

Klemenz, Bodo

Kinderplandiagnostik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 10, S. 722-739

urn:nbn:de:bsz-psydok-40981

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

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
V. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und – abhängigigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDALSZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familialer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition ...	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung ...	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg ...	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt ...	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit –schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKES, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch ...	617
PIONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLE, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung ...	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen ..	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362

Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Kinderplandiagnostik¹

Bodo Klemenz

Summary

Plan Diagnosis with Children

Plan Analysis, a method introduced by CASPAR (1989, 1996) to develop individual case conceptualizations for adult therapy, is an important diagnostical approach for the planning of child therapies, as well. Compared with the procedure for adults, the inferring of child plans requires partially modified strategies which are presented, discussed, and demonstrated by a concrete example of case conceptualization. Plananalytic developed case conceptualizations allow the derivation of general therapeutic change goals and modification strategies which are finally presented.

Zusammenfassung

Die von CASPAR (1989, 1996) eingeführte Methode der Plananalyse zum Erarbeiten von Fallkonzeptionen für Erwachsenentherapien erweist sich auch für die Planung von Kinderpsychotherapien als wichtiges diagnostisches Verfahren. Das Erschließen von Kinderplänen erfordert im Vergleich zum Vorgehen bei Erwachsenen teilweise modifizierte Strategien, die vorgestellt, diskutiert und an einem Fallbeispiel demonstriert werden. Aus der plananalytisch entwickelten Fallkonzeption lassen sich allgemeine therapeutische Änderungsziele und Modifikationsansätze ableiten, auf die abschließend eingegangen wird.

1 Einleitung

Unter Erwachsenentherapeuten findet die Methode der Plananalyse (CASPAR 1989, 1996) zur Erarbeitung klinischer Fallkonzeptionen als Grundlegung für therapeutische

¹ Herrn Dr. Franz Caspar (Bern) und Frau Dipl. Psych. Claudia Krüger (Wien) danke ich für weiterführende Anmerkungen zu einer früheren Fassung des Textes.

Interventionen zunehmende Beachtung und Anwendung (KANFER et al. 1990; SCHIEPEK 1991; BARTLING et al. 1992; KLEMENZ et al. 1993; GOLDFRIED 1996; ENGBERDING 1996). Die Plananalyse wird zum wichtigen Erkenntnismittel des Verstehens von Problematik und Beziehungsverhalten bei Erwachsenenklienten, indem sie kontextübergreifende, habitualisierte Komponenten der Handlungssteuerung analysiert, um auf der Grundlage eines hypothetischen funktionalen Bedingungsmodells des Klienten relativ rational begründbare Entscheidungen für die Therapieplanung zu treffen. Das Diagnoseverfahren ist durch den therapieschulunspezifischen Ansatz offen für Therapeuten unterschiedlicher Richtungen.

Der Beitrag stellt die Nutzung der Methode zur Planung und Durchführung von Kinderpsychotherapien vor. Auf kinderplandiagnostischen Befunden basierende Fallkonzeptionen führen durch ihr fundiertes und ganzheitliches Verständnis der Lebenspraxis des Klienten zur Optimierung der Planung von Kindertherapien. Bei der Therapiedurchführung erleichtern sie die Einsicht in den Therapieprozeß, begünstigen dadurch das ständig erforderliche Neukonstruieren individualisierter Behandlung, helfen beim Umgang mit Veränderungsresistenz und vergrößern die Entscheidungssicherheit des Kindertherapeuten bei Fragen der Auswahl oder des Wechsels von Interventionstechniken, insbesondere in unerwarteten und schwierigen Therapiesituationen. Für die behandlungsvorbereitende Elternberatung kann die Vermittlung plandiagnostischer Befunde zur Erklärung der Problematik und gemeinsamen Bestimmung von Veränderungszielen beitragen. Der Kindertherapeut hat zudem die Gelegenheit einer „kommunikativen Validierung“ (GROEBEN et al. 1988) seiner Fallkonzeption oder einzelner ihrer Elemente durch die Eltern und/oder andere wichtige Bezugspersonen des Kindes.

2 Das Modell der Plananalyse

Die Grundidee der Analysemethode geht auf MILLER et al. (1960) zurück und sieht Verhalten durch übergeordnete Ziele und Pläne bestimmt, die wiederum mit individuumspezifischen Handlungsregeln verknüpft sind. Plananalysen systematisieren wiederkehrende personale Kognitions- und Verhaltensmuster sowie Regelmäßigkeiten interpersonaler Ereignisabläufe und fügen die gewonnenen Informationen zu einem sinnvollen ganzheitlichen „Klientenbild“ zusammen. Die explizite, graphisch darstellbare Gesamtheit erschlossener vorwiegend instrumenteller Verknüpfungen problemrelevanter Handlungsweisen mit übergeordneten Zielen und Bedürfnissen des Klienten wird als Planstruktur bezeichnet, ein Zwischenprodukt der Plananalyse. In der Planstruktur festgehaltene instrumentelle Zusammenhänge und zusätzliche nicht-instrumentelle Informationen etwa über Situationen, Gefühle, das Gewicht von Plänen und Nebenwirkungen finden Aufnahme in eine verbale Fallbeschreibung, das Endprodukt der Plananalyse. Pläne werden nicht wie im umgangssprachlichen Sinne als Elemente bewußt-rationaler Handlungssteuerung verstanden; Planstrukturen umfassen bewußte wie nicht-bewußte Bedürfnisse, Strategien und Verhaltensaspekte; sie verbinden „interaktionelle Pläne“, bei denen die Wirkung auf andere Personen im Vordergrund

steht, mit „intrapyschischen Plänen“, die bedeutsam für die Steuerung der inneren Regulation des Klienten erscheinen.

Das Plananalyse-Konzept integriert – im Gegensatz zu anderen Ansätzen (z.B. Psychoanalyse und Behaviorismus) – Motivations- und Verhaltensaspekte. Es werden nicht nur einseitig die personalen Zielsetzungen als motivationale Determinanten des Verhaltens, sondern auch die zur Zielerreichung eingesetzten Mittel berücksichtigt, die bestimmen, was das Individuum kann oder nicht kann, um seine Ziele umgebungsbezogen zu realisieren. Die instrumentellen Zusammenhänge zwischen Plänen/Zielen und personalem Verhalten werden als hierarchisch organisiert aufgefaßt im Sinne einer Über- und Unterordnung.

Untergeordnete Pläne dienen als Mittel für übergeordnete Pläne; ein übergeordneter Plan bestimmt die Zielkomponente eines untergeordneten Planes, der ihm als Mittel dient. Beim Aufbau von Planhierarchien ist die Berücksichtigung des Prinzips der Mehrfachbestimmtheit von Bedeutung, demzufolge Handeln oftmals mehreren Zielen gleichzeitig gerecht zu werden versucht. Bei den Aussagen der Planstruktur, deren Verhaltensaspekte im Indikativ und deren Pläne/Ziele im Imperativ formuliert werden (Abb. 1), handelt es sich um Arbeitshypothesen oder Konstrukte. Die konstruktivistische Grundposition impliziert die Bereitschaft des Plananalytikers, die hypothetische Planstruktur oder einzelne ihrer Elemente beim Vorliegen widersprüchlicher, nicht integrierbarer Informationen zu revidieren.

Die Konstruktion von Planstrukturen ist theoriegeleitet, so daß die heuristische Nutzung von Ergebnissen psychologischer Grundlagenforschung zum psychischen Funktionieren des Menschen und der Rückgriff auf Störungs-, Entwicklungs- und Veränderungstheorien den Aufbau von Planstrukturen wesentlich mitbestimmen.

Der von einer interaktionistischen Auffassung des Individuum-Umwelt-Bezugs ausgehende Plananalyseansatz folgt dem Ziel der Erarbeitung eines individuellen Fallverständnisses, aus dem der Therapeut ein auf diesen Einzelfall spezifisch zugeschnittenes Interventionsvorgehen ableiten kann.

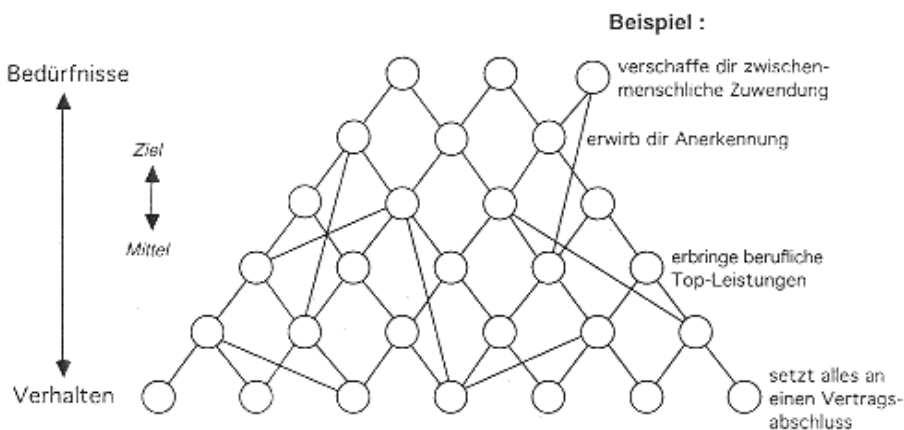


Abb. 1: Schematische Planstruktur nach CASPAR (1996, S. 12)

3 Kinderplandiagnostik

CASPARS Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse enthält keine Anleitungsbeispiele zur Diagnose von Kinderplänen. Das ist vermutlich mit der Schwerpunktbildung des Autors im Bereich der Erwachsenentherapie zu erklären, denn sein Hinweis auf SCHONAUERS (1992) gelungene Plananalyse eines 13jährigen unterstreicht den Anspruch, die Methode auch für die Kinderplandiagnostik konzipiert zu haben. Aufgrund der eingeschränkten Introspektionsfähigkeit von Kindern wird nach CASPARS Ansicht die Stärke der Plananalyse beim Nutzen nonverbaler Informationen für das Erschließen von Kinderplänen besonders relevant (CASPAR 1996, S. 155).

In der Kinderpsychotherapie ist das Spiel das vorrangige Kommunikationsmedium des Kindes und des Therapeuten. „Je jünger die Kinder in der Therapie sind, um so mehr entspricht das Spiel ihrer primären Erlebens-, Denk- und Mitteilungsfähigkeit“ (SCHMIDTCHEN 1989, S. 146). Kinderpläne lassen sich demzufolge besonders gut aus Spielbeobachtungen erschließen. Eine plananalytische Spieldiagnostik nutzt dabei, ganz im Sinne CASPARS, die Stärke der Plananalyse beim Erschließen von Plänen aus nonverbalem Kinderverhalten und betrachtet, neben anderen nonverbalen Aspekten (Mimik, Gestik etc.), nonverbale Spielkommunikationen als wichtige Informationsquelle des Erkennens klinisch relevanter transsituativer Verhaltenskonsistenzen.

Nonverbale Spielkommunikationen sind analoge Kommunikationsformen, die sich rationaler Begrenzung entziehen und bis zur einsetzenden Entwicklung der Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstexploration das Kinderspiel bestimmen (SCHMIDTCHEN 1989). Durch Analogiekommunikationen vermittelt das Kind dem Plandiagnostiker im Spiel naiv, unreflektiert und ungeschützt Hinweise auf Regelmäßigkeiten von Handlungs- und Beziehungsmustern, wie die nachstehenden Beispiele verdeutlichen (analoge Spielmitteilungen im Indikativ; Digitalisierungen oder erschlossene Pläne kursiv im Imperativ):

Der als sehr egozentrisch geltende achtjährige A. spielt während der ersten Therapiestunde längere Zeit mit einem mitgebrachten Legoauto, ohne sich um den Therapeuten zu kümmern/*bestimme die Situation/zieh dich auf dich selbst zurück.*

Der siebenjährige U. gibt nach wenigen Spielstunden seine bisher gezeigte Zurückhaltung gegenüber dem Therapeuten unvermittelt auf, wirft einen großen Ball aus dem Spielzimmerfenster, geht wenig später zum Sandkasten, schüttet mehrere Schaufeln Sand auf den Teppichboden und schaut den Therapeuten nach jeder dieser Aktionen ohne ein Wort zu sagen erwartungsvoll an/*teste Grenzen des Therapeuten aus/mach etwas Verbotenes.*

Die mutistische fünfjährige F. vermittelt dem Therapeuten nonverbal über eine Anzahl von Stunden hinweg, daß sie von ihm „geführt“ werden möchte. Er soll die Tür zum Spielzimmer öffnen, die Spielangebote auswählen, das Aufräumen einleiten, das Ende der Spielstunde bestimmen, die Tür zum Warteraum öffnen/*laß dich führen/warte auf Angebote des Therapeuten/folge stets seinen Anregungen.* Diese Phase wird abgelöst durch ein sich bei F. entwickelndes Bedürfnis, die Bedingungen der Spielstunde zunehmend selbst zu bestimmen. Sie signalisiert wiederum nonverbal, daß sie nun nicht mehr bereit ist, sich führen zu lassen, sondern vermittelt sehr genau, was sie tun oder nicht tun will/*zeige Widerstand gegen das Spielangebot des Therapeuten/behaupte deine Spielinteressen.*

Der Kinderplandiagnostiker übersetzt im Spiel als klinisch relevant erkannte, Besonderheiten des Klienten kennzeichnende Analogiekommunikationen –die zumeist als Beziehungsaufbau aufzufassen sind (WATZLAWICK et al. 1967) –in digitale Mitteilungen oder Pläne.

Die Interpretation verbalen Kinderverhaltens in Konstruktions-, Rollen- oder Regelspielen ist gleichfalls von heuristischem Wert zur Bildung von Planhypothesen und folgt, wie die nachstehenden Beispiele zeigen, dem Muster der Erwachsenenplananalyse.

Die zehnjährige S. verlangt in der ersten Spielstunde mehrfach mit Nachdruck, der Therapeut solle ihr einen Drachen bauen/*dränge auf Erfüllung deiner Wünsche/setze Therapeuten unter Druck*.

Der elfjährige K. belustigt sich nach dem Sieg im Tischfußballspiel über die Ungeschicklichkeit des Therapeuten/*demonstriere Überlegenheit/werte Mitspieler ab*.

Der achtjährige A. erklärt bei einem altersgemäßen Legoangebot des Therapeuten stolz, er „arbeite“ lieber mit Legotechnik für 14jährige/*betreibe Eigenwerbung/verweise auf besondere Fertigkeiten*.

Aus der Spielkooperation zwischen Therapeut und Klient ergeben sich weitere Ansatzpunkte der Entwicklung von Planhypothesen. Der Kinderplandiagnostiker orientiert sich dazu, in Anlehnung an CASPAR (1996, S. 115), an folgenden Leitfragen:

- Welche Gefühle und Eindrücke löst das Zusammenspiel mit dem Kind bei mir aus?
- Welche Rolle versucht das Kind mir im Spiel zuzuweisen, was will es damit erreichen, welche Verhaltenstendenzen möchte es bei mir auslösen?
- Welche auf mich bezogene Selbstdarstellungsmuster lassen sich aus dem Spielverhalten des Klienten erschließen?
- Welches Verhalten von mir würde gar nicht in die Spielsituation passen, würde dem Kind schwerfallen, versuchte es zu verhindern?
- Wie reagiert das Kind auf Grenzsetzungen, Spielangebotswechsel, Anregungen, Hilfestellungen, Erfolge, Mißerfolge oder Lob?

Kindliches Erleben und Verhalten im Spiel zeigen jedoch eine hohe Flexibilität und Plastizität mit teilweise erheblichen Zielfluktuationen (MOGEL 1991), die eine plandiagnostische Bestimmung kindtypischer Kognitions-, Handlungs- und Beziehungsmuster erschweren. Das dem Kinderplandiagnostiker verfügbare, bei jüngeren Kindern vorwiegend analoge Kommunikationsmaterial erlaubt mitunter sehr verschiedene und oft miteinander unvereinbare Digitalisierungen, so daß mit Fehlern bei der Übersetzung von der einen in die andere Modalität zu rechnen ist. Zur Absicherung und Überprüfung der aus plananalytischer Spieldiagnostik gewonnenen Hypothesen können auch plananalytisch ausgewertete Anamnesen, wiederholte Verhaltensbeobachtungen des Kindes in gleichen und verschiedenen Settings, Explorationen des Kindes, der Vergleich von Eltern- und Kinderplandiagnosen, die Verwendung von familiendiagnostischen Verfahren, der Einsatz von psychologischen Tests/Fragebögen und deren plananalytische Zusatzauswertung beitragen (KLEMENZ 1999).

Entwicklungsbedingte Einschränkungen der Sozialperspektivität von Kindern (PIAGET 1926; DAMON 1984; SELMAN 1984) begrenzen zudem die Möglichkeiten der interpersonellen Wahrnehmung. Die Sozialperspektivität des Kindes ist –im Vergleich zu der

des Erwachsenen –durch einen geringeren Organisiertheitsgrad der Reflexivität hinsichtlich des Wissens über soziale Sachverhalte und insbesondere von personenbezogenen Kognitionen gekennzeichnet. Die nach symbolisch-interaktionistischer Auffassung (COOLEY 1902; MEAD 1934; LAING et al. 1966; GEULEN 1982; FAßHEBER et al. 1990) für die Handlungsorientierung bedeutsame Bewußtheit des Erwachsenen über Möglichkeiten und Inhalt der bei anderen existierenden Abbildungen seiner Intentionen in Verbindung mit seinem Wissen über Erwartungen, die andere an sein Verhalten richten, sowie die Annahme des Erwachsenen, daß andere wissen, daß er über ihre Erwartungen informiert ist, befindet sich bei Kindern in der Entwicklung.

Die Notwendigkeit der bei Plananalysen mit Erwachsenen bisher fehlenden Berücksichtigung der Sozialperspektivität des Klienten, wonach die subjektive Orientierung an Zielen und Plänen in Abhängigkeit von der Orientierung an den vermuteten interaktionsbezogenen Zielen und Plänen anderer gesehen wird, ist zumindest bei jüngeren Kindern wegen der noch mangelnden Fähigkeit der Perspektivenübernahme und -koordination nicht in dem Maße erforderlich wie bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ohne die Entwicklung entsprechender Erhebungsverfahren für die genannten Zielgruppen, die zur Bestimmung der sozialen Handlungsorientierung auch die klientenspezifische Sozialperspektivität und deren inhaltlichen Bezüge (Metaperspektivpläne) im Sinne einer „dynamischen“ intrapersonalen Beziehungsdiagnostik (KLEMENZ 1986) zu erfassen suchen, bleibt die Plananalyse einem eher „mechanistischen“ Interaktionskonzept verhaftet (PLAUM 1989).

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß aufgrund erheblicher Zielfluktuationen, eingeschränkter Introspektionsfähigkeit und Sozialperspektivität sowie dominierender Analogkommunikationen die Möglichkeiten der Selbstauskunft von Kindern über ihre Pläne und Ziele noch begrenzter sind, als dies bei Erwachsenen der Fall ist. Der im Vergleich zur direkteren Möglichkeit der Plananalyse bei Erwachsenen größere Zeitaufwand des Erschließens von Kinderplänen wird ausgeglichen durch eine niedrigere Gesamtplananzahl bei geringerem Hierarchisierungsgrad und schwächerer Ausprägung der Mehrfachbestimmtheit kindlichen Handelns.

Im Dialog mit Eltern und/oder anderen wichtigen Bezugspersonen des Kindes kann der Kinderplandiagnostiker außerdem durch Vorlage der erarbeiteten Planstruktur oder einzelner ihrer Elemente sein Rekonstruktionsresultat der planbezogenen Innensicht des Kindes im Sinne einer „kommunikativen Validierung“ (GROEBEN et al. 1988) überprüfen, um die Planstruktur nach Untersuchung der Realitätsadäquanz relevanter Korrekturvorschläge zu revidieren.

4 Einzelfalldarstellung

Der achtjährige, geschwisterlose A. wird von seiner alleinerziehenden, ganztätig berufstätigen Mutter, einer aus Ungarn stammenden Ärztin, auf Anraten der Schule in der Erziehungsberatungsstelle vorgestellt. Die Mutter beklagt die Ablehnung und Zurückweisung ihres die 2. Klasse besuchenden Sohnes durch Lehrer und Mitschüler, die zur angedrohten Weigerung der Klassenlehrerin eskalierte, den Jungen weiter zu unterrichten. Die Lehrer verwiesen auf sein gestörtes

Sozialverhalten: A. zeige keinerlei Bereitschaft zur Integration in die Klassengemeinschaft, sondern versuche gegenüber Mitschülern und Lehrern seinen Willen durchzusetzen, mißachte die Einhaltung schulischer Regeln oder Absprachen, störe den Unterricht und reagiere auf Anpassungsforderungen oft mit verbaler und/oder körperlicher Aggression sowie Feindseligkeit. Er habe sogar versucht, die Klassenlehrerin zu beißen, als diese ihn wegen einer massiven Störung aus der Klasse verweisen wollte. Nach dem Vorfall habe A. tagelang die schulische Mitarbeit sowie das Anfertigen von Hausaufgaben verweigert. Die Intelligenz des Jungen werde als überdurchschnittlich beurteilt, die Lehrer vermuteten sogar eine Hochbegabung. Die schulischen Leistungen fielen gut bis sehr gut aus, besonders das Rechnen sei herausragend.

Die in der Schule auftretenden Integrationsprobleme hätten schon im Kindergarten bestanden. A. habe sich auch dort in einer Außenseiterrolle befunden, gegen die er mit aller Macht ankämpfte; zu Hause seien ebenfalls erhebliche Anpassungsstörungen zu beobachten. Die Mutter berichtet von Schuldgefühlen, wenn sie ihrem Sohn Wünsche versage, weil er nachmittags zu einer von ihm abgelehnten Tagesmutter gehen müsse. A. spüre ihre daraus resultierende Nachgiebigkeit und stelle unverschämte Forderungen, provoziere mit unerwünschtem Verhalten, beanspruche sie verstärkt für seine Zwecke und mißachte ihre Interessen. Sie bemerke mit steigender Hilflosigkeit, wie der Junge sie zunehmend beherrsche. Die Mutter macht sich Sorgen, A. könne die Aggressivität von seinem jähzornigen und gewalttätigen Vater geerbt haben. Sie habe sich von diesem Mann vor sechs Jahren wegen dessen Unbeherrschtheit getrennt.

Die Zurückweisung ihres Sohnes durch andere Kinder erkläre sie aber vornehmlich mit seiner Hochbegabung. Da A. den meisten Kindern intellektuell überlegen sei, zeige er an deren Spielen oder Hobbys kaum Interesse und orientiere sich bevorzugt an den eigenen anspruchsvollen Beschäftigungen. Andere Kinder würden A. dadurch als überheblich, eigenwillig oder sonderbar erleben, ihn ablehnen und aus der Gemeinschaft ausschließen. Erst darauf reagiere er mit Aggression und Feindseligkeit, weil er sich nicht verstanden und akzeptiert fühle. Sie sehe die Gefahr, daß A. zum Einzelgänger werde.

5 Plandiagnostische Befundauswahl

Testdiagnostische Befunde: HAWIK-R: Gesamt-IQ 126 (V-IQ 110, H-IQ 136); CFT-20: IQ 132; CPM: IQ 135. DRT 2: PR 77; ZLT: Fehler PR 76-100/Zeit PR 26-50. PFK 9-14: Verhaltensstil: VS2 (fehlende Willenskontrolle) PR 97; VS3 (Aktivität) PR 88; Motivation: MO1 (Ich-Durchsetzung) PR 95; MO2 (Selbstgenügsamkeit) PR 85; MO3 (Ehrgeiz) PR 78; MO4 (Soziales Engagement) PR 13; Selbstbild: SB2 (Selbstüberzeugtheit) PR 91; SB4 (Egozentrische Selbstgefälligkeit) PR 97; SB5 (Unterlegenheit) PR 2. PFT: Intropunitivität > Q3; N-P > Q3; e > Q3; l > Q3; m > Q3.

Die Ergebnisse der Intelligenz- und Leistungsprüfung bestätigen das Lehrerurteil. Aus den Befunden des Persönlichkeitsfragebogens (PFK 9-14), deren Resultate nicht im „Normalbereich“ der Merkmalsausprägung liegen, lassen sich zusätzlich folgende interaktionelle und intrapsychische Pläne ableiten:

- *mach, was du für richtig hältst* (VS2),
- *ignoriere soziale Regeln und Absprachen* (VS2),
- *vermeide Gesichtsverlust* (VS2),
- *meistere schwierige Situationen* (VS3),
- *behaupte deinen Willen* (MO1),

- *leiste Widerstand* (MO1),
- *setz dich aggressiv zur Wehr* (MO1),
- *komm allein zurecht* (MO2),
- *suche Anerkennung* (MO2),
- *betreibe Eigenwerbung* (MO3),
- *hebe deine Fähigkeiten hervor* (MO3),
- *zeige dich selbstbewußt* (SB2),
- *verschaffe dir Beachtung* (SB4),
- *verschaffe dir Respekt* (SB4),
- *demonstriere Stärke* (SB4),
- *erhebe dich über andere* (SB4).

Abbildung 2 zeigt den Versuch einer plananalytischen Auswertung klinisch relevanter Antworten des Rosenzweig P-F Tests (PFT). Der PFT soll Aufschluß über die Belastbarkeit in sozialen Konfliktsituationen geben. Von den Testantworten des Jungen ausgehend („Aber ich wollte dir nur eine Freude machen“/Bild 7/Signierungsfaktor J), wird direkt auf einen Plan geschlossen (*verweise auf positive Absichten*), der Mittel für den übergeordneten Plan (*bekenne Fehlverhalten*) ist, der wiederum dem Ziel *vermeide Konflikte* als Mittel dient. Die aus den PFT-Antworten erschlossenen instrumentellen Zusammenhänge stehen im Widerspruch zu den alltäglichen Konfliktbewältigungsstrategien des Klienten.

Der in der PFT-Planstruktur dominierenden Konfliktvermeidungsstrategie steht im Alltag ein aggressiv-feindseliges Widerstands- und Konfrontationsverhalten gegenüber. Diese durch den PFT und die ergänzende Plandiagnostik aufgedeckte Diskrepanz von sozialer Kompetenz und Performanz verweist, neben der Bedeutung des situativen Kontextes für gezeigtes Konfliktverhalten, auf einen zumindest altersgemäßen Sozialperspektivitätsstatus des Jungen (SELMAN 1984) sowie auf latent vorhandene, kooperationsorientierte Konfliktbewältigungsmöglichkeiten, die vermutlich aufgrund des permanenten Zurückweisungserlebens und der damit verbundenen Blockierung entsprechender Pläne nicht aktiviert werden können.

6 Planstruktur und Fallkonzeption

Aus Platzgründen und zur besseren Übersicht zeigen die Abbildungen 3a-c drei eigentlich zusammengehörende Teilstrukturen der Planstruktur des Jungen mit Plänen, die aus testdiagnostischen Untersuchungen, Schul- und Spielbeobachtungen (letztere z.T. zusammen mit der Mutter), Explorationen des Jungen sowie Gesprächen mit Klassenlehrerin, Tages- und Kindesmutter erschlossen wurden.

Unter Bezugnahme auf Ergebnisse entwicklungspsychologischer Grundlagenforschung (AUSUBEL u. SULLIVAN 1974) erscheinen Erleben und Verhalten von A. darauf orientiert, die „Allmachtphase“ des Kleinkindalters zu verlängern (Hypothese von A.: „Ich bin der Mittelpunkt der Welt“), indem die Herstellung einer entwicklungsaltersgemäßen „Satellitenbeziehung“ bekämpft wird, die eine Ich-Abwertung durch Übernahme

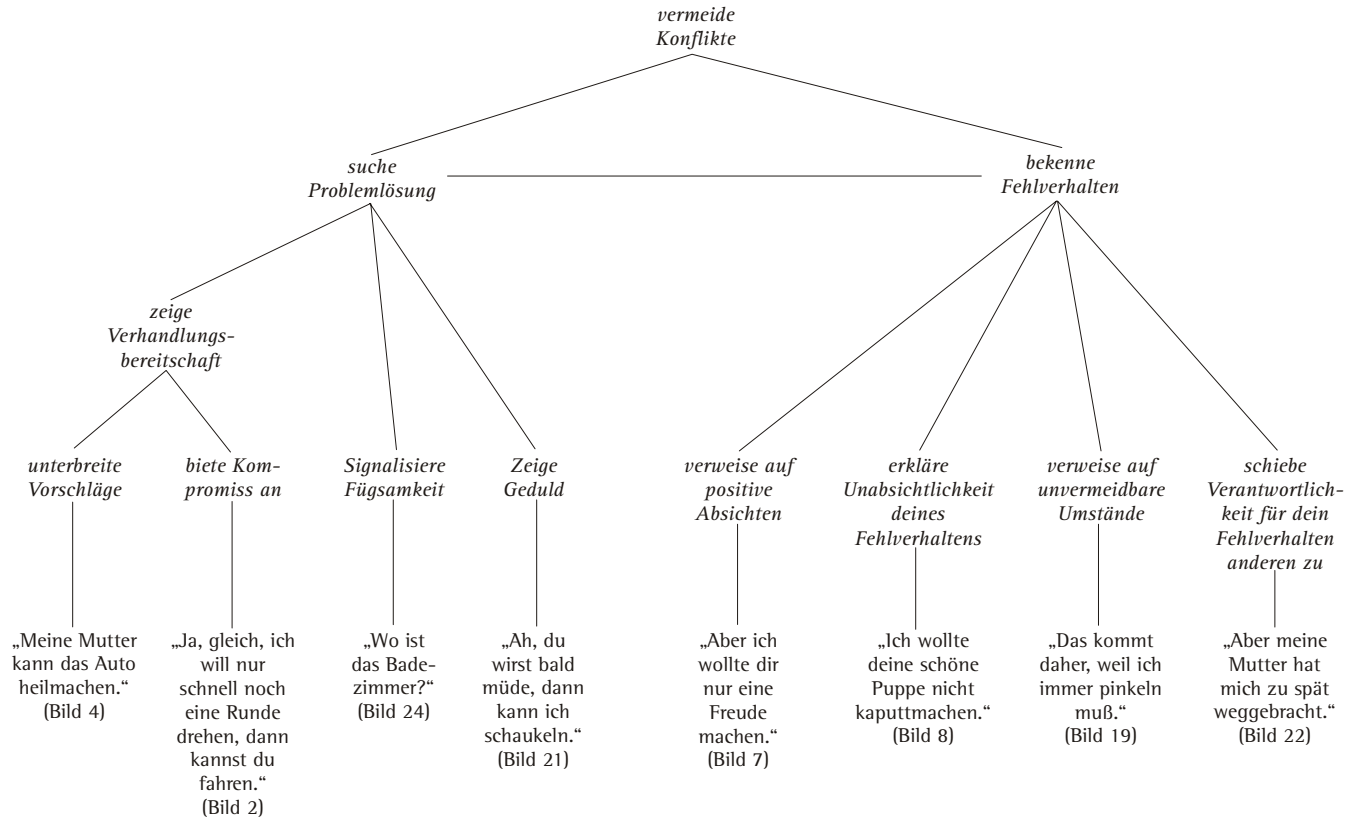


Abb. 2: Plananalytische Auswertung klinisch relevanter PFT-Antworten von A

einer willensmäßig abhängigen und untergeordneten Rolle gegenüber Erwachsenen sowie kameradschaftliche Beziehungen zu Gleichaltrigen vorsieht. Der Junge folgt damit einer „subjektiven Theorie“ der Selbst- und Umweltsicht (GROEBEN et al. 1988), die aufgrund ihrer Diskrepanz zur entwicklungsaltersgemäßen Theorieerwartung außerfamiliäre Beziehungsstörungen wesentlich (mit-)konstituiert.

Die Bestimmung der vom Klienten zur Verifizierung seiner Allmachttheorie aktivierten kognitiven Strategien, die im Sinne des Plananalysekonzeptes übergeordnete Zielsetzungen des Jungen repräsentieren, erfolgt unter heuristischer Bezugnahme auf die kognitive Dissonanztheorie (FESTINGER 1957; IRLE 1975; FREY u. GASKA 1993) sowie auf die Theorie der psychologischen Reaktanz (BREHM 1966; DICKENBERGER et al. 1993). Die dissonanztheoretisch geleitete Kinderplandiagnostik orientiert sich an IRLES (1975) revidierter Fassung der Dissonanztheorie, nach der Personen subjektive Hypothesen besitzen, die die Beziehungen von Kognitionen beschreiben und erklären. Danach befinden sich zwei Kognitionen in dissonanter Beziehung, wenn sie mit einer Hypothese des Selbst unvereinbar sind (Selbsthypothese von A.: „Ich bin der Mittelpunkt der Welt.“; Kognition X: „Für meine Mutter bin ich die wichtigste Person auf der Welt.“; Kognition Y: „Meine Lehrer behandeln mich wie alle anderen Kinder der Klasse.“).

Gemäß der an sozialpsychologischen Theorien orientierten Analyse der motivationalen Determinanten des Klientenverhaltens verhält sich A. bei der Verifizierung seiner Selbsttheorie so, als ob er den nachstehenden übergeordneten Zielsetzungen folgen würde:

- *Schütze deine Selbsttheorie gegen Falsifizierungsrisiken durch Dissonanzvermeidung* (Abb. 3a).
- *Zeige Reaktanz, um drohende Falsifizierungen der Selbsttheorie aktiv zu bekämpfen* (Abb. 3b).
- *Führe Ereignisse herbei, die der Bestätigung deiner Selbsttheorie dienen* (Abb. 3c).

Dissonanzvermeidungspläne: Dem Ziel des Selbsttheorieschutzes gegen Falsifizierungsrisiken dienen zahlreiche Dissonanzvermeidungspläne als Mittel (Oberplan: *vermeide Ich-Abwertung*; Unterpläne: *vermeide Unterordnung, vermeide Gesichtsverlust*; Unterpläne: *zieh dich auf dich selbst zurück, meide Kontakt mit Kritikern, stell dich taub, vermeide Mißerfolge, etc.*). Im Verhalten korrespondiert ein gezieltes Ausweichen vor Situationen, die selbsttheoriebedrohende Dissonanzinduktionen erwarten lassen (A. verweigert das Aufsuchen von Personen, die sein Allmachtverhalten beim Erstkontakt nicht akzeptiert haben; er bricht Spiele bei drohender Niederlage ab; er überhört Fragen nach Vorkommnissen, die ihn im schlechten Licht erscheinen lassen, etc.). Dieses stark ausgeprägte Verhaltensmuster des antizipatorischen Vermeidens erfahrungsgemäß dissonanzauslösender Situationen verweist auf eine sehr niedrige selbsttheoriebezogene Dissonanztoleranz des Klienten. Mit der Selbsttheorie unvereinbare Interaktionserfahrungen scheinen für A. schmerzliche und unerträgliche Erlebnisse zu sein, auf die er mit spürbarer körperlicher Spannung und erheblichen Anstrengungen künftiger Dissonanzvermeidung reagiert.

Reaktanzpläne: Auf direkte Beeinflussungsversuche seiner Kritiker, die den Abbau des oppositionellen Trotzverhaltens und eine bessere soziale Integration zum Ziel haben, antwortet A. in der Regel mit psychologischer Reaktanz, die mit Aggressionen ge-

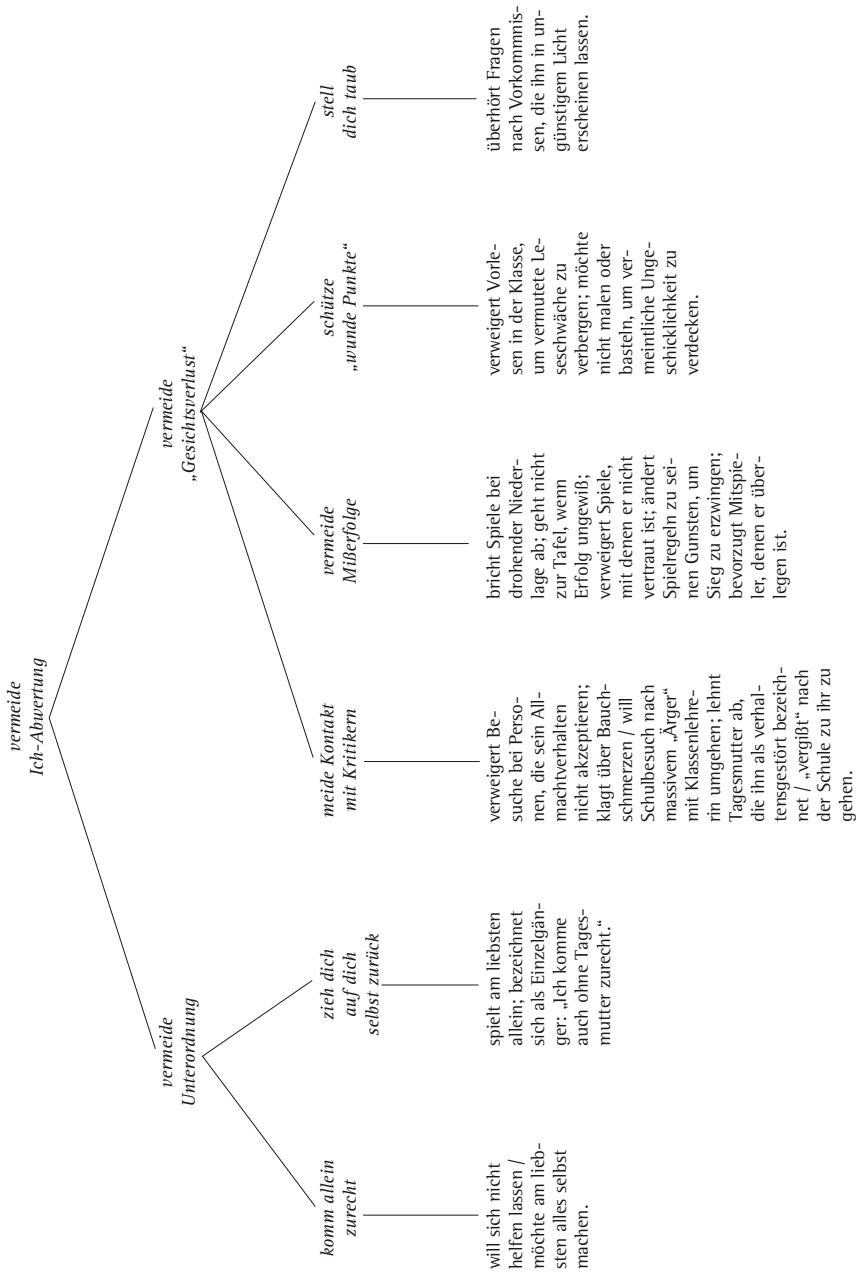


Abb. 3a: Dissonanzvermeidungspläne

gen Personen oder Gegenstände verbunden ist. Aus der Allmachtperspektive des Jungen haben die Zuweisung eines Satelliten- oder Egalitätsstatus durch Lehrer und Mitschüler sowie damit verbundene Anpassungserwartungen die Bedeutung freiheits-einengender Forderungen, deren Befolgung einer Ich-Abwertung oder Falsifizierung der Selbsttheorie gleichkommen würden. Das Bemühen um Herstellung der zu Hause gewohnten Freiheitsspielräume manifestiert sich in entsprechenden Reaktanzplänen (Oberplan: *bekämpfe Ich-Abwertung*, Unterpläne: *leiste Widerstand, setz dich aggressiv zur Wehr, laß dir nichts sagen, versuche Gegner einzuschüchtern, etc.*) sowie in korrespondierenden Verhaltensaktivitäten (A. beißt Lehrerin in die Hand, als diese ihn wegen Unterrichtsstörungen aus der Klasse verweisen will; er beißt oder schlägt Mitschüler, die sein Dominanzverhalten kritisieren oder ihn zurückweisen; droht dem Therapeuten mit Behandlungsabbruch, falls dieser seine Spielwünsche nicht erfüllt, etc.).

Konsonanzerzeugungspläne: Das größte Gewicht bei der Verifizierung des Allmachtkonzepts besitzt die Zielsetzung der assertiven Theoriebestätigung (MUMMENDEY 1990) durch ein Herbeiführen mit der Allmachtperspektive konsonanter Ereignisse (*bestätige Allmachtposition*). Die Planstruktur zeigt drei Oberpläne, die diesem Ziel als Mittel dienen (*verschaffe dir Anerkennung, verschaffe dir Respekt, behaupte deinen Willen*). Die Umsetzung dieser assertiven Pläne ist zum größten Teil durch Verhaltensmuster manifestiert, die den Allmachtstheoretiker in der konfrontativen Offensive zeigen (A. will seine Mitmenschen beherrschen, fordert die Erfüllung seiner Wünsche, mißachtet die Interessen anderer, etc.). Neben Beherrschungstendenzen wird ausgeprägtes aufmerksamkeitsammelndes Verhalten deutlich („Ich bin der Beste im Rechnen“, „ich bin schlau“), das gleichfalls der Theorieverifizierung dienen soll.

Die massiven Selbstbehauptungs-, Selbstschutz- und Selbstaufwertungstendenzen lassen das „Portrait“ eines Jungen entstehen, der im verzweiferten Kampf gegen eine vermeintlich feindliche Übermacht nur die Mutter als Verbündete an seiner Seite sieht und mit ihr eine „ökologische Nische“ (WILLI 1996) konstituiert, der die Funktion eines selbsttheoriebestätigenden Beziehungsraumes zukommt. Das kindbezogene Verhalten der Mutter (z.B. extreme Nachgiebigkeit, fehlende Grenzsetzungen) dürfte von A als partielle Verifizierung des Allmachtkonzepts erlebt werden. Die der Mutter irrtümlich unterstellte Billigung seines Benehmens bestärkt den Jungen darin, entsprechende Verhaltenserwartungen auch an andere Personen zu stellen.

Zur Bewältigung der außerfamiliären Zurückweisungsproblematik erweisen sich die Pläne und Verhaltensmuster des Jungen nur von situativer Wirksamkeit im Sinne der Selbsttheorie, wenn es A. etwa gelingt, einen ihn diskreditierenden Mitschüler „klein“ zu machen. Das übergeordnete Ziel der außerfamiliären Bestätigung des Allmachtkonzepts wird nicht erreicht.

Da Handlungsorientierungen und Verhalten des Jungen mit den normativen Interaktionserwartungen unvereinbar sind, orientiert sich dieser fortgesetzt an Plänen und Zielen, die seine soziale und insbesondere schulische Desintegration forcieren. Der zeitweilige Rückzug des Jungen in seine durch starke Außenbarrieren geschützte „persönliche Nische“ (*vermeide Unterordnung, komm allein zurecht, zieh dich auf dich selbst zurück*) dient der Selbsttheoriesicherung und Entlastung. In dieser spannungs-freien Schutzzone kann A. sich von seinen Machtkämpfen erholend, uneingeschränkt

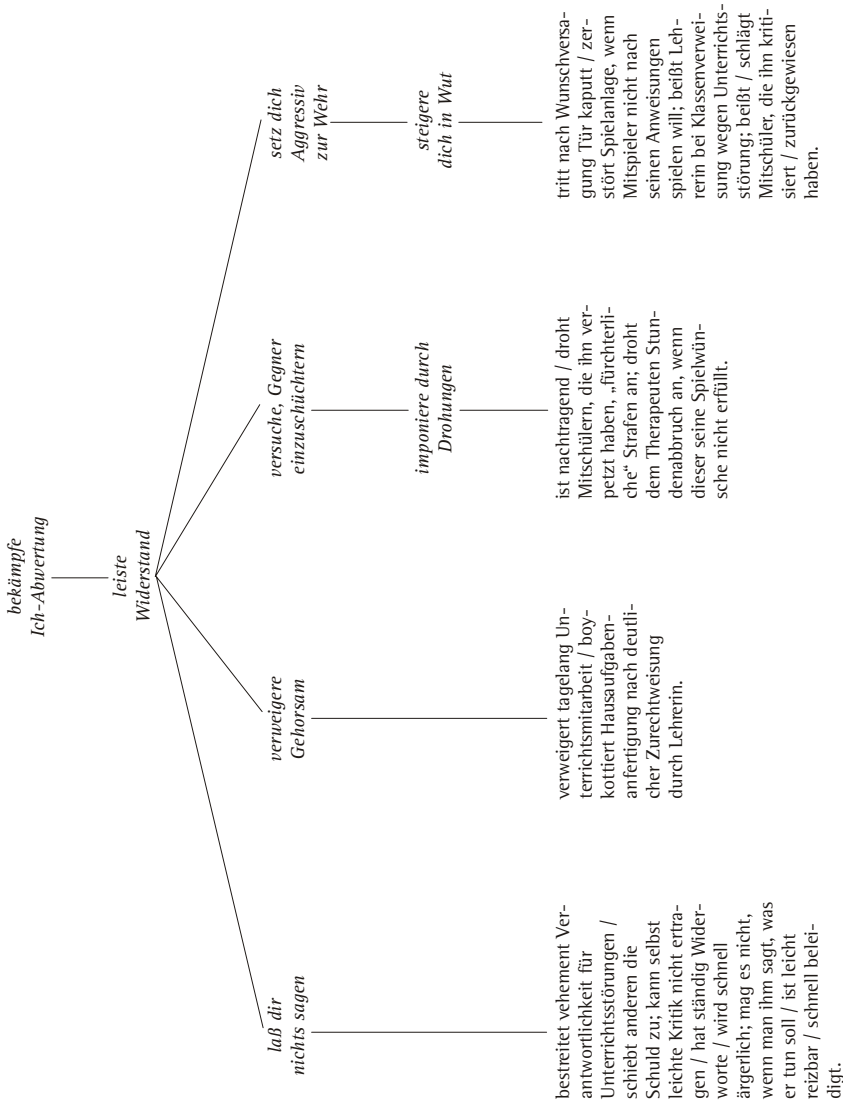


Abb. 3b: Reaktanzpläne

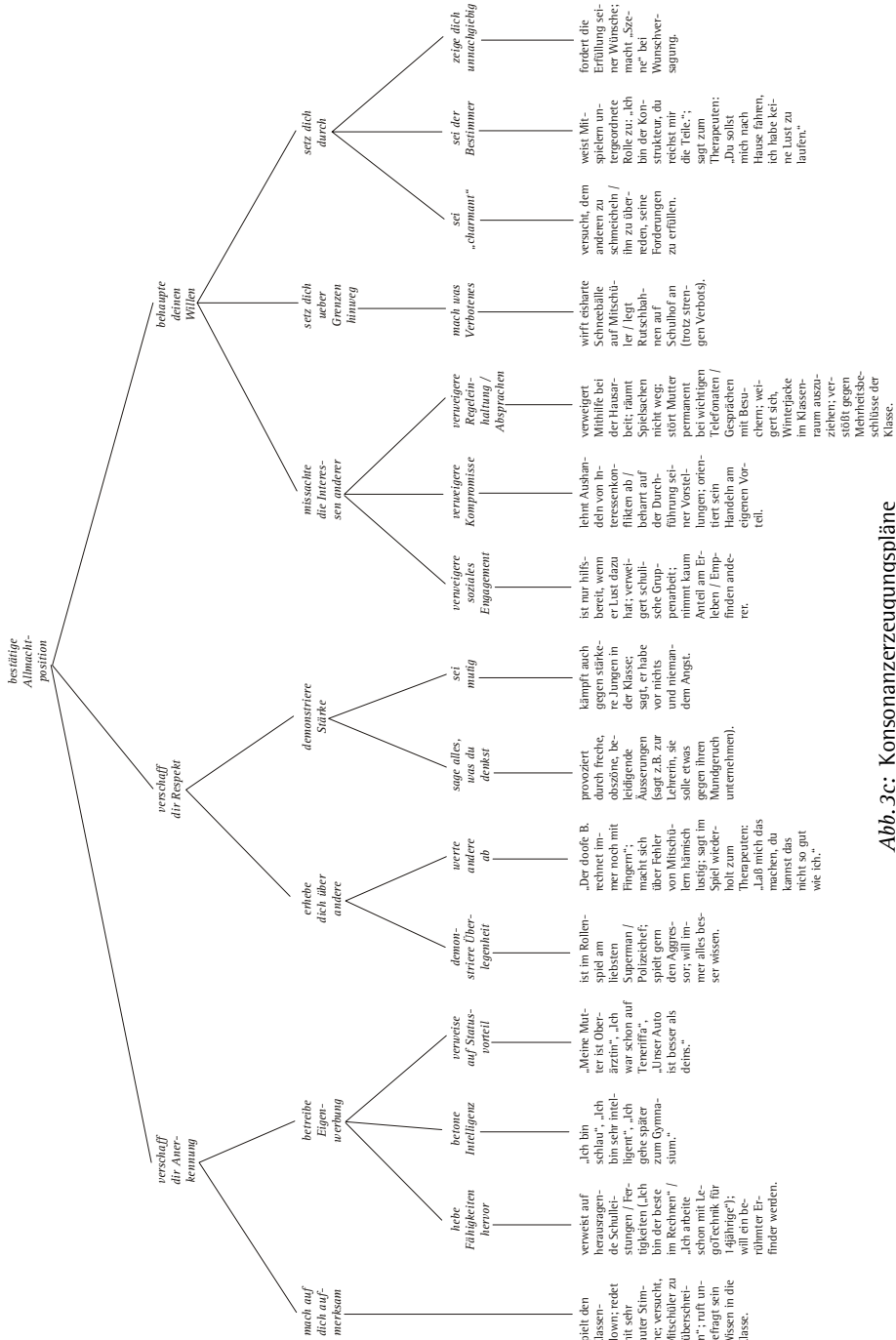


Abb. 3c: Konsonanzzerzeugungspläne

selbstbestimmend handeln („Ich brauche keine Tagesmutter“, „ich spiele am liebsten allein“).

Eine Bereitschaft zur Änderung der außerfamiliär massiv zurückgewiesenen Selbsthypothese ist nicht erkennbar. Die Planstruktur zeigt Binnenstrukturen und Inhalte einer Selbsttheorie, die im Rahmen eines relativ „geschlossenen“ Psychosystems eine gegen Falsifizierung immunisierte „autoritär-dogmatische“ Position abbilden. Der Klient hat dazu ein differenziertes, defensiv und vor allem assertiv arbeitendes „Verteidigungs- und Angriffsnetzwerk“ aufgebaut, das vornehmlich Informationen assimiliert, die dem Schutz oder der Bestätigung des Allmachtkonzepts dienen. Die bevorzugte Aktualisierung selbstverifizierender Feedbacks ist ein typisches Reaktionsmuster in Folge zentral wirkender selbstdiskrepanter Rückmeldungen (SWANN 1983, 1990). Zahlreiche Ereignisse, die eine Revision der Selbsttheorie nahelegen, werden ignoriert oder im Sinne der Allmachtperspektive (fehl)interpretiert. Vor dem Hintergrund der unterstellten selbsttheoriebezogenen Meinungskonformität mit der Mutter bewirken die Versuche der Kritiker des Jungen, diesen mit aller Macht zu einer Änderung seiner Selbsttheorie zu bewegen, bei A. in zahlreichen Situationen sog. Bumerang-Effekte (CRANACH et al. 1965), die bei zunehmenden Anpassungsforderungen in einer Extremisierung des Allmachtverhaltens deutlich werden. A. gleicht in diesem hartnäckigen Beibehalten objektiv nicht haltbarer Überzeugungen einem Wissenschaftler, der weiterhin an die Gültigkeit einer Theorie glaubt, die längst durch eindeutige, experimentell erworbene Beweise widerlegt worden ist (FESTINGER 1957).

7 Änderungsziele und Modifikationsansätze

Das allgemeine Änderungsziel besteht in einer Neustrukturierung der Selbst- und Umwelttheorie zur Verbesserung der sozialen Integrationsbereitschaft des Klienten, ohne die Aktivierungsmöglichkeiten vorhandener Ressourcen (z.B. Selbstsicherheit, Mut, Selbstbehauptungsfähigkeit, Selbstständigkeit) übermäßig einzuschränken. Die Interventionen orientieren sich an entwicklungspsychologischen Grundlagenkonzepten, die als objektiv-wissenschaftliche Theorien ein relevantes heuristisches Bezugssystem für Zielvorgaben zur Modifikation der subjektiven Theorie des Klienten bilden. Danach besteht eine wichtige altersgemäße Entwicklungsaufgabe für den Klienten in der Herstellung von Satellitenbeziehungen zu Erwachsenen und Kameradschaftsbeziehungen zu Gleichaltrigen.

Ein Vergleich des subjektiven mit dem objektiven Theoriekonzept verdeutlicht die Unverträglichkeit ihrer Grundannahmen. Den Oberplänen des Klienten zur Verifizierung des Allmachtkonzepts (*bekämpfe Ich-Abwertung, vermeide Ich-Abwertung, beständige Allmachtposition*) steht die normative Erwartung spezifischer interaktioneller Strategien zur Realisierung alterstypischer Entwicklungsaufgaben gegenüber (*akzeptiere Satellitenstatus gegenüber Erwachsenen, akzeptiere Egalitätsstatus gegenüber Gleichaltrigen*).

Die assertiven Pläne (*setz dich über Grenzen hinweg, verweigere soziales Engagement, zeige dich unnachgiebig*) sind inkommensurabel mit entwicklungsaltersange-

messeneren Plänen, wie *halte dich an schulische Regeln/Absprachen, nimm Anteil am Erleben/Befinden anderer oder zeige dich kompromißbereit*.

Aus entwicklungspsychologischen Forschungsbefunden über Bedingungen gelungener Satellitenverhältnisse zwischen Eltern und Kindern (AUSUBEL u. SULLIVAN 1974) läßt sich eine „idealtypische“ Planstruktur ableiten, die als Leitorientierung für den kindertherapeutischen Prozeß und die begleitende Beratung der Kindesmutter dienen kann. Die Abbildung 4 zeigt einen Ausschnitt dieser idealtypischen Plan- und Zielperspektiven und Interaktionsmuster für den Subbereich künftiger Sohn-Mutter-Beziehungen.

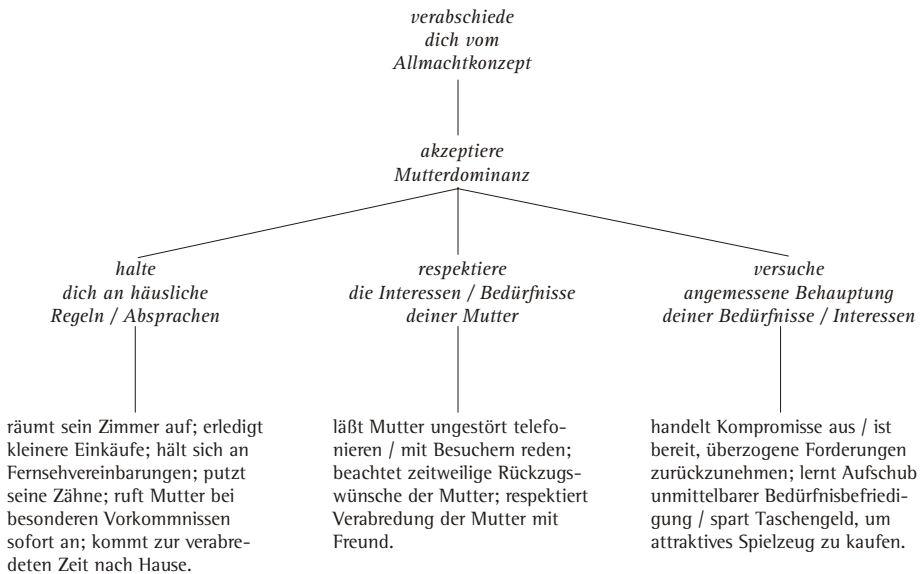


Abb. 4: Idealtypische Planstruktur künftiger Sohn-Mutter-Beziehungen

Für die Neukonstruktion der subjektiven Theorie des Klienten übernimmt der Kindertherapeut eine Doppelrolle. Zur Schaffung einer therapeutischen Beziehung, die dem Jungen psychische Sicherheit und Vertrauen vermittelt (Therapeutenvariablen: Empathie, Kongruenz, positive Wertschätzung), hat er die Funktion eines unterstützend-wohlwollenden Helfers. Andererseits muß der Therapeut aufgrund des Modifikationsvorhabens vor dem Hintergrund seiner Zielkriterien wie ein skeptischer Begleiter auftreten (GROEBEN et al. 1988), der die weitere Umsetzung des Allmachtkonzepts gezielt „stört“ (GRAWÉ 1986). Die „idealtypische“ Planstruktur dient dem Therapeuten als „kognitive Karte“, um dem Klienten neue „Wege“ aufzuzeigen, die, gemeinsam beschritten, zur Neukonstruktion der subjektiven Theorie führen sollen.

Aus kindertherapeutischer Sicht ist zum Erreichen des genannten allgemeinen Änderungszieles eine Modifikation des Annahmekerns der Kliententheorie erforderlich. Das notwendige Aufgeben des Allmachtkonzepts entspricht einem prinzipiellen Wandel im Sinne eines Paradigmenwechsels (KUHN 1967; GROEBEN et al. 1988). Der Klient wird dieser Konversionserwartung des Therapeuten, die einer krisenhaften Bedrohung

des Selbstkonzepts entspricht, erfahrungsgemäß mit starker Veränderungsresistenz begegnen oder sich im Sinne des Bumerang-Effektes verhalten und zu einer Extremisierung seiner Selbsttheorie tendieren.

Bei der Therapiedurchführung haben sich u.a. dissonanztherapeutische Techniken (KRISCH 1979; BARTLING et al. 1980; BREHM 1980; COOPER 1980; HAISCH et al. 1984; AXSOM u. COOPER 1985; AXSOM 1989; AXSOM u. LAWLESS 1992) als änderungswirksam erwiesen. Insbesondere mit dem von BREHM (1980) an der Foot-in-the-door-Technik von FREEDMAN und FRASER (1965) orientierten Verfahren des „Dissonanz-Shaping“, das den Klienten zu einem einstellungsdiskrepanten Verhalten bewegt, das einer ersten Annäherung an das gewünschte Zielverhalten entspricht und deshalb nur einen geringen Änderungsaufwand erfordert, konnten erste Schritte einer Neuorientierung des Klienten eingeleitet werden.

Zur therapiebegleitenden Beratung der Kindesmutter war eine Analyse der wichtigsten Pläne erforderlich, die das Erziehungsverhalten der Mutter steuern, um in diesem Fall die selbsttheoriestabilisierende Komplementarität zwischen Mutter- und Sohnplänen zu erkennen. Ohne hier näher auf die erschlossene Erziehungsplanstruktur der Mutter eingehen zu können, soll darauf verwiesen werden, daß ein Beratungsschwerpunkt darin bestand, vor allem die permissiv wirkenden interaktionellen Pläne der Mutter zu modifizieren, um damit die in der Therapie eingeleitete Änderung der Selbsttheorie ihres Sohnes zu unterstützen. Es wurde auch mit der Mutter daran gearbeitet, das Zusammenleben mit A. durch das gemeinsame Aufstellen und Überwachen von Regeln, Normen und Forderungen deutlicher zu strukturieren, die Einhaltung von Grenzsetzungen zu erreichen sowie die Akzeptanz des Sohnes gegenüber den Erwachseneninteressen der Mutter zu verbessern. Auch hierbei erwies sich das „Dissonanz-Shaping“ als änderungswirksam.

Literatur

- AUSUBEL, D.P./SULLIVAN, E.V. (1974): Das Kindesalter. München.
- AXSOM, D. (1989): Cognitive Dissonance and Behavior Change in Psychotherapy. *Journal of Experimental Social Psychology* 25, 234-252.
- AXSOM, D./COOPER, J. (1985): Cognitive Dissonance and Psychotherapy. *Journal of Experimental Social Psychology* 21, 149-160.
- AXSOM, D./LAWLESS, W.F. (1992): Subsequent Behavior Can Erase Evidence of Dissonance-Induced Attitude Change. *Journal of Experimental Social Psychology* 28, 387-400.
- BARTLING, G./FIEGENBAUM, W./KRAUSE, R. (1980): Einige Überlegungen zu kognitiven Grundlagen der Reizüberflutung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 4, 235-244.
- BARTLING, G./ECHELMAYER, L./ENGBERDING, M./KRAUSE, R. (1992): Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Stuttgart.
- BREHM, J.W. (1966): A Theory of Psychological Reactance. New York.
- BREHM, S.S. (1980): Anwendung der Sozialpsychologie in der klinischen Praxis. Bern.
- CASPAR, F. (1989): Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern; 2., überarb. Aufl. 1996.
- COOLEY, C.H. (1902): Human Nature and Social Order. New York.
- COOPER, J. (1980): Reducing Fears and Increasing Assertiveness: The Role of Dissonance Reduction. *Journal of Experimental Social Psychology* 16, 199-213.

- CRANACH, M.L. v./IRLE, M./VETTER, H. (1965): Zur Analyse des Bumerang-Effekts: Größe und Richtung der Änderung sozialer Einstellungen als Funktion ihrer Verankerung in Wertsystemen. *Psychologische Forschung* 28, 535-561.
- DAMON, W. (1984): Die soziale Welt des Kindes. Frankfurt a.M.
- DICKENBERGER, D./GNECH, G./GRABITZ, H.-J. (1993): Die Theorie der psychologischen Reaktanz. In: FREY, D./IRLE, M. (Hg.): *Theorien der Sozialpsychologie*, Bd. 1. Bern.
- ENGBERDING, M. (1996): Problemlösen -Ein Orientierungsmodell für Analyse und Therapie psychischer Störungen. In: CASPAR (Hg.): *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen.
- FASSHEBER, P./NIEMEYER, H.-G./KORDOWSKI, C. (1990): Methoden und Befunde der Interaktionsforschung mit dem Symlog-Konzept. Bericht aus dem Institut für Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Universität Göttingen.
- FESTINGER, L. (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston.
- FREEDMAN, J./FRASER, S.C. (1966): Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 195-202.
- FREY, D./GASKA, A. (1993): Die Theorie der kognitiven Dissonanz. In: FREY, D./IRLE, M. (Hg.): *Theorien der Sozialpsychologie*, Bd. 1. Bern.
- GEULEN, D. (1982): *Perspektivenübernahme und soziales Handeln*. Frankfurt a.M.
- GOLDFRIED, M. (1996): Vorwort in CASPAR (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen*. Bern.
- GRAWE, K. (1986): Schema-Theorie und interaktionelle Psychotherapie Forschungsbericht Nr. 1986/1. Universität Bern.
- GROEBEN, N./WAHL, D./SCHLEE, J./SCHEELE, B. (1988): *Forschungsprogramm Subjektive Theorien*. Tübingen.
- HAISCH, J./OSNABRÜGGE, G./FREY, D. (1984): Dissonanztheorie-Dissonanztherapie. Zur Bestimmung therapeutischer Techniken aus der Dissonanztheorie. In: Haisch, J. (Hg.): *Angewandte Sozialpsychologie*. Bern.
- IRLE, M. (1975): *Lehrbuch der Sozialpsychologie*. Göttingen.
- KANFER, F.H./REINECKER, H./SCHMELZER, D. (1990): *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin.
- KLEMEZ, B. (1986): Zur Bedeutung von Erwartungsdiskrepanzen für Beziehungsdiagnosen in der Heimerziehung. Bericht aus dem Institut für Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Universität Göttingen.
- KLEMEZ, B./SCHULTE, R./STRÖHLEIN, G. (1993): Betriebliche Integration von Langzeitarbeitslosen. *Texte zur Sozialforschung*. Bd. 6. Bamberg.
- KLEMEZ, B. (1999): *Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik*. Göttingen.
- KUHN, T.S. (1962): *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago.
- LAING, R.D./PHILLIPSON, H./LEE, A.R. (1966): *Interpersonal Perception*. London.
- MEAD, G.H. (1934): *Mind, Self and Society*. Chicago.
- MILLER, G.H./GALANTER, E./PRIBRAM, K.H. (1960): *Plans and the Structure of Behavior*. New York.
- MOGEL, H. (1991): *Psychologie des Kinderspiels*. Berlin.
- MUMMENDEY, H.D. (1990): *Psychologie der Selbstdarstellung*. Göttingen.
- PIAGET, J. (1926): *Das Weltbild des Kindes*. Stuttgart, dt. 1978.
- PLAUM, E. (1989): Psychodiagnostik in der Tradition der Lewin-Schule. *Gestalt Theory*, Vol. 11, No. 2, 122-155. Opladen.
- SCHIEPEK, G. (1991): *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig.
- SCHMIDTCHEN, S. (1989): *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart.
- SCHONAUER, F. (1992): Gestern traf ich Huckleberry Finn. In: *Festschrift zum 75jährigen Bestehen des Hermann-Josef-Hauses Urft*, 157-188. Kall-Urft.
- SELMAN, R.L. (1984): *Die Entwicklung des sozialen Verstehens*. Frankfurt a.M.
- SWANN, W.B. (1983): Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. In: Suls, J./Greenwald, A.G. (Eds.): *Social psychological perspectives on the self*. New York, S. 33-66.
- SWANN, W.B. (1990): To be adored or to be known: The interplay of self enhancement and self-verification. In: Sorrentino, R.M./Higgins, E.T. (Eds.). *Motivation u. Cognition Vol. 2*. New York, S. 408-448.
- WATZLAWICK, P. et al. (1967): *Pragmatics of Human Communication*. New York.
- WILLI, J. (1996): *Ökologische Psychotherapie*. Göttingen.

Anschrift des Verfassers: Dr. Bodo Klemenz, Keplerstraße 11, 37085 Göttingen.