



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Personzentrierte Eltern-Kleinkindtherapie“

verfasst von / submitted by

Marianne Gassner

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (Psychotherapie) (MA)

Wien, 2024 / Vienna 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 992 810

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Personzentrierte Psychotherapie

Betreut von / Supervisor:

Dr. Gerhard Stumm

Danksagung

Herzlichen Dank möchte ich meiner Familie ausdrücken, für die Ermutigung eine Masterarbeit zu verfassen und für den Beistand beim Durchhalten des Schreibprozesses.

Weiters danke ich aufrichtig meinem Betreuer, Dr. Gerhard Stumm, für sein unermüdliches Engagement, uns bestmöglich und mit unglaublich großer fachlicher Kompetenz zu unterstützen.

Und ich danke herzlich unserer Peergroup, besonders meiner Freundin Gerda, dass wir den Weg gemeinsam gegangen sind.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	vi
1 Allgemeiner Teil	1
1.1 Forschungsinteresse	1
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	3
1.3 Stand der Forschung	4
2 Theorieteil	6
2.1 Die personenzentrierte Entwicklungstheorie nach Rogers	6
2.2 Biermann-Ratjens Weiterentwicklung von Rogers' Entwicklungsmodell: Phasen der Selbstkonzeptentwicklung	7
2.3 Die personenzentrierte Störungstheorie	10
2.4 Störungen der Selbstkonzeptentwicklung	11
2.5 Die Säuglingsforschung und die personenzentrierte Entwicklungstheorie	13
2.6 Die Bindungstheorie und die personenzentrierte Entwicklungstheorie	18
2.6.1 Bindungsmuster in der Bindungstheorie	20
2.6.2 Die Entwicklung von Bindung	22
2.7 Die personenzentrierte Entwicklungs- und Therapietheorie bezogen auf Eltern-Kleinkindtherapie	25
2.7.1 Ausgangsbedingungen und Rahmenbedingungen in der Eltern-Kleinkindtherapie	26
2.7.1.1 Neuronale Entwicklungsvorgänge und deren Implikation für Psychotherapie	27
2.7.1.2 Familiäre Einflüsse	28
2.7.2 Verschiedene Ebenen von Inkongruenz	29
2.7.2.1 Inkongruenz des Kleinkindes	29
2.7.2.2 Inkongruenz der Eltern	32
2.7.2.3 Familiäre Inkongruenz	33
2.7.3 Das personenzentrierte Beziehungsangebot in der Eltern-Kleinkindtherapie	34
2.7.3.1 Das personenzentrierte Beziehungsangebot an die Eltern: Elterntherapie	37
2.7.3.2 Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern	39

3	Praxisteil: Praxis der Personzentrierten Eltern-Kleinkindtherapie unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie	46
3.1	Settings.....	46
3.1.1	Elterntherapie und Elternberatung.....	47
3.1.2	Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern	47
3.1.3	Zeitliches Setting	47
3.1.4	Räumliches Setting.....	48
3.2	Der Prozessverlauf der Eltern-Kleinkindtherapie	48
3.2.1	Erstgespräch und Anfangsphase: Eine sichere Basis bieten	48
3.2.1.1	Aufbau von Vertrauen.....	48
3.2.1.2	Eingehen auf das Bindungsverhalten der Eltern.....	49
3.2.1.3	Vertrautmachen mit dem Setting „Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern“	50
3.2.1.4	Wahrnehmen des Interaktionsverhaltens und des Bindungsstils von Eltern und Kleinkind in der Spieltherapie	51
3.2.2	Mittlere Therapiephase: Bearbeitung der Inkongruenz und Unterstützung der Bindungsentwicklung	52
3.2.2.1	Verminderung der elterlichen Inkongruenz durch das personzentrierte Beziehungsangebot.....	53
3.2.2.2	Verminderung der familiären Inkongruenz	54
3.2.2.3	Verminderung der kindlichen Inkongruenz	55
3.2.2.4	Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung durch gemeinsame Spieltherapie	56
3.2.2.5	Einbeziehen weiterer Konzepte und Methoden zur Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung.....	58
3.2.3	Abschlussphase: Empathie und Wertschätzung im Abschiedsprozess	61
3.3	Leitlinien für eine Eltern-Kleinkindtherapie.....	63
3.3.1	Übergreifende Leitlinien	63
3.3.2	Leitlinien für die Anfangsphase.....	63
3.3.3	Leitlinien für die mittlere Therapiephase	64
3.3.4	Leitlinien für die Abschlussphase.....	65
4	Diskussion und Schlussfolgerungen.....	66
	Abstract	69
	Literaturverzeichnis.....	71

Abkürzungsverzeichnis

Personenzentrierter Ansatz: PZA

Personzentrierte Psychotherapie: PP

1 Allgemeiner Teil

1.1 Forschungsinteresse

Im Laufe meiner Tätigkeit als Personzentrierte Psychotherapeutin für Erwachsene und Kinder wurde mir mehr und mehr klar, wie sehr sich frühe Bindungserfahrungen auf die innere Stabilität von Menschen und damit einhergehend auf deren Beziehungs- und Lebensgestaltung auswirken. Zunehmend rückten in meiner therapeutischen Arbeit mit Klient*innen die familiären Rahmenbedingungen und somit auch die Beziehungsangebote, welche das Erleben der ersten Lebensjahre von diesen prägten, in den Blickpunkt.

Pioniere der Bindungsforschung, wie John Bowlby und Mary Ainsworth, entwickelten ein Verständnis für die frühe emotionale Entwicklung des Kindes (Bowlby 1969/2006; Ainsworth et al., 1978) und inzwischen sind sich Vertreter der Bindungstheorie darüber einig, dass frühe Bindungserfahrungen einen nachweislichen Einfluss auf unser Fühlen, Denken, Planen und Tun haben (Grossmann & Grossmann, 2021). „Auf dem Boden einer sicheren Bindung kann eine gesunde motorische, kognitive, soziale wie auch emotionale Entwicklung des Kindes gelingen“ (Brisch, 2019, S 11). Umgekehrt können durch das Fehlen von wachstumsfördernden Beziehungsqualitäten enger Bezugspersonen Entwicklungsstörungen entstehen (Biermann-Ratjen, 2002, 2006; Biermann-Ratjen et al., 2003; Brisch, 2019; Fröhlich-Gildhoff & Hanne, 2002; Stern, 1985/2010).

Die Erkenntnisse über die enorme Bedeutung der Eltern-Kind-Bindung für ein stabiles Fundament der Persönlichkeit (Brisch, 2017) führten mich zur Frage nach einem Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten für junge Familien. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass es neben dem Glück und der Freude auch Phasen der Verunsicherung und des Zweifels bezüglich des Umgangs mit Kleinkindern geben kann. Nicht alle jungen Eltern haben Menschen in ihrem Umfeld, die ihnen den wichtigen emotionalen Rückhalt bzw. einen „sicheren Hafen“ bieten können, wie es in der Bindungstheorie heißt (z.B. Grossmann & Grossmann 2021).

Genau in der sensiblen Zeit der ersten Lebensjahre schon, in der das Selbst des Kindes durch Interaktionserfahrungen mit nahen Bezugspersonen entsteht und sich entwickelt, bräuchten Eltern manchmal Hilfe durch unterstützenden und/oder auch therapeutischen Beistand bei der Erfüllung ihrer neuen Aufgabe. Der Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind ist ja oft durch das Vorherrschen vielseitiger familiärer Belastungen (innerpsychisch oder durch äußere Umstände) erschwert. Daraus resultierende Verunsicherungen beim Kind können sich beispielsweise

se durch Regulationsstörungen, wie Schrei-, Fütterungs-, Ess- und Schlafstörungen oder auch Spielstörungen äußern (Brisch, 2019). Viele Eltern reagieren darauf verständlicherweise mit Verzweiflung, sind aber oft auch in hohem Maße motiviert, sich helfen zu lassen (Diem-Wille, 2014) und dadurch einer schwierigen psychischen Entwicklung beim Kind entgegenzuwirken.

Eltern-Kleinkindtherapien haben zwar ihre Anfänge im analytischen Bereich (Diem-Wille 2014), als Personzentrierte Psychotherapeutin drängt sich mir aber naturgemäß die Frage auf, ob sich denn nicht auch der Personzentrierte Ansatz für die Eltern-Kleinkindtherapie anbieten würde. In diesem Bereich, in dem Beziehung eine solch herausragende Rolle spielt, müsste der PZA, dessen tragende konzeptuelle Komponente eine spezifisch definierte Beziehungsqualität ist, doch wirksam angewendet werden können. Die Vereinbarkeit von Bindungstheorie und Personzentriertem Ansatz wird bereits in zahlreichen Publikationen bestätigend thematisiert (vgl. Behr, 2008; Biermann-Ratjen, 2006; Gahleitner, 2008; Höger & Müller, 2002; Höger, 2001, 2007, 2008; Wakolbinger, 2010) und Erkenntnisse der Bindungstheorie haben Eingang in die klassische Spieltherapie gefunden (Behr, 2008; Reisel & Wakolbinger, 2006 Weinberger, 2007). Dies lässt den Schluss zu, dass eine Verschränkung der beiden Konzeptionen als fruchtbar für die Eltern-Kleinkindtherapie anzusehen ist. Dennoch wird meinen Recherchen zufolge in diesem Bereich (ich interessiere mich in dieser Arbeit für Kinder im zweiten und dritten Lebensjahr) kaum Personzentrierte Therapie angeboten. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass sich der personzentrierten Entwicklungstheorie zufolge das Selbstkonzept eines Menschen erst im Laufe der ersten drei Lebensjahre entwickelt (Biermann-Ratjen, 2006, 2008). Diesem Umstand müsste im Behandlungskonzept Rechnung getragen und das Therapieverständnis um diesen Aspekt erweitert werden.

Ein anderer Grund, warum Personzentrierte Psychotherapeut*innen kaum Therapie für Kleinkinder anbieten, könnte sein, dass Kleinkinder noch so stark von ihren Eltern abhängig sind, dass sie nur in Verbindung mit diesen verstanden und behandelt werden können. Im Begriff „Eltern – Kleinkind – Therapie“ (anstatt „Kleinkindtherapie“) wird diese Tatsache auch berücksichtigt und gleichzeitig wird deutlich, dass sich durch den starken Fokus auf die Elternarbeit die „Eltern-Kleinkindtherapie“ von der klassischen Spieltherapie abgrenzt.

In der vorliegenden Arbeit geht es mir also darum, herauszuarbeiten, wie der Personzentrierte Ansatz auf den Bereich der Eltern-Kleinkindtherapie, mit zusätzlicher Berücksichtigung der Bindungstheorie, anwendbar sein könnte. Gemeint sind hier Kinder im zweiten und dritten Lebensjahr, einer Lebensphase, in welcher sich altersbedingt die therapeutische Herangehensweise

von der Eltern–Säuglingstherapie, welche noch mehr körpernahe Regulationsprozesse fokussiert und vom Zugang in der klassischen Spieltherapie mit Kindern, bei der mit den Kindern bereits ohne Beisein der Eltern gearbeitet wird, unterscheidet.

Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, Eltern dabei zu unterstützen, ihr Kind besser zu verstehen und zunehmend in der Lage zu sein, prompt und feinfühlig auf dessen Bedürfnisse zu reagieren (Ainsworth, 1978), und damit Bindungssicherheit und folglich psychische Stabilität zu fördern (Brisch, 2019; Grossmann & Grossmann, 2021).

Im bisher Beschriebenen wurde schon deutlich, dass Eltern, mit ihren eigenen Bindungserfahrungen und Bindungsstilen (Ainsworth et al., 1978), Hauptansprechpartner in der Therapie sind. Das Erleben einer korrigierenden Beziehungserfahrung, das therapeutische Eingehen auf den Bindungsstil (Finke, 2002), das Aufarbeiten und Integrieren von eigenen schwierigen Erfahrungen, die dem Aufbau einer sicheren Bindung mit dem Kind entgegenstehen, aber auch psychoedukative Elemente bezüglich Bindung bilden diese Ebene der Elternarbeit.

Daneben möchte ich in dieser Arbeit aber auch auf die Möglichkeit der Spieltherapie im Mehrpersonensetting mit Eltern, Therapeut*in und Kleinkind eingehen, mit der ein direktes Arbeiten an bindungsrelevanten Situationen möglich ist.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich die relevante Fragestellung, die im nächsten Unterkapitel, zusammen mit dem damit verbundenen Ziel der Arbeit, formuliert wird.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Im Fokus dieser Arbeit steht das Ausloten des Personenzentrierten Ansatzes für eine Eltern-Kleinkindtherapie unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie.

Folgende Fragestellung soll beantwortet werden:

- Welche Leitlinien und Praxisperspektiven sind aus personenzentrierter Sicht für eine Eltern-Kleinkindtherapie, für die Arbeit mit Eltern von Kleinkindern und für eine Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern, unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie zu beachten?

Ziel dieser Arbeit ist es also, herauszuarbeiten, welche Bedeutung der Personzentrierte Ansatz für eine Eltern-Kleinkindtherapie haben kann. Es sollen Möglichkeiten erwogen werden, wie aus personenzentrierter Sicht auf Schwierigkeiten in der besonderen Phase des Kleinkindalters einzugehen ist, besonders im Hinblick auf die Entstehung und Entwicklung des Selbst/Selbstkonzepts durch Beziehungserfahrungen mit den engsten Bezugspersonen (Rogers, 1959/1987; Biermann-Ratjen, 2006, 2008). Da die Bindungstheorie durch ihre Forschungen und gewonnenen Erkenntnisse im Kleinkindbereich meines Erachtens unumgänglich ist, möchte ich sie, insbesondere durch das Eingehen auf das Bindungsbedürfnis des Kleinkindes, in diese Arbeit miteinbeziehen (Bowlby, 1969/2006; Ainsworth et al., 1978).

1.3 Stand der Forschung

Bezüge des Personzentrierten Ansatzes zur Bindungstheorie sind in einer Reihe von Beiträgen hergestellt worden (Behr, 2008; Biermann-Ratjen, 2002, 2006; Finke, 2022; Gahleitner, 2008; Höger, 2001, 2007, 2008; Höger & Müller, 2002; Wakolbinger, 2010; Weinberger, 2007). Durchgehend wird die Kompatibilität der beiden Ansätze bekräftigt, nämlich hinsichtlich der gemeinsamen Annahme, dass positive Interaktionserfahrungen die Grundlage für eine gesunde psychische Entwicklung sind. Bereiche, in denen sich PZA und Bindungstheorie bestätigen und gegenseitig ergänzen, sind die Entwicklung der Person, die Entstehung psychischer Störungen und Psychotherapie als bindungsrelevante Situation (Höger, 2007). Behr (2008) hat auf Basis der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie, der Bindungstheorie und der Selbsttheorie von Stern das Konzept der „Interaktionsresonanz“ entwickelt und somit das personenzierte Konzept des Interagierens und der Empathie mit der Kommunikation im nonverbalen Bereich erweitert. Sein Konzept findet in der Therapie von Kindern und Jugendlichen Anwendung.

Hinsichtlich der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern ist bezüglich Weiterentwicklung und Stand der Forschung relevant, dass Biermann-Ratjen (2006) Rogers' rein theoretischen Annahmen zur Entwicklung in der Kindheit mit Ansätzen aus der Psychoanalyse, Systemtheorie und der empirischen Säuglingsforschung ergänzt und dadurch zu einer Veranschaulichung und Konkretisierung der personenzentrierten Entwicklungstheorie beigetragen hat.

Zur Relevanz der Eltern–Kleinkindbeziehung liegen maßgebliche Arbeiten vor (z.B. Bowlby, 1969/2006; Brisch, 2019; Grossmann & Grossmann 2021, Stern, 1985/2010). Im Unterschied zur Psychoanalyse fehlen im PZA m.E. weitgehend Behandlungskonzepte für die Eltern-

Kleinkindtherapie, die auf diese Arbeiten zurückgreifen. Eine Ausnahme stellt Hollick et al. (2018) aus dem Bereich der Personzentrierten Familientherapie dar.

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit soll in Abgrenzung zur Familientherapie, welche die „Familie als Ganzes als Klientin“ ansieht (Gaylin, 2002, S. 320), das Kleinkind mit seinen entwicklungsrelevanten Bedürfnissen sein, wobei entsprechend dieser (Bedürfnisse) sein Bindungs- bzw. Familiensystem miteinbezogen wird. Es wird der Versuch unternommen, die Bedeutung einer Personzentrierten Psychotherapie für Kleinkinder, deren erstes Selbstkonzept sich gerade entwickelt, auszuloten. Die personzentrierte Therapietheorie stellt die Grundlage der Überlegungen dar, dabei sollen wichtige Ergebnisse der Bindungstheorie miteinbezogen werden und ein erster Entwurf für das praktische Arbeiten skizziert werden.

2 Theorieteil

Grundlegend für die Arbeit mit Kleinkindern und ihren Eltern ist es meines Erachtens, über die Entstehung und die Entwicklung des Selbst und die dafür nötigen Beziehungsbedingungen Bescheid zu wissen. Die nötigen Kenntnisse über existenzielle und emotionale Bedürfnisse von Kindern in den verschiedenen Altersstufen liefern uns Entwicklungstheorien. In den Kap. 2.1 und 2.2 wird daher die Entwicklung des Selbstkonzeptes skizziert. Die Begriffe „Selbst“ und „Selbstkonzept“ werden dabei, in Anlehnung an Rogers annähernd synonym verwendet und „beziehen sich auf die organisierte, in sich geschlossene Gestalt. Diese beinhaltet die Wahrnehmungscharakteristiken des Ich, die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Erfahrungen verbundenen Werte“ (Rogers, 1959/1987, S. 26).

Der entwicklungstheoretische Bogen wird im Folgenden von Rogers' Entwicklungskonzept über Biermann-Ratjens (2002, 2006, 2008) Weiterentwicklung und Einbeziehung neuerer Ansätze (wie oben erwähnt) insbesondere der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie, gespannt.

2.1 Die personenzentrierte Entwicklungstheorie nach Rogers

Die personenzentrierte Entwicklungstheorie, wie sie von Rogers entworfen wurde, ist eine Theorie der Selbstentwicklung. Rogers gewann seine Erkenntnisse über die Forschungsarbeit zu psychotherapeutischen Prozessen mit erwachsenen Personen, also nicht aus der Beobachtung von Kleinkindern, denn er hatte nicht das Anliegen einer Entwicklungstheorie des Kleinkindalters, sondern entwickelte auf Grundlage seiner Forschungen rückschließend die Persönlichkeitstheorie des Personenzentrierten Ansatzes. Eingeleitet wird diese jedoch durch „Postulate über das Wesen des Kindes“ (Rogers, 1959/1987, S. 48), wobei unklar bleibt, an welches Alter der Kinder Rogers dabei jeweils gedacht hat. In einer bildhaften Veranschaulichung über die Entwicklung von Bewertungsbedingungen (auf welche unten noch eingegangen wird), in der er die Beziehung zwischen Mutter und Kind heranzieht, formuliert er jedoch, dass das Kind, welches Liebe benötigt, eine „Gestalt“ über die Art und Weise, wie es von der Mutter behandelt wird“ entwickelt (Rogers, 1959/1987, S. 50). Diese Beschreibungsart könnte darauf hinweisen, dass Rogers hier den nonverbalen Bereich miteinbezieht. Jedenfalls wird in diesem Beispiel m. E. deutlich, was Rogers auch in seinen Anwendungstheorien vermerkt, nämlich dass die Bedingungen für die Entwicklung des Selbst nicht nur in der Therapiesituation, sondern in jeder zwischen-

menschlichen Beziehung, wie eben auch dem Familienleben, gelten (Rogers, 1959/1987, S. 60) und somit für die frühkindliche Entwicklung maßgeblich sind. Nach Rogers besitze das Kind „die Tendenz zur *Aktualisierung seines Organismus*“. Im Sinne dieser Aktualisierungstendenz ist sein Verhalten „der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach *Aktualisierung (...)* zu befriedigen“ (Rogers, 1959/1987, S. 48), wobei das Kind seine Erfahrung als Realität wahrnimmt. „Es ist in einen *organismischen Bewertungsprozess* eingebunden, der die *Erfahrungen* an der *Aktualisierungstendenz* mißt. *Erfahrungen*, die den Organismus erhaltend oder fördernd *wahrgenommen werden*, werden *positiv* bewertet; solche, die die Erhaltung oder Förderung stören, negativ“ (Rogers, 1959/1987, S. 48).

Rogers (1959/1987, S. 49) beschreibt die Entwicklung des Selbst als einen Prozess der Integration von Selbsterfahrungen, die in Interaktion mit der Umwelt, insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich, gemacht werden und zur Entstehung des Selbstkonzeptes führen. Von Bedeutung für eine Eltern-Kleinkindtherapie ist meines Erachtens, dass in dieses entstehende Selbstkonzept nur jene Erfahrungen Eingang finden, die von wichtigen, in diesem Augenblick kongruenten Bezugspersonen empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet werden. Im Personzentrierten Ansatz wird in diesem Zusammenhang von einem „need for positive regard“ ausgegangen. Wird dieses Bedürfnis durch andere Menschen in kongruenter Weise erfüllt, also eine Erfahrung wirklich empathisch verstanden und wertgeschätzt, so ist dies mit einer körperlichen Entspannung verbunden, und eine Erfahrung wird zur Selbsterfahrung, was bedeutet, dass sie in das Selbstkonzept aufgenommen wird.

2.2 Biermann-Ratjens Weiterentwicklung von Rogers' Entwicklungsmodell: Phasen der Selbstkonzeptentwicklung

Eva-Maria Biermann-Ratjen (2002, 2006, 2008) ergänzt Rogers' Entwicklungstheorie durch ein dreistufiges Phasenmodell der frühkindlichen Entwicklung des Selbstkonzeptes, u.a. mit der Begründung, dass dieses hilfreich im Umgang mit Kindern sei, aber auch zum besseren Verstehen psychopathologischer Entwicklungen beitragen kann, wie im Kapitel 2.5 noch erörtert wird. Biermann-Ratjen (2008, S. 159) geht davon aus, „dass die Bedingungen für die Entwicklung des Selbstkonzepts von Geburt an dieselben wie die für die Reorganisation des Selbstkonzepts im psychotherapeutischen Prozess“ sind und zeigt auf, in welchen Erfahrungen ein Kind in welcher frühen Lebensphase genau verstanden und unbedingt wertgeschätzt werden will. In diesem

Konzept, das Sanders (1962) Ausführungen zur frühen Mutter – Kind - Interaktion aufgreift, sind vor allem konkrete Erkenntnisse der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie berücksichtigt (beide Strömungen werden in dieser Arbeit noch in den Kapiteln 2.6 bis 2.8 beschrieben). Biermann-Ratjen (2002) betont, wie sehr diese Konzepte mit der personenzentrierten Theorie übereinstimmen – und auch, dass die (von Rogers formulierte) personenzentrierte Vorstellung über die psychische Entwicklung bereits vor den neueren psychoanalytischen Formulierungen bestanden habe. Anders als im Konzept der Entwicklung des Selbst bei Stern, sieht Biermann-Ratjen (2002) die von ihr beschriebenen Phasen als solche der Entwicklung der Bewertung der Erfahrung.

Zu erwähnen sei hier noch, dass Biermann-Ratjens Konzept vom Selbst dahingehend von Rogers Konzept abweicht, als dass bei ihr verzerrt symbolisierte Erfahrungen nicht in dieses integriert sind, sondern nur Erfahrungen enthalten sind, die von einer anderen Person „vollständig und korrekt empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt“ (Biermann-Ratjen, 2008, S. 162) wurden. Im Hinblick darauf, dass Biermann-Ratjen das personenzentrierte Phasenmodell der Selbstkonzeptentwicklung vor allem beschrieben hat, um die Entstehung psychischer Störungen zu veranschaulichen, ist durch ihr Modell das Nachvollziehen des Erlebens eines Selbstkonzeptes, das mehr oder weniger fragil oder vom Zusammenbruch bedroht ist, besser möglich (Biermann-Ratjen, 2008).

Erste Phase

Die ersten Lebenserfahrungen des Säuglings sind affektive Erfahrungen des Wahr- und Angenommenwerdens in der körpernahen und lebensnotwendigen oft regulierenden Interaktion (zumeist) mit der Mutter oder einer anderen Hauptbezugsperson. Dies bedeutet, dass „erste Erfahrungen des im affektiven Erleben empathisch Verstanden- und unbedingt Wertgeschätztwerdens, in ein erstes (Selbst)-konzept integriert werden können (Biermann-Ratjen, 2002, S. 138). Es handelt sich um Erfahrungen des „körperlich und psychisch Am-Leben-Gehalten-Werdens“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 91).

In einem guten Entwicklungsverlauf reagieren die Bezugspersonen empathisch und unbedingt wertschätzend auf das affektiv ausgedrückte Bindungsbedürfnis und so werden möglichst viele affektive Selbsterfahrungen und Erfahrungen des Befriedigtwerdens des Bedürfnisses nach „unconditional positive regard“ gemacht. Themen in dieser Phase sind unter anderem Schlaf-

Wach-Rhythmus, Still- und Hungerperiodik. Anfangs ist es dem Säugling nur möglich, sein Bindungsbedürfnis durch Affekte zu zeigen, ab dem dritten Lebensmonat jedoch, können Baby und Eltern sich, meist im Lächelspiel, auch gegenseitig positiv aktivieren. Wichtig für das empathische Verstehen und die unbedingte Beachtung seitens der Bezugspersonen ist, dass das Kind die Initiative zum Kontakt um des Kontaktes willen und um seiner Fähigkeit willen, diesen herstellen zu können, unternimmt. In der Zeit vom siebenten bis zum neunten Lebensmonat wird das Ergreifen von Initiative immer stärker und der Grad an unbedingt positiver Beachtung und des empathischen Verstandenwerdens von kongruenten Anderen darin hat einen Einfluss auf das Zurückgreifenkönnens auf diese Fähigkeit im späteren Leben (Biermann-Ratjen, 2002).

Zweite Phase

Nun taucht immer stärker das Empfinden eines subjektiven Selbst (Stern, 1985/2010) auf, und das Kind macht seine ersten Selbsterfahrungen, die auch als solche erlebbar werden. Im Alter vom 10. bis zum 15. Monat aber richtet das Kind noch sein ganzes Interesse auf die Mutter (Biermann-Ratjen, 2006) und will von ihr sein Erleben bestätigt wissen. Es ist auch die Zeit der Trennungs- und Fremdenangst. Zwischen dem 14. und 18. Lebensmonat gewinnt die Selbstbestätigung immer mehr an Bedeutung und das Bedürfnis nach mütterlicher Übereinstimmung nimmt ab. Wichtiger wird dem Kleinkind Selbstbestimmung und die Überprüfung der eigenen Vorstellung von sich und dem eigenen Können durch die Realität. Es geht dabei darum, Erfahrungen mit sich selbst in ein erstes Selbstkonzept zu integrieren, womit das Kind die eigene Aktivität und einen selbstregulatorischen Kern wahrnehmen kann (Biermann-Ratjen, 2002). Auffallend in dieser Phase ist das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung (siehe dazu auch Kap. 2.4 über Störungslehre). Stimmen die affektiven Erfahrungen mit dem sich gebildeten Selbstbild überein, werden diese organismisch bewertet, wobei auch diese Bewertung an sich eine Selbsterfahrung ist. Das Kind erlebt beispielsweise Freude an sich selbst oder Überraschung über sich. Wenn anderenfalls affektive Erfahrungen mit dem Selbstbild nicht übereinstimmen, oder Bezugspersonen erneut das Erleben des Kindes missachten oder verurteilen, stellt dies eine Bedrohung für dessen Selbstbeachtung dar. Besteht aber die Möglichkeit, dass die damit verbundenen Affekte nun von einer Bezugsperson feinfühlig verstanden und bedingungslos positiv beachtet werden, bedeutet dies in einem zweiten Schritt auch die Chance, dass auch die ursprüngliche Erfahrung unbedingt positiv beachtet und empathisch verstanden wird und ins Selbstkonzept integriert werden kann (Biermann-Ratjen, 2002, 2006, 2008). Wichtig ist also,

„dass das Kind in den emotionalen Erfahrungen des Bedrohtseins in seinem Selbstverständnis – durch eigene Erfahrungen und Selbstbewertungen und Bewertungen durch andere, nicht empathische Reaktionen – empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 140).

Dritte Phase

In der Zeit vom 18. bis zum 36. Lebensmonat geht es nun darum, dass für das Kind ganz spezifische Erfahrungen, die seine Person betreffen, beispielsweise männlich oder weiblich zu sein von kongruenten Bezugspersonen unbedingt positiv beachtet und empathisch verstanden werden. Gelingt dies, besteht Kongruenz zwischen dem Erleben als ein so und nicht anderes Wesen mit spezifischen Gaben und Begrenzungen und dem Selbstkonzept. Das Kind entwickelt sein Interesse darauf, was es sein und werden kann. Der Erwerb und der immer bessere Ausdruck von Sprache ermöglichen dem Kind sich immer differenzierter in seinem Erleben mitzuteilen und dadurch vom anderen empathisch verstanden und wertgeschätzt zu werden. Dadurch wird das Erlebte real und es entsteht ein Gefühl von Kontinuität und Selbstkonstanz (Biermann-Ratjen, 2002, 2006).

2.3 Die personenzentrierte Störungstheorie

In Biermann-Ratjens Phasenmodell der Entwicklung des Selbstkonzeptes wird uns eindrücklich verdeutlicht, dass das „Bedürfnis nach positivem Bezug“ (Rogers, 1959/1987, S. 49) ungemein stark ist. Wie aber empfindet das Kind – oder reagiert darauf, wenn Eltern sein Erleben weniger beachten oder mehr oder weniger unempathisch reagieren. Rogers führt in seiner Entwicklungs- und Störungstheorie dazu aus, dass das Bedürfnis nach unbedingt positiver Beachtung sogar stärker sein kann als der organismische Bewertungsprozess, weshalb das Individuum sich „mehr nach der positiven Beachtung“ anderer ausrichtet „als nach den *Erfahrungen*, die von positivem Wert für die *Aktualisierung* des Organismus sind“ (Rogers, 1959/1987). Im Falle des Ausbleibens dieser Beachtung oder im Falle von Missachtung seines Erlebens ordnet das Individuum seine eigene (organismische) Bewertung den Bewertungen seiner Bezugsperson(en) unter.

Mit dem Selbstkonzept entwickelt sich auch das Bedürfnis nach Selbstbeachtung (Rogers, 1959/1987, S. 49f.), das in Verbindung mit positiver Beachtung oder Nichtbeachtung von Erfah-

rungen durch wichtige Bezugspersonen entsteht, aber letztendlich unabhängig von anderen erlebt wird. Das Individuum wird sein eigenes Gegenüber. Erfahrungen, die nicht ins Selbstkonzept passen, werden aufgrund des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung als Bedrohung empfunden und somit muss die organismische Bewertung einer Erfahrung dem Bedürfnis der Selbstbeachtung untergeordnet werden. Diesen Prozess nennt Rogers „die Entwicklung von Bewertungsbedingungen“ (Rogers, 1959/1987, S. 50).

„Vom Zeitpunkt der ersten selektiven *Wahrnehmung* im Sinne der *Bewertungsbedingungen* an bestehen in gewissem Grad Zustände von *Inkongruenz* zwischen *Selbst* und *Erfahrung*, von psychischer *Fehlanpassung und Verletzlichkeit*“ (Rogers, 1959/1987, S. 51). Dieses Konzept der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung spielt in Rogers' Störungstheorie die entscheidende Rolle für die Beschreibung der Entstehung von psychischem Leid. Im folgenden Kapitel soll darauf unter der Perspektive der Störungsentwicklung beim Kleinkind eingegangen werden.

2.4 Störungen der Selbstkonzeptentwicklung

Biermann-Ratjen (2002, 2006) beschreibt, ausgehend von ihrem Phasenmodell der Selbstentwicklung (s. Kap. 2.2), die Entwicklung von Störungen der Selbstentwicklung. Dabei hat in jeder Phase „die Erfahrung des Wahr- und Angenommenwerdens eine eigene Prägung und spezifische Konsequenz für die Entwicklung des Selbst“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 91). Biermann-Ratjen (2006) differenziert das Inkongruenzerleben, welches durch einen Mangel dieser Beziehungserfahrungen entsteht, nach der unterschiedlichen Qualität der empfundenen Angst, je nachdem in welcher Phase das Kind zu wenig unbedingter „positive regard“ entgegengebracht wurde.

Wenn in der ersten Phase *des Angenommen und Gehaltenwerdens* zu wenig dieser Erfahrungen zu Selbsterfahrungen werden konnten, entsteht ein labiles Selbstkonzept, welches durch affektive Erfahrungen, die etwas mit Bindung oder Abhängigkeit zu tun haben und nicht abgewehrt werden können, erschüttert wird. Nachvollziehbar wird die Entstehung eines labilen Selbstkonzeptes, wenn man sich das große Ausmaß an Abhängigkeit und Angewiesensein von seinen Bezugspersonen am Anfang des Lebens vor Augen führt. Wird auf körperliche und psychische Bedürfnisse nicht eingegangen, kann es zum Stillstand jeglicher Entwicklung kommen. Es bildet sich auch kein negatives Selbstbild, sondern das Baby stellt jegliche affektive Äußerung ein, so-

gar Trauer, was im schlimmsten Fall der anaklitischen Depression sogar zum Tod führen kann (Biermann-Ratjen et al., 2003).

Die Angst, welche im späteren Leben im Zuge der Erfahrung von Inkongruenz verspürt wird, ist "Angst vor dem Zusammenbruch des Selbst, oft nur in der Form der Vorstellung einer totalen Vernichtung symbolisiert, und Angst vor dem Chaos" (Biermann-Ratjen, 2006, S. 109).

In der zweiten Phase *der Selbstempfindungen und ersten Erfahrungen der Selbstverteidigung* wird Inkongruenz in Form von der Angst, böse oder wertlos zu sein und deshalb verlassen zu werden, erfahren. Ausgelöst werden diese Empfindungen, wenn das Kind in seinen Gefühlen und Absichten, aber auch besonders in der Verteidigung seines Selbst bzw. in Selbsterhaltungsreaktionen nicht verstanden wird, weil Eltern möglicherweise wiederholt inkongruent auf das Erleben des Kindes reagieren. Dies empfindet das Kind als Bedrohung seiner Selbstbeachtung, was dazu führt, dass die Erfahrungen nicht in das Selbstkonzept integriert werden können, was in einer Selbstbeurteilung zu Selbsterfahrungen wie Ekel oder Furcht vor sich selbst oder Wut über sich führen kann, auch Ohnmacht z.B. über das Nicht-Verstanden-Werden kann erlebt werden (Biermann-Ratjen, 2002, 2006, 2008).

In der Zeit vom 18. Lebensmonat bis zum dritten Lebensjahr, in der dritten Phase, erfährt sich das Kind als eine *bestimmte Person mit bestimmten Gefühlen und Absichten, Möglichkeiten und Grenzen und einem bestimmten Geschlecht* (Biermann-Ratjen, 2006). Biermann-Ratjen (2002) betont, dass die Kongruenz der Eltern dann besonders bedeutungsvoll ist. Es geht darum, die gesamtorganismischen Erfahrungsmöglichkeiten oder -begrenzungen in ein Selbstbild zu integrieren. Erfahrungen, die nicht in das Selbstbild integriert werden konnten, werden als Zweifel, „richtig“ zu sein, und als Angst, nicht zu genügen (und Schuld daran zu haben) empfunden (Biermann-Ratjen, 2006).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Je früher eine Stagnation der Selbstkonzeptentwicklung begonnen hat, umso weniger Erfahrungen können später als Selbsterfahrungen integriert werden und umso ausgeprägter ist die Inkongruenz. Außerdem zeigen sich, je nach Phase, in der die Inkongruenz entstand, bestimmte Ängste, wenn später erneut eine ähnliche Erfahrung gemacht wird und wieder nicht in das Selbstkonzept integriert werden kann.

Das folgende Kapitel ist, wie schon angekündigt, der Säuglingsforschung gewidmet, und stellt meiner Meinung nach einen bereichernden Zugang zur Entwicklung des Selbst aus der Innenperspektive des Säuglings bzw. Kleinkindes dar.

2.5 Die Säuglingsforschung und die personzentrierte Entwicklungstheorie

Mit der Säuglingsforschung, wie sie vor allem durch Daniel Stern (1985/2010) betrieben wurde, entstand ein konkreter und detailreicher Einblick in die Phänomene der Selbstentwicklung, die Rogers in seiner Entwicklungstheorie recht abstrakt beschrieben hatte. Vor allem verdeutlicht sich in Sterns Studien die enorme Relevanz von Affekten für die psychische Entwicklung (Biermann-Ratjen, 2006). Beim Vergleich der von Rogers verfassten Entwicklungstheorie, in der er seine Erkenntnisse rekonstruktiv aus der Therapieforschung mit Erwachsenen gewann, und Sterns Ergebnissen aus der Säuglingsforschung wird unweigerlich deutlich, wie sehr Rogers' schon zuvor formulierte Theorie durch Stern bestätigt wird, vor allem durch die interaktionellen Bedingungen als Grundlage für die Entwicklung des Selbst (Bartosch, 2015; Biermann-Ratjen, 2006; Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002).

Es gibt aber natürlich auch unterschiedliche Auffassungen bei Rogers und Stern, beispielsweise zur Bedeutung des „Selbst“. So kommt Bartosch (2015) in ihrer Untersuchung zur Säuglingsforschung und Personzentrierten Psychotherapie zum Schluss, dass Rogers beim Begriff „Selbstkonzept“ an ein symbolisierungsfähiges Selbst denkt, das erst ab dem zweiten Lebensjahr mit dem Erwerb der Sprache ausgebildet ist. Stern hingegen spricht von einem „Selbstempfinden“ und „Auftauchenden Selbst“, das von Geburt an versucht eine Ordnung in Sinneseindrücke, Affekte, Handlungen, Substanzen und Zeit zu bringen. Er beschreibt das „Selbstempfinden als Organisationsprinzip der Entwicklung“ (Stern, 1985/2010, S. 46) und leitet damit eine Wende im psychoanalytischen Diskurs ein. Bis dahin zogen psychoanalytische Theoretiker ihre Schlüsse auf die kindliche Entwicklung nämlich aus der Triebtheorie (Stern, 1985/2010). In jedem Fall sind Sterns bildliche Beschreibungen über die Erlebens- und Erfahrungswelt des Säuglings und Kleinkindes eine Bereicherung für unsere Vorstellungskraft über diese und bieten dadurch die Möglichkeit, sich der Entstehung und Entwicklung des Selbst aus der Innenperspektive zu nähern.

Stern nennt vier unterscheidbare Formen der Selbstempfindung, welche in der Entwicklung zuerst nacheinander zu beobachten sind, dann jedoch nebeneinander bestehen bleiben.

Das Empfinden des auftauchenden Selbst

Die ersten Erfahrungen des Säuglings bestehen in einzelnen, nicht in Verbindung stehenden Ereignissen, aus denen er nach und nach die Herausbildung einer Organisation wahrnimmt. Es

ist ein Finden von Zusammenhängen zwischen sensorischen Erlebnissen, wie beispielsweise sich bewegen, Hautkontakt spüren, Schauen, Lutschen, Geräusche hören, Laute bilden usw. (Stern, 1985/2010).

In einem Prozess des Findens einer Ordnung (und des Erlebens dieses Prozesses), spielt die amodale Wahrnehmung, die physiognomische Wahrnehmung und Vitalitätsaffekte eine Rolle. Weiters sind Konstruktionsleistungen des Säuglings von Bedeutung, die auf Assimilation, Akkommodation, Assoziation und auf das Erkennen von Invarianten beruhen. Auch das Wahrnehmen von Lust und Unlustspannung ist dabei eine maßgeblich beteiligte Fähigkeit des Säuglings. Diese Verknüpfung unterschiedlicher Eindrücke, die von „einem charakteristischen subjektiven Erleben begleitet ist, können wir uns als „Entstehung eines Empfindens des auftauchenden Selbst und des Anderen“ (Stern, 1985/2010, S. 93) vorstellen.

Stern misst diesem Vorgang grundlegende Bedeutung zu:

Diese globale, subjektive Welt auftauchender Organisation ist und bleibt der grundlegende Bereich menschlicher Subjektivität. Außerhalb des Gewahrseins schafft er die Erfahrungsmatrix, aus der später Gedanken, wahrgenommene Formen, identifizierbare Handlungen und verbalisierte Gefühle hervorgehen. Er liegt auch der kontinuierlichen affektiven Bewertung aller Vorgänge zugrunde (Stern, 1985/2010, S. 103).

Das Empfinden des Kern-Selbst und des Kern-Anderen

Aufbauend auf den Fähigkeiten der ersten Lebensphase vollzieht das Baby zwischen dem zweiten und siebenten Lebensmonat einen in der interpersonalen Bezogenheit deutlich erkennbaren Entwicklungsschritt, in dem es das Empfinden eines Kern-Selbst und eines Kern-anderen herausbildet. Für das Zustandekommen dieses Prozesses sind Selbsterfahrungen, wie das Empfinden der Urheberschaft der eigenen Handlungen, die Selbst-Kohärenz, die Selbst-Affektivität und die Selbst-Geschichtlichkeit grundlegend.

Stern betont, dass das Selbstempfinden kein kognitives Konstrukt ist, sondern die Integration des Erlebens, das in Form von Substanz, Handlung, Sinneseindruck, Affekt und Zeit spürbar ist. „Dieses Empfinden eines Kern-Selbst ist die Grundlage für alle differenzierten Selbstempfindungen, die sich später entwickeln werden“ (Stern, 1985/2010, S. 107).

Bedeutend für die Eltern-Kleinkindtherapie ist meines Erachtens, dass die Konsolidierung eines Kern-Selbst durch Interaktionserfahrungen mit regulierenden Bezugspersonen entsteht, indem von wiederkehrenden Erfahrungen eine Durchschnittserfahrung abgespeichert wird. Es sind dies präverbale Repräsentanzen, die Stern (1985/2010, S. 143) als RIGs „Representations of Interactions that have been Generalized“ bezeichnet.

Diese Konzepte helfen uns besser und differenzierter zu verstehen, wie durch frühe Beziehungserfahrungen das Selbstkonzept entsteht und sich weiterentwickelt. Bei jeder neuerlichen Erfahrung, die Ähnlichkeiten mit der RIG hat, wird diese erinnert, womit auch gleichzeitig eine Erwartung auftaucht, wie sich die konkrete Interaktion und die momentane Befindlichkeit entwickeln wird (Biermann-Ratjen, 2006).

Das Empfinden des subjektiven Selbst

Zwischen dem siebenten und fünfzehnten Lebensmonat entsteht die Empfindung eines subjektiven Selbst, welches hinter den äußeren Handlungen steht und welches der Säugling auch anderen Menschen zuschreibt. Erst einmal aber gelangen Babys zwischen dem siebenten und neunten Monat „allmählich zu der folgenschweren Erkenntnis, daß die innerlichen subjektiven Erfahrungen, der Inhalt ihrer Gefühle und Gedanken, unter Umständen mit anderen geteilt werden können“ (Stern, 1985/2010, S. 179).

Notwendige Vorbedingung dieser intersubjektiven Bezogenheit ist das Empfinden des Kern-Selbst, welches vom Kern-Anderen getrennt ist. Nun wird es dem Säugling möglich, die Empathie der Bezugspersonen viel deutlicher und konkreter zu erleben, nämlich als Verbindung zwischen zwei inneren Befindlichkeiten (Stern, 1985/2010, S. 181).

Aus Sicht der Säuglingsforschung besteht kein Zweifel, dass das Verlangen des Säuglings nach Intersubjektivität mit der Erfüllung von Sicherheits- bzw. Bindungsbedürfnissen verknüpft ist und kleine Misserfolge schon als Brüche in der Beziehung wahrgenommen werden (Stern 1985/2010, S. 195). Die Affektabstimmung, also das genaue Einstimmen der Bezugsperson auf die Gefühle des Kindes spielt dabei eine große Rolle. Da die Bezugnahme auf das affektive Erleben des Säuglings intuitiv meist in einer anderen Modalität vollzogen wird, es also eine Abweichung des Verhaltens gibt, diese aber in Intensität und Dauer genau der Gefühlsäußerung des Säuglings entspricht, bemerkt dieser, dass dies etwas anderes, als eine Nachahmung seines Verhaltens ist, und dass die andere Person auch seinen Gefühlszustand teilt und sich mit ihm

darüber verständigt (Stern, 1985/2010, S. 201). Ein Beispiel wäre, wenn das Kind sich daran erfreut mit dem Händchen in das Badewasser zu schlagen und die Bezugsperson dies mit „Patsch, patsch, patsch!“ im gleichen Rhythmus und mit der gleichen Intensität der Freude, ausgedrückt in Stimmlage und -stärke und Mimik beantwortet. „Die Affektabstimmung stellt folglich eine Ausführung von Verhaltensweisen dar, die die Gefühlsqualität eines gemeinsamen Affektzustandes zum Ausdruck bringen, ohne die Verhaltensäußerung des inneren Zustandes exakt zu imitieren“ (Stern, 1985/2010, S. 203).

Für das Kind ist es von entscheidender Bedeutung, ob und wie auf seine Erfahrungen reagiert wird, denn es entscheidet sich in dieser Phase, welche Erfahrungen mit einem anderen Menschen geteilt werden können, und mit welchen es allein bleibt (Stern, 1985/2010).

Das Empfinden des verbalen Selbst

Im zweiten Lebensjahr entsteht die Sprache und eröffnet neue Möglichkeiten des Austausches und der Bezogenheit. Während rund um den ersten Geburtstag noch das „Einwortstadium“ vorherrscht, bezeichnet Stern (1992/2020) den Reifungsschritt um das 18. Lebensmonat als Wendepunkt. Es beginnt die Phase des verbalen Selbstempfindens, in der das Kind Sprache immer besser versteht und beginnt sie zu gebrauchen.

Dabei führen neu erlernte Fähigkeiten, Dinge oder beobachtete Verhaltensweisen anderer mit Hilfe von inneren Vorstellungen abzuspeichern und zu einem späteren Zeitpunkt wiederzugeben, zum Entdecken von symbolischem Handeln im Spiel und zur Sprache, welche ja eine Form von Symbolisierung darstellt.

Nun ist das Kind immer mehr in der Lage, persönliches Erleben mitzuteilen und in der Kommunikation mit anderen werden gemeinsame Bedeutungen geschaffen. Stern (1985/2010) beschreibt, was im PZA mit „unbedingt positiver Beachtung“ ausgedrückt ist, nämlich wie wichtig es dem Kind ist, dass die Bedeutung, die es seinem Erleben gibt, von anderen verstanden wird. Auf der anderen Seite ist auch erstes empathisches Verhalten beim Kind zu beobachten.

Einhergehend mit der neuen Fertigkeit zu symbolisieren ist auch die Fähigkeit, „das Selbst zum Objekt der Reflexion zu machen“ (Stern, 1985/2010, S. 235) und „das Selbst zu objektivieren und so zu handeln, als wäre das Selbst eine begrifflich faßbare, äußere Kategorie“ (Stern, 1985/2010, S. 237). Kinder beginnen das Wort „ich“ oder den eigenen Namen zu gebrauchen.

Außerdem erkennen sie, dass sie als „objektives Selbst“ auch übergeordneten Entitäten angehören – die Geschlechteridentität bildet sich.

Aber zurück zur Verwendung der Sprache: Stern macht auch auf einen wichtigen Aspekt aufmerksam, nämlich dass das ganzheitliche Erleben, wie es sich beim Empfinden des Kernselbst und des subjektiven Selbst und des Erlebens von intersubjektiver Bezogenheit zeigt nicht in Sprache gegossen werden kann, weil in diesem frühen (und anhaltenden) Erleben vor allem amodale Wahrnehmung eine Rolle spielt. Sprachlich können nur bestimmte Teilaspekte verbalisiert werden. „Das globale Erleben kann zerrissen oder einfach unzulänglich dargestellt werden, so daß es sich entzieht und eine kaum verstandene Existenz unter falschem Namen führt“ (Stern, 1985/2010, S. 248). Stern spricht sogar von einer „Art der Inkongruenz zwischen dem Erleben und den Worten“ (Stern, 1985/2010, S. 257).

Ich möchte am Ende dieses Kapitels noch auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Aspekten aus der Säuglingsforschung und der personenzentrierten Therapietheorie eingehen, welche mir aufgrund ihrer möglichen Relevanz für eine Eltern-Kleinkindtherapie aufgefallen sind:

Aus theoretischer Sicht ist es meines Erachtens durchaus interessant Sterns Konzept der RIGs im Zusammenhang mit Rogers' Beschreibung der Entstehung von Bewertungsbedingungen zu betrachten. Ist eine bestimmte Durchschnittserfahrung des Kindes zu wenig von kongruenten Bezugspersonen empathisch verstanden und wertgeschätzt worden, müsste man davon ausgehen, dass diese RIG Bewertungsbedingungen enthält.

Stern (1985/2010) erwähnt zu den RIGs auch, dass diese durch neuerliche Erfahrungen, die in den Zusammenhang mit den entstandenen Repräsentanzen fallen, also durch das Wiedererleben des damit verbundenen Gefühls, aktiviert werden, jedoch auch verändert werden können, was im personenzentrierten Sinne „Veränderung durch Begegnung“ bedeuten würde. Stern merkt jedoch (sich auch auf Bowlby beziehend) an, dass die Veränderung von RIGs umso schwieriger wird, je mehr diese auf der Basis von frühen Erfahrungen gebildet wurden. Bezugnehmend auf die Selbstkonzeptentwicklung im personenzentrierten Sinne würde das bedeuten, dass die Bildung von Bewertungsbedingungen sehr früh schon ihren Lauf nimmt. Dies würde für einen möglichst frühen Beginn von Psychotherapie sprechen, nämlich dann, wenn die Selbststruktur noch weniger starr und offener für neue Erfahrungen ist und sich in Form einer Eltern-

Kleinkindtherapie die Gelegenheit sich bietet, Eltern für die regulierenden Interaktionsbedürfnisse ihrer Kinder zu sensibilisieren und sie in ihrer Aufgabe zu unterstützen.

Noch eine Gemeinsamkeit zwischen der Säuglingsforschung und der personenzentrierten Entwicklungstheorie ist, so denke ich, besonders für die Arbeit mit Kleinkindern erwähnenswert: Die für das Erleben von Intersubjektivität wichtige Voraussetzung der „Affektabstimmung“, wie sie von Stern beschrieben wird kann mit „Empathie“, wie Rogers sie als eine der Bedingungen für die Entwicklung des Selbst beschrieben hat, verglichen werden.

„Die Begriffe ‘responsiveness’ und ‘affect attunement’ beschreiben jeweils Handlungsformen gegenüber Säuglingen, die auf non-verbale Weise die personenzentrierten Kernbedingungen Empathie und Authentizität realisieren“ (Behr, 2008, S. 120). Genauso, wie es Stern (1985/2010) dabei nicht um Nachahmung des kindlichen Verhaltens geht, sondern um die Herstellung einer Verbindung zu den innerlichen Zuständen und darum dem inneren Erleben Ausdruck zu verleihen, geht es im Personenzentrierten Ansatz nicht um eine Technik, Worte zu wiederholen, sondern darum, „das innere Bezugssystem des Klienten zu erlangen, das Zentrum seines Wahrnehmungsfeldes zu erreichen und mit ihm als ‘Wahrnehmenden’ zu sehen“ (Rogers, 1951/1992, S. 44).

2.6 Die Bindungstheorie und die personenzentrierte Entwicklungstheorie

Interaktionserfahrungen sind der zentrale Aspekt sowohl der Bindungstheorie als auch der personenzentrierten Theorie. Um die personenzentrierte Entwicklungstheorie mit der Perspektive der Bindungstheorie zu vergleichen und zu erweitern, werden im Folgenden die Interaktionserfahrungen des Säuglings und des Kleinkindes hinsichtlich ihrer Relevanz auf die Selbstkonzeptentwicklung aus Sicht der Bindungstheorie beschrieben.

Die Bindungstheorie wurde vom englischen Psychoanalytiker John Bowlby formuliert. Zusammen mit Mary Ainsworths Forschungen über frühkindliche Einflüsse auf die emotionale Entwicklung gelang es zu verstehen, dass Bindung, also das lebenslange Streben nach engen emotionalen Beziehungen, ein angeborenes Bedürfnis des Menschen ist, das bis ins hohe Alter fortbesteht (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969/2006). Es sind auch Bindungserfahrungen, welche in den frühesten Jahren und über lange Zeit den größten Einfluss auf die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes haben. In das Konzept der Bindungstheorie fanden phylogenetisch-ethnologische, psychologische, ontologische und klinische Ansätze Eingang. Neuerdings

wird die Bindungstheorie auch durch Neurowissenschaften und Epigenetik bestätigt und bereichert (Grossmann & Grossmann, 2021).

In Hinblick auf die menschliche Evolution ist Bindung eine wichtige Voraussetzung für das Überleben des Menschen und auch sämtlicher Säugetiere. Der Mensch kommt als absolut schutzbedürftiges Wesen zur Welt und braucht Bindungspersonen, die ihn nähren, schützen und umsorgen, um heranwachsen zu können. Er sucht die soziale Interaktion aus eigenem Antrieb heraus. Bindungsverhalten, wie Weinen, Nachlaufen oder Protest bei Trennung von Bezugspersonen ist vermutlich epigenetisch schon sehr früh im Menschen verankert (Brisch, 2019).

Bowlby (1969/2006, S. 235) schreibt über diese Anlage, „dass die inneren Maßstäbe, an denen die Verhaltenskonsequenzen von Mutter und Kind gemessen werden, derart sind, dass sie die Entwicklung von Bindung stark begünstigen, denn Nähe und Austausch von Zärtlichkeiten werden von beiden als angenehm empfunden und bewertet, während Distanz und Abweisung von beiden als unangenehm oder schmerzlich empfunden und bewertet werden. Vielleicht bei keiner anderen Verhaltenskonsequenz sind die Bewertungsmaßstäbe im Menschen von Anfang an eindeutiger oder umweltstabiler. Sie sind in der Regel so stabil, dass man die Liebe des Kindes zur Mutter und die Liebe der Mutter zum Kind als einen wesentlichen Teil der menschlichen Natur betrachtet. Daraus folgt, dass, wenn immer im Verlauf der Entwicklung des Einzelnen diese Maßstäbe stark von der Norm abweichen, wie das gelegentlich geschieht, dieser Umstand in der Regel als pathologisch betrachtet wird.“

Durch Bowlbys Forschungen wird deutlich, dass der Mensch eine tief verankerte Anlage zur Bindung hat, welche als treibende Kraft zum Ausdruck kommt und für die Selbstentwicklung eine tiefe Bedeutung hat. Reisel und Wakolbinger (2006, S. 313) nennen das Bindungsbedürfnis „Suchen nach Bedingungsfreier Positiver Beachtung“. Auch Gahleitner (2008) und Finke (2022) sehen im Bedürfnis nach „unbedingt positiven Beachtung“ des personenzentrierten Ansatzes eine Entsprechung des Bindungsbedürfnisses in der Bindungstheorie. Dennoch unterscheidet Höger (2007) die Akzentuierung des PZA auf die „bedeutsamen Anderen“, welche für die Vermittlung und Symbolisierung von Gefühlen wichtig sind, von den in der Bindungstheorie angeführten „feinfühligsten Bindungspersonen“ (Grossmann & Grossmann, 2005; zit. nach Höger, 2007), mit deren Hilfe durch das Integrieren von Emotionen und motivierten Intentionen und deren sprachlichen Interpretationen psychische Sicherheit erlangt werden soll.

Nach Ainsworth et al. (1978) ist es für die Bindungsentwicklung des Kindes wichtig, dass seine Bezugsperson seine Signale wahrnimmt, sie richtig interpretiert und prompt und angemessen darauf reagiert, sodass das Kind sich von dieser Person auch wahrgenommen fühlt. Je mehr diese von ihr beschriebene „Feinfühligkeit“ gegeben ist, umso sicherer fühlt sich das Kind.

Das Kind entwickelt in der frühen Lebenszeit eine spezifische emotionale Bindung an eine Hauptbindungsperson, aber auch an einige wenige weitere Personen. Es bindet sich an jene Person am stärksten, die ihm die meiste Feinfühligkeit entgegenbringt (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969/2006). Diese Bindungsperson wird in der Bindungstheorie als der „sichere emotionale Hafen“ bezeichnet, also als ein emotionaler Bezugspunkt, welcher bei Not aufgesucht werden kann.

Sichere Bindung steht auch im Zusammenhang mit der Explorationsbereitschaft des Kindes. Je sicherer sich das Kind mit seiner Bindungsperson fühlt, desto freier vermag es auch die Umgebung zu erkunden, um bei möglicher Gefahr in den „sicheren Hafen“ (Grossmann u. Grossmann, 2021) zurückzukehren.

Man spricht in der Bindungstheorie von „Bindungsverhalten“, wenn das Bindungssystem aktiviert ist, das heißt, wenn das Kind Gefahr wahrnimmt, Angst verspürt und die Nähe zu seiner Bindungsperson sucht. Ist diese Nähe aber nicht herstellbar, reagiert das Kind mit Trennungsangst und Protest und jegliches Explorationsverhalten ist unmöglich, weil das Kind durch Stress in ein emotionales Ungleichgewicht geraten ist. Erst wenn das Bindungsbedürfnis befriedigt ist, vermag es die Umwelt wieder zu erforschen (Brisch, 2019).

Das Kind sucht aber auch während seiner Erkundungstätigkeiten immer wieder die Nähe zu seinen Bezugspersonen, um sich seiner Erreichbarkeit zu vergewissern, aber auch um Bestätigung von Wahrnehmungen und Affekten zu erhalten, also (wie bei Stern, 1985/2010 beschrieben) „Intersubjektivität“ herzustellen. Die beiden Verhaltenssysteme „Bindung“ und „Exploration“ sind zwar verschieden, sind aber für die Entwicklung von „psychischer Sicherheit“ im Zusammenspiel von Bedeutung (Grossmann & Grossmann, 2021).

2.6.1 Bindungsmuster in der Bindungstheorie

Je nachdem, welche Durchschnittserfahrungen das Kind in den ersten zwölf bis sechzehn Monaten im Zusammenhang mit seinen Bezugspersonen in bindungsrelevanten Situationen gemacht hat, also je nachdem wie feinfühlig diese mit ihm umgegangen sind, ihm also bei Verlan-

gen räumliche und körperliche Nähe, Schutz und Trost geboten haben, lassen sich bestimmte, voneinander unterscheidbare, relativ konstante Muster im Verhalten von Kind und Bezugsperson während einer Situation, in der das Bindungssystem aktiv ist, beobachten. In der Bindungstheorie spricht man von der Entwicklung eines bestimmten Bindungsmusters oder Bindungsstils (in der vorliegenden Arbeit werden diese Bezeichnungen synonym verwendet). Im „Fremde-Situations-Test“ nach Mary Ainsworth et al. (1978) an einjährigen Kindern und ihrer Bezugsperson kann deren Bindungsmuster schon deutlich sichtbar gemacht werden.

War die Bindungsperson meist vorhersagbar zugänglich, entwickelt sich ein „sicheres Bindungsmuster“ zwischen ihr und dem Kind. In der Bindungsbeziehung akzeptiert die Mutter sowohl Explorationsvorgänge, aber auch den Wunsch nach Nähe und Sicherheit und reagiert darauf feinfühlig. Das Kind wiederum vermag seine Gefühle frei auszudrücken.

War sie vorhersagbar unzugänglich, entwickelt sich ein „unsicher vermeidendes Bindungsmuster“. In einer für das Kind fremden Umgebung reagiert das Kind auf der Verhaltensebene weder auf kurze Trennung noch auf die Rückkehr der Mutter, wahrscheinlich um sich vor Emotionen der Zurückweisung zu schützen. Während das Kind äußerlich den Eindruck erweckt, dass alles in Ordnung wäre, weil es sich einem Spielzeug widmet, zeigen physiologische Untersuchungen jedoch ein erhöhtes Stressniveau.

War das Verhalten und die Zugänglichkeit der Bezugspersonen weitgehend nicht vorhersagbar, bildet sich ein „unsicher ambivalentes Bindungsmuster“. Das Kind protestiert bei Trennung in einer fremden Situation ungewöhnlich stark und kann bei Rückkehr der Bezugsperson nicht aufhören Bindungsverhalten zu zeigen, es klammert und kann sich nicht beruhigen.

Das desorganisierte Bindungsmuster beschrieb Mary Main (2009). Es tritt auf, wenn das Kind Beziehungstraumata erlebt hat und nach Trennungssituationen teils bizarre Verhaltensweisen zeigt, wie z.B. Erstarren, Nähe suchen und daraufhin auf die Mutter schlagen (Ainsworth et al., 1978; Biermann-Ratjen, 2006; Grossmann & Grossmann, 2021).

Im Zusammenhang mit Rogers' Selbstkonzeptentwicklung sehe ich den Personzentrierten Ansatz durch das Konzept der Bindungsmuster bestätigt. Rogers' Theorie wird anhand von konkreten Beschreibungen der Bedeutung von Interaktionserfahrungen besser verständlich. Es wird deutlich gemacht, „in welchen Selbsterfahrungen das Kind von Beginn seines Lebens an empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt werden möchte und muss, um ein stabiles Selbstkonzept entwickeln zu können“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 86), beziehungsweise wel-

che zwischenmenschlichen Gegebenheiten das Entstehen von Bewertungsbedingungen zum Schutze des kindlichen Selbst notwendig machen.

Ein sicheres Bindungsmuster würde organismische Bewertung zulassen, das Selbstbild des Kindes ist geprägt von Interaktionserfahrungen mit einer kongruenten Bezugsperson, welche die Erfahrungen des Kindes empathisch versteht und wertschätzt. Auf diese Weise kann beim Kind Sicherheit bezüglich des Selbst, der anderen Menschen und der Welt entstehen.

In den anderen Bindungsmustern wird schon spürbar deutlich, wie tendenziell weniger Erfahrungen und Bedürfnisse des Kindes nach Bindung empathisch verstanden und unbedingt beachtet werden, von der Bezugsperson, welche tendenziell weniger kongruent in der Beziehung ist.

„Die Vorstellung von sich selbst und den Beziehungen zur Umwelt, die das **Selbst** genannt wird, bildet sich aus der Integration von Selbsterfahrungen bzw. Wahrnehmungen von sich selbst in der Interaktion mit wichtigen anderen Personen“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 75). Wird das Bedürfnis nach positiver Beachtung bezüglich Bindung nun weitgehend nicht erfüllt, oder ist nicht vorhersehbar, oder sogar durch Gewalt ins Gegenteil geführt, entsteht ein Selbstbild, das viel Unsicherheit birgt und aufgrund der Selbstbehauptungstendenz aufrechterhalten werden muss. Beispielsweise hätte ein Kind mit unsicher-vermeidendem Bindungsstil dann schon im Alter von einem Jahr Bewertungsbedingungen entwickelt bzw. ein noch nicht verbalisierbares Selbstbild von sich als jemanden, der/die allein zurechtkommt oder zurechtkommen muss oder, der/die andere gar nicht braucht.

In diesem Sinne verweist Höger (2007) darauf, dass in Kombination mit dem Inkongruenzmodell Bindungserfahrungen als Risikofaktor für die Entstehung von Störungen mitbedacht werden sollten.

2.6.2 Die Entwicklung von Bindung

In einer gesunden Bindungsentwicklung erfährt das Kind viele Interaktionserfahrungen mit seinen Bezugspersonen, die von Feinfühligkeit gezeichnet sind. So werden Emotionen von Geburt an, im Laufe der Zeit immer differenzierter, organisiert. Die Beziehung ist zuerst dyadisch – auf die Mutter ausgerichtet, wobei der Säugling die Fähigkeit entwickelt hat, seine Bedürfnisse auszudrücken (Grossmann & Grossmann, 2021).

Ab dem sechsten Monat unterscheidet das Kind schon deutlich zwischen Bindungspersonen und anderen und reagiert vermehrt ängstlich auf diese, was umgangssprachlich oft als „Fremdeln“ bezeichnet wird. Das Kind akzeptiert nun Trost nur noch von Bindungspersonen.

Wichtig während der Explorationsphasen ist die geteilte Aufmerksamkeit mit den Bezugspersonen, die spätestens mit dem neunten Lebensmonat möglich ist. Das Kind ist nun in der Lage, gleichzeitig zwei Dinge zu erkennen und zu erfahren, nämlich das Ereignis selbst und die jeweilige Bedeutung, die die Eltern diesem Ereignis zuschreiben. Das Kind nimmt dies durch die Mimik und das Verhalten, später durch die Sprache der Eltern wahr.

Im zweiten Lebensjahr stabilisieren sich die Bindungsmuster. Mit zwölf bis achtzehn Monaten hat das Kind eine exklusive Bindung zu einer Hauptbindungsperson und wenigen „Nebenbindungspersonen“ aufgebaut (Brisch, 2019). Die Kinder werden immer selbständiger, haben Freude am Selbst-Bestimmen-Können, lernen Laufen und erweitern ihren Aktionsradius. Je mehr die Kleinen in der Kommunikation unterstützt werden und ihr Erleben von den Erwachsenen kommentiert wird, je mehr lernen sie Selbstkontrolle, da das Erlebte nicht mehr ausagiert werden muss, sondern mehr und mehr sprachlich ausgedrückt werden kann. Auch die Empathiefähigkeit wächst und die Kinder beginnen zu berichten, was sie bei anderen beobachten. Letztendlich entwickelt sich die Fähigkeit symbolisch zu spielen (Grossmann & Grossmann, 2021).

Wenn die Eltern sichere Bindungspersonen sind, erleben sie, wie ihr Kind sie als sichere Basis anerkennt, von der aus es immer weitere Erkundungen anstrebt, um stets auch wieder zurückzukehren, oder auch zurückzublicken, um sich der Gegenwart der Eltern zu vergewissern, oder sich das Einverständnis für ein Weitererkunden zu holen. Das wachsende Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Autonomie, auch nach Tüchtigkeit (Grossmann & Grossmann, 2021) gerät nun oft in Konflikt mit den elterlichen schützenden Grenzen, welche idealerweise so gesetzt werden, dass diese kindlichen Tendenzen so wenig wie möglich untergraben werden müssen.

Bei einem unsicher vermeidenden Bindungsmuster zeigt das Kind eine scheinbare Sicherheit und Explorationsbereitschaft. Es kann jedoch nicht so tief in die Erkundungen eintauchen, da es unter Stress steht. Das Kind vergewissert sich auch nicht seiner Bezugspersonen, da es bereits Enttäuschungen erlitten hat und falls es in eine Notlage kommt, tut es sich aus diesem Grund auch schwer, zu den Bindungspersonen zurückzukehren.

Ist ein Kind bindungsambivalent, wird der Radius seiner Erkundungen weniger groß sein und es wird sich mehr der Eltern vergewissern müssen. Es erlebt Angst in der Ablösung, weil es die Angst der Eltern spürt (Brisch, 2019).

Hat das Kind einen desorganisierten Bindungsstil ausgebildet, sendet es sehr widersprüchliche Bindungssignale. Es läuft beispielsweise bei Gefahr auf die Eltern zu, um plötzlich wieder umzukehren oder hinzufallen. Es umarmt, wie schon beschrieben, die Mutter und schlägt daraufhin wieder auf sie ein und ist sehr wütend, manchmal verfallen Kinder auch in tranceähnliche Zustände. Dies kann für Bezugspersonen großen Stress und Verunsicherung bedeuten (Brisch, 2019).

Bis zum Alter von drei Jahren differenziert sich das Bindungsverhalten immer mehr aus. Das Kind vermag Nähe und Distanz schon viel besser zu regulieren und auch die Bedürfnisse seiner Bezugspersonen zu erkennen und zu respektieren. Bowlby (1969/2006) spricht von einer „zielkorrigierten Partnerschaft“.

Das Kind entwickelt im Kleinkindalter auch langsam eine Vorstellung von Zeit und lernt die Absichten anderer zu erkennen. Dies erleichtert die gegenseitige Verständigung und das Verstehen sehr, denn eindringliche Worte von Bezugspersonen, wie beispielsweise das Verbot auf die Straße zu laufen, werden nicht mehr als Zurückweisung interpretiert, sondern können, bei gelungener Kommunikation auf die Absicht das Kind zu schützen, zurückgeführt werden.

Weiters vermag das Kind eine Trennung besser zu verstehen und wird nicht mehr als „Verlassenwerden“ empfunden, wenn die Bezugspersonen einen Grund nennen und ein Wiedersehen in Zusammenhang mit einem Zeitablauf (z.B. „wenn ich mit der Arbeit fertig bin“) in Aussicht stellt.

Die Bedeutung des Vaters für die emotionale Entwicklung des Kindes kommt in der triangulären Interaktionserfahrung, die zwischen Vater, Mutter und Kind entwickelt zum Tragen und ist grundlegend für den späteren Kontaktaufbau und das Interagieren mit mehreren Kindern (Brisch, 2019).

Grossmann und Grossmann (2021) beschreiben die Rolle des Vaters im Kleinkindalter als wesentlich, nämlich als Unterstützer und Begleiter, auch als Herausforderer bei Erkundungen und Explorationen. Untersuchungen ergaben einen Zusammenhang zwischen der Qualität dieser frühen Vater-Kind-Beziehung und der emotionalen und sozialen Entwicklung sowie der emotionalen Sicherheit in unbekannten Situationen bis zum Alter von 22 Jahren (Grossmann & Gross-

mann, 2021). Wieder ist es ideal, wenn Väter die Signale der Kinder bei Explorationen erkennen und diese richtig interpretieren und angemessen und prompt darauf reagieren (Brisch, 2019).

Bindungssicherheit und Explorationssicherheit sind also für das Entstehen von „psychischer Sicherheit“, welche Grossmann und Grossmann (2021) mit „begründetem, grundlegendem Selbstvertrauen“ gleichsetzen, verantwortlich. Dabei spielen erst die Eltern und daraufhin vertrauensstiftende Andere eine Rolle bei der liebevollen Unterstützung und der Förderung und Respektierung der Selbständigkeit.

Im Sinne der professionellen Unterstützung und Förderung der gelingenden Interaktion bzw. der Bindung zwischen Eltern und Kleinkind, soll im folgenden Kapitel nun eine theoretische Fundierung im Bereich der Personzentrierten Eltern-Kleinkindtherapie versucht werden.

2.7 Die personzentrierte Entwicklungs- und Therapietheorie bezogen auf Eltern-Kleinkindtherapie

Rogers' erste professionelle Interessen galten den Kindern: Schon während seines Studiums arbeitete Rogers am „Institute for Child Guidance“. Thema seiner Dissertation aus 1931 ist die Entwicklung eines Tests zur Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Auch seine Berufslaufbahn begann er im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit Kindern und Familien bei der „Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children“, deren Direktor er später wurde. In seinem 1939 erschienenen Buch „The Clinical Treatment of the Problem Child“ flossen seine kinder- und familientherapeutischen Erfahrungen ein. Inspiriert durch Otto Ranks „relationship therapy“, beginnen sich in Rogers' Überlegungen Grundlagen für seinen eigenen Ansatz herauszubilden. Es wird dabei deutlich, wie sehr es ihm darum ging, das kindliche Verhalten, welches er von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst sah, zu verstehen, wobei er schon damals die Wahrnehmung der emotionalen Aspekte im Beziehungsgeschehen grundlegend für Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderung erkannte (Reisel & Fehring, 2002).

Hinsichtlich des thematischen Schwerpunktes auf Kleinkinder in der vorliegenden Arbeit ist aber zu erwähnen, dass Rogers sich in seinem ersten Werk mit Schulkindern befasste. Über die „Interview Therapy“ ist zu lesen: „Ordinarily it is not for children of pre-school age“ (Rogers, 1939, S. 285).

Rogers Interessen verlagerten sich sodann in Richtung Erwachsenentherapie und die Personzentrierte Kinderpsychotherapie wurde vor allem von Virginia Axline entwickelt. Es handelt sich dabei um eine nondirektive Spieltherapie, die sich an die im Personzentrierten Ansatz formulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung orientiert.

Die Überlegungen und Weiterentwicklungen der Konzepte zur Kindertherapie beziehen sich altersmäßig in erster Linie auf Kinder, die von ihren Eltern eine relative Unabhängigkeit entwickelt haben und für die eine Einzelsitzung in Spieltherapie Sinn macht, wobei zusätzliche Elternberatung stets Teil der Therapie ist. In der personzentrierten Literatur werden Kinder etwa ab dem 4. Lebensjahr beschrieben (z.B. Weinberger, 2007). Diese Kinder weisen auch andere Störungsbilder auf als die ein- bis dreijährigen, bei denen sich besonders im zweiten Lebensjahr noch Schwierigkeiten im Bereich der Regulation beispielsweise durch Essstörungen oder Schlafstörungen zeigen. Ein weiterer Unterschied wäre die verbale Ausdrucksfähigkeit der Kinder, die noch ganz in ihren Anfängen ist, genauso wie die Möglichkeit, sich in Spielsequenzen symbolisch mitzuteilen. Mit den hier aufgegriffenen Aspekten lassen sich schon einige Gegebenheiten bzw. Ausgangsbedingungen feststellen, die die „Eltern-Kleinkindtherapie“ von anderen Anwendungsgebieten, wie der klassischen Spieltherapie mit älteren Kindern oder der Erwachsenenpsychotherapie unterscheidet. Ich möchte darauf im nächsten Kapitel eingehen und im weiteren Verlauf folgende Fragestellungen, die sich mir eröffnen, aufgreifen:

Welche Besonderheiten sollten in einer Psychotherapie mit ein- bis dreijährigen Kindern berücksichtigt werden? Müssen die theoretischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes erweitert oder adaptiert werden? Wie lassen sich die von Rogers formulierten „Bedingungen für den therapeutischen Prozess“ (1959/1987) unter den gegebenen Voraussetzungen dieser Klient*innengruppe verwirklichen?

Um diesen Fragen nachzugehen, ist es meines Erachtens hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, unter welchen besonderen entwicklungspsychologischen, neurologischen und familiären Ausgangs- und Rahmenbedingungen eine Therapie für Kleinkinder stattfindet. Dem ist das folgende Kapitel gewidmet.

2.7.1 Ausgangsbedingungen und Rahmenbedingungen in der Eltern-Kleinkindtherapie

Im Kap. 2.2 wurde dargelegt, dass sich Kinder ungefähr zwischen dem ersten und dritten Geburtstag in einer grundlegenden Phase der Entstehung des Selbst befinden. Meilensteine dieser

Phase sind die Entwicklung von Sprache und von symbolischem Spiel und vermehrte Autonomiebestrebungen. Durch die enorme Bedeutung von Interaktionserfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen für die psychische Entwicklung, ist es im Rahmen von Psychotherapie unumgänglich, den Blick auch weiter hinaus - auf das Familiensystem zu lenken. Aber es lohnt sich, wie ich meine, ebenso „nach innen“ zu sehen, und neurophysiologische Prozesse, welche mit der psychischen Entwicklung eng im Zusammenhang stehen, mitzubeachten, wie das folgende Kapitel zeigen wird.

2.7.1.1 Neuronale Entwicklungsvorgänge und deren Implikation für Psychotherapie

Die zunehmende Konsolidierung neuronaler Vernetzungen

Durch die Plastizität des Gehirns können wir uns in jedem Lebensalter entwickeln und unsere Bewertungen durch neue Beziehungserfahrungen verändern. Zu bedenken ist jedoch, dass neuronale Verschaltungen, umso stärker anwachsen, je mehr und, aus der Sicht des Individuums, je erfolgreicher sie benutzt werden (Lux, 2007). Auch Stern (1985/2010) weist in diesem Zusammenhang darauf hin (s. Kap. 2.5), dass bereits gebildete innere Repräsentanzen aus Interaktionserfahrungen zeitlich immer schwieriger zu verändern werden, besonders wenn sie sich wiederholen und verfestigen. Das bedeutet aus neurologischer Sicht, dass es uns viel leichter fällt, auf die Art und Weise wahrzunehmen, zu fühlen, zu bewerten, wie wir es aufgrund der bereits oft benutzten neuronalen Verbände gewohnt sind.

Nun können, bei Vorherrschen von weniger förderlichen Beziehungsvoraussetzungen, diese Bahnungen aber schon in frühester Lebenszeit in Form von Bewertungsbedingungen angelegt werden, also neuronale Strukturen „geprägt“ werden, die das „hirnbiologische Substrat“ (Braun, Helmke & Bock, 2019, S. 59) als Grundlage für weitere Entwicklungsprozesse bilden. „Die Gefahr der Bahnung sehr einseitiger, das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmender neuronaler Verschaltungsmuster ist umso größer, je häufiger ganz bestimmte Strategien der Angstbewältigung von einem Menschen im Lauf seiner Entwicklung immer wieder eingesetzt und subjektiv als besonders erfolgreich bewertet werden“ (Hüther, 2001, S. 9) Im ungünstigen Fall entstehen, wie bereits erwähnt, in den ersten Lebensjahren psychische Störungen und auch Hüther (2001) bestätigt durch seine neurologischen Untersuchungen, dass durch Wiederholungen verinnerlichte Strukturen später therapeutisch schwer aufzulösen sind, gleichzeitig konnte aber aufgezeigt werden (Brisch, 2019), wie diese durch Beziehungserfah-

rungen angebahnten Entwicklungen durch sehr zeitige Interventionen verändert werden können, bzw. „schneller und umfassender korrigiert werden können, je jünger unsere Patienten sind“ (Jürgens-Jahnert, 2011, S. 94).

Die verzögerte Entwicklung des expliziten Gedächtnisses

Eine weitere Besonderheit, die für eine frühzeitige Therapie spricht, ist, dass unsere ersten Erinnerungen erst mit dem dritten oder vierten Lebensjahr einsetzen, denn zuvor ist unser explizites Gedächtnis noch nicht funktionsfähig und wir verfügen noch über kein episodisches Gedächtnis. Fällt der Beginn einer schwierigen Entwicklung in das erste oder zweite Lebensjahr, so werden unsere Erfahrungen im impliziten Gedächtnis abgespeichert, welches unserem Bewusstsein nicht zugänglich ist. Lux (2007) macht darauf aufmerksam, dass diese impliziten Beziehungserfahrungen sich „später in emotionalen und körperlichen Reaktionen sowie in automatisierten Beziehungsmustern äußern“ können (Lux, 2007, S. 45). Da Symbolisierungsprozesse aber auf das explizite Gedächtnis angewiesen sind, wird verständlich, dass diese frühen impliziten Erfahrungen im Explorationsprozess schwer zugeordnet werden können und unverständlich, ja sogar als bedrohlich erlebt werden können (Lux, 2007).

2.7.1.2 Familiäre Einflüsse

Die zunehmende Konsolidierung von Bindungsmustern

Entwicklungspsychologische und neurologische Erkenntnisse über die frühe Kindheit als grundlegende, auch prägende Phase für die Anlage und die Entwicklung unseres Selbstkonzeptes werden von der Bindungstheorie bestätigt (Braun et al., 2019). Wie im Kapitel 2.6.1 beschrieben wurde, zeichnet sich mit Vollendung des ersten Lebensjahres bereits ein Bindungsmuster ab, welches, je nachdem in welchem Ausmaß feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen wurde, einen mehr oder weniger sicheren Bindungsstil aufweist. Ich denke, auch in Hinblick auf die Verfestigung von Bindungsmustern kann ein möglichst früher Therapiebeginn nur von Vorteil für die weitere Entwicklung des Kindes sein. Dabei ist zu beachten, dass dieses zwar seinen Erkundungsradius im zweiten Lebensjahr schon erweitert, das Kleinkind seine Eltern aber noch dermaßen braucht, dass diese in die Therapie miteinbezogen werden müssen.

Der starke Einfluss der Eltern auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Inkongruenz

Durch die starke Abhängigkeit des Kleinkindes von seinen Eltern kann auch die Behandlung der Inkongruenz nur im Zusammenhang mit den Eltern erfolgen, auch weil die Inkongruenzen des Kindes mit denen der Eltern in Verbindung stehen und durch sie entstanden sind, wie in den Kapiteln 2.1 - 2.4 bereits deutlich gemacht wurde. Da diese Zusammenhänge für die Eltern-Kleinkindtherapie meines Erachtens eine zentrale Rolle spielen, möchte ich darauf im nächsten Kapitel ausführlich eingehen.

2.7.2 Verschiedene Ebenen von Inkongruenz

In Kap. 2.3 zur personenzentrierten Störungstheorie wurde beschrieben, wie Rogers die Entstehung von Inkongruenz aufgrund des kindlichen Angewiesenseins auf die unbedingte Wertschätzung und Einfühlung seiner kongruenten Bezugspersonen nachvollziehbar macht. Inkongruenz, wie sie in der personenzentrierten Theorie verstanden wird, meint immer die Diskrepanz von Selbstkonzept und Erfahrung einer *einzelnen* Person. Aufgrund des Eingebettetseins von Kleinkindern in das Familiengefüge macht es meiner Meinung nach Sinn, ergänzende Kategorisierungen aus der personenzentrierten Familientherapie (Gaylin, 2002), wie der Inkongruenz der Eltern und der familiären Inkongruenz heranzuziehen. In diesen Konzepten wird „vor allem das Verständnis der Selbstaktualisierungstendenz um den in ihr enthaltenen Aspekt der Familienaktualisierungstendenz erweitert, sowie neben der intrapersonellen Inkongruenz konsequent auch die interpersonelle Inkongruenz in Betracht gezogen“ (Gaylin, 2002, S. 319).

In den folgenden Kapiteln werde ich zuerst auf die Inkongruenz des Kleinkindes eingehen, sodann aber auch Zusammenhänge zwischen dieser und der elterlichen Inkongruenz bzw. der familiären Inkongruenz herstellen.

2.7.2.1 Inkongruenz des Kleinkindes

Im Selbstkonzept des Kindes, welches sich im Alter von einem Jahr gebildet hat, sind Erfahrungen, die für dieses als bestätigend erlebt wurden, integriert. Andere Erfahrungen, die von Bezugspersonen nicht empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wurden, werden als bedrohlich für das Selbst und auch die Selbstachtung empfunden – die so entstandene Inkongruenz wird als Angst erlebt. Biermann-Ratjen beschreibt in ihrem Störungsmodell (s. Kap. 2.4)

unterschiedliche Qualitäten der Angst, welche während dem späteren Erleben jener ursprünglichen Inkongruenz auslösenden Situation auftreten und welche Rückschlüsse auf die Entwicklungsphase ihrer Entstehung zulassen. Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff (2002) betonen in diesem Zusammenhang, dass frühe Störungen, weil sie in den vorsprachlichen Bereich fallen, grundsätzlich zu einer Entwicklungs-, d.h. Selbststrukturstörung, führen, da die Möglichkeit der Abwehr durch Symbolisierungs- bzw. Begriffsbildungsprozesse fehlt und deshalb nur eine direkte Kompensation oder Spaltung möglich ist.

Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff (2002) haben auf Basis der Entwicklungsstufen (vorwiegend nach Stern) eine Zusammenfassung möglicher Inkongruenz verursachender Beziehungserfahrungen zusammengetragen. Im Folgenden möchte ich davon die Störungsentstehung während des zweiten und dritten Lebensjahres (weil diese Phase in dieser Arbeit fokussiert wird) und die Folgen für die Selbstentwicklung bzw. Folgesymptome herausgreifen. Dazu ist jedoch zu bemerken, dass die Phasen der Selbstentwicklung sich überlappen und jede beginnende Phase weiterhin andauert (Stern, 1985/2010), womit Erfahrungen und Entwicklungen, welche primär vorangehenden Phasen zugeordnet werden, weiterhin Relevanz haben, was aus personenzentrierter Sicht mit dem Konzept der Tendenz zur Selbstaktualisierung (Rogers, 1959/1987), so meine ich, gut vereinbar ist.

Entwicklungsaufgabe in der Phase des subjektiven Selbstempfindens rund um das erste Lebensjahr (7./9.–15./18. Monat) ist der Aufbau der Grundlagen für intersubjektives Verstehen bzw. der Erwartung, verstanden zu werden sowie die Ausbildung eines grundsätzlichen Vertrauens auf die Existenz und die Berechtigung der eigenen Affektzustände und Erfahrungen. Das elterliche Akzeptieren dieser und das Einstimmen und Mitschwingen darauf sind wichtige kongruenzfördernde Beziehungserfahrungen des Kleinkindes. Fehlt die Empathie der Eltern oder ist die Affektabstimmung nur selektiv, fehlerhaft, aber auch unter oder übertrieben, können mögliche negative Folgen für die Selbstentwicklung laut Hufnagel und Fröhlich-Gildhoff (2002) keine oder fehlerhafte Repräsentation der psychischen Zustände anderer Menschen, Mangel an Empathiefähigkeit und die Erwartung, von anderen nicht verstanden zu werden, sein. Weiters führen die Autoren Zweifel an der Daseinsberechtigung und Richtigkeit der eigenen Affekte und Interessen an, was zu narzisstischen, hysterischen Störungen bzw. Selbstwertstörungen, Depression oder schizoiden Störungen führen kann.

Ab dem Alter von 15 bis 18 Monaten entwickelt sich das Verbale Selbst und damit die Integration von sprachlichen Repräsentationen von Interaktionserfahrungen (RIGs) und die Fähigkeit

und das Vertrauen darin, Erleben angemessen sprachlich ausdrücken zu können bzw. in das begriffliche Repräsentationssystem integrieren zu können. Es bilden sich auch die Grundlagen für den Umgang mit sprachlich gebundenen intrapsychischen Konflikten (z.B. Wunschphantasien vs. Realität). Zuletzt ist dies auch die Phase der Entwicklung von (symbolisierter Phantasie). Seitens der Eltern können unklare, widersprüchliche oder vereinnahmende Sprache und fehlende Unterstützung bei der Bewältigung erster sprachgebundener intrapsychischer Konflikte zu negativen Auswirkungen auf die Selbstentwicklung des Kleinkindes führen. Diesbezüglich nennen Hufnagel und Fröhlich-Gildhoff (2002) die Entwicklung von Misstrauen bezüglich sprachlich-begrifflicher Repräsentationen und Ausdrucksformen und/oder Selbstzweifel über die Fähigkeit, affektives Erleben adäquat in Sprache fassen zu können. Dies kann unter Umständen die Einschränkung oder Blockierung der Symbolisierung von Erfahrungen bedeuten, weiters die Verweigerung sprachgebundener Interaktion (Mutismus), eine Tendenz zu depressivem Rückzug, begrifflich „fehlerhaft“ kanalisierte Ängste (Phobien), Tendenz zu Anpassung bzw. Vorformen von Zwängen, Erstarrung oder Abspaltung ganzheitlicher Konflikte von der begrifflichen Repräsentationsebene (Wurzeln psychosomatischer Störungen).

Bis zum vollendeten dritten Lebensjahr steht für das Kind die Entwicklung von Autonomie (vs. Abhängigkeit) im Vordergrund seiner Bestrebungen. Hauptthemen dieser Phase sind die Entwicklung eines integrierten und autonomen Selbst und die Regulation von Autonomie und Abhängigkeit. Im Idealfall bilden sich klare und gefestigte innere Repräsentationen von sich und den Bezugspersonen. Gefahren für Inkongruenz verursachende Beziehungserfahrungen sind Tendenzen der Bezugspersonen, die die Autonomiebestrebungen des Kindes durch Vereinnahmung, In-Abhängigkeit-halten, Bestrafung autonomer Tendenzen, aber auch Überforderung durch zu hohe Eigenständigkeitserwartungen oder widersprüchliche Anforderungen und Botschaften. Dies könnte in der Folge Konflikte und Unsicherheiten beim Erleben autonomer Impulse und deren Realisierung auslösen und zu Ängsten in neuen Situationen, aber auch zur Unterdrückung von aggressiven Impulsen führen. Als Autonomie-Regulationsstörungen im Kindesalter nennen Hufnagel und Fröhlich-Gildhoff (2002) Enuresis und Enkopresis. Als Folgesymptom einer missglückten Autonomieentwicklung nennen sie auch symbiotische Tendenzen und Verlustängste und orten die Wurzeln von Leistungsstörungen.

Bis zum vierten und fünften Lebensjahr ist auch die Gestaltung triadischer Beziehungen eine wichtige Entwicklungsaufgabe und die Kleinkinder benötigen Unterstützung bei Regulations- und Abstimmungsprozessen in Beziehungsdreiecken. Inkongruenz verursachende Beziehungs-

erfahrungen wären beispielsweise, wenn Eltern versuchen, das Kind für sich zu vereinnahmen oder aber die Bezugspersonen nicht als Einheit wirken würden. Dies könnte beim Kind dazu führen, dass es keine sicheren inneren Instanzen von triadischen Beziehungen entwickelt, diese eventuell sogar als bedrohlich erlebt. Es kann zu einer überengenden Bindung mit einer Bezugsperson kommen und dadurch zu engem „Klammern“ und starker Eifersucht, auch zu Verunsicherung des Selbstwertes.

Im Zusammenhang mit der Thematik Eltern-Kleinkindtherapie ist für mich beim Durchblick der Literatur bezüglich Inkongruenz sowie des Entwicklungs- und Störungsmodells des Personzentrierten Ansatzes doch auffällig, dass frühe Symptome des Babys oder Kleinkindes, die auf eine sich entwickelnde Inkongruenz verweisen, fehlen. Ich meine damit Regulationsstörungen, wie Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen aber auch Spielstörungen oder Trennungsschwierigkeiten. Dies mag damit zusammenhängen, dass es noch keine Konzepte für Personzentrierte Eltern-Kleinkind-Therapie gibt. Abgesehen davon, denke ich jedoch, dass es altersunabhängig – bis hin zur Erwachsenentherapie - von diagnostischem Interesse sein könnte, diese frühen Symptomatiken in das Blickfeld zu rücken.

Im nächsten Kapitel sollen die Schwierigkeiten und Nöte der Eltern mit einbezogen werden. Ausführliche Längsschnittstudien bestätigen die transgenerationale Weitergabe von elterlichen Erfahrungen aus ihrer eigenen Kindheit an Säuglinge und Kleinkinder (Brisch, 2019), weshalb es wichtig ist, sich mit der elterlichen Inkongruenz zu befassen.

2.7.2.2 Inkongruenz der Eltern

Auf die vielfältigen Ausprägungen von durch ungünstige Beziehungserfahrungen entstandenen Inkongruenzen der Eltern kann im Rahmen dieser Arbeit nicht detailliert eingegangen werden, zu groß ist die Vielzahl von Erscheinungsmöglichkeiten. Hier spielt die Entstehungsgeschichte der Inkongruenz der/des Einzelnen eine Rolle. Im Zusammenhang mit der Inkongruenz des Kindes muss aber in jedem einzelnen Fall der Frage nachgegangen werden, weshalb das Erleben des Ausdrucks oder der Bewertung einer Erfahrung des Kindes das Selbstbild der Eltern bedroht und diese die kindliche Erfahrung entweder nicht beachten können oder diese verurteilen. Es ist auch möglich, dass es im Sinne der Selbsterhaltung der Eltern zu einer Abwertung des Kindes kommt, das für die eigene Erfahrung von Bedrohung verantwortlich gemacht wird (Renger, 2018).

Ein Beispiel für die Auswirkung elterlicher Inkongruenz auf das Kleinkind

Ein Vater beschreibt sein Unverständnis für das Weinen seiner zweijährigen Tochter, wenn die Mutter das Haus verlässt. „Sie müsste ja schon wissen, dass sie wieder zurückkommt!“ meint er. Im Laufe der Stunde stellt sich heraus, dass er selbst sich nicht erinnern kann, als Junge von seinen Eltern Trost erfahren zu haben und zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie wird deutlich, dass er bei sich selbst das Gefühl von Traurigkeit kaum wahrnehmen kann.

Eine intrapersonelle Inkongruenz kann auch zu einer familiären Inkongruenz führen, wie im nächsten Kapitel gezeigt wird.

2.7.2.3 Familiäre Inkongruenz

Die Zeit der Familiengründung und Elternschaft ist eine Zeit der Veränderung. Das Gemeinsame rückt unweigerlich ins Bewusstsein, neue Rollen müssen gefunden und erprobt werden, zur Selbstwahrnehmung kommt nach der Wahrnehmung als Paar auch die Wahrnehmung von „Wir als Familie“ hinzu. Lieb (2018) spricht von einem sich aus den jeweiligen Beziehungs- und Bindungserfahrungen entwickelnden Paar- und Familienkonzept, welches Teil des Selbstkonzeptes ist. „Familie ist ein so ursprünglicher Aspekt dessen, wer wir sind – wie wir uns selbst im Verhältnis zu anderen sehen –, dass sie in unserem Selbstkonzept enthalten ist und deshalb zu einem Teil unserer Selbstaktualisierungstendenz wird.“ (Gaylin, 2002, S. 321). Familienkonzept meint „die Annahmen, Glaubenssätze, Werte, Verhaltensregeln und Intentionen des Individuums über `Familie-Sein` in jedem einzelnen Familienmitglied“ (Lieb, 2018, S. 55). Ein gemeinsames Familienkonzept entsteht durch Entwicklungs- und Aushandlungsprozesse und ist immer durch die Selbstkonzepte der Partner*innen geformt. Nun können Inkongruenzen der einzelnen Personen zu einer familiären Inkongruenz führen (Gaylin, 2002), nämlich wenn das Selbstbild bzw. der Selbstwert des Familienmitgliedes vom Familienkonzept bedroht wird (Renger, 2018). Es kann aber auch sein, dass sich das gemeinsame Bild von Familie und die Erwartungen als Familie nicht erfüllen und deshalb das Erleben in Zusammenhang mit Familie als Bedrohung für das Selbst- und Familienkonzept wahrgenommen wird. Renger (2018) meint, dass die Entstehung von Inkongruenzen in komplexen und engen Systemen, wie dem einer Familie, begünstigt ist, besonders wenn diese auf Veränderungen reagieren müssen.

Ein Beispiel aus der Praxis

*Eine Mutter, deren jüngeres Kind nun zwei Jahre alt ist, erzählt vom Vorhaben, das die Eltern eigentlich gehabt hätten, nämlich dass zum zweiten Geburtstag des Kindes beide Eltern wieder vollzeitlich ihrem Beruf nachgehen. „Das sollte sich doch organisieren lassen!“ war die Annahme. Leider konnte aber keine befriedigende Betreuung gefunden werden und die Kleine fand letztendlich in einer großen Kindergruppe mit wenigen Pädagog*innen einen Platz. Die Eingewöhnung verlief schwierig und besonders wenn die Kleine krank ist, möchte sie ihre Mama nicht weggehen lassen, was diese zur Verzweiflung bringt und mit quälenden Versagensgefühlen verbunden ist. Das Bild der Eltern von einer fortschrittlichen, organisierbaren Familie (in der das nachvollziehbare Bedürfnis nach Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit machbar ist) steht im Konflikt mit dem Bindungsbedürfnis des Kindes.*

Nach der Darstellung der kindlichen Selbstentwicklung in den ersten Lebensjahren und möglicher Störungen dieser Entwicklung skizziere ich im folgenden Teil dieser Arbeit mögliche Leitlinien und Praxisperspektiven für eine Personzentrierte Psychotherapie, in deren Mittelpunkt das Kleinkind mit seinen Bedürfnissen und Nöten steht. Ich gehe dabei von der Grundlage personzentrierten Herangehens aus, nämlich der Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in.

2.7.3 Das personzentrierte Beziehungsangebot in der Eltern-Kleinkindtherapie

Die von Rogers (1959/1987) genau definierte Beziehungsqualität zwischen Therapeut*in und Klient*in ist die Grundlage für konstruktive Veränderung in der Personzentrierten Psychotherapie. Rogers, der in diesem Zusammenhang wohl in erster Linie das klassische Therapeut*in – Klient*in – Setting vor Augen hatte, nennt sechs Bedingungen, welche über einen gewissen Zeitrahmen gegeben sein müssen, damit Persönlichkeitsentwicklung geschehen kann:

1. Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der *Inkongruenz*; sie ist *verletzlich* und *voller Angst*.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist *kongruent* in der *Beziehung*.
4. Der Therapeut *empfindet bedingungslose positive Beachtung* gegenüber dem Klienten.
5. Der Therapeut erfährt *empathisch* den *inneren Bezugsrahmen* des Klienten.

6. Der Klient *nimmt* zumindest in geringem Ausmaß die Bedingungen 4 und 5 *wahr*, nämlich die *bedingungslose positive Beachtung* des Therapeuten ihm gegenüber und das *empathische Verstehen* des Therapeuten (Rogers, 1959/1987, S. 40).

Für Rogers besteht der Prozess der Therapie, welcher durch diese Beziehung in Gang kommt, in der Verminderung oder Aufhebung von Inkongruenz. Was bedeutet dies nun für die Arbeit mit Kleinkindern?

Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen von Inkongruenz

Für die Verminderung der Inkongruenz bei Kleinkindern muss berücksichtigt werden, dass die Symptome, die ein Kleinkind zeigt, eng in Zusammenhang mit der Inkongruenz seiner Eltern zu sehen sind (s. Kap. 2.7.2 zur Inkongruenz der Eltern, der familiären Inkongruenz und zur Inkongruenz des Kleinkindes). Um allen Ebenen von Inkongruenz gerecht zu werden, muss deshalb das therapeutische Beziehungsangebot auf die Eltern ausgedehnt werden. Therapeut*innen obliegt daher die Aufgabe, sich zu bemühen, den *inneren Bezugsrahmen der Eltern* sowie den damit zusammenhängenden *inneren Bezugsrahmen des Kleinkindes* während des gesamten Therapieprozesses *unbedingt positiv zu beachten und empathisch zu verstehen*.

Ziel der Eltern-Kleinkindtherapie

Dieses besteht darin, die bereits entstandene Inkongruenz beim Kleinkind zu minimieren. Dazu ist es notwendig, familiäre oder persönliche Inkongruenzen der Eltern zu vermindern und die Beziehung zwischen Eltern und Kleinkind zu verbessern. Eltern sollen durch ihre eigene Selbstkonzepterweiterung für die Bedürfnisse ihres Kindes empfänglicher werden und diese zunehmend besser erfüllen können.

Aus diesen Überlegungen über Wege zur Verminderung der kindlichen Inkongruenz ergeben sich für mich in der Eltern-Kleinkindtherapie, wie ich sie in Anlehnung an verschiedene Strömungen und Ansätze der personenzentrierten und analytischen Richtungen, welche übergreifend mit Eltern und Kind arbeiten, vorschlage, zwei Schwerpunkte: nämlich die *Arbeit mit den Eltern*, bei der deren persönliche oder familiäre Inkongruenz im Mittelpunkt steht und die *Arbeit mit Kleinkind und Eltern*, bei der es vor allem um die Beziehung zwischen Eltern und Kleinkind geht (vgl. dazu Gaylin, 2002, über den Personenzentrierten Ansatz in der Familientherapie; Hol-

lick, 2018, über Personenzentrierte Familientherapie und -beratung mit der ganzen Familie; Fraiberg, 2022, oder Berger et al., 2018, zu psychoanalytischen Ansätzen zur Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern; Brisch, 2019, zur Bindungspsychotherapie; und Harms, 2017, zur Körperpsychotherapie mit Säuglingen und Eltern).

Eltern-Kleinkindtherapie wird in dieser Arbeit als übergeordnete Bezeichnung für beide Settings verwendet, **Elterntherapie** meint die Arbeit mit Eltern, also vor allem Eigentherapie, aber auch die Arbeit mit dem Elternpaar und mit **Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind** ist die Arbeit mit Eltern und Kind im Mehrpersonensetting gemeint, in welchem meist gespielt wird. Für die Eltern-Kleinkindtherapie ergänzen sich die Settings und bedingen einander, wie später im Praxisteil dieser Arbeit noch erörtert wird. Die Elterntherapie nimmt m.E. dabei den größeren, unerlässlichen Teil der Eltern-Kleinkindtherapie ein, da die Arbeit an der Inkongruenz der Eltern so wichtig für die Qualität der Beziehung ist, welche Eltern ihrem Kind bieten können. In der vorliegenden Masterthesis nimmt aber die „Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind“ dennoch einen größeren Raum ein, weil dieses Setting im Vergleich zur klassischen Therapie oder Paartherapie wenig bekannt ist und für eine personenzentrierte Arbeit, in deren Mittelpunkt das Kleinkind steht, hier vorgestellt und therapietheoretisch begründet werden soll. Dabei ist es mir wichtig, eine **kleinkindzentrierte** Perspektive einzunehmen und kleinkindzentriert zu arbeiten, obwohl es die Eltern sind, die oft unter großem Leidensdruck um Therapie ansuchen, und der Großteil der Eltern-Kleinkindtherapie in der Aufarbeitung der elterlichen Probleme besteht. Patient*in ist dennoch das Kleinkind, welches sich zwar sprachlich noch nicht gut verständlich machen kann, sein Leiden jedoch oft durch Symptome zeigt. Obwohl ich störungsspezifisches Verstehen des kleinkindlichen Ausdrucks als hilfreich erachte, gebe ich „Individuumszentrierung statt einer Problemzentrierung und der Betonung persönlicher Entwicklung statt einer Verhaltensregulierung“ (Keil & Stumm, 2002, S. 59) den Vorzug. Konkret bedeutet für mich, kleinkindzentriert zu arbeiten, dass die Erlebens- und Erfahrungswelt des Kleinkindes Zentrum, Ausgangspunkt und Bezugspunkt therapeutischen Verstehens und Handelns ist, sei dies nun im persönlichen Kontakt im Beisein der Eltern oder über die Reflexion und therapeutische Arbeit mit den Eltern. Dieser Zugang unterscheidet sich von einer familientherapeutischen Herangehensweise, weil der Fokus auf das Kleinkind und nicht auf das Familiensystem gelegt wird, obwohl dieses natürlich miteinbezogen werden muss. Auch im Vergleich zu einer klassischen Psychotherapie, in der eine Elternperson im Rahmen der Behandlung *auch* Probleme mit dem Kleinkind thematisiert, besteht eine Schwerpunktverschiebung hin zum Kleinkind. Die Erkennt-

nisse der personzentrierten Entwicklungstheorie über das Bedürfnis nach unbedingt positiver Anerkennung, nach Empathie und der Präsenz kongruenter Bezugspersonen für die Selbstentfaltung, welche sich mit der Bindungstheorie und Säuglingsforschung decken, führen mich zur Konsequenz, das Erleben des Kleinkindes und dessen Erfahrungen und Bedürfnisse ins Zentrum der personzentrierten, hier also „kleinkindzentrierten“ Arbeit zu stellen.

Im Folgenden möchte ich die Theoriegrundlagen des Personzentrierten Ansatzes für die beiden in der Eltern-Kleinkindtherapie vorkommenden Settings „Elterntherapie“ und „Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind“ erörtern.

2.7.3.1 Das personzentrierte Beziehungsangebot an die Eltern: Elterntherapie

Kontakt, unbedingt positive Beachtung und Empathie für den inneren Bezugsrahmen

Es liegt nicht nur aus theoretischer Sicht auf der Hand, den therapeutischen Kontakt auf die Eltern auszudehnen, wenn man die Inkongruenz der Kinder behandeln will, sondern ist auch praktisch naheliegend, Eltern, die manchmal besonders zu Therapiebeginn unter starkem Leidensdruck stehen, empathisch zu begegnen und ihr Erleben unbedingt positiv zu beachten. In der dadurch entstehenden vertrauensvollen Beziehung kann der therapeutische Prozess vorangehen.

Inkongruenz der Eltern

Eltern können mehr oder weniger Bewusstheit über ihre Inkongruenz oder die Bedeutung verschiedenster Aspekte der Beziehung zu ihrem Kind für dessen positive Entwicklung, aber auch gegenteilig, für verschiedene Symptome als Ausdruck von Stagnation bzw. Inkongruenz, mitbringen.

Rogers schrieb in seinen Ansätzen eines Gesetzes der zwischenmenschlichen Beziehung Folgendes:

Je größer die kommunizierte *Kongruenz* von *Erfahrung*, *Gewahrsein* und Verhalten bei einem der Individuen, umso mehr wird die sich entwickelnde Beziehung die Tendenz wechselseitiger Kommunikation mit den gleichen Qualitäten beinhalten, nämlich des gegensei-

tigen korrekten Verstehens der Kommunikation, der verbesserten *psychischen Ausgeglichenheit* und Handlungsfähigkeit auf beiden Seiten und der wechselseitigen Befriedigung durch diese Beziehung.

Umgekehrt: Je größer die kommunizierte *Inkongruenz* zwischen *Erfahrung*, *Gewahrsein* und Verhalten, umso mehr wird die sich entwickelnde Beziehung weitere Kommunikationen derselben Qualität enthalten, nämlich Auflösung des exakten Verstehens, nachlassende *psychologische Ausgeglichenheit* auf beiden Seiten und gegenseitige Frustration in der Beziehung (Rogers 1959/1987, S. 64).

Rogers betonte, dass seine (sich damals noch in Entwicklung befindliche) Theorie für alle zwischenmenschlichen Beziehungen gilt. Angewandt auf die Beziehung zwischen erwachsener Bezugsperson und Kleinkind ist zu bemerken, dass, obwohl die Art der Kommunikation und des Verstehens zwischen diesen teilweise auf einer sinnlich-ganzheitlichen bzw. körperlichen Ebene stattfindet, sehr gut nachvollzogen werden kann, welche Bedeutung die Erfahrung von in der Beziehung kongruenten bzw. inkongruenten Eltern für das Wohlbefinden des Kleinkindes hat.

Im Laufe der Therapie kann sich für die Eltern herausstellen, dass die Befassung mit dem eigenen Gewordensein, mit der eigenen Geschichte und persönlichen Inkongruenz oder einer familiären Inkongruenz von therapeutischer Relevanz sein kann. Die persönliche Not der Eltern kann mehr und mehr ans Tageslicht kommen, um im therapeutischen Raum unbedingt positiv beachtet und empathisch verstanden zu werden.

Kongruenz der Therapeutenperson

Um als Therapeut*in in der Beziehung zu den Eltern kongruent sein zu können, bedarf es einer Auseinandersetzung mit der eigenen Kleinkindzeit, was die Bewusstwerdung und Aufarbeitung eigener Inkongruenzen miteinschließt. Dadurch, dass auch mit dem Kind eine Beziehung eingegangen wird, könnte die Therapeutenperson eher gefährdet sein, sich mit diesem zu identifizieren, wenn eigene Verletzungen nicht bewusst sind.

Andererseits ist es auch sinnvoll, darüber nachzudenken, ob in der Arbeit mit Eltern und Kleinkindern eine Gefährdung der eigenen Kongruenz vorliegt, wenn die Therapeutenperson gerade selbst Kinder dieses Alters hat.

Wahrnehmen von bedingungsloser Wertschätzung und empathischem Verstehen

Beim Heranziehen der sechsten Bedingung für den therapeutischen Prozess wird m.E. deutlich, wie sehr Eltern und Kleinkind in engem Zusammenhang gedacht werden müssen. Wenn es bei Rogers (1959/1987) heißt, dass Klient*innen die bedingungslose positive Beachtung und das empathische Verstehen ihnen gegenüber wenigstens in geringem Ausmaß wahrnehmen müssen, dann gilt dies im Falle der Eltern-Kleinkindtherapie m.E. in aller erster Linie für die Eltern des Kindes. Indem die Eltern Wertschätzung und Empathie für ihr Erleben fühlen, führt der Weg über ihre zunehmende Kongruenz zur zunehmenden Fähigkeit, unbedingt positive Beachtung und Empathie für ihre Kinder zu erleben. Für Kleinkinder ist es wichtig, diese Haltung in erster Linie bei den Eltern wahrzunehmen und weniger bei der Therapeutenperson. Diese spielt für Kleinkinder insgesamt und auch speziell in der im nächsten Kapitel beschriebenen Spieltherapie im Mehrpersonensetting eine untergeordnete Rolle.

2.7.3.2 Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern

Im Vordergrund der Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind steht für Therapeut*innen das Miterleben der Eltern-Kind-Beziehung und die Verbesserung der Beziehungsqualität durch die Sensibilisierung der Eltern auf die Beziehungsbedürfnisse des Kleinkindes. In der direkten Begegnung mit Eltern und Kleinkind kann in Ergänzung zur Elterntherapie, bei der Eltern „nur“ aus ihrer Sichtweise berichten, ein tieferes Verständnis für Aspekte der einzigartigen Beziehung jedes Elternteiles zu ihrem Kind entwickelt werden.

Der Ausdruck „Spieltherapie“ für die Art der Begegnung im Mehrpersonensetting ist dem in dieser Arbeit präferierten kleinkindzentrierten Zugang geschuldet, da die Sprache des Kindes das Spiel ist (Zulliger, 1971). Spielend setzen sich Kinder ständig mit ihrer Umwelt auseinander. Das Spiel dient dem Kind der „Gestaltung, Darstellung und Aneignung der Wirklichkeit. Es entpuppt sich als ein adaptives emergentes Handlungssystem, das sich in der Entwicklung ausdifferenziert“ (Mogel, 2002, S. 237).

Die klassische Personenzentrierte Spieltherapie, wie sie für ältere Kinder entwickelt wurde, dient der Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern als Grundlage der Begegnung, wobei Anpassungen auf das Mehrpersonensetting und die damit zusammenhängende Therapeut*innenrolle nötig sind. Ebenso muss das Alter des Kindes und somit sein Entwicklungsstand und sein Spielverhalten besonders mitbedacht werden.

Im Folgenden soll die Spieltherapie, wie sie im Personenzentrierten Ansatz angewandt wird, vorgestellt werden.

Personenzentrierte Spieltherapie

Die klassische Personenzentrierte Spieltherapie gründet auf dem Konzept der nondirektiven Spieltherapie von Virginia Axline (1947/1997), welche sich an Rogers' sechs Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung orientiert. Die von Axline formulieren acht Grundprinzipien sind bis heute aktuell, wenn auch die Kindertherapie sich im deutschen Sprachraum durch das Miteinbeziehen von Aspekten aus der Säuglingsforschung und Bindungstheorie weiterentwickelt hat (Behr, 2003, 2008). Im Praxisteil werde ich in diesem Zusammenhang auf die von Behr entwickelte Interaktionsresonanz eingehen. Zunächst sollen aber die acht Grundprinzipien der nondirektiven Spieltherapie von Axline (1947/1997, S. 73) vorgestellt werden, weil diese in adaptierter Form auch für die therapeutische Beziehung in der Eltern-Kleinkindtherapie herangezogen werden können:

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 Ver-

halten zu treffen. Der Entschluß zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung sind Angelegenheiten des Kindes.

6. Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen und Gespräche der Therapie 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 zu klarzumachen (Axline, 1947/1997, S. 73).

Diese von Axline (1947/1997) formulierten Prinzipien und die von Rogers (1959/1987) entwickelten Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess bilden m.E. eine theoriefundierte Basis für eine Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind, wobei aus meiner Sicht folgende Anpassungen auf das besondere Setting berücksichtigt werden sollten:

Kontakt

Angewandt auf das Kleinkind-Eltern-Therapeutin-Setting und im Hinblick darauf, dass erstens die therapeutische Aufgabe vorwiegend in der Verbesserung der Beziehung der Eltern zu ihrem Kleinkind liegt und zweitens die (im Normalfall) enge Verbundenheit von Kleinkind und Eltern zu berücksichtigen ist, muss die Beziehungsvariable „Kontakt“ überdacht werden.

Aufgrund der großen Bedeutung für die kindliche Selbstentwicklung (s. Kap. 2.1 und 2.2) schlage ich vor, **den Kontakt zwischen Eltern und Kind** ins Zentrum der unbedingt positiven Beachtung in diesem Setting zu stellen.

Natürlich gilt das therapeutische Kontaktangebot aber für alle Beteiligten und wenn vom Kleinkind die Initiative ausgeht, diesen zu intensivieren, wird darauf eingegangen (siehe Punkt 6 der Grundprinzipien nach Axline). Hollick (2018a) meint jedoch, dass Therapeut*innen aus Respekt vor der Nähe zwischen Eltern und Kind sich dabei umso zurückhaltender verhalten sollten, je jünger die Kinder sind.

In Situationen, in denen sich die Schwierigkeit der Eltern zeigt, wertschätzend und empathisch auf das Kind einzugehen, wird von der Therapeutenperson versucht, die Gefühle des Kindes zu reflektieren (siehe Punkt 4 der Grundprinzipien nach Axline). Die Adressaten des Kontaktes bzw. der Reflexion sind sowohl das Kind im Sinne der Empathie und der unbedingt positiven Beachtung, als auch die Eltern, mit der Absicht, deren Verständnis für den Ausdruck des Kindes zu erweitern. Dazu muss aber erwähnt werden, dass auch Therapeut*innen gefordert sein können, ein Kleinkind zu verstehen, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird.

Inkongruenz des Kleinkindes

Eine therapeutische Herausforderung für das Verstehen der sich ausdrückenden Inkongruenz (aber auch für das empathische Verstehen des kleinkindlichen Erlebens und seiner Bedürfnisse) liegt darin, dass besonders zu Beginn der hier beschriebenen Entwicklungsphase die Sprache noch kaum ausgebildet ist. Die Kenntnis von Entwicklungs- und Störungsmodellen, wie sie in dieser Arbeit (Kap. 2.2, 2.3, 2.4, 2.5) schon beschrieben wurden, erachte ich deshalb als besonders hilfreich (vgl. Keil & Stumm, 2002, zur störungsspezifischen Zugangsweise). Das Hinzuziehen von Entwicklungs- und Störungswissen mit der Absicht, möglichst zeitnahe eine Besserung des Leidenszustandes zu ermöglichen, hat meiner Meinung nach auch insofern Relevanz, da der Leidensdruck des Kindes und in Folge auch der Familie groß sein kann und zudem neuronale Vernetzungen und Bindungsmuster eine zunehmende Tendenz haben, sich zu verfestigen (s. Kap. 2.7.1.1, 2.7.1.2).

Unbedingt positive Beachtung und Empathie für das Kleinkind

Um als Therapeut*in tiefes empathisches Verstehen und Wertschätzen der kleinen Klient*innen bei sich und folglich bei den Eltern zu fördern, ist es m.E. sinnvoll, ganz in die Denk-, Erlebens und Ausdruckswelt der Kinder im zweiten und dritten Lebensjahr eintauchen zu können. Dazu kann es hilfreich sein, sich neben der schon beschriebenen Selbstkonzeptentwicklung (s. Kap. 2.1, 2.2) auch mit der kognitiven Entwicklung von Kindern dieses Alters und mit der damit verbundenen Entwicklung des kindlichen Spielens auseinanderzusetzen, da sich nach Mogel (2002, S. 241) das Spiel als „ein Fundamentales Lebenssystem des Kindes und der kindlichen Entwicklung“ erweist.

Die Spielvariationen des Kleinkindes reichen vom *Funktionsspiel*, welches durch erzeugte Effekte mit dem Körper und mit Gegenständen viel Lust bereitet, dem *Experimentierspiel*, in dem das Kind nach Gesetzmäßigkeiten beim Hantieren mit Gegenständen sucht, dem *Gestaltungsspiel*, in dem das Kind selbst etwas schafft oder verändert und dem *Symbol und Rollenspiel* (vgl. Mogel, 2002).

Die Art, wie ein Kind die Welt wahrnimmt, differiert stark von der, wie Erwachsene es tun und hängt mit seinen kognitiven Fähigkeiten zusammen. In diesem Zusammenhang ist auch der von Piaget (1975) beschriebene Egozentrismus der Wahrnehmung von Kindern dieser Altersstufe zu beachten. Kleinkinder lernen erst nach und nach, sich in die Rolle oder Perspektive anderer Menschen hineinzusetzen und schließen vorerst von sich auf die Welt und ihre Mitmenschen und glauben auch, diese durch Gedanken und Handlungen beeinflussen zu können. Magisches Denken beherrscht ihre Vorstellung und ihr Handeln und sie nehmen unbelebte Gegenstände oft als belebt wahr und deuten diese animistisch (Piaget, 1975), denn sie kennen noch keine naturwissenschaftlichen Erklärungen. In dieser, seiner kognitiven Entwicklung entsprechenden, Bezugnahme zur Welt will das Kleinkind abgeholt, also bedingungslos beachtet und empathisch verstanden werden.

Unbedingt positive Beachtung und Empathie für die Eltern

Neben der unbedingt positiven Beachtung einzelner Facetten der Eltern-Kleinkind-Beziehung und dem Bemühen um Empathie und Wertschätzung für das Erleben des Kindes, ist es auch für die Eltern wichtig, dass sie sich während der Spieltherapiestunde wertgeschätzt und empathisch verstanden fühlen. Deshalb schlage ich vor, besonders gelingende Beziehungsmomente zwischen ihnen und dem Kind schon während der Situation rückzumelden und die Freude aneinander unbedingt positiv zu beachten. Für Erlebensaspekte, die für Eltern schwierig sind, wie z.B. Ärger oder Überforderung, braucht es, so denke ich, in der Situation Feingefühl, wieviel im Sinne einer bedingungsfreien Beachtung schon in Anwesenheit des Kindes angesprochen werden kann und was in der Elterntherapie wieder aufgegriffen werden und dort gebührend Raum bekommen sollte.

Kongruenz

Das Mehrpersonensetting mit Kleinkindern und deren Eltern stellt eine besondere Herausforderung an die Kongruenz auf Therapeut*innenseite dar, wenn versucht wird, ihre Aufmerksamkeit auf die Eltern-Kindbeziehung, aber im Zuge dessen auch auf das Erleben von Kind und von Eltern zu lenken. Damit zusammenhängend stellt sich die Frage nach der Anzahl an Klient*innen die an diesem Setting teilnehmen sollten (Mutter und Vater – oder Mutter/Vater alleine mit Kind), um eine Beziehung anbieten und aufrechterhalten zu können, die dem personenzentrierten Anspruch der therapeutischen Kongruenz entspricht. Manchmal könnte erschwerend hinzukommen, dass die einzelnen Familienmitglieder ganz unterschiedliche Anliegen verfolgen und auch teils unterschiedliche Erwartungen aneinander und an die Therapeutenperson haben. Hollick (2018b) empfiehlt, in solchen Fällen für Transparenz zu sorgen. Weiters dient der Kongruenz, wie es in der personenzentrierten Familientherapie üblich ist, eine reflektierte Achtsamkeit auf die eigene innere Neigung, wohin (und aus welchem persönlichen Grund) man in der Therapiesituation den Fokus legt, sei dies auf das Kleinkind, auf die Eltern oder auf deren Interaktion. Renger (2018) spricht auch von der Bedeutung des Bewusstseins über die Rollen, welche Therapeut*innen durch ihre Aufgaben im Mehrpersonensetting einnehmen müssen. Anders als im Zweiersetting, in welchem der Prozess der Begegnung darin besteht, sich ganz auf eine Person einzulassen, nehmen Therapeut*innen in der Eltern-Kleinkindtherapie, die Übersetzer*innen- und Vermittler*innenrolle ein oder aber auch die eines Modells für empathisches Verstehen oder die eines Facilitators, um beispielsweise eine sichere Atmosphäre für alle zu schaffen und zu bewahren (Renger, 2018).

Als letzten Gedanken möchte ich noch Punkt 5 von Axline's Grundprinzipien der Spieltherapie aufgreifen, der angesichts des im Kap. 2.7 erwähnten Konzeptes der „secure base“ der Bindungstheorie eine leichte Irritation hervorrufen könnte, besonders wenn man sich vom ersten Teil des Satzes, nämlich „Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden...“ (Axline, 1947/1997, S. 73), gedanklich einvernehmen lässt. Im zweiten Teil des Satzes wird bereits deutlich, dass es Axline um die Achtung vor dem Kind und seiner Fähigkeit, eine Wahl zu treffen, geht. In ihren detaillierten Ausführungen zu diesem Prinzip macht sie deutlich, wie sehr sie auf das innere Potenzial des Kindes vertraut und ihm in der Therapiesituation ohne jeglichen Druck (im Sinne von Konformität zu erreichen) Entscheidungsfreiheit über seine Spielhandlungen lässt und damit auch auf die Eigenverantwortung des Kindes vertraut, seinen eigenen Weg zu finden. „Dem Kinde wird Gelegenheit gegeben, sein inne-

res Gleichgewicht zu finden. Es gewinnt Selbstvertrauen und Selbstachtung. Es beginnt sich selbst zu bejahen“ (Axline, 1947/1997, S. 104). Die Therapeutenperson ist dabei mit den Grundhaltungen von Wertschätzung und Empathie auf der Seite des Kindes und achtet dabei Autonomiebestrebungen genauso wie das Bedürfnis nach Sicherheit und Unterstützung (vgl. Axline, 1957/1997, S. 108).

An dieser Stelle möchte ich die ersten beiden Teile dieser Arbeit, welche die kindliche Selbstentwicklung, die mögliche Entstehung von Inkongruenz und die theoretische Grundlage des darauf abgestimmten personzentrierten therapeutischen Beziehungsangebotes zum Thema hatten, abschließen und zu Entwürfen zum konkreten personzentrierten Beziehungsangebot in der praktischen Arbeit übergehen.

3 Praxisteil: Praxis der Personzentrierten Eltern-Kleinkindtherapie unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie

Die personzentrierten Theorien zur Selbstkonzeptentwicklung, ergänzt durch die Entwicklungskonzepte des Selbstempfindens bei Stern, die personzentrierte Therapietheorie und die Bindungstheorie bilden die Grundlage zum nun folgenden Entwurf für Praxisperspektiven einer Eltern-Kleinkindtherapie, welche den Anspruch hat, kleinkindzentriert vorzugehen. Dabei nimmt die Bindungstherapie eine besondere Stellung ein.

Im Kapitel 2.6 wurde die Vereinbarkeit des Personzentrierten Ansatzes mit der Bindungstheorie bereits aufgezeigt und mit Blick auf die elterliche Inkongruenz der Zusammenhang von Selbstkonzeptentwicklung bzw. von der Entwicklung von Bewertungsbedingungen und dem Bindungsstil dargestellt. Durch die Brille der Bindungstheorie blickend beschreibt Höger (2007, 2008) Psychotherapie generell als bindungsrelevante Situation, in welcher von Anfang an die Verhaltenssysteme „Bindung“ und „Exploration“ wirken. Dem soll in den Überlegungen zur Praxis der Personzentrierten Eltern-Kleinkindtherapie Rechnung getragen werden. Aus Sicht der Bindungstherapie, so wie Brisch sie im deutschsprachigen Raum entwickelt hat, ist eine Integration der Bindungsperspektive in andere Ansätze durchaus erwünscht. Bindungspsychotherapie ist demnach „keine eigenständige Therapiemethode. Vielmehr geht es darum, eine bindungsorientierte Sichtweise in Diagnostik und Behandlung aufzunehmen. Sie kann mit sehr unterschiedlichen Therapieschulen und Methoden kombiniert und in sie integriert werden.“ (Brisch, 2019, S. 14).

Bevor es im Kapitel 3.2 um den Prozessverlauf der Eltern-Kleinkindtherapie unter Berücksichtigung der Bindungstheorie geht, soll im folgenden Abschnitt noch auf die Gestaltung des Settings eingegangen werden.

3.1 Settings

Die Eltern-Kleinkindtherapie zeichnet sich sowohl bezüglich der teilnehmenden Personen, als auch vom zeitlichen und räumlichen Rahmen her durch variable Settings aus, die je nach Bedürfnislage zur Anwendung gebracht werden.

3.1.1 Elterntherapie und Elternberatung

Je nachdem, wie das Problem des Kindes und der Familie sich darstellt, können Kurzinterventionen in Notlagen oder auch längere Therapien angeboten werden. Bei Kurzinterventionen könnte es sinnvoll sein, den Schwerpunkt auf Elternberatung (in Unterschied zu Therapie) zu legen. In dieser Arbeit wird der Fokus aber auf ein mittel- oder längerfristiges *therapeutisches* Arbeiten gelegt, wobei auch hierbei Elternberatung integriert sein kann. Dabei gilt es zu überlegen, einzelne Angebote auszulagern, beispielsweise die Vermittlung von entwicklungsbezogenem Wissen, da es sich kaum vermeiden lässt, dass Therapeut*innen dabei eine „lehrende Rolle“ einnehmen, was in der therapeutischen Beziehung zu Irritationen führen könnte. Auch wenn sich herausstellt, dass jeder Elternteil eine eigene Psychotherapie benötigt, wird man eine flexible Lösung finden müssen und Kolleg*innen miteinbeziehen, um eine mögliche Verstrickung auf Therapeut*innenseite zu vermeiden.

3.1.2 Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern

Das Mehrpersonensetting an sich findet im Personenzentrierten Ansatz vielfach Anwendung, sei dies nun in der Gruppentherapie, Familientherapie oder Paartherapie. Das Besondere in einer Personenzentrierten Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern liegt meines Erachtens in der Vermittler*innen- und Übersetzer*innenrolle, welche Therapeut*innen einnehmen und welche größtenteils darin besteht, das Erleben und die Bedürfnisse des Kleinkindes unbedingt positiv zu beachten, empathisch zu verstehen und den Eltern näher zu bringen. Den in der Begegnungssituation auftauchenden Gefühlen der Eltern wird in ihren eigenen Therapiesitzungen mit bedingungsloser Beachtung und Empathie begegnet. Für den Erfahrungs- und Entwicklungsprozess erachte ich einen Wechsel zwischen „Erfahren der Spielsituation“ und „Reflexion dieser Erfahrungen im Einzelsetting“ als sinnvoll.

3.1.3 Zeitliches Setting

Das zeitliche Setting kann vertrauensbildend auf die Familie wirken, wenn nämlich auf deren Situation und Bedürfnisse eingegangen werden kann. Dazu ist es vorteilhaft, zu beachten, dass Kleinkinder ein gewisses Tagesritual mit Essenszeiten und Schlafphasen brauchen. Läge die Therapiestunde beispielsweise genau in der Zeit des Mittagsschlafes, könnte dies Stress und Unruhe für die ganze Familie bedeuten.

3.1.4 Räumliches Setting

Auch räumlich und bezüglich der Ausstattung gibt es einige Möglichkeiten, Familien mit Kleinkindern ein Willkommens- und Wohlgefühl zu vermitteln. Dies kann ein Rückzugsbereich zum Stillen oder Wickeln sein, eine kindersichere Praxis mit geschützten Steckdosen, eine große Spieldecke und natürlich den Kleinkindern angemessenen Spielzeug, wie Bausteine, Bälle, Puppen, Kuscheltiere, Möglichkeiten zum Klettern, Hüpfen oder zum Erproben der Geschicklichkeit.

3.2 Der Prozessverlauf der Eltern-Kleinkindtherapie

Für die therapeutische Arbeit müssen gewisse Voraussetzungen gegeben sein, damit sie auch durchführbar und erfolgreich sein kann. Brisch (2019) gibt zur bindungsbasierten Psychotherapie zu bedenken, dass sowohl äußere als auch die inneren Rahmenbedingungen genügend Sicherheit gewährleisten sollten. Soziale Stressoren, Arbeitslosigkeit, Armut oder Wohnungslosigkeit müssen zuerst möglichst reduziert werden. Weiters sollte auf die Stress- und Affektregulationsfähigkeit der Eltern geachtet und nötigenfalls an ein stationäres Setting gedacht werden.

3.2.1 Erstgespräch und Anfangsphase: Eine sichere Basis bieten

3.2.1.1 Aufbau von Vertrauen

Der Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung ist grundlegend für die erste Therapiephase, wobei daneben auch Aspekte wie Beobachtung der familiären Interaktion und andere diagnostische Informationen zum umfassenden Problemverständnis und damit zum Therapieverlauf beitragen.

Um beim Erstgespräch genügend Zeit für die persönliche Begegnung zur Verfügung zu haben und um zu vermeiden, dass die Eltern unnötigem Stress ausgesetzt sind, können Fragebögen bezüglich Vorbelastungen, wie beispielsweise Schwangerschaft, Geburtsverlauf, Probleme im ersten Lebensjahr oder Belastungen in der Elternbiografie mit nach Hause gegeben werden. Die ersten Gespräche stehen im Dienst der Stabilisierung und des Bewusstmachens und der Erweiterung elterlicher Kompetenzen.

Wie in der klassischen Kinderpsychotherapie stellt sich auch in der Eltern-Kleinkindtherapie die anfängliche Frage, ob das Erstgespräch mit den Eltern allein oder gemeinsam mit dem Kind

stattfinden soll. Ein Nachteil des gemeinsamen Gespräches ist, dass das Kleinkind durch die Schilderungen der Eltern verunsichert oder beschämt werden könnte, auch wenn es „nur“ atmosphärisch die Not der Eltern zu spüren bekommt und es beispielsweise scheint, als sei es im Spiel vertieft. Ein Vorteil, das Erstgespräch zusammen mit Eltern und Kleinkind zu machen, bestünde darin, dass die Therapeutin gleich zu Beginn die Beziehungsdynamik in der Familie miterlebt, was zum besseren Verständnis der Problematik beitragen kann. Spätestens in der ersten gemeinsamen Spielstunde kann dies aber nachgeholt werden und zum Erstkontakt lässt sich sagen, dass „der Beziehungsaufbau von größerer Bedeutung ist, als der Gewinn von diagnostischen Informationen.“ (Behr, 2006, S. 108).

3.2.1.2 Eingehen auf das Bindungsverhalten der Eltern

Eltern, die aufgrund der Probleme des Kleinkindes in die psychotherapeutische Praxis kommen, befinden sich meist in einer Notsituation. Sowohl sie selbst, als auch das Kleinkind zeigen auf ihre jeweilige Art Bindungsverhalten, was bedeutet, dass ihr Bindungssystem aktiviert ist (s. Kap. 2.6). Es liegt in der Anfangsphase der Therapie am feinfühligsten therapeutischen Beziehungsangebot, letztendlich zur Bindungsperson zu werden. Dabei ist es wichtig, sich als zugänglich und kompetent zu erweisen und damit einen sicheren Hafen bzw. eine sichere Basis zu bieten (Höger, 2007). Zu dieser Kompetenz gehört auch, auf das Bindungsverhalten von Klient*innen angemessen zu reagieren. Was für Eltern, die in ihrer Kindheit selbst viel Sicherheit erfahren haben, selbstverständlich ist, nämlich sich bei auftauchenden Problemen mit ihren Kindern Hilfe zu holen, kommt jenen, die bindungsvermeidend aufgewachsen sind und daher ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster entwickelt haben, oft gar nicht in den Sinn. Sie versuchen oft sehr lange Zeit allein mit Problemen zurecht zu kommen und melden sich erst sehr spät, da die Annahme von Hilfe für sie eher ein Versagen bedeutet. Sie zeigen sich den helfenden Personen gegenüber auch teilweise misstrauisch, kommen oft zu spät oder versäumen die Stunde oder wollen sie verschieben. Aufgrund eines unsicher-ambivalenten Bindungsstils könnte es vorkommen, dass Eltern das erst dringend geforderte Erstgespräch trotz sehr belastender Symptomatik des Kindes wieder absagen oder nicht erscheinen, da sie einerseits Hilfe suchen, andererseits aber glauben, alles allein bewältigen zu müssen. In diesen Fällen wäre es wichtig, Vermeidungsverhalten oder Doppelbotschaften als adaptive Strategie – im Sinne der Selbsterhaltung (s. Kap. 2.6.1) – zu verstehen und das personenzentrierte Beziehungsangebot aufrecht zu erhalten (vgl. Brisch, 2019).

Eltern, die in ihrer Kindheit selbst Beziehungstraumen erlebt haben und deshalb einen desorganisierten Bindungsstil entwickelt haben, tun sich oft sehr schwer, ihre Gefühle zu regulieren, wenn sie von eigenen Erfahrungen von Panik, Verlassenheit, Wut, Enttäuschung usw. eingeholt werden. Sie können Therapeut*innen gegenüber vorwurfsvoll, aggressiv, leicht aufgebracht sein oder sich zurückziehen. Um den Eltern in diesen Situationen Wertschätzung und unbedingt positive Beachtung entgegenbringen zu können und nicht selbst ins Mitagieren zu geraten, ist es sicher hilfreich, ihr Verhalten als Bindungsverhalten zu sehen, das aufgrund einer früheren Not nun zum Ausdruck kommt. Wie unter 3.2 schon erwähnt, muss je nach Möglichkeiten der Eltern, sich zu regulieren, eventuell zum Schutze des Kindes über die Zusammensetzung eines Helfernetzes bzw. einen stationären Aufenthalt nachgedacht werden (Brisch, 2007).

Im Sinne der Kongruenz der Therapeutenperson angesichts schwieriger Beziehungsangebote der Eltern ist es auch von Bedeutung, sich der eigenen Bindungserfahrungen und des eigenen Bindungsstils bewusst zu sein und damit zusammenhängend, welche eigenen Bedürfnisse im Rahmen der Therapie durch das Klient*innenverhalten gefährdet werden (Höger, 2007).

Das Entscheidende der ersten Therapiephase ist Vertrauensbildung. Ist das therapeutische Beziehungsangebot von Empathie, Kongruenz und unbedingt positiver Beachtung geprägt, so erfahren Klient*innen Sicherheit innerhalb der Beziehung, wodurch ein Hinwenden zu explorativem Verhalten – in diesem Fall Eigenreflexion – ermöglicht wird.

3.2.1.3 Vertrautmachen mit dem Setting „Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern“

Gemeinsame Spielstunden in einer Therapiesituation sind für Eltern eine meist völlig neue Erfahrung, welche schon im Voraus Verunsicherung auslösen kann, besonders wenn Eltern dazu neigen, sich bewertet zu fühlen. So muss das Sicherheitsgefühl in der neuen Situation oft erst langsam aufgebaut werden und es ist Fingerspitzengefühl gefragt, wie Spieltherapiestunden eingeführt werden und zu welchem Zeitpunkt sie erstmals stattfinden.

Ein großer Vorteil dieser Stunden besteht darin, gemeinsam Freude zu erleben, was in einem stressigen familiären Alltag mit verschiedensten Belastungen zu kurz kommen kann. Eltern können sich ermutigt fühlen, wenn eine andere Person bemerkt, wie besonders und liebenswürdig ihr Kind ist und was es schon alles gut kann. Die gemeinsam geteilte Freude mit und am Kleinkind kann auch mehr Verständnis für das Kind mit sich bringen. Auch Situationen zu würdigen, die im Sinne der Festigung der Beziehung gut laufen, in denen die Eltern sich also ange-

messen kongruent, wertschätzend oder/und empathisch verhalten, kann das Selbstwertgefühl der Eltern fördern.

3.2.1.4 Wahrnehmen des Interaktionsverhaltens und des Bindungsstils von Eltern und Kleinkind in der Spieltherapie

In den ersten Spielstunden können Therapeut*innen das Interaktionsgeschehen zwischen Kleinkind und Eltern in der direkten Begegnung wahrnehmen. Auch der Bindungsstil, mit dem das Kleinkind gelernt hat, auf die Eltern zu reagieren, zeigt sich hier bereits (vgl. Kap. 2.6.1).

Folgende Fragen können hier leitend sein:

- *Zeigen Eltern von sich aus viel Freude am gemeinsamen Tun? Sind sie zugeneigt, feinfühlig und optimistisch? Helfen sie bei Anfrage oder Zuwendung des Kleinkindes? Spielt das Kind in Ruhe und hält immer wieder Blickkontakt zu seinen Eltern?*

Dieses Interaktionsverhalten würde darauf hinweisen, dass Eltern weitgehend empathisch und wertschätzend auf ihr Kleinkind eingehen können und in bindungstheoretischer Hinsicht auf einen sicheren Bindungsstil hinweisen. Die Ursache für Probleme des Kleinkindes wären hier eher nicht in der elterlichen Beziehung und im Bindungsverhalten zu sehen.

- *Sind die Eltern eher ängstlich besorgt und nehmen dem Kleinkind vieles ab? Oder ist etwas wie eine symbiotische Unabgegrenztheit spürbar?*

Dieses Verhalten könnte darauf hindeuten, dass Eltern den Erkundungsdrang und das Autonomiebedürfnis ihres Kindes nicht unbedingt positiv beachten können und das Kleinkind gefährdet ist, die Bewertungen seiner Eltern zu übernehmen. Es könnte sein, dass das Kleinkind die Eltern aufgrund von deren Ängsten nicht als sichere Bindungsperson empfindet und ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster entwickelt hat (s. Kap. 2.6.2). Im weiteren Therapieverlauf würde deshalb den Ängsten der Eltern und deren Bedeutung viel Empathie und unbedingt positive Beachtung entgegengebracht werden.

- *Nimmt das Kleinkind kaum Notiz von Eltern und Therapeutin und reagiert nicht, wenn Eltern den Raum verlassen?*

Wenn ein Kleinkind derart selbstständig wirkt, könnte es sein, dass es bereits zu wenig Wertschätzung und Empathie für sein Erleben erfahren hat und deshalb einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil entwickelt hat. Möglicherweise ginge es zunächst darum, den Eltern ihr Interaktionsverhalten bewusst zu machen.

➤ *Stehen Eltern unter Leistungsdruck und wollen zeigen, was das Kind schon alles kann?*

In diesem Fall richtet sich das Verhalten der Eltern nicht nach dem Erleben des Kindes. Es wäre vielleicht zu beobachten, ob die Eltern sich nur in der Anfangssituation optimal präsentieren wollen und wie die Interaktionen zwischen Eltern und Kleinkind generell verlaufen. Ist genügend Feinfühligkeit vorhanden und kann auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen werden? Oder hat sich ein unsicheres Bindungsmuster entwickelt, dem nachgegangen werden sollte.

➤ *Sind Eltern desinteressiert am Kind und wissen wenig mit ihm anzufangen?*

Wenn Eltern zu wenig Wertschätzung und Empathie für das Kind aufbringen können, wird dieses in einer bestimmten Form Bindungsverhalten zeigen, sei dies durch Klammern, Quengeln oder durch andere Symptome. Im schlimmsten Fall müsste man überlegen, ob das Kind einen desorganisierten Bindungsstil entwickelt hat. In der therapeutischen Arbeit müsste miteinbezogen werden, ob Eltern selbst an schweren Belastungen oder psychischen Erkrankungen leiden. Wie zu Beginn dieses Kapitels schon erwähnt, müssten je nach Schweregrad der Problematik zum Wohle des Kindes andere professionelle Hilfsangebote für die Familie angefordert werden.

3.2.2 Mittlere Therapiephase: Bearbeitung der Inkongruenz und Unterstützung der Bindungsentwicklung

In der mittleren Therapiephase sollte sich eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut*in und der Familie entwickelt haben, sodass sich alle gemeinsam auf den Weg machen, die kindlichen Symptome zu verstehen, um Besserung zu ermöglichen.

3.2.2.1 Verminderung der elterlichen Inkongruenz durch das personzentrierte Beziehungsangebot

Fühlen sich Eltern und Kind von der Therapeutenperson genügend wertgeschätzt und konnte das Vertrauen der Eltern in diese wachsen, so getrauen sie sich immer mehr, ihre eigenen kindlichen Bindungserfahrungen zu reflektieren und neu zu bewerten, um diese nicht unbewusst an ihre Kinder weiterzugeben. Die mit dieser Auseinandersetzung, möglicherweise auch mit der Reorganisation des eigenen Selbstkonzeptes, einhergehenden beängstigenden Gefühle können in der haltenden therapeutischen Beziehung zugelassen und somit letztlich auch ins Selbstkonzept integriert werden. Bindungstheoretisch gesehen, haben Eltern, wenn diese innere Auseinandersetzung möglich geworden ist, mehr Bindungssicherheit zur Therapeutenperson entwickelt, wodurch ihre Explorationsbereitschaft gestiegen ist (s. Kap. 2.6). Gleichzeitig kann es sein, dass die Exploration wieder zurückgeht, wenn Eltern Angst bekommen, sei dies durch verunsichernde Fragen, aber auch durch die Mimik oder Gestik der Therapeutenperson (Brisch, 2019).

Oft wird es vorkommen, dass die Eltern anfangs kein Bewusstsein darüber haben, dass die kindlichen Probleme mit ihren eigenen zu tun haben (beispielsweise bei Schlaf- oder Essproblemen). Im Laufe des Prozesses kann aber, durch vermehrtes Selbstverstehen und dem Bewusstwerden der eigenen Inkongruenz, auch die Empathie für das Kind wachsen und es entwickelt sich im Zuge dessen vermehrt Verständnis für die Zusammenhänge der eigenen Erfahrungen und dem Verhalten oder den Symptomen des Kleinkindes.

Beispiel aus der Praxis

Frau L. stellt ihr 25 Monate altes Mädchen aufgrund eines schwierigen Essverhaltens in der Praxis vor. Die Essenssituation gestalte sich immer mehr zu einem Machtkampf, indem Sandra (Name geändert) teilweise die Nahrungsaufnahme verweigere. Entweder wende sie sich vom Essen ab oder wirft es zu Boden. Teilweise stelle sie Forderungen, von der von ihr selbst ausgewählten Person gefüttert zu werden, da sie sonst jeden Bissen ablehne.

Aus der Anamnese geht hervor, dass Sandra aufgrund einer Frühgeburt mit sehr geringem Gewicht zur Welt kam. Selbstzweifel, dem Kind keine gute Mutter sein zu können, verstärkten sich aufgrund von Schwierigkeiten in der Partnerschaft, die letztlich zur Trennung führten. Frau L. rettete sich vor ihren nur teilweise bewussten Ängste um Sandras Gedeihen und ihren Selbstzweifeln, indem sie die Esssituation immer mehr (durch Gewichtskontrollen, Abgleichen der

Nahrung mit Kalorientabellen, Füttern des Kindes) zu kontrollieren versuchte, gemäß dem Motto: „Wenn ich mich nur ordentlich bemühe, bekomme ich die Sache in den Griff!“. Diese Herangehensweise ließ aber das Bedürfnis des Kindes nach Selbststeuerung und Autonomie außer Acht. Das Verweigern des Essens und das Beharren von S. auf bestimmte Abläufe während des Essens können also als verzweifelter Versuch gesehen werden, die Selbststeuerung zu behalten, was in dieser Entwicklungsphase besonders stark zum Ausdruck kommen kann (s. Kap. 2.2).

Als Frau L. sowohl ihre Ängste und Zweifel als auch das vitale Streben nach Autonomie ihrer Tochter besser verstehen und akzeptieren konnte, entspannte sich die Esssituation merkbar.

Sowohl im Therapieprozess mit den Eltern bzw. mit einem Elternteil, als auch während der Spieltherapie kann es vorkommen, dass Eltern auf ein Thema stoßen, das alte Erfahrungen aktualisiert. In der Spieltherapie könnten die Eltern einerseits die geteilte Freude erleben, die sie selbst als Kind viel zu selten erfahren durften, es könnte aber auch möglich sein, dass sie sich selbst als streng, hilflos oder ungeduldig erfahren, obwohl sie das gar nicht sein wollen. All dies sind Themen für die Verminderung der Inkongruenz im Rahmen der Elterntherapie.

3.2.2.2 Verminderung der familiären Inkongruenz

Manchmal werden Regulationsprobleme oder andere kindliche Symptome durch Spannungen mitverursacht, welche sich aufgrund einer familiären Inkongruenz (Kap. 2.7.2.3) auf das Kind übertragen. Das jeweils eigene Bild von „Familie“ – vielleicht „heiler Familie“ und die damit verbundenen Erwartungen an die eigene Familie – können im Rahmen der Elterngespräche reflektiert werden. Ein relativ neues Phänomen in diesem Zusammenhang, mit welchem meine Kolleg*innen und ich vermehrt konfrontiert sind, ist ein verzerrt positives Bild von „glücklicher Familie“, das auf Social Media kommuniziert wird.

Beispiel aus der Praxis

Eine Familie kommt aufgrund von Schlafproblemen ihres zweijährigen Sohnes in die Praxis. Frau K. betrieb seit ihrer Schwangerschaft einen erfolgreichen „Mama-Blog“, indem sie sämtliche Themen zu Geburtsvorbereitung, Leben mit Baby und Kleinkind - untermalt mit Lifestyle und Mode – thematisierte. Zunehmend geriet sie – und auch der Rest der Familie - unter Druck, das

entworfenen makellosen Familienbild aufrechtzuerhalten, weil es drohte im Angesicht der Alltagserfahrungen zu zerbrechen. Für Frau und Herrn K. war es durchaus schmerzhaft, ihr Idealbild von einem Leben mit Kleinkind zu hinterfragen und die weniger perfekte Realität zunehmend mehr zu akzeptieren, was jedoch den Bonus eines entspannteren Familienlebens mit sich brachte.

3.2.2.3 Verminderung der kindlichen Inkongruenz

Im Kapitel 2.7.2.1 wurden verschiedenste Formen von möglicher Inkongruenz von Kleinkindern aufgrund von Beziehungserfahrungen aufgezählt. Deshalb führt der Weg zur Verminderung der kindlichen Inkongruenz in der Eltern-Kleinkindtherapie in den meisten Fällen über die Bearbeitung der elterlichen und familiären Inkongruenz, welche zu den kindlichen Problemen geführt hat. In Rahmen der Spieltherapie mit dem Kleinkind haben Eltern, wie im vorigen Kapitel erwähnt, zusätzlich die Chance, ihre Interaktionsmuster kennenzulernen und anschließend zu reflektieren, mit dem von den Eltern meist selbst gewünschten Ziel, die Beziehung zu ihrem Kind zu dessen Wohle zu verbessern. Ich werde im Kapitel 3.2.2.4 noch auf die Spieltherapie zurückkommen. Wenn die Eltern einverstanden sind, kann die Arbeit an der Verbesserung der Beziehung noch durch Videoaufnahmen der gemeinsamen Spielsituationen oder bei Bedarf auch von Pflege- oder Esssituationen zu Hause unterstützt werden. Der Vorteil wäre, dass Eltern sich selbst beobachten können, was eine objektivere Perspektive auf sich selbst ermöglicht. Außerdem bieten die Filmsequenzen im therapeutischen Setting eine gute Gelegenheit, gelingende Interaktionen hervorzuheben und sich gemeinsam darüber zu freuen.

Die besondere Berücksichtigung von Trennungen und belastenden prä- und postnatalen Erfahrungen

Zur kindlichen Inkongruenz sei hier noch erwähnt, dass zum kurzen Leben eines Kleinkindes auch pränatale Erfahrungen sowie dispositionelle Veranlagungen oder auch traumatische Geburtserfahrungen oder Trennungen nach der Geburt gehören (Brisch, 2007; Harms, 2017, Speierer, 2003) und beachtet werden wollen. In der Bindungstheorie nehmen Trennungserfahrungen einen besonderen Stellenwert ein, weil sie das Bindungssystem am meisten aktivieren (Brisch, 2019). Dabei sind sowohl Trennungserfahrungen, Verluste und traumatische Erfahrungen, welche Eltern selbst im Laufe ihres Lebens gemacht haben, als auch die von Eltern und

Kind geteilten leidvollen Erfahrungen (z.B. Trennungen aufgrund von medizinischen Behandlungen) von großer Bedeutung. Zur Entstehung von Inkongruenz unterscheidet Speierer (2003) in seinem Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) drei Quellen und nennt neben sozialkommunikativen Belastungen auch „allgemeine und störungsdispositionelle, angeborene, hypothetisch auch genetisch bedingte Belastungen und Vulnerabilitäten“ und „subjektiv belastende Lebensereignisse“ (Speierer, 2003, S. 76). Die klassische personenzentrierte Herangehensweise mit der Intention der Verminderung der Inkongruenz (hier des Kleinkindes), wie sie schwerpunktmäßig in dieser Arbeit beschrieben wird, ist vor allem bei sozialkommunikativen Belastungen in Form von einem Defizit an Wertschätzung und Empathie (seitens der Eltern), und damit zusammenhängend der Ausbildung von unsicheren Bindungsrepräsentanzen beim Kind, induziert. Darüber hinaus haben Eltern in der Eigentherapie aber auch die Möglichkeit, im geschützten Raum der therapeutischen Beziehung belastende prä- und postnatale Ereignisse zu integrieren, sich mit besonderen dispositionellen Veranlagungen des Kindes und deren Bedeutung für sie auseinanderzusetzen, oder auch Trennungserfahrungen in der eigenen Geschichte nachzuspüren. Diese könnten beispielsweise aktualisiert werden, wenn Therapeut*innen einen Termin verschieben oder auf Urlaub gehen.

3.2.2.4 Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung durch gemeinsame Spieltherapie

An dieser Stelle möchte ich die besondere Möglichkeit der Förderung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung beziehungsweise der Förderung einer stabileren Bindung zueinander ausführen. Im Mittelpunkt der Spieltherapie steht, die elterliche Kompetenz, das Selbstwertgefühl und die Beziehungsfähigkeit zu verbessern. Dabei gilt es, die Eltern für die verbalen und nonverbalen Signale ihres Kindes zu sensibilisieren. Die Eltern sollen neugierig werden, was ihr Kind gerade denkt, fühlt, ausdrücken will, und sollen sich fragen, wie man darauf antworten könnte.

Während des gemeinsamen Spiels können Freude an der Begegnung, Stolz auf das Kind, zärtliche aber auch schwierige Gefühle wie Wut, Schuld oder Scham sowie verschiedenste Bewertungen eine wichtige Rolle spielen. Diese sollten in der Elterntherapie wieder aufgegriffen werden. Im Spieltherapiesetting ist die therapeutische Herausforderung, dort zu vermitteln, wo Eltern die Bedürfnisse oder Gefühle ihres Kindes nicht erkennen können.

Dies könnte beispielsweise bedeuten, eine Emotion des Kindes zu benennen, wenn diese droht, unbeachtet zu bleiben oder bewertet zu werden, wie das folgende Beispiel zeigt:

Der zweijährige Paul wirft einen Duplostein zu Boden, weil es ihm nicht gelingen will, ihn auf einen anderen Stein zu setzen, während seinem Vater spürbar angespannt: „Paul!“ entfährt.

Therapeutin: „Oh, du ärgerst dich, dass der Stein da nicht draufpasst.“

Paul blickt die Therapeutin an.

Therapeutin: „Schau mal, da gibt’s auch andere Duplosteine, vielleicht möchtest du probieren, ob ein anderer passt.“

Diese kleine banale Situation verdeutlicht, wie der Ärger des Kindes beim Vater wiederum Ärger auslöst. Die darunterliegenden Gründe können in der Eigentherapie erforscht werden. In der Spielsituation übernimmt stattdessen die Therapeutin das empathische Verstehen und die unbedingt positive Beachtung für das Gefühl des kindlichen Ärgers und wird gleichzeitig zu einem Rollenmodell, weil sie einen alternativen Weg im Umgang mit der Situation aufzeigt. Indem sie für das Kind da ist und seine Reaktion beachtet, zeigt sie ihm: Du bist ok, deine Gefühle sind ok. Mit dem Hinweis auf die anderen Duplosteine macht sie deutlich: Und wenn du mich brauchst, bin ich für dich da. Damit bietet sie einen „sicheren Hafen“ (Kap. 2.6) für das Kind an. Broughton (2011) beschreibt im Zusammenhang von Psychoanalyse mit Eltern und Säuglingen neben dem Übernehmen des Standpunktes des Kindes vor den Eltern auch andere Interventionsmöglichkeiten. Eine davon wäre, Zuschreibungen, die Eltern über ihr Kind haben, in einen anderen Sinnzusammenhang zu stellen. Wenn eine Mutter beispielsweise den Eindruck hat, ihr Kind klammere ununterbrochen an ihr und sollte unabhängiger sein, könnte der Mutter auch rückgemeldet werden, dass das Kind ihr vertraut und sich auf sie verlässt. Als dritte Hilfestellung erwähnt Broughton (2011), den Eltern konkrete Anleitungen zu geben, mit Hinweisen, was man im konkreten Entwicklungsalter von den Kindern erwarten kann.

Trotz der wohlgemeinten und notwendigen therapeutischen Interventionen, die natürlich erst einmal auch Irritationen hervorrufen können, ergibt sich für Eltern durch das Angebot des gemeinsamen Spielens die Chance, den personenzentrierten Zugang zum Spiel und damit eine wertschätzende Form der Begegnung mit dem Kind kennenzulernen und für sich zu etablieren. Die Kompetenz der Eltern könnte in Anlehnung an die Filialtherapie, im Zuge welcher Eltern (allerdings älterer Kinder) in Personenzentrierter Spieltherapie geschult werden, gestärkt werden (Crawford & Nuding, 2013; Hollick, 2018b). Eltern können zum gemeinsamen Spielen zu Hause

ermuntert und dabei unterstützt werden, eine wachstumsfördernde, verständnisvolle Atmosphäre zu schaffen.

3.2.2.5 Einbeziehen weiterer Konzepte und Methoden zur Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung

Durch das vertrauensvolle und haltgebende personenzentrierte Beziehungsangebot soll es den Eltern möglich werden, sich ihrem eigenen Erleben und dem Erleben ihres Kindes mehr und mehr zu öffnen, vermehrtes Selbstverstehen zu erlangen und Empathie für das Kind zuzulassen. Dabei ist es die Aufgabe der Psychotherapeut*innen, ihre Grundhaltungen auf jene Art und Weise zu kommunizieren, dass sie der Klient*innen erreichen und von diesen auch angenommen werden können (Stumm & Keil, 2018). Um dies zu gewährleisten und den Bedürfnissen von Kleinkind und Eltern in bestmöglicher Weise entgegenzukommen, möchte ich im Folgenden auf Konzepte und Methoden aus dem personenzentrierten und analytischen Spektrum hinweisen, die sich aus meiner Sicht gut in die person- bzw. kleinkindzentrierte Arbeit integrieren lassen, da sie mit den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen Prozess (Rogers, 1959/1987) gut vereinbar sind.

Interaktionsresonanz nach Behr

Behr (2008) hat im Rahmen der interaktiven Spieltherapie das theoriebegründete Konzept der Interaktionsresonanz entwickelt, das sich sowohl auf die Selbsttheorie von Stern als auch auf die Bindungstheorie stützt und meines Erachtens sehr gut im Kleinkindbereich anwendbar ist, da es personenzentrierte Konzepte des Interagierens um die nonverbale Kommunikation erweitert. Feinfühligkeit, welche auf Seiten der Bezugspersonen als Voraussetzung für eine positive Bindungsentwicklung gilt und das Konzept der Affektabstimmung, wie in der Säuglingsforschung die Bezugnahme auf das affektive Erleben des Säuglings genannt wird (Kap. 2.5), stellen mitunter nonverbale Interaktionsformen dar, welche nach Behr (2008) die personenzentrierten Haltungen von Authentizität und Empathie realisieren. Angewandt in der Situation der Spieltherapie würde dies bedeuten, dass die Therapeutenperson mit dem Kind mittels der vom Kind gewählten Medien interagiert und Resonanz gibt, wenn dies vom Prozess her gerade angemessen ist. „Dabei ist sie auf verbaler Ebene empathisch und responsiv, stimmt sich auf Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht `wörtlich` das kindliche Handeln – die Therapeutenper-

son tut mehr als all dies, sie gibt durch ihre Interaktionen Resonanz auf das Handeln des Kindes“ (Behr, 2008, S. 120). Für dieses Geben von Resonanz führt Behr (2003, 2008) den Begriff „Interaktionsresonanz“ ein.

Beispiel aus der Praxis

Ein zweijähriges Mädchen freut sich daran, einen aus großen Bausteinen aufgebauten Turm umzuwerfen. Zum Gepolter lacht sie laut auf.

Die daneben sitzende Therapeutin geht darauf ein, indem sie mit dem Kind lacht, die Hände auf den Boden schlägt und ruft: „Wow, das macht Spaß!“

Behr (2008) macht bezüglich Interaktionsresonanz auch darauf aufmerksam, die Körpersprache des Kindes zu beachten, wieviel Nähe oder Distanz es beim Spielen benötigt und in jedem Fall eine Einladung des Kindes zum Mitspielen abzuwarten. Wählt das Kind beispielsweise ein Konstruktionsspiel, könnte die Therapeutenperson in einer dem Kind adäquaten Distanz auf ähnliche Weise zu spielen beginnen und so in Resonanz kommen.

Interaktionsresonanz ermöglicht Erfahrungen von Bezogenheit und Abstimmung. Im Fall der Anwendung in der Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind steht meines Erachtens neben der von Behr (2003) erwähnten Möglichkeit von tieferen Symbolisierungen besonders ein Eingehen auf das Kleinkind im Sinne seines Beziehungsbedürfnisses.

Einbezug des Körpers

Besonders in der frühen Phase der Eltern-Kleinkindtherapie ist die Beziehung von Eltern und Kind noch sehr eng und Regulationsprozesse erfolgen körpernah. Harms (2017) sieht in der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Eltern und Babys den Körper als Referenzpunkt für deren Erlebens- und Beziehungsqualität. Regulationsprozesse, Bindungsverhalten und unterschiedliche elterliche Feinfühligkeit stehen immer im Zusammenhang mit dem Körper, und Stress- und Spannungszustände, welche körperliche Anspannung hervorrufen, wirken sich auf die Resonanzfähigkeit aus (Harms, 2017). In der Focusing-orientierten Psychotherapie, einer Methode, die zu den personenzentriert-experienziellen Varianten zählt, nimmt die Achtsamkeit für die seelisch-körperliche Dimension ebenfalls einen zentralen Stellenwert ein. Eugene T.

Gendlin, der Begründer der Methode, schreibt über das Zusammenwirken von Situation und Körper: „Der menschliche Körper lebt in jeder Situation augenblicklich und direkt.“ (1998, S. 290). Da der Körper immer mit der jeweiligen Situation verbunden ist, „weiß“ der Körper auch implizit um die gegenwärtige und auch um vergangene Situationen. Dieses gefühlte Wissen nennt Gendlin „Felt Sense“. Das genaue Eingehen auf die Focusing-orientierte Therapie würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher belasse ich es mit diesen Hinweisen. Doch meine ich, dass für Praktiker*innen, die mit dieser Methode vertraut sind, die Beachtung und Einbeziehung des „Felt Sense“, den Eltern in der Spielsituation oder in der Eigentherapie erleben, eine naheliegende Möglichkeit ist, die den Therapieprozess bereichern und voranbringen kann.

Aber auch sichtbarer Körperausrück, wie von der Therapeutin beobachtete affektiv- körperliche Abstimmungen zwischen Eltern und Kleinkind, die sich z.B. in Gesichtszügen, Klang der Stimme, Anhaltung des Atems zeigen, können Hinweise auf das bewusste oder unbewusste Erleben sein.

Harms (2017) verdeutlicht am Beispiel der Atemverflachung Möglichkeiten der Bezugnahme: Was genau geschieht in dem Moment, in dem die Mutter den Atem anhält? Ist ihr das bewusst? Welche Gedanken und Gefühle tauchen bei ihr auf?

Je nach Situation ist es möglich, während der Spielsequenzen auf den Körperausrück bzw. das Körperempfinden aufmerksam zu machen oder diese Phänomene in der Eigentherapie aufzugreifen. Harms (2017) regt auch an, Eltern während der Begegnung dabei zu ermuntern, den Atem in den Bauch zu lenken, da sich damit ihr Erleben verändert und sie im Umgang mit dem Kind wieder mehr Sicherheit gewinnen.

Die Eltern als sichere Basis – der Circle of Security von Marvin

Mag sein, dass ein Kleinkind während der Spieltherapie prä- oder perinatale Erfahrungen ausdrückt, oder auch nach Verständnis und Beachtung für Erlebtes aus seinem bisherigen Leben sucht – Ziel der Eltern-Kleinkindtherapie ist, Eltern zu unterstützen, für ihr Kind zu einem sicheren Hafen zu werden, zu dem ein Kind jederzeit zurückkehren kann, um aufzutanken oder um Halt und Trost zu finden, wenn es dies benötigt. Der Bindungsstil würde sich in diesem Fall in Richtung „sichere Bindung“ entwickeln (Kap. 2.6.1). Jede Person, die mit Kleinkindern zu tun hat, wird jedoch von Situationen berichten können, die eine Herausforderung für die innere Ausgeglichenheit darstellen, beispielsweise wenn die Kleinen mit viel Energie ihre Autonomie-

vorstellungen durchsetzen wollen und dabei an eine notwendige Grenze stoßen. Abgesehen von diesen normalen Entwicklungsherausforderungen gibt es aber Kinder, die besonders durch oppositionelles oder zerstörerisches Verhalten auffallen. Betroffene Eltern fühlen sich verständlicherweise oft überfordert und hilflos, sehen aber oft den Ursprung dieses Verhaltens in einer negativen Absicht des Kindes. Bob Marvin (2019) beschreibt seine diesbezüglichen Erfahrungen in der Arbeit mit dem Interventionsmodell des „Sicherheitskreises“ mit hochgefährdeten Kindern im Vorschulalter. Er konnte wiederholt beobachten, dass schwierige Verhaltensweisen dann auftreten, wenn die kindliche Regulationsfähigkeit eingeschränkt ist, weil „die Elternperson das Bindungsverhalten des Kindes ignoriert, zurückweist und/oder missversteht und nichts unternimmt, um die innere Not des Kindes zu verringern“ (Marvin, 2019, S. 187).

Marvin unterstützt in seinem Interventionsprogramm des Sicherheitskreises (Circle of Security) vor allem Eltern, die selbst durch Trennungserfahrungen und Traumatisierungen in ihren empathischen Fähigkeiten eingeschränkt sind, durch Vermittlung von Wissen über Bindung und Entwicklungspsychologie, Förderung der Beobachtungsgabe für Bindungsverhalten beim Kind und Anregung der Selbstreflexion. Marvin stellt den Eltern folgendes Modell für die Grundhaltung in der Beziehung zu ihrem Kind zur Verfügung, auf das sie zurückgreifen können: „a) immer: größer, stärker, klüger und dabei freundlich sein; b) wann immer möglich: den Bedürfnissen des Kindes (erschlossen aus seinen entsprechenden Stichworten bzw. Signalen) zu genügen; c) wann immer notwendig: die Regie übernehmen“ (Marvin, 2019, S. 195). Besonders wenn das Kind von einer Frustrationserfahrung überwältigt wird, unterstützt Marvin die Eltern, das Verhalten des Kindes nicht persönlich zu nehmen, es zu trösten und zu unterstützen und bei ihm zu bleiben, bis das unangenehme Gefühl verstanden wurde und das Kind seine Tätigkeit fortsetzen kann. Mit dieser Beziehungshaltung ist es den Eltern möglich, wieder zur „sicheren Basis“ für ihr Kind zu werden und sie unterstützen durch die Hilfe bei der Regulation der kindlichen Emotionen das Erlernen von Selbstregulation (Marvin, 2019).

3.2.3 Abschlussphase: Empathie und Wertschätzung im Abschiedsprozess

Haben Therapeut*in, Eltern und Kleinkind gemeinsam Herausforderungen des Entwicklungsprozesses gemeistert, einhergehend mit dem erwünschten Effekt der Verminderung der Inkongruenz bei Eltern und Kleinkind, können sich auch auf der emotionalen Ebene, aber auch auf der Beziehungs- und Verhaltensebene Anzeichen zeigen, die auf die Bereitschaft deuten, die

Therapie zu beenden. Es könnte beispielsweise sein, dass eine anfänglich vorgebrachte Dringlichkeit seitens der Eltern bezüglich verschiedenster Probleme nicht mehr zu beobachten ist, dass sich Sorgen und Frustration vermindert haben, dass Gefühle besser reguliert werden können (Woodhead, 2011).

Im Bereich der Bindung konnten Eltern im Idealfall sichere Bindungsrepräsentanzen aufbauen, was bedeutet, dass sie zu einer, erst durch die therapeutische Beziehung erworbenen Bindungssicherheit gelangt sind (Brisch, 2019). In der Eltern-Kind-Beziehung würde dies bedeuten, dass in den Spieltherapiestunden sichtbar wird, dass Eltern in der Lage sind, auf die Äußerungen und Bedürfnisse ihres Kindes kongruenter, wertschätzender und empathischer zu reagieren. In der Begegnung lässt sich mehr Freude und Bezogenheit erkennen. Das Kleinkind würde sich im Sinne eigener sicherer Bindungsrepräsentanzen bei Unsicherheit an die Eltern wenden.

Mit dem Ende der Therapie geht auch das Abschiednehmen von der Therapeutenperson, welche eine wichtige Bezugsperson geworden ist, einher und damit das (Wieder)erleben von Trennung. Nemeskeri & Stumm (2018) empfehlen generell bezüglich des Therapieendes, ausreichend Zeit für den Abschied zu nehmen, um einer Bearbeitung von Trennungserfahrungen Raum geben zu können und „einer möglichen Retraumatisierung aufgrund früher erlebter Trennungserfahrungen“ (Nemeskeri & Stumm, 2018, S. 325) entgegenzuwirken. Möglicherweise erleben Eltern in der Therapie erstmalig, dass ihre Trauergefühle aufgrund von Trauma- und Trennungserfahrungen empathisch verstanden und beachtet werden. Durch die Erfahrung von Empathie, Trost und Unterstützung und die Begleitung des Trauerprozesses haben Eltern die Chance, Trennungssituationen für sich neu zu bewerten, besonders, wenn ihre schmerzlichen Gefühle zuvor eher bagatellisiert wurden oder gänzlich unbeachtet blieben. Mitunter kann es auch sein, dass über die durch wenig förderliche Beziehungsbedingungen in der Kindheit verhinderte Entwicklungsmöglichkeiten getrauert wird. Schließlich geht es zum Therapieende hin auch um die Gefühle, die durch die gegenwärtige Situation der Beendigung der Therapie ausgelöst werden (Brisch, 2019). Neben der Trauer wollen oft aber auch Gefühle der Dankbarkeit ausgedrückt werden. Woodhead (2011) rät dazu, diesen genügend Raum zu geben, da sie dazu beitragen, „die eingetretenen Veränderungen und die Bedeutung der Beziehung zur Therapeutin zu konsolidieren (Woodhead, 2011, S. 167). Zeigen Eltern noch Ängste bezüglich der Bewältigung verschiedener Situationen ohne den therapeutischen Rückhalt, kann ihnen angeboten werden, bei Bedarf wieder in den sicheren Hafen der Therapie zurückzukehren (Brisch, 2019).

3.3 Leitlinien für eine Eltern-Kleinkindtherapie

Auf der Grundlage der personzentrierten Therapietheorie unter der Einbeziehung bindungstheoretischer Forschungserkenntnisse wurden Praxisperspektiven für eine Eltern-Kleinkindtherapie entwickelt, aus denen im Folgenden versucht wird, die wichtigsten Leitlinien für die praktische Arbeit hervorzuheben. Diese Leitlinien, die auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen formuliert sind, sollen als Orientierungshilfe für die Beziehungsgestaltung und die damit verbundenen Handlungen dienen. Sie sind zur kreativen und eigenverantwortlichen Umsetzung der von Rogers (1959/1987) formulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen Prozess in der Eltern-Kleinkindtherapie gedacht (vgl. Eckert, 2006).

3.3.1 Übergreifende Leitlinien

Übergreifende Leitlinien für den gesamten Therapieprozess wären

- *auf der Begegnungsebene:*
 - Herstellen eines Beziehungsangebotes, das sowohl an die Eltern als auch an das Kleinkind gerichtet ist
 - Berücksichtigen von allen Ebenen der Inkongruenz (Inkongruenz des Kleinkindes, Inkongruenz der Eltern, familiäre Inkongruenz)
 - Unbedingt positives Beachten und empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Kleinkindes und des inneren Bezugsrahmens der Eltern während des gesamten Therapieprozesses
- *auf der Handlungsebene:*
 - Anbieten verschiedener Settings, die je nach Bedürfnislage der Familie variiert und kombiniert werden können (Elterntherapie, Elternberatung, Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind, Anpassen des zeitlichen und räumlichen Settings an die familiäre Situation)

3.3.2 Leitlinien für die Anfangsphase

- auf der Handlungsebene:
 - Sicherstellen, dass äußere und innere Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zur Durchführung einer Therapie gegeben sind (soziale Stressoren, Arbeitslosigkeit, Armut,

Wohnungslosigkeit, Regulationsfähigkeit bei psychischem Stress), nötigenfalls stationäres Setting oder Einbezug von bzw. Überweisung zu anderen Hilfsangeboten

- auf der Begegnungsebene:
 - Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu Eltern und Kleinkind, dazu
 - das Erstgespräch in den Dienst von Vertrauensbildung, Stabilisierung sowie dem Bewusstmachen und der Erweiterung der elterlichen Kompetenzen stellen
 - Eingehen auf das Bindungsverhalten der Eltern und Bieten eines „sicheren Hafens“
 - Aufrechterhalten des Beziehungsangebotes im Falle von Vermeidungsverhalten oder unsicher-ambivalenten Botschaften der Eltern
- auf der Handlungsebene:
 - Vertrautmachen der Eltern mit dem Setting „Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern“
 - Wahrnehmen des Interaktionsstils und des Bindungsstils von Eltern und Kleinkind in der Spieltherapie
 - gelingende Begegnungsmomente von Eltern und Kind unbedingt positiv beachten, um Eltern in ihrem Tun zu bestärken und zu ermutigen

3.3.3 Leitlinien für die mittlere Therapiephase

- auf der Handlungsebene:
 - Eltern unterstützen, die Symptome ihres Kindes besser zu verstehen und zu einem sicheren Hafen für ihr Kind zu werden, dazu
 - Elternberatung und Bearbeitung der Inkongruenz der Eltern in deren Eigentherapie und
 - Anbieten von Elterngesprächen zur Verminderung der familiären Inkongruenz und
 - Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung in der Spieltherapie im Mehrpersonensetting, dazu
 - Eltern für die verbalen und nonverbalen Signale ihres Kindes sensibilisieren, gegebenenfalls vermittelnd intervenieren

- Wiederaufgreifen von für die Eltern schwierigen Situationen oder Gefühlen während der Spieltherapie im geschützten Rahmen der Elterntherapie
- auf der Beziehungsebene:
 - Besondere Beachtung und Empathie für Trennungserfahrungen in der Familiengeschichte
 - In der Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind: besonders den Kontakt zwischen Eltern und Kleinkind unbedingt positiv beachten
 - Eingehen auf die Beziehungsangebote, die vom Kleinkind ausgehen, dabei durch Interaktionsresonanz auch im nonverbalen Bereich interagieren
 - Mitbeachten von Körperausdruck und Körperempfindungen sowohl beim Kleinkind als auch bei den Eltern

3.3.4 Leitlinien für die Abschlussphase

- auf der Handlungsebene:
 - Ausreichend Zeit für die Abschiedsphase nehmen
- auf der Begegnungsebene:
 - Trauergefühle empathisch verstehen, Trost und Unterstützung bieten
 - falls Eltern Unsicherheit bezüglich der Zukunftsperspektive äußern, die Möglichkeit zum Wiederaufnehmen der Therapie einräumen

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Ausgehend von der in der Literatur durchgehend bestätigten Kompatibilität des Personenzentrierten Ansatzes mit der Bindungstheorie (vgl. Behr, 2008; Biermann-Ratjen, 2006; Gahleitner, 2008; Höger & Müller, 2002; Höger, 2001, 2007, 2008; Wakolbinger, 2010) war die zugrundeliegende Intention der vorliegenden Masterarbeit das Aufzeigen des Potenzials, welches der Personzentrierte Ansatz im Bereich der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern aufweist.

Die Beantwortung der Forschungsfrage (s. Kap. 1.2), welche Leitlinien und Praxisperspektiven für die Arbeit mit Eltern von Kleinkindern und für eine Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie zu beachten sind, basiert auf der theoretischen Grundlage der personzentrierten Therapietheorie und der personzentrierten Entwicklungstheorie mit Bezügen zur Bindungstheorie, aber auch zur Säuglingsforschung. Dazu wurde im ersten Teil der Arbeit die Entwicklung des Selbstkonzeptes nach Rogers und die Weiterentwicklung von Rogers' Entwicklungstheorie nach Biermann-Ratjen dargestellt (s. Kap. 2.1 und 2.2) und durch Sterns Beschreibungen der Entwicklung des Selbstempfindens (s. Kap. 2.5) und durch Perspektiven aus der Bindungstheorie (s. Kap. 2.6) ergänzt. Deutlich ist in den personzentrierten Theorien das Bedürfnis des Kindes nach unbedingt positiver Beachtung und empathischem Verstehen seiner Erfahrungen von in der Situation kongruenten Bezugspersonen beschrieben sowie die Entwicklung von Bewertungsbedingungen und Inkongruenz, wenn dieses Bedürfnis nicht befriedigt werden kann.

Ziel jeder Personzentrierten Psychotherapie ist die Minderung und Aufhebung von Inkongruenz. Da sich das kleinkindliche Selbst jedoch gerade erst entwickelt und diese Entwicklung vom Beziehungsangebot seiner Eltern abhängt, wird hier vorgeschlagen, in der Arbeit mit Kleinkindern das Verständnis von Inkongruenz um die elterliche und die familiäre Inkongruenz zu erweitern (vgl. Gaylin, 2002). Das therapeutische Beziehungsangebot richtet sich deshalb (und auch, weil das Kind noch sehr an die Eltern gebunden ist) an Eltern und Kind, mit der Intention, die Inkongruenz der Eltern zu vermindern, um damit die Entwicklungsbedingungen für das Kleinkind zu verbessern. In den von mir erarbeiteten Praxisperspektiven wird daher die Arbeit in verschiedenen Settings vorgestellt, einerseits Elterntherapie und -beratung und andererseits Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind. Diese Settings ergänzen sich und können je nach Bedarf angewandt werden. So könnten beispielsweise Erfahrungen, die Eltern in der Spieltherapie mit

ihren Kindern gemacht haben, im Rahmen der Eigentherapie (Elterntherapie) aufgegriffen und bearbeitet werden. Das Setting „Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind“, welches zwar auch in der Familientherapie (unter dem Blickwinkel „Familie“ vs. „Kleinkind“ in dieser Arbeit) Anwendung findet (vgl. Hollick, 2018a), ist jedoch in Anbetracht kaum vorhandener kleinkindzentrierter Therapieangebote relativ unbekannt. Eltern bietet dieses Setting aber eine erlebensorientierte Gelegenheit, mit therapeutischer Hilfe die Bedürfnisse und das Erleben ihres Kindes besser zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren. Aus diesem Grund richtet die Therapeutenperson in diesem Setting ihre unbedingt positive Beachtung auf die Interaktion bzw. den Kontakt zwischen Eltern und Kleinkind.

Der von mir gegliederte Therapieprozess vollzieht sich in drei Phasen, in welchen unter Einbeziehung bindungsrelevanter Aspekte jeweils adäquate Beziehungsangebote zu setzen sind. Zu Beginn steht der Aufbau der therapeutischen Beziehung als sichere Basis für Eltern. Dabei wird als sinnvoll erachtet, auf das Bindungsverhalten der Eltern einzugehen. Bei der Einführung in das Setting „Spieltherapie mit Kleinkind und Eltern“ wird nahegelegt, anfangs ganz besonders auf die Stärkung der elterlichen Kompetenz und das Selbstwertgefühl zu achten. In der Mittelphase der Therapie geht es um die Bearbeitung der Inkongruenzen (jene der Eltern, der familiären Inkongruenz und der kindlichen Inkongruenz) und die Unterstützung der Bindungsentwicklung. Die Beachtung von Trennungserfahrungen in der Familiengeschichte wird dabei als besonders wichtig angesehen, weil durch sie das Bindungssystem aktiviert wird (Brisch, 2019). Da diese Erfahrungen in der Abschiedsphase wieder erinnert bzw. wiedererlebt werden können, wird empfohlen, genügend Zeit für den Trauerprozess einzuräumen und das personenzentrierte Beziehungsangebot während dieser sensiblen Phase aufrechtzuerhalten (Nemeskeri & Stumm, 2018; Woodhead, 2011; Brisch, 2019).

In den bestehenden Weiterbildungslehrgängen für Personenzentrierte (Säuglings-), Kinder und Jugendlichen-Psychotherapie nimmt die Arbeit mit Kleinkindern und Eltern meiner Einschätzung zufolge nur einen kleinen Randbereich ein. Vielleicht kann aus der vorliegenden Masterthesis ein Impuls abgeleitet werden, die Curricula um diesen Anwendungsbereich zu erweitern. Für Ausbildungskandidat*innen würde dies eine besondere Auseinandersetzung mit eigenen Erfahrungen aus der Zeit als Kleinkind und auch mit der Frage nach dem eigenen Bindungsstil implizieren. Abgesehen von der Möglichkeit, ein weiteres Praxisfeld für die personenzentrierte Arbeit zunehmend eingehender zu erforschen und einzunehmen, bietet die Beschäftigung mit der Entwicklung des Selbst in der frühen Kindheit die Chance eines Zuwachses an Verständnis

für die Entstehung und Therapie von Störungen. Aufgrund der von mir benannten Rahmenbedingungen, nämlich der Konsolidierung neuronaler Bahnungen und der Verfestigung von Bindungsmustern (s. Kap. 2.7.1), ist eine möglichst frühzeitige Behandlung empfehlenswert.

Abschließend sei hier noch erwähnt, dass es für die zukünftige empirische Forschung von Interesse sein könnte, ob die vorgestellten Möglichkeiten der Unterstützung der Eltern-Kleinkind-Beziehung im Rahmen der Spieltherapie im Mehrpersonensetting im Vergleich zur Verwirklichung der personenzentrierten Grundhaltungen gegenüber den Eltern einen Mehrwert bringen.

Weiters könnte auch der Frage nach den Gründen für das weitgehende Fehlen personenzentrierter Angebote im Kleinkindbereich, trotz bester Voraussetzungen dafür, nachgegangen werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die vorliegende Arbeit nur auf wenig Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis zurückgreifen kann, weil diese eben nicht ausreichend vorhanden sind. Die formulierten Praxisperspektiven und Leitlinien sind auf Basis der personenzentrierten Therapie- und Entwicklungstheorie entstanden und zielen darauf ab, die Anwendung der sechs von Rogers (1959/1987) formulierten Bedingungen für den therapeutischen Prozess im Rahmen einer Eltern-Kleinkindtherapie unter der Berücksichtigung der Bindungstheorie wirksam umzusetzen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit müssen sich demnach erst dem fachlichen Diskurs stellen und sich in der Praxis bewähren. Dennoch hoffe ich, dass gezeigt werden konnte, dass eine theoriebegründete Anwendung der Personenzentrierten Psychotherapie im Praxisfeld „Kleinkind (und Eltern)“ unter Berücksichtigung der besonderen Rahmenbedingungen möglich ist - mehr noch, dass der Personenzentrierte Ansatz, dessen Erfolg darauf beruht, die von Rogers beschriebene Beziehungsqualität in der therapeutischen Begegnung zu verwirklichen, besonders gut für Eltern und Kleinkind geeignet ist, die therapeutische Beziehung dahingehend zu nutzen, dass persönliche Entwicklung stattfinden kann (Rogers, 1961/2004, S. 47).

Abstract

Die vorliegende Masterthesis befasst sich mit der Anwendung des Personzentrierten Ansatzes im Bereich der Eltern-Kleinkindtherapie unter Berücksichtigung der Bindungstheorie. Im Fokus steht die Behandlung von Kindern im zweiten und dritten Lebensjahr, einer Zeit, in der die Kinder noch sehr stark von ihren Eltern (bzw. permanenten engen Bezugspersonen) abhängig sind und in der die Beziehungserfahrungen mit diesen prägend für das sich gerade entwickelnde Selbstkonzept sind. So können Beziehungserfahrungen mit inkongruenten Eltern zu Inkongruenz beim Kleinkind führen, weshalb in der Behandlung von Störungen im Kleinkindalter die Eltern eine wichtige Rolle spielen. Es wird in der vorliegenden Arbeit deshalb vorgeschlagen, neben der kindlichen Inkongruenz auch jene der Eltern und die familiäre Inkongruenz mitzubeachten (vgl. Gaylin, 2002).

Grundlagen für die in dieser Masterthesis erarbeiteten Leitlinien und Praxisperspektiven für eine Eltern-Kleinkindtherapie bilden Rogers' Theorie der Selbstentwicklung, deren Weiterentwicklung durch Biermann-Ratjen in Form von Phasen der Selbstkonzeptentwicklung und die personzentrierte Therapietheorie. Weiters werden Bezüge zur Bindungstheorie, aber auch zur Säuglingsforschung hergestellt – beide sind, wie gezeigt wird, durch ihre interaktionelle Ausrichtung mit dem Personzentrierten Ansatz kompatibel.

Im Entwurf für Praxisperspektiven einer Eltern-Kleinkindtherapie werden zwei unterschiedliche Settings vorgestellt: Elterntherapie, um die Inkongruenz der Eltern in Form einer Eigentherapie zu vermindern und Spieltherapie mit Eltern, Kleinkind und Therapeut*in im Mehrpersonensetting zur Unterstützung der Eltern-Kind Beziehung.

Der Therapieprozess wird in drei Phasen beschrieben, wobei die Einbeziehung bindungstheoretischer Erkenntnisse das personzentrierte Beziehungsangebot im Sinne der Beachtung des Bindungsbedürfnisses des Menschen bereichert.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Eltern-Kleinkindtherapie, personzentrierte Theorie der Selbstentwicklung, Inkongruenz, personzentrierte Therapietheorie, Elterntherapie, Spieltherapie mit Eltern und Kleinkind, Bindungstheorie

This master thesis proposes the application of the Person-Centered Approach in the realm of parent-toddler therapy, also taking attachment theory into account. The focus lies in the treatment of children in their second and third year of life, a period in which children are still very dependent on their parents (or permanent care takers), and in which relationship experiences with their parents are formative to the development of their self-concept. Therefore, relationship experiences with parents who are incongruent can evoke incongruence in a toddler. Hence, parents play an important role in the treatment of disturbances in early childhood. Consequently, the consideration of parental and family incongruence as well as of the child's incongruence is advocated.

The guidelines and practical perspectives for parent-toddler therapy developed here are based on Rogers' theory of development of the self, its further exploration by Biermann-Ratjen (above all phases of the development of the self-concept) and Rogers' theory of therapy. References are made to attachment theory and to infant research, which, as it is shown, due to their interactional orientation are compatible with the Person-Centered Approach.

In the proposal for practical perspectives for parent-toddler therapy, two different settings are highlighted; first, therapy for parents to address their incongruence, and second play therapy with parents and toddlers in a multi-person setting, thereby focusing on supporting the parent-child relationship.

The therapy process is described in three phases. The inclusion of attachment theory enriches the Person-Centered Approach as it underlines the human need for attachment.

Keywords: Person-centered parent-toddler therapy, person-centered theory of development of the self, incongruence, person-centered theory of therapy, psychotherapy with parents, play therapy with toddlers and parents, attachment theory

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.
- Axline, V.M. (1947/1997). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. Ernst Reinhardt. (Orig. 1947: *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Mifflin.)
- Bartosch, E. (2015). *Säuglingsforschung und Personzentrierte Psychotherapie. Zur Entwicklung des Selbst*. Akademikerverlag.
- 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. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 89–103.
- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *Person*, 10 (2), 108–117.
- Behr, M. (2008). Interaktive Spieltherapie und Heilpädagogik. Ein theoriebegründetes Konzept „Interaktionsresonanz“ für die Kommunikation über Spielhandlungen und Spielzeug. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit & Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 115–131). Krammer.
- Berger, M., Freiburger, E., Kalckreuth, B., Knott, M., Wiesler, Ch., & Windaus, E. (2018). Regulationsstörungen, psychische und psychosomatische Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter. In P. Adler-Corman, Ch. Röpke & H. Timmermann (Hrsg.), *Psychoanalytische Leitlinien der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* (S. 363–401). Brandes & Apsel.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123–145). Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–92). Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2008). Die klientenzentrierte Entwicklungspsychologie. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit & Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 155–166). Krammer.

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 9. überarb. und erweiterte Aufl. Kohlhammer.
- Bowlby, J. (1969/2006). *Bindung*. Ernst Reinhardt. [Orig.: (1969). *Attachment and Loss*, Volume 1: *Attachment*. The Tavistock Institute of Human Relations].
- Braun, K., Helmke, C., & Bock, J. (2019). Bindung und der Einfluss der Eltern-Kind-Interaktion auf die neuronale Entwicklung präfrontaler und limbischer Regionen: Tierexperimentelle Befunde. In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft* (S. 52–78). Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2007). Prävention durch prä- und postnatale Psychotherapie. In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung* (S. 271–303). Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2017). *SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern*. Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2019). *Säuglings- und Kleinkindalter. Bindungspsychotherapie – Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie*. Klett-Cotta.
- Broughton, C. (2011). Die mittlere Phase: Elaboration und Konsolidierung. In T. Baradon, C. Broughton, I. Gibbs, J. James, A. Joyce & J. Woodhead, *Psychoanalytische Psychotherapie mit Eltern und Säuglingen. Grundlagen und Praxis früher therapeutischer Hilfen* (S. 125–150). Klett-Cotta.
- Crawford, I., & Nuding, D. (2013). Filialtherapie – ein personenzentriertes Elterntraining zur Schulung elterlicher Achtsamkeit und Verringerung von elterlichem Stresserleben. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 13 (3), 138–143.
- Diem-Wille, G. (2014). Zur Entstehung und den theoretischen Wurzeln der Eltern-Kleinkind-Therapie. *WLPnews. Zeitschrift des Wiener Landesverbandes Psychotherapie*, 3, 6–9.
- Eckert, J. (2006). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Springer.
- Finke, J. (2022). Bindungs- und Abhängigkeitsphänomene in der personenzentrierten Beziehung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 53 (1), 8–13.
- Fraiberg, S. (Hrsg.) (2022). *Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren. Studien aus einer psychoanalytischen Klinik für Babys und ihre Eltern*. Psychosozial.

- Fröhlich-Gildhoff, K., & Hanne, K. (2002). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, Th. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: 2. überarb. und erweiterte Aufl. Bd. 1. Grundlagen und Konzepte* (S. 369–389). Hogrefe.
- Gahleitner, S.B. (2008). Bindungstheorie und personzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem allgemeinen Wirkfaktor. *Person*, 12 (1), 46–57.
- Gaylin, N.L. (2002). Der Personzentrierte Ansatz in der Familientherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 319–333). Springer.
- Gendlin, E.T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Pfeiffer [Orig.: (1996). *Focusing-oriented Psychotherapy*. The Guilford Press.]
- Grossmann, K., & Grossmann, E.K. (2021). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. 8. Aufl. Klett-Cotta.
- Harms, T. (Hrsg.) (2017). *Körperpsychotherapie mit Säuglingen und Eltern. Grundlagen und Praxis*. Psychosozial.
- Höger, D. (2001). Rogers und die Bindungstheorie. *Person*, 5 (2), 42–44.
- Höger, D. (2007). Der personzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 64–78). Facultas/UTB.
- Höger, D. (2008). Die Bedeutung der Bindungstheorie für Gesprächspsychotherapie und die Psychotherapie im Allgemeinen. *Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 7 (3), 150–157.
- Höger, D., & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6 (2), 35–44.
- Hollick, U. (2018a). Familien mit Säuglingen und Kleinkind. In U. Hollick, M. Lieb, A. Renger & T. Ziebertz, *Personzentrierte Familientherapie und -beratung* (S. 129–134). Ernst Reinhardt.
- Hollick, U. (2018b). Personzentrierte Familientherapie und -beratung mit der ganzen Familie. In U. Hollick, M. Lieb, A. Renger & T. Ziebertz, *Personzentrierte Familientherapie und -beratung* (S. 145–155). Ernst Reinhardt.

- Hüther, G. (2001). *Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten*. Plenarvortrag am 24.4.2001 im Rahmen der 51. Lindauer Psychotherapiewochen.
- <https://www.lptw.de/archiv/vortrag/2001/huether-gerald-neurobiologische-verankerung-von-erfahrungen-und-ihre-auswirkungen-auf-das-verhalten-lindauer-psychotherapiewochen2001.pdf>
- Hufnagel, G., & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – Betrachtet aus einer personzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte*. 2. überarb. und erweiterte Aufl. (S. 35–79). Hogrefe.
- Jürgens-Jahnert, S. (2011). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In Ch. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer, & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S. 83–106). Books on Demand.
- Keil, W. & Stumm, G. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–72). Springer.
- Keil, W. & Stumm, G. (2002). Spezielle Dimensionen und Settings: Einleitung. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 287–294). Springer.
- Lieb, M. (2018). Selbst-, Paar-, Familienkonzept. In U. Hollick, M. Lieb, A. Renger & T. Ziebertz, *Personzentrierte Familientherapie und -beratung* (S. 54–57). Ernst Reinhardt.
- Lux, M. (2007). *Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. Ernst Reinhardt.
- Main, M. (2009). Desorganisation im Bindungsverhalten. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie* (S. 120–139). Klett-Cotta.
- Mogel, H. (2002). Spiel – ein Fundamentales Lebenssystem des Kindes. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte*. 2. überarb. und erweiterte Aufl. (S. 237–257). Hogrefe.

- Marvin, B. (2019). Das Verständnis von oppositionellem und zerstörerischem Verhalten von Kindern aus der Perspektive des „Sicherheitskreises“ (Circle of Security). In K.H. Brisch & Th. Hellbrügge (Hrsg.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft* (S. 187–212). Klett-Cotta.
- Nemeskeri, N., & Stumm, G. (2018). Erstgespräch, Vereinbarungen, Rahmenbedingungen und Therapieende. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. (S. 313–327). Springer.
- Piaget, J. (1975). *Nachahmung, Spiel und Traum. Gesammelte Werke. Studienausgabe Bd. 5*. Klett.
- Renger, A. (2018). Familiäre Inkongruenz. In U. Hollick, M. Lieb, A. Renger & T. Ziebertz, *Personzentrierte Familientherapie und -beratung* (S. 57–62). Ernst Reinhardt.
- Reisel, B., & Fehringer, Ch. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 335–352). Springer.
- 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). Springer.
- Rogers, C.R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des Klientenzentrierten Ansatzes*. GwG. [Orig.: (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). McGraw Hill].
- Rogers, C. R. (1961/2004). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Klett. [Orig.: (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.]
- Rogers, C. R. (1951/1992). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer. [Orig.: (1951). *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin.]
- Sander, L.W. (1962). Issues in early mother-child interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 141–166.

- Speierer, G.W. (2003). Differenzielles Inkongruenzmodell (DIM). In G. Stumm, J. Wiltschko & W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 75–78). Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Stern, D. (1985/2010). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta.
- Stern, D. (1992/2020). *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt*. Piper.
- Stumm, G. & Keil, W. (2018). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 15–30). Springer.
- Wakolbinger, Ch. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 14 (1), 21–31.
- Weinberger, S. (2007). *Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. 3. ergänzte Aufl. Beltz.
- Woodhead, J. (2011). Das Ende einer Eltern-Säuglings-Psychotherapie. In T. Baradon, C. Broughton, I. Gibbs, J. James, A. Joyce & J. Woodhead, *Psychoanalytische Psychotherapie mit Eltern und Säuglingen. Grundlagen und Praxis früher therapeutischer Hilfen* (S. 151–173). Klett-Cotta.
- Zulliger, H. (1971). *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Fischer.