

Heinemann, Claus

Neuentscheidungs-therapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 4, S. 130-137

urn:nbn:de:bsz-psydok-37176

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

Erziehungsberatung

- HUNDSALZ, A.: Erziehungsberatung zwischen Beratung und behördlicher Mitwirkung (Educational Guidance between Counseling and Official Participation) 157
- JAEDÉ, W./WOLF, J./ZELLER, B.: Das Freiburger Gruppeninterventionsprogramm für Kinder aus Trennungs- und Scheidungsfamilien (The Freiburg Group Intervention Program for Children from Separated and Divorced Families) 359
- KNOKE, H.: Rollenkonfusion in der Nachscheidungsphase (Role Confusion in the Phase after a Divorce) 366

Familientherapie

- CZECH, R./WERNITZNIG, H.: Therapeutische Briefe als Intervention in der Familientherapie – dokumentiert am Fallbeispiel einer Schulphobie (Therapeutical Letters as an Effective Ressource in Family Therapy – Documented by a Case of School Phobia) 304
- REITER, L./REITER-THEIL, S./EICH, H.: Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie. Antwort auf Kritik (The Ethical Status of the Child in Family Therapy and Systemic Therapy) 379

Forschungsergebnisse

- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Body Image im Jugendalter: Eine vergleichende Untersuchung an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Image in Adolescents: A Comperative Investigation of Healthy and Chronically Ill Adolescents) 119
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Auswirkungen eines Intensivtherapie-Programms für verhaltensgestörte Geistig-behinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim (Effects of an Intensive Therapy Program Designed for Mentally Handicapped Persons with Severe Behavioral Problems on Their Staff Personal in a Residential Institution) 90
- HOKSBERGEN, R./JUFFER, F./TEXTOR, M.R.: Attachment und Identität von Adoptivkindern (Attachment and Identity of Adopted Children) 339
- KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Sind die Lese- und Rechtschreibleistungen der Buben stärker von der Unterrichtsqualität abhängig als jene der Mädchen (Does the Reading and Spelling Achievement of Boys Depend More Strongly on the Quality of Classroom Teaching than the Achievement of Girls?) 2
- KUSCH, M./LABOUVIE, H./BODE, U.: Unterschiede im aktuellen Befinden zu Beginn der Krebstherapie und mögliche Folgen: Eine Pilotstudie in der pädiatrischen Onkologie (Differences in Actual State in the Beginning of Cancer Treatment and Its Implications: A Pilot Study in Pediatric Oncology) 98
- LUGT-TAPPESE, H./WIESE, B.: Prospektive Untersuchung zum mütterlichen Verhalten in der Neugeborenenzeit: eine Erkundungsstudie (A Prospective Study on Mater-

- nal Behavior During the Period of New-born Child: A Pilot Study) 322
- LUGT-TAPPESE, H.: Können Kinder ihre Ängste schildern? Eine Interviewstudie zum Vergleich der Einschätzung kindlicher Ängste durch Verhaltensbeobachtung, die Kinder selbst, deren Erzieherinnen und Mütter (Are Children able to describe their Anxieties? An Interview Study) 194
- NEUMÄRKER, K.J./STEINHAUSEN, H.C./DUDECK, U./NEUMÄRKER, U./SEIDEL, R./REITZLE, M.: Eßstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er Jahren (Eating Disorders in East- and West-Berlin in the Eighties) 60
- ROGNER, J./WESSELS, E.T.: Bewältigungsstrategien bei Müttern und Vätern mit einem erst- oder zweitgeborenen geistig behinderten Kind (Coping of Mothers and Fathers with a First- or Second-born Mentally Handicapped Child) 125
- SCHNURNBERGER, M.: Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Movement- and Body Therapy in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry) 208
- SOHR, S.: Ist es schon ‚fünf nach zwölf‘? Entwicklung einer Skala zu ‚Ökologischer Hoffnungslosigkeit‘ (Is it “Five past Twelve” Already? Development of a New Instrument to measure ‘Ecological Hopelessness’) 203
- WAGNER, H.: Auditive Wahrnehmungsprobleme und verbale und nonverbale Intelligenzleistungen (Auditory Perception Problems and Verbal and Non-verbal Intelligence Achievements) 106
- WOLKE, D./MEYER, R./ORTH, B./RIEGEL, K.: Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern (Prevalence and Persistence of Sleeping Problems during the Preschool Years: A prospective Investigation in a Representative Sample of South German Children) 331

Praxisberichte

- HEINEMANN, C.: Neuentscheidungstherapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen (New Decision-Making Therapy in Foster Children, Adopted Children and Children Living in Children's Homes with Courses of Failure) 130
- JARCZYK, B./ROSENTHAL, G.: „Gewalt“ und Erziehungsberatung (“Violence” and Child Guidance) 163
- KUNTZAG, L.: Diagnostische Probleme bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch an behinderten Vorschulkindern (Diagnostic Problems in Developmentally Retarded Children Suspected of Having been Sexually Abused) 21
- SONNENBURG, M.: Zur Konzeption von Elterngruppen in der stationären Psychotherapie von Kindern (On the Conception of Group Psychotherapy with Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children) 175
- SONNENBURG, M.: Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes – Zur inneren Situation der Eltern

in der stationären Psychotherapie von Kindern (Parents' Wounds through a Child's Illness – On the Psychological Situation of Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children)	138	lichkeit in der jungen Generation ("I came here a Stranger, as a Stranger I will go." – From Alienation to Ant-Foreign Sentiment in the Younger Generation)	247
TATZER, E./KRISCH, K./HANICH, R.: Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung (Working with Mentally Disturbed Parents in a Psychiatric Institution for Children)	170	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe (Children of Psychotic Parents – A Neglected Risk Group)	295
Psychotherapie		RESCH, F.: Magisches Denken und Selbstentwicklung (Magic Thinking and Self Development)	152
CRAMER, B.: Mutter-Kleinkind-Beziehung: Beginn der psychischen Struktur (Mother-Infant-Relationship: the Beginning of the Psychic Structure)	345	SCHEUERER-ENGLISCH, H./SUESS, G.J./SCHWABE-HÖLLEIN, M.: Das psychologische Sachverständigengutachten als Intervention bei Sorgerechtskonflikten während der Scheidung (The Psychological Expert Opinion as a Form of Intervention in Custody Conflicts during Divorce)	372
DIEZ GRIESER, M.T.: Zur Rolle der Eltern beim Abbruch von Kinderpsychotherapien (On the Role of Parents in Premature Termination of Child Psychotherapy)	300	SOHNI, H.: Geschwisterbeziehungen – Die Einführung der horizontalen Beziehungsdynamik in ein psychoanalytisches Konzept 'Familie' (The Psychoanalytic Starting Position Concerning the Sibling Relationship as attributed to S. Freud)	284
KERN, H.J.: Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen (Paradoxical Interventions: Explanations and Categorizations)	9	STREECK-FISCHER, A.: Männliche Adoleszenz, Fremdenhaß und seine selbstreparative Funktion am Beispiel jugendlicher rechtsextremer Skinheads (Male Adolescence, Xenophobia and its Self-repairing Function using the Example of Adolescent Right-wing Extremist Skin Heads)	259
Übersichten		WALTER, R./REMSCHMIDT, H.: Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter (On the Need of Psychotherapy for School Children)	223
BAUERS, W.: Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie (Transference in Psychoanalytic Child Therapy)	84	Werkstattberichte	
DERICHS, G./KROHN-JASTER, G.: Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5–8-jährigen (An Integrative Concept to cope with Developmental Retardations of 5 to 8 Years old Children)	215	NETZER, J.: Akzeptanz einer kommunalen Erziehungsberatungsstelle im ländlichen Bereich	27
ERDHEIM, M.: Das fremde Böse (The Strange Evil)	242	Tagungsberichte	
FRIEBEL, V.: Entspannungstraining für Kinder – eine Literaturübersicht (Relaxation Training for Children. A Review of Literature)	16	Bericht über den XIII. Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)	350
HESS, T.: Systemdenken in Schulpsychologie und Schule (Systemic Perspectives in Guidance and Educational Counseling in Public Schools)	45	Buchbesprechungen	
HIRSCHBERG, W.: Kognitive Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – eine Übersicht (Cognitive Characteristics of Children and Adolescents with Conduct Disorders – a Review) . .	36	ADLER, M.: Ethnopschoanalyse. Das Unbewußte in Wissenschaft und Kultur	352
HÖGER, C.: Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie (Systemic Aspects in Outpatient Child Psychiatry)	78	BARRON, J./BARRON, S.: Hört mich denn niemand? Eine Mutter und ihr Sohn erzählen, wie sie gemeinsam den Autismus besiegten	182
KAHL-POPP, J.: „Ich bin Dr. Deutschland.“ – Rechtsradikale Phantasien als verschlüsselte Kommunikation in der analytischen Psychotherapie eines Jugendlichen ("I am Dr. Deutschland." – Right-wing Extremist Fantasies as Enciphered Communication in the Analytic Psychotherapy of an Adolescent)	266	BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. V	272
KOHE-MEYER, I.: „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ – Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose ("I am a Stranger for Everybody." – Experience of Migration, Ego-Identity and Neurosis)	253	BOSSELMANN, R./LÜFFE-LEONHARDT, E./GELLERT, M.: Variationen des Psychodramas – ein Praxisbuch, nicht nur für Psychodramatiker	183
MÄRTENS, M.: Bettnässen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis – Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden unter familiendynamischen Aspekten (Enuresis as Individual Symptom and Systemic Event – Considerations Concerning the Application of Hypnotherapy Methods under Aspects of Familydynamics)	54	BOTT SPILIUS, E. (Hrsg.): Melanie Klein heute – Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1 u. 2	27
PETRI, H.: „Fremd bin ich eingezogen, fremd zieh ich wieder aus.“ – Von der Entfremdung zur Fremdenfeind-		BRACK, U. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	273
		BRÜNDEL, H.: Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention	275
		BUCHHOLZ, M.B.: Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie	235
		BÜRGIN, D.: Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter .	183

COOKE, J./WILLIAMS, D.: Therapie mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern	73	NEUBAUER, G./SÜNKER, H. (Hrsg.): Kindheitspolitik international. Problemfelder und Strategien	71
DEGENER, G./DIETEL, B./KASSEL, H./MATTHAEI, R./NÖDL, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	232	PASSOLT, M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder. Psychomotorische Therapie	184
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETERMANN, F. (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern ..	147
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETRI, U.: Umweltzerstörung und die seelische Entwicklung unserer Kinder	27
Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Beratung von Stieffamilien – Von der Selbsthilfe bis zur sozialen Arbeit	110	PETRI, H.: Verlassen und verlassen werden. Angst, Wut, Trauer und Neubeginn bei gescheiterten Beziehungen ..	30
DITTLER, U.: Software statt Teddybär. Computerspiele und die pädagogische Auseinandersetzung	278	RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P./BOWI, U./LAASER, U.: Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge	112
EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung	315	RÖHRLE, B.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung ..	187
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 30, 31, 32	312	RÖTTGEN, G.: Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb	111
ELLEBRACHT, H./VIETEN, B. (Hrsg.): Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag. Perspektiven und Meinungen aus Theorie und Praxis	72	SCHIFFER, E.: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen	313
FAHRENFORT, J.: Attachment und Early Hospitalization ..	279	SCHMIDT, M. H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	280
FALLER, H./FROMMER, J. (Hrsg.): Qualitative Psychotherapieforschung	318	SCHUBARTH, W./MELZER, W. (Hrsg.): Schule, Gewalt und Rechtsextremismus	186
FRANSEN, S.: Ganz normal – und doch ver-rückt. Freiwillig in die Jugendpsychiatrie	111	SCHUBBE, O. (Hrsg.): Therapeutische Hilfen gegen sexuellen Mißbrauch an Kindern	313
GAULD, J. W.: Character first – the Hyde School Difference ..	386	SCHUBERT, B.: Erziehung als Lebenshilfe. Individualpsychologie und Schule – ein Modell	72
GIL, E.: Die heilende Kraft des Spiels: Spieltherapie mit mißbrauchten Kindern	315	SCHUMACHER, K.: Musiktherapie mit autistischen Kindern ..	316
GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession	316	SEIDLER, G. (Hrsg.): Magersucht – öffentliches Geheimnis ..	288
GROSSKURTH, P.: Melanie Klein – ihre Welt und ihr Werk ..	232	SOLNIT, J. (Ed.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 47	70
HEINL, P.: Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg ... Seelische Wunden aus der Kriegskindheit	235	STEINHAUSEN, H. C./VON ASTER, M. (Hrsg.): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen	147
HENNICKE, K./ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung	147	STORK, J. (Hrsg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters	32
HESSE, S.: Suchtprävention in der Schule – Evaluation der Tabak- und Alkoholprävention	185	TENT, L./STELZ, I.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik	109
HURRELMANN, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung	317	Testzentrale des Berufsverbandes deutscher Psychologen: Testkatalog 1994/95	318
KASTEN, H.: Die Geschwisterbeziehung, Bd. II: Spezielle Geschwisterbeziehungen	72	TIETZE-FRITZ, P.: Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation	274
KLAUSS, T.: Trennung auf Zeit	274	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsrisiken	274
KLEES, K.: Partnerschaftliche Familien: Arbeitsteilung, Macht und Sexualität in Paarbeziehungen	277	VOLLBRECHT, R.: Ost-west-deutsche Widersprüche. Ostdeutsche Jugendliche nach der Wende und im Westen ..	31
KNÖLKER, U./SCHULTE-MARKTWORT, M. (Hrsg.): Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung	183	WEBER-KELLERMANN, I.: Die helle und die dunkle Schwelle. Wie Kinder Geburt und Tod erleben	186
KROWATSCHEK, D.: Marburger Konzentrationstraining ..	386		
KUSCH, M.: Entwicklungspsychopathologie und Therapieplanung in der Kinderverhaltenstherapie	185	Editorial 240, 358	
LANFRANCHI, A.: Immigranten und Schule	385	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 27, 68, 109, 138, 175, 229, 266, 310, 345, 382	
LAUTH, G.W./SCHLOTTKE, P.F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern	112	Diskussion 179	
LICKONA, T.: Educating for Character – How our Schools can teach Respect and Responsibility	276	Zeitschriftenübersichten 68, 143, 230, 310, 383	
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie ..	146	Tagungskalender 34, 74, 114, 148, 188, 236, 280, 319, 354, 387	
LÜCK, H.E./MÜLLER, R. (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Psychologie	353	Mitteilungen 34, 74, 114, 149, 188, 237, 320, 354	
MÖNKS, F.J./YPENBERG, I.H.: Unser Kind ist hochbegabt. Ein Leitfaden für Eltern und Lehrer	235		
MYSCHKE, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen	145		

Neuentscheidungs-therapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen

Claus Heinemann

Zusammenfassung

Es wird eine spezifische Problemgruppe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Scheiterer-Syndrom und Scheiterer-Verläufen beschrieben und über die für junge Patienten modifizierte Neuentscheidungs-therapie berichtet. Diese wird sowohl von ihrem transaktions-analytischen Hintergrund als auch in ihrer praktischen Durchführung im stationären Feld einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben. Es handelt sich um keine Einzelmethode, sondern um eine Therapie-richtung. Sie soll dem jungen Menschen helfen, seine früheren Entscheidungen hinsichtlich Beziehungen im Sinne eines eigenen Einlaßverbotes als Hauptursache für das Scheitern zu revidieren und sich zu entscheiden, künftig in Beziehungen erfolgreich sein zu wollen. Dafür kommen je nach individueller Prozeßsituation verschiedene psycho-therapeutische Verfahren zur Anwendung. Die Neuentscheidungs-therapie kann als abgeschlossen gelten, wenn die typischen Symptome des Scheiterer-Syndroms verschwunden sind, und der junge Mensch sich gegenüber entwicklungsfördernden Hilfen zu öffnen und in Beziehungen einzulassen beginnt.

1 Einleitung

Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, deren Verhältnis in Ersatzfamilien und Heimen abgebrochen wird, wird größtenteils in der Literatur recht unterschiedlich wiedergegeben.

Was z. B. die Abbruchquote bei Pflegeverhältnissen anbelangt, so stellte BLANDOW (zit. bei HEUN 1984, S. 47) in seiner Untersuchung aus den Jahren 1967–1970 eine solche von 28 % nach 5jährigem Aufenthalt fest. Demgegenüber wurden dem Jahresbericht des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe (1987) zufolge in den Jahren 1978/1987 nur 2,3–3,5 % (Mittelwert: 2,7 %) aller Pflegeverhältnisse abgebrochen.

Nach einer Untersuchung von GINTZEL und SCHONE (1990, S. 31) waren in 79 Heimen in Westfalen-Lippe 14 % der Kinder und Jugendlichen vorher in Pflegefamilien, 3 % sogar in mehreren, 20 % zuvor in einem anderen Heim, 6 % in mehreren. Zumindest bei dieser Untergruppe kann also von regelrechten Scheiterer-Verläufen gesprochen werden.

Was die verursachenden Faktoren des Abbrechens anbelangt, so weist der Jahresbericht des Landesjugendamtes

Westfalen-Lippe von 1986 bezüglich abgebrochener Pflegeverhältnisse hauptsächlich in zwei Richtungen: „Überforderung der Pflegeeltern“ wurde bei 37 %, „Bindungsproblematik und Verhaltensauffälligkeiten“ der Kinder in 46 % der Fälle gefunden.

Danach stellt sich die Frage: Was eigentlich hindert diese Kinder, bei ihren Ersatzeltern (Pflege-, Adoptiv-) und Ersatzerziehern (Mitarbeiter in Einrichtungen der Jugendhilfe) erfolgreich zu sein? Was eigentlich läßt sie scheitern?

Zunächst ist eine Aussage wie die von LANDSBERG und SCHNEEWIND (1988, S. 138) anhand ihrer Untersuchung an „fremdplazierten“ Kindern und Jugendlichen in Ersatzfamilien, daß „die meisten unserer fremdplazierten Patienten an frühen Schädigungen leiden“ schon deswegen weiterführend, weil sie die aktuellen Schwierigkeiten des Kindes nicht ausschließlich oder überwiegend am Verhalten der Ersatzeltern und Betreuer festmacht.

Nicht selten werden nämlich Fehlreaktionen der chronisch belasteten Ersatzeltern und Erzieher gerade bei dieser Problemgruppe von Außenstehenden wie Nachbarn, Verwandten, aber auch gelegentlich von professionellen Beratern als Ursache für das Problemverhalten angesehen. Dies ist dann naheliegenderweise eine zusätzliche Belastung. Das schließt nicht aus, daß es bei manchen Eltern eine „verminderte Toleranz“ gibt, wie JUNGMAHN (1980) bei seiner Untersuchung gefunden hat, „mit welcher die Eltern auf die Störungen oder Probleme ihrer adoptierten Kinder reagieren.“

Was nun LANDSBERG und SCHNEEWIND „frühe Schädigungen“ nennen, erklärt LEBER (1978, S. 193) gleichbedeutend als eine „tiefe seelische Verwundung“ aufgrund „früher Trennungserfahrungen“, die „für ein Kind bedrohlich“ und mit der Tendenz verbunden sei, diese frühen Trennungserfahrungen „zu reproduzieren“. LEBER nennt diese Tendenz „Provokation erneuter Verlassenheit“.

Das Zurückführen der Bindungsproblematik auf frühe Trennungserfahrungen könnte nun den Schluß zulassen, daß es hauptsächlich die „versagenden Eltern“ seien, selbst „von frühester Kindheit an schwerstgestörte Menschen, die nicht Eltern sein können“, Ausdrücke, die sich bei NIENSTEDT und WESTERMANN (1980) finden, deren Verhalten vor und bei der Trennung von ihrem Kinde dessen negative Weiterentwicklung und sein Scheitern geradezu zwangsläufig vorprogrammiere. Dem steht jedoch die Tatsache entgegen, daß die Gruppe der Scheiterer mit sogenannten Scheiterer-Verläufen eine zwar unterschiedlich groß eingeschätzte Gruppe, letztlich aber doch nur

eine Minderheit unter den in Ersatzfamilien vermittelten Kindern darstellt. Und dem steht auch die grundsätzliche Erfahrung entgegen, daß Kinder sich auf die erlittenen Traumatisierungen unterschiedlich einstellen können. Neben der sicherlich gravierenden Rolle des „Verletzers“ ist die des „Verletzten“ mit seinen autonomen Entscheidungsmöglichkeiten zu beachten. Auf frühe Trennungserfahrungen kann das traumatisierte Kind mit eigenen frühen Entscheidungen ganz unterschiedlich antworten, eben auch in der Weise, sich in Ersatzfamilien und Ersatzgruppen (in Heimen) nicht einzulassen und damit in seiner Entwicklung dort nicht erfolgreich zu sein.

2 Das transaktionsanalytische Erklärungsmodell der frühen Entscheidungen

BERNE (1971, S. 83) schreibt, daß in jedem Mann noch der kleine Junge, in jeder Frau noch das kleine Mädchen sei, das sie einst gewesen seien. Bei jedermann sei in Mimik, Gestik und Tonfall beobachtbar, in welchem sogenannten „Ich-Zustand“ er sich gerade befinde, ob im „Eltern-Ich“, ob im „Erwachsenen-Ich“, ob im „Kind-Ich“. Diese „Ich-Zustände“ entwickeln sich aus frühen präverbalen „Ich-Haltungen“, aus kindlichen „Ich-Zuständen“. Diese frühen Ich-Haltungen entsprechen nach SCHLEGEL (1984) dem „inneren Kind“. Dieses sei „ursprünglich“ und „unbefangen“. Durch negative Erfahrungen aus der Umwelt werde das Kind in seiner ursprünglichen Unbefangenheit eingeschränkt. „So kann dem unbefangenen, freien, natürlichen, innengeleiteten Kind-Ich ein reaktives Kind-Ich gegenübergestellt werden, das weitgehend das Erleben und Verhalten auch eines Erwachsenen mitbestimmen kann. Dieses reaktive Kind-Ich kann sich entweder in einem fügsamen, braven Verhalten äußern oder aber in einem rebellischen, trotzigem oder rachsüchtigen.“ (SCHLEGEL 1984, S. 23)

Auf den strukturellen Positionen BERNES und anderer Transaktionsanalytiker haben dann McCCLURE GOULDING und GOULDING ihre „Neuentscheidungstheorie“ aufgebaut und bei Erwachsenen zur „Neuentscheidungstherapie“ entwickelt, dabei aber BERNES Konzept an einer relevanten Stelle revidiert. Während nämlich dieser ähnlich wie NIENSTEDT und WESTERMANN (1980) noch davon ausgeht, daß das Kind sich den Eltern gegenüber in einer ausgeprägten Opferrolle befinde ohne oder mit nur geringem eigenem Entscheidungsspielraum, unterstellen die GOULDINGS diesen auch schon dem kleinen Kinde „sehr wohl“: „Im Gegensatz dazu meinen wir, daß das Kind sehr wohl filtert, auswählt und als Antwort auf solche Botschaften für sich Entscheidungen trifft, und daß es in gewissem Umfang die Kontrolle darüber hat, was es übernehmen will und was nicht ... Das reaktive Kind-Ich trifft früh im Leben die Entscheidung, sich nach elterlichen Botschaften zu richten, weil es überleben will. Es übergeht dabei das freie unbefangene oder natürliche Kind-Ich. Später, im Rahmen der Neuentscheidungs-Therapie, trifft das frühe Erwachsenen-Ich im Kind-Ich eine neue Entscheidung: Um die

pathologische Anpassung außer Kraft zu setzen und sich frei zu entfalten.“ (McCCLURE GOULDING u. GOULDING 1981, S. 31 f.)

3 Das Scheiterer-Syndrom

Folgt man den GOULDINGS, dann sind also die frühen Entscheidungen Überlebensstrategien, mit deren Hilfe sich das Kind vor neuerlichen Verletzungen schützt. Haben sie zu dem Zeitpunkt, zu dem sie vom Kind getroffen wurden, ihren schützenden Sinn gehabt, so führen sie im weiteren Verlauf in „Sackgassen“, in denen die Entwicklung weitgehend blockiert bleibt.

Eine besonders schwere Entwicklungsblockierung zeigt sich nun gerade auch bei bestimmten Kindern und Jugendlichen mit gescheiterten Verhältnissen aus Pflege- und Adoptivfamilien und aus Heimen, die schließlich wegen einer komplexen Problematik im Kommunikations- und Leistungsbereich in unsere Klinik zur Aufnahme kamen. Die Symptomatik, die letztlich zur Aufnahme geführt hatte, erwies sich zwar als vielfältig, aber letztlich als vordergründig. Hinter Verhaltensweisen wie hochfrequentem provokativen Störverhalten schälte sich regelmäßig bei dieser Gruppe mit Scheiterer-Verläufen folgendes kennzeichnendes Scheiterer-Syndrom heraus: (a) Gekränktes Aussehen, (b) „Wandphänomen“ und (c) Bilanzscheitern.

3.1 Gekränktes Aussehen

Sie zeigen typischerweise immer wieder und insgesamt vorherrschend in Mimik, Gestik und Sprache ein gekränkt-beleidigt-trotziges Verhalten als äußerer Ausdruck einer zutagetretenden, entsprechend frühen reaktiven Ich-Haltung. Häufig finden sich für dieses Aussehen im aktuellen Umfeld gar keine oder nur unverhältnismäßig geringe Auslöser. Aussehen und Verhalten werden gleichermaßen von Ersatzeltern bzw. Mitarbeitern aus Heimen anamnestisch so beschrieben, als auch jetzt durchgehend so in den betreffenden Mitarbeiterteams der Klinik erlebt. Es bewirkt bei den Kommunikationspartnern, Kindern wie Betreuern, ganz überwiegend negative Gefühle wie Ärger, Resignation, aber auch nicht selten unzutreffende Schuldgefühle mit der Tendenz zu Distanzierung und Ablehnung.

3.2 Das „Wandphänomen“

Adoptiv- und Pflegeeltern, aber auch Heimerzieher haben immer wieder ihren Eindruck geschildert, bei diesen Kindern und Jugendlichen „wie vor eine Wand zu laufen“. Dies ist eine geradezu typische Bezeichnung, mit deren Hilfe sie ihr oft monate-, ja jahrelang gemachtes Erleben beschreiben, mit ihren Angeboten an Zuneigung und Führung nicht angekommen zu sein.

In ebenso typischer Weise reproduziert sich das „Wandphänomen“ bei dieser speziellen Gruppe von Kindern nach der stationären Aufnahme in anhaltender Weise

im Zusammenleben mit den Mitarbeitern. Es verbindet sich mit der Erfahrung, daß an dieser „Wand“ auch die meisten pädagogischen und therapeutischen Bemühungen abzurallen scheinen, d.h. ein positiver therapeutisch-pädagogischer Prozeß bleibt aus. Das führt bei den Beteiligten, Angehörigen wie Mitarbeitern oft zu dem Gefühl, versagt zu haben, selbst gescheitert zu sein.

3.3 Bilanzscheitern

Diesem subjektiven Gefühl der Beteiligten, trotz aller Bemühungen zu scheitern, entspricht auch die objektive Bilanz aus der Vorgeschichte: Trotz gelegentlicher zwischenzeitlicher Verhaltensauffhellungen ist es immer wieder bei voraufgegangenem Aufenthalt in Ersatzfamilien und Heimen letztendlich zum Scheitern gekommen. Eines der Kinder aus dieser Problemgruppe hatte in seinen ersten 8 Lebensjahren bereits 7 Aufenthalte in Pflegefamilien und Kinderheimen hinter sich.

Dabei ist die Frequenz der Abbrüche jedoch kein absolutes Kriterium. In anderen Fällen ist es äußerlich deswegen nicht oder noch nicht zum Abbruch gekommen, weil auf seiten der Eltern oder Erzieher eine sehr große Tragfähigkeit oder (und) ein hoher Anspruch an sich selbst bislang davon abgehalten haben. Dennoch kann die Bilanz dieselbe sein: Trotz aller Bemühungen der Familie hat sich das Kind nicht auf das Beziehungsangebot eingelassen. Die Eltern eines 10jährigen, den sie im Alter von 4 Wochen adoptiert hatten, drückten es kennzeichnenderweise so aus: „Er hat sich durch sein Liebseinkommen immer nur vorübergehend angepaßt, aber in Wirklichkeit nie bei uns eingelassen.“

4 Indikationsstellung und Planung der Neuentscheidungstherapie bei Kindern und Jugendlichen

Liegt im Einzelfall das beschriebene Scheiterer-Syndrom vor, wird unsererseits die Hypothese aufgestellt, daß bei diesen jungen Patienten eine frühe Entscheidung in der Richtung vorliegen könnte, sich nicht in neue Beziehungen einzulassen, um nicht wie bei der ersten Trennung neuerlich verletzt zu werden. Eine solche frühe Entscheidung wäre dann ein eigenes Einlaßverbot.

Bei dieser Hypothese wird wohl davon ausgegangen, daß eine solche Festlegung für das Scheitern letztlich verantwortlich zu machen wäre, nicht aber für die gesamte Symptomatik. Bei deren Entstehen wird vielmehr immer auch an das interferierende Mitwirken weiterer Faktoren gedacht. Hierbei sind primäre Milieueinflüsse und sei es auch nur während der besonders empfindlichen Phase einer durch große Probleme belasteten Schwangerschaft zu berücksichtigen, ferner pränatale hirnfunktionsbeeinträchtigende Einflüsse, die Auswirkungen des Traumas der Trennung selbst, aber auch Faktoren lerntheoretischer Art. Zum Beispiel kann ein Kind gemäß dem Modell der operanten Konditionierung mit dem Trauma der frühen Trennung verbundene Trennungsängste gleichsam offensiv durch provokativ-aggressive Strategien zu kanalisieren

gelernt haben. Oder es gibt zusätzliche Überlagerungen durch Probleme in der Ersatzfamilie, seien diese nun mehr milieureaktiv oder Ausdruck einer eigenen primären Systemstörung.

Wohl aber unterstellt die Hypothese, daß eine frühe kindliche Entscheidung im Sinne eines eigenen Einlaßverbotes den Scheiterer-Verlauf als solchen maßgeblich bedingt, entsprechend der einfachen Erfahrungsregel: Wer keine Beziehung zuläßt, läßt auch keine Entwicklung zu. Diese Hypothese führt zur Indikationsstellung einer Neuentscheidungstherapie.

5 Durchführung der Neuentscheidungstherapie

Was die von den GOULDINGS entwickelte Therapie selbst anbelangt, so wurde diese überwiegend bei Erwachsenen mit zumindest äußerlich kompensiert erscheinenden Lebensläufen innerhalb einer Gruppe in Form eines Kurztrainings von 1–4 Wochen durchgeführt. Schon WOOLAMS und BROWN (1978, S.263) haben dieses Vorgehen selbst für eine Erwachsenenclientel als für zu kurzzeitig erachtet und einen längeren prozeßhaften Verlauf als günstiger angesehen.

Diese Einschätzung gilt in noch höherem Maße für unsere Klientel aus multipel gestörten Kindern, Jugendlichen und auch einzelnen jungen Erwachsenen mit dem Scheiterer-Syndrom. Anstelle einer kurzzeitigen Intensivtherapie ist bei diesen auf vielfache Weise identitäts- und beziehungsverunsicherten jungen Patienten ein behutsamer, schrittweiser Prozeßverlauf angezeigt. Dieser ist es denn auch, der die Hypothese und Indikationsstellung in erster Linie, und wie bei sonstigen Problematiken auch üblich, überprüfen hilft.

Aus dem gleichen Grund wurde auch die Therapiestruktur modifiziert. An die Stelle einer ausschließlichen Gruppentherapie haben wir einerseits einzeltherapeutische Sitzungen gesetzt, diese andererseits, wie allgemein heute in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit üblich, in einen gesamttherapeutischen Prozeß integriert, an dem andere Kinder auf der Station, die Mitarbeiter und vor allem auch die Angehörigen in hohem Maße beteiligt sind. Aber auch, was die Neuentscheidungstherapie selbst anbelangt, wurde diese bei unserer Problemgruppe insofern modifiziert, als sie in folgenden aufeinander aufbauenden Therapieschritten verläuft:

- (a) Phase der Netzbildung und des Anwärmens (Joining);
- (b) Phase der Motivationssondierung, der kognitiv-strukturierenden Arbeit und des Therapievertrages;
- (c) Phase des Ortes und Ausdrückens verdrängter negativer Gefühle;
- (d) Phase der (inneren) Aussöhnung mit der leiblichen Herkunft;
- (e) Phase des Aufdeckens früher Entscheidungen und der Neuentscheidung.

5.1 Phase der Netzbildung und des Anwärmens (Joining)

Bei den jungen Patienten mit ihrer mißtrauisch-abweisenden Grundhaltung ist diese Phase besonders wichtig. In dieser Phase ist es wichtig, um die Patienten ein Netz von Menschen und Abläufen aufzubauen. Selbst wenn sie in ihrer abblockend-gepanzerten Art äußerlich wenig an Wirkung erkennen lassen, so daß es schwerfällt, von „vertrauensbildenden Maßnahmen“ zu sprechen oder gar von „Anwärmphase“ (Joining), so sagen sie doch oft später selbst, daß sie in dieser Phase die nötige Sicherheit gewonnen haben, die es ihnen erst ermöglichte, sich auf die spezielle Einzeltherapie einzulassen.

In dieser Phase fädelt sich der Einzeltherapeut behutsam ein, wobei er eher nondirektive, dem Entwicklungsstand und Neigung des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Kontaktzugänge wählt, z. B. Fußball- oder Tennisspielen oder Vorlesen. Denn eine zu direkte Annäherung führt aufgrund des „Wandphänomens“ als Teil des Scheiterer-Syndroms unweigerlich zu einem Auslösen des Panzerungsmechanismus.

Die Kontaktabbahnung für sich allein rechtfertigt noch nicht die stationäre Form der Behandlung. Es muß die dichte Netzbildung mit rascher und möglichst lückenloser Koppelung zwischen Einzeltherapeut und den anderen Therapeuten/Pädagogen auf der Station gegeben sein mit der Möglichkeit, den Patienten erforderlichenfalls aufzufangen. Dieses Erfordernis ergibt sich dann, wenn trotz behutsamen Vorgehens es im weiteren Verlauf zu einer Entladung verdrängter Gefühle kommen sollte, die sich in akuter Depressivität oder auch Aggressivität äußern. Dies gilt zumindest bis zur Beendigung der dritten Phase. Dafür sprechen die Erfahrungen aus mehreren ambulanten Versuchen, wobei es insgesamt viermal zu schweren Entgleisungen gekommen ist, darunter zu einem schweren Suizidversuch und einer erheblichen Fremdgefährdung.

5.2 Phase der Motivationssondierung, der kognitiv-strukturierenden Arbeit und des Therapievertrages

Sind durch Netzbildung und durch Kontaktabbahnung die sozialen und emotionalen Voraussetzungen geschaffen, tritt die Einzeltherapie in die nächste Phase ein. In dieser geht es einmal um die Sondierung der Selbstwahrnehmungsfähigkeit wie überhaupt der Motivationslage und deren Stärkung durch kognitive Strukturierungsstrategien. Das Ziel dieser Bemühungen ist es, zu einem Therapievertrag zu kommen.

Beispiel I:

Monika (M), 17 J., durchschnittlicher IQ, bietet ein ausgeprägtes Scheiterer-Syndrom. 5 Jahre zu Hause, dann in vier verschiedenen Heimen, wieder bei der Mutter, dann in einer Wohngruppe. Therapeut (Th): Bist du so mit dir zufrieden? – M: Nein, überhaupt nicht. – Th: Was macht dich am meisten unzufrieden? – M: Daß ich so labil bin. – Th: Woran merkst du das? – M: Z. B., daß ich nirgendwo zurechtkomme. – Th: Möchtest du zurechtkommen? – M: Ach, ich weiß nicht. Ich glaub', ich schaff das sowieso nicht. – Th: Das ist also, was du glaubst. Wer hat dir gesagt, daß du labil bist? – M: Das haben schon viele gesagt. –

Th: Wer am meisten? – M: Meine Mutter. – Th: Und was denkst du? – M: Daß das irgendwie schon auch so stimmt. – Th: Irgendwie? So ganz sicher bist du dir da nicht? – M: Nein. Th: Ist da manchmal so eine Ahnung: Eigentlich bin ich ganz anders? – M: Manchmal, ja. – Th: Und wie, denkst du, bist du eigentlich? – M: Manchmal denke ich, eigentlich bin ich ganz anders. – Th: Nämlich wie? – M: Ja, eigentlich bin ich robust. – Th: Robust und eigentlich auch verlässlich? – M: Ja. – Th: Soll ich dir mal was zu deiner Ausstrahlung sagen. Du kennst das, wenn man sagt, der hat eine warme Ausstrahlung und so. – M: Ja. – Th: Wie die radioaktive Ausstrahlung aus dem Kern kommt, so kommt auch die Ausstrahlung eines Menschen aus seinem eigentlichen Persönlichkeitskern. Und weißt du, wie deine Ausstrahlung auf mich wirkt? – M: Ja? – Th: Das finde ich wichtig, daß du etwas über dich wissen willst, also bist du durchaus an dir interessiert. Also, du wirkst auf mich genauso, wie du dich beschrieben hast, nämlich durchaus robust und verlässlich. Kannst du das annehmen? – M: Ja. – Th: Das bist du eigentlich. Und da gibt es sicher noch mehr, z. B. finde ich dich aufrichtig. Und nun wissen wir: Der eigentliche Mensch, die eigentliche Monika, kann durch negative Einflüsse und Erlebnisse so zugedeckt werden, daß er diese Decke, seine Schwierigkeiten für sich selbst zu halten beginnt: Ich bin ein labiler Mensch und so war ich schon immer. Kannst du dich da wiederfinden? – M: Ja. – Th: Möchtest du so bleiben wie du dich all die Jahre kennst oder möchtest du die eigentliche Monika entdecken und dich von der Decke darüber lösen? – M: Mich davon lösen. – Th: Willst du dir das lieber noch einmal überlegen? Denn es wird eine schwere Arbeit auf dich zukommen mit schmerzhaften Erinnerungen. – M: Das brauch ich mir nicht zu überlegen. Ob schwer oder nicht schwer, das ist mir egal. Ich will das jetzt. – Th: Da erleb' ich gerade wieder die eigentliche Monika, die robuste Monika. Da sind wir uns also einig? – M: Ja.

Sich in dieser Weise zu einer Entscheidung für einen Therapievertrag herausfordern zu lassen, liegt eigentlich schon vom Ansatz her in der Richtung der späteren eigentlichen Neuentscheidung, ist also so etwas wie eine Vorentscheidung.

Nicht immer aber geht es so wie bei Monika. Andere sagten an dieser Stelle ausdrücklich, daß sie so bleiben wollten, wie sie seien. Wieder andere stimmten zwar einem Therapievertrag zu. Doch bestand schon zu diesem Zeitpunkt der Eindruck einer angepaßten und nicht einer echten, eigenen Entscheidung. Dieser Verdacht bestätigte sich dann in der nächsten, der dritten Phase, in der so gut wie immer durch den Verlauf selbst mit Hocharbeiten sehr schmerzhafter Erinnerungen die echte Motivationslage aufgedeckt wird.

5.3 Phase des Ortens und Ausdrückens verdrängter negativer Gefühle

In dieser Phase geht es darum, an die verdrängten negativen Gefühle wie Wut, Enttäuschung, Schmerz und Traurigkeit heranzukommen und sie ausdrücken zu lassen. Diese negativen Gefühle hängen unmittelbar mit frühen traumatisierenden Erlebnissen zusammen. Da diese Erlebnisse in einer frühen bis sehr frühen Entwicklungsphase vor und bei der Trennung zugefügt worden sind, konnten die negativen Gefühle nicht mehr mit den leiblichen Eltern selbst ausgetragen werden. Das Abreagieren

geschah über Verhalten gegen sich selbst und gegen andere, insbesondere gegenüber Ersatzeltern.

Da diese Kinder und Jugendlichen voll solcher aufgestauten Emotionen sind, bedarf es keiner besonderen Entspannungstechniken, um an sie heranzukommen. Eher ist es ausgesprochen hilfreich, die immense innere Anspannung über Manifestationen der Körpersprache sichtbar gemacht zu sehen, z.B. aufgestaute Wut am Arbeiten der Kiefermuskulatur oder am Ballen der Faust, Angst an einer forcierten Atmung. Viele kennen zwar die Vokabeln Wut, Traurigkeit, Angst, können sie aber wegen fehlender Beschäftigung damit oder Austausch darüber ihrem inneren Erleben nicht zuordnen. Es war ja gerade bei ihnen so, daß sie alles getan haben, um nicht in Kontakt mit diesen Gefühlen zu kommen, z.B. durch offensives Abreagieren in Gestalt hochfrequenten provokativen Störverhaltens. Es fehlte ihnen also genau an der Erfahrung, die sie jetzt in den Einzelsitzungen erst machen sollen. Zur Vorübung ist es also gerade dienlich, als Therapeut sie dadurch zu sensibilisieren, daß sie angehalten werden, zunächst körperliche Sensationen zu beschreiben und diesen dann allmählich die jeweilige Gefühlsqualität zuzuordnen.

Zunächst geht es also um das Orten von Negativgefühlen und erst danach darum, diese auszusprechen oder auszuagieren, wobei die verschiedenen gestalttherapeutischen Techniken dienlich sein können. Als Vehikel dazu dient die Aufforderung, sich eine frühere konkrete Situation vorzustellen, in der Zurücksetzung, Mißachtung und ähnliches tatsächlich vorgekommen sind. Es handelt sich also um real erlebte, verletzende Situationen, mit denen jeweils abgelagerte negative Gefühle verbunden sind.

Das Vorgehen ist anders als beim Katathymen Bilderleben, bei dem „nach wiederholter Übung, die eine Vertiefung der damit verbundenen Entspannung und Versenkung zur Folge hat“, „Stimmungen, Gefühle und Affekte“ sich einstellen, womit wiederum die Voraussetzungen für „Imaginationen“, für ein „Bildbewußtsein“ geschaffen werden (vgl. LEUNER 1970, S.7).

Bei unserem Vorgehen ist es dagegen genau anders: Eine früher reale Lebenssituation mit verletzender Wirkung bringt Gefühle ans Licht und dieses Hervorgeholtwerden führt nach und nach zu einer entlastenden Entspannung. Dieses Realisieren verletzender Situationen hat allerdings wie das Katathyme Bilderleben den Vorteil, daß es auch bei intellektuell Schwächeren durchgeführt werden kann, wie das folgende Beispiel eines geistig leicht behinderten Jungen zeigen soll.

Beispiel II:

Ulrich (U), 10 J., IQ 59, die ersten 3 Lebensjahre zu Hause, danach Scheitern in einem Kinderkleinstheim. Bei typischem Scheiterer-Syndrom steht die vordergründige Problematik hauptsächlich in massiven Aggressionsausbrüchen, und zwar ganz vornehmlich bei den Mahlzeiten in der Kleingruppe und ohne äußerlich erkennbare Auslöser, immer dann, wenn die Atmosphäre den Mitarbeitern besonders warm und gemütlich vorkommen will.

Th: Stell dir mal vor so die Situation, wenn ihr früher, als du noch klein warst, zu Hause gegessen habt? – U: Ja. – Th: Sag

mal, was du jetzt wieder vor dir siehst! – U: Das ist am Abend. Mama und ich sitzen am Tisch und essen. – Th: Wo ist der Papa? – U: Den höre ich jetzt auf dem Flur, wie er nach Hause kommt (zupft an den Fingern). – Th: Woran erkennst du ihn? – U: Wie er so geht (zupft stärker an den Fingern). – Th: Bist du jetzt eher ruhig oder unruhig? – U: Unruhig. – Th: Wo spürst du die Unruhe? – U: Hier (zeigt auf den Bauch). – Th: Und fühl mal darunter: Ist das eher Freude, eher Angst oder eher Wut? – U: Angst. – Th: Das ist gut, daß du das spüren kannst. Wovor hast du Angst? – U: Daß Papa gleich wieder schreit, und Mama schimpft. – Th: Worüber schimpft die Mama? – U: Weil er wieder betrunken ist (schweigt jetzt länger und zupft wieder stark an den Fingern). – Th: Was siehst und hörst du gerade? – U: Wie Papa schreit und Mama schimpft. – Th: Und wo bist du? – U: Auch am Tisch. – Th: Was möchtest du am liebsten tun? – U: Auch schreien. – Th: Was? – U: Daß sie aufhören sollen! – Th: Dann tu's! – U: Hört auf! Hört auf! – Th: Das ist mutig, sag's noch lauter. – U: Ihr sollt aufhören! (seine Stimme klingt jetzt wütend) – Th: Spürst du jetzt wieder mehr die Angst oder mehr was anderes? – U: Mehr was anderes. – Th: Und was? – U: Mehr so Wut. – Th: Auf wen bist du mehr wütend, auf Mama oder auf Papa? – U: Auf Papa. – Th: Warum? – U: Weil er immer so besoffen nach Hause kommt. – Th: Dann sag's ihm! – U: Du sollst nicht immer soviel trinken! – Th: Sag's noch lauter! – U: Du sollst nicht immer soviel trinken! (die Stimme ist jetzt richtig wütend) – Th: Gut, Ulrich, daß du dich so traust, daß du die Angst und die Wut rausgelassen hast. Das ist richtig mutig! Wußtest du, daß du ein mutiger Junge bist? – U: Nein. – Th: Siehst du, jetzt merkst du, was in dir steckt.

Diese reaktualisierten Erlebnissituationen von früher wirken durch das Aussprechen und Ausagieren negativer Gefühle motivationsverstärkend. In der Regel werden zunächst kürzer zurückliegende Situationen erlebt, danach frühere und schließlich früheste. Parallel damit geht einher, daß zunächst Gefühle – meistens, wenn auch nicht immer – in der Reihenfolge Wut, Enttäuschung, Angst, Traurigkeit zum Vorschein kommen und herausgelassen werden. Im weiteren Prozeß und in dem Maße, wie der junge Patient frühe Erlebnisszenen wieder vor sich sieht, treten auch die entscheidenden negativen Grundgefühle der Verlassenheit und der Selbstbeziehung zutage.

Beispiel III:

Willi (W), 12 J., kam im Alter von 3 Jahren aus einem Obdachlosenmilieu in ein Kinderheim, nach 6 Monaten in eine Pflegefamilie, wieder in ein Heim, wieder in eine Pflegefamilie, danach erneut in ein Heim.

W: Ich sehe mich zu Hause, als ich noch ganz klein bin. – Th: Wie klein etwa? – W: So 1-1 1/2 Jahre. – Th: Was siehst du? – W: Ich sehe so lauter Sachen rumliegen, so irgendwie ganz unordentlich, Spielsachen und auch Kleidersachen. – Th: Siehst du sonst noch irgendeinen Menschen? – W: Nein. – Th: Wo bist du selbst? – W: Ich sitze mitten in dieser Unordnung (beginnt jetzt leicht mit dem Oberkörper vor- und zurückzuschaukeln). – Th: Sitzt du da ruhig oder wie erlebst du dich gerade? – W: Ich wippe so leicht hin und her. – Th: Du bist also allein? – W: Nickt. – Th: Und wie kommst du die vor? – W: So irgendwie alleingelassen (atmet angestrengt). – Th: Spür mal, was das bei dir körperlich macht! – W: Irgendwie so'n Druck. – Th: Wo spürst du den? – W: Hier (zeigt auf die Brust) beim Atmen. – Th: Spürst du sonst noch was? – W: Ja, so'n Schmerz. – Th: Und wo sitzt der? – W: Hier (zeigt auf die Herzgegend). – Th: Sprich beides mal aus! –

W: Ich komme mir alleingelassen vor (macht eine kleine Pause) und das tut weh. – Th: Willi, ich finde es ganz wichtig und ganz mutig, daß du dich gerade dieser Situation gestellt hast. Und du hast normale Gefühle gespürt. Jeder hätte mit solchen Gefühlen reagiert. Daran merkst du: Ich, der Willi, habe normale Gefühle. Also bin ich normal. Meine Umstände waren nicht normal. Und ich möchte dir noch etwas sagen, Willi: Du bist ein Schatz, der es verdient, nicht alleingelassen zu werden, sondern angenommen zu sein.

Dieses Beispiel zeigt auch, daß es wichtig ist, schon in dieser Phase möglichst früh Gegenbotschaften zu setzen wie: „Du bist mutig“, „du bist wichtig“, „es ist gut, daß du da bist“, um diesem Grundgefühl der Verlassenheit, das eng mit dem der eigenen Wertlosigkeit verknüpft ist, im Sinne einer Ich- Stärkung, eines Aufbaus von Selbstwertgefühl, entgegenzuwirken. Ansonsten besteht die Gefahr, daß nach dem behutsam begonnenen Abbau der fassadenhaften Panzerung mit ihren depressionsabwehrenden Mechanismen der Patient in ein depressives Loch fällt.

Das gilt auch für ein weiteres Grundgefühl, das gerade für diese Gruppe der Scheiterer besonders typisch ist, für das des Selbst-an-allem-schuld-Seins.

Beispiel IV:

Werner (W), 8 J., wurde im Alter von 6 Monaten adoptiert. Seine Adoptiveltern haben völlig resigniert, weil er einerseits überangepaßt-lieb ist, andererseits heimlich aggressiv und provokativ. Insbesondere die Adoptivmutter hat das Gefühl, nie richtig an ihn herangekommen zu sein: „Es ist wie eine Wand zwischen uns.“

Th: Wenn da jetzt deine leiblichen Eltern sitzen würden, was würdest du sie als erstes fragen? – W (ganz spontan): Warum habt ihr mich weggegeben? – Th: Wen von beiden magst du fragen? – W: Meinen Vater. – Th: Dann tu's! – W: Warum habt ihr mich weggegeben? – Th: Sei mal jetzt der Vater und setz dich da auf den leeren Stuhl und antworte dann als dein leiblicher Vater! – W: Wir konnten dich nicht so richtig ernähren. – Th: Geh mal wieder auf deinen eigenen Stuhl und laß mal die Antwort auf deine Frage wirken: „Wir konnten dich nicht so richtig ernähren.“ Glaubst du ihm das? – W: Nein. (spontan) – Th: Dann sag es ihm! – W: Ich glaub' dir das nicht. – Th: Was glaubst du, ist die Wahrheit? – W: (schweigt und hält den Kopf gesenkt). – Th: Trau dich! – W (zögernd): Weil ich so schwierig war. – Th: Das ist wichtig, daß du dich getraut hast. Also, du glaubst, du seist immer schon schwierig gewesen, auch schon als ganz kleines Kind, und deswegen hätten dich deine leiblichen Eltern weggegeben? – W: Ja. – Th: Kennst du kleine Babies? – W: Ja. – Th: Wie findest du die? – W: Irgendwie knuffig. (lächelt) – Th: Ja, ich auch. Die sind ehrlich, die geben sich so, wie sie sind. Und nun mußt du wissen: So ein knuffiges Baby warst du auch und, jetzt kommt's: Dieser knuffige kleine Schatz steckt noch immer in dir. Was du an Schwierigkeiten an dir siehst, das ist später in dich hineingekommen. Und was hineingekommen ist, kann auch wieder herauskommen. – W: (hat staunend zugehört und beginnt zu strahlen). – Th: Kommt das an? – W: Ja. – Th: Nicht du warst als Baby schwierig, aus Erfahrung kann ich dir sagen: Deine leiblichen Eltern müssen Schwierigkeiten gehabt haben, die ihnen den Blick verstellt haben, diesen wunderbaren kleinen Schatz Werner so zu sehen, wie er es verdient gehabt hätte. Bist du bereit, dabei mitzumachen herauszufinden, was das für Schwierigkeiten gewesen sein könnten? – W: Ja.

Werners Frage „warum habt ihr mich weggegeben?“ ist eine, die bei fast allen anderen zu diesem Prozeßzeitpunkt ebenfalls zutagegetreten ist. Sie ist demnach so etwas wie eine Grundsatzfrage dieser Kinder. Und sie ist

– und auch das ist typisch – mit dem Grundgefühl verbunden, immer schon schwierig, von wenig Wert und damit eigentlich selbst schuld an der Trennung gewesen zu sein.

5.4 Phase der (inneren) Aussöhnung mit der leiblichen Herkunft

Die letzten Sätze lassen bereits erkennen, daß bereits in der dritten Phase der Betrachtungsfokus mehr und mehr von dem jungen Scheiterer zu den leiblichen Eltern gelegt worden ist. Dies geschieht in der 4. Phase noch ausdrücklicher. Das Ziel ist die Aussöhnung mit der eigenen Herkunft.

Eine hinführende und vorbereitende Methode ist die der Familienrekonstruktion (KAUFMANN 1990). Hierbei wird so verfahren, daß der junge Patient oder die junge Patientin sich spontan aus einem Kreis von Mitarbeitern einer anderen Station (um Rollenkonflikte zu vermeiden) zwei als Rollenspieler seiner leiblichen Eltern aussucht. Oft sind nur sehr dürftige Informationen wie Alter und Beruf, manchmal nicht einmal diese, bekannt. Dennoch kommt nach Vorgabe des Themas, meistens der Diskussion über die Weggabe des Kindes, regelmäßig das Rollenspiel, das in Gegenwart des oder der Betreffenden und des Therapeuten durchgeführt wird, in Gang.

Beispiel V:

Die Rollenspieler im Falle von Werner (Bsp. 4) im folgenden (RV u. RM) hatten lediglich die Information, daß die leibliche Mutter Bardame und der Vater Schausteller gewesen seien. RV: So geht es nicht weiter. Ich kann mich um den Jungen nicht kümmern, kann ihn auch nicht mitnehmen. Am besten ist, er kommt in ein Kinderheim. – RM: Wie, einfach das Kind weggeben? Wie stellst du dir das vor? Das schaff ich nicht. – RV: Was bleibt denn sonst übrig? Für mich ist doch egal, ob ich den Jungen alle paar Wochen, die ich sowieso nur kommen kann, bei dir oder im Kinderheim besuche. – RM: So schnell, wie du das sagst, kann ich das nicht. Da brauch' ich Zeit für, um das durchzuchecken. – RV: Ich meine, man sollte da mit dem Jugendamt drüber reden, sonst bleibt doch gar keine Möglichkeit, als so'n Kinderheim. – RM: Nein, das will ich nicht! Wenn überhaupt, dann in eine richtige Familie, wo er es besser hätte als bei uns mit dem Lotterleben, das wir führen. – W (hat bei diesen Worten überrascht aufgeschaut und meint dann): Das könnte ja wirklich so gewesen sein. Ich bin ziemlich überrascht. – Th: Überrascht worüber? – W: Daß es um mich gegangen ist, daß ich so im Mittelpunkt war. – Th: Hattest du bislang gedacht, du seist einfach so wie ein Gegenstand weggegeben worden? – W: Ja. – Th: Und daß es mehr an dir gelegen habe? – W (nickt). – Th: Und jetzt hast du mitbekommen, daß die Probleme mit sich hatten? – W: Ja. – Th: Wer hat sich mehr für dich eingesetzt, Vater oder Mutter? – W: Mutter. – Th: Hattest du das früher anders gesehen? – W (nickt). – Th: Wie denn? – W: Daß es ganz anders gewesen ist. – Th: Daß der Vater sich mehr eingesetzt und die Mutter dich einfach so weggegeben hätte? – W: Ja, genau. – Th: Das heißt, das gehört auch zu der Überraschung? – W (nickt).

Bei Werner gelang es nicht, mit der leiblichen Mutter in Verbindung zu kommen. Sie hatte sich bei der Freigabe zur Adoption gewünscht, inkognito zu bleiben. Wohl aber konnte der Sozialarbeiter ermittelt werden, der damals

vom zuständigen Jugendamt aus die Adoption vermittelt hatte. Dieser beschrieb nun in Gegenwart von Werner bis in Details hinein die Aussagen der Rollenspieler. In anderen Fällen gelang es mit intensiver Unterstützung der Jugendämter aber durchaus, an verbliebene Angehörige heranzukommen und sie zu motivieren, in Anwesenheit der Patienten über ihr eigenes Schicksal zu erzählen (HEINEMANN 1991). Dabei geht es vornehmlich um die eigene Kindheit und Jugend, aber auch um das Kennenlernen des Partners, also des leiblichen Vaters und der leiblichen Mutter unserer Patienten und die näheren Umstände bei deren Schwangerschaft, Geburt und ganz besonders der Trennung von ihnen.

Das Anhören solcher Lebensberichte bzw. des Erlebens der Berichtenden, die dies meist unter deutlich wahrnehmbaren eigenen Emotionen tun, löst beim Kind regelmäßig tiefe Betroffenheit aus. Dies ist der Beginn eines Prozesses, in dem die leiblichen Eltern neu gesehen werden. Diese sind keine Ungeheuer, keine „Hexenmutter“ oder „Menschenfresservater“, wie sie noch in der älteren Literatur zur Transaktionsanalyse z.T. bezeichnet worden sind (vgl. STEINER 1971, S.28 f.), aber auch nicht länger Idealisierungsprojekte. Sie beginnen jetzt, zu Menschen aus Fleisch und Blut zu werden, denen gemeinsam ist, daß sie selbst eine schwere Kindheit haben durchmachen müssen. Für Patienten wie Werner wird greifbar, daß nicht er als Baby schon ein Problemkind gewesen ist, sondern daß seine leiblichen Eltern in der Tat so große Probleme mit sich selbst und miteinander gehabt haben, daß sie ihn nicht so haben wahrnehmen und behandeln können, wie er es wert gewesen wäre. Damit erfüllt sich, was in der vorangegangenen Therapiephase immer wieder vom Therapeuten vorbereitend angesprochen worden war.

Wieder ist für die Patienten überraschend, daß sie die grundlegenden Aussagen der Rollenspieler, aber auch manche Details in den Aussagen der leiblichen Eltern bestätigt finden. Wichtig ohnehin, aber ganz besonders in dieser Phase ist die Einbeziehung der Ersatzeltern durch vorbereitende und nachbereitende Gespräche. Denn bei fast allen, besonders den Pflege- und Adoptivmüttern, wird die Angst mobilisiert, ihr Kind könne die aufgetauchte leibliche Mutter attraktiver finden als sie selbst. An dieser Stelle ist anzumerken, daß bei unseren Patienten in keinem Fall aus diesem einen Kontakt ein länger anhaltender geworden ist. Wohl aber haben die leiblichen Eltern spontan oder später dem Therapeuten rückgemeldet, die Chance des Berichtens habe sie erleichtert und ihnen das Gefühl vermittelt, ein Stück geholfen und wiedergutmacht zu haben.

Was die Patienten selbst angeht, so erweist sich auch jetzt die Möglichkeit rascher Rückkoppelung mit den Mitarbeitern der Stationsteams als besonders vorteilhaft. In der Regel erleben diese, daß der Junge oder das Mädchen eher wenig Einzelheiten mitteilt, aber daß sie ernsthaft betroffen wirken, daß die „Wand“ zwischen ihnen deutlich durchlässiger zu werden beginnt.

Dann ist der Zeitpunkt gekommen, dem oder der Betroffenen von der Wichtigkeit der Aussöhnung zu berich-

ten, ihnen dazu Mut zu machen, aber auch hinreichend Zeit zu geben. Bewährt hat sich als Entscheidungshilfe eine phantasierte zufällige Wiederbegegnung mit einem Elternteil, z.B. auf der Straße. Dabei wird der Entscheidungsspielraum eingeräumt, auf die phantasierte Elterngestalt zuzugehen oder auf der anderen Straßenseite zu bleiben. Ein Junge erklärte dann auch an dieser Stelle ausdrücklich, seiner Mutter nicht verzeihen zu wollen und lieber erst einmal die Therapie zu unterbrechen. Alle anderen erklärten sich nach einer Bedenkzeit von 2–10 Tagen bereit, ihren leiblichen Eltern vergeben zu wollen und taten es mit Formulierungen wie: „Ich verzeihe dir, Mutter, daß du mich weggegeben hast.“ Oder: „Ich vergebe dir, Vater, daß du immer so getrunken und dann so gebrüllt und geschlagen hast.“

5.5 Phase des Aufdeckens früher Entscheidungen und der Neuentscheidung

Nach der inneren Aussöhnung ist die Zeit reif, frühe, nicht mehr bewußt erinnerte Entscheidungen aufzuspüren, durch die der Patient als kleines Kind festgelegt hat, sich nicht einzulassen. Es handelt sich um einen „inneren Schwur“ im Sinne eines eigenen Einlaßverbotes. Wieder geht es um ganz konkrete auslösende Situationen.

Beispiel VI:

Dirk (D), 17 J., in einem Mutter-Kind-Heim geboren. Die Mutter setzte sich nach der Geburt ab. D war mit 20 anderen Kindern zusammen, blieb 3 Jahre, wurde anschließend in ein Kinderheim verlegt. Mehrere Versuche, ihn zu Pflegeeltern zu vermitteln, scheiterten regelmäßig, weil er sich bei den Kontakten so auffällig verhielt durch Störverhalten wie Kaspern, Dazwischenreden, daß die Kontakte von den potentiellen Pflegeeltern abgebrochen wurden. Er wurde später wegen Weglaufens und Geldentwendungen in ein größeres Kinderheim verlegt, dort als kontaktfreudig, aber beziehungs- schwach erlebt bei schwachen Sonderschulleistungen und hochfrequentem, provokativem Störverhalten.

D: Ich sehe wieder die Situation, als ich in das Kinderheim gebracht wurde. – Th: Wie alt bist du? – D: 3 Jahre. – Th: Beschreib mal, was du jetzt wieder vor dir siehst! – D: Die Schwester, die mich in dem Auto gefahren hat, hält mich an der Hand und bringt mich dann in so ein großes Zimmer. Jetzt geht plötzlich die Tür zu, und ich stehe in einem so großen Raum vor so einer hohen, weißen Tür. – Th: Wer ist noch in dem Zimmer? – D: Keiner, ich bin ganz allein. – Th: Was geht jetzt in dir vor? – D: Ich sage mir: ‚Das passiert dir nie wieder! wenn mich nochmal jemand abholen will, dann mach‘ ich so’n Mist, daß ich nie mehr mitgenommen werde.‘ – Th: Gut, daß du das so klar vor dir siehst! Willst du an der Entscheidung, dich nie mehr einzulassen, festhalten oder dich von ihr lösen? – D: Ich löse mich von der Entscheidung, mich nie mehr einzulassen.

Dieser Schritt war zuvor, zumeist in mehreren Gesprächen, intensiv besprochen worden, auch, und vor allem, um deutlich zu machen, daß das „Wandphänomen“, die „Panzerung“ auch so eine Art Schutzschild, eine Überlebensstrategie gewesen ist, die früher durchaus eine wichtige Schutzfunktion gehabt hat, auch wenn sie später dann hinderlich geworden ist. Genauso intensiv wird jetzt Aufklärung im Sinne einer erneuten kognitiven Strukturierung

über den zweiten Schritt in dieser fünften und letzten Phase gegeben, der dem ganzen Therapieprozeß überhaupt den Namen „Neuentscheidungstherapie“ gegeben hat. Dabei wird immer wieder betont, daß durch die Aufgabe des bisherigen Schutzschildes der alte Schutzmechanismus künftig entfallen werde. Es bestehe nun kein entsprechender Schutz mehr vor neuerlichen Verletzungen, die aber nicht mehr in die alten Wunden gehen könnten. Auch würden jetzt entsprechende Gefühle wie Traurigkeit, Enttäuschung und Ärger mit solchen neuerlichen Verletzungen verbunden sein. Doch diese Gefühle könnten nicht mehr die alten Gefühle dermaßen aktivieren. Solche Alltagsgefühle gehörten zur Lebendigkeit, zum Leben dazu.

Fortsetzung des Beispiels VI:

Th: Bist du bereit, jetzt ohne den alten Schutzschild offen in Beziehungen hineinzugehen, die du willst? – D: Ja. – Th: Du weißt, daß du damit ein Risiko eingehst. Denn jede Beziehung kann auch Ärger, Enttäuschung, Schmerz und Trauer bringen. Bist du trotz diesem Risiko bereit, dich einzulassen? – D: Ja. – Th: Dann sprich's aus! – D: Ich bin bereit, mich einzulassen, auch wenn ich wieder enttäuscht werden sollte.

Mit dieser Erklärung am Ende eines mehrmonatigen therapeutischen Prozesses ist die Neuentscheidungstherapie als solche abgeschlossen.

6 Verlauf nach der Neuentscheidung

Wichtig sind jetzt wieder Rückkoppelungen zu den Teammitgliedern und Angehörigen. Die Bestätigung für eine gelungene Neuentscheidung ist aber nicht die, daß der Patient im Alltag keine Schwierigkeiten mehr biete, sondern die, daß er jetzt zulasse, daß diese bearbeitet werden können. Die vordergründige Symptomatik, die eigentlich zur Aufnahme geführt hat, ist meistens zunächst noch vorhanden. Doch der Patient läßt sich jetzt leichter in eine Behandlung im üblichen therapeutisch-pädagogischen Setting ein.

Das gleiche gilt für die einfachen zwischenmenschlichen Kommunikationsformen. Das „Wandphänomen“, die „Schutzfassade“, ist verschwunden, ebenso die früher fast ständig vorhandenen Ausdrucksformen des Gekränktseins in Mimik, Gestik und Tonfall. Insgesamt kommt es gegen Ende der stationären Behandlung und in der ambulanten nach der Entlassung zum Zulassen einer Entwicklung, zu einem positiven Prozeß.

Das Nachlassen bzw. Verschwinden der typischen Anteile des Scheiterer-Syndroms sind Hinweiszeichen darauf, daß die Revision der selbst getroffenen frühen Entscheidung im Sinne eines eigenen Einlaßverbotes wirksam geworden ist. Somit eröffnet die Neuentscheidungstherapie bei dieser Problemgruppe von Kindern und Jugendlichen mit Scheiterer-Verläufen die Chance, in der eigenen Entwicklung, insbesondere auch in Beziehungen, erfolgreich zu sein.

Summary

New Decision-Making Therapy in Foster Children, Adopted Children and Children Living in Children's Homes with Courses of Failure

A specific group of children, adolescents and young adults with failure syndromes and courses of failure is described and a report is made on the new decision-making therapy, which has been modified for young patients. This is described from its transaction-analytical background as well as in its practical implementation in the in-patient department of a clinic for child and adolescent psychiatry. Here it is not a matter of a single method of therapy but of a therapy direction. The objective of this is to help the young person to review its earlier decisions that were made in connection with relationships in the sense of one's own prohibition of admission, these being the main cause for failure, and to code to a new decision of wanting to have successful relationships in the future. In its implementation different psychotherapeutical processes are applied according to the individual process situation. The new decision-making therapy can be considered to be completed when the typical failure syndrome symptoms have disappeared and the young person begins to open itself towards development-promoting help and to enter into relationships.

Literatur

- BERVE, E. (1971): Sex in Human Loving. New York. – GINTZEL, U./SCHONE, R. (1990): Zur gegenseitigen Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. In: GINTZEL, U./SCHONE, R.: Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Münster. – HEINEMANN, C. (1990): Arbeit mit Familien unter stationären und ambulanten Bedingungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Acta Paedopsychiatrica 54, 52–55. – HEUN, H.-D. (1984): Pflegekinder im Heim. München. – Jahresbericht des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe, Münster, 1987. – Jahresbericht des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe, Münster, 1986. – JUNG-MANN, J. (1980): Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern. Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat. 29, 225–230. – KAUFMANN, R. (1990): Die Familienrekonstruktion. Stuttgart. – LANDSBERG, W./SCHNEEWIND, U.-J. (1988): Die Lebenschronik: Dynamik und Methodik von Behandlungsverläufen. Acta Paedopsychiatrica 51, 137–139. – LEBER, A. (1978): Die Sozialisation von Pflegekindern. Pflegekinder in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt. – LEUNER, H. (1970): Katathymes Bilderleben. Stuttgart. – McCLURE GOULDING, M./GOULDING, R. L. (1981): Neuentscheidung. Stuttgart. – NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A. (1980): Pflegekinder. Münster. – SCHLEGEL, L. (1984): Die Transaktionale Analyse. München. – STEINER, C. (1971): Games Alcoholics Play. New York. – WOOLAMS, St./BROWN, U. (1978): Transactional Analyse. Dexter, Michigan.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Claus Heinemann, Westfälisches Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik Hamm, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm.