Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Nitza Katz-Bernstein, Helmut Zaepfel

1. Einleitung und Übersicht

Die Integrative Gestaltarbeit mit Kindern und Jugendlichen folgt einem schulenübergreifenden Behandlungsmodell, und zwar aus 4 Gründen:

Zum einen ist die Kontextbezogenheit kindertherapeutischen Handelns zu nennen. Kinder sind nicht nur psychisch, sondern auch physisch und materiell von ihrem lebensweltlichen Kontext viel abhängiger als Erwachsene. In den meisten Fällen liegen Motivation, Indikation und Verantwortung für die Therapie nicht in ihren Händen, sondern werden für sie durch Erwachsene übernommen. Dies erfordert einen systemischen Zugang in der Therapie von Kindern und Jugendlichen (vgl. Petzold und Ramin, 1987; Zaepfel und Metzmacher, 1998; Herzka, 1989).

Der zweite Grund liegt in der Methodik der Kinderpsychotherapie. Schon die tiefenpsychologischen Pioniere der Kinderanalyse erkannten, dass die Methoden der Erwachsenentherapie auf Kinder nicht gänzlich übertragbar waren, sondern kindgemäß verändert werden mussten. Melanie Klein integrierte das Spiel als Äquivalent für die Traumarbeit bei Erwachsenen und Zulliger verzichtete vollends auf jegliche verbale Interpretation des Spiels, als er das Spiel an sich als heilend deklarierte (Zulliger, 1963; vgl. auch Tarr Krüger und Katz-Bernstein, 1995). Bettelheim propagierte die Vermittlung von Therapie und Pädagogik (1975) und die moderne Verhaltenstherapie mahnt an, dass Kinder neben dem zweckfreien Spiel häufig auch der Übung und Anleitung bedürfen. Eine Verbindung von tiefenpsychologischer und behaviouraler Orientierung zwingt somit den Kindertherapeuten zur Methodenintegration.

Der dritte Grund liegt in den Befunden der neuen Säuglingsforschung und den Aussagen moderner Emotions-, Kognitions- und Sozialisationstheorien und ist somit theoretisch-empirischer Natur. Kindertherapie muss auf dieses Wissen Bezug nehmen. Vorbei sind die Zeiten, wo der therapeutische Umgang mit Kindern unter Bezugnahme auf selbstgestrickte Theorien der Praktiker gerechtfertigt werden konnte. Die Komplexität des neuen Wissens und die Pluralität moderner Lebensformen erzwingt schulenübergreifende Formen der Theorieentwicklung (Grawe und Donati, 1994; Petzold, 1993).

Das letzte Argument macht deutlich, dass schulenübergreifendes Denken auch vor der Tradition der Gestalttherapie nicht Halt macht. Gestalttherapie ist vor allem eine Bewegung jenseits der Klinik, d. h. sie hat ihre Theori-

en und Methoden im Umgang mit klinisch wenig auffälligen Menschen entwickelt. Ihre Theoriefeindlichkeit hat es ihr schwer gemacht, zu erkennen, dass der Gestaltdialog nur einer von möglichen Kontakt- und Beziehungsangeboten ist. Petzold hat diese Schwächen wiederholt beschrieben und daraus Konsequenzen gezogen, die wir weiter unten als integratives Modell der Kinderpsychotherapie beschreiben werden (Metzmacher et al., 1996)

Mehrperspektivität in diesem Beitrag (modifiziert nach Metzmacher et al., 1996, S. 8 f.) meint somit:

- Gestörte kindliche Entwicklungsverläufe sind nur multifaktoriell erklärbar.
- Veränderung vollzieht sich nur im Zusammenspiel von Einsichtsbildung, emotionalem Lernen und Verhaltenserprobung (vgl. auch Ciompi, 1994; Holodynski, 1999; Resch, 1996; Oerter et al., 1999)
- Psychotherapie sollte sich an den Ergebnissen quantitativer wie qualitativer Psychotherapieforschung orientieren (vgl. auch Grawe und Donati, 1994)
- Therapeutische Arbeit ist primär ressourcen- und konsequent lebensweltorientiert (Antonovsky, 1997)
- Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird als Ankerpunkt der Therapie betrachtet, d. h. dass Übertragungs- und Beziehungsphänomene entwicklungsfördernd eingesetzt werden (vgl. auch Dornes, 1997; Ciompi, 1994)
- Die gesellschaftlichen und politischen Randbedingungen des Heranwachsens sollten vom Therapeuten beständig reflektiert werden.

Nimmt man diese Prämissen ernst, dann gelangt man zu einem Modell integrativer Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, wie es z. B. am Fritz-Perls-Institut von Petzold, Metzmacher, Katz-Bernstein, Zaepfel u. a. entwickelt worden ist (vgl. z. B. Metzmacher et al, 1996; Katz-Bernstein, 1996, 2000).

Um die Lesefreundlichkeit zu erhöhen und um die Arbeit bildhaft zu veranschaulichen, wird der Beitrag entlang eines Falles[1], des 13-jährigen, selektiv-mutistischen Ali[2] gestaltet.

2. Vorgeschichte

Ali – ältester Sohn einer ägyptischen Familie – kommt mit 8 Jahren zum ersten Mal zum schulpsychologischen Dienst der kleinen Stadt, in der die Therapeutin als freie Mitarbeiterin Kinder psychotherapeutisch betreut. Er besucht die 2. Klasse der Regelschule. Die Lehrerin hält sein hartnäckiges Schweigen in der Klasse nicht mehr aus. In der ersten Klasse dachte sie

[1] Falldokumentation: N. Katz-Bernstein.

[2] Personennamen und Angaben verändert.

noch, es ergebe sich von selbst, wenn sie ein wenig geduldig sei, auf ihn eingehe und ihm Zeit lasse. Sie schildert Ali als ein ehrgeiziges, zuverlässiges, fleißiges und intelligentes Kind. Sozial scheint er stolz und ein wenig überheblich, hat jedoch Freunde, mit denen er sich *außerhalb der Schule* ganz normal unterhält.

Er kommt in den Therapieraum, begrüßt die Therapeutin flüchtig und schweigend, schaut umher, sieht sich einige Kinderzeichnungen, die an der Wand hängen, an und ruft leise, mehr zu sich als zu ihr: „Meine sind viel besser!"

Nach dieser ersten Stunde, ein Elterngespräch ist bereits angekündigt, ruft der Vater, der eine höhere Position bei der Egypt-Airline einnimmt, an und sagt die vorläufige Anmeldung zur Therapie ab. Er begründet die Absage mit den bevorstehenden Ferien, einer Reise ins Heimatland und der Krankheit seiner Frau. Er werde sich danach wieder melden.

Vier Jahre lang hört die Therapeutin von Ali und seiner Familie nichts mehr. In der sechsten Klasse, vor dem Übergang in die Sekundarstufe, wird er erneut vom Lehrer zur Psychotherapie angemeldet; mit der Diagnose: Selektiver Mutismus. Er ist inzwischen 12 Jahre alt geworden.

Was erzählt uns diese Vorgeschichte? Ali zeigt in der Schule eine Verhaltensauffälligkeit, die für diesen Lebensabschnitt als Bewältigungsstrategie durchaus Sinn macht (Bahr, 1998). Zugleich zeigen sich darin erste Probleme, mit den schulischen Milieuanforderungen zurecht zu kommen. Die Informationen aus Alis Lebenswelt schildern einen strebsamen Jungen aus einer fremdländischen Kultur, dessen Entwicklungsaufgabe es ist, in eine fremde Kultur hinein zu wachsen. Die Anforderung an das Kind, einen Überstieg zwischen seiner kindlichen Eigenrealität und der erwachsenen Hauptrealität (Lempp, 1991) zu bewerkstelligen, ist konfliktträchtig, weil die erwachsene Hauptrealität multikulturell ist. Die Hilfen von den Eltern scheinen nicht ausreichend zu sein, weil diese ihre eigenen „Integrationsaufgaben" möglicherweise noch nicht zufriedenstellend gelöst haben. Therapie, so die Vermutung, wurde eher ablehnend betrachtet. Möglicherweise bestand die Furcht, dass damit eine pathologische Etikettierung einhergeht und/oder dass mit Therapie eine bedrohliche Art der kulturellen Fremdbeeinflussung assoziiert wird.

3. Erste Begegnungen – Problembestimmung und Therapiezielformulierung

Ali ist von seinem Lehrer in der 6. Klasse nochmals zur Therapie gemeldet worden. Er kommt mit seinem Vater, einem stattlichen, gut gekleideten und höflichen Herrn, der fließend Englisch spricht und wenig Deutsch. Ali begrüßt die Therapeutin wie eine alte Bekannte. Ein höflicher, netter und offener junger Bursche, der lacht und mitteilsam ist, aber auch wach und vorsichtig um sich schaut. Mit der Therapeutin verhält er sich sprachlich zwar knapp, jedoch ganz normal. Hätte man seine Problematik nicht gekannt, wäre es schwer zu vermu-

ten, dass dieses Kind in öffentlichen Räumen noch nie einen Laut von sich gegeben hat. Nicht einmal Husten oder Niesen erlaubt er sich. Lediglich in geschlossenen Räumen, mit Einzelpersonen, die ihm in der Öffentlichkeit nicht begegnen, wagt er zu sprechen. Die Therapeutin denkt sich, dass der Junge viel Kraft aufwenden musste, um jahrelang die täglichen Verführungen des Sprechens und Mitredens abzuwehren.

Vater und Sohn erzählen, dass Ali und seine Familie – sein einziger Bruder ist drei Jahre jünger – in die Schweiz gekommen sind, als Ali 5 Jahre alt war. Er hat schon sehr früh zu sprechen begonnen. In der Familie wird Arabisch gesprochen, oder – mit Gästen z. B. – Englisch. Ali geht in den Kindergarten, redet aber kein Wort, weder mit der Kindergärtnerin noch mit den Kindern. Sobald er jedoch Nachbarskinder oder Einzelfreunde zu sich nach Hause einlädt, spricht er perfekt Schweizerdeutsch; laut, deutlich und ganz normal. Es ist für die Eltern erstaunlich, wie schnell und akzentfrei er den Dialekt erlernt hat. Umso weniger können sie seine Stummheit verstehen. Die Lehrer sind bisher sehr verständnisvoll gewesen. Ali ist die ganzen Schuljahre hindurch ein sehr guter Schüler gewesen, daher haben die Lehrer darauf verzichtet, ihm eine mündliche Note zu geben. Die Eltern haben immer gedacht, wenn er ein wenig älter würde, „würde es sich von alleine ergeben". Der Vater setzt sehr auf seinen Sohn. Er und seine Frau kommen aus der gehobenen Mittelschicht Ägyptens. Er hat in Ägypten Wirtschaft studiert. Beide Eltern möchten, dass Ali später auch studiert: Sprachen, Diplomatie oder Reisen- und Hotelmanagement. Sie kommen jetzt zur Therapie, weil der derzeitige Lehrer darauf besteht, Ali eine mündliche Note geben, um ihn in die Sekundarstufe zu befördern. Der Vater entschuldigt die Abwesenheit der Mutter mit der Erklärung, seine Frau sei viel krank und gehe jetzt seltener aus dem Haus.

Von da an kam Ali regelmäßig in die Therapie. Hier konnte sich die innerseelische und interaktionelle Logik seines selektiven Sprechens allmählich entfalten, d. h. seine in der Symptomatik verschlüsselte Erzählung wurde intersubjektiv verstehbar.

Die Integrative Kindertherapie nach Metzmacher, Petzold und Zaepfel entwirft Therapie als angewandte Entwicklungs- und Sozialpsychologie, die zudem die leiblichen und neurobiologischen Aspekte der seelisch-sozialen Entwicklung ernst nimmt. Therapie und Diagnostik werden nicht getrennt gesehen, weil beides im Medium der Beziehung und des Spiels stattfindet und Diagnostik zu jedem Zeitpunkt des therapeutischen Prozesses notwendig ist (Metzmacher et al., 1996, S. 86).

Probleme von Kindern und Jugendlichen werden unseres Erachtens therapierelevant, wenn sie die soziale Anschlussfähigkeit zu beeinträchtigen beginnen. Bei Ali lassen sich eine Reihe von Gefährdungen beschreiben:

- Die Versetzung in die Sekundarstufe ist gefährdet
- Das selektive Schweigen erschwert eine ihm gemäße Integration in die Klassengemeinschaft und in die Gleichaltrigengruppe, die für seine Sozialisation immer bedeutsamer wird
- Es besteht die Gefahr, dass sich Alis Identitätsentwicklung auf das Selbstbild des „doppelten Außenseiters" fixiert, das des Ausländers und des Mutisten (fixiertes Skript/Narrativ)

Das Ziel integrativer Kindertherapie ist zum einen die Wiederherstellung sozialer „Anschlussfähigkeit", sowie die Befähigung, anstehende Entwicklungsaufgaben hinreichend gut lösen zu können. Diese groben Ziele umfassen sowohl die Veränderung der Symptomatik, als auch die Modifikation jener veränderungsfeindlichen seelischen Strukturen (fixierte Skripte und Narrative), die die Symptomatik stabilisieren.

Auf Ali bezogen können wir die folgenden Behandlungsziele formulieren:

- altersentsprechende Nutzung seiner sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten
- eine bessere Integration in die Klassengemeinschaft und die Gleichaltrigengruppe
- eine positive Veränderung des „mutistischen" Selbstbildes

4. Dreigliedrige Diagnostik als Prozessgeschehen

Diagnostisch fragen wir einerseits, welche lebensgeschichtlichen wie aktuellen Konflikte, Störungen, Defizite und Traumata das Problemverhalten bedingen. Andererseits versuchen wir, so genau wie möglich zu beschreiben, was das Kind und den Jugendlichen „stark" macht.

Ali zeigt z. B. keinerlei weitere sprachliche Auffälligkeiten oder Defizite, bis auf einen leichten, aus der Zweisprachigkeit bedingten Dysgrammatismus. Seine Symbolisierungs- und Abstraktionsfähigkeit sind altersentsprechend. Er hat eine ausgeprägte Begabung in Mathematik und im Malen. An „protektiven Faktoren" sind weiter zu nennen: die Wachheit, Intelligenz und der Ehrgeiz von Ali, seine angenehme äußere Erscheinung sowie der sich intensiv um ihn kümmernde und besorgte Vater.

Diese Ressourcen- und Bewältigungsorientierung bedeutet, dass wir im therapeutischen Prozess nicht nur Einstellungen ändern und emotionales Lernen befördern, sondern, wenn nötig, auch fehlende Fertigkeiten praktisch einüben und trainieren.

Unser Diagnosemodell ist verhaltens-, erlebnis- und lebensfeldorientiert, was sich in einer dreigliedrigen Diagnostik niederschlägt:

1. *Symptomdiagnostik:* Hier wird das Problemverhalten von Ali auf mehreren Ebenen – kognitiv, emotional, interaktionell – so genau wie möglich beschrieben. Sodann werden die innerseelischen und externen Auslöser untersucht, die das Problemverhalten steuern. So wird mit Ali z. B. eine „Landkarte des Sprechens" [3] erstellt.
2. *Strukturdiagnostik:* Sie beschreibt, wie lebensgeschichtlich gelernte Interaktions- und Beziehungsskripte (Narrative) fixiert, d. h. veränderungsresistent werden. In der klassischen Gestalttherapie werden diese

[3] Ein diagnostisches Verfahren und ein Medium für therapeutische Interventionen, um die Orte und das Ausmaß der Symptomatik bei mutistischen Kindern zu veranschaulichen und daran zu arbeiten (Katz-Bernstein, 1999).

erlernten Verhaltens- und Erlebnisprogramme, die die Person von „innen" rigide fremdbestimmen, Introjekte genannt. Wir erschließen diese inneren „Drehbücher" nicht nur von „außen" durch Verhaltensbeobachtung, sondern mittels Verfahren des tiefenpsychologischen Sinnverstehens („Interaktionelle Resonanz- und Gegenübertragungsanalyse", Zaepfel und Metzmacher, 1998). Bei Ali ermöglicht diese diagnostische Ebene z. B., dass die zwischenmenschliche (interaktionelle) Funktion und Bedeutung des „selektiven Sprechens" herausgearbeitet wird.

3. *Systemdiagnostik:* Sie beschreibt die lebensweltliche Einbindung, das soziale Netz und die soziokulturellen Stile des Denkens, Fühlens und Handelns bei Ali. Hierbei fragen wir u. a., welche Normen, Werte und kulturspezifischen Beziehungsmuster Ali aus seiner Herkunftskultur mitbringt und zu welchen Konflikten mit der Gegenwartskultur dieses Kulturerbe führt.

Die Therapeutin kann zwischen diesen 3 diagnostischen Perspektiven, je nach Bedarf, hin- und herwechseln. Indem sie diese aufeinander bezieht, webt sie ein Sinngefüge, das den selektiven Mutismus von Ali für alle Beteiligten besser mitteilbar und in seiner innerseelischen wie zwischenmenschlichen Funktion verständlich werden lässt.

Im weiteren werden wir nun den diagnostisch-therapeutischen Prozess entlang bestimmter Stichworte skizzieren, ohne im Einzelnen auszuweisen, um welche Art der Diagnostik es sich dabei handelt.

5. Der therapeutische Übergangsraum als „Safe Place"[4] und Ort zwischen zwei Kulturen

Die therapeutische Begegnung ist der Ort, an dem die „fixierten Drehbücher (Introjekte)" des Kindes im Spiel und im Gespräch zur Aufführung kommen und darüber diagnostisch verstehbar werden.

Schon ziemlich früh wurde Ali zugemutet, eine Anpassung an die beiden kulturellen Systeme durchzuführen, ohne dabei erkennbare Hilfe zu bekommen. In seiner ägyptischen Herkunftskultur gehörte Ali zu einer angesehenen Familie. Hier in der Schweiz wurde er als „der Ausländer" behandelt. Die Ausgrenzung erlebte er u. a. als Sprachschock, d. h. er entdeckte, dass im Kindergarten das sprachliche Selbstverständnis seiner Familie für die Bewältigung der neuen Realität nicht mehr ausreichte. Dies setzte sich in der Primarschule fort, als er die kulturelle Fremdheit noch eindringlicher erleben musste. Das selektive Sprechen, als Bewältigungsversuch verstanden, enthielt zum einen die Möglichkeit, sowohl sich und seine Herkunft nicht verraten zu müssen, und zwar in einem doppelten Sinn: ich verberge meine „Andersartigkeit" und schütze zugleich diese „Andersartigkeit" da-

[4] Vgl. Katz-Bernstein, 1996.

vor, beschämt zu werden. Oder: ich schäme mich und schütze mich und meine Familie davor, beschämt zu werden. Systemisch betrachtet sollte Ali, als Stellvertreter für die Familie, eine Integrationsleistung erbringen, zu der die Familie noch nicht in der Lage war. Der therapeutische Kontakt wurde somit zu einer Art interkulturellem „Safe Place", einem Ort, an dem die der Kulturbegegnung innewohnenden Chancen und Risiken für die gesamte Familie deutlich werden und partiell besser gehandhabt werden konnten.

Ein weiterer Bewältigungsaspekt des „selektiven Sprechens" bestand darin, dass Ali innerhalb des Klassen- und Gleichaltrigenverbandes nicht nur ausgegrenzt wurde, sondern auch als stummer Beobachter eine Sonderrolle einzunehmen begann. Er blieb somit „Herr der Situation" und stabilisierte darüber kurzfristig sein labilisiertes Selbstwertgefühl.

Die Therapie brachte ihn nun in den Konflikt, einen Teil dieser Kontrolle aufgeben zu müssen, um andere Entfaltungsmöglichkeiten in Gestalt von neuen Bindungen, und zwar an die neue Kultur, realisieren zu können. Diese grundlegende Dissonanz zwischen Kontroll- und Bindungsbedürfnissen bzw. zwischen zwei Loyalitäten, nämlich der zur Herkunfts- und der zur Gegenwartskultur, blieb während des gesamten Prozesses mehr oder weniger lebendig. Sie erzeugte ein stetiges Hin- und Her zwischen Abwehr- und Veränderungsimpulsen. Diese zunehmende innere Zerrissenheit als chancenreiche Ambivalenz wahrzunehmen, dies war nur in dem Maße möglich, in dem die Familie sich gleichfalls ihrem „Kulturschock" zu stellen begann.

Dass sowohl Ali als auch seine Familie dazu bereit waren, zeigte sich in Alis Bereitschaft, mit der Therapeutin ein „vertragsmäßiges" Arbeitsbündnis zu schließen.

6. Das Arbeitsbündnis

Alis kommunikative Intelligenz ermöglichte eine Art Arbeitsbündnis, die mit jüngeren Kindern so explizit nicht möglich ist. In einem solchen Fall würde die Therapeutin in der Haltung eines „unterstellten Arbeitsbündnisses" arbeiten, das zuvor u. a. mit den Eltern beschlossen wird. Mit Ali konnte die Vereinbarung geschlossen werden, dass er sein selektives Schweigen überwinden wollte. Es wurden die Hürden und Schwierigkeiten angesprochen, die zu überwinden es Alis Geduld und Ausdauer bedurften. Die Therapeutin bot sich an, diesen „Hindernislauf" mit ihm gemeinsam durchzustehen, indem sie sich solange mit den Schwierigkeiten auseinandersetzen würden, bis sie überwindbar wären. Sie verkündete, dass sie ihm das alles zutraue und dass sie einige andere Kinder kenne, die es schon geschafft hatten. Dieser der Verhaltenstherapie nahe Ansatz, zu Beginn der Stunde eine Art Bilanz zu ziehen, zu überprüfen, wo man steht, und gemeinsam neue Herausforderungen zu planen, blieb während der gesamten Therapiedauer bestehen. Bei dieser Art Arbeitsbündnis verstärkt die Therapeutin die gesunden, altersgemäß entwickelten Ich-Funktionen des Kindes.

Die Erfahrung von Mitbestimmung in der „Arbeit am Symptom" stärkt das Wirksamkeitserleben des Kindes. Bei jüngeren Kindern, die in dieser Form nicht absprachefähig sind, wird zunächst über das freie Spiel eine Beziehungsbasis hergestellt und entsprechende Ich-Funktionen gefördert, die es dem Kind zunehmend erlauben, mittels Puppen oder Symbolspiel „über" seine Ziele, Wünsche, Sehnsüchte und Ängste zu „sprechen". Prozessorientiertes, freies Spiel kann somit im Rahmen dieses Verfahrens, je nach Indikation, mit einem übenden und planvoll experimentierenden Umgang abgewechselt werden.

7. Die therapeutische Arbeit an der doppelkulturellen Identität: das Konzept des partiellen Engagements

Die Gestalt–Integrative Kindertherapie verfügt über einen großen Reichtum kindgerechter Medien, Spiele und Bewegungsangebote. Mit Ali spielte die Therapeutin ein „pro-und-contra-Spiel", in dem die Vorzüge und Nachteile der ägyptischen und der schweizerischen Heimat auf einem A6-Papier erzählend und gestaltend erarbeitet wurden. Das Aufschreiben ging mit der Erzählung vieler kleiner Episoden einher, die Ali beschäftigen. Zunächst waren es die negativen, diskriminierenden Erfahrungen und Befürchtungen, die die Erzählung dominierten.

> Allmählich, durch gezieltes Nachfragen, erkennt Ali sodann die Vorteile, die mit dem Pendeln zwischen zwei Kulturen verbunden sind. Die Therapeutin verrät, dass auch sie eine Wanderin zwischen Kulturen sei und sich keiner Kultur vollkommen zugehörig fühle. Als sie ihn fragt, was er meine, welche Vorteile dieser Umstand haben kann, lacht er verschmitzt und sagt: „Man kann die und die hereinlegen, keiner weiß was und wie man wirklich denkt".

In dieser Äußerung wird deutlich, dass Ali mit den verschiedenen kulturellen „Gesichtern" manchmal wie mit Masken zu spielen beginnt. Ali wird neugierig auf die Vorzüge seiner bikulturellen Lebensweise.

> Zu dieser Ressourcenseite der doppelten Kulturzugehörigkeit bemerkt die Therapeutin an anderer Stelle: „Nicht wahr, man fühlt sich ja oft genug alleine, dafür lernt man wirklich selbständig zu denken, da man die Meinungen und Sachen die passieren, oft auch ganz anders sehen kann als viele andere Menschen". Er lauscht interessiert und nachdenklich, der Kommentar scheint ihm zu gefallen.

Die Therapeutin hat bei Ali und der Familie die Möglichkeit, sich selbst als Modell für den permanenten Überstieg zwischen zwei Kulturen anbieten zu können. Diese Ressource erleichtert ihr den Zugang zum Verstehen des Jungen und seiner Familie und ermöglicht ihr immer wieder, die Integrationsbemühungen aller Beteiligten anzuerkennen. Zugleich muss sie ihren persönlichen Gegenübertragungsanteil im Umgang mit diesem Thema berücksichtigen, weil ansonsten die Gefahr besteht, dass sie, ähnlich wie

die Familie, dem Kind Vermittlungsleistungen zumutet, die für sie selbst kaum zu bewältigen sind und waren. Hieran wird die Bedeutung des Gegenübertragungsverstehens deutlich, das wir *interaktionelles Resonanzverstehen* nennen (vgl. Zaepfel und Metzmacher, 1996). Im Gegensatz zur klassischen Gestalttherapie und zur Verhaltenstherapie hat Petzold das tiefenpsychologische Sinnverstehen und den dialogischen Umgang mit der Beziehung zwischen Therapeut und Klient in den Mittelpunkt seines therapeutischen Modells platziert. In Abgrenzung zur Psychoanalyse vertritt er jedoch mit dem Modell des *„partiellen Engagements"* (Petzold, 1980) einen anderen Abstinenzbegriff. Dabei stellt sich der Kindertherapeut nicht nur als Übertragungsfigur, sondern als „reales" Gegenüber zur Verfügung, und zwar mit all seinen Wahrnehmungen, Gedanken und Handlungsimpulsen. Letztere kommuniziert er jedoch nur selektiv, und zwar vom Kind her gedacht, mit dem Ziel, diesem nur soviel mitzuteilen, *wie es auch als hilfreich verwenden kann*. D. h. der Therapeut versucht, je nach Indikation, immer wieder „hinter dem Kind zu bleiben". „Vor das Kind" zu kommen, dies erlaubt er sich jedoch erheblich großzügiger als z. B. analytische Therapeuten.

8. Der „Kloß im Hals" oder die gestalttherapeutische Arbeit mit Introjekten (fixierten Narrativen)

In der siebten Stunde fragt die Therapeutin, wie er bis jetzt bestimmte Situationen schweigend aushalten konnte und ob es nicht Situationen gegeben habe, in denen er verführt war zu sprechen. Er erzählt, dass er dann, auch wenn er wollte, nicht sprechen könne, da er, wie zugeschnürt, einen „Kloß" im Hals spüre. Daraufhin lässt sie ihn mit geschlossenen Augen eine Situation vergegenwärtigen, in der er vor der Klasse steht und sprechen soll. Sie regt ihn an, die Angst und die sie begleitenden Körperempfindungen und –sensationen wahrzunehmen und den „Kloß" im Hals, seine Größe, Beschaffenheit und seine Konturen zu spüren und zu visualisieren. An diese „geführte Imagination" anschließend, bietet die Therapeutin Ali an, diesen Fremdkörper zu malen und sich dafür Zeit zu lassen. Er malt ganz versunken. Es entsteht ein bläulicher, ballartiger, kraterartiger „Kloß", den er lange betrachtet.

Imaginationstechniken sind heute Bestandteil aller handlungsorientierten Verfahren. In der Integrativen Gestalttherapie sind diese Techniken jedoch, je nach Indikation, mit einer Vielzahl anderer expressiver Verfahren – z. B. dem Malen – sowie mit dem freien Spiel verknüpfbar. Diese *intermedialen Quergänge* aktivieren die kindnahe Fähigkeit zum magischen Denken und Erleben. Letztere erlauben dem Kind und Jugendlichen, unbewusste Erfahrungsinhalte mitzuteilen, die die inneren Verbote und Gebote leichter unterlaufen, bzw. deren Inhalte so maskiert zu artikulieren, dass die Zensurinstanz es schwer hat, das Kind mit Schuld- und Schamgefühlen für die „Veröffentlichung" zu „bestrafen". Im Gegensatz zur klassischen Gestalttherapie meinen wir, dass die zu verändernden innerseelischen Zensur- und

Strafinstanzen nicht gleichsam mit „offenem Visier" konfrontiert werden können. Diese Introjekte sind die symbolisch verinnerlichten Elternteile, d. h. sie direkt zu kritisieren, hieße, diese „Elternrepräsentanzen" anzugreifen, von denen noch eine ausgeprägte Realabhängigkeit besteht.

Des weiteren hängt es vom kognitiv-affektiven Entwicklungsniveau ab, in wie stark das Kind emotional zwischen den „repräsentierten" und den „realen" Eltern zu unterscheiden vermag. Kognitiv ist es, wie die Säuglingsforschung zeigt, dazu schon sehr früh in der Lage, nicht aber affektiv. Dieses Entwicklungsniveau entscheidet auch darüber, in welcher Weise das Kind zur Gefühlswahrnehmung und –kommunikation fähig ist. Bei Kindern mit erheblichen Teilleistungsschwächen oder bei traumatisierten Kindern dürfte z. B. eine ausgeprägte „Gefühlsblindheit" und auch noch mit 13 Jahren ein eher „konkretistisches" Erleben der Eltern-Kind-Beziehung vorliegen.

Gestalttherapeutische Arbeit mit kindlichen Introjekten bedarf somit einer differenzierten klinischen Störungstheorie, damit entschieden werden kann, in welcher Weise welche Gestalttechnik in welcher Dosierung verwendet werden soll.

Nach diesem Exkurs wenden wir uns nun wieder der Gestaltarbeit mit Ali zu.

Die Therapeutin schlägt Ali vor, mit dem gemalten Fremdkörper im Hals in ein spielerisches Gespräch einzutreten. Er beschimpft den „Kloß" als störend, will ihn am liebsten „abmurksen". Er beschreibt Situationen, in denen dieser Fremdkörper ihn behindert bzw. wie viel schöner und leichter er es hätte, wenn dieser „Kloß" ihn nicht so blockieren würde. An dieser Stelle will er das Papier mit dem Bild zerreißen. Die Therapeutin bewahrt ihn davor und schützt das Papier mit dem Satz „Wenn du das tust, dann erfahren wir nie, warum er sich in deinem Hals niedergelassen hat". Sie fragt Ali, ob er sich vorstellen könne, diesem Fremdkörper eine Stimme zu geben, so, als wäre er ein Bauchredner, nur dass er den „Kloß" anstelle des Bauches sprechen lasse.

„Stell' dir vor, du seist dieser Fremdkörper in Alis Hals. Versuche dir vorzustellen, wie das ist, es sich in Alis Hals so breit zu machen. Wie fühlt sich das an?"

Er schließt die Augen.

„Es ist schön warm da drin, weich, aber auch fest. Ja, ziemlich bequem."

„Ja, mach's dir bequem da drin. Lässt dir der Ali auch genug Platz?"

Er schweigt einen Moment, spürt nach.

„Ali hat Angst vor mir! Er wird ganz steif, wenn ich in seinem Hals bin!"

Er fügt hinzu:

„Irgendwie macht das Spaß!"

„Ah ja, das macht dir Spaß, den Ali zu quälen, ihm Angst zu machen, was? Du bist aber ein Schlitzohr! Ali müsste auf dich stolz sein, wie stark und clever du bist!"

An dieser Stelle hört Ali auf und schaut die Therapeutin verwundert und fragend an.

„Ja, Ali, es ist dein „Kloß", dein Körper hat ihn produziert, und ich meine, der Körper ist ein gescheiter Kerl, er hilft uns immer irgendwie, damit wir aus un-

angenehmen Situationen das Beste machen können. Das ist *dein* Kloß! Eigentlich könntest du mächtig stolz auf ihn sein!"
Es dauert ein wenig, nach einigen nachdenklichen Augenblicken sagt er jedoch verschmitzt und belustigt:
„Ja, alle anderen mussten sich Mühe geben beim Lesen und beim Aufsagen, ich war fein raus!"
„Ich sehe trotzdem, dass der „Kloß" dich störte, aber er half dir auch manchmal, oder?"
„Ja, manchmal war ich dann der Schlauere."

Die Therapeutin bestätigt ihm, dass sie schon längst geahnt habe, wie stark und clever er eigentlich ist. Es tut ihm sichtbar gut.

Als Ali dann den „Kloß" erneut malt, hat sich der Kloß verändert; er wird glatter, glänzender und bekommt einen rosaroten Schimmer. Er arbeitet lange an ihm, malt ihn aus, behandelt ihn wie ein „Kunstwerk". Die Therapeutin schlägt ihm als Hausaufgabe vor, bei nächster Gelegenheit in der Klasse eine Situation auszuwählen und sich vorzustellen, er würde sprechen wollen. Dabei solle er, sofern der Fremdkörper auftauche, diesem nachspüren und schauen, ob er sich verändert hat.

Sehr bald merkt Ali, dass sein „Kloß" viele Schattierungen bekommt und sich ständig verändert. So sagt er nach etwa 4 Monaten: „Er ist jetzt wie aus Watte und völlig durchlöchert". „Er fühlt sich jetzt an wie eine Wolke im Hals". Er holt die fünf übrigen Zeichnungen des „Kloßes" aus dem Schrank, rollt sie auf und vergleicht sie miteinander. Er scheint mit der Entwicklung sehr zufrieden zu sein. Zu dieser Zeit unternimmt er bereits seine ersten Sprechversuche mit den Jungs in seiner Klasse, und zwar während des Werkunterrichts in der Schule (siehe weiter unten).

Die Therapeutin arbeitet hier mit der sogenannte *Identifizierungstechnik*, bei der der Klient in eine spielerische „als-ob"-Beziehung mit einem von ihm projizierten Inhalt tritt. Der „Kloß" ist eine somatische Projektion bedrohlicher, bislang nicht bewusstseinsfähiger Personenanteile (Introjekte) mit deren Wünschen, Sehnsüchten, Ängsten und Aggressionen. Die Identifizierungstechnik, dies zeigt Stämmler in seinem ausgezeichneten Buch über die „Arbeit mit dem Leeren Stuhl" (Stämmler, 1995), kann sowohl im Rahmen der Selbstgesprächs als auch in der Phantasietechnik genutzt werden. Bei jüngeren Kindern kann dieselbe Technik psychodramatisch z. B. mit Hilfe des „einfühlenden, explorierenden und spiegelnden Doppeln" Anwendung finden, bei Vorschulkindern kann mit Puppen gearbeitet werden (Katz-Bernstein, 1990; Tarr Krüger und Katz-Bernstein, 1995).

Die Technik erlaubt dem Kind, wie auf einer Bühne, die dem Fremdkörper innewohnende ambivalente Erfahrung spielerisch in Szene zu setzen. Der „Kloß" ist sowohl Saboteur, Verbündeter und verleiblichte Angst vor dem nächsten Autonomieschritt, als auch „intelligente" Vermeidung selbstbedrohlicher Entwicklungsschritte. In der spielerischen Umkehr von „Passiv in Aktiv" wird die „Identifikation mit dem Aggressor" – einem möglichen Vorgang bei der Verinnerlichung des Introjekts – so verändert, dass

das Kind vom „Opfer“ zum Autor der „Kloßgeschichte“ wird. Indem das Kind das Introjekt als Fremdkörper erkennt, es aktiv erkundet und es magisch zum Sprechen bringt, beginnt es das „fremdseelische Gewebe“ in „leibeigenes, seelisches Gewebe“ zu verwandeln. Diese Form der „Introjektaneignung“ vermittelt dem Kind die Erfahrung von Selbstwirksamkeit: mehr Eigensinn kann die Folge sein und sowohl Kräfte als auch Energien, die bislang in der Vermeidung fixiert waren, können in weitere Selbstständigkeitsarbeit fließen.

Nun ist der spielerisch-expressive Zugang zur Problematik von Ali nur ein möglicher therapeutischer Zugang. Er stellt häufig eine erste entängstigende Annäherung an das problematische Verhalten und Erleben dar, weil es die verzerrten inneren Bilder und Phantasien des Kindes über sich und seine Umwelt zum Ausdruck bringt; d. h. das Kind entfaltet eine „introspektive Ebene“. Die lebensfeldnahe praktische Erprobung ist häufig erst der zweite Schritt, und zwar aus zwei Gründen: Entweder benötigt das Kind eine bestimmte Zeit, um das nur diffus gespürte Problem überhaupt „be-greifen“ zu können oder es benötigt den expressiven „Umweg“ im „Safe-Place“ der Therapie, weil das geschwächte Selbstwertgefühl das Kind veranlasst, das Problem vor sich und seinem brüchigen Selbstbild zu verbergen. Das kindnahe, magische Erfassen des Problems im „realitätsfernen“ Rahmen des freien Spiels macht ihm Mut, das Verhaltensexperiment im Alltag seines Lebensfeldes zu wagen.

9. Der Transfer in den Alltag oder Therapie als Anleitung zum Verhaltensexperiment

Ali berichtet zunehmend von seinen eigenen Beobachtungen in der Klasse. Durch die Verfeinerung der introspektiven Ebene kann eine gewisse Distanz zum Symptom hergestellt werden. Ali beobachtet, welche Vorteile das Schweigen ihm manchmal einbringt und auch, dass in manchen Situationen nicht so sehr der „Kloß“ daran Schuld ist, dass er nicht spricht, sondern zum einen die Scham, plötzlich anders zu erscheinen, und zum anderen die Macht der Gewohnheit. Es wird nun versucht, das Sprechverhalten in der Schule praktisch zu verändern. Bezeichnenderweise, Zufall oder nicht, wird er in den nächsten beiden Therapiestunden krank gemeldet[5].

Als er wiederkommt, fragt die Therapeutin, ob er sich immer noch sicher sei, dass er das Schweigen überwinden wolle. Es brauche sehr viel Mut, nach so langen Jahren das Schweigen in der Klasse zu brechen. Sie versichert ihm, dass sein Tempo beachtet würde und dass jeder Schritt besprochen würde. Dennoch könne er es nur schaffen, wenn er eine gewisse Entschlossenheit mitbringe.

„Ich muss ja, wenn ich in die Sek’ will!“ ist zunächst seine Antwort.

„Ja, da steht einiges auf dem Spiel. Aber manchmal lässt sich der Körper von solchen Einsichten nicht beeindrucken. Schau, ob du auch den Körper, den Kloß und den Hals dazu gewinnen kannst, dann gelingt es dir ganz sicher!“

Zunächst wird eine Liste von Kameraden, die er am leichtesten einweihen

[5] Dies könnte tiefenpsychologisch als Widerstand gedeutet werden.

könnte, erstellt. Als Erstes wird Lars, sein bester Kamerad, zur nächsten Stunde eingeladen. Mit Lars wird besprochen, dass Ali entschlossen ist, das Schweigen zu brechen. Lars findet es „echt geil". Das Gespräch wird auf eigene Stärken und Schwächen gelenkt. Auf die Frage der Therapeutin, welche Schwäche Lars an sich kenne, die er auch am liebsten überwinden möchte, erwähnt er seine Schwäche in Mathe. Er will später ein Automechaniker werden und im Verkauf von Sportwagen tätig sein. Dazu brauche er nur ein wenig besser in Mathe sein, so sage sein Vater. Er hasse jedoch Mathe und bewundere Ali, weil er in Mathe einer der Besten sei. Die Therapeutin fragt die beiden, ob sie bei anderen Kollegen auch solche Schwächen kennen. – „Jeder hat etwas und versucht so zu machen, als ob nichts ist" sagt Lars.

Als weiterer Schritt eines Desensibilisierungsprogramms zeichnet Ali eine Karte mit dem Titel „Die Geographie des Sprechens". Darauf werden verschiedene Orte markiert:

Orte, an denen er normal spricht – wie das Elternhaus, die Familie in Ägypten, im Restaurant

Orte, an denen er nur mit einigen spricht, wie im Schwimmbad, mit Nachbarn, auf dem Pausenplatz, im Turnunterricht, auf Klassenfahrten usw., sowie

Orte, an denen er schweigt, wie im Klassenzimmer, Werkunterricht, bei offiziellen Stellen und Behörden

Die Orte werden mit Personen verknüpft. Mit seinen Lehrern hat er z. B. noch nie gesprochen, auch nicht außerhalb der Klasse. Auf dem Pausenplatz spricht er nur „mit seinen Freunden". Einige wenige Jungen sind ausgeschlossen. Mit den Mädchen spricht er überhaupt nicht, außer mit der Yvonne, die in seiner Nachbarschaft wohnt, und mit der er schon als Kind gespielt hat. Lars hilft, die Landkarte zu erstellen und diskutiert die Details mit Ali („Eh, ich habe dich auch schon gesehen, wie du mit Sara in der Pause gesprochen hast!" usw.).

Es wird entschieden, dass Ali im Werkunterricht, wo nur die Jungen anwesend sind und die Atmosphäre locker ist, zu sprechen versucht. Zuvor sollen alle „Freunde" in der Klasse hierher kommen und eingeweiht werden. Ali verspricht sich folgendes davon: „Damit, wenn ich normal spreche, sie nicht Augen machen und Sprüche geben –wie toll! und so, das stört mich total!"

Eine fröhliche Runde von 6 Jungen besucht Alis nächste Therapiesitzung. Einer fehlt, zwei andere gehören nicht zu „den Freunden". Nach einer Runde „Ball über die Schnur", bei Saft und Plätzchen, werden sie von Lars und Ali eingeweiht. Ali will im Werkunterricht ganz normal zu sprechen anfangen. Sie sind begeistert und fangen an zu johlen „Bravo! Geil!" Ali ist sichtbar verlegen. Die Therapeutin unterbricht und meint:

„So einfach ist es nicht, sonst wäre es für Ali ja kein Problem gewesen, schon früher ganz normal zu sprechen! Genau das ist ihm unangenehm. Eine echte Hilfe wäre es, wenn ihr eben ganz normal reagieren würdet, als ob er immer schon gesprochen hätte. Meint ihr, das ist machbar?"

Sie werden ernst. Einer erzählt eine Episode, in der es ihm „die Sprache verschlagen" hat, ein anderer eine Begebenheit, bei der er unangenehm ertappt worden ist und sich furchtbar schämen musste, usw. Es ist sichtbar, dass sie sich mit Ali solidarisieren. Es wird diskutiert, was mit den anderen Jungen ist und ob die eingeweiht werden sollen. Einzelne Jungs erklären sich bereit, die Restlichen zu informieren.

Die Therapeutin verlässt in diesem Prozessabschnitt den therapeutischen Raum als „Übergangsraum" und bietet sich als Begleiterin für ein praktisches Experiment in der Alltagsrealität an. Das dyadische Einzelsetting wird aufgebrochen und die schulische Realität kommt in die Therapiestunde. Diese Verbindung von tiefenpsychologischer und behavioural-systemischer Orientierung wird hier praktisch. Sie ist u. a. nur möglich (vgl. auch Oerter et al., 1999; Resch, 1996), wenn:

- ein Problem des Kindes in ein Problem des lebensweltlichen Systems übersetzbar ist
- das Problem in ein konkretes Verhalten in einer konkreten Situation übersetzbar ist
- das Kind so introspektiv und absprachefähig ist, dass es das zu übende Problemverhalten benennen kann
- die Therapeutin/der Therapeut der Auffassung ist, dass „innere und äußere Realität" ständig praktisch aufeinander bezogen werden müssen, d. h. wenn sie/er vom klinisch-theoretischen Selbstverständnis her in der Lage ist, das Kind nicht nur im Raum der Phantasie und der inneren Bilder zu begleiten, sondern auch in der Auseinandersetzung mit der Alltagsrealität.

Wir glauben, dass bei Kindern der Kontext nicht nur in Gestalt von Angehörigenarbeit und/oder Familientherapie berücksichtigt werden muss, sondern in Gestalt praktischer Verhaltenserprobung. Analytische Varianten der Tiefenpsychologie gehen in ihrer ausschließlich einsichts- und begegnungsorientierten Arbeit an den „inneren Objekten" unseres Erachtens zu große Umwege. Die Verhaltenstherapien wie auch die systemischen Modelle haben für unser Therapieverständnis da Relevanz, wo sie postulieren, dass Schemaveränderungen, d. h. Veränderungen der Introjekte (analytisch der „inneren Objekte") direkt über verändertes Verhalten in der Alltagsrealität angestoßen werden können, ja müssen.

10. Krise und Widerstand

Schritt für Schritt wird die „Landkarte des Schweigens" immer kleiner. Der Fortschritt ist zwiespältig. Ständige Befürchtungen, Fehl- und Rückschläge, Entlastungsversuche mit „Schulschwänzen" etc. nerven und kosten Kraft. Eines Tages kommt die Therapeutin zu einer Stunde fünf Minuten zu spät. Das war kurz nachdem abgemacht worden war, dass Ali im Klassenunterricht mit zwei Jungen während der Gruppenarbeit leise spricht. Dies bereitete ihm Schwierigkeiten, da er befürchtete, die Mädchen könnten mitlauschen. Als die Therapeutin kommt, ist Ali bereits gegangen.

In der Stunde danach fragt die Therapeutin, ob er verärgert gewesen wäre, dass sie ausgerechnet nach einer solch schweren Aufgabe zu spät gekommen sei. Er antwortet nicht, sondern sagt ziemlich hastig:

„Ich hätte es fast vergessen: Der Herr Metzger (der Klassenlehrer) fragt, wie lange ich noch kommen muss."

Die Therapeutin fragt ihn, was er selbst dazu meint:
„Wissen Sie, er muss die Stunden bei der Schulpflege beantragen. Er fragte mich, ob ich nicht auch meine, jetzt alleine vorwärts zu kommen: ich sei jetzt alt genug dazu."
Ali nimmt selbst keine Stellung und wirkt dabei gereizt und missmutig. Die Therapeutin spürt selbst eine Mischung aus Enttäuschung und Ärger. Sie verwendet diese Resonanz, um Ali gegenüber folgende Vermutung zu äußern: „Ich könnte mir vorstellen, dass eine Seite in dir bei allen Fortschritten ungeduldig wird und auch der Lehrer die Ungeduld merkt. Vielleicht möchte diese Seite in dir aufgeben und mit dem zufrieden sein, was erreicht ist. Ich schlage dir vor, dass ich mit dem Klassenlehrer rede und dass wir einen weiteren Anlauf machen".
Ali antwortet nicht, sondern greift zum Ball und fängt an, mit ihm zu spielen. In seinem Spiel spiegelt sich verhaltene Wut und Unruhe. Die Therapeutin schlägt vor, dass sie „Ball über die Schnur" spielen könnten. In diesem Spiel steht man sich gegenüber, ein Seil ist dazwischen gespannt, man täuscht und provoziert einander mit dem Ball. Der Ball wird in das Feld des anderen so geworfen, so dass es dem anderen unmöglich wird, ihn zu fangen. Je listiger desto besser. Er stimmt sofort zu. Ein verhaltenes, reglementiertes Ringen miteinander entsteht. Außer Atem und belustigt – er gewinnt 36:29 – setzen sie sich.
Nach dem Spiel setzt er sich in die Kuschelecke, nimmt sich ein Kinderbuch und liest versunken. Die Therapeutin setzt sich unweit auf einen Stuhl und genießt die Ruhe. „Allein sein in Gegenwart des Andern". Nach dem Abschied öffnet er nochmals die Tür und ruft hinein: „Also Sie sprechen mit Herrn Metzger" und geht.

Ali droht „die Luft und die Lust an der Therapie auszugehen". Er ist bisweilen ein „verwöhnter" Junge, weil er rasch Ergebnisse sehen möchte, ihm vieles zufliegt und er es nicht gewohnt ist, „Durststrecken" durchzustehen. Hinzu kommen, wie nahezu immer bei der Arbeit mit Kindern, instabile „Wetterlagen" mit dem schulischen und familiären Umfeld. Therapeutisch induzierte Veränderungen werden nicht nur begrüßt. Sie kränken auch. Wer gibt in Erziehungsfragen schon gerne zu, dass er der Erziehung nicht gewachsen ist? Keine Fertigkeit wird für so selbstverständlich gehalten wie die erzieherische Kompetenz, keine birgt in sich so viel Potenzial für Scham- und Schuldgefühle.

In dieser Krisensituation arbeitet die Therapeutin vor allem mit ihren Gegenübertragungsimpulsen. Sie ermöglichen ihr, Hypothesen über die Verfassung des Jungen und die systemischen Anteile der Krise zu formulieren. Mit dem Kind versucht sie, eine spielerische Ebene herzustellen, um „am Widerstand entlang" zu arbeiten. Das bedeutet, die der Krise zugrunde liegenden Gefühle des Kindes erhalten eine Bühne, wo sie sich – im Spiel maskiert – mitteilen können. Zugleich signalisiert sie ihm, dass sie sich von seiner Entmutigung nicht anstecken lässt, in der Hoffnung, dass der „veränderungswillige Anteil" in Ali wieder Aufwind bekommt. Zugleich spürt sie, dass hier auch ein erster Abgrenzungsversuch des Kindes ihr gegenüber stattfindet und unterstellt nicht nur, er wolle zwischen ihr und dem Lehrer „spalten".

Mit dem Lehrer hingegen versucht sie, ein vertieftes Arbeitsbündnis herzustellen, indem sie ihn stärker in die Arbeit mit einbindet und ihn damit kollegial anerkennt.

Nach dieser Stunde „bekommt" Ali wieder etwas „Oberwasser".

> Er erzählt, dass er es nicht gewagt hatte im Klassenzimmer in Gegenwart der Mädchen zu sprechen. Die Therapeutin fragt ihn, was es ihm ermöglichen könne, in Gegenwart von Mädchen zu sprechen.
> „Ich glaube, ich kann das erst wenn ich weiß, dass die Mädchen gar nichts von mir wissen".
> Da er in zwei Monaten die 6. Klasse beendet und der Übertritt in die Sekundarstufe angekündigt ist, wird seinem Wunsch entsprechend beschlossen, dass er erst in der Sekundarschule ganz normal reden wird, „da mich ja niemand kennt". Angesichts der sichtbaren Fortschritte – er konnte vom Lehrer während des Werkunterrichts im Fach Lesen geprüft werden – und nach einem Gespräch mit Vater und Lehrer, ist der Lehrer bereit, ihn zur Beförderung zu empfehlen.

Im Falle von Ali sind Krisen eher die Ausnahme als die Regel. Insofern ist auch Strenge und Konfrontation angesagt, wenn er z. B. seine launische „Prinzenrolle" spielt. Bei Kindern, bei denen Krisen eher die Regel in ihrer Alltagsbewältigung sind, sind auch die therapeutischen Prozesse von ständigen „Beziehungstests" begleitet. Diese „Tests" sind unbewusste Versuche der Beziehungs- und Konfliktklärung. Sehr vereinfacht kann man sagen: je „schwerer" und belasteter ein Kinderschicksal und seine daraus resultierenden Behinderungen sind, desto ausgeprägter sind die Nähe-Distanzkonflikte, die das Kind mit der Therapeutin inszeniert. Das „Komm-her-geh-weg-Spiel" ist Ausdruck einer innerseelischen Zerrissenheit, die z. T. nur im Rahmen einer therapeutischen Bindungserfahrung gemildert werden kann. Hier kommt das tiefenpsychologisch orientierte Bindungsangebot als therapeutischer Wirkfaktor ins Spiel, der auf eine korrigierende emotionale Erfahrung abzielt (s. auch Petzold, 1980, 1981; Petzold und Ramin, 1987; Katz-Bernstein, 1998).

11. Die Lebenswelt

Die Therapie hatte es mit 3 Lebensfeldsegmenten zu tun: der Familie, der Schulbehörde und den Gleichaltrigen.

Die Familie

Alis Vater ist die familiäre Kontaktperson. Die Mutter wird von beiden als kränklich bezeichnet. Der drei Jahre jüngere Bruder ist ein (hyper-)aktives und leicht verhaltens-auffälliges Kind mit durchschnittlichen Leistungen. Er macht der Mutter ein wenig Kummer, weil er ein „Lausbub" ist. Auf den eindringlichen Wunsch der Therapeutin hin kommt die gesamte Familie zu einer Besprechung. Die Therapeutin erlebt eine sanfte, warmherzige und gebildete Frau, die Ali sehr zugetan ist. Zugleich vermittelt sie einen

gesundheitlich angegriffenen und wenig belastbaren Eindruck. Jahre später erfährt die Therapeutin, dass Alis Mutter bereits zum Zeitpunkt der Therapie an Unterleibskrebs erkrankt war, an dem sie später verstarb. Nach diesem Gespräch kam Ali zu den vereinbarten Familienterminen – alle 6 Wochen – immer nur mit dem Vater.

Die Therapeutin arbeitete mit einem Familienzusammenhang, der während der gesamten Zeit der Behandlung letztlich undurchsichtig, ja bisweilen geheimnisvoll blieb. Die familiären Grenzen blieben, bei allem Druck, unter dem die Familie stand, sehr hoch. Man ließ die Therapeutin allenfalls bis an die Türe des Hauses, weiter kam sie nicht. Die Eigenarten der Kultur, die moslemischen Feste und Alltagsrituale und vor allem die Krankheit der Mutter wurden nie manifestes Thema in den Elterngesprächen. Ali war als „Botschafter der Familie" die einzige Informationsquelle. Über ihn gewann das Bild des Vaters ein paar Konturen. Es verband massiven Jähzorn mit ausgesuchter Höflichkeit und Selbstbeherrschung. Nach und nach teilte er auch mit, dass die Eltern in einem unversöhnlichen Streit mit den Großeltern des Vaters leben, die dem Sohn nie eine Ausbildung bezahlt hatten, da er sich weigerte, das Studienfach zu ergreifen, das für ihn vorgesehen war. Auch die Auswanderung der Familie aus dem Heimatland stand in diesem Zusammenhang.

Die Therapeutin blieb für diese Familie bis zuletzt Hoffnung und Bedrohung zugleich. Auch ihre Rolle als Frau und Expertin in Sachen Erziehung war für Vater und Sohn vor dem Hintergrund ägyptischer Vorstellungen zum Verhältnis von Frau und Beruf eher Anlass zur Vorsicht.

Die Therapeutin respektierte die ihr zugemuteten Grenzen der Kooperation in dem Maße, wie sie das Distanzierungsbedürfnis dieser Familie verstand und anerkannte. Was sie anbot, war eine Begegnungsnische, in der zwar weite Teile des Familiendramas ausgeblendet wurden, aber zugleich signalisiert wurde: „Helfen sie Ali und damit uns, einen Weg in den kulturellen Alltag der Schweiz zu finden, ohne dass wir das Gefühl haben, unsere Herkunftskultur verraten zu müssen". Der Therapeutin half an dieser Stelle wiederum ihre eigene Erfahrung mit Enkulturationsvorgängen die damit verbundenen Ängste und Zweifel zu verstehen und die stets misstrauisch-beobachtende Beziehungsatmosphäre, die sich in der Gegenübertragung einstellte, auszuhalten.

Die integrative Gestalttherapie geht von einem systemischen Modell aus, das darauf verzichtet, dem System absoluten Vorrang vor der Person zu geben. Das familiäre System wird in dem Maße einbezogen, wie es unerlässlich ist,

- das Arbeitsbündnis mit dem Klienten herzustellen und zu stabilisieren
- der Familie zu signalisieren, dass sie immer wieder überprüfen soll, ob ihr die Therapie nutzt
- ein Bild vom familiären Ressourcenprofil zu entwickeln und es gegebenenfalls zu aktivieren und stützen zu helfen

– familiäre Problemdefinitionen anzusprechen und Transaktionsmuster zu thematisieren, die unmittelbar symptomstabilisierend sind
– der Familie immer wieder zu signalisieren, dass sie der Ort ist, an dem die Entwicklung des Kindes stattfindet (vgl. auch Katz-Bernstein 2000)

Wir versuchen, mit dem Segment der Familie zu arbeiten, das das Veränderungspotential vertritt und respektieren so weit wie möglich das therapiekritische Segment, das z. T. nie in den Gesprächen auftritt. Dabei tritt die Therapeutin in verschiedenen Funktionen auf. Manchmal ist sie Anwältin des Kindes, dann wieder Ombudsfrau der Familie, dann wieder eine Art Coach für die Familie und bisweilen auch deren Sozialarbeiterin. Orthodoxen Therapiekonzepten wird bei dieser Vielfalt der Funktionen schwindelig, doch die Komplexität postmoderner Lebensfelder macht ein Umdenken notwendig, was tradierte Auffassungen der Berufsrolle von Therapeutinnen und Therapeuten anbelangt.

Die Schule

> Alis Klassenlehrer ist grundsätzlich zuvorkommend und kooperativ. Er „hat jedoch seine Grundsätze": „Jugendliche müssen selbständig werden und sozial denken, ein zu weitgehendes psychologisches Verständnis erschwert bisweilen die Übernahme von Verantwortung. Man kann manchmal Probleme versachlichen oder aber noch mehr problematisieren". So seine Stellungnahme zu Beginn der Zusammenarbeit. Es braucht einiges an Verhandlungsgeschick, um sein Vertrauen und seinen Willen zur Mitarbeit zu mobilisieren. Vor allem darf es nicht dazu kommen, dass es dem Ali möglich würde, Lehrer und Therapeutin gegeneinander auszuspielen. Die Verführung ist groß, während Krisen und Widerständen gegenüber dem Lehrer einen Groll zu entwickeln, und damit die Zusammenarbeit zu belasten, was die innere, nach außen inszenierte Zerrissenheit von Ali destruktiv verstärkt hätte.

Für das Gelingen des therapeutischen Prozesses ist es hilfreich, die pädagogischen Konzepte und Einstellungen des Lehrers zu kennen und diesem das Gefühl zu vermitteln, dass er gehört und einbezogen wird. Systemisches Arbeiten wird hier eine Art „Außenpolitik", in der die Therapeutin Kooperationsverträge „aushandelt", um die Therapie als soziale Lernnische abzusichern. Andererseits wird es zum Feld therapeutischer „Innenpolitik", wo es darum geht, in den Lebensfeldern neue Interaktionsregeln auszuhandeln.

Schule wird heute wichtiger denn je, weil die Bezugssysteme der primären Lebenswelt – Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft etc. – z. T. erodieren. Damit werden der Schule zugleich Verantwortungen übertragen, für die sie schlicht nicht eingerichtet ist. Um den schulischen Kontext arbeitsteilig nutzen zu können, ist ein differenziertes schulisches Institutionswissen notwendig. Es vermittelt darüber hinaus eine Ahnung von den inneren Bildern, die sich Klienten von der Schule machen. Dort treffen sie auf

eine Gleichaltrigenwelt, die heute sehr viel früher zu einem Erziehungsmilieu wird, das mit der Familie konkurriert.

Die Gleichaltrigen

Die Welt der Gleichaltrigen dringt, ähnlich der Medienwelt, früher, und bisweilen lärmender als in der Vergangenheit, in den familiären Kosmos ein. Die Ozonschicht des Privaten ist, ohne in einen kulturpessimistischen Ton zu verfallen, schlicht gefährdet. Für Familien aus einem nach wie vor stark traditionsorientierten Kulturkreis sind solche mitteleuropäisch-amerikanischen Trends noch immer so bedrohlich, dass man häufig zur Gettoisierung neigt.

Dabei vermittelt sich über die Welt der „peers" häufig der größte Assimilationsdruck. Diese Welt bildet die Bühne und den Simulationsraum für das Experiment mit vielfältigen Rollenmodellen, Trends und Moden. Hier zeigt sich, ob das Kind schon früh ein hinreichend guter „Identitätsbastler" ist, der sein persönliches „patchwork" ohne allzu große Rollenkonfusion zu weben vermag. Hier entwickeln sich somit seine Identitätsstile und Weltauffassungen („social worlds", Petzold 1993g; Zaepfel und Metzmacher, 1999). Der Zugang zu den Gleichaltrigen ist somit eine basale Entwicklungsaufgabe und dessen therapeutische Nutzung erleichtert es Ali, die letzten Schritte zur freien Rede zu gehen:

> Drei Wochen vor Abschluss des Schuljahres kommt er aufgebracht zur Therapie: „Es wird nicht klappen! Die Nicole (ein Mädchen aus der jetzigen Klasse) wird zur gleichen Sek-Klasse eingeteilt wie ich!"
> „Bist du dir da ganz sicher?"
> „Ja, sie kommt sicher zum gleichen Lehrer! Herr Metzger hat es uns gesagt!"
> „Nein, ich meine, ob du dir ganz sicher bist, dass du es nicht trotzdem schaffst? Nur deswegen es nicht zu schaffen? Nicole ist zwar ein nettes Mädchen, aber so wichtig wird sie dir wohl nicht sein, dass du wegen ihr dein Vorhaben aufgibst? Wegen einem Mädchen würde ich ein solches Vorhaben nicht aufgeben, nicht mal für das schönste Mädchen!"
> Diese witzige Antwort bringt ihn offenbar aus dem Konzept. Er schaut die Therapeutin an, lächelnd, wie ertappt, belustigt, ein wenig verlegen. Er setzt sich, stützt seinen Kopf mit seiner Hand an dem Tisch und denkt lächelnd nach. Die Therapeutin sagt weiter:
> „Ich hätte einen Vorschlag. Wir bringen sie hierher und verraten ihr die ganze Sache. Wie mit den Jungen in der Werkstunde. Dann hättest du die ganze Hürde überwunden! Du hast schon Schlimmeres geschafft als das!"
> „Und wenn sie nicht will?"
> „Was riskierst du dabei? Lass es darauf ankommen. Und wenn sie nicht kommt, schaffst du es auch ohne sie!"
> „Und wer sagt es ihr?"
> „Wer denn?"
> „Der Lars könnte!"
> In der nächsten Stunde kommen Lars, Nicole und Ali hinein. Ali ist ein wenig

verlegen, aber strahlt beim Hineinkommen und sagt: „Wir haben schon miteinander gesprochen, es ist in Ordnung".
Es bleibt der Therapeutin nur mehr übrig, mit den Kindern Saft zu trinken, um dann „Mädchen" gegen „Buben" Ball über die Schnur zu spielen. Die „Buben" gewinnen gegen „die Mädchen", aber nur 20 : 18.
Von der ersten Stunde der Sekundarstunde an redet Ali ganz normal.
Nach weiteren drei Sitzungen kann die Therapie abgeschlossen werden.

Für vielfach beeinträchtigte Kinder wäre ein solches Vorgehen vermutlich schwieriger. Hier muss die Therapie häufig in die Milieus der Kinder selbst gehen, d. h. z. B. in die Schulen, an soziale Brennpunkte etc. und vor Ort Angebote machen, über die soziale Anschlussfähigkeit eher möglich wird.

Kindertherapie als netzwerkorientiertes Unternehmen hat natürlich seinen Preis. Es droht eine Rollen- und Identitätskonfusion, die den Ansätzen Recht geben könnte, die die Behandlungsschwelle hoch lassen. Dies führt uns zu der Frage, wie es der Therapeutin gelingen kann, die verschiedenen Fäden in der Hand zu halten, ohne sie ständig zu verknoten.

12. Wie die Fäden zusammenlaufen: Interaktionsverstehen und Beziehung als Intervention

Wie bereits oben erwähnt (vgl. „Dreigliedrige Diagnostik als Prozessgeschehen") ist die Handhabung der Beziehung ein Herzstück der Gestalt-Integrativen Kindertherapie. Beziehung ist zweifelsfrei ein entscheidender therapeutischer Wirkfaktor.

In der Therapie mit Ali spürt die Therapeutin oft eine Atmosphäre von Misstrauen. Sie fühlt sich von ihm und seiner Familie oft beobachtet, obwohl sie äußerst zuvorkommend und höflich sind. Es ist oft eine Atmosphäre der Geheimnisse. Tatsächlich wird in der Familie viel verheimlicht. Als Ali beginnt, mehr von sich, seinen Gefühlen und seiner Familie zu „verraten", hat die Therapeutin immer wieder das Gefühl einer „Verbündeten", der man nun Geheimnisse anvertraut, über die andere nichts erfahren dürfen. Sie ertappt sich oft, wie *ihr eigenes Bedürfnis* nach Offenheit und Transparenz sie ungeduldig, ohnmächtig oder ärgerlich werden lässt. In solchen Momenten ist sie verführt, den Weg, der für Ali gangbar ist, aus den Augen zu verlieren und sich und ihre Werte durchzusetzen. Durch Introspektion und Supervision kann sie solche Momente größtenteils immer wieder erkennen und ernsthafte Störungen im therapeutischen Beziehungsgeschehen verhindern.

Die gestaltintegrative Beziehungsgestaltung orientiert sich an den Befunden der empirischen Säuglingsforschung zu den frühen Mutter-Kind-Interaktionen. Danach finden auch im therapeutischen Kontakt ständig Austauschvorgänge wie z. B. „Affect-Attunement" (gegenseitige Affektregulierung) und „Turn-Taking" (wechselhafte, bezogene Interaktionen) statt (Dornes, 1997; Papousek und Papousek, 1987, 1999; Holodynski, 1999; Stern 1992, u. a). Andererseits unterscheidet sich professionelle Beziehungsgestaltung in zweierlei Hinsicht von guten Alltagsbeziehungen.

Zum einen folgt die Einfühlung in den anderen einer stark theoriegeleiteten Intuition, weil seelisch-soziale Störungen häufig eine Komplexität aufweisen, der mit Alltagsintuition nicht mehr beizukommen ist. Der Vorgang des professionellen Fremdverstehens selbst ist methodisch ritualisiert. Wir nennen es *interaktionelles Resonanzverstehen* und es ist der Versuch, analytische Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgänge als strikt interaktionelles Geschehen zu beschreiben (Zaepfel und Metzmacher 1996, vgl. auch Lichtenberg, 1988). Die Therapeutin und ihr Resonanzerleben werden zum diagnostisch-emphatischen Instrument, wobei über das, was sie spürt, sieht und versteht, die theoretischen „Brillen" entscheiden, die sie aufsetzt.

Den Verstehensprozess entwerfen wir, grob, wie folgt

Zunächst versucht die Therapeutin ihr Resonanzerleben, z. B. das familiäre Misstrauen, zu verfeinern. Hierzu stellt sie sich eine Reihe klärender Fragen, die wir als methodische „Lesehilfen" entwickelt haben. Die Selbstklärung der Resonanz präzisiert das nur „Ungefähre" und „Vage" der besagten Atmosphäre (Metzmacher und Zaepfel, 1996, 105 f.).

Wird die Resonanz darüber prägnanter, so versuchen wir, auf ihrer Basis Annahmen über die Skripte und Drehbücher, die fixierten Narrative und Introjekte abzuleiten, die das Verhalten und Erleben der Beteiligten maßgeblich beeinflussen. Diese Skripte bestehen nicht nur aus kernfamiliären Bindungserfahrungen, sondern auch aus den Bildern, Werten und Normen der soziokulturellen Milieus. Um diese zu verstehen, haben wir uns das in der Soziologie vertraute Instrument des *sozialen Sinnverstehens* für die Kindertherapie nutzbar gemacht (Metzmacher und Zaepfel, 1996, 101 f.).

Der zweite Unterschied zur Alltagsbeziehung ist die Art der *Beziehungsgestaltung*, d. h. die Antwort, die aus dem Verstehen resultiert. Die therapeutische Beziehung versucht eine Antwort auf diejenigen Bindungsmuster des Klienten zu entwickeln, die bei letzterem u. a. zu wachsender sozialer Isolation führen. Dabei gehen wir mit Finke (1999) von vier Beziehungsebenen aus, zwischen denen die Therapeutin hin- und herzuwechseln vermag, und zwar in Abhängigkeit von der Beziehungsantwort, die für den Klienten sinnvoll erscheint:

1. Wenn die Therapeutin mit Ali die Zeiten und Orte an denen die Therapie stattfindet und Regeln denen sie folgt bespricht, sich mit ihm über Therapieziele unterhält oder mit dem Lehrer Kooperationsregeln vereinbart, dann handelt sie im Modus der aktuellen *Arbeitsbeziehung* im engeren Sinne, zur Gestaltung und Regelung des Therapiesettings.
2. Wenn die Therapeutin sich in Alis Empfinden einfühlt, stellvertretend für ihn Gefühle und Widerstände verbalisiert, wenn dieser sich weigert in Gegenwart von Mädchen zum ersten Mal zu sprechen, dann handelt sie im Rahmen einer *„Alter-Ego-Beziehung"*. Diese Art der Beziehung ist Hilfe zur Selbstklärung, eine Spiegelung des Selbst.
3. Wenn die Therapeutin Ali gegenüber Vermutungen äußert, dass sein Schweigen in der Schule etwas mit dem Schweigen in der Familie zu tun

hat, dann handelt sie im Modus der *Übertragungsbeziehung*. Dieser Modus ist Hilfe zur Beziehungsklärung und betrifft die symbolisierten Narrative, deutet sie und gibt ihnen einen Sinn.

4. Wenn die Therapeutin Ali gegenüber mitteilt, dass sie sich über seine Fortschritte freut oder ihren Ärger kund tut, wenn er das „Prinzchen" spielt, wenn sie Bilder, Phantasien und Gedanken laut werden lässt, die ihr durch den Kopf gehen, wenn sie an ihn denkt, ihn wahrnimmt und mit ihm umgeht, dann handelt sie im Modus der *dialogischen Beziehung*. Dieser Beziehungsmodus ist am stärksten in der gestalttherapeutischen Tradition verwurzelt. Die Therapeutin stellt ihre Wahrnehmung als Gegenüber dem Klienten zur Verfügung. Dieser Modus kann in der Therapie von Kindern und Jugendlichen jedoch nicht zum alleinigen Handwerkszeug der Beziehungsgestaltung werden, weil Kinder, Jugendliche und Erwachsene bisweilen Antworten benötigen, die in diesem Modus zu wenig effizient, pädagogisch ungerechtfertigt oder geradezu schädlich sind.

Welche Beziehungsantwort die Therapeutin jeweils wählt, ist letztlich vom interaktionellen Resonanzerleben der Therapeutin und von ihrer Diagnose der (Bindungs-) Störung abhängig, die beim Klienten dominant ist. Das Interaktionsverstehen bildet den inneren Kreiselkompass, der am raschesten Auskunft über die Position und die Richtung des Prozesses gibt. Wir sprechen in diesem Zusammenhang vom „inneren Supervisor", einer Instanz, die mit den theoretisch-methodischen „Landkarten" ausgerüstet ist, die zur Orientierung im „Behandlungsgelände" hilfreich sind. Die Fähigkeit, sich durch „innere Dialoge" von einem solchen inneren Supervisor leiten und coachen zu lassen, kann im Rahmen von Kontrollanalyse und Supervision entwickelt und erworben werden.