzählung zu beenden, würde sich Th P das kurz anhören, aber nicht kommentieren und auf die Möglichkeit eines Telefonats hinweisen.

Fazit: Kategorie 7.2 ,Tür-und-Angel-Gespräche‘

- Fast alle TherapeutInnen versuchen die Tür-und-Angel-Gespräche zu vermeiden so gut es geht. Es werden nur terminliche Dinge besprochen, alles andere auf ein Elterngespräch oder ein Telefonat verschoben.
- Tür-und-Angel-Gespräche werden vermieden, weil die Spieltherapiestunde wirklich nur für das Kind da sein sollte. In Gegenwart des Kindes wird nicht über das Kind gesprochen.
- Diese Frage entstand nach dem Probeinterview und wurde daraufhin in den Leitfaden aufgenommen.

5.7.3 Widerstand der Eltern (K 7.3)

Nicht alle Eltern kommen gerne zu Elterngesprächen, nicht alle sind vom Sinn der Spieltherapie überzeugt. Wenn die Eltern gegen die Therapie sind, ist ein Abbruch wahrscheinlich. Wie gehen die TherapeutInnen mit Widerstand oder wenig Einsicht in die eigene Beteiligung um?

Th A erlebt wenig Widerstand gegen die Elterngespräche, weil das eine Grundbedingung für die Therapie ist. Es braucht Klarheit von Beginn an über die Elterngespräche, dann kommt auch später kein Widerstand. Wenn die Elterngespräche nicht von Anfang an vereinbart sind, und erst im Laufe der Spieltherapie eingefordert werden, empfinden das die Eltern als Schuldzuweisung und weigern sich vielleicht zu kommen. Wenn Eltern wenig Einsicht in die eigene Beteiligung am Problem haben, arbeitet Th A mit ihnen höherfrequent, aber ohne zu offensiv zu sein, weil sonst die Therapie von den Eltern abgebrochen wird...*„Aber das akzeptiere ich halt auch, wenn da ein Widerstand ist.“* (Th A: Z 447 – 451) Prinzipiell sind die zahlenden Eltern in der freien Praxis ganz froh, dass sie Informationen bekommen. Schwierig wird es, wenn die Eltern eifersüchtig werden, oder wenn sie

merken, dass das Problem des Kindes doch mehr mit ihnen zu tun hat, als sie geglaubt haben.

T B berichtet, dass zahlende Eltern in der Privatpraxis eher zu Elterngesprächen bereit sind, als Eltern, deren Kinder in einer Institution behandelt werden. Zahlende Eltern wollen wissen, was sie für ihr Geld bekommen. In einer Institution haben die Eltern manchmal überhaupt kein Interesse an der Therapie. *„Sondern ich gebe mein Kind dort quasi ab und die kümmern sich schon, dass es wieder funktioniert und ich will mich völlig zurückziehen und keinerlei Verantwortung für irgendetwas übernehmen.“* (Th B: Z 247 – 250) Bei derartigem Widerstand der Eltern gegen die Elterngespräche versucht Th B dies zu akzeptieren und am Kind an zu setzen. Durch die Veränderung am Kind, wird sich auch etwas im Umfeld verändern. Therapeutische Arbeit ganz ohne Eltern ist auch erfolgreich, so dass es dem Kind einfach besser geht.

Th D erkennt an häufigen Absagen einen Widerstand der Eltern gegen die Therapie, der auch in einem Abbruch der Therapie enden kann. Sehr oft kann Th D den Abbruch jedoch auffangen und in einen sanften Ausstieg umwandeln, indem mit den Eltern gesprochen wird. Wenn der Widerstand besprochen wird, sollte das ohne Bewertung geschehen. Oft ist dann wieder eine Annäherung möglich. Der Widerstand der Eltern sollte mit dem Kind insofern besprochen werden, als dass es zur Zeit nicht leicht ist für das Kind in Therapie zu kommen. In keinem Fall darf die Position der Eltern kritisiert werden, um nicht einen Keil zwischen Kind und Eltern zu treiben. Eltern sind nicht kooperativ, wenn sie die Therapeutenperson als Konkurrenz, oder als jemanden erleben, der sie bewertet, oder über sie hinweg Entscheidungen trifft. Wenn dies in der ersten Phase gut funktioniert hat, ist die weitere Therapie meist auch kein Problem. Wenn in der ersten Phase eine Einigung über Therapieziel und Auftrag gelingt, kann späterer Widerstand ausgeschlossen werden. Der Arbeitsauftrag wird im Laufe der Therapie immer wieder geklärt, im Sinne von ‚Woran arbeiten wir gerade?‘, was auch Widerstand vorweg nimmt. Es muss Kind und Eltern immer klar sein, dass dies ein Weg ist, um dem Kind aus den Schwierigkeiten zu helfen. Bei Kindern deren Selbstbewusstsein gestärkt werden soll, weist Th D am Beginn der Therapie darauf hin, dass das Kind dann zu Hause schwieriger werden könnte, um späteren Widerstand der Eltern vorweg zu nehmen. Ebenso hilft es zu Beginn die Eltern auf zu klären, dass sich Symptome im Laufe der Therapie auch verschlechtern können und dass eine Besserung Zeit braucht. Mit Widerstand ist eher bei zugewiesenen Familien (von der Schule, der Kinder- und Jugendanwaltschaft, oder vom Jugendamt) zu rechnen.

Th E erlebt Widerstand der Eltern nur in Einzelfällen, *„wo sie wirklich nicht zum herbringen sind.“* (Th E: Z 222 – 224)

Th P meint, dass Widerstand aus einer Eifersucht der Mutter entstehen kann, wenn das Kind sich in der Therapie sehr wohl fühlt, aber zu Hause gibt es immer Schwierigkeiten, oder wenn die Therapie nicht rasch genug wirkt. Wenn die Eltern von der Schule geschickt werden, und sie nicht überzeugt sind, dass das Kind etwas braucht, kommt sehr leicht Widerstand zu stande, weil sie es im Grunde nicht einsehen. So besonders in einer Institution, wo die Eltern zu Gesprächen verpflichtet sind, und oft großen Widerstand leisten. Aber auch ein rasches Abklingen der Symptomatik kann einen Widerstand gegen das Fortsetzen der Therapie bewirken. *„Da muss man dann tatsächlich eine gute Beziehung zu den Eltern haben, um sie überzeugen zu können, dass es Sinn macht.“* (Th P: Z 360 – 369)

Fazit: Kategorie 7.3 ,Widerstand der Eltern‘

In welchen Fällen erleben die TherapeutInnen Widerstand der Eltern?

- Drei TherapeutInnen (Th A, Th B, Th E) erleben wenig Widerstand in der freien Praxis.
- Generell ist bei zahlenden Eltern in der freien Praxis weniger mit Widerstand zu rechnen, als bei Elterngesprächen in Institutionen, oder von zugewiesenen Eltern, ohne eigene Einsicht in den Bedarf der Therapie. Sehr großer Widerstand wird bei verpflichtenden Elterngesprächen in einer Institution erlebt.
- In folgenden Fällen kann auch in der freien Praxis mit Widerstand der Eltern gerechnet werden: Wenn die Eltern eifersüchtig auf die Beziehung der Therapeutenperson zum Kind sind, wenn die Therapeutenperson als Konkurrenz erlebt wird, wenn sich die Eltern bewertet fühlen, wenn Entscheidungen über den Kopf der Eltern hinweg gefällt werden, oder sie dies empfinden, wenn die Eltern erkennen, dass die Schwierigkeiten des Kindes mit ihnen zu tun haben, wenn also die eigene Beteiligung klar wird, wenn sie keine Verantwortung übernehmen wollen und wenn sich die Symptome bessern. In diesen Situationen braucht es eine gute Beziehung zu den Eltern, um sie davon zu überzeugen, dass die Spieltherapie des Kindes fortgesetzt werden sollte.

Wie wird mit Widerstand umgegangen, wie wird ihm vorgebeugt?

- Die Elterngespräche werden von Beginn an als Bedingung für die Therapie des Kindes festgelegt. Wenn erst im Laufe der Therapie die Eltern involviert werden, kann dies als Schuldzuweisung missverstanden werden. Die Elterngespräche sind ein selbstverständlicher Teil der Therapie.

- Die Eltern werden über die Dauer der Therapie und eine mögliche Verschlechterung der Symptome aufgeklärt, um einer späteren Enttäuschung vorzubeugen. Generell helfen Information und Transparenz gegen Widerstand
- Wenn die erste Phase der Therapie positiv abgeschlossen wird und ein gemeinsames Therapieziel vereinbart wird, ist ein späterer Widerstand der Eltern unwahrscheinlich.
- Im Laufe der Therapie wird das gemeinsame Therapieziel (,Woran arbeiten wir?‘) und der Auftrag der Eltern an die Therapeutenperson immer wieder revidiert, angepasst und so die Motivation der Eltern aufgefrischt.
- Widerstand kann sich in häufigen Absagen der Therapie des Kindes oder der Elterngespräche abzeichnen. Dies wird mit Akzeptanz und ohne Bewertung besprochen. So kann in den meisten Fällen eine Annäherung erreicht und ein Abbruch der Therapie aufgefangen werden. Wenn die Eltern nicht von einem Fortsetzen der Therapie zu überzeugen sind, kann oft noch eine Einigung auf einen sanften Ausstieg (z.B. bis zu den Ferien) erfolgen.
- Bei generellem Widerstand der Eltern gegen eine Mitarbeit (was eher in Institutionen auftritt), wird dieser akzeptiert und am Kind angesetzt. Durch die Veränderung am Kind wird sich auch das Umfeld verändern. Ist das Vorgehen zu offensiv, ist die Gefahr groß, dass die Therapie von den Eltern abgebrochen wird.
- Wenn die Einsicht der Eltern in die eigene Beteiligung fehlt, wird höherfrequent, aber nicht zu offensiv mit den Eltern gearbeitet.
- Wenn die Eltern im Laufe der Therapie Widerstand dagegen entwickeln, wird mit dem Kind darüber gesprochen, dass es gerade schwierig ist zu kommen. Die Eltern werden dabei nicht kritisiert.

5.7.4 Therapieabbruch (K 7.4)

In welchen Fällen kommt es zum Therapieabbruch?

Th A achtet bei Widerstand der Eltern darauf, nicht zu offensiv zu sein, weil sonst die Therapie von den Eltern leicht abgebrochen wird. Widerstand sollte besser mit Akzeptanz begegnet werden. „Wenn, dann wird es mit den Eltern heikel.“ (Th A: Z 455 – 461) Die Eltern können jederzeit die Therapie abbrechen, denn sie haben es in der Hand. Wenn es heikel

wird, ist das mit den Eltern, nie mit den Kindern. Wenn die Zusammenarbeit nicht gut funktioniert sind sie weg, in der freien Praxis.

Th B betont auch die besondere Lage in der Privatpraxis, wo die Eltern jederzeit abbrechen können. Das Geld ist für die Eltern immer ein großes Problem und macht Th B Druck. *„Es ist wirklich so, wie wenn man ständig beweisen müsste, dass man sein Geschäft gut macht.“* (Th B: Z 464 – 465) Denn wenn, dann wird die Therapie von den Eltern abgebrochen. Eltern brechen die Therapie ab, wenn sich das Kind in eine unerwünschte Richtung verändert, oder wenn sie finden, dass die Therapie nichts bewirkt. Für das Kind ist ein Abbruch sehr, sehr schlimm, weil es eine Beziehung aufgebaut hat. Ein Therapieabbruch kann wie eine Traumatisierung sein. Manchmal kann durch ein Elterngespräch ein Umdenken erreicht werden. Ein Abbruch vom Kind kommt nur vor, wenn es nicht gelingt in den ersten 2 bis 3 Stunden einen Kontakt her zu stellen.

Th C berichtet von einem Fall, wo die Mutter des Kindes schließlich die Therapie abgebrochen hat, weil Th C sich in dem Pflegschaftsstreit nicht auf die Seite der Mutter gestellt hat.

Th D erlebt, dass vermehrter Widerstand durch plötzliche häufige Absagen erkennbar ist. Sehr oft kann Th D den Therapieabbruch jedoch auffangen, in dem mit den Eltern gesprochen wird. Oft können sich Th D und die Eltern auf einen sanften Ausstieg einigen, sodass z.B. bis zu den nächsten Ferien noch weiter gemacht wird. Wird die Therapie tatsächlich nicht fort gesetzt schreibt sie dem Kind eine Abschiedskarte, auch um ihre Türe offen zu halten. In seltenen Fällen stimmt die Chemie einfach nicht. Das entscheidet sich in den ersten ein bis zwei Stunden.

Th E meint, dass eine Kindertherapie daran scheitern kann, dass die Eltern zu wenig eingebunden wurden, und die Symptomfreiheit als das einzige Ziel betrachtet wurde. Wenn sich die Eltern zu wenig beachtet fühlen, kann eine Kindertherapie deshalb von ihnen abgebrochen werden. Th E meint, wenn die Eltern nicht wertgeschätzt werden, ist die Therapie schon zum Scheitern verurteilt, besonders bei „Unterschichtsklienten“, die da sehr sensibel sind.

Th P beendet selbst die Therapie, wenn das Kind keine Freude am Spiel zeigt, denn dann ist die therapeutische Beziehung nicht geglückt. Ein Abbruch von Seiten der Eltern ist wahrscheinlich, wenn es nicht gelingt die personenzentrierten Rahmenbedingungen her zu stellen.

Fazit: Kategorie 7.4 ‚Therapieabbruch‘

- Vom Kind wird die Therapie abgebrochen, wenn der Beziehungsaufbau zur Therapeutenperson nicht gelungen ist. Das zeigt sich in den ersten ein bis drei Stunden. Wenn das Kind in dieser Anfangsphase keine Freude am Spiel entwickelt, kommt auch von Seiten der Therapeutenperson keine Therapie zustande, weil der Kontakt nicht hergestellt werden konnte. Dies kommt nur sehr selten vor.
- In allen anderen Fällen geht der Therapieabbruch von den Eltern aus.
- In der freien Privatpraxis ist die Abhängigkeit der Therapie von den Eltern stärker als in Institutionen. Dies wurde in Kapitel 5.5 ‚Unterschiede der Elternarbeit zwischen der Therapie in einer Institution und in freier Praxis‘ ausführlich dargestellt.
- Ein Abbruch von Seiten der Eltern ist wahrscheinlich, wenn es nicht gelingt die personenzentrierten Rahmenbedingungen her zu stellen (Th P). Wenn die Eltern nicht wertgeschätzt werden, wenn sie nicht empathisch verstanden werden und wenn ihnen nicht echt begegnet wird, ist die therapeutische Beziehung zu den Eltern nicht gelungen. Davon hängt die Therapie des Kindes ab.
- Wenn als Grund für den Therapieabbruch das Gefühl der Eltern genannt wird, dass sich die Therapie in eine falsche Richtung entwickelt hat, oder dass die Therapie nichts bewirkt hat (Th B), könnte der dahinter liegende Grund sein, dass keine echte Empathie oder echte Wertschätzung von der Therapeutenperson für diese Gefühle der Eltern empfunden wurde. Auch ein zu offensives Vorgehen kann als mangelnde Empathie oder Wertschätzung der Therapeutenperson verstanden werden.
- Ein Therapieabbruch kann für das Kind eine Traumatisierung bedeuten, weil die Beziehung zur Therapeutenperson abgebrochen wird. Um die Türe zur Therapeutenperson weiterhin offen zu halten, kann eine Abschiedskarte an das Kind geschrieben werden.

5.7.5 Wechsel zwischen der Seite der Eltern und der Seite des Kindes (K 7.5)

Th A beschreibt zwei Phasen bei einem Elterngespräch. Zunächst werden die Schilderungen der Eltern, wie in einem Psychotherapiegespräch personenzentriert verstanden. Es kann dazu kommen, dass die Eltern weinen. Th A geht zum Beispiel auf den Leidensdruck ein, sodass die Eltern ruhiger werden können und sich angenommen und verstanden fühlen. Das hat zur Folge, dass sie dem Kind mit mehr Zuneigung begegnen

können. Nach dieser personenzentrierten Phase kommt jedoch noch etwas hinzu, dies unterscheidet ein Elterngespräch von einer Psychotherapie. Wenn die Emotionen der Eltern es zulassen, wenn sie nicht mehr so wütend auf das Kind sind, dann versucht Th A Verständnis für das Kind zu schaffen. In dieser Phase ist Th A strukturierter und direkter. *„Insoferne bin ich ein bißchen strukturierter, wenn sie so wollen etwas direkter. Also, weil ich ja die Therapeutin vom Kind bin, ja? Und ich das Anliegen vom Kind vertrete und daher nicht 100 %-ig nur auf der Seite der Mutter stehe, obwohl ich, so wie ich auf sie eingehe, ist es genau so. Aber ich habe einen Auftrag.“* (Th A: Z 313 – 333) Th A versucht in der zweiten Phase, als Anwältin des Kindes seine Situation, sein Anliegen, seine möglichen Gefühle und die Dynamik zu erklären und für die Eltern verständlich zu machen.

Th C spricht in der Elternarbeit vom ‚Switchen‘ zwischen der einen Seite, wo es um das Individuum geht, mit einer Biographie und Schwierigkeiten und der anderen Seite, wo es um die elterliche Verantwortung, Funktion und Rolle geht. Die Herausforderung besteht darin, nicht auf einer Seite hängen zu bleiben, sondern die Balance zu halten, zwischen den vielen Teilen.

Fazit: Kategorie 7.5

- Bei zwei TherapeutInnen gibt es zwei Phasen im Elterngespräch. Ich nenne die erste Phase elternzentriert und die zweite Phase kindzentriert.
- In der elternzentrierten Phase wird auf die Gefühle der Eltern eingegangen, wie in einem personenzentrierten Therapiegespräch. Empathie, Wertschätzung und Echtheit werden den Eltern entgegengebracht, bis die Therapeutenperson merkt, dass sich die Eltern verstanden fühlen und ruhiger werden. Oft erkennen die Eltern, dass die Schwierigkeiten des Kindes viel mit ihnen zu tun haben. Die negativen Gefühle gegenüber dem Kind oder einer Situation werden schwächer. Die Therapeutenperson verhält sich, so scheint mir als ob die Eltern die Klienten wären, was sie aber nicht sind, dies wird in der zweiten Phase deutlich.
- Die kindzentrierte Phase kann nur Erfolg haben, wenn die Eltern sich wirklich angenommen und verstanden fühlen, die Gefühle weniger heftig sind. *„Wenn ich merke, sie [die Mutter, B.H.] ist so in Rage, dann nützt das eh nichts, das ist völlig sinnlos. Dann werde ich mehr das Therapeutische noch haben ...“* (Th A: Z 313 – 333) Wenn die Eltern offen sind dafür, wird versucht den Eltern das Anliegen des Kindes und sein Erleben der Situation verständlich zu machen. Diese kindzentrierte Phase ist weniger offen, strukturierter, direkter, als die erste. Auch die bereits genannte Übersetzungsarbeit fällt in diese Phase. Das ‚störende‘ Verhalten des Kindes wird dabei den Eltern verständlich gemacht. Diese Phase unterscheidet ein Elterngespräch von einem Therapiegespräch.

- Bei den übrigen TherapeutInnen können die beiden Phasen nicht so deutlich unterschieden werden. Th P legt den Schwerpunkt eindeutig auf die elternzentrierte Phase.
- Dieser Wechsel der Seiten, das ‚Switchen‘ von der elternzentrierten zur kindzentrierten Phase wird als eine große Herausforderung erlebt. Dies scheint erklärbar, durch einen Wechsel der therapeutischen Haltung. In der elternzentrierten Phase werden die personenzentrierten Prinzipien den Eltern gegenüber gelebt, als wären diese die Klienten. In der kindzentrierten Phase jedoch nicht mehr. Nun ist das Kind der/die KlientIn und die Eltern sollen Verständnis für seine Gefühle und sein Verhalten entwickeln. Dazu benötigt es direktive, strukturgebende Elemente, wie z. B. eine Lenkung des Gesprächs. Die Therapeutenperson hält nun keine klassische personenzentrierte Beziehung zu den Eltern aufrecht. Die Kenntnisse der personenzentrierten Familientherapie und der abwechselnden Empathie könnten hierbei von Nutzen sein.
- Das Splitting, also die Aufteilung von Kindertherapie und Elterngesprächen auf zwei TherapeutInnen löst die Schwierigkeit zwei Rollen in einer Person zu verkörpern. Jedoch können dann keine verständnisbildenden Maßnahmen, und keine Übersetzungsarbeit bei den Eltern getätigt werden, weil der/die TherapeutIn der Eltern das Kind nicht kennt.

5.7.6 Andere Herausforderungen (K 7.6)

Welche anderen Herausforderungen werden in der Zusammenarbeit mit den Eltern erlebt?

Th A rät nie in eine Konkurrenzsituation zu den Eltern zu geraten, deshalb soll von Anfang an auf die Kooperation geachtet werden. Werden die Bedürfnisse der Eltern zu wenig beachtet, fühlen sich die Eltern nicht einbezogen.

Th B nennt folgende Schwierigkeiten: TherapeutIn und Kind sind abhängig vom Wohlwollen der Eltern, die Therapieziele von den Eltern und der Therapeutenperson sind oft unterschiedlich, die Eltern entscheiden, ob die Therapie erfolgreich ist, oder nicht, und können diese jederzeit beenden. Oft ist es schwer ein Verständnis bei den Eltern zu erreichen, dass das Kind so ist wie es ist und gewisse Grenzen z.B. im Lernverhalten hat, und dass die Eltern diese Grenzen und damit die Realität akzeptieren müssen. Für Th B ist es manchmal schwierig, bei ausufernden Eltern das Gespräch wieder auf das Kind zurück zu führen, damit keine Psychotherapie der Eltern daraus wird. In der Privatpraxis übt das von den Eltern zu bezahlende Geld einen Erfolgsdruck auf Th B aus. Auch die Zurückhaltung der Väter und die Neugier der Eltern werden als schwierig erlebt.

Th C beschreibt es als herausfordernd in der Privatpraxis alleine mit Familien zu arbeiten und alle Aspekte alleine erkennen zu müssen. Th C hat das Bedürfnis nach einer Elternstunde sich zu erholen und mit jemandem darüber zu sprechen, um sich wieder frei zu machen. Die Arbeit mit Familien ist wesentlich anstrengender, als mit Erwachsenen im Einzelsetting. Es braucht eine gewisse Abgrenzung, damit man nicht in das System hineingesogen wird. Man muss die Eltern an ihre elterliche Rolle erinnern, aber auch als Individuum sehen – da muss man hin und her switchen können. Bei jedem Einzelfall muss man schauen, worum es da gerade wirklich geht und wer was braucht, und ob die Therapeutenperson das erfüllen kann, und will, um nicht aus der Rolle gekippt zu werden. Es braucht ein hohes Maß an Selbstreflexivität, besonders der unangenehmen Gefühle. Wichtig ist, dass die Eltern das Gefühl haben, auch etwas zum Erfolg der Therapie bei zu tragen. Die Therapeutenperson darf sich nicht als besseren Elternteil betrachten.

Th D achtet ständig darauf bewertendes Denken oder Konkurrenzdenken zu unterlassen, und sich nicht zu früh festzulegen. Th D achtet darauf die Eltern nicht in das böse Eck zu stellen oder als Gegner zu betrachten, sondern sie als Menschen mit Problemen und einem Leidensdruck wahr zu nehmen. Die Verhaltensweisen der Eltern lassen sich unter Anbetracht ihres Leidensdrucks manchmal besser verstehen und annehmen. Die Arbeit der Therapeutenperson an sich selbst ist besonders wichtig. Th D findet es in besonders schweren Fällen schwierig, wenn die Meldepflicht gegen die Schweigepflicht spricht, also man mit dem Kind verhandeln muss, damit man den Eltern etwas erzählen darf, oder wenn Gefahr in Verzug ist. Wichtig ist, keinen Keil zwischen Eltern und Kind zu treiben. Wenn Eltern eine eigene Therapie empfohlen wird, muss das ganz vorsichtig geschehen, weil das leicht als Schuldzuweisung erlebt wird.

Th E findet es schwierig, wenn zu viele Helfer mit divergierenden Einstellungen an der Familie oder dem Kind dran sind. Th E hat in der letzten Zeit bemerkt, dass sich die Eltern zunehmend schwerer für Elterngespräche frei nehmen können. Th E meint, dass es wichtig ist den empathischen Schirm über die ganze Familie zu spannen, und die Eltern ein bisschen zu mögen, was auch schwer fallen kann. Wenn die Therapeutenperson die Empathie bei einem Elternteil nicht spüren kann, ist dies ein hilfreiches Alarmsystem. Es sind fruchtbare Überlegungen, wenn versucht wird heraus zu finden, warum diese Person nicht verstanden werden kann.

Th P achtet darauf, nicht den Besserwisser oder den besseren Elternteil zu spielen, weil die Eltern sich oft schämen, weil sie das Problem mit dem Kind nicht selbst bewältigen. Darum sollte die Therapeutenperson auch nicht demonstrieren, dass das Kind in der Therapiestunde ganz anders und viel verstehbarer ist, als zu Hause. Es ist schwierig die

Beziehung zu der Mutter zu halten, weil oft Detailfragen über die Spielstunde gestellt werden, was gegen die Schweigepflicht verstoßen würde. Oft ist es in der Praxis schwierig die therapeutischen personenzentrierten Rahmenbedingungen zum Kind und zu den Eltern aufrecht zu erhalten. Da braucht es manchmal eine Nachjustierung des Settings, wenn z. B. das Geld ein Problem ist, kann mit der Mutter vereinbart werden, dass nur alle zwei Wochen eine Stunde statt findet. Wenn die Therapeutenperson nicht darüber spricht, sondern gekränkt ist, weil die Mutter absagt, ist sie nicht empathisch der Mutter gegenüber, was zum Abbruch führen kann.

Fazit: Kategorie 7.6 ‚Andere Herausforderungen‘

- Die meisten genannten Schwierigkeiten lassen sich mit dem Erhalten der personenzentrierten Rahmenbedingungen erklären, zum Beispiel die Gefahr in eine Konkurrenzsituation zu den Eltern zu geraten und als Therapeutenperson der bessere Elternteil sein zu wollen (Th A, Th C, Th P). Wenn die elterlichen Handlungen empathisch verstanden und wertgeschätzt werden können, insbesondere in Hinblick auf ihren Leidensdruck, wird ein Konkurrenzdenken weniger wahrscheinlich. Auch die genannte Schwierigkeit, dass die Eltern schwer die Realität einer beschränkten Lernfähigkeit ihres Kindes akzeptieren können (Th B), könnte durch einen Mangel an Empathie für die Gefühle der Eltern erklärbar sein.
- Wenn die Therapeutenperson bemerkt, dass ein Elternteil nicht verstanden werden kann, ist dies ein hilfreiches Alarmsystem. Daraus resultieren fruchtbare Überlegungen. Die Selbstreflektivität, insbesondere eigener, unangenehmer Gefühle gegenüber den Eltern ist sehr wichtig.
- Die grundsätzliche Abhängigkeit der Therapie von den Eltern in der freien Praxis stellt eine Herausforderung dar. Die Einigung auf ein gemeinsames Therapieziel ist nicht immer einfach. Auch die Begrenzung der Elterngespräche bei sehr bedürftigen Eltern stellt eine Herausforderung dar. Es darf in keinem Fall ein Keil zwischen Eltern und Kind getrieben werden. Die Therapeutenperson muss die elterliche Rolle (und die kindlichen Bedürfnisse), aber auch die Bedürfnisse der Eltern im Blick haben.
- Die Arbeit mit einer Familie, im System wird als wesentlich anstrengender empfunden als im Einzelsetting. Es ist wichtig sich vom System genügend abzugrenzen. Das Bedürfnis nach einem Austausch mit KollegInnen darüber ist größer als bei der Arbeit mit Erwachsenen.

- Auch das größere Umfeld und andere HelferInnen, die mit der Familie arbeiten, können mit anderen Einstellungen die Therapie erschweren.
- Bei jeder Familie versucht die Therapeutenperson fest zu stellen, worum es wirklich geht und wer was braucht, und ob sie das erfüllen kann und will.

5.8 Was braucht eine erfolgreiche personenzentrierte, therapeutische Arbeit mit Kindern und deren Eltern? (K 8)

Th A meint, dass SpieltherapeutInnen, wenn sie erfolgreich mit den Eltern arbeiten wollen, sich darauf vorbereiten müssen, sich vernetzen müssen und sich über die eigene Haltung den Eltern gegenüber klar werden müssen. Th A erzählt, dass er/sie ohne Weiterbildung zur Kinder- und JugendlichentherapeutIn angefangen hat mit Kindern zu arbeiten, weil es zu der Zeit noch keine Weiterbildung gab. Die Abbruchquote bei den Kindern war um einiges höher als bei den Erwachsenen. *„Und das wundert mich heute überhaupt nicht, weil ich von manchem keine Ahnung hatte, dass ich darauf überhaupt schauen muss. Heute denke ich mir, eh klar.“* (Th A: Z 658 – 665)

Th B meint, dass es für die Arbeit mit Kindern wichtig ist eine allgemeine Psychotherapieausbildung zu haben. *„Weil in der Elternarbeit muss man einfach von Psychotherapie mit Erwachsenen eine Ahnung haben.“* (Th B: Z 433 – 441) Auch für die Elternarbeit braucht es ein Verständnis von Kinderpsychotherapie, weshalb sie gegen ein Splitting von Therapie und Elternarbeit ist.

Th C hält die Kinder- und Jugendlichenweiterbildung für sehr wichtig, weil sich die ‚normalen‘ Therapeutenpersonen nicht gerüstet fühlen für die Arbeit mit Kindern und Eltern. Das Fachspezifikum alleine reicht nicht aus um mit Familien zu arbeiten.

Th D meint, dass es wichtig ist für eine gute Elternarbeit trennen zu lernen was wem gehört und die Bewertung der Eltern zu unterlassen. Das sei eine Trainingssache, denn durch die Identifizierung mit dem Kind können leicht die Eltern als Gegner betrachtet werden. Es ist wichtig viel an sich selbst zu arbeiten, um nicht in gewisse Rollen, wie die „bessere Mutter“ zu rutschen.

Th E hält Humor für eine ganz wichtige Ressource in der therapeutischen Arbeit. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen möchte Th E eine Leichtigkeit weitergeben, im Sinne einer Ressource, oder eines Bewegungsraums der möglich wird. Th E bemerkt bei der Ausbildung von SpieltherapeutInnen eine Hürde mit den Eltern zu arbeiten. Es braucht Mut mit den Eltern zu arbeiten.

Th P unterrichtet in der Kinder- und Jugendlichenweiterbildung das Thema Elternarbeit und stellt dabei verschiedene Arbeitsmodelle vor. Ihm ist es wichtig, dass die TherapeutInnen ein passendes Modell für sich wählen. Die KindertherapeutInnen sollen lernen die personenzentrierten Rahmenbedingungen her zu stellen, d.h. es zu ermöglichen, dass sie kongruent, einführend, akzeptierend und wertschätzend dem Kind und den Eltern gegenüber sein können. Es kann sein, dass es notwendig ist das Setting (auch der Elternarbeit) nach zu justieren. Außerdem braucht es Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und der interaktionellen Spieltherapie.

Fazit: Kategorie 8 ,Was braucht eine erfolgreiche personenzentrierte, therapeutische Arbeit mit Kindern und deren Eltern?

- An nötigem Fachwissen werden Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und der interaktionellen Spieltherapie genannt.
- Sowohl das Fachspezifikum, als auch die Kinder- und Jugendlichenweiterbildung wird als notwendig erachtet um erfolgreich mit Kindern und ihren Eltern therapeutisch arbeiten zu können.
- Zentral ist die Aufgabe der Therapeutenperson die personenzentrierten Rahmenbedingungen für das Kind und die Eltern zu erhalten. Dazu braucht es die Fähigkeit für mehrere Personen, die eventuell gerade einen Konflikt austragen, gleichzeitig oder nach einander kongruent Empathie und unbedingte Wertschätzung zu empfinden. Familiensitzungen werden als sehr anstrengend, die Arbeit mit mehreren Personen als große Herausforderung erlebt. Eine Fortbildung für Kinder- und Jugendlichen-therapeutInnen sollte diese Fähigkeiten vermitteln.
- Besonders oft wird die nötige Selbstreflexivität genannt (Th A, Th C, Th D, Th E). Diese hilft um zu erkennen wo die personenzentrierten Rahmenbedingungen nicht erhalten werden können, d.h. für welche Personen oder Handlungen keine Empathie oder Wertschätzung empfunden werden kann. (Siehe dazu auch voriges Kapitel 5.7.6. ‚Andere Herausforderungen‘.)
- Folgende Fähigkeiten werden noch genannt: Vernetzung, Humor und spezielle Vorbereitung.

5.9 Praxissituation (K 9)

Wie wird die allgemeine Praxis in Österreich eingeschätzt?

Th A meint, dass bei der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie viel herumgepfuscht wird und betont deshalb die Notwendigkeit der Weiterbildung.

Th B meint, dass es sehr viel Wildwuchs auf dem Gebiet der Spieltherapie und auch speziell bei der Elternarbeit gibt, weshalb sich Th B sehr für eine Festlegung der Kinder- und Jugendlichenweiterbildung ausspricht. „Das müsste vom Gesetz her geregelt werden.“ (Th B: Z 506 – 509)

Th P meint, dass die personenzentrierte Kindertherapie meist ähnliche Formen haben wird, sich jedoch bei der Elternarbeit insofern unterscheiden könnte, wie bewusst die Elternkontakte gestaltet werden, oder ob sie eher nebenbei abgehalten werden.

Fazit: Kategorie 9 ‚Praxislage‘

- Zwei TherapeutInnen (Th A, Th B) glauben, dass es bei der Arbeit mit Kindern, und insbesondere mit deren Eltern viele sehr zweifelhafte Vorgehensweisen gibt. Deshalb wird für eine gesetzlich vorgeschriebene Kinder- und Jugendlichenweiterbildung plädiert.
- Eine Therapeutenperson (Th P) schätzt die Arbeit mit Kindern überall ähnlich ein. Der Grad der bewussten Gestaltung der Elternarbeit könnte unterschiedlich sein.

5.10 Literaturlage (K 10)

Wie wird die personenzentrierte Literatur zum Thema Elternarbeit eingeschätzt?

Th A ist überzeugt, dass es im personenzentrierten Bereich zur Bezugspersonenarbeit zu wenig Literatur gibt. „Zu den Bezugspersonen bei der Kindertherapie? Also da gibt es zwei bis drei Absätze, also aus der personenzentrierten, klientenzentrierten Richtung.“ (Th A: Z 494 – 499)

Th B bedauert, dass sich bisher zu wenige zum Thema Elternarbeit Gedanken gemacht haben.

Th C hat selbst zum Thema Elternarbeit recherchiert und nicht viel Literatur gefunden. *„Ich habe da nur so eine Hypothese, dass die Leute, die das machen, diese anstrengende und aufwendige Arbeit, sind nicht die, die dann auch noch etwas darüber schreiben.“* (Th C: Z 664 – 666)

Th P betont, dass es zu der Elternarbeit keine klare einheitliche Theorie gibt.

Fazit: Kategorie 10 ‚Literaturlage‘

- Die personenzentrierte Literatur zum Thema Elternarbeit wird als sehr dürftig bemessen, und dieser Umstand bedauert. Es gibt keine einheitliche Theorie zu dem Gebiet.
- Th C äußert die Vermutung, dass die kindertherapeutische Arbeit zu aufwendig und anstrengend ist um nebenbei darüber wissenschaftliche Arbeiten zu verfassen.

Im nächsten Kapitel werden die Antworten miteinander und der Literatur verglichen und es wird versucht die Forschungsfrage zu beantworten.

6 Beantwortung der Forschungsfrage

In diesem Kapitel werden den neun Forschungsunterfragen die passenden Kategorien der qualitativen Inhaltsanalyse und die Erkenntnisse aus dem Theorieteil der Arbeit zugeordnet und miteinander verbunden. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden also in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Literaturrecherche gebracht. Es werden zusammenfassende Antworten gesucht.

1. Form des Einbezugs der Eltern: Wie sieht die Praxis der Elternarbeit aus? Welche Formen werden (generell und meistens) in der Praxis angewendet?

Die Form der Elternarbeit ist bei den befragten TherapeutInnen ähnlich, wobei drei TherapeutInnen durch Unterschiede in gewissen Bereichen auffallen, dazu jedoch später. Die Ähnlichkeiten bestehen in folgenden Punkten: Fünf der sechs TherapeutInnen binden die Eltern ausschließlich durch therapiebegleitende Elterngespräche ein. Somit wird die Vermutung von Ehlers (2002, S. 84) bestätigt, dass Einzelgespräche die häufigste Form des Einbezugs der Eltern darstellen. Diese Elterngespräche finden in den Räumlichkeiten der Spieltherapie statt und werden von dem/der KindertherapeutIn geführt. Ob das Kind bei den Elterngesprächen anwesend ist, wird vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig gemacht. Diese weit verbreitete Form der therapiebegleitenden Elterngespräche wird in der Fachliteratur jedoch wenig behandelt.

Nun zu der Frage, welche elternzentrierten Konzepte der Elternarbeit in der Praxis angewendet werden. Elterntrainings, Filialtherapie oder videogestützte Einzelarbeit mit Eltern wurden nicht genannt, weder als Begleitform, noch als ausschließliche Empfehlung an die Familie. Ich vermute, dass personenzentrierte Elterntrainings und Filialtherapie in Österreich noch ungenügend verbreitet sind, um für Eltern zugänglich zu sein. Beratung oder Therapie der Eltern als alleinige Maßnahme werden schon empfohlen, wobei die beiden Begriffe von den TherapeutInnen häufig synonym verwendet wurden, weshalb eine Differenzierung zwischen Therapie und Beratung der Eltern hier nicht möglich ist. Eine Therapie- oder Beratungsempfehlung an die Eltern kann schon im Erstgespräch ausgesprochen werden, oder die Notwendigkeit ergibt sich erst im Laufe der Spieltherapie des Kindes. Uneinigkeit besteht unter den TherapeutInnen, ob eine Therapieempfehlung an die Eltern im Erstgespräch sinnvoll ist, weil dies einer Vertrauensbasis und eines eigenen Stücks Arbeit bedürfe. In welchen Fällen bei den Eltern oder beim Kind angesetzt wird, wird weiter unten diskutiert.

Familienzentrierte Konzepte, in diesem Fall Familienspieltherapie, wird nur von einer Therapeutenperson (Th E), die auch eine systemische Psychotherapieausbildung absolviert hat, angeboten. Die anderen TherapeutInnen arbeiten nicht gänzlich im Familiensetting, sondern verweisen im Bedarfsfall weiter. Vereinzelte Krisengespräche mit der Familie können jedoch schon vorkommen.

Kindzentrierte Formen, bei welchen die Spieltherapie des Kindes den Schwerpunkt der Behandlung bildet, sind wie zu erwarten am häufigsten. Das bedeutet, dass bei den meisten Familien, die in die Privatpraxis der befragten TherapeutInnen kommen, auch eine Spieltherapie des Kindes empfohlen wird, und keine Familien-, Paar- oder Einzeltherapie eines Elternteils. Die übliche Form der Elternarbeit ist, wie oben erwähnt, jene der begleitenden Elterngespräche. Therapiebegleitende Elterngruppen werden nur von einer Therapeutenperson (Th E) empfohlen, weil diese im Rahmen seiner/ihrer Institution angeboten werden. Auch hier vermute ich das mangelnde Angebot an Elterngruppen als Ursache für die fehlende Nutzung. Eine eingebettete Familienspieltherapie als geplante Intervention von Beginn der Spieltherapie an, wie von Ehlers (2002) beschrieben, wird von den InterviewpartnerInnen nicht erwähnt. Familienspieltherapiestunden werden von der Mehrzahl der TherapeutInnen sehr selten angewendet, wenn das Kind dies wünscht oder Interaktionschwierigkeiten zwischen Eltern und Kind bestehen. Ein/e TherapeutIn hält nichts von gemeinsamen Spielstunden, bei Trennungsschwierigkeiten des Kindes von der Bezugsperson, darf diese mit in den Therapieraum kommen, aber nicht mitspielen. Diese Einstellung wird auch von Landreth (2002, S. 310) geteilt. Die Anwesenheit der Eltern erschwere die therapeutische Beziehung zum Kind, so sein Argument. Th E wendet gemeinsame Spielstunden häufig an, weil im spielerischen Umgang der Familie miteinander die Übersetzungsarbeit leichter fällt, Bedürfnisse können so leichter ausgedrückt und mitgeteilt werden.

Drei TherapeutInnen fallen in bestimmten Punkten durch Unterschiede auf:

Gänzlich nondirektive Elterngespräche werden nur von Th P beschrieben. Das Gespräch wird nicht gelenkt, Th P folgt den Emotionen der Mutter oder des Vaters. Die in Kategorie 7.5 beschriebene kindzentrierte Phase, bei welcher das Verhalten des Kindes für die Eltern übersetzt wird um Verständnis dafür zu vermitteln, wurde von Th P nicht beschrieben. Die Elterngespräche von Th P unterscheiden sich eigentlich nur durch die geringe Frequenz von Therapiegesprächen.

Die Familie wird wesentlich intensiver von Th E eingebunden, als bei den übrigen TherapeutInnen. Es können auch familienspieltherapeutische Stunden statt finden. Th E

empfiehlt den Eltern vergleichsweise oft alternative Angebote (z.B. eine Elterngruppe). Die klassische Begleitform im 5-Stunden-Rhythmus kommt bei Th E nicht vor. Th E hat auch eine systemische Ausbildung absolviert und ist vertraut mit der Familienspieltherapie nach Franz Kemper, welche in Kapitel 3.7.2 ‚Familienspieltherapie‘ dargestellt wurde.

Splitting, also die Aufteilung der Spieltherapie und der Elternarbeit auf zwei TherapeutInnen, wird nur von Th D regelmäßig (in der Hälfte der Fälle) angewendet. Auch Riedel (1997, S. 170) erwähnt diese Arbeitsform bei der Therapie von sexuell misshandelten Kindern, jedoch ohne diese weiter zu erklären oder zu begründen. Ebenso betont Landreth (2002) die Vorzüge des Splittings: „An ideal procedure would be for another therapist to interview and counsel with the parent(s), thereby removing the play therapist from the potential bind of having to disregard background information in order to remain perceptually open to the child.“ (Landreth 2002, S. 153) Die Vor- und Nachteile, sowie die Indikation des Splittings wurden im Fazit der Kategorie 3.1 ‚Splitting‘ dargestellt und werden an dieser Stelle nicht wiederholt.

In diesem Abschnitt wurde ein allgemeines Bild der personenzentrierten begleitenden Elterngespräche dargestellt, sowie die auffallenden Unterschiede herausgestrichen. Die Details werden in den folgenden Punkten erläutert.

2. Stellenwert und Begründungen: Ist Elternarbeit generell wichtig für den Erfolg der Spieltherapie? Wenn ja, warum (theoretische Begründung)? Wonach richtet sich die konkrete Wahl des Settings (praktische Begründung)?

Die InterviewpartnerInnen und die Ergebnisse der Literaturrecherche stimmen darin überein, dass die Elternarbeit wichtig für den Therapieerfolg des Kindes ist. Die Literaturrecherche ergab wenig Hinweise zu Begründungen der Elternarbeit, abgesehen von der Grundannahme der personenzentrierten Störungslehre, die besagt, dass die bedingungslose Zuneigung der Eltern für die psychische Gesundheit des Kindes wichtig ist.

Die Begründungen der TherapeutInnen unterscheiden sich stark. Es wird einerseits argumentiert, dass in der freien Praxis gelingende Elterngespräche notwendig sind um den zahlenden Eltern den Sinn der Therapie zu belegen und damit einen Abbruch zu verhindern. Andererseits wird begründet, dass das Wohlbefinden des Kindes vom Wohlbefinden der Eltern abhängt. Das Kind benötige die elterliche Empathie mehr als die therapeutische, weshalb das Ziel der Elternarbeit ein empathisches Verstehen ihres Kindes darstellt. Darüber hinaus wird begründet, dass die Therapie des Kindes einfacher wird, wenn sich die Eltern auch mitverändern und sich damit die Bedingungen im Elternhaus

verbessern. Eine Spieltherapie mit begleitender Elternarbeit kann das Kind zweifach unterstützen. Einerseits durch die therapeutische Beziehung, die Wachstums- und Reifungsprozesse ermöglicht und andererseits kann die Elternarbeit die Eltern-Kind-Beziehung positiv beeinflussen und für Eltern und Kind erfüllender machen. Die Veränderungen bei Eltern und Kind können sich gegenseitig erleichtern und beschleunigen.

Ob eine Spieltherapie auch ohne Elternarbeit Erfolg hat wird unterschiedlich beurteilt. Zwei TherapeutInnen machen keine Therapie ohne Einbezug der Eltern (Th A, Th C). Hier wird die Mitarbeit der Eltern als Grundbedingung angesehen. Therapie auch ohne Eltern wird von Th E, Th P und Th B praktiziert. Diese können sich vorstellen auch nur am Kind anzusetzen, wenn der Widerstand der Eltern zu groß ist. Die positiven Veränderungen des Kindes gehen auch auf die Eltern über, ohne direkt mit diesen zu arbeiten, so auch Axline (2002, S. 67ff., Orig. 1947).

Eine Spieltherapie kann also auch ohne Elternarbeit Erfolg haben. Werden die Spieltherapiestunden jedoch von Elternarbeit begleitet, sind die Veränderungsmöglichkeiten größer; sie können sich gegenseitig beschleunigen.

3. Ziele: In welche Richtung wird mit den Eltern gearbeitet? Wie sieht gelungene Elternarbeit aus?

Ergebnis der Beschäftigung mit der personenzentrierten Literatur war, dass das Ziel der Elternarbeit darin liegt den Eltern eine personenzentrierte Beziehung anzubieten, damit diese durch die selbst erfahrene Empathie, Wertschätzung und Kongruenz diese Prinzipien auch in ihrer Beziehung zum Kind stärker anwenden können. „Nach der personenzentrierten Theorie muß daher in der begleitenden Elternarbeit die Heilung der Eltern-Kind-Beziehung der Schwerpunkt sein.“ (Ehlers 2002², S. 79)

Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Analyse der Interviews. Laut diesen, ist das Kernthema der Elternarbeit die Aufrechterhaltung und die Vermittlung der personenzentrierten Rahmenbedingungen an die Eltern. Sie sollen diese erfahren und erlernen diese Haltung für ihr Kind zu übernehmen.

4. Themen und Inhalte: Gibt es wiederkehrende Inhalte?

Die Inhalte der Elterngespräche werden bei Cates et al. (2006) unter folgenden Überschriften genannt: „Intake session: cultural considerations, establishing rapport, gathering data, explaining the process, communicating about play therapy, explaining the child's privacy, ethical and legal issues, playroom tour, setting a consultation structure. Ongoing parent consultation: treatment goals, education, advocacy, termination.“

Die Themen der Elterngespräche sind laut interviewten TherapeutInnen vielfältig, die Schwerpunkte liegen auf den Botschaften des Kindes an die Eltern, die die Therapeutenperson übermittelt und auf den Problemen der Eltern. Die nötige Transparenz gegenüber den Eltern und dem Kind wird häufig betont. Deshalb nehmen Erklärungen und Informationen besonders am Anfang der Therapie einen großen Platz innerhalb der Elterngespräche ein. Die Schweigepflicht gegenüber dem Kind schränkt diese natürlich ein. Inwieweit das Gespräch von der Therapeutenperson inhaltlich gelenkt wird, wird im nächsten Punkt diskutiert.

5. Grundhaltung des/der Therapeuten/In: Ob und in welcher Form kommen in der Elternarbeit die therapeutische Grundhaltung der drei Rogersvariablen (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz) und die Nondirektivität zum Tragen? Ist die Haltung der Therapeutenperson in der Elternarbeit jener in einem Therapiegespräch ähnlich?

Die Elterngespräche werden laut InterviewpartnerInnen grundsätzlich nach personenzentrierten Prinzipien geführt. Auch Ehlers (2002, S. 73) vertritt diese Ansicht, „daß auch die Elternarbeit die Grundmerkmale einer personenzentrierten Beziehung widerspiegeln soll.“ Die Analyse der Interviews ergab, dass jedoch auch direktive, strukturgebende Elemente von der Therapeutenperson eingebracht werden. Nur eine Therapeutenperson (Th P) führt gänzlich nondirektive Elterngespräche, die inhaltlich nur vom Elternteil gelenkt werden. Die anderen TherapeutInnen lenken das Gespräch auf das Thema des Kindes zurück, stellen Fragen, geben Ratschläge oder sagen offen ihre Meinung, weil sonst der Rahmen eines Elterngesprächs überstrapaziert werden würde. Dies eröffnet die Frage, in wie weit solche direktive Elemente mit der personenzentrierten Haltung vereinbar sind. Auch Iseli (2006, S. 123) konfrontiert die Bezugspersonen mit ihren Verhaltensweisen, die das Kind schädigen, meint aber trotzdem die personenzentrierte Grundhaltung in den Elterngesprächen zu leben. Dass Belehrungen der Eltern wiederum wenig sinnvoll sind, schreibt Ehlers (2002², S. 79). Die Schwierigkeit besteht vermutlich darin, dem Kind und den Eltern gleichzeitig Empathie entgegen zu bringen.

6. Häufigkeit und Intensität: Wie häufig und wie intensiv sind die Elternkontakte?

Das Literaturstudium ergab, dass im Regelfall, bei wöchentlicher Spieltherapie, ein personenzentriertes Elterngespräch im Monat statt findet (Behr 2007). Die interviewten TherapeutInnen konnten in zwei Gruppen geteilt werden: Drei TherapeutInnen sprechen alle 2-3 Monate mit den Eltern, zwei TherapeutInnen wenden einen 5-Stunden-Rhythmus an. Th E bildet eine Ausnahme, durch einen wesentlich häufigeren und auch spielerischen Einbezug der Eltern. Interessant ist die Vermutung von Th E, dass der 5-Stunden-Rhythmus überholt, nicht mehr üblich und zu selten sei.

Gemeinsam haben alle TherapeutInnen, dass es keine starren Regelungen gibt, sondern dass nach Bedürfnis der Eltern, des Kindes und der Therapeutenperson gehandelt wird. Es können Krisensitzungen, oder längere Pausen vorkommen. Betont wird, dass die Quantität nicht die Qualität ausmacht. Es muss genau überlegt werden, wer wieviel wovon braucht, und ob die Therapeutenperson dies abdecken kann und will.

7. Indikation: Gibt es Diagnosen bei welchen die Arbeit mit den Eltern besonders wichtig ist? Ist Elternarbeit auch manchmal kontraindiziert?

Zur Indikation der Elternarbeit konnte in der Fachliteratur wenig Information gefunden werden. Die Analyse der Interviews brachte folgende Ergebnisse: Eine intensive Elternarbeit wird bei jüngeren Kindern, bei großer Ablehnung der Eltern gegenüber dem Kind, bei schweren Störungen des Kindes, bei psychosomatischen, aggressiven und externalisierenden Störungen des Kindes als besonders wichtig erachtet. Wenn es sich nur um leichte Störungen handelt, das Kind ein gut entwickeltes Selbst hat und nur durch äußere Irritationen verunsichert wurde, wenn die Eltern selbst in Therapie sind oder bei manchen älteren Kindern wird die Elternarbeit als weniger wichtig eingeschätzt.

8. Schwierigkeiten: Welche Probleme gibt es in der Praxis bei der Arbeit mit Familien? Was ist hilfreich für die Therapeutenperson, um konstruktiv mit den Eltern arbeiten zu können?

In der Literatur wurde der Widerstand der Eltern gegen ihren Einbezug in die Spieltherapie mit einer Vielzahl möglicher Ängste erklärt. Das empathische Verstehen dieser Ängste und das sensible Eingehen darauf kann helfen eine vertrauensvolle Beziehung zwischen TherapeutIn und Eltern herzustellen. Der Widerstand wird als natürlicher Teil des Prozesses der Elternarbeit verstanden, der aus dieser komplexen Situation erwächst. Betont wird außerdem, dass hier ein Beziehungsdreieck zwischen TherapeutIn, Kind und Eltern entsteht, welches durch unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen der InteraktionspartnerInnen geprägt wird (Fröhlich-Gildhoff 2003, S. 308f.).

Weil auf beiden Seiten unter Umständen heftige Gefühle ausgelöst werden können, wird das Zusammenspiel der elterlichen und der therapeutischen Einstellungen und Verhaltensweisen zu einer Herausforderung. Die Therapeutenperson kann Unsicherheiten oder Ängste in Bezug auf die Elterngespräche erleben, oder als Kind erlebte Konflikte mit den eigenen Eltern können wieder belebt werden. Deshalb ist es Aufgabe der TherapeutInnen „diese wechselseitigen, ängstigenden und trennenden Gefühle in der Beziehung zu den jeweiligen Eltern wahrzunehmen und zu bearbeiten.“ (Ehlers 2002, S. 77)

Diese herausfordernden Gefühle, die die Elternarbeit bei den TherapeutInnen hervorrufen können wurden auch von Th C angesprochen. Es wird die große Notwendigkeit der Selbstreflektivität und das Bedürfnis genannt, sich nach einem Elterngespräch mit einem/r Kollegen/in auszutauschen.

Die Inhaltsanalyse der Interviews ergab außerdem, dass die Elternarbeit an sich als eine große Herausforderung erlebt wird. Konkret werden die Schweigepflicht gegenüber dem Kind, und die Abhängigkeit von den Eltern in der freien Praxis als schwierig beschrieben. Die TherapeutInnen fühlen sich zum Teil sehr von den Eltern unter Druck gesetzt, dass die Therapie schnell Erfolge zeigen muss. Damit hängt zusammen, dass die Therapie jederzeit von den Eltern abgebrochen werden kann. Dies ist wahrscheinlich, wenn es nicht gelingt die personenzentrierten Rahmenbedingungen für die Eltern her zu stellen und zu erhalten. Ein Therapieabbruch geht laut TherapeutInnen immer von den Eltern aus, was für das Kind sehr schmerzhaft sein kann.

Der Widerstand der Eltern gegen die Elterngespräche wird weniger problematisch erlebt, weil diesem gut im Erstgespräch vorgebeugt werden kann. Elterngespräche werden von Beginn an als Grundbedingung festgelegt. Wenn die Eltern die Auftraggeber der Spieltherapie sind, was in der freien Praxis der Fall ist, haben diese meist großes Interesse an der Therapie und wünschen einbezogen zu werden. Mit Widerständen gegen die Therapie oder gegen die Elterngespräche ist eher dann zu rechnen, wenn nicht die Eltern, sondern Vertreter von Institutionen die Therapie vorschlagen oder wünschen. Das bedeutet für die freie Praxis, zugewiesene Eltern ohne Einsicht in den Behandlungsbedarf des Kindes sind oft nicht bereit zu Gesprächen zu kommen. In solchen Fällen wird der Widerstand akzeptiert und am Kind angesetzt.

Generell berichten die TherapeutInnen, dass die Arbeitsbedingungen in der ersten Phase geklärt werden müssen. Es liegt an der Therapeutenperson diese mit Klarheit und Selbstverständlichkeit einzuführen und zu erhalten. Ebenso liegt es an den TherapeutInnen die personenzentrierten Bedingungen zu erfüllen.

Eine weitere Herausforderung wird von zwei TherapeutInnen beschrieben: Der Wechsel zwischen der Seite der Eltern und der Seite des Kindes. Meist geht die Therapeutenperson zunächst ganz nach personenzentrierten Grundsätzen auf die Emotionen des Elternteils ein. Wenn dadurch die Mutter oder der Vater ruhiger werden können und das eigene Erleben besser verstehen, dann versucht die Therapeutenperson auch die Gefühle und das Erleben des Kindes verstehbar zu machen. In dieser strukturierten, direktiven Phase findet die Übersetzungsarbeit ihren Platz.

Zusammengefasst besteht die Schwierigkeit der Elterngespräche vermutlich darin, sowohl den Eltern, als auch dem Kind Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz entgegenzubringen. Das Konzept der klientenzentrierten Familientherapie von Gaylin (2002) erklärt wie diese Grundbedingungen gleichzeitig zu allen Familienmitgliedern erhalten werden können.

9. Ausbildung: In wie weit ist die Elternarbeit Thema in der Weiterbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Was braucht eine Therapeutenperson für eine gelingende Elternarbeit?

Es werden derzeit in Österreich drei Weiterbildungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angeboten. Im Curriculum von Forum/APG und VRP wird ein Seminar mit dem Thema ‚Elternarbeit, Umfeld-/ Systemarbeit‘ im Umfang von 8 Stunden angeboten. Insgesamt umfasst der Theorieteil dieses Curriculums mindestens 215 Stunden. Bei dem Lehrplan des IPS ist die ‚systemische Eltern-, Familien- und Umfeldarbeit‘ einer von sechs Punkten in einem 20 Stunden Theorieblock, d.h. vermutlich werden etwas über drei Stunden dem Thema gewidmet. Es müssen insgesamt mindestens 100 Stunden Theorie absolviert werden. Im Curriculum des ÖGWG sind die Stundenangaben leider wenig aufschlussreich. ‚Eltern- und Umfeldarbeit‘ stellt einen von 13 Punkten in einem 200h Theorieblock dar. Das wären ca. 15h für dieses Thema, das an zweiter Stelle aufgezählt wird. In allen drei Lehrplänen ist eine Supervision der Kinder- und Jugendlichentherapie vorgesehen, in der auch die Elternarbeit Thema sein kann.

Die InterviewpartnerInnen gaben an, dass sowohl das Fachspezifikum (speziell für die Elternarbeit), als auch die Weiterbildung für Kinder und Jugendliche wichtig für eine erfolgreiche Arbeit mit Kindern und ihren Eltern ist. Es ist wesentlich, die Fähigkeiten zu erlernen mehrere Personen (Eltern und Kind), die möglicherweise im Konflikt stehen, unmittelbar nacheinander empathisch zu verstehen, so wie ihnen wertschätzend und kongruent zu begegnen. Diesen personenzentrierten Rahmen auch in emotional aufgeladenen Familiensitzungen zu halten, wird als sehr herausfordernd beschrieben. Die personenzentrierte Literatur zum Thema der Elternarbeit wird als wenig umfangreich bezeichnet; das Fehlen einer einheitlichen Theorie dazu festgestellt.

In diesem Kapitel wurde die Forschungsfrage beantwortet, also die Praxis der österreichischen, personenzentrierten Elternarbeit detailliert beschrieben und die Begründungen für ihre Notwendigkeit aus Literatur und Praxis zusammengetragen. Es ergaben sich noch weitere, spannende Fragestellungen, die im folgenden Kapitel angeschnitten werden.

7 Weitere Erkenntnisse und pädagogische Relevanz

In diesem letzten Kapitel werden Anregungen für weitere Forschungsvorhaben vorgestellt und die pädagogische Relevanz der Erkenntnisse dieser Arbeit kurz umrissen. Die Empfehlungen für weitere Forschung sind aus den induktiv definierten Kategorien erwachsen, also aus jenen Kategorien, die nur aufgrund der Interviewdaten entstanden sind. Diese unerwarteten Inhalte sind besonders interessant, weil in der Literatur dazu wenig gefunden werden konnte, und weitere Forschung in diesen Fragen deshalb wünschenswert wäre.

Eine zentrale Frage des Themas der therapiebegleitenden Elterngespräche scheint jene, ob diese eher Therapie- oder Beratungscharakter aufweisen. In der Literatur werden folgende Stellungen dazu bezogen:

Die Probleme der Eltern und deren Sicht der Dinge haben bei Goetze (2002) wenig Platz in einem Elterngespräch. Seine Form der Elterngespräche hat daher eher Beratungscharakter. „[Die Eltern, B.H.] sehen sich vielmehr veranlasst, zugleich ihre eigene Sicht, mitunter ihr Problem zur Sprache zu bringen. Wenn der Therapeut hier nicht behutsam gegensteuert, kann sich die Spieltherapie ungewollt zu einer Familientherapie ausweiten, womit die Spieltherapie ein Ende finden würde.“ (Goetze 2002, S. 161) Wenn die Elterngespräche nicht von der Therapeutenperson gelenkt werden, sieht Goetze (2002) die Spieltherapie des Kindes gefährdet.

Eine eindeutige Stellungnahme dazu ist bei Reisel & Wakolbinger (2006, S. 321) zu finden. Elterngespräche haben Beratungscharakter und keinen Therapiecharakter. Es geht darum die Beziehung und die Probleme der Eltern zum Kind zu verstehen und zu klären und nicht darum ihre eigene Entwicklung zum Gegenstand zu machen. Die Therapeutenperson hat für die Einhaltung der Grenzen des Beratungsgesprächs Sorge zu tragen.

Gegensätzlich dazu scheint mir die Auffassung Ehlers (Ehlers 2002²). Die Arbeit am Selbstkonzept der Eltern ist nötig, um ihre Empathiefähigkeit gegenüber dem Kind zu stärken. „Der erste Schritt zur Korrektur eines unstimmgigen Selbstkonzeptes der Eltern ist dann getan, wenn Eltern durch die Beziehung zur Therapeutin ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wieder näher kommen.“ (Ehlers 2002², S. 80)

Die Untersuchung der Praxis hat gezeigt, dass sowohl beraterische, als auch therapeutische Elemente in den Elterngesprächen Platz finden. Es wurden therapieähnliche Phasen der

Elterngespräche beschrieben, bei welchen sich die Therapeutenperson voll auf das Erleben und die Emotionen des Elternteils konzentriert. In den Beratungsphasen wird das Erleben des Kindes zum Thema. Die Therapeutenperson führt das Gespräch auf die kindlichen Gefühle und Verhaltensweisen zurück und versucht diese dem Elternteil verständlich zu machen. Dadurch können die Eltern ihre Empathiefähigkeit vertiefen und angemessener auf das Kind reagieren. Die interviewten TherapeutInnen sprachen von einem ‚Seitenwechsel‘: von der Seite der Eltern zu der Seite des Kindes. Das ‚Switchen‘ und das Halten einer Balance der beiden Seiten wird als große Herausforderung erlebt. Zukünftige Forschung sollte dieses Phänomen näher betrachten und Hilfestellungen für die Praxis erarbeiten.

Daran knüpft sich eine weitere Forschungsempfehlung: Das Splitting von Spieltherapie und Elternarbeit zwischen zwei TherapeutInnen wird unterschiedlich beurteilt. Wenn der/die ElterntherapeutIn das Kind nicht kennt, kann die Seite des Kindes nicht vertreten werden. Übersetzungsarbeit oder verständnisbildende Maßnahmen können nicht im selben Ausmaß statt finden, der Prozess konzentriert sich voll auf die Entwicklung der Eltern. In welchen Fällen Splitting von Vorteil ist und in welchen nicht, kann Thema weiterer Untersuchungen sein.

Die Rahmenbedingungen der Spieltherapie wirken sich stark auf die Elternarbeit aus. Die Analyse der Interviews ergab, dass Spieltherapie in Rahmen einer Institution gänzlich andere Voraussetzungen hat, als in der freien Praxis. Grund dafür ist der unterschiedliche Auftraggeber oder Initiator der Spieltherapie. In der freien Praxis haben meist die Eltern einen Veränderungswunsch und wenden sich deshalb an eine/n Spieltherapeuten/in. Das hat zur Folge, dass die Eltern großes Interesse an der Therapie des Kindes haben, was für die TherapeutInnen die Situation wesentlich komplexer macht. Die Eltern sind zu einer Zusammenarbeit meist bereit, haben es aber auch in der Hand die Therapie jederzeit abubrechen. Diese Abhängigkeit von den Eltern wird von den TherapeutInnen teils als Belastung erlebt, andererseits können die Eltern leicht in den Therapieprozess involviert werden. In einer Institution stehen oft andere Auftraggeber hinter der Spieltherapie. Die Eltern haben oft keinen Leidensdruck und keine Einsicht in die eigene Beteiligung an den Schwierigkeiten des Kindes, sind deshalb kaum zu einer Zusammenarbeit bereit.

Einige TherapeutInnen bevorzugen die spieltherapeutische Arbeit in einer Institution, obwohl hier die Eltern weniger Interesse, eher Widerstand zeigen. Begründet wird dies mit den größeren therapeutischen Möglichkeiten und den geringen Kosten für die Eltern. Die größere Unabhängigkeit von den Eltern könnte auch eine mögliche Ursache darstellen.

Das große Interesse der Eltern an der Therapie des Kindes in der freien Praxis, wird von den interviewten TherapeutInnen als Neugier oder Schmerz über die Beziehung des Kindes zur Therapeutenperson interpretiert. Das Bedürfnis der Eltern mit der Therapeutenperson in Kontakt zu treten wird eher als lästig und zu viel beurteilt (unerwünschte Tür-und-Angel-Gespräche, Grenzen ziehen ist schwierig, Neugier und Nachfragen der Eltern ist problematisch). Das Interesse der Eltern an der Therapie kann jedoch auch als Interesse am Kind interpretiert werden. Wenn es im Sinne der Therapie ist die elterliche Rolle zu stärken, können die Sorgen ums Kind, die sich in Fragen nach der Spieltherapie äußern, als wünschenswert beurteilt werden.

Die unterschiedlichen therapeutischen Rahmenbedingungen zwischen freier Praxis und institutioneller Arbeit und ihre Auswirkungen auf die Elternarbeit können in zukünftiger Forschung behandelt werden.

Wenn es ein Ziel der Elternarbeit sein soll, dass die Bezugspersonen in ihrer Beziehung zum Kind empathischer, wertschätzender und kongruenter werden und dadurch die Entwicklung des Kindes gefördert wird, können diesbezügliche Erkenntnisse und Konzepte auch in der Pädagogik relevant sein.

Literaturverzeichnis

- Abel, A. H. (1998). Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung. In W. Körner & G. Hörmann (Hrsg.), Handbuch der Erziehungsberatung. Bd 1 Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung (S. 87 – 111). Göttingen: Hogrefe.
- Axline, V. M. (2002¹⁰, Orig. 1947). Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Beelmann, A., & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (2), (S. 129 – 143). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2003). Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. In Person-centered and Experiential Psychotherapies, Vol. 2, No. 2, (S. 89 – 103).
- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Person – internationale Zeitschrift für personenzentrierte und experienzielle Psychotherapie und Beratung. 10. Jahrg., Nr.2, (S. 108 – 117).
- Behr, M. (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Spieltherapeutische Konzepte und Praxis eines personenzentriert-interaktionellen Vorgehens. In J. Kriz, & T. Slunecko (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. (S. 151 – 164). Wien: Facultas.
- Behr, M., Hölldampf, D., & Hüsson, D. (2009). Beziehung und Methode – Theorien und personenzentriert-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte. (S. 13 – 33). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003⁹). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bogner, A., & Menz, W. (2002). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. (S. 33 – 70). Opladen: Leske + Budrich.

- Bratton, S. C., Landreth, G. L. & Yung-Wei, D. L. (2010). Child Parent Relationship Therapy: A Review of Controlled-Outcome Research. In J. N. Baggerly, D. C. Ray & S. C. Bratton (Hrsg.), *Child-Centered Play Therapy Research. The Evidence Base for Effective Practice*. (S. 267 – 294). Hoboken: Wiley & Sons.
- Breuer, K. (2005). Thomas Gordon's Family Effectiveness Training. In S. Tschöpe-Scheffler (Hrsg.), *Konzepte der Elternbildung – kritische Übersicht*. (S. 25 – 40). Opladen: Budrich.
- Cates, J. et al. (2006). Effective Parent Consultation in Play Therapy. In *International Journal of Play Therapy*. Vol.15, No.1, (S. 87 – 100).
- Cornelius-White, J. H. D., & Motschnig-Pitrik, R. (2010). Effectiveness beyond Psychotherapy. The Person-Centered and Experiential Paradigm in Education, Parenting, and Management. In M. Cooper, J. C. Watson, & D. Hölldampf (Hrsg.), *Person-Centered and Experiential Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, Psychotherapy, and related Practices*. (S. 45 - 64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Ehlers, B. (2002). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 2. (S. 73 – 92). Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 3. (S. 293-326). Göttingen: Hogrefe.
- Gaylin, N. L. (2002). Der Personenzentrierte Ansatz in der Familientherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 319-333). Wien: Springer Verlag.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, H. (2009). Filialtherapie – Konzept, Praxis und Wirksamkeit. In M. Behr, D. Hölldampf, & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 78 – 98). Göttingen: Hogrefe.
- Grützner, W., Kulisch, E., & Langenmayr, A. (2002). Gruppenpsychotherapie bei Kindern aus Scheidungsfamilien. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 2. (S. 211 – 238). Göttingen: Hogrefe.

- Guerney, L. F. (1983). Client-Centered (Nondirective) Play Therapy. In C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Hrsg.), *Handbook of Play Therapy*. (S. 21 – 64). New York: Wiley & Sons.
- Haslam, D., R., & Harris, S. (2011). Integrating Play and Family Therapy Methods: A Survey of Play therapists' Attitudes in the Field. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, Vol. 20, No.2, (S. 51 – 65).
- Hill, A. (2006). Play therapy with sexually abused children: Including parents in the therapeutic play. *Child and Family Social Work*. Vol.11, No.4, Blackwell Publishing Ltd. (S. 316 – 324).
- Hölldampf, D., & Behr, M. (2009). Wirksamkeit personenzentrierter Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 319 – 339). Göttingen: Hogrefe.
- Hölldampf, D., Behr, M., & Crawford, I. (2010). Effectiveness of Person-Centered and Experiential Psychotherapies with Children and Young People. A Review of Outcome Studies. In M. Cooper, J. C. Watson, & D. Hölldampf (Hrsg.), *Person-Centered and Experiential Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, Psychotherapy and Related Practices*. (S. 16 – 44). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Hollrith, D. (2003). „Am liebsten würde ich alles wieder gut machen“: Personenzentrierte Spieltherapie mit einem fünfjährigen Mädchen mit Anpassungsstörung nach Trennung der Eltern. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 3. (S. 7 – 40). Göttingen: Hogrefe.
- Iseli, C. (2006). Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In *Person*, Heft Nr. 2, (S. 118 – 130).
- Jellouschek, H. (1982). Familientherapie – und die Folgen. *Familiendynamik*. Heft Nr. 2, (S. 159 – 170).
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 2. (S. 257 – 285). Göttingen: Hogrefe.
- Kaatz, S. (1998). Personenzentrierte Kinderspieltherapie, In W. Körner, & G. Hörmann (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*. Bd.1. (S. 357 – 377). Göttingen: Hogrefe.
- Keil, W. W., & Stumm, G. (Hrsg.) (2002a). *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer Verlag.

- Keil, W. W., & Stumm, G. (2002b). Spezielle Dimensionen und Settings: Einleitung. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 287 - 294). Wien: Springer Verlag.
- Kemper, F. (1997). Personenzentrierte Familienspieltherapie – Am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 2. (S. 71-134). Göttingen: Hogrefe..
- Kemper, F. (1999). Personenzentrierte Familienspieltherapie. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*. GWG-Verlag. 30. Jhg. Nr. 3, (S. 189 – 191).
- Klessmann, E. (1982). Möglichkeiten und Probleme der Integration einzel- und familientherapeutischer Ansätze: ein Erfahrungsbericht. *Familiendynamik*. Heft Nr. 2, (S. 139 – 149).
- Körner, W., & Sitzler, F. (1998). Elterliche Gewalt gegen Kinder. In W. Körner, & G. Hörmann (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*. Bd. 1. (S. 281 – 310). Göttingen: Hogrefe.
- Kottmann, T. & Ashby, J. (1999). Using Adlerian Personality Priorities to Costum-design Consultation with Parents of Play Therapy Clients. *International Journal of Play Therapy*. Vol.8, No.2, (S. 77 – 92).
- Kühn, T., & Petcov, R. (2005). STEP – Das Elterntraining: Erziehungskompetenz stärken – Verantwortungsbereitschaft fördern. In S. Tschöpe-Scheffler (Hrsg.), *Konzepte der Elternbildung – kritische Übersicht*. (S. 67 – 84). Opladen: Budrich.
- Landreth, G. L. (2002²). *Play therapy: the art of the relationship*. New York: Routledge.
- Lezius-Paulus, R. (1998). Der personenzentrierte Ansatz in der Erziehungsberatung. In W. Körner, & G. Hörmann (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*. Bd.1. (S. 379 – 394). Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1997). Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. In *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 46.Jahrg., (S. 371 – 392).
- Mayring, P. (2010¹¹). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McMahon, L. (2009²). *The Handbook of Play Therapy and Therapeutic Play*. London, New York: Routledge.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2002). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.) *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71 – 93). Opladen: Leske + Budrich.

- O'Leary, C. (2004²). *Counseling Couples and Families. A Person-Centered Approach*. London: Sage.
- Pelinka, B. (2000). Klientenzentrierte Kindertherapie – Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von C. Rogers. In: *Person* 1/2000, 4.Jg., (S. 43 – 51).
- Pfadenhauer, M. (2002). Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.) *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 113 – 130). Opladen: Leske + Budrich.
- Phillips, R. D., & Landreth, G. L. (1995). Play therapists on play therapy I.: A report of methods, demographics and professional practices. *International Journal of Play Therapy*. Vol.4, No.1, (S. 7 – 24).
- Piontek, R. (2002). *Wegbegleiter Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2010). What the Research Shows About Play Therapy: Twenty-First Century Update. In J. N. Baggerly, D. C. Ray & S. C. Bratton (Hrsg.), *Child-Centered Play Therapy Research. The Evidence Base for Effective Practice*. (S. 3 – 33). Hoboken: Wiley & Sons.
- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 295 – 332) Heidelberg: Springer.
- Riedel, F. (1997). Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Misshandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 2. (S. 159 – 180) Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1972, Orig. 1942). *Die nicht-direktive Beratung*. (Orig. ‚Counseling and Psychotherapy‘) München: Kindler.
- Rotter, J. C., & Bush, M. V. (2000). Play and family therapy. *Family Journal: Counseling & Therapy for Couples & Families* 8 (2), (S. 172 – 176).
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Ein Lehrbuch. Stuttgart, Köln: Kohlhammer Verlag.
- Schmidtchen, S. (2003). Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.) *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* Bd. 3. (S. 79 – 104). Göttingen: Hogrefe.
- Schmitt, A., & Weckenmann, M. F. (2009). Settingdesign in der (systemischen) Therapie mit Kindern. Teil I: Indikation. *Familiendynamik*, 34.Jhg., 1/2009, (S. 74 – 91).

- Sori, C. F. (2006). On Counseling Children and Families: Recommendations from Experts. In C. F. Sori (Hrsg.), *Engaging Children in Family Therapy*. New York: Routledge (S. 3 – 20).
- Tschöpe-Scheffler, S. (Hrsg.) (2005). *Konzepte der Elternbildung – kritische Übersicht*. Opladen: Budrich.
- VanFleet, R. (2000). Understanding and Overcoming Parent Resistance to Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*. Vol.9, No.1, (S. 35 – 46).
- Wakolbinger, C. (2000). Der Therapieprozess in der Personenzentrierten Kindertherapie. *Person* (1), (S. 52 – 62).
- Wakolbinger (2009). Die präsente Therapeutenperson – Authentizität als entscheidender Faktor in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 59 – 77). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, M. M. (2004). *Das Gordon Familientraining – Hintergründe und Erfahrungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Weinberger, S. (2005²). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2001). Helping parents by working with their children in individual child therapy. *Child and Family Social Work*, Vol.6, (S. 209 – 217).
- Wilson, K., & Ryan, V. (2005²). *Play Therapy: A Nondirective Approach for Children and Adolescents*. Edinburgh: Baillière Tindall Elsevier.

Internetquellen

Curriculum der Weiterbildung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie des Forum/APG und VRP unter:

<http://www.apg->

[forum.at/angebote/ausbildung_weiterbildung/kinder_jugend/inhalte_umfang/inhalte_und_umfang/](http://www.apg-forum.at/angebote/ausbildung_weiterbildung/kinder_jugend/inhalte_umfang/inhalte_und_umfang/)

Download am: 19.3.2012

Curriculum der Weiterbildung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vom IPS unter:

http://www.apg-ips.at/ausbildung/weiterbildung/kinder_jugendliche/

Pdf-download am 19.3.2012

Curriculum der Weiterbildung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie des ÖGWG unter:

[http://www.oegwg.at/home/aus-fort-und-weiterbildung/kinder-und-](http://www.oegwg.at/home/aus-fort-und-weiterbildung/kinder-und-jugendlichenpsychotherapie/lehrgangsbeschreibung/)

[jugendlichenpsychotherapie/lehrgangsbeschreibung/](http://www.oegwg.at/home/aus-fort-und-weiterbildung/kinder-und-jugendlichenpsychotherapie/lehrgangsbeschreibung/)

Download am 19.3.2012

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Configuration of Psychotherapy (Phillips & Landreth 1995, S. 17)	32
Abbildung 2 Das Stuttgarter Konzept beziehungszentrierter Erstkontakte (Behr 2006, S. 112) ..	36

Beilage

Beigelegt wird eine Daten-CD mit den sechs anonymisierten Transkripten der Interviews.

Interviewleitfaden

- Interviewdauer: ca. 1,5h
 - Anonymisierung
 - Aufzeichnung zugestimmt?
1. Demographisches:
Können Sie Ihren Werdegang kurz beschreiben?
Seit wann arbeiten Sie mit Kindern?
Welche Zusatzausbildungen haben Sie bezüglich Arbeit mit Kindern/ Familien/ Eltern?
 2. Form des Einbezugs der Familie:
Beziehen Sie die Eltern der Kinder in ihre Arbeit ein?
Bitte beschreiben Sie wie eine Spieltherapie beginnt!
Wird die Familie des Kindes einbezogen?
Wie? (Person, Ort, Zeitpunkt, Kommunikationsweise: Spiel/Sprache/Methoden, anwesende Personen, Häufigkeit, Phasen)
Wenden Sie spezielle Methoden bei der Arbeit mit Familien an? Welche?
 3. Begründungen:
Wie und wann wird entschieden, wie die Familie einbezogen wird?
Wonach richtet sich die Entscheidung?
 4. Ziele:
Wie sieht eine gelungene Arbeit mit Eltern oder Familien aus?
Warum wird mit den Eltern gearbeitet?
In welche Richtung wird mit den Eltern gearbeitet?
Welchen Zweck erfüllt die Arbeit mit den Familien?
 5. Themen, Inhalte:
Gibt es häufige Inhalte?
Was sprechen die Eltern /Kinder /TherapeutInnen an?
 6. Grundhaltung:
Lässt sich Ihre Haltung in der Elternarbeit von ihrer Haltung in einer Psychotherapie unterscheiden? Wie?
Wie würden Sie ihre Rolle beschreiben?
Als TherapeutIn des Kindes, der Eltern oder der Familie?

7. Wichtigkeit, Häufigkeit und Intensität:

Wie wichtig ist der Einbezug der Familie?

Wie oft und wie intensiv arbeiten Sie mit den Familien?

Würden Sie sich eine andere Praxis wünschen?

Konnten Sie einen Zusammenhang zwischen Intensität der Elternarbeit und Erfolg der Therapie beobachten?

8. Indikation:

Gibt es Diagnosen, Probleme, Fälle bei welchen die Arbeit mit der ganzen Familie besonders wichtig ist?

Ist Elternarbeit auch manchmal kontraindiziert?

9. Schwierigkeiten:

Welche Probleme gibt es in der Praxis bei der Arbeit mit Familien?

Worauf muss geachtet werden?

Was würden Sie einem angehenden Spieltherapeuten für die Elterngespräche raten?

10. Ausbildung:

Wie steht es um die Ausbildung der KinderpsychotherapeutInnen bzgl. Arbeit mit Familien?

Fühlen sich die KinderpsychotherapeutInnen genügend ausgebildet um mit den Familien zu arbeiten?

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

- Möchten Sie das Transkript haben und/oder korrigieren?
- Darf ich mich bei Rückfragen melden?
- Haben Sie Interesse an der fertigen Arbeit?

Vielen Dank!

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name: Barbara Haberhauer
Geboren am: 02.11.1983
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schulbildung und weitere Aus-und Weiterbildungen

2007 - 2011 Ausbildungslehrgang zur/zum Dipl. Lebens – und SozialberaterIn
mit Schwerpunkt auf Kinder-Jugendlichen- und Elternberatung beim
Verein Ökids

seit 2006 Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum
seit 2002 Pädagogikstudium an der Universität Wien mit den Schwerpunkten
Personenzentrierte Psychotherapie, Psychoanalytische Pädagogik
und Theoretische Erziehungswissenschaft

1994 - 2002 Gymnasium in Wien
1990 - 1994 Volksschule in Wien

Facheinschlägige Tätigkeiten

Dez 03 – Febr 04 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ludwig Boltzmann-Institut für
Medizin- und Gesundheitssoziologie

Juli 05 Praktikum im Rahmen der Kinder Uni Wien

Okt 05 – Dez 06 Praktikum in der Montessori-Volksschule Hütteldorf

Juli 06 – Nov 08 Sozialpädagogin in einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft
der Volkshilfe Wien

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit des Eides statt, dass ich vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen wörtlich oder inhaltlich übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Barbara Haberhauer

