

Mangold, Burkart und Obendorf, W.

**Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der
Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern - Die Arbeit
mit behinderten Kindern aus der familiendynamischen Perspektive**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 1, S. 12-18

urn:nbn:de:bsz-psydok-28283

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

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.-27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25-27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.-5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3-5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern

Die Arbeit mit behinderten Kindern aus der familiendynamischen Perspektive

Von Burkart Mangold u. W. Obendorf

Zusammenfassung

Unsere Erfahrung aus jahrelanger Arbeit mit behinderten Kindern und deren Familien ließ uns erkennen, daß zusätzlich zu den primär durch die Behinderung des Kindes bedingten Problemen schwere familiäre Interaktionstörungen auftreten können, die zu einer starken psychischen Überlagerung führen können. Aus der Perspektive der systemorientierten Familientherapie werden charakteristische Interaktionsprobleme deutlich, die einerseits eine Förderungstherapie verunmöglichen und blockieren können, und andererseits zusätzlich fast unlösbare Probleme auf der Ebene der familiären Beziehungen entstehen lassen.

Verschiedenste Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen, Bagatellisierung oder überzeichnete prognostische Prophezeiungen, verschiedenste Kompensationsmechanismen von seiten der Eltern, Ärzte und Therapeuten, Fixierungen auf organische Ursachen und förderungstherapeutische Techniken können zu lähmenden Stereotypen werden, die oft eine massive Abwehrhaltung der behinderten Kinder auslösen.

Das Erkennen emotionaler Blockaden, festgefahrener Beziehungsprobleme innerhalb der Gesamtfamilie und deren Auflösung bekommen therapeutischen Vorrang. Erst auf einer stabilen Beziehungsstruktur, in einem freien

emotionalen Milieu kann eine Entwicklung und Förderung eines behinderten Kindes optimal ermöglicht werden.

Der Abbau von Leistungsdefizit und Entwicklungsretardierung erfolgt primär über den Wiederaufbau von Kommunikation, Beziehung und Selbstwertgefühl.

Die therapeutischen Konsequenzen, die sich aus diesen familiendynamischen Perspektiven ergeben, werden dargestellt.

Einleitung

In den letzten 10 Jahren hat sich in der Diagnostik und in der Therapie behinderter Kinder mit Entwicklungsverzögerungen eine Reihe neuer Möglichkeiten ergeben, die ihre Grundlagen aus verschiedenen Forschungsgebieten beziehen. So hat vor allem die Forschung über *Wahrnehmungsstörungen* (Affolter) einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis und vor allem für die Therapie bei Entwicklungsverzögerungen gebracht. Auch andere Therapieformen, wie das Wahrnehmungstraining nach M. Frostig und verhaltenstherapeutische Interventionen, haben bereits ihren festen Platz in der Therapie behinderter Kinder. Wir möchten in dieser Arbeit einen Aspekt in der Therapie hervorheben, den wir als „*interaktionellen, familiendynamischen Aspekt*“ bezeichnen möchten.

Die theoretische und wissenschaftliche Grundlage bilden die Kommunikationsforschung und familiendynamische Forschungsergebnisse.

Aus den Erfahrungen, die wir aus unserer langjährigen familiendynamisch orientierten Arbeit bei Familien mit psychosomatisch oder psychoneurotisch erkrankten Kindern gewonnen haben, versuchten wir auch, in unserer Arbeit mit Familien mit behinderten Kindern familiendynamische Aspekte zu sehen, und die therapeutischen Möglichkeiten, die sich aus dieser neuen Perspektive ergaben, versuchen wir hier kurz zu skizzieren.

Das Erstinterview bei Familien mit entwicklungsretardierten Kindern

Im Erstgespräch werden häufig bereits die Weichen für das Gelingen oder Nicht-Gelingen einer Therapie gestellt. Die Fähigkeit des Therapeuten, bereits im Erstkontakt eine Vertrauensbasis zu schaffen, auf der ein klarer therapeutischer Kontrakt aufgebaut werden kann, ist die wesentlichste Voraussetzung für eine gute Therapie. Bei Familien mit behinderten Kindern liegt häufig eine *typische Familienkonstellation* vor, die der Therapeut erkennen und beachten muß, will er nicht bereits im Ansatz scheitern.

Die Problematik in Familien mit entwicklungsretardierten Kindern soll auf zwei Hauptebenen gesehen werden.

A. Klinische Differentialdiagnose der Behinderung

Es ist auf Grund der Komplexität vieler Entwicklungsstörungen, zumal wir sie sehr oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium sehen, sehr schwer zu differenzieren, inwieweit organische Ursachen, inwieweit psychische Faktoren eine maßgebliche Rolle spielen. Trotz Einsatz aller klinischen und psychologischen Untersuchungsmethoden ist es in vielen Fällen nicht möglich, die Ätiologie von Entwicklungsstörungen zu erkennen und darauf eine gezielte Therapie aufbauen zu können.

Die Differentialdiagnose kann relativ einfach sein, z.B. beim Nachweis einer Stoffwechselstörung, einer endokrinen Störung, einer chromosomalen Störung etc. Sie gestaltet sich jedoch oft sehr schwierig bei funktionalen cerebralen Störungen ohne faßbare organische Ätiologie. Schwere psychische Überlagerungen sind begreiflicherweise gerade bei diesen Störungen zu finden, da diese Kinder und ihre Familien einer starken Verunsicherung und damit einer permanenten Überforderung ausgesetzt sind, die zu einer starken psychischen Überlagerung führen können. Bei diesen Problemfamilien müßten meines Erachtens die familiendynamischen psychotherapeutischen Ebenen besondere Berücksichtigung finden, da gerade in diesen Familien eine alleinige Förderungstherapie zu einer Quelle mannigfacher Frustrationen für Familie und Kind werden kann. Die *Förderungstherapie* darf nicht zur unreflektierten Verordnung werden, um eigene Verunsicherung, eigene Überforderung und Hilflosigkeit zu überdecken.

Wie wir aus unseren Erfahrungen wissen, liegen in Familien mit entwicklungsretardierten Kindern oft *primär schon* Verdrängungsmechanismen vor, die durch solcherart ver-

ordnete unreflektierte Förderungstherapien noch zusätzlich fixiert und verstärkt werden. Wenn klinisch nicht faßbare oder psychodiagnostisch nicht definierbare Störungen vorliegen, kann dies eine wesentliche Ursache für Verunsicherungen und Fehlverhalten sowohl bei den Eltern wie auch bei Ärzten und Therapeuten sein. Die Problematik kann vom Arzt bagatellisiert werden, sie kann aber auch als schweres Entwicklungsproblem mit prognostischen Prophezeiungen überzeichnet werden. In beiden Fällen wird durch vorliegende Abwehr- und Verdrängungsmechanismen eine sekundäre Neurotisierung begünstigt, welche gerade eine für diese betroffenen Familien notwendige vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung stören können.

Dadurch wird das Gesamtbild einer Störung noch komplexer – aus einer primär vorliegenden cerebralen Dysfunktion kann eine schwerste Entwicklungsretardierung oder schwere Verhaltensstörungen bis zum Bild eines autistischen Syndroms resultieren.

Gerade für Familien mit entwicklungsretardierten Kindern ohne klinisch faßbare organische Ätiologie (z.B. Perzeptionsstörungen) oder primär psychogen bedingten Entwicklungsrückständen (z.B. bei autistischer Symptomatik) ist der „*therapeutische Einstieg*“ über die Beziehungsebene über das Erkennen charakteristischer Fehlhaltungen in der Beziehungsstruktur dieser Familien von besonderer Bedeutung.

B. Das Erkennen pathologischer familiendynamischer Strukturen und spezifischer Interaktionsprobleme, die auf verschiedenen Ebenen wie z.B. Eltern-Therapeut/Eltern-Kind/Kind-Therapeut sichtbar werden

Familien mit behinderten Kindern sind in der Regel ungewöhnlichen Belastungen ausgesetzt, die sich oft im Sinne eines negativen Zirkels gegenseitig verstärken. Die Belastungen sind sowohl ökonomischer wie auch sozialer und psychischer Natur und entfalten eine Rückwirkung auf die ganze Familie.

Diese Familien sind gesellschaftlich oft isoliert und lösen bei vielen Erwachsenen Hilflosigkeit und mehr oder weniger schuldbewußte Wünsche nach Vermeidung aus. Die Folgen sind weitere Sensibilisierung für – offene oder verdeckte – Zurückweisung und Ächtung mit weiterer sozialer Isolation und Rückzug auf die eigene Familie, die durch das Problem des behinderten Kindes meist selbst schon überfordert ist.

Dieser Rückzug aber verstärkt die psychische Belastung aller Familienangehöriger. Störungen bei allen gesunden Familienmitgliedern können sich einstellen – Erschöpfung, depressive Reaktionen der Eltern, Delegationen an die gesunden Kinder, wie: „wir müssen alle Rücksicht darauf nehmen...“ können dazu führen, daß die emotionale Zuwendung für die anderen Kinder im problematischen Maße eingeschränkt wird und die Kinder gleichzeitig durch besondere Leistungen mehr oder weniger bewußt zum Ausgleich der gestörten Familiendynamik beitragen müssen.

Es entwickelt sich sehr häufig eine *over-protective* Haltung gegenüber dem behinderten Kind, unter welcher vor

allein die gesunden Kinder dieser Familien zu leiden haben. Sehr häufig werden den gesunden Kindern, die ja selbst ihre Eltern und ihren eigenen Entwicklungsraum brauchen, Rollenerwartungen und Aufträge im Hinblick auf das behinderte Kind übertragen, die früher oder später zu Verhaltensschwierigkeiten der Kinder und zu Interaktionsstörungen innerhalb der Familie führen.

Aus einer unbewußt falschen Einstellung zum behinderten Kind werden diese Probleme oft sehr lange verdrängt und führen nicht nur zu Problemen bei den gesunden Kindern, sondern auch bei den behinderten, die diese realitätsfremde Situation für sich ausnützen. Ihr Verhalten wird manipulativ und löst weitere Aggressionen aus, die wiederum verdrängt werden. Das Ansprechen dieser Probleme kann diese problematische Entwicklung verhindern, und es zeigt sich, daß damit die Beziehungen aller Familienmitglieder untereinander besser und offener werden. Das behinderte Kind fühlt instinktiv, daß es damit als gleichwertiges Familienmitglied akzeptiert wird, da man ihm zutraut, daß es die eigene Verantwortung über sein Leben übernimmt, mit Berücksichtigung bestimmter Hilfsmaßnahmen. Extreme Fremd- und Selbstbeschuldigungen der Eltern, vorwiegend der Mütter, die ein behindertes Kind zur Welt gebracht haben, verstärken das Dilemma.

Auslösung dieser Schuldgefühle

1. durch fehlende oder mangelhafte Information über die Ursachen der Behinderung,
2. durch unreflektierte Verhaltensweisen von Ärzten und Therapeuten –
3. sowie durch Verhaltensweisen der Eltern, die aus ungelösten Konflikten der eigenen Lebensgeschichte resultieren.

Diese wenigen globalen Hinweise sollen die Wichtigkeit einer familiendynamischen Sichtweise bestärken. Verständnis und Erfahrung im Hinblick auf familiendynamische Faktoren und intrafamiliäre Interaktionsprozesse in diesen Familien ermöglichen den Aufbau einer Vertrauensbasis, die es den Eltern möglich macht, ihre oft verdrängten Gefühle bewußt werden zu lassen und zu verbalisieren. Das Verbalisieren von bisher unausgesprochenen Ängsten und Erwartungen, von Gefühlen der Ablehnung, der Aggression, der Hilfslosigkeit und des Überfordertseins ist die therapeutische Basis, auf der man eine gezielte Förderungstherapie aufbauen kann, die letzten Endes im entscheidenden Maße von einer kooperativen Ko-therapie durch die Eltern abhängig ist. Das freie, emotionale Milieu der Familie ist die Basis, auf der eine Entwicklung eines Kindes, und ganz besonders eines behinderten Kindes, möglich wird.

Mit anderen Worten – emotionale Blockaden beim Kind und innerhalb seiner ganzen Familie haben therapeutischen Vorrang. Eine gute und sinnvolle Förderungstherapie wird nur auf einer primär die Gesamtstruktur des Kindes und der Familie akzeptierenden Basis möglich. Dressurleistungen dürfen nicht als Wachstumsschritte verkannt werden. Erst auf einer stabilen Beziehungsstruktur kann eine echte Förderung stattfinden.

Charakteristische Verhaltensweisen und Interaktionsmuster in Familien mit behinderten Kindern

In der Therapie von ca. 30 Familien in den letzten Jahren konnten wir häufig wiederkehrende, für diese Familien offensichtlich charakteristische Verhaltensweisen erkennen. Das Wissen um diese Probleme veranlaßte uns, den Fokus unserer therapeutischen Arbeit auch auf die familiären Interaktionsmuster zu lenken. Wir machten dabei die Erfahrung, daß durch die Einbeziehung dieser familiendynamischen Perspektive eine deutlich bessere Zusammenarbeit mit dem Kind und dessen Eltern und damit auch eine deutlich erfolgreichere Förderungsarbeit möglich wurde. Folgende Verhaltensweisen und Interaktionsmuster scheinen uns von Bedeutung zu sein:

– Auf der Basis der bereits oben erwähnten sehr komplexen Bedingungen mancher Entwicklungsrückstände entsteht sowohl bei den Eltern, wie auch bei Ärzten und Therapeuten sehr viel Unsicherheit, die auf beiden Seiten ein Nährboden für *verschiedenste Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen* darstellen kann.

– Abwehr der Problematik durch Verschiebung auf die Familie – Simplifizierung oder Bagatellisierung der Problematik – Steckenbleiben in der Resignation (da kann man eben nichts machen“ etc.) – in vielen Fällen werden behinderte Kinder und deren Familien zusätzlich noch zum „Ablageplatz“ mehr oder weniger versteckter Aggressionen anderer.

– *Kompensationsmechanismen* bei Eltern und Ärzten weisen ebenfalls auf die vielschichtige, oft unbewußt ablaufende Problematik im Umgang mit behinderten Kindern.

a) seitens der *Ärzte* zeigen oft über das Ziel schießende eingreifende Abklärungsversuche (ähnlich wie bei psychosomatischen Erkrankungen) an, daß fehlendes Wissen und Unsicherheit mit der medizinischen Technik kompensiert werden (gemeint sind hier nicht notwendige Untersuchungen, die zur weiteren Erforschung mit Überlegung und Verstand eingesetzt werden).

Wie bei psychosomatischen Erkrankungen führen auch hier solche inadäquaten, einseitigen Hilfeleistungen zum Vertrauensbruch und zur Störung der gerade bei diesen chronischen Krankheiten dringend notwendigen guten und tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung.

b) seitens der *Therapeuten* möchten wir in erster Linie die allzustarke Fixierung auf Förderungspraktiken und die Ausrichtung auf Teilaspekte des behinderten Kindes als problematischen Kompensationsmechanismus ansprechen. Auch die Förderungstherapie kann Unsicherheit und Unbehagen, die ansonsten ein gesunder Stimulus für neue Wege sein könnten, zum Verstummen bringen.

c) seitens der *Eltern* ist auffallend, eine Fixierung auf organische Ursachen, auf förderungstherapeutische Techniken, die zu lähmenden Stereotypen werden können und die, für uns verständlich, oft eine massive Abwehrhaltung seitens des behinderten Kindes auslöst. Die Beziehungsebene zum Kind, die emotionale, psychosoziale Ebene wird oft fast völlig verleugnet und verdrängt, wobei sich unter

anderem häufig zeigt, daß den Eltern diese Dimensionen der Entwicklung ihres Kindes kaum bewußt sind. Es zeigt sich häufig eine fast pathologische Fixierung auf selektive Ausfälle, die Gesamtperson des Kindes wird kaum mehr wahrgenommen.

– Viele Eltern signalisieren im Erstkontakt oft nur noch das Bedürfnis nach „noch mehr Förderungsvorschlägen“, es scheint, als ob manche Eltern auf diesem Gleis völlig festgefahren sind. Intuitiv spürt man als Therapeut, daß diese ausgesprochenen Erwartungen, welche die Eltern signalisieren, nicht ihren tatsächlichen Bedürfnissen entsprechen. Ein Weitergehen und Eingehen auf dieser Ebene führt nach unseren Erfahrungen zu einer weiteren gegenseitigen Fixierung und Störung der Eltern-Kind-Therapeut-Beziehung. Offensichtlich wiederholt sich ein pathologischer Kommunikationsmechanismus, welcher die bestehende Problematik nur noch weiter fixiert.

Eine notwendige therapeutische Interaktion ist hier das Einbeziehen der Kommunikations-Ebene (siehe Therapie-Konzept), die Analyse und Änderung von pathologischen Interaktionsabläufen, die Befreiung aus dem Zwang des immer Nochmehr an Förderung, an der Eltern und Kind letzten Endes scheitern – ähnlich wie die nur auf die körperliche Symptomatik gerichtete Therapie bei psychosomatischen Erkrankungen eine Fixierung und Chronifizierung der Krankheit herbeiführt.

– Das Ausklammern primärer oder sekundärer psychogener Faktoren läßt sich in einer Reihe von Verhaltensweisen bei diesen Familien, aber auch bei Ärzten und Therapeuten erkennen.

– Viele Eltern sind fixiert auf einzelne Ausfälle und Entwicklungsdefizite. Wir haben oft den Eindruck, daß alle mit der Behinderung notwendigen zusammenhängenden intrafamiliären Probleme fast durchweg verdrängt werden – gleichzeitig werden indirekt und vor allem nonverbal Ängste, Verunsicherungen und extreme Beziehungsstörungen deutlich. Die Angst, diese emotionale Ebene anzusprechen, betrifft meines Erachtens nicht nur die Eltern, sondern auch die Ärzte und Therapeuten, wodurch der Verdrängungsmechanismus perfekt wird.

– In Familien behinderter Kinder sind häufig zunehmende Phantasievorstellungen, Verzerrungen der Realität, Verleugnung tatsächlich vorhandener Gefühle zu finden, die einerseits durch Verhaltensweisen der Familien selbst, andererseits auch durch die soziale Umgebung bedingt sind.

– Die Eltern sind sich ihrer nonverbalen Reaktionen, ihrer Gefühle dem behinderten Kind gegenüber meist nicht bewußt – sie sind sich sehr oft auch über die Reaktionen und verzerrten (ambivalenten) Gefühle ihrer Kinder nicht bewußt.

– Die Kinder fühlen, daß sie zur Ursache familiärer Spannungen und negativer Gefühle werden – diese werden jedoch nie deutlich ausgesprochen (aus Angst, das Kind noch mehr zu belasten und eigene Schuldgefühle zu verstärken), so daß sich häufig der Kompensationsmechanismus der *Overprotection* (die oft in der Förderungstherapie ihren Niederschlag finden kann) als zusätzliche *entwicklungshemmende* Reaktion dazugesellt.

– Durch Verleugnung elterlicher Frustrationen und depressiver Reaktionen, die bei vielen Müttern zu erkennen sind, erleben diese Kinder eine zunehmende Konfusion.

– Typische Reaktion dieser Kinder darauf sind häufig Überangepaßtheit oder Rebellion (Verhaltensstörung), beide Reaktionen sind *entwicklungshemmende Reaktionen*.

– Letzten Endes lernen die Kinder, dem äußerlich gezeigten Verhalten der Eltern zu mißtrauen – sie reagieren auf die versteckten, nonverbal jedoch deutlich wahrgenommenen Botschaften der Eltern.

– Als eine Folge von Verdrängungs- und Abwehrmechanismen der Eltern erfahren und erleben die Kinder in ihrer Entwicklung sehr bald, daß sie eine stärkere Kontrolle über ihre Eltern ausüben können.

Sie merken, daß sie bei ihren Eltern sehr starke Ängste auslösen können, wenn sie sich nicht in altersadäquaten Normen entwickeln.

– Die Folge ist oft, daß die Kinder versuchen, die Situation durch manipulative Verhaltensweisen unter Kontrolle zu halten, wenn es ihnen nicht gelingt, eine bessere Beziehung zu ihren Eltern zu erreichen.

– Dieser kurz skizzierte Verdrängungs- und Verleugnungsprozeß kann zum Ausgangspunkt einer gestörten Beziehung, einer gestörten Kommunikation werden.

– Typischerweise sind sich die Eltern der Dynamik ihrer problematischen Beziehung zu den Kindern nicht bewußt – Verstärkung der Schuldgefühle und Einsetzen von Kompensationsmechanismen, wie oben beschrieben, halten das Kind in seiner Entwicklungsfähigkeit, in seinem Wachstum gefangen.

In der Erkenntnis dieser möglichen und nach unserer Erfahrung häufig anzutreffenden Entwicklung zunehmend pathologischer Interaktionsmuster in den betroffenen Familien und in ihrem Kontakt zur Umwelt (auch zu Ärzten und Therapeuten), scheint uns die Einbeziehung dieser Problem-ebene (Interaktions- und Kommunikationsebene) in das Gesamtkonzept einer effektiven Betreuung von größter Wichtigkeit.

Unsere Bemühungen in dieser Richtung haben diese Annahme voll bestätigt, indem das Eingehen auf diese Problemebene die Grundlage für eine bessere Förderung oft erst ermöglicht hat.

Therapeutisches Konzept und Konsequenzen, die sich aus der familiendynamischen Perspektive ergeben

Unsere therapeutischen Möglichkeiten können im wesentlichen auf zwei verschiedenen Problemlösungsebenen dargestellt werden:

A. Förderungstherapie auf der Basis lerntheoretischer Grundlagen.

B. Förderungstherapie auf der Basis psychodynamischer und familiendynamischer Grundlagen.

Auf dem jetzigen Stand der klinischen und psychologischen Forschung ist es bei komplexeren Entwicklungsretardierungen nicht möglich, auf der Basis einer Entwicklungsanamnese, klinischer Abklärungen und psychodiagnosti-

scher Testverfahren ein klares Bild der Störung zu bekommen, aufgrund dessen ein spezifisches Lern- und Förderungsprogramm aufgestellt werden könnte.

Die Entwicklung eines Kindes ist in einem großen Maße interdependent von Anlage und Umwelt abhängig und kann nicht auf eine neurophysiologische Betrachtungsweise reduziert werden.

Die Praxis zeigt, daß komplexere Entwicklungsstörungen im hohen Maße von umweltbedingten, psychosozialen Faktoren abhängig sind, ohne deren gewissenhafte Analyse uns der Zugang zu wesentlichen Bedingungen von Entwicklungsblockierungen versperrt bleibt.

Aus unseren Beobachtungen und Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit behinderten Kindern scheint es uns zielführender und erfolgversprechender, primär von einer globalen Betrachtungsweise auszugehen, die versucht, *auf der Basis psychodynamischer und familiendynamischer Perspektiven* entwicklungsblockierende Mechanismen und Kommunikationsweisen zu erkennen und abzubauen oder therapeutisch zu modifizieren.

Erst dadurch wird es oft möglich, die primären Ursachen der Entwicklungsblockierungen zu erkennen. So kann z.B. die Entwicklung autistischer oder auch psychotischer Verhaltensweisen auf der Basis einer minimalen Hirnfunktionsstörung entstanden sein.

Erkennbar wird diese Störung oft jedoch erst dann, wenn die sekundär entstandene Problematik durch adäquate psychotherapeutische Maßnahmen abgebaut werden kann.

Die diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen der zwei Problemlösungsebenen sind grundsätzlich verschieden:

– Bei der Förderungstherapie auf der Basis *lerntheoretischer Grundlagen* liegt das Hauptaugenmerk auf der Erkennung von Entwicklungsdefiziten, auf der Erkennung spezifischer Ausfälle – Entwicklungsanamnese und Testuntersuchungen sind die wesentlichsten diagnostischen Schritte.

Die Lernprozesse werden abgeleitet aus lerntheoretischen Überlegungen – die Lernschritte werden aus der spezifischen Problematik des Kindes gestaltet und strukturiert.

– Bei der Förderungstherapie auf der Basis *psychodynamischer und familiendynamischer Grundlagen* liegt das Hauptaugenmerk auf dem Erkennen kommunikativer Verhaltensweisen, auf dem Erkennen pathologischer Beziehungsstrukturen im Gesamtkontext der Familie – Erkennen fehlender oder pathologischer Kommunikationsstrukturen innerhalb der Familie, problematische Erwartungshaltungen und entwicklungsblockierende Rollenzuweisungen sind die wesentlichen diagnostischen Schritte.

Lernprozesse werden abgeleitet aus der jeweiligen Beziehungsstruktur – aus dem jeweils ablaufenden Dialog mit dem Kind und den Eltern – die einzelnen Lernschritte werden aus der jeweiligen „spielerisch-kommunikativen“ Situation abgeleitet.

Im ersten Fall orientiert sich der Therapeut an den spezifischen Ausfällen und an den Leistungsdefiziten des Kindes, im zweiten Fall orientiert sich der Therapeut an der Gesamtperson des Kindes, an seiner „kommunikativen Potenz“.

Die Gefahr im ersten Fall ist eine weitere Blockierung durch eine vorgegebene Leistungssituation. Der Vorteil im zweiten Fall ist, daß sich das Kind als Person angesprochen und akzeptiert fühlt und damit seine tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten im verbalen und nonverbalen Dialog zum Ausdruck bringt.

Da bereits im Erstkontakt die Weichen für den therapeutischen Verlauf gestellt werden, gilt es unseres Erachtens, eine Form des Erstgespräches zu finden, in der eine Verschiebung von der *Leistungsebene* auf die *kommunikative Ebene* möglich wird.

Leistungsgestörte, entwicklungsretardierte Kinder sind kommunikations- und verhaltensgestörte Kinder.

Der Abbau von Leistungsdefizit und Entwicklungsretardierung geht primär über den Wiederaufbau von Kommunikation, Beziehung und Selbstwertgefühl.

Erst auf der Basis einer menschlichen Beziehung und Verbundenheit wird eine Förderung möglich.

Konsequenzen, die sich aus diesem therapeutischen Konzept ergeben

1. Einbeziehung der ganzen Familie in die Therapie – zumindest muß der Therapiekontakt mit der ganzen Familie erarbeitet werden. Die Familie ist das Medium, in welchem Reifung und Wachstum möglich gemacht werden. Wachstumsblockierende Verhaltensweisen in einer Familie müssen erkannt und abgebaut werden.

2. Die *Beziehung* des Therapeuten zum Kind ist der wesentliche Faktor, auf der sich weitere Lern- und Wachstumspotenzen entwickeln können.

Aus diesem Grunde wird eine nur ambulante Therapie oft ungenügend sein. Das Leben des Kindes in einer „therapeutischen Gemeinschaft“ mit den vielfältigen Möglichkeiten alltäglicher Kontakte auf verschiedensten Ebenen ist oft eine unumgängliche Voraussetzung, um eine „tragfähige vertrauensvolle Beziehung“ aufbauen zu können.

3. Die Miteinbeziehung der Eltern in diese therapeutische Gemeinschaft ermöglicht, auch bei den Eltern eine Fülle von Kommunikationsebenen einzusetzen, die zur Entlastung der überforderten Eltern und auch zum Abbau bereits vorhandener pathologischer Beziehungsstrukturen eine gute Voraussetzung bilden. Eltern behinderter Kinder brauchen nicht nur Förderungsprogramme und gute Ratschläge, sondern ebenfalls Verständnis für ihre persönlichen Belastungen.

4. Bei schwereren, bereits primär aus der Lebensgeschichte der Eltern resultierenden psychischen Störungen oder durch das Problemkind entstandene oder aktualisierte Konflikte ist je nach vorliegender Problematik eine Einzelpsychotherapie, eine Partner- oder Familientherapie indiziert. Ein behindertes Kind in einer instabilen Familie ist sowohl für die Familie wie auch für das Kind psychisch nicht zu ertragen und führt zu einer gegenseitigen Blockierung von noch vorhandenen Gesundheits- und Wachstumspotenzen.

Da in Familien mit behinderten Kindern oft vielfältige Abwehr- und Verdrängungsmechanismen vorliegen, die es verständlich machen, daß diese Eltern oft auf eine reine Förderungsarbeit und medizinische Diagnostik fixiert sind – ähnlich wie sie in psychosomatisch kranken Familien auf eine medizinische Therapie und Diagnostik fixiert sein können –, ist das Verständnis des Therapeuten für diese Abwehrmechanismen und seine Fähigkeit, diese Probleme behutsam anzusprechen (narzißtische Kränkbarkeit), von einer wesentlichen Bedeutung für den weiteren therapeutischen Verlauf.

Erst durch eine Lösung der oft ausgeprägten Verdrängungsmechanismen, die nicht selten durch vorangegangene einseitige oder inadäquate Lösungsversuche noch verstärkt wurden, kann eine tragfähige, stabile Beziehungsstruktur zwischen Therapeut, Eltern und Kind aufgebaut werden, die erst eine effektive Förderungstherapie möglich macht.

In der Arbeit mit der Gesamtfamilie ist auf folgende charakteristische Beziehungsstrukturen zu achten:

Mutter – Kind – Dyade – Interaktionspersönlichkeit

Eine der auffallendsten Beobachtungen, die wir immer wieder machen können, ist, daß sich das Verhalten des Kindes wesentlich ändern kann, wenn es mit anderen Personen in Beziehung tritt.

Dies zeigt sich schon im Erstkontakt, wenn der Therapeut persönlich auf das Kind eingehen kann.

Noch deutlicher wurde uns der Unterschied bei stationärer Therapie, wobei sich das Verhalten des Kindes den anderen Kindern und den Betreuern auf der psychotherapeutischen Abteilung gegenüber in kurzer Zeit des Miteinander-Lebens ganz wesentlich geändert hat, wobei das Kind bei Anwesenheit der Mutter – zumindest anfänglich – wieder schlagartig in frühere Verhaltensweisen zurückfallen kann. Offensichtlich führt das Verhalten der Mutter zu ganz speziellen Verhaltensweisen beim Kind.

Die Änderungen können global folgendermaßen beschrieben werden:

- Größerer Aktionsradius – weniger Ängstlichkeit
deutlichere Kommunikationsbereitschaft
- Vergrößerung der Verhaltensrepertoires
- Fähigkeit, verschiedenen Personen gegenüber unterschiedlich zu reagieren.

Diese Veränderungen sind um so deutlicher, je stärker die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind entwickelt ist, je geringer die Mutter die Fähigkeit des Kindes einschätzt, je weniger Sicherheit und Selbständigkeit die Mutter ihrem Kind zuschreibt.

Dabei ist es offensichtlich, daß der Grad des Behindertseins nicht nur von der tatsächlichen Behinderung, sondern in sehr starkem Maß vom Grad der angenommenen und erwarteten Behinderung durch die Eltern (insbesondere der Mutter) abhängig ist.

Die auf die Mutter bezogene Persönlichkeit des Kindes ist oft völlig anders und kann als *Interaktionspersönlichkeit* bezeichnet werden, die m.E. oft wesentlich von der auf sich selbst gestellten Persönlichkeit des Kindes differieren kann.

Die Interaktionspersönlichkeiten zwischen Mutter und Kind sind interdependent und stark von *unbewußtem Zusammenspiel der Bedürfnisse* (Kollusionen) beider Partner bestimmt.

Einen wesentlichen therapeutischen Schritt sehen wir im Erkennen und Abbauen von zu starren Interaktionspersönlichkeiten. Der Abbau zu starker fusionistischer Bindungen ist die Voraussetzung, daß das Kind eine Chance bekommt, die ersten Schritte zur eigenen autonomen Entwicklung, zur Entwicklung einer Eigenpersönlichkeit zu gehen.

Die *Kollusion* wird begünstigt durch die Behinderung des Kindes, die notwendigerweise eine vermehrte Fürsorge auslöst (bei organisch bedingten Behinderungen), wird aber unseres Erachtens erst zum Problem, wenn seitens der Eltern aus ihrer eigenen Lebensgeschichte resultierende Verhaltensweisen vorliegen, welche die Overprotection und die fusionistische Bindung suchen. Dies zeigt sich noch deutlicher bei denjenigen Kindern, deren Entwicklungsprozeß massiv gestört sein kann, ohne daß primär irgendeine Behinderung vorliegt. Ihre Behinderung ist die Folge einer unbewußt von der Mutter erwarteten Infantilisierung.

Die stationäre Aufnahme eines Kindes – vorausgesetzt, es kommt in ein Milieu, in welchem eine freie Entfaltung seiner Persönlichkeit ermöglicht wird – kann zu einem wichtigen diagnostischen Hinweis für die vorliegenden Störungen werden.

Je größer der Unterschied der *Interaktionspersönlichkeit* des Kindes (in der Beziehung zur Mutter) und seinen Reaktionen der neuen Umwelt gegenüber ist, um so mehr muß man annehmen, daß vorwiegend pathologische Kommunikationsmuster die Behinderung verstärken und fixieren oder sogar zum Teil auslösen. Der Aufbau der Eigenpersönlichkeit des Kindes, die Lösung der symbiotischen Beziehungsstruktur, stehen in diesen Fällen therapeutisch vorerst im Mittelpunkt. (Kommunikationstherapie steht dann vor alleiniger Förderungstherapie.)

Rolle des Vaters in der Familie

Die auffallende Interaktionspersönlichkeit des Kindes läßt sich vor allem in der Beziehung zur Mutter erkennen. So wie sich eine zunehmende Polarisierung zwischen Abhängigkeit des Kindes und overprotectiver Haltung der Mutter entwickelt, entwickelt sich auch zwischen den Eltern häufig eine Polarisierung – je overprotectiver die Mutter, um so mehr versucht der Vater durch Strenge und Forderung gegenüber dem Kinde das auszugleichen. Demgegenüber setzt die Mutter noch mehr Hilfsmaßnahmen ein, um das Kind zu schützen. Nicht selten sind Partnerprobleme, Uneinigkeit in Erziehungsfragen bis zu gegenseitigen Vorwürfen, die Folge.

Häufig tritt der Vater kaum mehr als gleichwertige Bezugsperson zum Kind in Erscheinung – er wird zum Außenseiter. Durch diese Entwicklung kommt es zur *realen* Überforderung der Mutter – Vorwürfe der Mütter, sie hätten keinerlei Hilfe an ihren Männern, sie würden die Kinder nicht verstehen, sind häufig, obwohl gleichzeitig deren Hilfe abgelehnt wird. Die Väter fühlen sich diesbe-

züglich in einer Beziehungsfalle (Double-bind-Situation) gefangen, in der sie, was immer sie tun, bestraft werden.

Solange diese Beziehungsstrukturen nicht therapeutisch verändert werden, führen sie zu einer zunehmenden Isolierung des Vaters, Überforderung der Mutter und Infantilisierung des Kindes.

Wie bereits erwähnt, entwickelt sich die problematische Beziehungsstruktur der Mütter zu ihren Kindern zu einem wesentlichen Teil aus ungelösten Konflikten aus ihrer eigenen Lebensgeschichte. Es handelt sich vorwiegend um Mütter, die in ihrer eigenen Kindheit oft unselbständig gehalten wurden, deren Autonomie- und Loslösungsprozeß durch spezielle familiäre Beziehungsmuster gestört war. Dies zeigt sich einerseits in der oft starken Abhängigkeit der Mütter von ihren Ursprungsfamilien, und andererseits durch den oft sehr bestimmenden Einfluß der Großeltern mütterlicherseits. Die Beziehungen zwischen Müttern und Großmüttern sind in der Regel sehr problematisch. In der Familienarbeit werden wir somit oft mit dem Mehrgenerationsaspekt konfrontiert – die Ermöglichung eines verspäteten Loslösungsprozesses der Mutter wird zur wesentlichen Voraussetzung für den Loslösungsprozeß beim Kind.

Summary

The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children

After many years of work with retarded Children and their families we have come to the conclusion that in addi-

tion to the problems directly related to the retardation there arise other problems as a result of disturbances in the family interaction and that these latter problems may lead to strong psychic overtones.

From the point of view of system-oriented family therapy certain characteristic interaction problems become evident, which on the one hand do not permit any furthering therapy or entirely block it out, and on the other hand create unsolvable problems on the level of family interaction.

Diverse mechanisms of denial or suppression, a trifling attitude or rigid prognostic prophecies, various compensatory mechanisms on the part of the parents, the doctors, or the therapists, fixation on organic causes or specific furthering therapeutic techniques may turn into paralysing stereotypes which often cause strong resistance in the retarded child.

The recognition of emotional blocks and consolidated relationship problems within the entire family and their solution are the first aims of therapy. Only on the basis of a stable relationship structure and within a milieu of free emotions the development and advancing of a retarded child may be optimally achieved.

Reestablishment of communication, relations, and self-esteem are necessary conditions for the reduction of deficiencies in performance and development in the retarded.

Described are therapeutic consequences as a result of these family-dynamic aspects.

Anschr. d. Verf.: Burkart Mangold, Sadrachstr. 27, A-6020 Innsbruck.