

Retzlaff, Rüdiger

Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 9, S. 792-810

urn:nbn:de:bsz-psydok-44093

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (“There isn’t room for anything more” – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternttraining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent’s body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkering, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohnrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (<i>O. Bilke</i>)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (<i>R. Ebner</i>)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (<i>L. Goldbeck</i>)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (<i>D. Gröschke</i>)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (<i>M. Hirsch</i>)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (<i>J. Wilken</i>)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (<i>L. Unzner</i>)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (<i>B. Gussone</i>)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (<i>K. Brüggemann</i>)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (<i>L. Unzner</i>)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (<i>L. Unzner</i>)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (<i>D. Irlich</i>)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (<i>J. Koch</i>)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (<i>D. Irlich</i>)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburger, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehrer</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>) ...	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>) ...	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Micklej</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>) ..	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Goor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagan, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern

Rüdiger Retzlaff

Summary

Working with children in systemic family therapy

Play and creativity are essential ingredients of therapeutic work with children. Systemic family therapists have to take the developmental stage of children into account and must adapt their interactional style, the therapeutic setting, their language and their interventions to the needs of children. Since the very beginning of family therapy, a large number of practical recommendations for child participation in family therapy have been compiled. This article presents a number of therapy techniques and case examples illustrating the broad range of interventions that are being applied in systemic family therapy with children.

Zusammenfassung

Spiel und Kreativität sind zentrale Bestandteile der therapeutischen Arbeit mit Kindern. Systemische Familientherapeuten müssen den Entwicklungsstand von Kindern berücksichtigen und ihren Interaktionsstil, das Setting, ihre Sprache und die Interventionstechniken auf die Bedürfnisse von Kindern abstimmen. Seit den Anfängen der Familientherapie wurde eine große Zahl von Empfehlungen für die Beteiligung von Kindern in Familiengesprächen zusammengetragen. Der Beitrag stellt eine Reihe dieser Behandlungstechniken der systemischen Arbeit mit Kindern anhand von Fallbeispielen vor.

1 Einleitung

Die Familientherapie hat eine ihrer Wurzeln in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, und diese kindertherapeutischen Ursprünge hatten einen nachhaltigen Einfluß insbesondere auf die Entwicklung der amerikanischen Familientherapie. Allerdings war die Behandlung von Familien mit Kindern immer nur eines unter vielen Anwendungsfeldern, und die Familientherapie war stets mehr als eine Behandlungsmethode für Kinder (Guerin 1976). Dennoch plädieren viele Familientherapeuten generell für die Einbeziehung auch von jüngeren Kindern, weil sie sich ein besseres Verständnis der Familien-

dynamik und eine wesentliche Förderung des therapeutischen Prozesses versprechen.

In jüngerer Zeit wurde von verschiedenen Autoren in dieser Zeitschrift kritisiert, daß Kinder theoretisch und praktisch in der systemischen Therapie vernachlässigt werden (vgl. z.B. Vossler 2000). Methodische Überlegungen über die Einbeziehung von Kindern in das Behandlungssetting und ihre altersgemäße Beteiligung an den Gesprächen würden fehlen. Die gängigen systemischen Interviewmethoden seien für Kinder zu stark kognitiv orientiert. Viele Behandlungsmethoden eigneten sich wegen der fehlenden Berücksichtigung einer entwicklungspsychologischen Perspektive nicht für die Arbeit mit Kindern. Die Berater würden in Familientherapien zu erwachsenenzentriert vorgehen, und Kinder geben in Befragungen über die Zufriedenheit mit Familiengesprächen an, sie hätten sich in den Sitzungen gelangweilt. Zugespitzt mündet diese Kritik in der Frage, „Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung (Lenz 2000, S. 1)?“

Diese Kritik ist zum Teil berechtigt: Seit der konstruktivistischen Wende in der Familientherapie Anfang der 1980er Jahre, dem vermehrten Interesse an der familiären Wirklichkeitskonstruktion und der Bedeutungswelt der Familie und ihren sprachlichen Austauschprozessen wurde in der deutschsprachigen familientherapeutischen Literatur lange Zeit wenig über die Arbeit mit Kindern veröffentlicht. In wichtigen deutschen Lehrbüchern der systemischen Familientherapie kommt das Stichwort „Kinder“ nicht vor (Ludewig 1992; Schiepek 1999; v. Schlippe u. Schweitzer 1996; Simon u. Stierlin 1984), und in zahlreichen familientherapeutischen Ausbildungsgängen wird die Behandlung von Kindern vernachlässigt. Will man erfolgreich mit Kindern arbeiten, kommen Therapeuten jedoch nicht umhin, sich auf die Welt der Kinder, ihre Sprache und ihre Ausdrucksformen einzustellen, unabhängig von der Therapierichtung, die man vertritt. Zwischen Therapeut und dem Klientensystem kommt es bei einem günstigen Verlauf der Therapie zu einer Passung, und der Therapeut wird seinerseits durch die Klienten als Kontext seines Handelns rekursiv beeinflusst. Eine Reduktion der systemischen Familientherapie ausschließlich auf sprachliche Austauschprozesse, Interviewtechniken und Interventionen würde zentralen Maximen wie der Klientenzentriertheit und Kundenorientierung widersprechen, die Arbeit mit speziellen Patientenpopulationen wie Kindern oder sprachbehinderten Menschen in Frage stellen und – entgegen des ethischen Imperativs von v. Foerster (1999, S. 41) – die Optionen des Therapeuten unnötigerweise beschneiden statt sie zu erweitern.

Zu einem erheblichen Teil ist die Kritik an der Familientherapie (Lenz 2000; Vossler 2000) jedoch unzutreffend: Führende Vertreter der systemischen Familientherapie haben bereits vor Jahren auf die Gefahr hingewiesen, in Familiengesprächen mit Kindern zu erwachsenenorientiert vorzugehen und eine Ergänzung der familientherapeutischen Perspektive durch die Berücksichtigung von Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie gefordert, und es gibt einen reichen Fundus an systemischen Techniken, Empfehlungen für die Gesprächsführung und Interventionsstrategien für die Arbeit mit Kindern in der Familientherapie (vgl. Ackermann 1970; Bloch 1976; Combrinck-Graham 1986; Keith u. Whitaker 1981; Minuchin et al. 1967; Montalvo u. Haley 1973; Satir 1972; Zilbach 1986; Zilbach et al. 1972).

1.1 *Déjà-vue*

Die Debatte über die Bedeutung von Kindern in der Familientherapie läßt sich zurückverfolgen bis in die 1950er Jahre, als Weakland und Haley mit Erickson – der die Entwicklung der Familientherapie nachhaltig beeinflusst hat – über das Verhältnis von symptomorientierter Einzeltherapie mit Kindern im Gegensatz zu einem familientherapeutischen Vorgehen diskutierten (Haley 1985). „Viele Therapeuten wissen nicht recht, wie sie Kinder in die Behandlung einbeziehen sollen“, leitete Satir (1979, S. 164) in einem 1964 erstmals veröffentlichten Lehrbuch der Familientherapie das Kapitel über die Einbeziehung von Kindern in die Familienbehandlung ein. Von „Familientherapie“ kann nach Einschätzung von Ackerman (1970) nur dann gesprochen werden, wenn die Kinder in die Gespräche einbezogen werden und es zu einem therapeutischen Prozeß zwischen mehreren Generationen kommt. Dennoch, so kritisierte Ackerman, würden in der therapeutischen Praxis Kinder in vielen Familienbehandlungen nicht beteiligt und somit nicht für die Behandlung gewonnen werden. Auch von Bloch (1976) wurde bemängelt, daß kleine Kinder in die Familientherapie kaum einbezogen, sondern von manchen Therapeuten regelrecht gemieden werden. Im Kontext von Familiengesprächen würden Kinder oft übergangen und mißachtet, und die Therapeuten redeten lieber mit den Eltern über die Kinder als mit diesen. Montalvo und Haley (1973) bemängelten, einer der häufigsten Fehler der Familientherapie sei die Überbetonung der Eltern im Gespräch zu Lasten der Kinder. Nach Einschätzung von Keith und Whitaker (1981) wirkt sich der Ausschluß von Kindern negativ auf den Therapieprozeß aus. Wachtel (1987) beklagte, daß Kinder bei einer systemischen Perspektive, die zu sehr Makrosystemfaktoren berücksichtigt, verloren gehen. Nach Diller (1991) läuft die Familientherapie Gefahr, zu rational zu werden und ihre reiche, erfahrungs- und erlebnisorientierte, spielerische Qualität zu verlieren; Kinder würden in der Familientherapie weder gesehen noch angehört werden. Taffel (1991) bemerkte polemisch, viele (Familien-) Therapeuten würden die Pflicht, Kinder in ihren Praxen zu sehen als ein lästiges Berufsrisiko betrachten.

1.2 *Der Aufbau eines therapeutischen Systems bei Familien mit Kindern*

Familientherapeuten betonen, daß in der Familientherapie alle Anwesenden, also auch die Kinder vom Therapeuten angesprochen und in den Prozeß der Therapie einbezogen werden müssen (Minuchin 1981). Das Ignorieren von anwesenden Personen, die sich sprachlich nicht gut artikulieren können, wäre eine antitherapeutische Botschaft. Aus der Erfordernis, Familien aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen und sozialen Schichten mit Familienangehörigen verschiedener Altersstufen gerecht zu werden, hat Minuchin (1981) die Technik des Joinings entwickelt. Unter Joining versteht man den Prozeß, mit dem sich der Therapeut auf die Familie einstimmt, Teil des Familiensystems wird und sein Verhalten auf die Regeln des Systems abstimmt, zur ganzen Familie und zu jedem einzelnen Kontakt herstellt und alle Familienmitglieder anspricht. Joining ist mehr eine Haltung als eine Technik. Es geht darum, daß der Therapeut sich im gesamten Verlauf der Therapie an die Fami-

lie anschließt und mit ihr verbindet. „Die von Minuchin beschriebene Methode (des Joinings) zur Bildung eines aus Familie und Therapeuten bestehenden ‚therapeutischen Systems‘ dürfte, wenn auch weniger explizit dargestellt, alle familientherapeutischen Ansätze kennzeichnen (Simon u. Stierlin 1984, S. 173). Eine Verbindung zu Kindern herzustellen bedeutet, ihre Sprache zu sprechen, bei kleineren Kindern bei der Begrüßung z.B. in die Hocke zu gehen und sich auf ihr Entwicklungsalter einzustellen. Spielen ist eine Ausdrucksform von Kindern, und deshalb muß der Therapeut ihnen zu Beginn erklären, wo sich die Spielsachen im Raum befinden und in Familiensitzungen auch mit den Kindern spielen. Das Gespräch im Videoraum kann man beispielsweise mit einem Entdeckerspiel für die Kinder beginnen, indem man nach den Besonderheiten des Raumes suchen läßt, wie Mikrofon, Videoanlage etc.

Bei Familien mit Kindern beinhaltet das Joining insbesondere ein geeignetes kindergerechtes räumliches Setting, eine kindgerechte Sprache, die Berücksichtigung des Entwicklungsalters von Kindern und Flexibilität bei der Gestaltung des therapeutischen Settings.

1.3 *Spezielle Bedürfnisse von Kindern*

Minuchin forderte, Therapeuten müßten in der Lage sein, die Familien aus den Augen des Kindes zu sehen, und sie müßten die entwicklungsmäßig bedingten Bedürfnisse von Kindern kennen und sowohl theoretisch als auch praktisch berücksichtigen (Minuchin et al. 1967, 2000; Minuchin 1981). Ein Therapeut muß das Recht des Kindes auf Autonomie unterstützen, ohne dabei die Rechte der Erwachsenen zu beschneiden. Neben dem Blick für das Familienganze müssen Kinder auch als eigenständige Individuen gesehen werden. Die Geschwister innerhalb der Familie werden als eigenes Subsystem betrachtet, das, je nach Altersunterschieden, auch in weitere Subsysteme unterteilt werden kann, und Familientherapeuten setzen sich auch für die Rechte insbesondere kleiner Kinder gegenüber den Eltern ein. Familientherapeuten sollen darauf achten, ihnen Sicherheit, Fürsorge und Orientierung zu vermitteln und sie mit speziellen Techniken in die Behandlung (s. u.) einzubeziehen. In der amerikanischen Literatur finden sich seit langem konkrete Empfehlungen für die Vorgehensweise mit Kindern unterschiedlicher Altersgruppen und aus unterschiedlichen Problemfeldern (Fishman 1988; Issacs et al. 1986; Morawetz u. Walker 1984; Wachtel 1990). In jüngster Zeit haben Autoren wie Rotthaus (2001) und Pleyer (2001) für die Berücksichtigung von entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Kenntnissen in der systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie plädiert, und es gibt eine wachsende Zahl von deutschsprachigen Arbeiten über die systemische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Ludewig 2001; Pleyer 2001; Schmidt 2001; Schweitzer 2001).

Die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern in Familienbehandlungen bedeutet allerdings nicht, daß diese durchgängig kinderzentriert sein müssen. Kinder sind selten die Auftraggeber für eine Therapie. Wenn Eltern beispielsweise durch eine Familienbehandlung alltägliche Erziehungskonflikte direkter und konsequenter austragen, werden sich die Kinder unter Umständen unzufrieden äußern, auch

wenn die Familie insgesamt besser zurechtkommt. Aus familientherapeutischer Sicht kann es durchaus indiziert sein, innerhalb einer Sitzung eine Zeit lang nur mit den Eltern zu sprechen, während die Kinder parallel dazu spielen oder malen.

1.4 *Mit Kindern reden*

Die Sprache ist das wichtigste Mittel des Therapeuten, um Zugang zu seinen Klienten zu bekommen. Kinder drücken sich meist nicht in der unter Erwachsenen üblichen rationalen, diskursorientierten und kontrollierten Form aus (Diller 1991). Es macht wenig Sinn, komplizierte Fragesätze an ein fünfjähriges Kind zu richten, das auf präoperationaler Stufe steht und kognitiv nicht in der Lage ist, die Frage zu beantworten. Erst ab einem Alter von 6-7 Jahren können Kinder komplexere zirkuläre Fragen verstehen und familiäre Interaktionsmuster beschreiben. Redet der Therapeut über den Kopf der Kinder hinweg, kann er nicht das eigentliche Zusammenspiel der Familie erleben, und die Sitzung gerät zu einem langweiligen Interview, das die emotionalen und kreativen Potentiale der Kinder nicht nutzt.

Eine Aufgabe des Therapeuten besteht darin, seine Sprache auf das Entwicklungsalter der Kinder abzustimmen (Taffel 1991). Er muß seine Sprache affektiv modulieren, seinen Stimmausdruck „dramatisieren“ (Efron u. Rowe 1987) und ganz allgemein typisch kindliche Ausdruckformen nutzen wie beispielsweise Spiel, Phantasie und Rollenspiele. Dazu äußert Diller (1991, S. 24): „Die besten therapeutischen Gespräche mit Kindern nutzen die besonderen Gaben der Kindheit – Imagination, die Fähigkeit zu Fantasie und Emotionalität ...“ In Spielsituationen sind Kinder gelöster und erzählen spontaner, wenn der Therapeut eine Puppe sprechen läßt oder Geschichten erzählt (s. u.). Satir (1979) empfiehlt, einfache kurze Fragesätze zu bilden und die Fragen mehrmals zu stellen. Auch die Antworten der Kinder sollten vom Therapeuten aufgegriffen und wiederholt werden.

1.5 *Räumliches Setting*

Viele Familientherapeuten haben die Notwendigkeit erkannt, das Therapiezimmer kindgerecht auszustatten und empfehlen die Einrichtung einer Spielecke mit Spielsachen, Malutensilien, Schreibtisch und Materialien für Bau- und Steckspiele (Cierpka 1996; Keith u. Whitaker 1981; Zilbach 1986; Zilbach et al. 1972). Der Spielbereich sollte räumlich etwas von der Gesprächszone abgetrennt sein. Eine ökopyschologisch durchdachte Gestaltung des Raums gewährleistet, daß die Erwachsenen nicht Sorge um die Sicherheit der Kinder haben und nicht ständig darauf achten müssen, daß ein Kind sich verletzen könnte oder etwas zerbricht. Als Ausstattung haben sich Handpuppen bewährt, darunter auch einige ausdrucksstarke Monster- und Dinofiguren, Utensilien wie Zauberstäbe, Urkunden, farbige Seile, „Problem“steine oder Hoffnungssymbole. Besonders mit Kindern unter sechs Jahren, die auf einer präoperationalen Entwicklungsstufe stehen, bietet es sich an, Metaphern und Symbole einzusetzen. In lebhaften Familien mit vielen Kindern, die gern gleichzeitig reden wollen, kann ein „Redehut“ oder ein anderes Symbol markieren, wer gerade an der Reihe ist (Henig u. Knödler 1987). Nützlich sind auch Kinderbücher zu Themen wie Trennung

und Scheidung, Kinder im Krankenhaus u. a., aber auch einfache Comic-Hefte. Es ist weniger wichtig, pädagogisch Wertvolles anzubieten, sondern es geht vielmehr darum, Material zur Verfügung zu stellen, das Kinder und Eltern als einladend empfinden und das gleichzeitig den Erwachsenen die Meta-Botschaft signalisiert: Kinder werden vom Therapeuten ernst genommen!

1.6 *Flexible Gestaltung des therapeutischen Settings*

Es ist ein verbreitetes Mißverständnis zu glauben, an Familiengesprächen müßten immer alle Familienmitglieder teilnehmen. Zum einen gibt es neuere Konzeptionen wie die Arbeit mit dem Problemsystem, also dem Personenkreis, der über das präsentierte Problem spricht, oder die systemische Einzeltherapie. Zum anderen gibt es eine lange Tradition in der Familientherapie, flexibel mit unterschiedlichen Gesprächssettings zu arbeiten (Rotthaus 2001). Autoren wie Ackerman (1970) haben empfohlen, zunächst die ganze Familie mit Kindern einzuladen; in weiteren Gesprächen kann dann ausgehandelt werden, mit welchem Personenkreis unterschiedliche Themen bearbeitet werden sollen. In Absprache mit der Familie sind parallele oder konsekutive Gespräche z. B. mit den Eltern, den Geschwistern oder bei einer Patchwork-Familie mit den Teilfamilien möglich. Dagegen macht es wenig Sinn, starr auf der Anwesenheit von Kindern in Gesprächen zu beharren, um dann eine erwachsenorientiertes Interview zu führen und die Kinder zu ignorieren. Ebenso verfehlt wäre auch ein voreiliger Ausschluß der Kinder aus der Therapie. Die zeitlichen Rahmenbedingungen (Zeitpunkt, Dauer, Pausen etc.) sollten insbesondere auf die Bedürfnisse jüngerer Kinder abgestimmt sein.

2 **Jenseits der Worte – familientherapeutische Behandlungstechniken für Kinder**

2.1 *Direkte Aufgaben*

Seit den Anfängen der Familientherapie werden Aufgaben und Verschreibungen eingesetzt. Diese können unmittelbar in der Sitzung gestellt oder als Hausaufgabe für die Zeit zwischen den Therapiesitzungen mitgegeben werden. Haley (1976) bietet eine ausführliche Darstellung über Interventionen bei Problemen von Kindern. Aufgaben haben verschiedene Funktionen: Sie bieten dem Therapeuten wichtige Informationen über die Familie und ihre Beziehung zum Therapeuten, sie sollen der Familie helfen, Handlungsschritte zu vollziehen, ihr Verhaltensrepertoire auszuweiten und neue Spielregeln einzuführen, und sie dienen dazu, festgefahrene kognitive Bezugssysteme zu öffnen und neue emotionale Erfahrungen zu ermöglichen. Nach de Shazer (1989) sollte zunächst immer mit einer einfachen, direkten, compliance-orientierten Beobachtungsaufgabe begonnen werden. Die eigentliche therapeutische Kunst besteht darin, die Klienten für die Aufgabe zu gewinnen – z. B. den Vater eines selbstunsicheren Buben zu motivieren, regelmäßig abends mit

seinem Kind zu ringen oder Eltern zu bewegen, einmal zu beobachten, was ihr Kind tut, wenn das Problemverhalten nicht auftritt.

Seit der kognitiven Wende in den 1980er Jahren ist das Vorgehen und die Haltung vieler Familientherapeuten sehr viel nondirektiver und neutraler, und systemische Therapeuten sprechen heute eher von „Anregungen“ oder „kognitiven Anstößen“ als von „Aufgaben“. Brown-Stanridge (1992) hat detailliert beschrieben, wie die Form von Aufgaben auf die Bedürfnisse der Klienten abgestimmt werden muß.

Fallbeispiel: Eine Mutter meldete ihren vierjährigen Sohn Florian zur Therapie an, nachdem ein riesiger Hund den kleinen Buben vom Arm des Vaters heruntergerissen und den Jungen schwer verletzt hatte. Die körperlichen Narben waren verheilt, Florian litt jedoch noch immer unter den Folgen des Traumas. Verständlicherweise hatte er panische Angst vor Hunden und geriet außer sich, wenn er beim Spiel oder bei Spaziergängen einem Hund begegnete und dieser womöglich auch noch zu bellen begann. Die Atmosphäre in der Familie war zusätzlich belastet durch den stillen Vorwurf der Frau, der Vater habe den Sohn nicht zu schützen gewußt, und die Schuldgefühle des Vaters, der sein Bestes getan hatte und trotzdem den Angriff nicht verhindern konnte; hinzu kam die von allen geteilte Befürchtung, der Junge könnte sein Leben lang unter einer fürchterlichen Angst vor Hunden leiden. Florian wurde vorgeschlagen, einen jungen ängstlichen Hund ausfindig zu machen, der sich noch nicht an den Umgang mit Menschen gewöhnt hatte. Mit Hilfe der Mutter sollte er diesen kleinen Hund regelmäßig füttern, ihn mit Menschen vertraut machen und ihm beibringen, bei der Begrüßung freundlich zu sein und nicht laut zu bellen, sondern sitzen zu bleiben. Der Vater wurde gebeten, sich regelmäßig von den Erfahrungen und Fortschritten berichten zu lassen. Einige Ortschaften weiter, bei der Tante des Jungen, gab es tatsächlich einen solchen Hund, den Florian regelmäßig zu besuchen begann. Ein großer Teil der folgenden Sitzungen wurde mit der Diskussion über die Fortschritte des Trainings verbracht. Anders als bei einer verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise zielte die Intervention des Therapeuten nicht primär auf eine Beeinflussung des individuellen Verhaltens des Indexpatienten ab. Der Familie als Ganzes sollte geholfen werden, durch die Ausführung der Verschreibung eine neue Organisation zu finden, die dem Kind und seinen Schwierigkeiten gerecht wird und die Überwindung des Symptomverhaltens fördert.

2.2 *Paradoxe Verschreibungen*

Über den Einsatz von paradoxen Aufgaben bei Kindern gibt es eine umfangreiche Literatur (vgl. z.B. Fisch et al. 1982; Haley 1976; Madanes 1980, 1981, 1989; O'Connor 1983; Weeks u. L'Abate 1985). Die therapeutische Logik bei der paradoxen Vorgehensweise besteht darin, das Kind aufzufordern, das problematische Verhalten aktiv auszuführen und womöglich noch zu übertreiben, anstatt das Symptom auf eine kontraproduktive Weise zu bekämpfen. Die absichtliche Herbeiführung des Symptoms und die Erlaubnis, das problematische Verhalten zu zeigen, verändert die festgefahrenen Interaktions Schleifen um das Symptom herum. Es gewinnt eine andere Bedeutung und gerät mehr und mehr in den Hintergrund. Wachtel (1987) empfiehlt Eltern, die sich über das unsichere und regressive Verhalten ihrer kleinen Kinder beklagen, bewußt „Baby zu spielen“. Die Eltern sollen das Kind aktiv einladen, sich als Teil eines Spielrituals wie ein kleines Baby zu benehmen und es entsprechend verwöhnen und hätscheln, was dieses eine gewisse Zeitlang genießt. Wenn das Kind nicht mehr darum kämpfen muß, bemuttert zu werden, wird das

regressive Verhalten dann sehr rasch uninteressant. Eine andere verbreitete Technik ist die von L'Abate und Weeks (1985) beschriebene paradoxe Wette, die bei kleinen, oppositionellen Kindern eingesetzt wird. Der Therapeut beschreibt ein problematisches Verhalten des Kindes und sagt voraus, daß dieses Problemverhalten weiter auftreten wird, einfach „weil es stärker ist als du!“ Wenn das Kind die Herausforderung annimmt und widerspricht, geht der Therapeut eine Wette mit ihm ein, bei der er verliert, wenn das Kind das Problemverhalten weiterhin zeigt.

Fallbeispiel: Der siebenjährige Kevin hatte in seiner Familie eine recht unglückliche Position inne. Sein Stiefvater kam mit seiner Unruhe und seinem überaktiven Verhalten nicht zurecht, die Mutter unterstützte Kevin, mochte sich aber auch nicht gegen ihren neuen Partner stellen. Seinen kleinen, zweijährigen Bruder liebte er sehr, mußte aber erleben, wie dieser in vielen Dingen bevorzugt wurde, während er selbst viel Kritik und Tadel insbesondere von seinem Stiefvater erhielt. In einer Familiensitzung berichtete der Stiefvater von seiner großen Sorge, daß Kevin nun auch begonnen hatte zu zündeln. Am Schuppen hinter dem Haus hatte er wiederholt mit alten Brettern ein Feuer entfacht, was furchtbar gefährlich war. Auf Nachfragen erfuhr der Therapeut, daß Kevin bisher weder von der Mutter noch vom Stiefvater gezeigt worden war, wie man ein Feuer sicher anlegt. Der Therapeut bat den Stiefvater, dem Jungen zu erklären, wie man mit Feuer umgeht. Mit Einverständnis der Mutter wurde die Sitzung dann in den Garten der Beratungseinrichtung verlegt, wo Kevin unter der Anleitung seines Stiefvaters zweimal hintereinander ein Feuer in der Grillstelle anzünden und wieder löschen mußte. Die Mutter wurde gebeten, ihren Mann daran zu erinnern, diese Hausaufgabe zweimal in der Woche mit dem Sohn durchzuführen. Ausschlaggebend bei dieser zuerst von Haley (1976) beschriebenen Vorgehensweise ist weniger die Veränderung des Problemverhaltens per se, sondern die veränderte Interaktion in der Familie: Der positive Austausch zwischen dem Stiefvater, der den Jungen durch die Intervention nun anleitete und etwas Interessantes zusammen mit ihm unternahm, sowie die Erleichterung der Mutter, die erlebte, daß ihr Mann und ihr Sohn sich besser verstehen konnten und sie sich nicht mehr gezwungen fühlte, ihren Sohn gegenüber ihrem Mann zu verteidigen.

2.3 Handpuppen

Ein nützliches Hilfsmittel für Familiengespräche mit Kindern zwischen 4-12 Jahren sind Handpuppen oder auch Stofftiere. Sie werden zu diagnostischen Zwecken eingesetzt und fungieren als Sprachrohr des Therapeuten oder als „Co-Therapeut“. Sie können zu einem imaginierten Familienmitglied, zum Stellvertreter des Kindes bzw. der Eltern werden oder dienen zur Externalisierung des Problems. Im Familienpuppeninterview (Irwing u. Maloy 1975) wird die Familie gebeten, Puppen auszuwählen, ihnen einen Namen zu geben und gemeinsam eine Geschichte zu entwickeln. Der Therapeut beobachtet das Interaktionsverhalten der Familie bei der Ausführung dieser Aufgabe und achtet auf Koalitionen, Konflikte oder auf die Führungsposition in der Familie. In einem von Hoffman (1976) referierten Fallbeispiel nutzt Minuchin Handpuppen und läßt die Eltern auf dem Boden mit ihrer Tochter mit Puppen spielen, dabei durchbricht er auf eine spielerische Weise den Kreislauf von negativer Aufmerksamkeit und Kritik, der in der Familie vorherrscht. Die Arbeit mit Handpuppen ermöglicht auch eine Beeinflussung der Familieninteraktion, der gegenwärtigen Stimmungslage und die Infragestellung von festgelegten Überzeugungen (Mrochen u. Bierbaum-Luttermann 2000; King 2000; Trana et al. 2000).

Fallbeispiel: Florian, der wegen eines traumatischen Angriffs durch einen großen Hund angemeldet worden war, und seinen Eltern wurde „Mathilde“ vorgestellt, ein ca. 80 cm großes rothaariges Puppenmädchen, sowie „Wölfl“, eine große, graue Wolfshund-Handpuppe mit markanten Eckzähnen. Unter der Aufsicht der Mutter und des Vaters sollte Florian zunächst „Mathilde“ verarzten, ihr einen Verband anlegen und Mut machen, denn „Wölfl“ hatte der arglosen Mathilde einen schmerzhaften Biß ins Bein verpaßt. In der folgenden Sitzung konnte Florian der weitgehend genesenen „Mathilde“ helfen, wieder laufen zu lernen und erzählte ihr, wie gut ihm seine eigene Krankengymnastik getan hatte. Florian liebte es nicht nur, selbst den bösen Wolf zu spielen, sein Vater zeigte ihm auch, wie „Mathilde“ dem großen Wolfshund Futter gab. Schließlich traute er sich, ihn an einer bunten Leine gesichert mit dem Vater auszuführen. Zunehmend gewann Florian seine Fröhlichkeit zurück, der Vater war froh, konkret etwas für seinen Jungen tun zu können, und die Mutter war erleichtert, weil ihr Mann und der Sohn wieder freier und gelöster waren.

2.4 Geschichten

Therapeutische Geschichten und Märchen haben sich bei Familien mit kleinen Kindern als eine nützliche Interventionsform bewährt (Fellner 1976; Freeman et al. 2000; Mills u. Crowley 1996; Müller 1993; Wachtel 1987; Wernitzing 1994). Geschichten sprechen die Imagination der Kinder an, verwenden meist eine bildhafte metaphorische Sprache und vermitteln die therapeutische Botschaft in einer kindgemäßen Weise. Hat man Handpuppen oder Stofftiere zur Verfügung, können diese die Geschichten erzählen. Der Autor arbeitet gern mit einer „Familie“ großer Stoffbären, die ihren kleinen Bärenkindern Geschichten mit therapeutischer Wirkung erzählen. Man kann auch Eltern bitten, aus einem Fundus an Kinderbüchern Geschichten auszuwählen, in denen die Problematik des Kindes oder der Familie angesprochen wird.

Fallbeispiel: Ein sechsjähriger Junge war nach einer Geburtskomplikation hyperaktiv und motorisch ungeschickt. Nach einer längeren erfolgreichen ergotherapeutischen und krankengymnastischen Behandlung hatte er nach Einschätzung aller Behandelnden einen optimalen Stand erreicht. Er litt aber unter dem sehr hohen Leistungsanspruch des Vaters, der sich trotz seines christlichen Glaubens schwer tat, sich mit den Einschränkungen des Jungen abzufinden und permanent zu viel von ihm verlangte. Dieser ständige latente Druck hatte zur Folge, daß der Junge sich verzweifelt bemühte, es allen Recht zu machen und unter großer Spannung stand. Dem Vater wurde vorgeschlagen, das Kinderbuch von Velthuis „Der Frosch ist grün“ (1996) auszuleihen und abends zum Abendgebet vorzulesen. Gemeinsam mit dem Jungen sollte er darüber sprechen, wie der Frosch sich verzweifelt bemüht, ein anderer zu sein, wie er anderen Tieren nacheifert und dabei wieder und wieder scheitert, bis ihm seine Freunde deutlich machen, „Wir mögen dich genauso wie du bist, als ein grasgrüner Frosch, der nicht fliegen und nicht rennen kann, aber total gut schwimmt und prima quakt und hüpf!“

2.5 Externalisierung des Symptoms

Diese Technik wurde von dem neuseeländischen Familientherapeuten White (1984; White u. Epston 1990) für die Arbeit mit Kindern entwickelt. Nachdem ein guter Rapport zu dem kleinen Patienten hergestellt worden ist, beginnt der Therapeut

über das Symptom wie über eine Person oder eine magische Fabelgestalt zu sprechen. Bei Kindern mit Einschlafängsten spricht man von Monstern oder Plagegeistern, die es zu nächtlicher Zeit heimsuchen. Wenn Kinder einkoten oder einnässen kann man das Symptom zum „trickreichen Hintern“ oder einer „trickreichen Blase“ umbenennen (Gutsche u. Walker 1989; Mrochen u. Bierbaum-Luttermann 2000; Prest u. Carruthers 1991; White 1984). Der Therapeut fordert das Kind heraus, ob es nach der jahrelangen Herrschaft „der Monster“ oder „des trickreichen Hinterns“ bereit ist, sich dem Kampf zu stellen und es/ihn mit Unterstützung der Familie zu besiegen. Aus einer chronisch unterlegenen Position infolge der jahrelangen Niederlagen führt er die Eltern in eine Allianz gegen das Symptom und schwört sie darauf ein, den Indexpatienten in seinem Kampf gegen die „Monster“ oder den „trickreichen Hintern“ effektiv zu coachen.

Fallbeispiel: Die kleine Sabine litt unter erheblichen nächtlichen Ängsten, weil sich allabendlich die Schatten in furchterregende Gestalten verwandelten. Beruhigende Versicherungen der Eltern hatten dem Kind nicht weitergeholfen. Ihr wurde in Anwesenheit der Eltern Whites vierte Monsterregel erläutert („Monster plagen Kinder nachts nur dann, wenn sie sich tags nicht genügend ausgetobt haben.“). Sie wurde in der Sitzung gebeten, damit zu beginnen, die Monster zu malen. Der Vater sollte daheim eine starke Kiste besorgen, um die „Monster“ nachts einzusperren. Die Bilder der „Monster“ sollten in der Kiste verwahrt werden, die Kiste wiederum mußte mit bunten Reepschnüren mehrfach umwickelt und sorgfältig verknötet werden – gegebenenfalls mit einem von Papas kniffligen Seemannsknoten. Allabendlich sollte Sabine die Kiste dann auf den Balkon tragen und dort wurde sie mit eigens gesammelten Wackersteinen beschwert, um ein Entkommen der Monster zu verhindern. Am nächsten Morgen sollten die „Monster“ für den Tag freigelassen werden, die Mutter sollte sich ausführlich erzählen lassen, was Sabine getan hatte, um der „Monster“ Herr zu werden. Ausdrücklich wurde Sabine dafür gelobt, wenn sie noch ein freies „Monster“ erwischt hatte, weil es nun gemalt und in der Kiste gesteckt werden konnte.

Durch die Externalisierung der Symptome und deren Verdinglichung gewinnt das Kind und seine Familie eine Möglichkeit, die Beschwerden greifbarer zu machen und mit ihnen auf eine konkrete Weise umzugehen. In Familien mit Kindern, die an einer Enuresis oder einer Enkopresis leiden, haben die Eltern meist eine besiegte, hilflose und unterlegene Position inne, aus der sie mit dem geschilderten Ritual befreit werden. Die Organisation der Familie um das Problem herum verändert sich und das Bewältigungsverhalten des Symptomträgers wird auf eine spielerische, kindgerechte Weise unterstützt.

2.6 Familienskulpturen

Eine der bekanntesten Aktionstechniken der Familientherapie sind die Familienskulpturen (Arnold et al. 1996; Duhl et al. 1973; Papp et al. 1975; Schweitzer u. Weber 1982). Autoren wie Satir (1972) betonen, daß sich diese erlebnisaktivierende Technik besonders auch für die Arbeit mit kleinen Kindern ab ca. vier Jahren eignet. Die Beziehung der Angehörigen und charakteristische Interaktionssequenzen werden symbolisch als lebendiges Porträt dargestellt, und das innere Bild von der Familie wird externalisiert und sichtbar gemacht. Skulpturen haben einerseits eine diagnostische Funktion und vermitteln ein plastisches Bild von wahrgenommenen

Konflikten, von Dreiecksbeziehungen und Allianzen in der Familie. Sie sind andererseits auch ein therapeutisches Instrument und gestatten es, mit Lösungsschritten zu experimentieren. Der unterschiedlichen Sichtweise von verschiedenen Familienmitgliedern wird Geltung verschafft, Grenzen werden markiert und die Möglichkeit von alternativen Beziehungen demonstriert. Der Therapeut wählt meist ein Kind als Protagonisten aus, nach Möglichkeit nicht den Indexpatienten, sondern eher ein Geschwister mit einer peripheren Position und erklärt ihm, daß es die Familie wie ein Bildhauer aufstellen kann, als ob die einzelnen Personen aus Knetmasse seien. Es gilt, die spontane, spielerische Seite anzusprechen und die Familie aufstellen zu lassen, wie sie vom Kind erlebt wird. Bei kleineren Kindern kann der Therapeut einige Beispiele zeigen. Dabei ist darauf zu achten, daß die Personen ohne Worte aufgestellt werden – das Kind muß also jede Person in eine bestimmte Position und Haltung bringen und den Gesichtsausdruck vormachen. Wenn das Kind fertig ist, stellt es sich zum Schluß selbst dazu, und der Therapeut fragt danach, wie es jedem mit seiner Position, mit Nähe und Abstand geht, und ob es vielleicht Veränderungswünsche gibt. Von dieser Technik gibt es viele Variationen (vgl. Schweitzer u. Weber 1982), z. B. kann der Therapeut darum bitten, daß eine Wunsch- oder Zielskulptur entwickelt wird, oder er demonstriert, wie das Familiengeschehen aus therapeutischer Sicht wahrgenommen wird.

2.7 Familienchoreographie

Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Skulpturentechnik, die aus den eher statischen Standbildern ein Bewegungsbild entstehen läßt, um den „Tanz“ der Familie zu verdeutlichen und repetitive Interaktionsmuster pointiert darzustellen. Festgefahrene Verhaltensmuster werden aufgezeigt und auf eine spielerische konfrontative Weise hinterfragt. Gleichzeitig wird die Familie angeregt, alternative Lösungsmuster zu finden (Papp 1976). Die Familie erhält die Anweisung, sich im Raum aufzustellen. Die Angehörigen werden dann vom Therapeuten gebeten, durch ihre Haltung und Bewegungen nonverbal zu zeigen, wie es daheim zugeht. Manche Familientherapeuten setzen in sehr kreativer Weise symbolische Gegenstände ein, wie farbige Seile zur Markierung von Grenzen oder eng verbundenen Beziehungen von Familienmitgliedern (Nemetscheck 2000).

Fallbeispiel: Zum Leidwesen der Eltern hatte die siebenjährige Nicole sie zu ihren Dienern erklärt und verlangte, von ihnen entsprechend behandelt zu werden. Dies tat sie nicht nur daheim, sondern auch ganz offen im Therapiegespräch. Die Eltern wußten sich keinen Rat. Sie versuchten fortwährend zu verstehen, welche Motive und Beweggründe die Tochter habe, und führten lange Gespräche mit ihr, wenn sie daheim wie eine kleine Prinzessin behandelt werden wollte, anstatt ihr einmal „Nein“ zu sagen. Der Familie wurde vorgeschlagen, diese Situation szenisch darzustellen. Der kleinen Nicole machte es einen Riesenspaß, huldvoll die Eltern herumzukommandieren. In diesem Fall war es der Therapeut, der eine Lösungschoreographie einführte. Zunächst forderte er das Mädchen auf, nacheinander seine Eltern hochzuheben, was ihr nicht gelang – daraufhin wurden die Eltern gebeten, gemeinsam Nicole hochzuheben und ihr zu verdeutlichen, daß sie zusammen sehr wohl die Kraft hatten, ihr Kind zu halten und zu heben, wenn sie denn zusammenstehen – was von der kleinen Patientin mit Erleichterung aufgenommen wurde.

Die Familienchoreografie eignet sich gut als konfrontative Technik, wenn verbale Interventionen nicht weiterführen. Bei scheinbar endlos währenden symmetrischen Konflikten, z. B. um das Sorgerecht, die auf dem Rücken des Kindes ausgetragen werden, bitten manche Familientherapeuten das Kind aufzustehen, die Eltern werden aufgefordert, das Kind jeweils an einem Arm zu halten und zu versuchen, es auf die eigene Seite zu ziehen (vgl. Hennig u. Knödler 1987). Manche Eltern reagieren auf diese Verdeutlichung des eigenen destruktiven Verhaltens betroffen, während von den Kindern oft die erleichterte Reaktion zu hören ist, genau so würden sie sich die ganze Zeit fühlen.

2.8 Körperorientierte Interventionen

Bei der Arbeit mit kleinen Kinder spielen körperliche Ausdrucksformen, Bewegung und Berührung eine viel größere Rolle als in der Therapie mit Erwachsenen. Satir hat die Technik des kinästhetischen Ankerns von Ressourcezuständen durch Körperberührungen entwickelt (vgl. Bandler et al. 1978). Ackerman (1970, S. 409) äußerte, „wenn Kinder ausagieren, muß der Therapeut die eigenen Muskelkraft richtig einschätzen können“, um ihnen in den Sitzungen auch physisch Grenzen zu zeigen und sie zurückzuhalten, statt zuzulassen, daß sie sich selbst oder anderen schaden. Keith und Whitaker (1981) beschreiben ihre Technik des „Kampf-Spiels“, bei dem sie mit Kindern, die Omnipotenzgefühle haben, einen spielerischen Ringkampf auf dem Boden einleiten. Bonney (2000) und Nemet-schek (2000) arbeiten mit körperorientierten Interventionen innerhalb der Familienbehandlung bei hyperaktiven Kindern, und Zappella (1990) nutzt diesen Zugang bei Kindern mit autistischen Zügen. Wenn ein Kind droht, aus der Sitzung auf die Straße zu rennen oder sich aus dem Fenster zu stürzen, weil es seinen Willen nicht bekommt, muß der Therapeut einschreiten und es körperlich zurückhalten. Besser ist es, wenn es gelingt, daß die Eltern diese Aufgabe übernehmen und auf körperlicher Ebene dem Kind Grenzen setzen, auch wenn es dabei laut zugehen mag. Neben diesen z. T. „lauten“ körperorientierten Interventionen gibt es auch stillere Zugangsweisen:

Fallbeispiel: Der neunjährige Bernd war hyperaktiv und hatte eine starke Sehbehinderung. Sein unruhiges Verhalten führte zu massiven Klagen seiner Lehrer. Die alleinerziehende Mutter wirkte durch die doppelte Belastung ihrer Berufstätigkeit und der Betreuung von Bernd oft sehr angespannt, litt unter Bluthochdruck und wünschte sich, daß sie ihren Sohn nicht in einem fort bremsen und tadeln müsse. In Anwesenheit seiner Mutter wurde Bernd zunächst gebeten zu zeigen, wie „hopfelig“ er durch das Zimmer springen könnte. Anschließend gelang es ihm, in Zeitlupentempo „langsam wie ein Roboter“ die gleichen Bewegungen zu wiederholen. Schließlich fand er selbst mittels einer Berührung an der Schulter „einen Knopf“, um vom einen in den anderen Zustand hin und her zu schalten, was ihm zur Verblüffung der Mutter bemerkenswert gut gelang. Der Junge hatte viel Spaß daran, langsam wie eine Marionette einen Fuß vor den anderen zu setzen und dabei bewußt seinen Körper wahrzunehmen. In einigen Einzelstunden lernte er Progressive Muskelentspannung. Anschließend erhielt er den Auftrag, die Übungen zusammen mit seiner Mutter durchzuführen. Damit die Mutter überprüfen konnte, ob er seine Sache richtig machte, sollte sie sich von ihm zeigen lassen, wie man sich entspannt, was Mutter und Sohn sehr viel Freude machte.

2.9 Rituale

Im Leben insbesondere von kleineren Kindern spielen Rituale eine große Rolle, beispielsweise als Zubettgeh-Rituale, Morgenrituale, als ritualisiertes Vorlesen von Geschichten, wiederkehrenden Abläufen an Geburtstagen, in Ferienzeiten oder bei Krankheiten. Sie geben Kindern Sicherheit und stärken die Familienkohäsion. Nach Selvini Palazzoli et al. (1974) gehören Rituale zu den effektivsten Interventionsformen zur Veränderung von dysfunktionalen Familienmustern. Rituale und ritualisierte Verschreibungen eignen sich auch für die Arbeit mit jüngeren Kindern ab zwei Jahren und gehen auf die Besonderheiten des kindlichen magischen Denkens ein. Sie stehen dem analogen Kommunikationsmodus viel näher als dem digitalen sprachlichen Code (Imber Black et al. 1988). Kinder entwickeln spontan eigene Rituale, die sich therapeutisch nutzen lassen. Der Therapeut kann das magische symbolhafte Denken aufgreifen, er nutzt die präoperationale Logik des Kindes und verwendet Übergangsobjekte, die z. B. die magische Kraft der Eltern präsentieren können. Der Therapeut muß Interventionen entwickeln, die sowohl die Beziehung der Familie zum Symptom als auch das Verhältnis des Kindes zum Problem ansprechen (O'Connor u. Hoorwitz 1988). Durch die Vorbereitung und die Ausführung des Rituals sollen mit Hilfe der Eltern neue Möglichkeiten gefunden werden, wie das Verhalten um das Symptom herum anders gestaltet werden kann. Zu den therapeutisch bedeutsamen Klassen von Ritualen zählen Übergangs-, Heilungs-, Identitäts- und Abschiedsrituale (van der Hart 1983). Neben den eigentlichen „großen“ Ritualen können in der Arbeit mit Kindern auch ritualisierte Verschreibungen erarbeitet werden, die ebenfalls auf Symbole und Symbolhandlungen zurückgreifen, aber stärker auf das alltägliche Verhalten abzielen, sehr viel konkreter sind und sich leichter durchführen lassen. Ein Kind mit Angst vor Regenwürmern und Schlangen kann sich mit Hilfe seiner Eltern in eine Schlangenbeschwörerin verwandeln, die jeden morgen eine realistisch wirkende Puppe einer Klapperschlange „beschwört“, ihr eine Schale Milch hinstellt, ein Schlangenlied vorsingt und dafür sorgt, daß sie ein bequemes Körbchen hat. Ein Junge mit Kindergartenangst kann angeleitet werden, ein sicheres Objekt als Wächter mitzunehmen, zum Abschied mit der Mutter ein zu Lied singen, sich einen kleinen Rucksack zu richten mit magischem Proviant, der ihm unterwegs Stärke gibt, und zum Schluß die Mutter aufzufordern zu weinen, weil er nun für den Tag fortgeht.

Fallbeispiel: Die Mutter der siebenjährigen Bianca wurde vom Sozialamt zur Familientherapie überweisen – sie hatte drei Töchter von verschiedenen Vätern, war stark isoliert, ihr Alltag war weitgehend unterritualisiert, ohne feste Zeiten für Mahlzeiten und ohne Zubettgeh-Ritual. Die kleine Bianca litt unter heftigen Ängsten beim Einschlafen, sie stand nachts wiederholt auf, um bei der Mutter Trost zu finden, die sie zum Teil beruhigte, manchmal aber auch barsch wieder weschickte, weil sie meinte, die älteste Tochter müsse endlich allein zurechtkommen. Mit Hilfe des Therapeuten entwickelte sie ein neues Einschlafritual. Bianca sollte sich auf das Schlafen wie auf eine „Expedition ins Traumeland“ vorbereiten, von der Mutter ein Lied lernen, das ihr Mut macht und das sie im Dunkeln leise summen konnte, statt den Kassettenrecorder laufen zu lassen. Sie besorgte sich eine starke Taschenlampe und hatte selbst die Idee, als Symbol für die Stärke der Mutter ein Nudelholz unter dem Bett als eine Art Keule zu verwahren. Die Mutter wurde außerdem gebeten, morgens regelmäßig die Tochter nach ihren Abenteuern zu fragen und anzuerkennen, was sie getan hatte, um ihre Ängste zu besiegen.

2.10 So-tun-als-ob-Rituale

Diese Technik wurde von Madanes (1980) in Anlehnung an Konzepte von Bateson (1954), der frühen Palo-Alto-Gruppe und von M.H. Erickson entwickelt. Nach Madanes symbolisieren psychopathologische Störungen von Kindern Schwierigkeiten, die auch für die Eltern ein offenes ungelöstes Thema sind. Das Kind lenkt aus Liebe zu seinen Eltern und aus dem Wunsch, ihnen zu helfen, mit seinem Problemverhalten die Eltern ab und bietet ihnen einen Kristallisationspunkt für ihre Sorgen und Ängste. Gleichzeitig kommt es zu einer dysfunktionalen Umkehrung der hierarchischen Organisation der Familie: Wenn Eltern die Hilfe ihres Kindes benötigen, um stark zu wirken, hat in Wahrheit das Kind eine überlegene Position inne. Zentrale Aufgabe des Therapeuten ist es, mit der Familie eine Intervention zu entwickeln, bei der das Kind so tut, als ob das Problem oder Symptom auftritt, oder es kann so tun, als ob es seinen Eltern helfen würde. In einer Therapiesitzung bittet der Therapeut das Kind zu spielen, daß sein Problem auftritt, und die Eltern sollen darauf so reagieren, wie sie es sonst immer tun. Bei einer Variante dieser Technik sollen die Eltern spielen, daß sie selbst das fragliche Problem hätten, und das Kind wird gebeten so zu tun, als ob es seinen Eltern helfen würde. Dieses Ritual wird dann der Familie mitgegeben mit der Bitte, es regelmäßig etwa allabendlich durchzuführen, wobei alle Angehörigen einen Part übernehmen. Das Problemverhalten wird also absichtlich in einer spielerischen Situation herbeigeführt, wobei die Beziehungsfunktion der Symptomatik erhalten bleibt.

Fallbeispiel: Eine 36jährige Mutter sorgte sich um ihre fünfjährige Tochter Nina, weil diese nicht in den Kindergarten gehen wollte und jeden morgen Bauchweh bekam, wenn sie aus dem Haus gehen sollte und dann von der Mutter beruhigt wurde. Ähnliche Beschwerden waren bereits vor zwei Jahren aufgetreten, als die Mutter wegen einer gynäkologischen Operation für zwei Wochen in eine Klinik mußte. Nach ihrer Rückkehr war die Mutter eine zeitlang depressiv gewesen, u.a. weil sie sich eigentlich weitere Kinder gewünscht hatte. Über diesen Verlust hatte sie mit ihrem sehr zurückhaltend wirkenden Mann kaum reden können. Die Ängste von Nina hatten sie damals sehr gefordert und daran erinnert, daß sie in der Familie gebraucht wurde. Sie selbst beschrieb sich als sehr unsicher und fühlte sich unter Druck, mit dem Schuleintritt der Tochter wieder arbeiten gehen zu müssen. Die Familie wurde gebeten, Nina zu helfen, spielerisch mit ihren Ängsten umzugehen und so zu tun, also ob sie gerade sehr ängstlich sei. Der neunjährige Bruder erhielt die Aufgabe, sie dabei anzufeuern und ihr Ideen zu liefern, was sie noch alles sagen könnte. Die Mutter sollte sie in der gewohnten Weise trösten, und der Vater darauf achten, daß jeder seine Rolle möglichst anschaulich und dramatisch spielte. Nina zeigte sich sofort von ihrer schüchternen Seite und zierte sich. Der Bruder schlug ihr vor zu sagen, sie hätte Bauchweh oder ein „Aua am Fuß“. Die Mutter redete beschwichtigend auf sie ein, was die Tochter erwartungsgemäß nicht im mindesten beruhigte. Der Vater betonte, daß Nina noch nicht schüchtern genug auftrat, und der Therapeut bestätigte ihn, daß Nina sicherlich spielen könnte, noch viel ängstlicher zu sein. Im zweiten Durchgang spielte die Mutter überzeugend, daß sie Angst habe einkaufen zu gehen, wegen der vielen Menschen – sie kenne sich nicht genau aus und wisse nicht, was auf sie zukomme. In einer verblüffenden Wendung gab ihr Nina nun, statt sie zu beruhigen, mit voller, kräftiger Stimme Anweisungen: „Stell dich nicht so an, das schaffst du! „Aber wenn ich doch Angst habe?“ „Dann hast du halt Angst! Geh einfach hin, du bist doch alt genug. Geh halt einfach da hin!“ Die Familie wurde gebeten, dieses So-tun-als-ob-Ritual in beiden Varianten zweimal in der Woche auszuführen. Nach 14 Tagen teilte die Mutter mit, Nina gehe gern ohne jegliche Schwierigkeiten oder Ängste in den Kindergarten und freue sich auf die Schule.

2.11 *Etwas anderes tun*

In der lösungsorientierten Kurzzeitherapie werden Beschwerden als Hinweis verstanden, daß Menschen alltägliche Alltagsschwierigkeiten mit untauglichen Mitteln zu lösen versuchen und dieses Verhalten rigide beibehalten, bis die Situation in einem sprachlichen Zuschreibungsprozeß zu einem Problem erklärt wird (de Shazer 1989; Hahn 1993). Dabei wird meist übersehen, daß das Verhalten von Menschen variabel ist – neben problematischen Verhaltenssequenzen und wahrgenommenen Problembereichen gibt es meist auch problemfreie Bereiche und Lösungsverhalten, die von Klienten jedoch ausgeblendet werden. Ein Lösungsweg besteht darin, daß der Therapeut den Klienten hilft, ihren bisherigen ineffektiven Lösungsversuch aufzugeben und etwas Neues auszuprobieren. Wenn Eltern z. B. behaupten, sie hätten an ihr Kind eine Forderung schon zimal gestellt, kann es sinnvoll sein, irgendetwas anders zu tun, um von der Ebene fruchtloser Appelle fortzukommen und ineffektives Reden durch Handeln zu ersetzen (vgl. auch Zulliger 1963).

Fallbeispiel: Der achtjährige Sebastian wurde von seinen Eltern zur Therapie angemeldet, weil er noch immer Nacht für Nacht einnäste. Vater und Mutter waren Schulleiter, hatten sich aus einfachen Verhältnissen hochgearbeitet und konnten das Versagen ihres Sohnes überhaupt nicht verstehen. Besonders ärgerte sich der Vater über die passive abwartende Haltung von Sebastian, und Phasen der Resignation wechselten ab mit Zeiten, in denen dem Jungen intensive Vorwürfe wegen des Einnässens und seiner generellen Unselbständigkeit gemacht wurden. Diese Spirale hatte bei dem Jungen zu einer defensiven, scheinbar gleichgültigen Haltung geführt. Beim Erkunden von Ausnahmen von diesem Verhaltensmuster holte der Vater weit aus und berichtete, bis zum dritten Lebensjahr sei Sebastian ein wilder kleiner Kerl gewesen, man habe damals viel Spaß und lustige Zeiten gehabt. Diese Spur wurde aufgegriffen und statt der üblichen Appelle und Ermahnungen wurden Vater und Sohn zu einer wilden Kissenschlacht in der Sitzung animiert, mit der Mutter als Schiedsrichterin. Dieser Ebenenwechsel ermöglichte es den Eltern, ihre sprachfixierte, fordernde Vorgehensweise und den unproduktiven Versuch, das Symptom mit Worten und Vorhaltungen besiegen zu wollen aufzugeben. Angesichts der herumfliegenden Kissen vermochte Sebastian nicht, in seiner passiven Haltung zu verharren, sondern mischte kräftig beim Geschehen mit.

Neben den hier geschilderten Interventionen gibt es weitere Behandlungstechniken für Kinder, z. B. Familien-Kunsttherapie (Rubin u. Magnussen 1974) oder die Lebensflußtechnik (Nemetschek 2000), und natürlich können auch klassische Techniken der Kindertherapie in Familienbehandlungen integriert werden (Botkin 2000; Oaklander 1969; Pleyer 2001). Auch wenn die dargestellten Techniken innerhalb der Familientherapie entwickelt worden sind, finden sich Einflüsse von anderen Therapieschulen wie dem Psychodrama, der Gestalttherapie und insbesondere der Hypnotherapie.

3 Fazit

Familientherapeuten, die mit Kindern arbeiten wollen, können auf ein bemerkenswert reiches Repertoire an praktischen Empfehlungen und Interventionsstrategien für die Arbeit mit Kindern zurückgreifen. Ausführlichere Darstellungen der konzeptionellen Grundlagen finden sich insbesondere bei Haley (1976), Madanes

(1980) und Minuchin (1981). Von verschiedener Seite wurden Erklärungsversuche für die Bevorzugung einer Erwachsenenorientierung vieler Familientherapeuten vorgelegt (Ackerman 1970; Bloch 1976). Die dargestellten Interventionen für die familientherapeutische Arbeit mit Kindern sind stärker handlungs- und ergebniszentriert als sprachorientiert und entsprechen damit nicht dem Mainstream der systemischen Familientherapie der vergangenen Jahre. Bereits Watzlawick (1977) äußerte Zweifel, ob eine ausschließliche sprachfixierte rational orientierte Vorgehensweise als therapeutischer Ansatz genügen könne (vgl. auch Nemetschek 2000). Die geschilderten Interventionen setzen direkt an den Symptomen bzw. am Kind als Symptomträger an: Der Indexpatient steht nicht im Abseits, sondern im Mittelpunkt des Geschehens. Montalvo und Haley (1973) haben darauf hingewiesen, daß es günstiger sein kann, nicht am Gesamtfamiliensystem anzusetzen, sondern beispielsweise im Rahmen einer Spieltherapie unmittelbar das Kind zu behandeln und die Familie indirekt zu beeinflussen. Diese Idee einer systemisch orientierten Therapie, die das Symptom des Kindes in den Mittelpunkt stellt, wurde in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum überwiegend von Therapeuten vertreten, die in der Ericksonschen Tradition stehen (Nemetschek 2000). In jüngerer Zeit hat das Interesse am Thema „Kinder in der Familientherapie“ wieder zugenommen (Cierpka et al. 2002; Rotthaus 2001, Trenkle 2000). Ob dies auch zu einer größeren Berücksichtigung von Kindern z. B. in familientherapeutischen Ausbildungsgängen führen wird, bleibt abzuwarten.

Die Entscheidung, lieber mit Erwachsenen als mit Kindern zu arbeiten, mag eine legitime persönliche Wahl sein. Nach Keith und Whitaker (1981) ist jedoch jede gute Familientherapie immer eine Form von Spieltherapie, die den Klienten hilft, ihre kreativen und spielerischen Seiten wiederzuentdecken und diese bei der Lösung ihrer Probleme zu nutzen (vgl. Winnicott 1971). So betrachtet kann die Arbeit mit Kindern für (Familien-) Therapeuten eine Chance sein, neben sprachlichen Interventionen auch Spiel, Phantasie und Kreativität in den eigenen Arbeitsstil zu integrieren und eine reichere Palette an Optionen zu nutzen.

Literatur

- Ackerman, N. (1970): Child Participation in Family Therapy. *Family Process* 9: 403-410.
- Arnold, S.; Joraschky, P.; Cierpka, A. (1996): Die Skulpturverfahren. In: Cierpka, M. (Hg.): *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer, S. 339-365.
- Bandler, R.; Grinder, J.; Satir, V. (1978): Mit Familien reden. München: Pfeiffer.
- Bateson, G. (1954): A Theory of Play and Fantasy. *A.P.A. Psychiatric Research Reports* II. In: Bateson, G. (1972): *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantines.
- Bloch, D. (1976): Including the Children in Family Therapy. In: Guerin, P. (Hg.): *Family Therapy. Theory and Practice*. New York: Gardner Press, S. 168-181.
- Bonney, H. (2000): Neues vom Zappelphilipp. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 285-299.
- Botkin, D. (2000): Family Play Therapy. *Journal of Systemic Therapies* 19: 31-42.
- Brown-Stanridge, M. (1992) Ein Paradigma für die Konstruktion und Gestaltung von familientherapeutischen Aufgaben. *Familiendynamik* 17: 39-67.

- Cierpka, M. (1996): Ziele und Indikationsüberlegungen des Therapeuten. In: Cierpka, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer, S. 59-85.
- Cierpka, M.; Loetz, S.; Cierpka, A. (2002): Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. In: Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.): Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer; S.553-563.
- Combrinck-Graham, L. (1986): *Treating Young Children in Family Therapy*. Maryland: Aspen Publication.
- Diller, L. (1991): Not seen not heard. *Family Therapy Networker* 15: 18-27.
- Duhl, F.; Kantor, D.; Duhl, B. (1973): Learning Space and Action in Family Therapy: A Primer of Sculpting. In: Bloch, D. (Hg.): *Techniques of Family Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, S. 47-63.
- Efron, D.; Rowe, B. (1987): *Strategic Parenting Manual*. Ontario: J.S.S.T.
- Fellner, C. (1976): The Use of Teaching Stories in Conjoint Family Therapy. *Family Process* 15: 427-431.
- Fisch, R.; Weakland, J.; Segal, L. (1982): *The Tactics of Change*. San Francisco: Jossey Bass. Dt. (1987): *Strategien der Veränderung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fishman, C. (1988): *Treating Troubled Adolescents*. New York: Basic Books.
- Foerster, H. v. (1999): *Sicht und Einsicht*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Freeman, J.; Epston, D.; Lobovits, D. (2000): Ernten Problemen spielerisch begegnen. *Narrative Therapie mit Kindern und ihren Familien*. Dortmund: modernes lernen.
- Guerin, P. (1976): *Family Therapy: Thw First Twenty-Five Years*. In: Guerin, P. (Hg.): *Family Therapy. Theory and Practice*. New York: Gardner Press, S. 2-22.
- Gutsche, S.; Walker, S. (1989): Treatment of Encopresis using a Modification to Michael White's Approach. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 8: 60-69.
- Hahn, K.; Müller, F. (Hg.) (1993): *Systemische Erziehungs- und Familienberatung*. Mainz: Grünewald.
- Hahn, K. (1993): Lösungsorientierte Kurzzeittherapie nach de Shazer. In: Hahn, K.; Müller, F. (Hg.): *Systemische Erziehungs- und Familienberatung*. Mainz: Grünewald, S. 216-235.
- Haley, J. (1976): *Problem-Solving Therapy*. San Francisco: Jossey- Bass. Dt. (1977): *Direktive Familientherapie*. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1985): *Conversations with Milton H. Erickson, M.D., Vol. 3*. New York: Triangle Press.
- Hennig, C.; Knödler, U. (1987): *Problemschüler- Problemfamilien. Ein praktisches Lehrbuch zum systemischen Arbeiten mit schulschwierigen Kindern*, 2. Aufl. Weinheim: PVU.
- Hoffman, L. (1976): Breaking the Homeostatic Cycle. In: Guerin, P. (Hg.): *Family Therapy. Theory and Practice*. New York: Gardner Press, S. 501-519.
- Imber-Black, E.; Roberts, J.; Whiting, R. (1988): *Rituals in Families and Family Therapy*. New York: Norton. Dt. (1993): *Rituale in Familien und in der Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Isaacs, M.; Montalvo, B.; Abelson, D. (1986): *The Difficult Divorce. Therapy für Children and Families*. New York: Basic Books.
- Keith, D.; Whitaker, C. (1981): Play Therapy: A Paradigm for Work with Families. *Journal of Marital and Family Therapy* 7: 244-254.
- Irwing, E.; Maloy, E. (1975): Family Puppet Interview. *Family Process* 14: 179-191.
- King, B. (2000): Frau Meier, die Trauergiraffe. Ein Konzept zur Arbeit mit Handspielpuppen vor dem Hintergrund systemischer Ideen. *Zeitschrift für systemische Therapie* 18: 216-223.
- Lenz, A. (2000): Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 765-778.
- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (2001): „Junge Menschen lügen nicht: Erwachsene dagegen sehr“. Über den Umgang mit Selbstverständlichkeiten und Besonderheiten in der Therapie mit Jugendlichen. In: Rott-haus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer, S. 162-184.
- Madanes, C. (1980): Protection, Paradox, and Pretending. *Family Process* 19: 73-85. Dt. (1981): Beschützen, Paradox und So-tun-als-ob. *Familiendynamik* 6: 208-224.

- Madanes, C. (1981): *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Madanes, C. (1989): *Hinter dem Einweg-Spiegel*. Hamburg: ISKO –Press.
- Mills, J.; Crowley, R. (1996): *Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Minuchin, S. (1981): *Familie und Familientherapie*, 4. Aufl. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, P.; Colapinto, J.; Minuchin, S. (2000): *Verstrickt im sozialen Netz*. Heidelberg: Carl Auer.
- Minuchin, S.; Fishman, C. (1983): *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S.; Montalvo, B.; Guerney, B.; Rosman, B.; Schumer, F. (1967): *Families of the Slums*. New York: Basic Books.
- Montalvo, B.; Haley, J. (1973): In *Defence of Child Therapy*. *Family Process* 12: 227-244.
- Morawetz, A.; Walker, G. (1984): *Brief Therapy with Single-Parent Families*. New York: Brunner Mazel.
- Mrochen, S.; Bierbaum-Luttermann, H. (2000): Das Spiel über die Bande. Plädoyer für eine hypnosystemisch orientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Holtz, K.; Mrochen, S.; Nemetschek, P.; Trenkle, B. (Hg.): *Neugierig aufs Großwerden*. Heidelberg: Carl Auer; S. 55-74.
- Müller, F.-W. (1993): Der Prinz, der das Laufen verlernte. In: Hahn, K.; Müller, F. (Hg.): *Systemische Erziehungs- und Familienberatung*. Mainz: Grünewald, S. 80-82.
- Nemetschek, P. (2000): „Wenn ich mal groß bin!“ Alltagsrouten und familientherapeutisches Arbeiten mit Kindern und Eltern: In: Holtz, K.; Mrochen, S.; Nemetschek, P.; Trenkle, B. (Hg.): *Neugierig aufs Großwerden*. Heidelberg: Carl Auer; S. 114-172.
- Oaklander, V. (1969): *Windows to Our Children*. Moab: Real People Press.
- O'Connor, J. (1983): Why Can't I get Hives: Brief Strategic Therapy with an Obsessional Child. *Family Process* 22: 201-209.
- O'Connor, J.; Hoorwitz, A. (1988): Imitative and Contagious Magic in the Therapeutic Use of Rituals with Children. In: Imber-Black, E.; Roberts, J.; Whiting, R.: *Rituals in Families and Family Therapy*. New York: Norton. Dt. (1993): *Rituale in Familien und in der Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Papp, P.; Silverstein, O.; Carter, B. (1975): Family Sculpting in Preventive Work with „Well“ Families“. *Family Process* 12: 197-212.
- Papp, P. (1976): *Family Choreography*. In: Guerin, P. (Hg.): *Family Therapy. Theory and Practice*. New York: Gardner Press, S. 465-479.
- Pleyer, K. (2001): *Systemische Spieltherapie- Kooperationswerkstatt für Eltern und Kinder*. In: Rotthaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer, S. 125-159.
- Prest, L.; Carruthers, W. (1991): The Case of the Sneaky Sleep Thief: White's Externalizing Technique within a Broad Strategic Frame. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 10: 66-75.
- Rotthaus, W. (Hg.) (2001): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Rubin, J.; Magnussen, J. (1974): The Family Art Evaluation. *Family Process* 13: 185-200.
- Satir, V. (1979): *Familienbehandlung*. Freiburg: Lambertus; Original (1964): *Conjoint Family Therapy- A Guide to Theory and Technique*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Satir, V. (1972): *Selbstwert und Kommunikation*. München: Pfeiffer.
- Schiepek, G. (1999): *Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. v.; Schweitzer, J. (1996): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2001): Kompetente jugendliche Kunden und Familien als kotherapeutische Helfersysteme – das Hardberg-Modell einer stationären systemisch-hypnotherapeutischen Jugendlichen-Psychosomatik. In: Rotthaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer, S. 313-358.
- Schweitzer, J. (2001): *Systemische Jugendlichenpsychotherapie: Ein Multi-System-Ansatz bei dissozialen, delinquentem und gewalttätigem Verhalten Jugendlicher*. In: Rotthaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer, S. 185-204.

- Schweitzer, J.; Weber, G. (1982): Beziehung als Metapher. Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. *Familiendynamik* 7: 113-128.
- Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1974): The Treatment of Children through Brief Therapy of Their Parents. *Family Process* 13: 429-442.
- Shazer, S. de (1989): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F.; Stierlin, H. (1984): Die Sprache der Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Taffel, R. (1991): How to talk with kids. *Family Therapy Networker* 15: 39-68.
- Trana, H.; Johannesen, T.; Rieber, H. (2000): Die reflektierenden Handpuppen. Ein neuer Weg der Kommunikation mit Kindern in der Familientherapie. *Zeitschrift für systemische Therapie* 18: 68-80.
- Trenkle, B. (2000): Lösungsorientierte und strategische Ansätze in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Holtz, K.; Mrochen, S.; Nemetschek, P.; Trenkle, B. (Hg.): *Neugierig aufs Großwerden*. Heidelberg: Carl Auer, S. 75-94.
- van der Hart, O. (1983): *Rituals in Psychotherapy: Transition and Continuity*. New York: Irvington Publishers. Dt.: *Abschiednehmen. Abschiedsrituale in der Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Velthuijs, M. (1996): *Frosch im Glück*. München: G. Lentz.
- Vossler, A. (2000): Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 435-449.
- Wachtel, E. (1990): The Child as an Individual: A Resource for Systemic Change. *Journal of Strategic and Systemic Therapy* 9: 50-58.
- Wachtel, E. (1987): Family Systems and the Individual Child. *Journal of Marital and Family Therapy* 13: 15-25.
- Watzlawick, P. (1977): *Die Möglichkeit des Andersseins*. Bern: Huber.
- Weeks, G.; L'Abate, L. (1985): *Paradoxe Psychotherapie*. Stuttgart: Enke.
- Wernitzing, H. (1994): Drei systemische Märchen aus der psychologischen Praxis. Problembereiche Adoption, Einkoten, Trennungsangst. *Familiendynamik* 19: 404-413.
- White, M. (1984): Pseudo-Encopresis: From Avalanche to Victory, from Vicious to Virtuous Cycles. *Family Systems Medicine* 2: 150-160.
- White, M.; Epston, D. (1990): *Die Zähmung der Monster*. Heidelberg: Carl Auer.
- Winnicott, D. (1971): *Playing and Reality*. New York: Basic Books.
- Zappella, M. (1990): Young Autistic Children treated with ethologically oriented Family Therapy. *Family Systems Medicine* 8: 14-27.
- Zilbach, J. (1986): *Young Children in Family Therapy*. Northvale: Jason Aaronson.
- Zilbach, J.; Bergel, E.; Gass, C. (1972): The Role of the Young Child in Family Therapy. In: Sager, C.; Singer Kaplan, H.: *Progress in Group and Family Therapy*. New York: Brunner Mazel Publisher, S. 385-399; dt. (1973): *Handbuch der Ehe-Familien- und Gruppentherapie*, Bd. 3. München: Kindler-Verlag.
- Zulliger, H. (1963): *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Zürich: Classen.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Psych. Rüdiger Retzlaff, Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg; E-Mail: Ruediger_Retzlaff@med.uni-heidelberg.de