

Meile, Bruno und Frey, Marie-Hélène

Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 4, S. 160-170

urn:nbn:de:bsz-psydok-29144

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

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation)	25
In Memoriam Hermann Stutte	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy)	207
Aus Praxis und Forschung			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents)	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents)	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy)	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose)	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy)	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“)	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices)	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development)	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa)	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview)	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety)	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder)	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children)	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children)	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation)	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises)	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy)	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder)	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers)	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention)	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children)	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK?	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?)	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation)	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling)	56	G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia)	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents)	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test)	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry)	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy)	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches)	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy)	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality)	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders)	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments)	110

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei früh-kindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children).	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313

Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75
---	----

Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin	318

Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung*

Von Bruno Meile und Marie-Hélène Frey

Zusammenfassung

In den Jahren 1976 bis 1978 haben wir am Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie (Prof. Dr. K. Widmer) der Universität Zürich eine Erziehungsberatungsstelle aufgebaut. Als Entwicklungsprojekt konzipiert, dient diese Stelle einerseits der *universitären Ausbildung und Forschung*, stellt andererseits eine *Dienstleistung* der Universität an die Bevölkerung von Zürich dar. Heute werden hier etwa 40 Kinder, deren

Eltern und Familien ambulant betreut, und jährlich werden über 1000 Konsultationen und Hausbesuche geleistet. Verschiedene Forschungsprojekte befassen sich mit der theoretischen Grundlegung und mit der Wirksamkeit der Beratungspraxis. Fortgeschrittene oder graduierte Absolventen der Pädagogischen Psychologie haben die Möglichkeit, sich unter wissenschaftlicher Kontrolle mit der praktischen Tätigkeit eines Erziehungsberaters vertraut zu machen.

Mit der Zeit haben wir die theoretischen und konzeptuellen Voraussetzungen der Beratungstätigkeit expliziert und stellen sie in diesem Beitrag erstmals zur Diskussion. Be-

* Prof. Dr. med. A. Weber (Kinderspital Zürich) zum 60. Geburtstag.

gründet wurde das Modell der *Educational Therapy* ursprünglich an der *Tavistock-Clinic* in London. Wir haben es teilweise übernommen, modifiziert und weiterentwickelt, soweit den regionalen und institutionellen Unterschieden Rechnung zu tragen war.

Was heißt Educational Therapy?

Das *Educational Therapy Programme* stellte zunächst ein Beratungs- und Therapiemodell für Eltern und Kinder im Falle von Lern- und Leistungsstörungen dar. Es wurde am *Department for Children and Parents* der *Tavistock Clinic* in einer über 20jährigen Erfahrungsbildung entwickelt und tradiert. Seine wissenschaftliche Begründung verdanken wir *I. Caspari* (1974a, b). Unter der Leitung von *D. Taylor* (1980) wurde das Modell weiter ausgearbeitet und unter der Bezeichnung *Educational Focussed Treatment and Consultation* für jede Art von Erziehungsproblemen verallgemeinert.

Vom *Educational Therapy Programme* ergaben sich vor allem vier Anknüpfungspunkte zu unseren eigenen Modellvorstellungen einer Erziehungsberatung:

1. Lern- und Leistungsstörungen sowie Erziehungsschwierigkeiten werden prinzipiell von der *emotionalen Stabilität* der Betroffenen betrachtet und behandelt. Je nach Diagnose und Therapeutenpersönlichkeit werden die Störungen mehr vom Schulischen, von den Lerndefiziten, oder mehr von den emotionalen und Beziehungsproblemen angegangen. Das verfügbare Interventionsspektrum deckt daher die ganze Breite vom einfachen Nachhilfeunterricht und Lerntraining über Erziehungsberatung der Eltern bis zur Einzelpsychotherapie und Familientherapie ab.

2. Die Lern- und Verhaltensstörungen im Sinne des Lerndefizits und/oder psychischer Konflikte und Beziehungsprobleme werden nicht nur von der *Entwicklung und Lerngeschichte des Kindes*, sondern ebenso vom *gesamten sozialen Umfeld* erschlossen. Das jeweils relevante Beziehungsfeld, Eltern, Familie, Lehrer, Verwandte etc., wird in die Behandlung miteinbezogen.

3. Nebst den *ambulanten Behandlungen* ist ein weiterer Arbeitsschwerpunkt auf *präventive Maßnahmen* ausgerichtet, indem beispielsweise Ausbildungskurse und Beratung für die Lehrer im Einzugsgebiet der Klinik angeboten werden.

4. Das *Educational Therapy Programme* beinhaltet schließlich eine *Postgraduate-Ausbildung für Lehrer und Absolventen der Pädagogischen Psychologie*, die sich als Therapeuten qualifizieren und mit ihrer Ausbildung ein breites Feld zwischen Psychiatrie und Sozialarbeit abdecken.

Die *Zürcher Modifikation der Educational Therapy* ist ein ganzheitlich angelegtes Modell der Erziehungsberatung, das nebst pädagogischen, psychologischen und anthropologischen auch sozialpsychologische und soziologische Voraussetzungen expliziert. So werden etwa die neueren Erkenntnisse des *Labeling Approach* berücksichtigt (vgl. *Schur*

1974). Sachobjekt der *Educational Therapy* sind Erziehungsprobleme im weitesten Sinn. Sie sind Ausgangspunkt für die therapeutische Arbeit. Kinder, Jugendliche oder Erwachsene in den verschiedensten Erziehungsfeldern, wie Familie, Kindergarten, Schule, Berufsbildung etc. können davon betroffen sein. Von daher ist eine große Bandbreite von Maßnahmen und Interventionen abzudecken: Nachhilfeunterricht, pädagogische Förderung, Beratung, stützende Therapie, Spieltherapie bei Kindern, Einzeltherapie bei Jugendlichen und Erwachsenen, Paar- und Familientherapie. Ziel aller getroffenen Maßnahmen sind gesunde Entwicklungsbedingungen für Kind, Familie, Eltern und Erzieher.

In der Praxis ergeben sich deutliche Parallelen zu den therapeutischen Konzepten von *Zulliger* (Heilende Kräfte im kindlichen Spiel, 1979) und *Winnicott* (Playing and Reality, 1971), zum Konzept von *Axline* (Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren, 1976), zum Konzept von *Dührssen* (Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 1973) sowie zu paar- und familientherapeutischen Ansätzen, z.B. *Minuchin* (Familie und Familientherapie, 1977), *Stierlin et al.* (Delegation und Familie, 1978; Das erste Familiengespräch, 1977), *Willi* (Die Zweierbeziehung, 1975).

Die *Educational Therapy* als ganzheitliches und interdisziplinär ausgerichtetes Arbeitsmodell stellt hohe Anforderungen an die Ausbildung und Qualifikation des einzelnen Beraters. Dabei zählen nicht nur die formell erworbenen Ausbildungsscheine, sondern auch der Nachweis über eine erfolgreiche pädagogische und therapeutische Praxis und Erfahrung. Außerordentlich wichtig sind das rasche und sichere Erfassen von Problemsituationen, Sicherheit und Erfahrung bei der Diagnose und Indikationsstellung.

Merkmale der Educational Therapy

In lockerer Systematisierung unterscheiden wir vier Merkmalsgruppen:

- die äusseren Rahmenbedingungen
- Elemente der therapeutischen Strategie
- die therapeutischen Beziehungs- und Kommunikationsaspekte und
- Merkmale der Therapeutenpersönlichkeit.

Dabei handelt es sich nicht um ein in sich geschlossenes und widerspruchsfreies Therapiemodell, sondern um *ausgewählte Teilaspekte des therapeutischen Handelns*, die ein konsensuelles, zusammenhängendes Ganzes bilden, sich aber zu verschiedenen, der Persönlichkeit des einzelnen Beraters/Therapeuten entsprechenden Handlungsfiguren zusammenfügen lassen.

1. Rahmenbedingungen

1.1 Variables Setting

Die variable Gestaltung und Handhabung des therapeutischen Settings bezieht sich weniger auf den Verlauf der einzelnen Therapie, als vielmehr auf den möglichst thera-

peuten- und klientenzentrierten Zuschnitt der therapeutischen Rahmenbedingungen. Entscheidend sind beispielsweise die Art der Überweisung und der Kontaktnahme, die Art der vorgestellten Problematik und die Ausbildung und Persönlichkeit des einzelnen Therapeuten.

Obwohl wir vielfältige Formen der Einzel- und der Gruppenarbeit, der Therapie an der Beratungsstelle und der Feldarbeit pflegen, bildet das Setting der traditionellen *Kindertherapie* mit regelmäßigen *Elterngesprächen* (vgl. *Dührssen* 1973) das häufigste Grundmuster. Von Fall zu Fall ziehen wir bei Schulkindern den Lehrer und damit die Beziehung zwischen *Schule und Elternhaus* in die Arbeit mit ein. Zudem werden die Beratungsgespräche mit den Eltern vermehrt nach *paartherapeutischen* Gesichtspunkten geführt und tendieren nebst der Erörterung der Erziehungsprobleme und des Erziehungsverhaltens auch auf die Bearbeitung eines Kollisionsfokus (*Willi* 1976). Wir haben den Eindruck, daß die Entlastung der Paarbeziehung, selbst wenn sie nicht durch eine manifeste Störung oder durch eine unterschwellige Spannung imponiert, oft zu entscheidenden Entwicklungen beim auffälligen Kind beisteuert. Wann schließlich eine *Familientherapie* angezeigt ist, halten wir mit Hinweis auf die Literatur momentan für objektiv nicht hinreichend entscheidbar und stellen diesbezüglich auf die subjektiven Präferenzen des einzelnen Beraters ab (vgl. *Stierlin* et al. 1977, *Buddeberg* 1979, *Baethge* 1981).

Bei der *Festlegung und Veränderung eines Settings* stellt sich die Frage der Variabilität desselben innerhalb einer Therapie. Da wir diagnostische und therapeutische Prozesse nur als funktional unterscheidbare, jedoch ineinandergreifende Schritte ein und derselben Beziehungsdynamik betrachten, achten wir darauf, daß nach Möglichkeit nur ein Therapeut vom Erstgespräch bis und mit der Durchführung geeigneter Maßnahmen die Verantwortung übernimmt und allein zuständig bleibt (s. 4.1). Das bedingt oft, daß der Therapeut für die sog. *Abklärungsphase* ein vorläufiges Setting vereinbart und sich Settingänderungen ausdrücklich offen hält. Einer Überlegung von *Stierlin* et al. (1977) folgend, werden schon die telefonischen Anmeldungen ausschließlich von einem Berater/Therapeuten entgegengenommen und bearbeitet. So können die präsentierte Problematik und das Beziehungs- und Übertragungsangebot differenziert eingeschätzt werden und haben schon von allem Anfang an Auswirkungen auf die Festlegung des Settings. Eine frühe und gezielte Bestimmung desselben kann nach unserer Einschätzung weitreichende Folgen für den Therapieverlauf zeitigen; z.B. wenn der Therapeut, indem er die ganze Familie eines designierten Patienten einbestellt, die *primäre Problemdefinition* des Klienten durch eine *sekundäre, therapeutische Problemdefinition* ersetzt (s. 1.3). Gelegentlich machen wir für den Erstkontakt verschiedene Settingvorschläge, von denen der Klient wählen kann. Wie er mit diesem Angebot umgeht, eröffnet einen wesentlichen Einblick in die vorhandenen Abwehr- und Widerstandsformationen (s. 3.2).

Die Anmeldungsprotokolle werden im Team ausführlich dargestellt und die Settingfragen gemeinsam vorbesprochen. Dabei werden dem Berater/Therapeuten, der den Fall übernimmt, weitgehende Entscheidungskompetenzen einge-

räumt. Mit *Settingänderungen* hingegen gehen wir generell vorsichtig und zurückhaltend um. Sie sollten jedenfalls vom Therapeuten aus initiiert sein, damit die „Hierarchie“ im Sinne der Verantwortung für das therapeutische Geschehen deutlich markiert und gewahrt bleibt.

1.2 Miteinbezug des sozialen Umfeldes (Soziotherapeutische Aspekte)

Die klassische Form der Psychotherapie, in der vor allem die Zweierbeziehung des Therapeuten und des Klienten wirksam ist, wird in der *Educational Therapy* (E.T.) selten eingehalten. Wenn immer möglich, versuchen wir, das soziale Umfeld des Kindes miteinzubeziehen. Erziehungs- und Verhaltensprobleme werden nicht a priori als innerpsychische Konflikte definiert; sie können ihren Ursprung auch in der Familie oder in der Schule haben. Das heißt, daß wir den Kontakt zu den Eltern und zur Familie des Kindes suchen und wenn das Kind Schulprobleme hat, auch den Kontakt zur Schule, zum Lehrer und zu den gleichaltrigen Kameraden aufnehmen.

Als Erstes wird eine *Beziehung zu den Eltern* hergestellt. Meist ergibt sich nach dem Erstgespräch eine fruchtbare Zusammenarbeit. Nicht selten ist eine Therapie des Kindes unnötig, wenn es *Symptomträger der Eheprobleme* ist und eine Paartherapie eingeleitet werden kann (vgl. *Dührssen* 1973, *Minuchin* 1977, *Stierlin* 1978, *Zulliger* 1979).

Erweist es sich als notwendig, wird der Kontakt zur ganzen Familie gesucht (*Stierlin* 1978). Dies kann auf verschiedene Weisen geschehen; entweder wird ein *Hausbesuch* durchgeführt oder die ganze Familie wird zu Gesprächen an die Beratungsstelle eingeladen.

Lassen die Symptome des Kindes auf Schulprobleme schließen, ist ein *Schulbesuch* von aufschlußreichem Wert: Der Kontakt zum Lehrer und unter Umständen die Gewinnung seiner Mitarbeit können eine wesentliche Entlastung bringen. Hier und da läßt sich die Störung nicht auf die Schüler-Lehrer-Beziehung zurückführen, sondern auf mangelhafte Integration des Schülers in der Klassengemeinschaft. Die direkte Beobachtung des Interaktionsverhaltens einer Schulklasse kann Ausgangspunkt für die Planung einer Strategie sein, die in die Sozialstruktur der Klasse eingreift.

Das *Öffnen der therapeutischen Beziehung* und das Miteinbeziehen des sozialen Umfeldes des Klienten bringt einige wichtige Aspekte der E.T. mit sich. Erstens ist das Kennenlernen der sozialen Umwelt aus pädagogischer und psychologischer Sicht wertvoll zur Diagnosestellung (*Kemmler* 1974); durch die Beobachtung des Kindes in seinem Umkreis ist seine Situation und seine Problematik schneller zu erkennen. Für die E.T. ist zweitens wichtig, daß in der vertrauten Umgebung des Kindes inner- wie außerfamiliäre Beziehungen in Frage gestellt oder aktiviert werden können. Ebenso ist drittens das exemplarische oder modellhafte Handeln des Therapeuten *an Ort und Stelle* von großem Wert (s. 2.3). Und viertens können soziotherapeutische Maßnahmen nicht nur auf der Beziehungs- sondern auch auf der institutionalen Ebene wirksam werden; z.B. wenn für ein überbelastetes, rechenschwaches

Schulkind in Absprache mit Lehrer und Schulbehörden ein zeitweiliges Abrücken von der üblichen Leistungsbeurteilung erreicht werden kann.

Die *Mitarbeit der Eltern* und je nach Situation auch *des Lehrers* ist eine wertvolle Unterstützung in der *E. T.*, da diese Bezugspersonen häufiger mit dem Kind zusammen sind und somit als *Co-Therapeuten* bzw. Mediatoren tätig werden können (Speck 1977, Heese 1978).

Die Arbeit mit der Umwelt des Indexpatienten wird vor allem von H. Zulliger (1970) als unentbehrlich betrachtet. Er schlägt vor, daß das in der Therapie erlernte Verhalten schließlich im Verband mit den Eltern, Geschwistern und eventuell auch mit seinen Kameraden eingesetzt werden soll. Auf die Wichtigkeit der soziotherapeutischen Maßnahmen wird heute auch von der Life-Event-Forschung hingewiesen (vgl. Birley 1980).

Auch wenn sie sich dem sozialen Umfeld öffnet, ist die *therapeutische Zweierbeziehung* zum Indexpatienten von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Sie ermöglicht eine Vertrautheit und geschützte Geborgenheit, in der eine intensive therapeutische Begegnung geschehen kann. Wenngleich die *therapeutische Regression* durch die realen Beziehungsanteile begrenzt wird, zeigen Kinder ein stark situationsabhängiges Verhalten und können gut zwischen Regression und sozialem Rollenverhalten diskriminieren.

Besondere Beachtung bei der Feldarbeit verdienen die *Prozesse der Etikettierung und der Stigmatisierung*, weil einerseits die therapeutische Arbeit nicht im Verborgenen, sondern „öffentlich“ stattfindet, andererseits weil der Berater/Therapeut eher eine unauffällige Rolle, analog zu den im natürlichen sozialen Kontext vorgegebene Mustern, als Besucher, Freund der Familie, Sozialarbeiter, Babysitter oder Ähnliches übernimmt (s. 1.3).

Die *zeitliche Beanspruchung* eines soziotherapeutischen Settings kann durch regionale und quartiermäßige Konzentration wesentlich herabgesetzt werden.

1.3 Etikettierung und Stigmatisierung

Die uneinheitliche Theorie des Labeling-Ansatzes bietet der *Educational Therapy* (*E. T.*) eine Fülle von Ansätzen. In erster Linie ist für Beratung und Therapie die Erkenntnis wichtig, daß Reaktionen und Maßnahmen auf abweichendes Verhalten auch *unmittelbare Rückwirkungen* auf dieses Verhalten haben. Im ungünstigsten Fall kommen durch Etikettierung und Stigmatisierung Prozesse in Gang, die das problematische Verhalten eher noch verstärken und aufrechterhalten und/oder sogar *sekundär neurotisierend* wirken.

In kurz zusammengefaßten Gedankenschritten möchten wir versuchen aufzuzeigen, in welchen Aspekten die Fragen der Etikettierung und Stigmatisierung für die *E. T.* zentral sein können und berücksichtigt werden müssen. Dabei stützen wir uns vor allem auf die Feststellungen und Aussagen von Brophy/Good (1974), Schur (1974), Casparis (1979) und Goffman (1979).

Die folgenden zwei Annahmen werden in der *E. T.* beachtet:

1. Der Berater tendiert aufgrund seiner expliziten (ev. auch impliziten) Definition des abweichenden Verhaltens

dazu, Kinder, Jugendliche, Paare und Familien, die ihm vorgestellt werden, als Problemträger zu etikettieren.

2. Familien, Paare, Jugendliche und Kinder reagieren darauf, verspüren das Etikettiertwerden als Rollenerwartungen und setzen sich damit auseinander.

Als ungünstig erachten wir meistens den Fall, daß, vorab der Indexpatient, das Etikett akzeptiert und in seine Selbstdefinition, in sein Selbstbild integriert. Ein entsprechendes Setting des Erstkontaktes kann unter Umständen ein bestehendes Etikett, eine zugeschriebene Rolle, die vom Therapeuten nicht im gleichen Sinne übernommen wird, stark in Frage stellen. Diese therapeutische Handlung kann durch die Veränderung, die sie im Umfeldsystem bewirkt, und durch das dadurch entstehende Ungleichgewicht heftige Reaktionen auslösen, die sorgfältig aufgefangen werden müssen. Nicht selten zeigen sich starke *Widerstände*; ein anderes Familienmitglied kann auffällig werden, die Eltern oder ein Geschwister beginnen die Therapie zu sabotieren, oder es kann unter Umständen sogar zum Therapieabbruch kommen.

Die *Erkenntnisse der Labeling-Theorie* sind für die *E. T.* deshalb von großem Wert, weil sie auf verschiedene Gefahren hinweisen. Der Therapeut muß in der Lage sein, die ihm zugeschriebene Rolle rechtzeitig zu erkennen, oder auch die Rollenangebote des Klienten, hinter denen sich verschiedene Formen des Widerstandes verstecken können, nicht zu übersehen (s. 3.2).

Im weiteren läuft der Therapeut auch Gefahr, die Problematik zu vereinfachen, zu typisieren usw. Ebenso kann er die Tendenz aufweisen, eine Störung *pars pro toto* zu nehmen und dabei die gesunden Anteile des Klienten zu übersehen sowie die konfliktfreien Bereiche und Ressourcen nicht zu erkennen. Dazu gehört auch das *retrospektive Interpretieren* (z. B. anamnestischer Daten) im Falle einer Hypothese.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Etikettierungsphänomens für die *E. T.* ist der *Umgang mit dem Informationsmanagement*. Es spielt eine wichtige Rolle, wie der Berater/Therapeut mit der primären Problemdefinition der Eltern umgeht, wie das Aushandeln einer für beide Parteien akzeptablen Diagnose vor sich geht, wie die Diagnose formuliert wird oder welche Informationen – nach Entbindung von der Schweigepflicht – mit Außenstehenden, wie Lehrer und andere Stellen, ausgetauscht werden. Es ist im Einzelfall sorgfältig abzuwägen, wie weit Etikettierung vermieden oder gar gezielt eingesetzt werden soll. In einem dissimulierenden und belastenden Milieu kann sie eine deutliche Entlastung für die Betroffenen bringen, andernfalls bald eine ungünstige Rolle als Sündenbock oder lange aufgebaute Konfliktabwehren festschreiben.

2. Strategie

2.1 Fokussierung der manifesten Problematik

Die *Educational Therapy* (*E. T.*) fokussiert die aktuelle Erziehungsproblematik und deren Zusammenhang zu den manifesten psychischen Problemen und Beziehungsproblemen bei Kind, Jugendlichen, Eltern oder Erzieher. Gleich-

gültig ob im Rahmen einer eher stützenden oder aufdecken- den Therapie, werden latente Konflikte meistens nur soweit aufgegriffen, als sie die manifeste Problematik unmittelbar bedingen. Von diesem Grundsatz werden im Modell der E. T. die fokal- und kurztherapeutischen Methoden deutlich favorisiert, z. B. verhaltenstherapeutische Interventionen, Katathymen Bilderleben (Leuner 1980, 1981²), Video-feedback, strukturelle bzw. systemische Familientherapie (Minuchin 1977).

Die *Spieltherapien* verlaufen nach unserer Erfahrung relativ unabhängig vom theoretischen Hintergrund des Therapeuten -analytisch, nicht-direktiv oder verhaltenstherapeutisch – mehr oder minder fokal, da verschiedene Problembereiche parallel oder nacheinander eingestellt und bearbeitet werden, z. B. traumatische Situationen wie Spitalaufenthalte; Nähe-Distanz-Probleme; Beschmutzung; Umgang mit Aggressionen.

Zwei Hauptgründe sprechen für die Bevorzugung der *Fokal- und Kurztherapien* an unserer Erziehungsberatungsstelle:

1. sind gravierende neurotische Störungen, Borderlines oder eindeutig psychiatrische Krankheitsbilder in unserer Klientel nicht üblich, und

2. konnte für den Kanton Zürich in einer umfassenden Bedürfnisanalyse nachgewiesen werden, daß das Angebot an Erziehungsberatung der Nachfolge bei den Eltern weder in quantitativer noch in qualitativer Hinsicht entspricht (Adolph & Bunzl 1980).

An unserer Stelle werden 60–70 % aller Therapien innerhalb von 20–60 Konsultationen abgeschlossen; ca. 30 % beanspruchen weniger als 20 Stunden. Die Langzeittherapien machen etwa 5 % aus und stehen oft im Zusammenhang mit der persönlichen psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter.

Methodologisch fruchtbar scheint uns die Auffassung über die Fokalthherapie in Anlehnung an French (1958). Danach arbeitet die Fokalthherapie mit unvollständiger Information über die ätiologischen Zusammenhänge einer Störung oder einer Symptomatik bzw. eines Erziehungsproblems. Aufgrund der (lückenhaften) diagnostischen Befunde und aufgrund theoretischen Wissens im Sinne des Bedingungswissens (Kaminsky 1970) werden Hypothesen aufgestellt und mittels therapeutischer Interventionen gleichsam experimentell überprüft. Wenn die erwarteten Veränderungen eintreten, dann sind mit relativer Sicherheit sowohl die betreffenden Hypothesen als auch die gewählten therapeutischen Maßnahmen richtig und wirksam gewesen.

Beispielhaft für die *analytisch fundierte Kurztherapie* wie auch für eine *psychodynamisch orientierte Einzel- und Elternberatung* halten wir das Modell von Rechenberger (1974, 1978). Nach Rechenberger wird der therapeutische Fokus durch das Dreieck von aktueller therapeutischer Beziehung, auslösender Konfliktsituation und Lebensgeschichte des Klienten konstellierte. Der Therapeut nimmt die aktuelle Übertragungssituation zum Anlaß, emotionale Analogien in der Lebensgeschichte des Klienten aufzusuchen. Zudem werden die Lebensumstände vor Konflikt- bzw. Symptomauftritt und damit die auslösende Versuchs- und Versagungssituation genau exploriert. Ohne eine intensive Übertragungsbearbeitung wird die Übertra-

gung relativ rasch und gezielt gedeutet, und die Arbeit am Fokus wird durch phantasierte, alternative Problemlösungen abgeschlossen (vgl. auch Malan 1972, 1976).

2.2 Global- und Teilziele setzen

Ausgehend vom Fokus, formuliert der Berater/Therapeut Global- und Teilziele, auf die seine Arbeit ausgerichtet ist. Diese Ziele liegen im Sinne der ganzheitlichen Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung des Kindes (s. 4.4) und stehen in einer engen Beziehung zur anthropologischen Dimension. Die Therapieziele entwerfen einen wünschenswerten Verlauf der kindlichen Entwicklung und verweisen auf ein Sollen. Sie nehmen Maß an Idealvorstellungen des kindlichen Daseins. Das therapeutische Handeln wird letztlich stark vom jeweiligen Menschenbild und vom Normensystem des Therapeuten geprägt (s. 2.5).

Jedes abweichende Verhalten, sei es, daß es als psychosomatisches Symptom, als emotionale, kognitive Verhaltens- oder Beziehungsstörung imponiert, ist eine Herausforderung und Infragestellung eines normativen Gefüges. Für den Kindertherapeuten stellt sich oft die Frage, wie weit er die Therapieziele in den Dienst der *Anpassung* des Kindes an – vielleicht krankmachende – Lebensumstände stellt oder in den Dienst der *Emanzipation* des Kindes, auf daß es lerne, seine Umgebung zu verändern und sich davon abzulösen. Wie stark soll er selbst verändernd in das soziale Umfeld eingreifen, wie weit darf das Kind den Eltern entfremdet werden, wie geht das Kind mit Loyalitätskonflikten um etc.? (s. 1.2). Es gibt zahlreiche Normensysteme, von denen sich Therapeuten leiten lassen, z. B. organmedizinische, entwicklungspsychologische oder sozio-kulturelle Normen, die im Zusammenhang mit den therapeutischen Zielsetzungen problematisiert und reflektiert werden müssen (Meile 1982).

Jede Beratung und Therapie kann schließlich als die Auflösung eines *Ziel- und Normenkonfliktes* betrachtet werden. Die Wertvorstellungen des Kindes und der Familie, die, wenn sie in sich widersprüchlich sind, bis zur Entscheidungsunfähigkeit führen können, werden in Frage gestellt und mit möglichen Alternativen konfrontiert. Die therapeutische Erfahrung zeigt, daß gerade der Umgang mit Versagerängsten, Gewissenskonflikten, Verantwortungs- und Schuldgefühlen bei Kind und Eltern oder Erziehern eine außerordentlich heikle und anspruchsvolle Aufgabe ist.

Wir halten die *Explikation der Therapieziele* aus folgenden Gründen für wichtig:

1. Explizite Ziele machen sichtbar, woraufhin die Therapie ausgerichtet ist, und helfen, widersprüchliche Zielsetzungen, wie sie etwa Doppelbindungen (Lidz 1976) darstellen, und Divergenzen zu ändern Zielvorstellungen, z. B. zu den elterlichen Erziehungszielen, aufzudecken.
2. Im Laufe der Therapie können die Ziele verändert, geordnet und hierarchisiert werden. Dabei kommt dann klarer zum Ausdruck, welche Ziele wünschbar und welche Ziele tatsächlich erreichbar sind. Solche Überlegungen machen vor allem auch den Abschluß einer Therapie transparenter.

3. Die empirisch-wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit einer Therapie kann unseres Erachtens nur aufgrund ausdrücklicher Therapieziele erfolgen. Deren Operationalisierung hält den einzelnen Therapeuten zudem ein Stück weit an, den therapeutischen Prozeß und dessen Auswirkungen zu objektivieren.

2.3 Aufbau von Modellsituationen

In der *Educational Therapy* (E.T.) werden Modelle und Modellverhalten aufgebaut, die auf alltägliche Situationen transferierbar sind. Das Kind besitzt die Fähigkeit, im geschützten Raum *Problemsituationen*, die es erlebt und die es beschäftigen, spielerisch darzustellen und Lösungen auszuprobieren. Im Aufbau von Modellsituationen wird diese Fähigkeit zum Verarbeiten von Konflikten eingesetzt und allmählich, unter sorgfältiger Führung des Therapeuten, andere Verhaltensweisen erprobt (Winnicott 1971).

Modellverhalten können in den verschiedensten Spielsituationen erlebt und erprobt werden; zum Beispiel in *Gesellschafts- und Regelspielen*. Hier kann ein aggressionsgehemmtes Kind plötzlich erleben, daß es seinem Spielpartner Karten wegnehmen kann, ohne daß es sich davor fürchten muß. Im Spiel mit *amorphen Materialien* kann es sich im schöpferischen Tun erfolgreich erleben, was ihm z. B. mehr Selbstvertrauen einbringen und es *zum Handeln auch in anderen Situationen* veranlassen kann.

Das *Rollenspiel* ist eines der wichtigsten Mittel im Aufbau von Modellsituationen. Mit Hilfe von Kasperfiguren, von kleinen und großen Puppen und schließlich auch mit sich selber, können problembeladene Situationen durchgespielt werden. Geeignet sind auch psychodramatische Elemente, wie Doppeln, Spiegeln, Rollentausch, Selbstgespräche und andere mehr.

Die Rolle des Therapeuten erhält im Aufbau von Modellverhalten verschiedenartige Bedeutung. So kann er einerseits zum *Mitspieler* werden, indem ihm das Kind eine Rolle zuweist. Je nach Kind und Situation läßt er sich im Spiel führen und spielt so, wie es das Kind von ihm wünscht, oder er ergreift eigene Initiativen und versucht das Kind spielerisch hervorzulocken. Der Therapeut kann sich als Modell anbieten oder vertritt *innere Instanzen* (A. Freud 1971), die er darstellt und auch umgestaltet (s. 4.3). Andererseits kann er auch die wichtige Funktion des Zuschauers und Zuhörers einnehmen und durch Miterleben dem Kind seine Anteilnahme zeigen. Nicht selten verwenden wir zu diesem Zwecke Tonband- oder Videogerät. Dies kann dann besonders wertvoll sein, wenn das Kind Mitspieler und Zuschauer gleichzeitig benötigt. Der Einsatz von Video ermöglicht zudem auch ein wiederholtes Verarbeiten, das wir gerne bei Jugendlichen und bei Erwachsenen einsetzen.

Im weiteren kann der Therapeut als *stützendes Ich* des Klienten einen wichtigen Teil im Rollenspiel einnehmen. Durch seine Anwesenheit erhält das Kind Mut, eine Situation durchzuspielen und neue Möglichkeiten zu erproben. Es fühlt sich *im geschützten Raum* des Therapiezimmers und in der Gegenwart des Therapeuten geborgen und behütet, so daß es sich an die Verarbeitung seiner inneren Konflikte heranwagen kann.

Das Problem des *Transfers* versuchen wir zu verringern, indem wir entweder die Familie des Kindes miteinbeziehen und zum Beispiel den Eltern ein Kasperletheater vorführen oder das Kind *in sein soziales Umfeld begleiten* und ihm dort beim Erleben von neuem Verhalten stützend beistehen. Es findet, wenn immer möglich, in der E.T. *kein abrupter Therapieabbruch* statt, vielmehr wird ein Übergang vom geschützten Therapieraum in das soziale Umfeld genau geplant. Wichtig ist, daß die „Realbegegnung“, nämlich das Handeln in konkreten Lebenssituationen, angestrebt wird und demzufolge die Arbeit im sozialen Umfeld von großer Bedeutung wird (s. 1.2) (vgl. Widmer 1980). Der Therapeut setzt sich auch im Feld als Modell ein, vorab gegenüber den Erziehungspersonen, denen er unmittelbar vorzeigen kann, wie man mit einem Kind auch anders umgehen könnte oder wie man in schwierigen Situationen mit der eigenen Hilflosigkeit als Erzieher umgeht. Auf diese Weise kann der Therapeut auch Eltern zum Erproben von *neuem Verhalten* gewinnen und sie bei zögernden Versuchen unterstützen und ev. auch aufmunternd beistehen.

2.4 Rückbezug auf die Forschung und systematische Evaluation

Die Erziehungsberatung bedarf einer kontinuierlichen und systematischen Forschung, soll die Forderung nach einer wissenschaftlich begründeten Praxis und Ausbildung eingelöst werden können. Der *Theorie-Praxis-Bezug* kann nur durch eine praxisorientierte Wissenschaft einerseits und durch eine theoriegeleitete Praxis andererseits garantiert werden (vgl. Hornstein 1976). Wir wissen heute viel über die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten und Erziehungsproblemen (Bedingungswissen) und verfügen auch über ein differenziertes diagnostisches Instrumentarium, doch fehlt uns weitgehend eine adäquate Theorie der Beratung und Therapie (Veränderungswissen), welche die Wirksamkeit, Möglichkeiten und Grenzen der Erziehungsberatung aufzeigt. Selbst etablierte therapeutische Konzepte, wie die analytische Psychotherapie (vgl. Kernberg 1981 a, b) oder die Verhaltenstherapie (z.B. Kraiker 1974) ändern nichts an der Tatsache, daß sich der Praktiker heute noch *mehr an der (subjektiven) Erfahrung als an wissenschaftlich überprüften Erkenntnissen* orientiert. Andererseits ist der enorme Erfahrungsschatz der Praxis vereinzelt und nicht greifbar. Erfahrungsdaten, die nicht auf eine bestimmte Forschungsfrage hin erhoben wurden, lassen sich kaum effizient auswerten, weil sie oft unvollständig sind und zudem mit aufwendigen inhaltsanalytischen Methoden aufbereitet werden müssen.

Die Verbindung zwischen Forschung und Praxis in der Erziehungsberatung setzt Formen der Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Beratungsinstitutionen voraus, die zuerst ausgebaut werden müssen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß Praktiker an Erziehungsberatungsstellen, Schulpsychologischen Diensten etc. von der Wissenschaft klärende Beiträge und Impulse erwarten, jedoch nur schwer für die Mitarbeit an einem Forschungsprojekt zu gewinnen sind. Sie erleben das gezielte Erheben von Daten als eine zusätzliche Belastung und als eine Störung ihrer Arbeit. Oft gilt es auch, institutionelle Hindernisse zu beseitigen. Forschungsprojekte bringen dem Praktiker trotz allem auch einen unmittelbaren Ge-

winn, z. B. zur Selbstkontrolle, Gewinnung zusätzlicher Informationen, Aufdeckung von blinden Flecken, kritische Evaluation des therapeutischen Handelns, katamnestische Betreuung oder die Verwendung der Forschungsergebnisse in der Politik der eigenen Institution.

Momentan beschäftigen uns vor allem zwei Forschungsvorhaben:

1. Die Wirksamkeit der Behandlung bei verhaltensauffälligen Kindern auf der Basis der *Educational Therapy* und
2. die Gewichtung der Stressfaktoren in- und außerhalb der Schule bei auffälligen Schulkindern.

Für die Therapieforschung halten wir den empirisch-experimentellen Ansatz für angemessen. Da die verfügbaren Stichproben in der Regel sehr klein sind, ist der *kontrollierten Einzelfallstudie* ($N \geq 1$), in der anstelle der interindividuellen die intraindividuelle Varianz in der Zeit analysiert wird, vermehrte Bedeutung einzuräumen (vgl. *Petermann 1977, Burgherr 1981*).

2.5 Theoretische und normativ-anthropologische Offenheit

Die *Educational Therapy* (E. T.) als Paradigma und Modell therapeutischen Handelns ist keiner Schule oder Lehrmeinung verpflichtet, sondern orientiert sich an verschiedenen Konzepten, soweit diese wissenschaftlich begründet sind. Ohne auf die wissenschaftstheoretischen und methodologischen Aspekte näher einzugehen, sind die Kriterien für die Wissenschaftlichkeit eines Therapiekonzeptes u.E.

1. *explizite theoretische Modellvorstellungen* über die Entstehung und Behebung abweichenden, z.B. neurotischen Verhaltens
2. *empirische Überprüfbarkeit* der theoretischen Begriffe und Hypothesen
3. *Nachweis der Wirksamkeit* der therapeutischen Instrumente.

In diesem Sinne ist die theoretische Ausrichtung der E. T. offen und eklektisch. Es können darin Elemente aus verschiedenen therapeutischen Richtungen zur Geltung gelangen. Im Einzelfall entscheiden die Ausbildung und die Persönlichkeit des Therapeuten sowie die objektivierbaren Anteile der Indikationsstellung (s. 1.1).

Jedes therapeutische Handeln geht von normativen und anthropologischen Prämissen aus, die das Verhalten des Beraters/Therapeuten in entscheidenden Momenten beeinflussen. Begriffe wie *technische Neutralität* (*Greenson 1973*), *Allparteilichkeit* (*Stierlin et al. 1977*), *bedingungs-freies Akzeptieren* (*Rogers 1977*), *Anwalt des Kindes* (s. 4.2) etc. deuten auf Werthaltungen des Therapeuten hin.

Die verschiedenen Therapierichtungen enthalten oft ein implizites Menschenbild und Wertorientierungen, die leicht unkritisch übernommen werden, z.B. Arbeits- und Liebesfähigkeit (*Freud*), Harmonie und Ausgewogenheit der Individuation (*Jung 1960*), Selbstgestaltung und Selbstverwirklichung (*Rogers 1977*) oder Funktionalität i. S. sozialer Anpassung (vgl. *Kuhlen 1972*). Unproblematisch stellen sich die Normfragen im Falle sozial abweichender und störender Symptome, wie Bettnässen, Kriminalität, Suizidalität etc., während komplexere ethisch-moralische Probleme, wie Mitwisserschaft, eine außereheliche Beziehung, religiöse Vorstellungen etc. vom Therapeuten ein hohes Maß an kritischer Reflexion abverlangen.

Auf der *metaethischen* Ebene sprechen drei Gründe für die normativ-anthropologische Offenheit in der E. T.:

1. Es wird vorausgesetzt, daß der Berater/Therapeut selbst von seiner ethisch-moralischen Entwicklung eine autonome Stufe erreicht hat (*Kohlberg 1978*); eine Werthierarchie, der er aus innerer Überzeugung und Notwendigkeit verpflichtet ist. – In der Therapie scheint die Konfrontation der Wertwelt des Klienten mit der Wertwelt des Therapeuten etwas sehr wesentliches. Dabei muß sich auch der Therapeut ein Stück weit in die Wertwelt des Klienten einfühlen und diese übernehmen (*Dührssen 1973*). Doch führt seine Betrachtungsweise, die er durch sein therapeutisches Verhalten einbringt, zur Relativierung der Deutungen und Werte des Klienten und eröffnet den Horizont für neue, bisher verborgene Lösungen.
2. Jeder Berater/Therapeut steht in einem Lebenszyklus und sollte sich von seinen Wertorientierungen auch lösen und sich verändern dürfen.
3. Die normativen und anthropologischen Aspekte der Beratung/Therapie betreffen letztlich die Frage nach dem Wesen des Menschen, die naturgemäß schwierig und sehr komplex ist. Auf diese Frage gibt es nur vorläufige Antworten, die sich der Wahrheit annähern, so daß jeder (therapeutische) Dogmatismus unangemessen erscheint.

3. Therapeutische Beziehung und Kommunikation

3.1 Einsatz von Pädagogischen Mitteln

In der *Educational Therapy* (E. T.) werden im Umgang mit dem Kinde pädagogische Mittel eingesetzt, wie Spiel, Gestaltungen, Werken, Modellverhalten (s. 2.3), systematisches Verstärken, Anleiten und Instruktion etc. Dabei steht das spielerische Tun stark im Vordergrund:

- Spiele mit vorgeformtem Material (Bauen mit Klötzen, etc.)
- Spiele mit amorphem Material (Spiele mit Sand, Wasser, Ton, etc.)
- Gesellschafts- und Regelspiele (Würfel- und Kartenspiele, etc.)
- Rollenspiele (Kaspertheater, Puppenspiele, etc.)
- Körperspiele (Bewegungs- und Sportspiele, etc.)

Das Spiel ist dem Kind *naturgegeben*; im spielerischen Tun stellt es seine innere Erlebniswelt dar. Mit seiner Hilfe kann es sie vertiefen, verarbeiten, neu erleben und verschiedenartige Situationen erproben.

In der E. T. werden die spielerischen Arbeitsmittel je nach *Zielsetzung* verschiedenartig eingesetzt. In erster Linie werden sie zur *Beobachtung und Diagnose* verwendet und ersetzen auch zu einem gewissen Teil die psychodiagnostischen Tests. Gleichzeitig wird im spielerischen Tun eine erste Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Kind aufgebaut, die eine Vertrauensbasis ermöglicht. Ebenso kann die Verwendung von pädagogischen Mitteln gezielt *zum Üben und Lernen* verwendet werden; das Kind lernt spielerisch Dinge, die es bisher nicht erfassen konnte. Im weiteren werden pädagogische Mittel zum *Verarbeiten und*

Erproben von verschiedenartigen Lebenssituationen eingesetzt; sie erhalten somit Modellcharakter (s. 2.3).

Im besonderen aber erhält der Einsatz von pädagogischen Mitteln, vor allem von vorgeformten und amorphen Spielmaterialien, ihren großen Wert in der *eigentlichen Spieltherapie*. Wir orientieren uns hauptsächlich an der analytisch orientierten Spieltherapie, wobei wir den Einsatz des Deutens als der kindlichen kognitiven Entwicklung wenig angepaßt erachten. Durch Klären der spielerisch dargestellten Erlebnisse, versucht der Therapeut Verständnis zu zeigen. Hin und wieder interpretiert er auch, wenn er auf ein vorbewußtes Verständnis des Kindes hoffen kann. Der Therapeut hat aber keine reine Spiegelfunktion, da er aktiv mitagiert (s. 4.3).

Im spielerischen Tun wird versucht, dem Kind eine *Regression* zu ermöglichen, die *im Dienste des Ichs* steht. Die Fähigkeit des Ichs zu regredieren scheint notwendig, um an Konfliktmaterial heranzukommen und dies gefühlsmäßig zu verarbeiten. Unter Umständen wird ganz bestimmtes, gefühlsbetontes Anreizmaterial angeboten, das so zum Ausgangspunkt der Therapie werden kann (Dührssen 1973). Um diese vor allem gefühlsmäßigen Prozesse nicht durch kognitive Bewußterwerden zu stören, wird auf das Deuten weitgehend verzichtet. Dabei stützen wir uns vor allem auf H. Zulliger, 1970, der in seiner Arbeit mit Kindern vom Deuten absah, nicht selten jedoch eine Deutung den Eltern gegenüber wagte.

Unter dem Einsatz von pädagogischen Mitteln verstehen wir nicht nur eine spielerische Tätigkeit unter regressiven Bedingungen, die dem Kind die Bewältigung seiner Konflikte und ein psychisches Nachreifen ermöglichen soll, sondern auch das Anstreben von *pädagogischen Entwicklungszielen*. So kann ein Kind im Spiel mit Ton einerseits seine psychischen Probleme aufarbeiten und andererseits seine motorischen Fähigkeiten üben. Es ist deshalb notwendig, daß jedesmal sorgfältig abgeklärt wird, ob dem Kind unter Umständen ein geeignetes Anreizmaterial angeboten werden kann. Meistens „wissen“ die Kinder, was sie brauchen, so daß sie von selber die ihnen bekömmlichen Spielthemen, Spielmaterialien und Rollen auswählen. Der Therapeut kann sich weitgehend der Führung des Kindes anvertrauen. Im aktiven Ausführen der ihm vom Kind zugeschriebenen Rolle kann er erleben, wie das Kind Beziehungen strukturiert und wo seine hauptsächlichsten Widerstände und Abwehrmechanismen liegen (s. 2.3). An diesem Punkt kann es sich als notwendig erweisen, daß der Therapeut *gezieltes Anreizmaterial* anbietet, das Kind stützt und ermutigt oder daß er aus der Rolle fällt bzw. das Kind mit den *Widerständen konfrontiert* und ihm ein *Modellverhalten* vorzeigt (s. 2.3).

Wichtig scheint uns, daß der Therapeut im spielerischen Umgang mit dem Kind immer auch *sachkompetenter Beobachter* bleibt und seine *Gegenübertragungsreaktionen* unter Kontrolle hat.

Pädagogische Mittel haben auch in der Elternarbeit einen wichtigen Stellenwert. Tischpsychodrama, Gestaltungen, Rollenspiel etc. können ein regressives Klima begünstigen und zum *Ausgangspunkt von Veränderungen des Erziehungsverhaltens* werden. Letztlich ist auch nochmals auf

den Aufbau von Modellsituationen und -Verhalten für die Eltern hinzuweisen.

3.2 Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung

Trotz oder vielleicht gerade wegen der theoretischen Offenheit in der *Educational Therapy* (E. T.) wird der Berater/Therapeut bis zu einem gewissen Grad auf die psychodynamische Betrachtungsweise der therapeutischen Beziehung verpflichtet. Die analytischen Autoren haben u.E. die Beziehungspänomene in der Therapie, deren Entwicklung und Veränderung, am gründlichsten und differenziertesten dargestellt (z.B. Greenson 1973, Kohut 1973, Sandler et al. 1973, Möller 1977, Racker 1978, Dieckmann 1979, Kernberg 1981 a, b). Die Beachtung dieser Phänomene, des Widerstandes, der Übertragungs- und der Gegenübertragungsreaktionen, impliziert nicht, daß diese auch ausdrücklich als therapeutische Instrumente eingesetzt und zum Gegenstand des therapeutischen Dialogs gemacht werden müssen, doch verlangt sie vom Therapeuten eine Ich-Spaltung, gleichzeitig echter, spontaner und mitfühlender Interaktionspartner wie auch Beobachter und Regisseur des therapeutischen Prozesses zu sein (s. 4.3).

Widerstände, insbesondere der *Übertragungswiderstand*, bilden eine wesentliche Dimension der therapeutischen Beziehungsdynamik. Sie sind in Form und Inhalt außerordentlich vielfältig und stellen die Kräfte dar, die sich der Veränderung und den Therapiezielen entgegenstellen. Lerntheroretisch gesehen treten sie als *Vermeidungsreaktionen* in Erscheinung. In der Paar-, Familien- und Gruppentherapie kommen zu den individuellen die interpersonalen Widerstände hinzu, z.B. wenn eine Familie den Generationenkonflikt als Widerstand für einen dahinter liegenden Paar-konflikt anbietet.

Auch wenn der Therapeut nicht aufdeckend, sondern stützend arbeitet, sollte er Widerstände erkennen und damit umzugehen lernen. Widerstände haben eine Schutz- und eine adaptive Funktion und deuten einerseits auf fehlgeschlagene Problemlösungen hin, andererseits auf die Kräfte der Wandlung. Sie sind sowohl diagnostisch wie therapeutisch von hohem Nutzen. In der E. T. gilt die analytische Regel, daß die Arbeit am Widerstand Vorrang vor den Inhalten hat. Nur in kritischen Situationen, z.B. bei Suizidgefahr, wird die Abwehr des Klienten unterstützt, sonst dagegen mit Techniken, wie positivem Umdeuten, adaptivem oder konfrontierendem Ansprechen, suggestiven Interventionen, Symptomverschreibung, Paradoxien etc. angegangen. Die konsequente Beachtung des Widerstandes scheint auch eine der wichtigsten Voraussetzungen für den angemessenen Umgang mit den Ängsten des Klienten zu sein. Selbst wenn sie nicht im analytischen Sinne geklärt, gedeutet und durchgearbeitet werden, ist die Handhabung der Widerstände für jeden Beratungs- und Therapieverlauf wesentlich.

Die definitorischen Unklarheiten betreffs *Übertragung und Gegengübertragung* (Laplanche & Pontalis 1973) können an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Für die E. T. scheint die Tatsache bedeutsam, daß der Therapeut in eine Beziehungsdynamik eintritt, deren affektiv-emotionalen Aspekte den Therapieverlauf stark beeinflussen. Der Therapeut begibt sich in ein Beziehungsfeld, in dem er Wünsche, Fantasien, Einstellungen, Projektionen etc. auf sich zieht und selber gefühlsmäßig darauf reagiert. Innerhalb dieser

Beziehungsdynamik, deren Entwicklung maßgeblich durch das Setting bestimmt wird, lassen sich verschiedene Reaktionen unterscheiden:

1. Situationsabhängige und -adäquate Emotionen
2. Erlernte, in Beziehungen sich oft wiederholende Reaktions- und Rollenmuster
3. Konflikte, unangemessene Reaktionen, die ebenfalls einer früher erlernten Matrix entsprechen, jedoch neurotische Muster oder Übertragungsreaktionen im engeren Sinne darstellen.

Die gleiche Unterscheidung findet auch auf die Reaktionen des Therapeuten Anwendung. Wenn seine Affekte überschüssend sind und sich wiederholen oder wenn die Fantasien um die eigenen Beziehungen und Beziehungserfahrungen kreisen, ist eine *Kontrolle der Gegenübertragung* angezeigt.

Auch die Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik ist u.E. unabhängig von der Technik von hoher diagnostischer und therapeutischer Bedeutung, weil sie wesentliche Hinweise auf das Beziehungsverhalten und die Beziehungskonflikte des Klienten vermittelt und etwas über den emotionalen Boden aussagt, auf den therapeutische Interventionen fallen.

Die systematische Analyse der Übertragung ist für die Psychoanalyse und für die psychoanalytische Psychotherapie (Kernberg 1981 a) charakteristisch. Das Modell der E. T. schließt (partielle) *Übertragungsdeutungen* keineswegs aus, besachtet aber auch andere therapeutische Möglichkeiten der Übertragungsdynamik, wie die Katharsis; die korrigierende emotionale Erfahrung; die Grundlage für suggestive und manipulative Techniken, z. B. Modellverhalten des Therapeuten, Verstärkung, Problemdiskussion, soziotherapeutische Maßnahmen etc.

Das Übertragungsgeschehen hängt stark davon ab, wie weit das Setting eine *therapeutische Regression* zulässt. So ist ihre Bedeutung in der Paar- und Familientherapie oder in der Soziotherapie geringer als in der Einzeltherapie. Solche Therapieformen evozieren z. T. auch systematisch einen starken Übertragungswiderstand, da die Beziehung zum Therapeuten deutliche Züge einer realen sozialen Rolle hat.

In der Erziehungsberatung und in der Kindertherapie halten wir zudem den adäquaten Umgang mit den *narzißtischen Übertragungsformen* – Spiegelübertragung und idealisierende Übertragung – wichtig sowie die Kontrolle der Gegenübertragung, da der Therapeut sonst leicht Partei ergreift und sich beispielsweise mit dem Kind gegen die Eltern verbündet.

Nebst der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik wird in der E. T. auch Gewicht darauf gelegt, wie der Therapeut die Beziehung zum Klienten aktiv gestaltet. Eine persönliche Beziehung der Wertschätzung, des Interesses und der Teilnahme ist eine wichtige Voraussetzung für das Arbeitsbündnis und für den Handlungsspielraum des Therapeuten (s. 4.3).

4. Therapeutenpersönlichkeit

4.1 Ungeteilte Verantwortung

In jedem Falle gibt es von der Erziehungsberatungsstelle aus nur *einen* verantwortlichen Berater/Therapeuten, der für alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen und auch für die Regie der administrativen Belange zuständig ist. Die *Teamarbeit* bleibt im Hintergrund, und es besteht eine mehrstufige *Supervision*. Dies bedeutet, daß der einzelne Therapeut ein hohes Maß an Verantwortung in der konkreten Arbeit übernimmt und vom Team und den Supervisoren gestützt wird.

Der Klient hat also von Beginn an nur einen Therapeuten als Bezugsperson. In vielen Fällen führt dieser Einstieg zu einer starken *Idealisierung des Therapeuten*, der in der Lage sein muß, mit dieser Form der Übertragung umzugehen, schrittweise vom „Podest“ herunterzusteigen und sich dem Klienten auf einer partnerschaftlichen Ebene anzunähern.

Als Folge der ungeteilten therapeutischen Verantwortung werden u.E. auch die *Selbsthilfetendenzen* des Klienten unterstützt. Dieser sieht sich nicht einem Team von hochqualifizierten Spezialisten gegenüber; soviel Sachverstand und Fachkompetenz verleiht der vorgestellten Problematik ein starkes Gewicht, läßt den Klienten seine Hilflosigkeit erleben und schwächt sein Vertrauen in die eigenen Kräfte.

Die *Educational Therapy* wendet sich daher gegen eine allzu weitgehende und einseitige Spezialisierung und Professionalisierung der Therapeuten (s. 4.4). Freilich hat in einem Team jedes Mitglied seine eigenen Schwerpunkte und fungiert entsprechend seinen besonderen Kompetenzen als Berater des Teams, doch ist jeder Therapeut zu einem *ganzheitlichen und interdisziplinären Denken* aufgefordert, das er durch permanente Weiterbildung, besonders in angrenzenden Disziplinen, erweitern und vertiefen soll.

4.2 Pädagogisches Engagement (Anwalt des Kindes)

Das Wohl des Kindes, seine gesunde seelische Entwicklung ist oberstes Ziel der *Educational Therapy* (E. T.). Der Therapeut ist bemüht, dem Kind zu einem für es bestmöglichen Aufwachsen zu verhelfen. In diesem Sinne verstehen wir uns als *Anwalt des Kindes*, der dessen Interessen und Bedürfnisse vertritt.

Durch den Aufbau einer *innigen Beziehung* wird der *Einsatz und das Engagement* des Therapeuten ersichtlich; das Kind kann sich ihm dann vertrauensvoll zuwenden. Es spürt, daß es in ihm einen Mitkämpfer oder gar einen Komplizen gefunden hat, der auf seiner Seite steht und sich für es einsetzt. Vor allem H. Zulliger (1970) beschreibt diesen Moment des Freundschaftsschliessens, des Vertrauensfindens ausführlich und betont, daß der Therapeut dafür aktiv werben soll. Bei Kindern geschieht dies meist im gemeinsamen Spiel und bei Jugendlichen eher im Verlaufe von Gesprächen, in dem sie sich akzeptiert fühlen können.

Das *pädagogische Engagement* wird vor allem dann deutlich, wenn die Mitarbeit der Eltern nicht gewährleistet ist. Der Therapeut bemüht sich dann, das *Interesse und die Mitarbeit der Eltern* zu erhalten. Er versucht sie für Gespräche und zur Teilnahme an der Therapie des Kindes zu

gewinnen. Nicht selten verringert der Therapeut seine anfängliche Distanz und tritt auf die Eltern zu, um ihnen bei der *Überwindung der Schwellenangst* behilflich zu sein. Diese Haltung hat wiederholt eine recht erfolgreiche Zusammenarbeit auch mit unsicheren Familien mit sich gebracht.

Dennoch erleben wir immer wieder, daß Eltern trotz motivierendem Entgegenkommen nicht zur Mitarbeit bereit sind. In solchen Fällen wird soweit es möglich ist, mit dem Kind eine *stützende Therapie* durchgeführt.

Als Anwalt des Kindes läuft der Therapeut oft Gefahr, seine *Allparteilichkeit* (vgl. Stierlin 1978) einzubüßen und sich in *Loyalitätskonflikte* zu verstricken. Dies geschieht vor allem dann, wenn mit älteren Kindern gearbeitet wird und gleichzeitig das Gespräch zu den Eltern gesucht wird. Der Therapeut muß sorgfältig mit dem *Widerstand* umgehen können, sei es, daß er Eltern für eine Therapie *motivieren* muß, sei es, daß er nicht eine Einzeltherapie mit dem Kind (als Sündenbock), sondern mit weiteren Bezugspersonen vorschlägt. Ein offenes Gespräch vor allem mit dem Kind ist in solchen Fällen sinnvoll, um nicht die bereits hergestellte Beziehung zu stören und damit auch die Therapie zu sabotieren.

4.3 Aktive Teilnahme

In Anlehnung an Thomae (1981) verstehen wir unter der Aktivität des Therapeuten das *strukturierende Gestalten des therapeutischen Prozesses*. Eine reine Spiegelfunktion des Therapeuten führe zu einer hochgradigen Verstellung die Wiederholung von Beziehungsmustern (Balint 1970). „Es erweist sich, daß *Freuds* Spiegelmetapher im Zusammenhang mit der Abstinenzregel und die Angst vor der Gegenübertragung das therapeutische Erkennen und Handeln einschränken.“ (Thomae 1981, S.27). Der therapeutische Einsatz der eigenen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen scheint uns sehr wichtig für die Planung, Zielsetzung, Strategie und Taktik der Behandlungsführung.

Die Aktivität des Therapeuten hat einen unmittelbaren Bezug zur *Fokusbildung*. Wenn die Therapie nicht eine Restrukturierung der Gesamtpersönlichkeit, sondern nur Teilziele im Sinne einer partiellen Änderung der Abwehrstruktur anstrebt, ist das aktive Eingreifen und Einstellen des Fokus seitens des Therapeuten notwendig. – Seine Aktivität begrenzt grundsätzlich die Selbstdarstellung und den Ausdruck des Klienten, begrenzt womöglich auch die therapeutische Regression, da die Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Klienten Merkmale einer realen Beziehung annehmen kann. Entscheidend ist letztlich, daß die *Initiativen des Therapeuten* den Therapiezielen dienen. Er kann durch seine Aktivität den Fluß der Fantasien, Wünsche und Ängste des Klienten steuern, z. B. durch seine Führung im Katathymen Bilderleben, als aktiver Partner in der Spieltherapie, durch nonverbale verstärkende Signale, wie z. B. aufzeichnen, sich räuspern etc.

Der Therapeut nimmt in der *Educational Therapy* (E. T.) *aktiv* teil am therapeutischen Geschehen. Er begibt sich mit seiner ganzen Person in die Therapie ein, wobei der Über-

blick immer gewahrt bleiben muß. Die Kunst des *Sich-Einfühlen-Könnens* und dennoch *Distanz zu wahren*, ist deshalb wichtig, weil der Therapeut sich seiner Handlungs- und Interventionsweisen klar sein muß. Somit agiert und lebt der Therapeut mit und behält doch „ärztliche Distanz“.

In der *Spieltherapie* übernimmt der aktive Therapeut die *Darstellung verschiedener Persönlichkeitsanteile* des Kindes. Er bietet sich als „neues Objekt“ und als Vertreter innerer Instanzen an (A. Freud 1971). Indem er die ihm zugeschriebenen Rollen im Spiel übernimmt, externalisiert er innerseelische Anteile des Kindes. Dieses kann mit den objektivierten Teilen seines Seelenlebens aktiv umgehen lernen und seelische Konflikte lösen. Andererseits gibt der Therapeut Modelle vor, wenn er seine Rolle aktiv umgestaltet und entsprechend seinen eigenen Fantasien und Wünschen interpretiert (s. 2.3).

Schließlich betrifft die Aktivität des Therapeuten die *persönliche Beziehung* zum Klienten, die auch die Grundlage für den Therapiekontrakt bildet. Vor allem in der Kindertherapie ermöglicht die persönliche Beziehung des Therapeuten zu den Eltern und zum Kind öfters, sich ohne Angst vor *Loyalitätskonflikten* in eine therapeutische Regression einzulassen. Durch seine aktive Teilnahme am spielerischen und gestalterischen Geschehen wird der Therapeut ein enger Vertrauter oder gar Verbündeter, zu dem es eine offene Vertrauensbeziehung aufbauen kann (Dührssen 1973, Zulliger 1970). Es kann durch das *Mitagieren* erleben, daß es ernst genommen wird, daß der Therapeut sich um sein Wohl, seine Bedürfnisse und Kümmernisse sorgt. Oft konnten wir erleben, daß die Symptome bei einem Kind dann schon abklingen, wenn es weiss, daß ein Spieltherapeut sich um es kümmern will. So stellte ein Kind sein Einkoten von dem Moment an ein, als es wußte, daß ein Therapeut sich um es und seine Familie kümmern und demnächst ein Besuch stattfinden wird.

Die persönliche Beziehung kann auf sehr verschiedene Weisen hergestellt und unterstützt werden, z. B. durch eine Anamneseerhebung anhand der Fotoalben der Familie, Hausbesuche, Einbezug der Eltern in die Therapie etc.

4.4 Ganzheitliche Sichtweise

Dieses Merkmal der *Educational Therapy* faßt die vorangehenden zusammen und drückt die Grundintention aus, daß in diesem Modell der *Entwicklungs- und Erziehungsprozeß* (Sozialisation) in all seinen Einflußdimensionen und Bezugsfeldern gesehen wird.

Die Probleme, die in Beratung und Therapie bearbeitet werden, sind von der Erfahrung unteilbar; sie werden vom Klienten unter einer ausgewählten Perspektive und von seinem Problemverständnis vorgestellt. Der Therapeut seinerseits definiert die vorgestellte Problematik von verschiedenen Paradigmen (Kuhn 1967) und Interpretationsmustern aus. Ganzheitlich bedeutet in diesem Zusammenhang, möglichst viele Gesichtspunkte zu berücksichtigen und in die therapeutische Planung miteinzubeziehen. Das bedeutet z. B.: Problembetrachtung auf der intrapsychischen, auf der interpersonellen und auf der institutionellen Ebene; kri-

tische Reflexion und Relativierung der leitenden Normen und des Menschenbildes; Einbezug verschiedener Fachperspektiven; ausgedehnte Bandbreite der therapeutischen Techniken.

Summary

Educational Therapy: A Model for Educational Counselling

Between 1976 and 1978 we set up an Educational Consulting Service in the Department of Educational Psychology of the University of Zurich (head by Prof. K. Widmer). The concept of our development project is, on the one hand, university training and research, on the other hand the provision by the university of a service for the population of Zurich.

At present it treats about forty children and their parents and families who visit the clinic, and yearly over 1000 consultations and house visits take place. Various research projects deal with the theoretical basis and the effectiveness of the Consulting Service. Advanced undergraduates and postgraduates of Educational Psychology have the opportunity to get accustomed to working as an educational counsellor under scientific control.

Which time we have explored the theoretical and conceptual frame of reference of the counselling process and for the first time present it for discussion in this paper.

The model Educational Therapy was founded originally at the Tavistock-Clinic in London. We have in part adopted it, modified it and developed it further as far as regional and institutional differences allowed it to be.

Literatur

Adolph, J., C. Bunzl, 1980: Erziehungsberatungssituation im Kanton Zürich. Eine empirische Untersuchung (Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit; Psycholog. Inst. & Pädag. Inst., Universität Zürich). – Axline, V., 1976: Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt. – Baethge, G., 1981: Kindertherapie oder Familientherapie? Praxis, 30, 159–165. – Balint, M., 1970: Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart: Klett. – Birley, J. L. T., 1980: Psychiatrische Dienste und Einrichtungen im Lichte der Ergebnisse der Life-Event-Forschung. In: Katschnig, H. (Hrsg.), Sozialer Stress und psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg, 336–343. – Brophy, J. E., T. Good., D. Ulich (Hrsg.), 1974: Die Lehrer-Schüler-Interaktion. München: Urban & Schwarzenberg. – Buddeberg, C., 1979: Indikation zur Familientherapie. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 24, 185–194. – Burgherr, H., 1981: Forschungsmethodische Probleme der Evaluation therapeutischer Massnahmen (Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Päd. Inst., Universität Zürich). – Caspari, I., 1974a: Educational Therapy. Psychotherapy Today, ed Varma, V; London, Constable, 215–232. – Ders., 1974b: Techniques of Educational Therapy. Vortrag, 8th International Congress of the International Association of Child Psychiatry & Allied Professions in Philadelphia, USA. (polykopierte Mschr.). – Caspari, C., Zur impliziten Persönlichkeitstheorie von Oberstufenlehrern. In: Herzog, W., B. Meile (Hrsg.) Schwerpunkt Schule. Zürich: Rotapfel, 371–405. – Dieckmann, H., 1979: Methoden der analytischen Psychologie. Olten: Walter. – Dührssen, A., 1973: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – French, T. M., 1958: The integration of behavior, Bd. 3. Chicago: University of Chicago Press. – Freud, A., 1971: Wege und Irrwege der Kinderentwicklung. Bern/Stuttgart: Huber/Klett. – Goffman, E., 1979: Stigma.

Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – Greenson, R. R., 1973: Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett. – Heese, G. (Hrsg.), 1978: Frühförderung behinderter Kinder als pädagogische Aufgabe. In: Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Berlin: Marhold, 3–24. – Hornstein, W., 1976: Beratung in der Erziehung: Aufgaben der Erziehungswissenschaft. Z. f. Päd. 22, 673–697. – Jung, C. G., 1960: Psychologische Typen. Zürich: Rascher. – Kaminsky, G., 1970: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart: Klett. – Kemmler, L., 1974: Die Anamnese in der Erziehungsberatung. Bern: Huber. – Kernberg, O. F., 1981a: Zur Behandlungstechnik bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Psyche 35, 497–526. – Ders., 1981b: Zur Theorie der psychoanalytischen Psychotherapie. Psyche 35, 673–704. – Kohlberg, L., 1978: Essays in moral development. Cambridge, Mass.: Harvard University. – Kohut, H., 1973: Narzißmus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – Kraiker, C. (Hrsg.), 1974: Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler. – Kuhlén, V., 1972: Verhaltenstherapie im Kindesalter. München: Juventa. – Kuhn, T. S., 1967: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – Laplanche, J., J.-B. Pontalis, 1973: Das Vokabular der Psychoanalyse. 2 Bde. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – Leuner, H., 1980: Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Bern: Huber. – Ders., 1981²: Katathymes Bilderleben, Grundstufe. Einführung in die Psychotherapie mit der Tagtraumtechnik. Stuttgart: Thieme. – Lidz, Th., 1976: Skizze einer Theorie der schizophrenen Störungen. Familiendynamik 1, 90–112. – Malan, D. H., 1972: Psychoanalytische Kurztherapie. Hamburg: Rowohlt. – Ders., 1976: The frontier of brief psychotherapy. New York: Plenum. – Meile, B., 1982: Verhaltensauffällige Schüler. Zur theoretischen Analyse und Begründung des Stressmodells. Basel: Karger (im Druck). – Minuchin, S., 1977: Familie und Familientherapie. Theorie & Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg i. B.: Lambertus. – Moeller, M. L., 1977: Zur Theorie der Gegenübertragung. Psyche 31, 142–166. – Petermann, F. (Hrsg.), 1977: Psychotherapieforschung. Weinheim: Beltz. – Racker, H., Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. München: Reinhardt. – Rechenberger, H., 1974: Kurzpsychotherapie in der ärztlichen Praxis. Berlin: Springer. – Ders., 1978: Was ist Kurzpsychotherapie? In: Pflüger, P.-M. (Hrsg.), Kurzpsychotherapie und Krisenintervention in Sozialarbeit, Seelsorge und Therapie. Fellbach: Bonz. – Rogers, C. R., 1977: Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Kindler. – Sandler, I., Ch. Dare, A. Holder, 1973: Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. Stuttgart: Klett. – Schur, E. M., 1974: Abweichendes Verhalten und soziale Kontrolle. Frankfurt: Herder & Herder. – Speck, O., 1977: Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder, Bd. 1. München: Reinhardt. – Stierlin, H., 1978 Delegation und Familie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – Stierlin, H., J. Rücker-Emden, N. Wetzel, M. Wirsching, 1977: Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett. – Taylor, D., 1980: Educational Focussed Treatment and Consultation (polykopierte Papier u. pers. Mitteilung, Tavistock Clinic, London). – Thomae, H., 1981: Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – Widmer, K., 1980: Lerntransfer – ein in der Unterrichtspraxis vernachlässigtes Problem. Schweizer Schule 18, 622–631. – Willi, J., 1975: Die Zweierbeziehung. Hamburg: Rowohlt. – Ders., 1976: Therapie der Zweierbeziehung. Hamburg: Rowohlt. – Winnicott, D. W., 1971: Playing and reality. London: Tavistock Publications. – Zulliger, H., 1979: Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Stuttgart: Klett.

Anschr. d. Verf.: PD Dr. B. Meile/M.-H. Frey, Erziehungsberatung, Pädagogisches Institut der Universität Zürich, Kronenstr. 48, CH-8006 Zürich.