

Luxen, Ulrike und Senckel, Barbara

**Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer
psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die
heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 1, S. 37-51

urn:nbn:de:bsz-psydok-41210

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years)	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing)	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children)	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy)	27

Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age)	399
FEGER, J. M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping)	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children)	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood)	101
HESSEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey)	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data)	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?)	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years)	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison)	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation)	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUFS, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists)	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project)	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach)	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort))	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology)	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children)	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?)	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy)	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist)	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3-4 Months old Infants)	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation)	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents)	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View)	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study)	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment)	86

Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders)	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation)	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment)	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations)	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists)	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective)	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection)	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STRECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STRECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder) . . .	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings	295
DIPPELHOFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMAN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP	381
EGLER, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt?	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	641
NYSSSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebskranker Kinder	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospiele: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit	373
WARKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule	717
Editorial / Editorial	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797

Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern

Ulrike Luxen und Barbara Senckel

Summary

The Development-Friendly Relationship – Transfer of Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children

The authors show the possibility of integrating psychotherapeutic methods into the therapeutic pedagogical work day by describing the therapy progress of a slightly mentally handicapped boy who suffered under a narcissistic disorder with depressive parts. In this process the authors oriented themselves primarily on depth psychology and client-centered play therapy but also included therapeutic elements. The counselling accompanying the therapy ensures integration into everyday life. On this basis it is possible to reduce the boy's overdimensional self and to build up object constancy. In conclusion, it is shown how individual therapeutic interventions can be integrated additionally into the pedagogical day-to-day life.

Zusammenfassung

Die Möglichkeit der Integration psychotherapeutischer Methoden in den heilpädagogischen Alltag zeigen die Autorinnen anhand des Verlaufs der Therapie eines leicht geistig behinderten Jungen, der unter einer narzißtischen Störung mit depressiven Anteilen litt. In ihrem Vorgehen orientieren sie sich primär an der Tiefenpsychologie und der klientenzentrierten Spieltherapie, beziehen dabei aber auch das therapeutische Festhalten, ansatzweise körpertherapeutische Verfahren und verhaltenstherapeutische Elemente ein. Durch den therapiebegleitenden Beratungsprozeß wird die Integration in den Alltag gewährleistet. Auf dieser Basis gelingt es, das Größenselbst des Jungen zu reduzieren und Objekt Konstanz aufzubauen. Abschließend wird gezeigt, wie einzelne therapeutische Interventionen darüber hinaus in den pädagogischen Alltag integriert werden können.

1 Theoretischer Überblick: Zentrale Konzepte der Psychotherapie für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen

Das Zentrum der *Gesprächspsychotherapie* bilden die drei sogenannten Therapeutenvariablen: bedingungslose Wertschätzung, Einfühlung in die Erlebnisweise des Klienten und Echtheit in den eigenen Reaktionen. Sie nehmen dem Klienten die Angst vor der Auseinandersetzung mit sich selbst, eröffnen ihm Zugang zu seiner „Innenwelt“, und zwar sowohl zu seinen Problemen als auch zu seinen Ressourcen, und aktivieren dadurch seine Selbstaktualisierungstendenz, so daß psychisches Wachstum möglich wird.

Die *Verhaltenstherapie* versucht über funktionelle Maßnahmen Einfluß auf das unerwünschte Verhalten eines Menschen zu gewinnen. Dabei legt sie auf drei Bereiche besonderes Gewicht:

- (a) auf die Situationsgestaltung, durch die unerwünschtes Verhalten im Vorfeld vermieden werden soll
- (b) auf die Kontrolle der Konsequenzen im Sinne von Verstärkung, Löschung und Bestrafung, durch die angemessenes Verhalten als lohnend und negatives als unattraktiv erlebt werden soll und
- (c) auf die Qualität innerer Einstellungen und Bewertungsvorgänge, die sich ebenfalls als Steuerungselemente auf das Verhalten auswirken. Schließlich versucht sie, über spezielle Lernmethoden und Angebote zu gezieltem Probehandeln, das Verhaltensrepertoire ihrer Klienten zu erweitern.

Der *systemtherapeutische Ansatz* verläßt die individuumzentrierte Perspektive und rückt alle im Interaktionsfeld beteiligten Personen ins Blickfeld. Er fragt nach der Bedeutung eines emotional gestörten Individuums für das Gesamtsystem und sucht nach Maßnahmen, die das Gesamtsystem so verändern, daß ein neues Gleichgewicht gefunden wird, in dem der „Indexpatient“ seine Symptomatik aufgeben kann.

Die *körperorientierten und nonverbalen Verfahren* gehen von der Leib-Seele-Einheit des Menschen aus, d.h. sie versuchen über vorsprachliche Kommunikation, etwa im Sinne des „Spiegels“ von Körpersignalen und über körperliche Übungen fehlende Grunderfahrungen zu vermitteln, emotionale Fixierungen zu lösen und somit eine Nachreifung anzuregen. Es geht um basale, ganzheitliche Interaktionserfahrungen, die sich an frühkindliche Erlebnisformen anschließen und deshalb geeignet sind, Menschen mit frühen Störungen oder mit sehr geringem kognitiven Entwicklungsniveau zu erreichen.

Die für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelte *Gestalttherapie* knüpft ebenfalls an elementaren Körper- und Beziehungserfahrungen an. Das wichtigste therapeutische Mittel ist wie stets der vertrauensvolle Kontakt zum Therapeuten. Der Therapeut bietet behutsam körperliche Übungen an, die ein neues Körper- und Selbsterleben ermöglichen. Über die Übungen lernt der Klient seinen Körper kennen: er nimmt Spannungen wahr und empfindet deutliche Entspannung; er erlebt fließende Bewegungsabläufe, die er allmählich als eigene Bewegungsmuster übernimmt; er entdeckt und entwickelt eigene Kräfte und verbessert schließlich seine Fähigkeit, das innere und

äußere Gleichgewicht zu halten. Da der körperlichen Entwicklung auch eine seelische entspricht, kommt es zu einer Zunahme der Eigeninitiative, des Selbstvertrauens und der Ausgeglichenheit.

Der *kunsttherapeutische Ansatz* geht davon aus, daß ein Mensch seine inneren, ihn emotional kränkenden Konflikte oftmals eher in einem Bild oder einer Plastik als im Gespräch darstellen kann. Denn viele Konflikte sind zu beängstigend oder beschämend, um benannt oder besprochen zu werden. Andere sind noch gar nicht dem Bewußtsein zugänglich, tauchen aber schon als Bild auf. Viele geistig behinderte Menschen erfassen manche Probleme zwar nicht rational, sind aber durchaus in der Lage, sie zu gestalten. Die Aufgabe des Therapeuten besteht nun darin, die dargestellte Not einführend zu erfassen, das gewonnene Verständnis behutsam mitzuteilen und eventuell ein Gespräch zu ermöglichen oder auch vorsichtig mitgestaltend in Interaktion zu treten. So lassen sich auf der Symbolebene Weiterentwicklungen anbahnen.

Diesen sechs Ansätzen möchten wir nun als weiteren den *tiefenpsychologischen* hinzufügen. Die Tiefenpsychologie nimmt an, daß sich die psychische Grundstruktur eines Menschen vor allem in den ersten sechs Lebensjahren herausbildet, und zwar als das Ergebnis des Zusammenspiels angeborener Reaktionstendenzen und konkreter Beziehungs- bzw. „Lebens“-Erfahrung. Mängel und Disharmonien der psychischen Grundstruktur, die zu schwerwiegenden Selbstwertproblemen und emotionalen Blockaden führen, bilden die Ursache für psychische Störungen. Überlagert werden sie von Abwehr- und Reparatursversuchen, die den Zweck verfolgen, das Ich zu stabilisieren und handlungsfähig zu halten. Sie schränken aber die Persönlichkeitsentfaltung ein und treten außerdem als störende Symptome in Erscheinung, so daß beim Individuum oder seinen Bezugspersonen ein Leidensdruck entsteht, der den Wunsch nach Therapie weckt. In der Behandlung gilt es, die zugrundeliegenden Mängel und ursprünglichen Konflikte zu erkennen, innerhalb einer tragfähigen Beziehung Nachreifung zu ermöglichen, emotionale Blockaden aufzulösen sowie realitätsgerechtere und befriedigendere Lösungen für die Konflikte zu entdecken. Als Folge dieses Entwicklungsprozesses wachsen das Selbstwertgefühl, die Frustrationstoleranz und die Fähigkeit zur Realitätsbewältigung; die belastende Symptomatik hingegen verringert sich. Als methodische Mittel werden eingesetzt – je nach Alter, Entwicklungsstand oder individueller Vorliebe – das Gespräch, das Spiel oder kreative Medien, wie beispielsweise das Malen. Als wichtigster therapeutischer Faktor gilt die Beziehung. Im Interaktionsgeschehen präsentiert der Klient seine Beziehungsmuster, zugleich demonstriert er seine Beziehungserfahrungen und reinszeniert vertraute Beziehungskonstellationen. Diese Übertragungen gilt es zu verstehen und durch ein hilfreiches Beziehungsangebot allmählich zu überwinden. Das bedeutet, daß der Therapeut häufig, insbesondere bei frühgestörten Klienten, für eine gewisse Zeit Anteile einer mütterlichen und väterlichen Funktion übernehmen muß. Die Notwendigkeit hierzu erkennt er an der sogenannten Gegenübertragung, also an den Impulsen, die die Übertragung des Klienten in ihm auslösen.

Was von den verschiedenen theoretischen Ansätzen und den für die Persönlichkeitsentwicklung als bedeutsam erkannten Faktoren läßt sich in den heilpädagogischen Alltag integrieren? Wir möchten unsere Antwort anhand der Psychotherapie eines emotional- und verhaltensgestörten Kindes und der Beratung seiner Erzieher aufzeigen.

Wir haben einen leicht geistig behinderten Jungen ausgewählt, weil der Umgang mit seiner Problematik sowohl für erfahrungs- und sozial handlungsfähige geistig behinderte Menschen als auch für normal begabte Kinder, wie man sie in den Bereichen der Jugendhilfe antrifft, exemplarisch ist. Wir verbanden in unserem Vorgehen hauptsächlich die klientenzentrierte, tiefenpsychologische und entwicklungspsychologische Sichtweise miteinander und stützten uns auf deren methodische Grundlagen. Diese wollen wir schlagwortartig kennzeichnen als „einführendes Verstehen innerhalb einer wertschätzenden Beziehung mit entwicklungsstandgemäßer Interaktion“. Darüber hinaus griffen wir, als bestimmte Situationen dies ratsam erscheinen ließen, auf Elemente der Festhaltetherapie und der Verhaltenstherapie zurück. Abschließend stellen wir dar, daß sich viel von unserem Vorgehen bei entsprechender Vorbildung in den Alltag integrieren läßt.

2 Falldarstellung

Zu Beginn der Therapie und Beratung war Sam (Name geändert) zehn Jahre alt und lebte seit achtzehn Monaten im Heim. Die Erzieherinnen wünschten die Therapie, weil er sich nicht einleben konnte und seit der Heimaufnahme in zunehmendem Maße Verhaltensauffälligkeiten zeigte. Diese wurden beschrieben als stärker werdende Stimmungsschwankungen im Sinne aggressiver Durchbrüche einerseits und depressiver Verstimmungen mit verzögerter Reaktionsfähigkeit, Antriebsarmut, Lustlosigkeit, Unkonzentriertheit, Vergeßlichkeit und Äußerungen, nicht mehr leben zu wollen, andererseits. Unterwerfungsrituale (ganz lieb sein wollen, „sich einschmeicheln“) konnten abrupt wechseln mit Dominanztendenzen, die begleitet waren von unbändiger Wut, Auto-, Fremd- und Sachaggressionen. Auslöser hierfür waren pädagogische Korrekturen oder Anforderungen. Sam war davon überzeugt, daß er „viel Böses“ in sich habe, der Teufel in ihm stecke und er schuld an der häuslichen Misere sei, denn die Mutter hatte die Familie verlassen, als er fünf Jahre alt war; der Vater erwies sich in den folgenden Jahren als unzuverlässig; keiner habe ihn lieb. Bedingt durch seine emotionale Wechselhaftigkeit, empfanden die Erzieher ihn als unecht und maskenhaft, was diesen eine akzeptierende Grundhaltung sehr erschwerte.

Zur Vorgeschichte erfuhren wir aus der Aktenlage folgendes: Sam wurde nach unauffälliger Schwangerschaft termingerecht und komplikationslos geboren. Mit sechs Monaten hatte er einen Leistenbruch, der mit acht Monaten operiert wurde. Zwei Wochen nach der Operation sei es zu täglich 10-20mal auftretenden Blitz-Nick-Salaam-artigen Krämpfen gekommen, ab dem 3. Lebensjahr seien herdförmige motorische Anfälle aufgetreten. Mehrmonatige medikamentöse Einstellungsversuche verliefen ergebnislos.

Wegen eines sprachlichen Entwicklungsrückstandes wurde Sam logopädisch behandelt. Mit vier Jahren wurde er in einen Sonderschulkindergarten aufgenommen. Nach dem fünften Lebensjahr verschlechterte sich die Epilepsie. Etwa zu diesem Zeitpunkt verließ die Mutter die Familie, weil sie sich der häuslichen Situation nicht mehr gewachsen fühlte. Mit sechs Jahren wurde Sam in eine Lernbehindertenschule eingeschult, wo sich die Leistungen im Laufe des zweiten Schuljahres – möglicherweise in Zusammenhang mit einer mehrmonatigen Abwesenheit wegen einer stationären medikamentösen Epilepsie-Einstellung – so verschlechterten, daß er dieses Schuljahr wiederholen mußte. Nach der medikamentösen Einstellung habe sich zwar die Anfallsituation verbessert, jedoch sei ein intellektueller Abbau eingetreten, die Konzentrationsfähigkeit habe nachgelassen, Umtriebigkeit und Aggressivität seien stärker geworden, das Gefahren-

bewußtsein habe sich verringert. Daher entschloß sich der Vater, Sam zur Aufnahme in einem Heim für geistig behinderte Kinder anzumelden. Die Ärzte nahmen als Ursache für die Behinderung eine komplizierte Epilepsie ungeklärter Ursache an und stellten die Diagnose „Hirnorganisches Psychosyndrom“.

Psychodiagnostisch ergab sich aufgrund mehrerer Tests zu Beginn der Therapie (Kramer-Intelligenztest, FEW, DÜSS-Fabeltest, CAT, Sceno-Test) folgendes Bild: In der Intelligenz und optischen Wahrnehmung zeigte sich ein Entwicklungsrückstand von zwei Jahren. Relative Leistungsspitzen lagen im Bereich des kausal-logischen Denkens und in der Erfassung bildlich dargestellter Zusammenhänge, deutliche Defizite ergaben sich beim Erfassen akustisch dargebotener logischer Zusammenhänge, beim Zahlengedächtnis und der Gestalterfassung. Klassifikatorisch gesehen handelte es sich bei Sam um eine leichte Intelligenzminderung (IQ 66). Der Grad seiner kognitiven Beeinträchtigung liegt also an der oberen Grenze einer leichten geistigen Behinderung.

In den projektiven Persönlichkeitstests stellte Sam seine innere Problematik dar: Seine Phantasien kreisten um eine harmonische Familie mit einem treusorgenden Vater und einer idealisierten Mutter. Orale Bedürfnisse dominierten und wurden in projektiver Identifikation verarbeitet – so gelang es ihm, seine unbefriedigten Bedürfnisse zu erfüllen, seine Größenphantasie zu nähren und einer von ihm phantasierten mütterlichen Delegation, der Starke, Beschützende und Fürsorgende zu sein, gerecht zu werden.

Die Mutter erlebte Sam nicht nur positiv als nährend und bergend, sondern auch negativ als hilflos und unfähig, ihn vor Bedrohung zu schützen und seine existentiellen Bedürfnisse angemessen zu befriedigen; vielmehr noch: mütterliche Fürsorge empfand er als „vergiftend“, und so erschien die noch erträumte Mutter-Kind-Symbiose gleichzeitig als ersehnt und existenzbedrohende Gefahr. Daß Sam auf diesem Hintergrund keine sichere Identität und schon gar kein Gefühl für unbedingtes Geliebt-Werden (Urvertrauen) entwickeln konnte, erschien verständlich. Diese ambivalente Einstellung wehrte er durch die Idealisierung ab.

Die Psychodiagnostik bestätigt den depressiven Hintergrund der Störung, wobei Sams aggressives Verhalten als Abwehr der Depression und als notwendiger Schutz für sein verletzliches und noch schwaches Ich anzusehen ist. Auch das Gefühl, nicht geliebt zu sein, und die Suicidäußerungen, wie sie im Alltag beobachtet wurden, sprachen für eine depressive Störung. Sam, der noch eine symbiotische bergende Mutter-Kind-Beziehung brauchte, war eigentlich noch nicht gruppenfähig. Da er mit der Aufrechterhaltung der aggressiven – oder übertrieben „lieben“ – Fassade eine Menge psychischer Energie band, war er eigentlich auch mit der Bewältigung des normalen Alltags überfordert – und „überhörte“ oder „vergaß“ wohl auch deswegen viele Anforderungen.

3 Verlauf von Beratung und Therapie

Die Ergebnisse der Psychodiagnostik ließen eine Einzeltherapie notwendig erscheinen. Gleichzeitig gaben sie auch Hinweise auf Ziele und Inhalte der Beratung mit dem Erzieherteam: So erschien es wichtig, sowohl Verständnis für Sams innere Situation zu wecken und damit eine Basis für eine akzeptierende Beziehung zu schaffen, als auch der Gefahr entgegenzuwirken, die sich aus Sams Spaltungstendenzen ergaben. Diese unbewußte Abwehrstrategie bestand darin, daß Sam seine Mutter idealisierte und gleichzeitig ihre negativen Seiten absplattete, daß er sein eigenes Versagen verleugnete und zugleich auf die als „blöd“ entwerteten Erzieher projizierte, daß er seine Affekte nicht angemessen kontrollieren konnte und versuchte, Affektdurchbrüche zu verleugnen oder durch nachfolgende Überanpassung ungeschehen zu machen. Unerkannt

führen solche Verhaltensweisen leicht dazu, daß die beteiligten Systeme gegeneinander ausgespielt und in die Spaltung getrieben werden. Dadurch würden, so befürchteten wir, die einzelnen Bezugspersonen in Sams Störung einbezogen und sie mit ausagieren. Um dieser Gefahr vorzubeugen, erschien es uns ratsam, die einzelnen Bezugssysteme, Erzieherteam und Therapeutinnen, durch möglichst engen Informationsfluß zu vernetzen.

Allgemein kann man nach unserer Erfahrung sagen: Je schwerer die psychische Störung ist, also je früher sie biographisch anzusiedeln ist, um so notwendiger ist ein enger Austausch zwischen den Bezugspersonen.

Im konkreten Fall wurde der Austausch hergestellt durch ein Informationsheft, in das wesentliche Inhalte aus der Therapie, Überlegungen zum Therapieprozeß, Fragen an die Erzieher ebenso wie wichtige Vorkommnisse aus dem Alltag eingetragen wurden. Hierzu war es notwendig, die Erzieher als Kotherapeuten zu definieren, sie damit auch auf bestimmte Verhaltensweisen im Alltag zu verpflichten und sie dazu anzuleiten. Dies waren der Sinn und die Aufgabe der regelmäßigen Teamgespräche.

3.1 Im Wechselbad der Gefühle

Im Lauf der ersten Beratungsgespräche zeigte sich, daß die Erzieherinnen ebenso wie Sam heftigen Gefühlsstürmen ausgesetzt waren. War Sam frech und aggressiv, reagierten die Erzieherinnen wütend, verzweifelt und hilflos; war er überangepaßt, so fühlten sie sich verunsichert und lehnten seine „schleimige“ Art ab; war er traurig, verzweifelt und äußerte Todessehnsucht, so waren sie betroffen, besorgt, voller Mitgefühl und bemüht, ihn zu trösten. Generell stellten sie die Frage: wie ist Sam „wirklich“, wie können wir ihn verstehen und ihm helfen; daneben spürten sie auch, ausgelöst durch ihre eigene Verunsicherung und Hilflosigkeit, starke Ablehnung und den Wunsch, Sam solle sich ändern – dann würden sie ihn mögen können. Entsprechend hofften sie, die Therapie möge es richten. Die Erzieherinnen waren also verwickelt und reagierten spiegelbildlich; sie hatten die Projektion angenommen und agierten ihre Gegenübertragungsgefühle aus.

Mit den Beratungen, die wir meist auch zu zweit durchführten, um die Übertragungsgefühle zu verdeutlichen, verfolgten wir zunächst das Ziel, den Erzieherinnen Sams Verhalten verständlich zu machen, um ihnen eine veränderte Grundeinstellung zu ermöglichen. Diese sollte von den Variablen der Klientenzentrierten Psychotherapie getragen sein: unbedingte Wertschätzung als Basis für eine Beziehung, in der Sam ohne den Druck, sich verändern zu müssen, fehlende frühkindliche Erfahrungen nachholen konnte. Dies fiel den Erziehern schwer, insbesondere konnten sie zunächst die „schleimige Art“ nicht als Schutzmechanismus annehmen. Hilfreich war hier, so wurde uns später mitgeteilt, unsere akzeptierende und immer wieder geduldig erläuternde Art, die Hintergründe von Sams Verhalten aufzuzeigen und die Erzieher in ihrer Schwierigkeit nicht wertend zu akzeptieren. Wir waren somit in unserer Grundeinstellung Modell, so daß langsam Neues möglich wurde. Dabei wurde immer wieder thematisiert, wie man denn unbedingte Wertschätzung und Empathie mit der dritten Variable, der Echtheit, vereinbaren könne. Langsam wurde deutlich, daß Echtheit nicht gleichbedeutend ist mit dem Ausagieren der eigenen Affekte, sondern einen im Hinblick auf den Entwicklungsstand und die Tragfähigkeit des Gegenübers reflektierten Umgang mit den eigenen Gefühlen meint.

Die positivere Grundeinstellung ermöglichte es den Erziehern, Konflikte im Alltag nun meist anders anzugehen, was jedoch nicht immer zu einer friedlichen Beilegung führte. Da Sam in den Auseinandersetzungen aufgrund seiner aggressiven Durchbrüche sich, andere Personen und Gegenstände gefährdete, wurde er zur Verhütung von Schlimmerem festgehalten, wobei er möglichst frei von negativen Affekten zum Toben und Schreien ermutigt wurde. Die Festhaltungssitua-

tionen endeten meist in einem totalen Verzweiflungsausbruch, in dem er tröstend begleitet wurde, und brachten im anschließenden Gespräch viel von dem zutage, was Sam belastete. Trotz des damit verbundenen Zeit- und Kraftaufwandes trugen sie erheblich dazu bei, daß sich die Beziehung zwischen Sam und seinen Erzieherinnen festigte, weil diese ihn immer besser verstehen lernten, und er allmählich begann ihnen zu vertrauen.

3.2 *Sam der Medikus (1.-5. Stunde)*

Die Psychotherapie war als klientenzentrierte Spieltherapie auf tiefenpsychologischem Interpretationshintergrund angelegt. Diese Methode erlaubte Sam, seine Probleme symbolisch darzustellen, und uns, ihm durch symbolische Interaktion seine Wünsche zu erfüllen, Konflikte zu klären und eine Einstellungsänderung anzubahnen.

Sam ließ sich mit Begeisterung und nicht enden wollender Phantasie auf Rollenspiele ein. Bereits in der ersten Stunde boten wir ihm aufgrund der diagnostischen Vorkenntnisse zwei Handpuppen als Repräsentanten zweier zentraler Persönlichkeitsanteile an: ein Affe symbolisierte die ängstliche, schwache, aber auch liebevolle Seite, ein Krokodil die undifferenzierte Aggressivität mit den Omnipotenzphantasien. Sam und die beiden meist von uns gespielten Handpuppen waren über lange Zeit unzertrennliche Freunde. Seinen Freunden konnte er sich anvertrauen, lange bevor er sich uns direkt mitteilen konnte; von seinen Freunden konnte er Kritik und Rat viel eher annehmen als von uns. Das alles fand in der ersten Zeit bei abgeschlossener Tür und zugezogenen Vorhängen statt – so schutzbedürftig war das zerbrechliche Ich, das nach außen doch so großspurig auftrat.

Inhalte der Rollenspiele waren zunächst (Stunde 2-5) die Identifikation mit den Repräsentanten heilender Berufe, sprich: Er spielte Arzt und heilte jeden. Auf diese Weise tat er symbolisch kund, daß er der Heilung bedurfte und bereit und fähig war, sich selbst zu heilen, wobei er uns als Heilende akzeptierte, bezeichnete er U. Luxen doch seinen „Freunden“ gegenüber als seine „Notärztin“.

Die ersten Spiele lassen sich als Entwicklung eines Arbeitsbündnisses, als eine spielerische Vereinbarung der Kooperation zum Zwecke seiner Heilung deuten. Hauptbezugsperson war zu dieser Zeit – wie in der frühkindlichen Entwicklung – die mütterlich besetzte U. Luxen; B. Senckel hatte die Funktion einer Assistentin.

3.3 *Sam der Große (6.-21. Stunde) Sam ist 10-11 Jahre alt*

Auf dieser Basis stellte Sam in den folgenden 14 Stunden das ganze Spektrum seiner Problematik im Spiel dar: Es ging um wilde Kämpfe an verschiedenen Schauplätzen; in Afrika, Amerika, auf hoher See hatten wir gefährliche Abenteuer zu bestehen. Sam mußte mehrmals sterben, konnte aber mit Hilfe von „Jack“, einem von ihm kreierte Repräsentanten seines Größenselbst, wiederbelebt werden. Hier zeigte sich aber auch wieder die Brüchigkeit des Größenselbst, denn nicht einmal Jack überstand die ganzen Gefahren unverwundet.

Gegen Ende „starb“ Sam noch einmal und genoß es, von uns betrauert zu werden. Im Laufe der weiteren Stunden wurde deutlich, daß es beim Sterben nicht nur darum ging, die eigene Bedeutung für andere zu erleben, sondern daß er damit auch das Thema Verlassen und Verlassenwerden bearbeitete. So reagierte Sam sehr betroffen, als B. Senckel in einer Stunde nicht anwesend war. Abgesehen davon, daß in dieser Situation deutlich wurde, wie wichtig ihm die ruhige Gegenwart von ihr geworden war, zeigte sich hier ihre Bedeutung für seine Biographie. Erstmals konnte er in diesem Zusammenhang andeuten, wie schlimm es für ihn war, daß seine leibliche Mutter für ihn so plötzlich verschwunden war.

Dieses Thema möchten wir aufgreifen, um anhand eines kurzen Beispiels das Mittel der symbolischen Interaktion zu illustrieren (20. Stunde): Sam beanstandet, daß er von B. Senckels Fehlen nichts erfahren hat, kann aber nicht sagen, weswegen das so schlimm für ihn ist. Dies übernehmen die von U. Luxen gespielten Handpuppen, indem der Affe erzählt, er sei von seiner Mutter verlassen worden. Auf diese Ebene kann Sam einsteigen, sich mit dem Tier identifizieren und sogar seiner Rolle als großer Helfer gerecht werden, insofern er die Lösung findet, nunmehr „Mutter suchen“ zu spielen. In dieser symbolischen Wunscherfüllung gelingt es also, das narzißtische Größenselbst aufrechtzuerhalten und Sams Gefühle anzusprechen, zu klären und zuzulassen. Er hat ein Modell für deren Akzeptanz, kann spielerisch seine innere Suche nach der Mutter darstellen und den Wunsch, sie zu finden, befriedigen.

Während die Konfrontation mit diesem Trauma noch gerade eben verkraftbar war, so zeigte sich, daß die Maske des Größenselbst noch ein absolutes Tabu darstellte. Bei der ersten Konfrontation des Größenselbst („es ist doch anstrengend, immer Superman zu sein“) verwandelte Sam sich während des Rollenspiels in einen Roboter – also eine gefühllose Maschine –, als der er entweder nicht mehr erreichbar war, d.h. auf Ansprache nicht reagierte oder uns wüst beschimpfte. Das heißt, das Gefühl des Gekränktheits wurde entweder abgespalten oder ins Gegenteil verkehrt und aggressiv ausagiert. So wurde in der symbolischen Interaktion die emotionale Bedrohung durch die eigene Minderwertigkeit als Kehrseite zur Omnipotenz abgewehrt. Trotz allem Schutz und aller Bewunderung, die wir ihm zuteil werden ließen, trotz des schwachen, ängstlichen und dennoch von uns allen geliebten Affen – mit der eigenen Schwäche konnte er sich noch nicht konfrontieren. Statt dessen mußten teils frühe, teils reifere Abwehrmechanismen aktiviert werden, je nachdem wie bedrohlich für ihn die Konfrontation war.

Solche Abwehrvorgänge traten im Laufe der Therapie und treten im Alltag häufig auf. Sie erscheinen auch in anderer Form, etwa als Ablenkungsmanöver, plötzlicher Themenwechsel oder Verlassen des Raumes. Sie gilt es zu durchschauen, zu verstehen und, falls das Ich als verhältnismäßig schwach eingeschätzt wird, auch zu respektieren. Solche Schutzformen können nur behutsam in einem langwierigen Prozeß gelockert werden. Sam griff immer wieder auf sie zurück.

Mit der Erfindung des Roboters endete vorläufig die Phase des phantasievollen Rollenspiels, und Sam wandte sich der Realität zu – möglicherweise auch ein Signal dafür, sich durch die Bewältigung konkreter Aufgaben Erfolgserlebnisse verschaffen zu wollen und auf diese Weise an Ichstärke zu gewinnen. Vielleicht hatten wir das Größenselbst zu früh konfrontiert.

In dieser Zeit begann Sam, sich Spielsachen von einer Stunde auf die andere auszuleihen, so wurde die Beziehung auch handgreiflich über die Therapie hinaus erhalten und wie zwischen einem Kind in der Differenzierungsphase und seiner Mutter ein unsichtbares Band zwischen uns hergestellt. Über das Spielzeug waren wir auch im Gruppenalltag für ihn präsent. Das Übergangsobjekt war geboren.

3.4 Sam der Handwerker und Eroberer (25.-46. Stunde, 11-11¾ Jahre)

Eine Zeit des Ausprobierens der eigenen Fertigkeiten und Möglichkeiten begann: Sam bastelte, wandte dabei verschiedene in der Schule gelernte Fertigkeiten an und wollte möglichst alles im Alleingang herstellen, unsere Beratung oder Hilfe anzunehmen, fiel ihm schwer. Affe und Krokodil begleiteten uns zwar immer dabei und kommentierten das Geschehen, erfüllten aber sonst keine Aufgabe.

Dieses halbe Jahr der Therapie wirkte wie eine Zwischenphase. Die erste Darstellung und Bearbeitung seiner Konflikte hatte Sam einige Beziehungssicherheit vermittelt, seine Verlassen-

heitsängste abgemildert und damit die bedrohlichen inneren Gefühle verringert, gegen die sich sein schwaches Ich sonst zur Wehr setzen mußte. So bekam Sam Energien frei, die er zu altersgemäßen, seinem kognitiven Entwicklungsstand entsprechenden Aktivitäten nutzte. Wie in Kind in der Latenzzeit wollte er seine Umwelt erforschen und seine Fähigkeiten im Umgang mit ihr erproben. So diente diese Zeit der praktischen Auseinandersetzung mit der Realität und seiner Anpassung an sie. Zugleich bedeutete sie psychisch gesehen eine Schonzeit. Er schöpfte gleichsam Atem, bevor er sich wieder auf neue konflikträchtige Inhalte einlassen konnte. Sam wünschte sich außerdem Ausflüge in die nähere Umgebung. Offensichtlich war ihm seine Heimwelt zu eng, es zog ihn jetzt in der Realität – wie früher schon im Spiel – in die Welt, um sie zu entdecken und uns zu zeigen, was er kannte. Dieser Drang zur Erweiterung seines Lebensraumes setzte die zum Grundschulalter gehörende Außenweltbewältigung fort.

Mit zunehmender Öffnung nach außen (Ausflüge) stieg B. Senckels Bedeutung, da sie wie ein Vater das Hineinwachsen in die Außenwelt deutlich förderte. Während Sam also mit uns seine Grenzen erweiterte, konnte er sich im Gruppenalltag besser an Anweisungen und Grenzsetzungen halten. Seine verbalen Fluchttendenzen („ich geh nach Afrika“) hatten stark nachgelassen. Offensichtlich genügte ihm der Freiraum, den er in der Therapie hatte. Doch allmählich zeigten sich erste pubertäre Stimmungsschwankungen.

In der Gruppe bahnte sich nämlich, wie dies in der Pubertät öfter vorkommt, nach einer Zeit der relativen Ruhe – Sam wurde als konzentrierter und weniger aggressiv beschrieben – eine depressive Phase an, die sich in Traurigkeit, Vergeßlichkeit und Unordentlichkeit äußerte. Wir empfahlen daher, die Traurigkeit mitfühlend zur Kenntnis zu nehmen, ohne den Anspruch zu haben, den Grund zu erfahren. Diesen konnte Sam offensichtlich nicht benennen, wie so oft bei depressiven Verstimmungen. Als Strukturierungshilfe im Kampf gegen die Unordnung beschlossen wir, für Sam eine Kiste anzuschaffen und sein Regal zu kennzeichnen. Hiervon erhofften wir uns eine Hilfe für die Stabilisierung der schwachen Ichgrenzen. Als emotionale Unterstützung rieten wir, Sam in der schwierigen Situation des morgendlichen Weckens besonders liebevolle Zuwendung zu schenken und ihn „wachzustreicheln“, um ihm auf diese Weise seinen ganzen Körper präsent zu machen, seine Laute liebevoll spiegelnd einzubeziehen und seine Gemütsverfassung zu verbalisieren.

3.5 Die große Aussprache (47. Stunde, 11¾ Jahre)

In dieser Stunde, die als eine der wichtigsten im ganzen Therapieprozeß erscheint, kam es auf einem Spaziergang bei strömendem Regen, zu einem intensiven Gespräch zwischen Sam und U. Luxen. B. Senckel, die eher die väterliche Funktion erfüllte, war verhindert, so daß er mit seiner Repräsentantin der Mütterlichkeit allein war. Eindringlich bat er sie, sich von ihm den Weg zeigen zu lassen. Auf diesem Weg erzählte er ausführlich, wie sehr ihn das Weglaufen seiner Mutter verletzt habe und daß er glaube, dies verschuldet zu haben; auch an seiner Behinderung sei er schuld, und dies sei letztlich der Grund dafür, daß er nicht glauben könne, geliebt zu sein; dies alles beschäftige ihn sehr in den letzten Wochen, aber es falle ihm sehr schwer darüber zu reden, ob U. Luxen nicht mit seinen Erziehern sprechen könne.

Möglicherweise war wieder einmal das Erlebnis des Verlassenwerdens – diesmal konkret durch B. Senckel – Auslöser für dieses Gespräch und erlaubte es Sam, all das „Böse“, das er in sich zu tragen glaubte, seine Verzweiflung über seine Behinderung, seine ganze Wut auf seine Mutter, zeitweise weinend auszusprechen. U. Luxens Funktion bestand darin, die von Sam geäußerten Gefühle verstehend anzunehmen und vorsichtig Interpretationsangebote zu machen, wenn Sam es nicht wagte, ein Gefühl auszusprechen. Offensichtlich tat es ihm sehr gut zu erfahren, daß auch andere Menschen als Kinder Wut auf ihre Mutter gehabt hätten. Immer wieder wollte er

hören, daß es wirklich nicht recht von seiner Mutter war, ihn einfach in Stich zu lassen. In der folgenden Stunde konnte er zum ersten Mal von sich aus sagen, daß niemand ein Supermann sei. Dieser Satz brach mit einer befreienden Freude aus ihm heraus.

Diese wichtigen Inhalte berichteten wir so bald wie möglich den Gruppenerziehern, die daraufhin verstanden, warum Sam in der letzten Zeit so labil gewesen war. Für das weitere konkrete Vorgehen schien uns sinnvoll, ihm als Vertrauensbeweis besondere Aufgaben zu übertragen. Sollte er Schuldgefühle äußern oder über seine Behinderung sprechen, so galt es, ihn zu entlasten und die Behinderung weder zu bagatellisieren noch zu dramatisieren, sondern als eine Tatsache darzustellen.

3.6 Lust und Last der Dreierbeziehung – die herannahende Pubertät (59.-98. Stunde), 12-13 ½ Jahre

Ein neues Thema wurde kurz danach eingeläutet: In verschiedenen Formen setzte sich Sam mit der ödipalen Triangulierung auseinander. Dies zeigte sich etwa darin, daß das Krokodil, so erzählte Sam, glaubte, zu dritt könne man nicht befreundet sein, oder daß er versuchte, zu einer von uns Therapeutinnen eine besonders enge Beziehung herzustellen, indem er beispielsweise die andere vor die Tür schickte. Auch fing er an, uns gegeneinander auszuspielen. Als weiteres Thema der ödipalen Phase trat die Angst vor Liebesverlust und Vergeltung auf. So berichtete Sam eines Tages, das Krokodil habe nicht mitkommen wollen, weil es gebissen und jetzt Angst habe, von uns nicht mehr gemocht und bestraft zu werden.

Im Prozeß der therapeutischen Beziehung ging es vermehrt um pubertäre Themen. Einerseits wertete er uns als Frauen ab, indem er erstmals wegen eines Rendezvous nicht zur Therapie kommen wollte oder uns im Rollenspiel übelst beschimpfte und mißhandelte. Andererseits verwendete er uns als versorgende Mütter, indem er spielte, von U. Luxen geboren und von beiden Therapeutinnen liebevoll umsorgt zu werden. Deutlicher konnten die pubertären Themen eigentlich nicht ausgedrückt werden: die Progression mit ihrer Suche nach der männlichen Rolle als Bandit und Pirat, daneben das hilfsbedürftige Baby, Sterben und Wiederauferstehen, Tod und Geburt! Auf diese Weise vollzog Sam Schritte zur Integration gegensätzlicher Persönlichkeitsanteile, also zur emotionalen Subjekt Konstanz, einer Voraussetzung für die Objekt Konstanz.

Im Alltag verstärkten sich die motzige und die depressive Seite so, daß er vermehrt ein ausgewogenes Beziehungsangebot brauchte, das sich von der Aggressivität nicht provozieren und von der Depressivität nicht zur Schonhaltung verführen ließ. In all dem Gefühlswirrwarr waren Eindeutigkeit und Klarheit angesagt, was den Erziehern inzwischen auch ganz gut gelang, wenn es auch nicht einfach war. Das bedeutete, daß sie recht gut gelernt hatten, mit Gegenübertragungsgefühlen umzugehen.

Wie in der Pubertät nicht anders zu erwarten, verlief der Prozeß sprunghaft. So wechselten Stunden von Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten im Holzwerkraum mit Gesprächen darüber, ob und inwieweit Sam seinen Schulfreunden vertrauen konnte. In unserer Beziehung wuchs seine Bereitschaft, unsere Bedürfnisse in sein Tun einzubeziehen, also Einfühlung und Kompromißbildung einzuüben (heute tun wir mal, was ihr wollt; heute einigen wir uns, was wir machen). Dennoch war er immer wieder enttäuscht, daß wir nicht ohne Gespräch wußten, was ihn bewegte: Verstehen ohne Worte, wer kennt dieses symbiotische Bedürfnis nicht!

Während sich Sam in der Therapie die Regression unverhohlen gönnen konnte, dominierten im Alltag Größenphantasien, Aggressivität, Identifikation mit starken Idolen, Lustlosigkeit. Im Alltag galt es, nun der regressiven Tendenz (Lustlosigkeit) nicht nachzugeben; durch das Setzen von Anreizen sollte er lernen, seine Antriebslosigkeit zu bewältigen wie ein junger Mann. Die

regressiven Wünsche, gepaart mit selbstzerstörerischen Tendenzen, wohl einer Kehrseite des Größenselbst, holten ihn jedoch in Form von verschiedenen Unfällen und einem Krankenhausaufenthalt wegen eines Bänderisses ein. Ein Traum, in dem Sam alle Finger abgeschnitten wurden, wies unmittelbar auf die noch bestehende Gefährdung seiner Handlungsfähigkeit und seines Ich hin, zeigte seine immer noch vorhandene Tendenz zur Selbstzerstörung. Sie erfüllte sich in einem realen Unfall: Sam brach sich die Hand. Trotz ausführlicher Arbeit an dem Traum war es ihm nicht gelungen, seine autoaggressiven Tendenzen zu kontrollieren.

Die Beziehung zu den Erziehern hatte sich trotz aller Schwierigkeit verbessert: Sam sprach nicht mehr von „schlimmen Geheimnissen“, seine Angst vor Gespenstern trat nicht mehr auf, die Zuständigkeiten im Team teilte er klar auf: war er traurig, ging er zu den beiden Erzieherinnen, wollte er einen Ausflug, eine Radtour machen, wandte er sich an seinen Erzieher. Auch hier wurde also rollenspezifisches Verhalten erprobt.

3.7 Pubertäre Auseinandersetzung mit dem grauen Alltag (99.-148. Stunde, 13 1/2-15 Jahre)

Mit der 99. Stunde brachte Sam ein neues Thema in die Therapie: Die Auseinandersetzung mit der Schule, seiner Lehrerin, seiner Leistungsbereitschaft und seiner Lustlosigkeit beschäftigte ihn. Es begann – teils im Rollenspiel – eine Zeit des Lernens und Übens. Kurz: die Realitätsbewältigung stand wieder einmal an. Doch während früher praktische Fähigkeiten erprobt und Erfahrungen gesammelt wurden, handelte es sich diesmal um die kognitiven Aufgaben der ersten Grundschulzeit.

Die begleitenden Gespräche dieser Zeit ergaben, daß Sam sich insbesondere im Umgang mit seinen Kameraden sehr aggressiv verhielt. Die Lehrerin klagte über seine Unkonzentriertheit. Bei allem Verständnis für die pubertären Probleme zogen wir doch die Grenzen enger: in der Schule wurde ein verhaltenstherapeutisches Punkteprogramm zum Konzentrationsaufbau durchgeführt, für die Gruppe erhielt er eine Regelliste für angemessenes Sozialverhalten, die dreimal am Tag mit ihm besprochen wurde. Auch die Größenphantasien sollten jetzt mehr als vorher mittels Realitätsprüfung angegangen werden. Dazu wurde ein Tagebuch angelegt, in dem Sam mit seinen Erziehern den vergangenen Tag reflektierte und die Vorkommnisse mit uns besprach. Außerdem sollten in der Therapie konflikthafte Situationen im übenden Rollenspiel bearbeitet werden. Vom Gesamtkontext glaubten wir, daß es an der Zeit war, daß Sam seine Impulse kontrollieren und sich den Forderungen des Alltags stellen lernte; an die Stelle des Lustprinzips mußte das Realitätsprinzip treten. Das alles sollte aber – und das war uns sehr wichtig – auf der Basis einer wohlwollenden, akzeptierenden Grundhaltung geschehen.

Diese Grundhaltung verwirklichten wir auch in der Therapie, obwohl es uns Sam nicht leicht machte. Verstärkt hatten wir es mit einem lustlosen, pubertären Lämmel zu tun, der auf unsere Kontaktangebote abwehrend und unsere Konfrontationsversuche gelangweilt reagierte.

Sam ließ sich auf diese Schwerpunkte anfangs begeistert ein, verlor jedoch bald die Lust nach dem Motto: Ich will was lernen und mich verändern, aber ich will mich nicht anstrengen. Die Stunden vergingen damit, gemeinsam das Tagebuch zu lesen, große und kleine Probleme des Alltags zu besprechen. Er interessierte sich für den eigenen und den weiblichen Körper und wünschte Aufklärung; es ging um die Lust und Last der Leistung, etwas lernen, aber sich nicht anstrengen zu wollen, aggressive Positionssuche in der Peergroup. Bedeutsamen anderen gegenüber war er der freundlich-angepaßte Jugendliche – gleichzeitig der von aggressiven Durchbrüchen geplagte Junge, der sich zusätzlich noch mit nicht ganz verarbeiteten ödipalen Themen auseinandersetzen mußte. War Sam bereit und offen, so kamen gute Gespräche zustande, doch spürten wir, daß die Therapie an Bedeutung und Intensität verlor. Das bevorstehende Ende deu-

tete sich erstmals an, als Sam in der 148. Stunde fragte, wie lange er denn nun schon zu uns komme und wie er denn früher gewesen sei.

3.8 Das Ende (162.-176. Stunde, 15-15¾ Jahre)

In der 162. Std. drückte Sam erstmals direkt aus, was sich schon lange auch durch sein ständiges Zu-Spät-Kommen andeutete. Er wolle die Therapie beenden, weil er inzwischen zu alt geworden sei. Wir schlugen ihm vor, daß er nur noch 14tägig kommen könnte, aber das gefiel ihm auch nicht recht. Überraschend kam hinzu, daß Sam in der 169. Stunde berichtete, sein Vater wolle ihn aus dem Heim nehmen und nach Hause holen. Dies löste ambivalente Gefühle in ihm aus, die wir in den restlichen sieben Stunden durcharbeiteten. Sams Wunsch, von daheim alle zwei Wochen zur Therapie zu kommen, wurde nie realisiert. Wir hörten, daß es ihm zu Hause gut ginge. Einige Wochen später besucht er U. Luxen spontan, was in der Folge noch mehrere Male geschah. Nach seinen Aussagen ging es ihm gut.

4 Bilanz

Was haben wir nun am Ende der Therapie nach fünfeinhalb Jahren miteinander erreicht? Als Sam kam, war er noch ein Kind, ein unausgeglichenes, trauriges, verzweifelt-wütendes, sich entziehendes Kind. Als er ging, war er ein – so weit man das bei einem pubertierenden Jugendlichen sagen kann – ausgeglichener, gelegentlich zorniger junger Mann. Nach wie vor spielte er noch gern und gut die Rolle des Sunnyboys, allerdings bildete diese nicht mehr einen lebensnotwendiger Schutz.

- Mit den traumatischen Erlebnissen seiner Vergangenheit kann er besser umgehen. Seiner Mutter, die ihn im Stich ließ, hat er verziehen und – ermöglicht durch ihre zwischenzeitlichen Besuche und Einladungen – zu ihr eine gute Beziehung aufgebaut.
- Über die Vermittlung bedingungsloser Wertschätzung und Anpassung der Therapeutenvariablen an seine emotionale Belastbarkeit und die Erfüllung frühkindlicher Bedürfnisse gelang es, ein stabiles Grundvertrauen aufzubauen, so daß Todeswünsche und Verlassenheitsgefühle überwunden werden konnten oder erheblich nachließen; depressive Verstimmungen waren überwunden.
- Im Rahmen der wohlwollenden, stabilen, nicht wertenden Beziehung begann die Integration der abgewehrten negativen Persönlichkeitsanteile. Das unechte Größenelbst konnte reduziert werden und einer realitätsgerechteren Selbsteinschätzung weichen.
- Im gemeinsamen Durchstehen von Konflikten ohne Liebesentzug baute Sam emotionale Objektkonstanz auf.
- Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung verbesserte sich, und auch dadurch gelangte Sam zu einer besseren Selbsteinschätzung. Er lernte ansatzweise, sich mit seinen kognitiven und sozialen Fähigkeiten auseinanderzusetzen.
- Ödipale Konflikte wurden bearbeitet und ansatzweise einer Bewältigung zugeführt.

Insgesamt hat Sam nun eine Basis, auf der er bei angemessener pädagogischer Betreuung aufbauen kann. Psychotherapie ist nicht mehr angezeigt.

5 Transfermöglichkeiten psychotherapeutischer Konzepte

Grundlage jeder therapeutischen oder heilpädagogischen Intervention ist das einführende Verständnis. Hierbei kommt den verschiedenen Therapieansätzen die Aufgabe zu, Fragen zu wecken und den Interpretationshorizont bereitzustellen. Wir haben die Fragen aus klientenzentrierter, tiefenpsychologischer und entwicklungspsychologischer Sicht gestellt. Das heißt, wir haben bei Sams Verhalten gefragt: Welche emotionale Befindlichkeit drückt es aus? Welche Erfahrungen spiegelt es wider? Unter welchen emotionalen Mängeln leidet er? Welche Konflikte zeigen sich in ihm? Welche Lösungsformen stehen ihm zur Verfügung? Wie stark oder schwach ist sein Ich? Welche emotionale und kognitive Entwicklungsstufe hat er erreicht? Welche Bedingungen braucht er für seine Weiterentwicklung? Darüber hinaus überlegten wir, welche Wirkung sein Verhalten auf die Umgebung ausübt, insbesondere welche Gefühle und Reaktionen es bei seinen Betreuerinnen auslöst und wie sie darauf antworten.

Fragen aus anderen therapeutischen Richtungen wären durchaus denkbar und sinnvoll gewesen, so die systemische Frage nach der Funktion von Sams Verhalten für ihn selbst, seine Wohngruppe oder Herkunftsfamilie; ebenso die Frage nach der Art und Wirkungsweise der bisherigen Versuche, das Familien- oder Gruppensystem zu stabilisieren.

Das Verstehen läßt sich in jeden heilpädagogischen Alltag integrieren, ja, es muß sogar als Grundlage qualitativ verantworteter Arbeit gefordert werden. Doch dient es nicht nur als Ausgangspunkt für konkrete erzieherische oder therapeutische Maßnahmen, sondern es klärt auch den eigenen Standpunkt, schafft die in Konfliktsituationen so notwendige Distanz und ermöglicht oftmals erst die annehmende Wertschätzung des problematischen Menschen. Insofern sich die Haltung des Betreuers durch das Verstehen in positiver Weise ändert, wird das Verstehen selbst zum hilfreichen Faktor, zum therapeutischen Mittel. Wie oft zeigt sich im Alltag, daß sich ein Problemverhalten mildert, nachdem man sich intensiv bemüht hat, es zu verstehen. Eine weitere Maßnahme ist nicht mehr notwendig.

In unserem Fall diene das Verstehen dazu, den Boden für eine vertrauensvolle und authentische Beziehung zu bereiten, innerhalb derer für Sam korrigierende emotionale Erfahrungen möglich wurden. Auf die Echtheit als therapeutische Variable möchten wir nochmals besonders hinweisen, denn erst sie verleiht dem Verstehen und der Wertschätzung die Glaubwürdigkeit.

Um zu begreifen, wie das für Sam hilfreiche Beziehungsangebot tatsächlich aussehen müsse, richteten wir unser Verstehen besonders auf drei Aspekte: Zum einen analysierten wir die Gegenübertragungsgefühle. Sie gaben nicht nur Auskunft über Sams Abwehrformen, nämlich seine Spaltungstendenzen, sondern sie zeigten auch wie Sam sich fühlte – hilflos, traurig, verwirrt und wütend als Konsequenz seiner unerträglich widersprüchlichen Gefühle – und sie offenbarten, was Sam brauchte: Sicherheit, Trost, liebevolle Bestätigung und Klarheit.

Zum anderen versuchten wir aufgrund von Sams Verhaltensweisen, seinen Entwicklungsstand differenziert zu erfassen, und zwar neben den lebenspraktischen und kognitiven Kompetenzen insbesondere das Niveau seiner Ich-Organisation und seiner Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung. Hierdurch erhielten wir Hinweise, daß Sam aufgrund

seiner mangelnden emotionalen Objektkonstanz und seines schutzbedürftigen Ichs noch eine überwiegend annehmende, spiegelnde, versorgende und nur wenig konfrontierende „Ersatzmutter“ brauchte.

Schließlich deuteten wir manches Problemverhalten oder auch Rollenspiel als Reinszenierung früherer oder Darstellung akuter innerer Erlebnisse. Sie gaben uns nicht nur Aufschluß über die ihn bewegenden Konflikte, sondern ebenso über heilsame (möglicherweise auch gefährliche) Beziehungswünsche. Ein behutsames und waches Symbolverständnis ist hierfür notwendig.

Bei entsprechender Schulung sind diese drei Ebenen des Verständnisses – Gegenübertragung, Entwicklungsstand und symbolische Ausdrucksformen – in jedem heilpädagogischen Alltag gewinnbringend einsetzbar. Dabei ist es nicht notwendig, daß das erreichte Verständnis in diesen Fachausdrücken formuliert werden kann, nur die Gegebenheiten und Zusammenhänge müssen angemessen erfaßt werden.

Als konkrete Mittel der Beziehungsgestaltung erwiesen sich als wichtig:

- die reale Befriedigung insbesondere regressiver Beziehungsbedürfnisse, wie sie etwa beim Aufwachritual erfolgte
- das Spiegeln als annehmende, wertschätzende, Bestätigung schenkende, Verständnis zeigende und damit die Selbstannahme und Selbstbewußtheit steigernde Kommunikationsform. Dieses Spiegeln ist in zahllosen Situationen und bei unterschiedlichsten Handlungen angebracht und kann sowohl verbal als auch nonverbal erfolgen
- die symbolischen Interaktionen. Sie nahmen bei Sam in Form von Rollenspielen innerhalb der Therapie einen breiten Raum ein, lassen sich aber auch in vielen Alltagshandlungen entdecken
- der Gebrauch von Übergangsobjekten. Sie dienen der Identifikation, repräsentieren zugleich das Selbst und den geliebten Beziehungspartner, festigen aufgrund dieser Qualitäten die Beziehung und unterstützen die Ich-Entwicklung. Darüber hinaus eignen sie sich hervorragend zum Mittel der symbolischen Interaktion.

Ohne großen Aufwand lassen sich auch diese vier Mittel der Beziehungsgestaltung in den heilpädagogischen Alltag integrieren.

Bestand aufgrund von Sams aggressiven Durchbrüchen besonderer Handlungsbedarf, so erwies sich das therapeutische Festhalten als hilfreiche Methode, vorausgesetzt, daß es wirklich zum Schutz vor den bedrohlichen und ängstigenden inneren Impulsen eingesetzt und nicht zur Autonomiebeschneidung wurde und mit einer wohlwollenden, annehmenden Fürsorge durchgeführt werden konnte. Bei dieser Indikation befürworten wir das Festhalten auch im vergleichbaren heilpädagogischen Setting.

Körperorientierte Verfahren haben wir etwa beim Aufwachritual einbezogen. Sie sind bei schwer geistig behinderten Menschen und Menschen mit Störungen im Körperschema oder Körperbild sinnvoll und innerhalb der täglichen Pflege, des Tagesablaufs, der Freizeit- oder Beziehungsgestaltung auf vielfältige Weise einsetzbar.

Kreative Verfahren nutzten wir nicht, da Sam sich und seine Problematik wunderbar in Rollenspielen ausdrücken konnte und somit eine vergleichbare symbolische Darstellungsform besaß. Falls diese fehlt, ist es durchaus sinnvoll, das Malen, Arbeiten mit

Ton oder ähnliches als Medium – auch im Alltag als Möglichkeit der Freizeitgestaltung – anzubieten. Der Symbolgehalt der Produkte ist behutsam zu interpretieren. Die gewonnen Einsichten lassen sich sodann für die Beziehungsgestaltung nutzen und können in Gespräche einfließen.

In der Therapie verbrachte Sam auch viel Zeit mit lebensalterspezifischen Tätigkeiten, also mit Bastelarbeiten, Ausflügen und der Beschäftigung mit Aufklärungsliteratur. Daß solche Handlungen in jeden heilpädagogischen Alltag gehören, steht außer Zweifel. Therapeutische Wirksamkeit entfalten sie jedoch erst, wenn sie in ein therapeutisches Konzept eingebunden werden und es nicht primär um Beschäftigung, Entspannung, Genuß, noch nicht einmal um das Erlernen bestimmter Fähigkeiten geht, sondern um das Bewußtmachen von Handlungsstrategien und Bewertungsmustern, um die Selbsteinschätzung, insgesamt um die Konfrontation mit schwachen Ichfunktionen und deren Einübung, wie etwa der Frustrationstoleranz.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen, wie das Punkteprogramm und im weiteren Sinne auch das Führen des Tagebuchs sind vorzügliche Mittel, um auf der Grundlage einer stabilen Selbst- und Objektkonstanz die Aufgaben der ödipalen Phase wie etwa die Ausbildung der Selbstkontrolle, die Anerkennung eines Wert- und Normensystems, der Beginn der Leistungsmotivation und das Einüben der Selbstkontrolle und Realitätsprüfung anzugehen. Daß dies auch im heilpädagogischen Alltag geschehen kann, leuchtet unmittelbar ein und bedarf keiner weiteren Ausführung.

So ist zusammenfassend festzustellen: Im Rahmen einer heilpädagogischen, am Entwicklungsstand orientierten Beziehungsgestaltung lassen sich Anteile aller psychotherapeutischen Methoden sinnvoll verwenden. Wichtig ist nur Klarheit über die jeweilige Indikation und die entwicklungspsychologischen Bedingungen, unter denen das gewünschte Ziel erreicht werden kann.

Literatur

- GAEDT, C. (Hg.) (1987): Psychotherapie bei geistig Behinderten, Neuerkeröder Beiträge 3. Neuerkerode.
GAEDT, C. (Hg.) (1990): Selbstentwertung – depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Neuerkeröder Beiträge 6. Neuerkerode.
KAPLAN, L. (1981): Die zweite Geburt. München.
LINGG, A./THEUNISSEN, G. (1993): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Freiburg.
LOTZ, W./KOCH, U./STAHL, B. (Hg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern.
MAHLER, M. et al. (1978): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt 1978.
ROHMANN, U.H./ELBING, U. (1990): Festhaltetherapie und Körpertherapie. Dortmund.
Senckel, B. (1994): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. München.

Anschriften der Verfasserinnen: Dipl.-Psych. Ulrike Luxen, Im Klufert 1, 71404 Korb;
Dr. Barbara Senckel, Schönbühlstr. 38, 71384 Weinstadt.