



Bachelorarbeit

Zur Bedeutung der Beziehungen in der Psychodrama – Gruppentherapie mit Kindern

Eine videogestützte Einzelfallstudie mit der Beziehungssachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, St. Gallen

Anna Lea Winzeler

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Agnes von Wyl

Basel, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Leitgedanke

„Eine gute therapeutische Beziehung ist das notwendige Vehikel für die erfolgreiche Anwendung aller spezifisch kurativen Interventionen. Deshalb ist das Verstehen der Beziehung zentrale Aufgabe des Therapeuten“ (Hildebrand, S. 231, 2002).

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Untersuchungsdesign und Absicht.....	2
1.2	Aufbau	3
1.3	Schwerpunktsetzung und Abgrenzung.....	4
2	Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	4
2.1	Entstehung der Gruppenpsychotherapie	5
2.2	Entstehung des Psychodramas.....	6
2.3	Behandlungsgrundsätze der KJPD St. Gallen	7
2.4	Gruppentherapie versus Einzeltherapie.....	12
2.5	Therapieziele und Wirkfaktoren.....	14
3	Entwicklungsabläufe bei Kindern in der mittleren Kindheit und die Transition ins Jugendalter	16
3.1	Normative Entwicklungsaufgaben.....	16
3.2	Definition und Klassifikation psychischer Störungen.....	19
4	Die klinische Relevanz maladaptiver Beziehungsmuster	22
4.1	Beziehung als lebenslange Entwicklungsaufgabe.....	22
4.2	Definition maladaptiver Beziehungsmuster	23
5	Forschungsgegenstand und Methodik	26
5.1	Ausgangslage und Absicht der Studie.....	26
5.2	Untersuchungsdesign	27
5.3	Datenerhebung und Datenaufbereitung.....	30
5.4	Datenauswertung.....	37
6	Darstellung der Ergebnisse	38
6.1	Analyse der Ergebnisse der einzelnen Therapiesequenzen.....	39
6.2	Analyse der Ergebnisse über den gesamten Therapieverlauf	44
6.3	Analyse der Selbstbezüglichen Kreise	47

6.4	Triangulation der Untersuchungsergebnisse mit den Aussagen aus der Krankengeschichte	50
6.5	Der maladaptive Zirkel	51
7	Diskussion	53
7.1	Überblick	53
7.2	Zusammenfassung der Ergebnisse	54
7.3	Beantwortung der Fragestellungen	57
7.4	Schlussfolgerungen für die Behandlungspraxis	61
7.5	Die Anwendung der Beziehungsachse als wissenschaftliches Forschungsinstrument	63
7.6	Methodenkritik	64
8	Abstract	66
9	Bibliographie	67
10	Anhang	75
	Anhang 1: Ethikantrag	75
	Anhang 2: Typische Muster zwischenmenschlicher Kommunikation	83
	Anhang 3: Bogen zur Befunderhebung Achse „Beziehung“	84
	Anhang 4: Auswertung der Therapiestunden	86
	Anhang 5: Auswertung des Selbstbezüglichen Kreises	103
	Anhang 6: Auswertung der Krankengeschichte	104
	Anhang 7: Auswertung Projektive Verfahren	106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gruppen- und Einzelpsychotherapie im Vergleich	13
Tabelle 2: Die fünf Wirkfaktoren nach Fiedler (1999).....	15
Tabelle 3: Allgemeine und spezifische Gütekriterien für die Einzelfallanalyse.....	28
Tabelle 4: Modulstandardisierung	36
Tabelle 5: Matrize zur Ergebnisauswertung	37
Tabelle 6: Fallzusammenschau	38
Tabelle 7: Szene 1 – Franc steht im Mittelpunkt.....	40
Tabelle 8: Szene 2 – Andere stehen im Mittelpunkt.....	41
Tabelle 9: Triangulation der Ergebnisse mit den Aussagen aus der Krankengeschichte	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kreismodell der OPD-KJ	33
Abbildung 2: Achse „Beziehung“ Objekt- und Subjektgerichteter Kreis	34
Abbildung 3: Gesamter Therapieverlauf: Franc steht im Mittelpunkt.....	44
Abbildung 4: Gesamter Therapieverlauf: Andere stehen im Mittelpunkt.....	46
Abbildung 5: Einschätzung des Selbstbezüglichen Kreises.....	47
Abbildung 6: Baum-Test und Wartegg-Zeichen-Test.....	48
Abbildung 7: Der maladaptive Zirkel.....	52

1 Einleitung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen (KJPD) bieten seit zehn Jahren psychoanalytisch orientierte Psychodramagruppentherapien für Kinder an. Die Psychotherapien finden während einem Jahr ambulant in konstanten, geschlossenen und möglichst heterogen zusammengesetzten Gruppen statt. Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009) entwickelten dafür auf der theoretischen Grundlage von Moreno (1959), Foulkes (1974, 1978), Anzieu (1979) Aichinger & Hol (1997) und Steck (1998, 1999) ein Behandlungsmodell. Die Selbstentwicklung des Kindes steht als wichtigste Aufgabe im Zentrum der Gruppenpsychotherapie. Sie wird gefördert über Mentalisierungsprozesse, die in einer Gruppe durch vielfältige Übertragungsmöglichkeiten und durch Symbolisierung im gemeinsamen Spiel stattfinden.

Der Leitende Arzt der KJPD St. Gallen, Dr. med. Daniel Bindernagel, initiierte im Rahmen von Bachelorarbeiten an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department Psychologie die Auswertung dieser Gruppentherapien der letzten Dekade. In einer Katamnesestudie überprüft Scherrer (2010) die Behandlungszufriedenheit und die aktuelle Symptombelastung der behandelten Kinder und deren Eltern. In der vorliegenden Einzelfallstudie wird die Bedeutung der Beziehungen im Gruppenpsychotherapieprozess anhand eines ausgewählten Kindes untersucht. Datengrundlage bilden Videoaufzeichnungen einer Psychodramagruppe und die Akten in der Krankengeschichte des ausgewählten Kindes.

Sowohl die Praxis der Gruppenpsychotherapie mit Kindern in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung als auch die Beforschung ihrer Wirkweise (Beelmann & Schneider, 2003) hat bisher eine marginale Bedeutung. Nach Mattaját (2008) wächst auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich die Forderung nach Forschung zu therapeutischen Basisfertigkeiten zur Verbesserung der therapeutischen Kompetenz allgemein und im Besonderen für psychoanalytische Konzepte. Nach Resch, Schulte-Markwort, & Lehmkuhl, (2008, S. 2) beinhaltet bereits die Definition von Psychotherapie die Verpflichtung zur laufenden Überprüfung der Behandlungspraxis auch im Hinblick auf neue Forschungsbefunde und ist zu deren Anpassung verpflichtet. Die vorliegende empirische Studie soll dieser Forderung nachkommen und einen Beitrag zum Verständnis gruppenpsychotherapeutischer Prozesse mit Kindern insbesondere hinsichtlich Veränderungen im Beziehungs geschehen leisten und einige Anregungen bieten, wie sich die therapeutische Praxis videogestützt evaluieren lässt.

1.1 Untersuchungsdesign und Absicht

Nach Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki (1994) ist die therapeutische Beziehung das wichtigste Element der Psychotherapie und macht gemäss Asey & Lambert (2001) 30%¹ der Wirkung aus. Deshalb steht in dieser Untersuchung die Beziehungsgestaltung des ausgewählten Kindes mit den Therapeuten und der Gruppe im Fokus. Ein geeignetes Forschungsinstrument zur Erfassung und Überprüfung von Beziehungskonstellation im Laufe des diagnostischen und therapeutischen Prozesses ist die Beziehungssachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ, 2003, 2007, S. 45-71). Sie wurde von der Arbeitsgruppe OPD-KJ in Anlehnung an Benjamins Zirkumplexmodell (SASB, 1974) entwickelt und dient dazu, Konzepte der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse so zu operationalisieren, dass ihre Verwendung besser überprüfbar wird und ihre Reliabilität steigt. Die Beziehungssachse des OPD-KJ (2007; vgl. Kap. 5.3.2) wurde vor dem theoretischen Hintergrund entwickelt, dass sich subjektiv verarbeitete Erfahrungen zwischenmenschlicher Beziehungen als Repräsentanzen verinnerlichen und sich in späteren Beziehungen reinszenieren (OPD-KJ, S. 21-49, 2007). Konflikthafte Beziehungserfahrungen schränken das Beziehungserleben ein und können zu starren, relativ fixen Verhaltensmustern führen. Die meisten psychodynamisch oder interpersonell orientierten Psychotherapien sehen heute in verfestigten und dysfunktionalen zwischenmenschlichen Beziehungsmustern eine wesentliche Bedingung psychogener Erkrankung (OPD-KJ, S. 45, 2007). Entsprechend fokussieren die therapeutischen Bemühungen die Repräsentanzen maladaptiver Beziehungsmuster. Aus der sich wechselseitig bedingenden Aufeinanderfolge von kommunikativer Einflussnahme und Reaktion werden typische Beziehungsmuster ersichtlich, welche mit der Beziehungssachse festgehalten werden können. Der 2004 publizierte Werkstattbericht „Der Fall B. aus Sicht der Achse Beziehung der OPD-KJ“ von Weber & von Klitzing (2004) ist für die vorliegende Arbeit richtungsweisend. Im Unterschied zu bisherigen Untersuchungen mit der Beziehungssachse wird in der vorliegenden Studie zum ersten Mal eine längsschnittliche Betrachtungsweise einer Gruppenpsychotherapie eingenommen.

Bei der Anwendung zirkumplexer Modelle ist nach Tress & Junkert (1993, S. 35) immer die Leitfrage entscheidend „wer kommuniziert qualitativ wie mit wem und wie reagiert jene(r) darauf?“. Bei der Einschätzung entlang der Beziehungssachse der OPD-KJ (2007, S. 52)

¹ Die vier Klassen therapeutischer Wirkfaktoren in der Psychotherapie: 30 % therapeutische Beziehung, 15 % Methoden und Konzeptfaktoren, 40% Patientenfaktoren und extratherapeutische Veränderungen, 15% Placebo (Asey & Lambert, 2001).

sollen die direkt unmittelbar beobachteten typischen Beziehungsepisoden mit den Therapeuten oder mit wichtigen Bezugspersonen operationalisiert werden. Die Einzelfalluntersuchung erlaubt einen vertieften Einblick in die Beziehungsgestaltung des ausgewählten Kindes mit dessen Therapeuten und seinen Gruppenmitgliedern über den gesamten Therapieverlauf. Sie bietet die Möglichkeit verschiedene Aspekte in der Beziehungsgestaltung aufzuzeigen, bewusst- und nachvollziehbar zu machen und die Veränderungen im Verlauf des Therapieprozesses auf zu decken.

In der Prozessforschung zur Gruppenpsychotherapie finden sich aufgrund der inhaltlich-konzeptuellen und methodischen Schwierigkeiten besonderes wenig empirische Arbeiten (Watzke, 2002, S. 42ff). Die grössere Komplexität bei Gruppentherapiematerial mag ein Grund dafür sein (Kasper, 2004). Hinweise zum methodischen Vorgehen finden sich bei den Studien von Strauss & Gelmroth (2002) und bei Kasper, Sievers, Burgmeier-Lohse & Strauss (2000). Allerdings beziehen sich diese Studien auf die Arbeit mit Erwachsenen und diskutieren vorwiegend quantitative Auswertungsverfahren. Die Entwicklung und Ausarbeitung des methodischen Instrumentariums und des videogestützten Vorgehens hat deshalb in dieser Arbeit einen zentralen Stellenwert eingenommen. Zahlreiche Untersuchungen von Kindergruppen lieferten wertvolle Hinweise dazu (Brandes, 2008; Bürgin, 1999; Möller, 2007)

In Zusammenarbeit mit Dr. phil. Agnes von Wyl und Dr. med. Daniel Bindernagel wurde das Forschungsprojekt im Dezember 2009 bei der Ethikkommission St. Gallen eingereicht und bewilligt (vgl. Anhang 1).

1.2 Aufbau

Nach der Einleitung wird im ersten Teil der Arbeit die theoretische Basis für die empirische Untersuchung ausgeführt. Im Kapitel zwei wird die Psychodramagruppenpsychotherapie dargestellt und zentrale Begriffe erläutert. Des Weiteren werden die Gruppentherapie von der Einzeltherapie unterschieden sowie Therapieziele und Wirkfaktoren definiert. Das dritte Kapitel umfasst die Beschreibung der Entwicklungsphasen, in der das untersuchte Kind steht, wie auch die ihm diagnostizierte komorbide Störungen: die emotionale Störung im Kindesalter (93.8) und die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter (90.0). Das vierte Kapitel befasst sich mit der Beziehung als Entwicklungsaufgabe und der klinischen Relevanz maladaptiver Muster. Die vielschichtigen Ausführungen im Theorieteil dienen letztlich dazu, Beziehungsaspekte aus unterschiedlichen theoriegeleiteten Perspektiven betrachten zu können. Der zweite Teil konzentriert sich auf die empiri-

schen Arbeiten der Studie. Das Untersuchungsdesign sowie die Methoden der Datenerhebung- und Auswertung werden transparent gemacht und die Ergebnisse dargestellt. Die Untersuchung endet mit einer Zusammenschau der gewonnenen Erkenntnisse, leitet zur kritischen Diskussion der studienleitenden Fragestellung über und schliesst mit Schlussfolgerungen für die kinderpsychiatrische-psychotherapeutische Versorgung und der Methodenkritik ab.

1.3 Schwerpunktsetzung und Abgrenzung

Im theoretischen Teil der Arbeit wird auf die Störungsbilder emotionale Störung im Kindesalter (F93.8) und einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter (F90.0) eingegangen. Dabei stehen das vermutete Erleben und das erwartbare Verhalten eines Kindes mit diesen Diagnosen im Vordergrund. Bedingung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen werden mit dem diagnoseübergreifenden Konzept der maladaptiven Beziehungsmuster erklärt, weshalb auf die Darstellung störungsspezifischer ätiologischer Konzepte verzichtet wird. Im Zentrum des Interesses stehen die Beziehungsmuster des ausgewählten Kindes in seiner Psychodramagruppe. Die anderen Kinder der Gruppe werden ausschliesslich im Zusammenhang mit der Beziehungsgestaltung des ausgewählten Kindes untersucht. Nicht berücksichtigt wird der potentielle Einfluss der Arbeit mit den Eltern in der parallel zur Gruppentherapie geführten Elterngruppe. Ferner werden die OPD-KJ (2007) Achsen *Konflikt*, *Struktur* und *Behandlungsvoraussetzungen* nicht in die Auswertung mit einbezogen. Dies würde den Rahmen der Studie sprengen.

I THEORETISCHER TEIL

2 Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

In diesem Kapitel wird die Entwicklung von der Gruppenpsychotherapie hin zu der Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern beschrieben. Weiter werden die wichtigsten Begriffe der psychodramatischen Therapie definiert. Kapitel 2.3 stellt die Behandlungsgrundsätze des KJPD St. Gallen vor. In Kapitel 2.4 wird die Differenzierung zwischen Einzel- und Gruppentherapie vorgenommen und in Kapitel 2.5 die Ziele und Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie dargestellt.

2.1 Entstehung der Gruppenpsychotherapie

Der Philosoph und Mediziner Jacob Levi Moreno (1889-1974) gilt als Gründer der Gruppenpsychotherapie und des Psychodramas. Er führte 1931 in seinem Werk „The First Book of Group Psychotherapy“ den Begriff der Gruppenpsychotherapie in die Fachliteratur ein. Im Bereich der Gruppenpsychotherapie und der Gruppenforschung stiess er viele Entwicklungen an und arbeitete eigene Konzepte aus, auf die bis heute Bezug genommen wird (von Almen et al., 2005, S. 2).

Die Grundlagen für die wissenschaftlich fundierte Gruppenpsychotherapie fand Moreno in der Medizin, der Soziologie und der Religion. Als Mediziner begann er sich mit der Pathologie der Gruppe auseinander zu setzen. In der Gruppenpsychotherapie sah er eine spezielle Behandlungsform, die es sich zur Aufgabe macht, sowohl die Gruppe als Ganzes als auch deren Einzelmitglieder durch die zwischenmenschliche Begegnung zu heilen. Weil sowohl in der Medizin als auch in der Psychoanalyse traditionellerweise der Körper und die Psyche eines Individuums unabhängig von den Körpern anderer Individuen behandelt wird, suchte er für die diagnostisch fundierte Gruppenpsychotherapie weitere Konzepte. Er stiess auf die aus der Soziologie stammende wissenschaftliche Methode der Soziometrie. Diese dient dazu, Beziehungen zwischen Mitgliedern einer Gruppe in einer so genannten Soziomatrix quantitativ zu erfassen und in einem Soziogramm graphisch darzustellen. Die Ergebnisse können nach Gruppenstrukturen (Star, Aussenseiter), Cliquenbildungen und Gruppenkohäsion analysiert werden. Die Soziometrie erforscht die Auswahl der Patienten, die sich für eine Behandlung eignen, die Symptome, die für die Gruppe charakteristisch sind und sie sucht Methoden, mit denen sowohl die Gruppe als auch das Individuum erfolgreich behandelt werden kann (Moreno, 1997, S. 56. ; Dorsch, 2004, S. 884). Schliesslich sah sich Moreno in der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit mit Fragen konfrontiert, die früher zum Gebiet der Religion gehörten. Er versteht Religion im Sinne von „religare“, dem Prinzip des „alles-Einschliessens“ und „Zusammenbindens“, dem Streben nach einem kosmischen Universalismus. Er stellt die Hypothese auf, dass der werdende Kosmos die erste und letzte Existenz und der höchste Wert ist, und nur er dem Menschen Sinn und Bedeutung verleiht. Entsprechend sieht er den Menschen nicht als Monade, sondern als integraler Bestandteil des Kosmos, als ein kosmisches Wesen, das mehr ist als ein „psycho-bio-sozio-kultureller“ Mensch. Die Ursprünge der Gruppenpsychotherapie liegen jedoch weiter zurück. So wurden die Kräfte der Gruppe bereits in den Chören der antiken Dramen oder in indianischen Ritualen wirksam genutzt (Moreno, S. 10, 1997).

Definitionsgemäss hat die Gruppenpsychotherapie die psychotherapeutische Gesundheit der Gruppe und ihrer Mitglieder als unmittelbares und einziges Ziel. Dieses Ziel ist durch wissenschaftliche Mittel, einschliesslich Analyse, Diagnose und Prognose zu erreichen.

Grundlage der Gruppenpsychotherapie ist gemäss Moreno (1997, S. 2-18, S. 53) die Lehre der therapeutischen Interaktion. So wurde die Gruppenpsychotherapie zum allgemeinen Terminus für alle Methoden der Gruppenbehandlung. Gemäss heutiger Definition von Schulte-Markwort & Resch (2008, S. 2) werden in der Psychotherapie durch gezielte intersubjektive Wechselwirkungen in spezifischen Settings, mit Hilfe von Sprache und nonverbalen Kommunikationsmitteln, Veränderungen und Entwicklungen gefördert. Einzel- wie Gruppenpsychotherapie müssen schulspezifisch theorie- und empiriebasiert sein, laufend evaluiert und den aktuellen Entwicklungen angepasst werden.

2.2 Entstehung des Psychodramas

Die aus dem griechischen abgeleitete Wortschöpfung „Psychodrama“, setzt sich aus den Worten „Psyche = Seele“ und „Drama = Handlung“ zusammen und bezeichnet die „handelnde Darstellung inneren Erlebens“. Moreno bezeichnete das Psychodrama als diejenige Methode, die die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet (Moreno, 1959, zit. nach von Almen et al. 2005, S. 2).

Im kindlichen Spiel liegt der Ursprung des Psychodramas. Moreno beobachtete als junger Mediziner auf seinen Spaziergängen in den öffentlichen Gärten Wiens wie Kinder spielten und war beeindruckt von deren Kreativität. Er sah, wie die Kinder im Laufe des Spiels sich wandelten, wie sie sich frei spielten, im Rollentausch Ängste ablegten, neue Verhaltensweisen zeigten und durch alte Konfliktlösungen und Symptombildungen gebundene Kreativität in freie Kreativität umwandelten. Die Idee des Psychodramas kam Moreno (1997, S. 14) aber erst 1921, in dem von ihm gegründeten „Stegreiftheater“. Er sah im Ausspielen von aktiven und strukturierten seelischen Konflikten die therapeutische Möglichkeit der Konfliktbewältigung. Ziel des Spiels ist die Veränderung der spielenden Person(-en) und der ganzen Gruppe, wobei die Kreativität und nicht der künstlerische Anspruch im Vordergrund steht.

Von Almen et al. (2005, S. 2) sehen die besondere Stärke im psychodramatischen Spiel in der Realitätsnähe, welche im Vergleich mit anderen Simulationsmethoden (Rollenspiel, Fallspiel etc.) erzeugt wird. Psychodrama ist weniger ein „Nachspielen“ als vielmehr ein „Wiedererleben“ bestimmter Situationen. „Die Grundlage des Psychodramas ist das Prinzip der schöpferischen Spontaneität, die ungehinderte Teilnahme aller Mitglieder der

Gruppe an der dramatischen Produktion und die Handlungskatharsis“ (Moreno, 1997, S. 18). Der gesunde Mensch zeichnet sich für Moreno durch Spontaneität und Kreativität aus. Intrapsychisch manifestieren sich Störungen in Form eines Spontaneitätsdefizits und einer „Kreativitätsneurose“. Die Freisetzung von Spontaneität und die Behebung von „Kreativitätsneurosen“ ist ein wichtiges Anliegen des Psychodramas. Das Psychodrama beginnt da, wo Gruppenpsychotherapie aufhört und erweitert sie, um sie wirksamer zu machen. Die Aufgabe besteht darin, über den Bereich des Abreagierens und der Diskussion hinauszugehen und innere und äussere Erlebnisse zu gestalten. Dabei ist Kreativität die Fähigkeit, auf eine alte Situation neu und auf eine neue Situation adäquat zu reagieren (von Almen et al., 2005, S. 207-209).

2.2.1 Vom Psychodrama zur Psychodrama-Gruppenpsychotherapie mit Kindern

Obwohl das Spiel von Kindern den Anfang des Psychodramas darstellt, ist Morenos Therapiekonzept ausschliesslich für Erwachsene geeignet. Kindertherapie unterscheidet sich grundlegend von Erwachsenentherapie, sowohl in den Methoden als auch in den Anforderungen an die Therapeuten. Ein Therapiekonzept für Kinder muss sich an den Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, der neueren Säuglings- und Bindungsforschung und der neueren Sozialisationsforschung orientieren. Des Weiteren zeichnet sich die Kindertherapie dadurch aus, dass die Behandlung von Kindern nur unter Einbezug ihrer Familie beziehungsweise ihrer Bezugspersonen und wenn möglich auch ihrer Lebenswelten wie Kindergarten oder Schule gelingen kann (Aichinger, 2005, vgl. Beelmann & Schneider, 2003).

2.3 Behandlungsgrundsätze der KJPD St. Gallen

Auf den theoretischen Paradigmen von Moreno entwickelten Anzieu (1984) und Aichinger & Holl (1997) Behandlungskonzepte für Kinder. Sie gehen davon aus, dass Kinder andere Kommunikationsformen und Strukturen haben als Erwachsene. Ihr therapeutisches Medium ist das Spiel. Indem sie ihre innere Wirklichkeit lustvoll inszenieren, erleben sie sich als aktiv Gestaltende ihres eigenen Lebens und gewinnen dadurch Zugang zu ihrer Kreativität. Die Behandlungsgrundlagen von Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009) orientiert sich an diesen Konzepten. Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Therapieprozess sind für Bindernagel & Brunner-Kálmáns klare Regeln (z.B. Gewaltverzicht) und ein strukturierter Ablauf. Dafür haben sie ein zyklisches Modell gewählt, das den Ablauf einer Gruppensitzung strukturiert und in vier Phasen gliedert: Begrüssung, Entwicklung der Geschichte, dramatisches Spiel und Schlussrunde. Beginn und Ende einer Sitzung haben rituellen Charakter. Die Wiederholung hat eine strukturierende Funktion, die den Arbeitsprozess der

Gruppe sichert, indem sie den Kindern einen Orientierungsrahmen bietet und gleichzeitig Sicherheit gibt.

Die Begrüssungsphase dauert ca. 15 Minuten und beginnt mit einem Begrüssungsritual. Anschliessend haben die Kinder die Gelegenheit sich gegenseitig Fragen zu stellen, zu diskutieren oder soeben Erlebtes auszutauschen. Diese erste Phase wird in der Literatur (vgl. Paasch, 2008; Aichinger & Holl; 1997) auch als Erwärmungsphase definiert, denn im Hinblick auf die einzelnen Kinder soll die Entfaltung der Spontaneität, die Offenheit und die Bereitschaft im Spiel zu handeln, gefördert werden. In der zweiten Phase, während ca. 15 Minuten entwickeln die Kinder eine gemeinsame Geschichte, die sie in der dritten Phase spielen wollen. Die Themen sind erfunden, Büchern, Filmen oder selbst Erlebtem entnommen und können von den Kindern in dieser Phase frei verändert und erweitert werden. Diese Phase ist entscheidend für den Gruppenprozess. Die Kinder können sich kreativ-schöpferisch einbringen und ihre sozialen Kompetenzen einsetzen, indem sie ihre Rolle durch Aushandeln finden, sich dabei anpassen oder durchsetzen. Das „Therapeuten-Paar“ unterstützt den Gruppenprozess konstruktiv ohne bestimmend einzugreifen. Es schaut, dass die Rahmenbedingungen eingehalten werden und dass alle mit ihrer Rolle einverstanden sind. In der dritten Phase steht während ca. 30 Minuten das Spiel im Zentrum. Zur Vorbereitung werden die Szenen aufgebaut, das Spiel kurz durchgegangen, letzte Rollenklärungen vorgenommen, Kostüme angezogen und Requisiten bereit gestellt. Häufig übernimmt auch das „Therapeuten-Paar“ aktiv Rollen, was verschiedene Übertragungs- und Gegenübertragungsmomente impliziert. Indem die Kinder verschiedene Rollen spielen werden verschiedene Identifikationen möglich (Täter, Opfer, Arzt etc.). Durch unterschiedliche Spielverläufe kann erlebt werden, dass jeder Rolle verschiedene Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (z.B. das Opfer nicht zwingend in der Opferrolle verharren muss). Ebenfalls wird im Spiel die Wahrnehmung eigener Gefühle (Schmerz, Rache) und fremder Affektzustände (Reaktion der anderen auf Spielhandlung) geschärft und adäquate Handlungen entwickelt. Hier finden Mentalisierungsprozesse statt. Diese werden verstärkt, indem in der vierten Runde das Erlebte besprochen wird. Häufig werden die gleichen Geschichten über Wochen wiederholt gespielt. Die Wiederholung dient der Regression, wie auch der Erfahrung und dem Aufbau von Verbindung, Vertrauen und Sicherheit. In der vierten Phase wird das Ende der Therapiestunde vorbereitet, indem die Spiel-landschaft aufgeräumt und in der Schlussrunde über das soeben Erlebte diskutiert wird. Mit einem Ritual werden die Kinder verabschiedet.

Die Entwicklung einer Gruppe von der ersten bis zur letzten Stunde kann als ein Individualisations- und Ablösungsprozess gesehen werden. Die Veränderung der innerpsychischen und äusseren Realität erfolgt durch die Erfahrung von Interaktionen und Intersubjektivität im Spiel. Durch das Spiel in der Gruppe erfahren die Kinder im Sinne Sterns (1985; zit. nach Bindernagel & Brunner-Kálmán, 2009) emotionale Erregungszustände, ähnlich wie zwischen einer Mutter und ihrem Baby. An der Stimulierung und Regulierung der Erregungszustände nehmen die Kinder aktiv teil und erleben das Zusammensein intensiv. In der Interaktion mit anderen Kindern und Jugendlichen werden Begegnungsmuster und Verhaltensweisen ausprobiert. Dabei werden emotionale und soziale Fähigkeiten geübt und entwickelt.

2.3.1 Interventionsformen

Die Psychodramatherapie kennt diverse Interventionsformen, die während des Spiels eingesetzt werden können, um unter anderem Mentalisierungsprozesse zu verstärken. Im Kinderpsychodrama setzen die Therapeuten Techniken ein, die sich vorwiegend aus der im Spiel bestimmten Rolle herleiten lassen. Im Unterschied zum Erwachsenenpsychodrama können diese Techniken gemäss Bindernagel (mündliche Mitteilung, 19.11.09) nur in einer sehr abgeschwächten Form gebraucht werden. Aichinger & Holl (2003, S. 41ff) unterscheiden Interventionsformen auf der verbalen und auf der Handlungsebene. Verbale Interventionsformen kommen vor allem in der Anfangsphase zum Einsatz, wo der ablaufende Gruppenprozess erfasst werden muss. Das „Therapeuten-Paar“ versucht das Gruppengeschehen zu erfassen und es in ein symbolisches Geschehen zu übersetzen, das die Kinder zu einer Spielhandlung anregt. Eine sehr unruhige, aufgeregte Gruppe von Kindern, die nicht in der Lage ist, ein Thema zu finden, kann vom „Therapeuten-Paar“ zum Beispiel als eine Horde von galoppierenden, sich aufbäumenden Pferden beschrieben werden. Das Bild regt die Kinder an, ihre Anspannung szenisch aufzubauen und bietet ihnen anschliessend die Möglichkeit, ihre Energie motorisch, in der Rolle der Pferde abzubauen. In der Spielphase kommen Interventionstechniken auf der Handlungsebene zum Einsatz. Wichtig ist, dass die Therapeuten selber Rollen übernehmen und ins Spiel mit einsteigen, um den Kindern ein Vorbild zu geben und sie zum Handeln zu motivieren. Schon Moreno sah im „Anstiften“ eine wichtige Interventionsform, besonders bei älteren Kindern. Denn bei Kindern ist häufig die Kreativität verschüttet und sie gelangen rasch an das Ende des Spiels. Indem das „Therapeuten-Paar“ mit seinen gesamten Ausdrucksmitteln der Mimik, Gestik und Motorik mitspielt, helfen sie den Kindern die Rollen auszugestalten und das Spiel in Gang zu halten. Entscheidend dabei ist die Authentizität der Therapeuten im Spiel,

denn Kinder merken genau, ob die Therapeuten authentisch und ernsthaft mitspielen (Aichinger & Holl, 2003, S. 41ff; Paasch, 2008). In ihren Rollen können die Therapeuten komplementär oder aus einer Gegnerposition intervenieren. Komplementäre Rollen werden häufig am Anfang einer Therapie eingenommen, weil sie positive Übertragungen inszenieren, die eine Vertrauensebene schaffen und das Arbeitsbündnis stärken. So kann der Therapeut beispielsweise in der Rolle des Tierpflegers im Zoo die Wünsche und Sehnsüchte der Kinder erfüllen. In der Gegenposition kann die Gruppenkohäsion gefördert werden, indem der Therapeut zum Beispiel einen Drachen spielt, der die Burgbewohner bedroht. Die gesammelten aggressiven Impulse der Gruppe werden auf den Drachen gelenkt.

Häufig übernehmen die Therapeuten eine Hilfs-Ich-Funktion, um die unterentwickelten Fähigkeiten eines oder mehrere Kinder zu stärken und so zu verhindern, dass ein Kind aufgrund des Wiederholungszwangs frühere Erfahrungen auch in der Gruppentherapie reinszeniert. Als weitere Interventionspraktiken zählen die verschiedenen Formen des Doppelns, Begrenzens oder Rückversicherns. Eine vollständige Übersicht findet sich bei Aichinger & Holl (2003). Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009) geht es bei allen Interventionen auch darum, auf dem Hintergrund des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens Mentalisierungsprozesse zu fördern. Weil diese Konzepte auch für die empirische Untersuchung dieser Arbeit relevant sind, werden sie im nächsten Kapitel vorgestellt.

2.3.2 Übertragung und Resonanz

Das Konzept der Übertragung entstammt der klinischen Beobachtung. Es beschreibt eine allgemeine, von der Psychoanalyse beachtete Bindung, die darin besteht, dass die Patienten ihre Erlebnisinhalte im Laufe der Behandlung in Beziehung zu den Therapeuten setzen und sie auf diese übertragen. Es bestehen unterschiedliche Konzeptualisierungen von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Diese hängen letztlich auch mit den unterschiedlichen Auffassungen der Beziehung zwischen Analysand und Analytiker zusammen und wirken sich entsprechend auf die Behandlungstechniken aus. In der vorliegenden Arbeit wird von einem neuen Verständnis des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens ausgegangen, welches unter anderem auf Neuerungen von Kernberg (1993; Übertragung der Objektbeziehungen) zurückgeht. Ferner wird die Auffassung vertreten, dass die Therapeuten den Prozess massgeblich beeinflussen und so das dyadische, interaktionelle und intersubjektive Geschehen mitbestimmen (Widmer Rahm, S. 12, 1997).

Paula Heinemann (1950; zit. nach Müller-Pozzi, 2004, S. 36) hat als erste die Gegenübertragung als Mittel der Analyse entdeckt. Sie sah, wie durch das Verbalisieren dessen, was die

Analytiker mittels ihrer Gegenübertragung verstehen, die Erforschung und Veränderung der psychischen Wirklichkeit der Patienten möglich wurde (Müller-Pozzi, 2004, S. 19). Weil der Begriff der Gegenübertragung heute aber unterschiedlich definiert wird, verwendet die Arbeitsgruppe des OPD - KJ (2007, S. 51) den Begriff der Resonanz, der auch in dieser Arbeit entsprechend gebraucht wird. Gemeint sind die spezifischen „...Reaktionen, Impulse, Gefühle bzw. inneres Erleben des Untersuchers, die der jeweiligen Gesprächsteilnehmer bzw. ein Interaktionspaar oder eine Familie beim Untersucher auslösen.“ Die Resonanz ist dem Therapeuten bewusst zugänglich und direkt an sich selbst beobachtbar.

Das Übertragungsverhältnis als ein Teil der vielseitigen Gefühlsbeziehungen gestaltet jede emotionale Beziehung auch ausserhalb der Therapie (Auchter & Strauss, 2003, S. 170). Die therapeutische Beziehung bietet im Unterschied zu anderen Beziehungen einen spezifischen Raum zur Fokussierung dieser Beziehungsformen (Sollberger, 2009). Für die Gruppenpsychotherapie bedeutet das einerseits, dass jedes Gruppenmitglied (Kinder und Therapeuten) spezifische Übertragungsmuster in die Beziehungen einbringt, andererseits aber auch auf seine spezifische Weise auf die Übertragungsmuster der anderen reagiert. Wird die Gruppe von einer Therapeutin und einem Therapeuten geführt, gestaltet sich das Übertragungs- und Gegenübertragungsspiel komplexer. Denn die Übertragung der Kinder auf die Therapeutin ist anders als diejenige auf den Therapeuten, wodurch die Dynamik zwischen dem „Therapeuten-Paar“ zwangsläufig beeinflusst wird (Aichinger & Holl, 2003, S. 173). So gestaltet sich die Deutung und Aufdeckung des Übertragungsgeschehens wesentlich anders als in der psychoanalytischen Analyse. Das „Therapeuten-Paar“ hat vielmehr die Aufgabe, die Gegenübertragung einzelner Kinder als auch der Gruppe spielerisch einzubringen und zu thematisieren. Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009) beschreiben das Übertragungs-Gegenübertragungsphänomen beispielhaft. Die Therapeutin in der Rolle der Kommunikatorin beim Fussballmatch kann die inneren und äusseren Vorgänge der Gruppe benennen. In der Gegenübertragung fühlt sie zunächst eine geballte Aggression und Angst, dass „etwas explodieren könnte“. Sie kann die Hilfs-Ich-Funktion übernehmen und unterschiedliche innerpsychische Vorgänge und Erlebnisqualitäten für die Gruppenmitglieder aussprechen. Zum Beispiel kann sie verbalisieren, was der Spieler, der gefoult wird, erlebt, oder wie es der Gruppe geht, die verliert. Durch ihre konstruktive Einflussnahme auf das Gruppengeschehen unterstützt und fördert sie den therapeutischen Prozess positiv und benennt Gefühle Einzelner und auch der Gruppe.

Diese Ausführung bestätigt auch Sollbergers (2009) These, wonach die verschiedenen, am Therapieprozess Beteiligten zu Repräsentanten der Objektbeziehungsanteile eines Patienten werden und entsprechend die Arbeit an der Beziehung immer zweierlei beinhaltet: (a) die jeweilige direkte, persönliche Begegnung mit dem Patienten und (b) die Arbeit im Gesamtbehandlungsteam, welches für die einheitliche Arbeit am Therapiefokus mitverantwortlich ist.

2.4 Gruppentherapie versus Einzeltherapie

Die Gruppenpsychotherapie, die auch als Antibewegung gegen das von der Psychoanalyse fokussierte Einzelsetting entstand (Moreno, 1997, S. 14), hat heute durch die Psychotherapieprozessforschung, insbesondere in Bezug auf die Wirksamkeit an Bedeutung gewonnen (vgl. Tschuschke, 2001; Grawe, 1998). In der folgenden Tabelle sind die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gruppen- und Einzelpsychotherapie im Kindesalter dargestellt.

Themen	Gruppenpsychotherapie	Einzelpsychotherapie
Indikation	Alter: 4-12 bzw. bis Pubertät (1). Altersbandbreite max. 2 Jahre (6). Insbesondere geeignet für internalisierte Störungen wie Ängste, soziale Hemmung, depressive Störungen u. verringertes Selbstwertgefühl sowie bei externalisierten Störungen, besonders bei solchen des Sozialverhaltens und Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten (1); sehr geeignet bei Beziehungsproblemen in der Familie und im sozialen Umfeld (4, 7). Die Indikation ist zudem von der Erfahrung des Therapeuten abhängig. Je erfahrener die Therapeuten, desto schwerer beeinträchtigte Kinder können wirksam behandelt werden (5).	Alter: ab 2 Jahren (1). Insbesondere für Kinder, die ein Mangel an Geborgenheit und Zuwendung in den ersten Lebensjahren erfahren oder traumatische Verletzungen erlitten haben. Ausserdem ist in gewissen Bereichen Einzeltherapie angezeigt, z.B. im Rahmen einer Krisenintervention, die rasche Hilfe erfordert (1).
Behandlung	Das Individuum kann getrennt und gemeinsam von und in der Gruppe behandelt werden (3).	Ausschliesslich das „isolierte Individuum“, da es nicht möglich ist, die soziale Welt um ein Individuum „mit - zu behandeln“ (3).
Interaktion	Mitglied-Mitglied, Mitglied-Gruppe, TherapeutIn - Mitglied (9) Durch die direkte, unmittelbare Interaktion in der Gruppe sind die Probleme sehr realitätsnah. Dank der versch. Interaktionspartner entstehen zahlreichere Übertragungs- und Aktualisierungsmöglichkeiten.	TherapeutIn - PatientIn (9) Übertragung-Gegenübertragung findet ausschliesslich zwischen PatientIn und TherapeutIn statt (2,3).
Rolle der Patienten und therapeutische Beziehung	Die ganze Gruppe mit ihren vielfältigen zwischenmenschlichen Beziehungen steht im Fokus (3). Gruppenmitglieder können die Funktion auxiliärer Therapeuten übernehmen. Ein/e PatientIn ist ein Agens für die Anderen. Die Gruppe Agens für eine andere Gruppe (3).	PatientIn ist nur PatientIn (3).
Rolle der Therapeuten und therapeutische Beziehung	Rolle des Therapeuten: Es braucht eine andere Einstellung der Therapeuten. Sie/er kann von mehreren Seiten bedroht werden und muss sich in jedes Mitglied einfühlen können. Im Psychodrama auch in der Rolle einer RegisseurIn (8) Rolle als Gruppenmitglied: Auch sie sind Mitglied der	Therapeuten sind ausschliesslich in der Rolle des Therapeuten (3).

	Gruppe und übernehmen Rollen im Spiel (3).	
Abhängigkeit	Geringere Abhängigkeit vom Therapeuten (2).	Höhere Abhängigkeit vom Therapeuten (2).
Wirksamkeit & Effektivität	Empirische Wirksamkeit belegt und gegenüber Einzeltherapie auch ökonomische Vorteile (4). Durch Gruppenkohäsion & Gruppenklima, mehr Veränderung im zwischenmenschlichen Bereich (2,4,9)	Empirische Wirksamkeit belegt (4).

Tabelle 1: Gruppen- und Einzelpsychotherapie im Vergleich

Zusammengestellt nach: Quelle 1: von Ameln et al. (2005). S. 415; *Quelle 2:* Heinemann & vor der Horst (2009); *Quelle 3:* Moreno (1997). S. 13 und S. 52; *Quelle 4:* Grawe (1998). In Heinemann & vor der Horst (2009) Vorwort; *Quelle 5:* Aichinger & Holl (2003). S. 20; *Quelle 6:* Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009); *Quelle 7:* Paasch (2008); *Quelle 8:* Leutz (2008); *Quelle 9:* Johnson, Burlingame, Strauss, & Bormann (2008).

Der grosse Unterschied zwischen Gruppenpsychotherapie und Einzeltherapie liegt in der Gruppendynamik begründet. Nach Foulkes (1974, 1978) ist der Einzelne in der Gruppe wie ein Knotenpunkt im Netzwerk seiner gesamten sozialen Beziehungen. Jedes individuelle Handeln in der Gruppe ist Teil der Matrix des Gruppengeschehens. Die interpersonellen Beziehungen im Raum geschehen zwischen zwei und mehr Menschen und nicht in der einen oder anderen Person (vgl. Bindernagel & Kálmán, 2009; Brandes, 2008). Für Foulkes ist die individuelle Identität und die Selbstsicht niemals trennbar von der kollektiven Identität. Je mehr Spielraum für Individualität und je mehr Toleranz gegenüber Unterschieden in der Gruppe vorherrscht, desto besser gelingt die Entwicklung der individuellen Identität, wobei Bezogenheit für den Individuationsprozess vorausgesetzt wird.

Es ist die Aufgabe der Therapeuten, wirksame therapeutische Gruppen zu formen (Moreno, 1997, S. 12). Die ideale Gruppengrösse hängt gemäss Paasch (2008) vom Alter der Kinder ab. Für Kinder ab acht Jahren empfehlen Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009) eine Gruppengrösse von sechs bis acht Kindern, die möglichst heterogen zusammengesetzt (Geschlecht, Diagnose) sind. Einen Vorteil der Kleingruppe sieht Krebs-Roubicek (2009) darin, dass das Individuum im Vordergrund steht, während die Gesamtgruppe eher zurücksteht. Zusammen bilden das Individuum und die Gruppe ein dynamisches Ganzes. Jeder persönliche Gedanke eines Teilnehmers drückt auch immer etwas über die gesamte Gruppe aus. Das Thema der Gruppe wird von Moreno (1997, S. 11; vgl. auch Bindernagel & Kálmán, 2009) auch als Gruppensymptom bezeichnet und zeigt sich bereits in der ersten Stunde. Die Indikation für die Psychodrama-Kinderpsychotherapie bedingt gemäss Aichinger und Bindernagel & Brunner-Kálmán (2005, S. 415; 2009) eine ausführliche Individualdiagnostik. Miteinbezogen gehören der aktuelle Zustand des Kindes, seine Ressourcen und Potenziale, aber auch sein Lebenskontext mit Familie und Netzwerken.

2.5 Therapieziele und Wirkfaktoren

Das Behandlungsmodell von Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009) stellt die Selbstentwicklung des Kindes als die wichtigste Aufgabe ins Zentrum der Gruppenpsychotherapie. Sie orientieren sich am Selbstkonzept nach Dornes (2004; zit. Bindernagel & Brunner-Kálmán, 2009), wonach sich das Selbst des kleinen Kindes zunächst über Gesichtsausdrücke der Eltern oder in deren sprachlichen Kommentare zu seinen eigenen Lebensäußerungen spiegelt. Die externe Bewertung der eigenen Zustände führt zunehmend zu Bewusstheit und Verinnerlichung, aus denen sich Selbstrepräsentanzen bilden. Resch et al. (2008, S. 10) differenzieren zwischen der Selbstentwicklung in der Stabilisierung des Selbstwertes, der Verbesserung der Selbstakzeptanz und der Selbstverfügbarkeit. Durch das symbolische Spiel können neue Verknüpfungen erfolgen. Das psychodramatische Spiel ermöglicht einen besonders intensiven emotionalen Austausch mit den anderen Gruppenmitgliedern. Die Wiederholung zentraler Themen in gleichen und anderen Rollen und die Bearbeitung in der Gruppe unterstützen den Selbstentwicklungsprozess des Kindes. Darüber hinaus werden im Indikationsgespräch mit möglichst allen Familienmitgliedern vorgenommen, die individuellen Therapieziele der einzelnen Kinder und deren Familien so klar wie möglich formuliert (Bindernagel & Brunner-Kálmán, 2009).

Gemäss Resch et al. (2008) sollen Therapieziele das Prinzip der Symptomlinderung haben, entwicklungsorientiert sein und die Interessen der Patienten, deren Eltern und auch die Möglichkeiten des Therapeuten in angemessener Weise berücksichtigen. Diese Forderung entspricht der allgemeinen Kompetenzförderung, die in der Kindertherapie zu den neuen spezifischen Wirkfaktoren zählt und sich insbesondere durch zwei Aspekte auszeichnet: (a) Kinder versuchen ihre Fähigkeiten zu erweitern und bewegen sich somit in die Zone der nächsten Entwicklung (Schmidtchen, 2001; zit. nach Heinemann & vor der Horst, 2009, S. 40); (b) Kinder versuchen ihre Selbstwirksamkeit zu verbessern (Michels & Dittrich, 2004, zit. Heinemann & vor der Horst, 2009, S. 40).

Mögliche individuelle Therapieziele in Bindernagels & Brunner-Kálmán (2009) Psychodramagruppentherapie sind folgende:

- Besser mit anderen Kindern auskommen und im Kontakt sein
- Weniger Streit mit Geschwistern oder Eltern
- Besser seine Meinung vertreten können, besseres Durchsetzungsvermögen entwickeln

Auf der Gruppenebene spielen nach Fiedler (1999; zit. nach Heinemann & vor der Horst, 2009, S. 40) fünf Wirkfaktoren eine entscheidende Rolle zur Erreichung der Therapieziele. Sie sind einerseits Bedingung, damit sich die Patienten auf den Gruppenprozess einlassen können und andererseits fallen sie unter die Wirkfaktoren, die für die Veränderung im Verhalten, im emotionalen Erleben und in der kognitiven Bewertung notwendig erscheinen.

1. **Offenheit:** Bereitschaft des Einzelnen, seine Themen in die Gruppe zu bringen
2. **Vertrauen:** Fähigkeit der Gruppe, belastende Themen zu bearbeiten.
3. **Kohäsion:** Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gruppe
4. **Akzeptanz:** Jeder ist dennoch unterschiedlich und darf damit in der Gruppe sein.
5. **Kooperative Arbeitshaltung:** Beachtung der sozialen Gruppenregeln, Aufmerksamkeit für die Anderen und aktive Beteiligung

Tabelle 2: Die fünf Wirkfaktoren nach Fiedler (1999)

Herrscht ein Klima der Gleichgültigkeit oder des Misstrauens vor, wird dadurch therapeutisches Arbeiten verhindert (Heinemann & vor der Horst, 2009, S. 48ff). Erst die positive Beziehungserfahrung zu Gleichaltrigen bietet einen sicheren Rahmen, der zu einer symptomatischen Verbesserung beiträgt, wie auch die Studie von Cropp, Streck-Fisher, Jaeger, Masuhr, Schröder, & Leichsenring (2008) über den Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen empirisch belegt.

Die Übersicht zur Vorhersage von Therapieerfolg bei Gruppenpsychotherapien von Johnson et al. (2008) zeigt, dass die relevanten Beziehungskonstrukten Kohäsion, Allianz, Gruppenklima und Empathie nicht trennscharf sind und gemeinsame Anteile besitzen. Interessant ist, dass die Gruppenmitglieder eher dazu neigen, ihre Beziehungen innerhalb einer Gruppe gemäss ihrer Qualität zu unterscheiden (z.B. gute Bindung = gute Arbeitsfähigkeit), und weniger im Hinblick auf die Beziehungsebene (Mitglied - Therapeuten oder Therapeuten - Gesamtgruppe). Wenn sich Gruppenmitglieder von den Therapeuten verstanden und akzeptiert fühlen, tendieren sie dazu, sich auch von anderen Gruppenmitgliedern verstanden und akzeptiert zu fühlen. Johnson et al. (2005) resümieren, dass die Qualität der Beziehung entscheidender ist, als mit wem man innerhalb der Gruppe eine Beziehung eingeht. Es ist davon auszugehen, dass eine gute Therapeuten-Mitglied-Beziehung zu einer guten Mitglied-Mitglied-Beziehungen führt (Johnson et al., 2008).

3 Entwicklungsabläufe bei Kindern in der mittleren Kindheit und die Transition ins Jugendalter

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich herrscht Konsens darüber, dass ein Verständnis psychischer Störungen beim Kind und Jugendlichen ohne Kenntnisse normaler Entwicklungsabläufe des jeweiligen Lebensabschnittes nicht möglich ist (Steinhausen, 2006, S. 2; Schmidtchen, 2001, S.46; Resch, 1999). Im folgenden Kapitel werden zuerst die normativen Entwicklungsaufgaben der mittleren Kindheit und die Transition ins Jugendalter erläutert und anschliessend die Störungsbilder F93.8 und F90.0 bezogen auf das Erleben und Verhalten eines Kindes beschrieben.

3.1 Normative Entwicklungsaufgaben

Im Schulalter, zwischen sieben und zwölf Jahren, stehen insbesondere zwei Entwicklungsaufgaben im Vordergrund: der Erwerb von Gruppenkompetenzen und der Erwerb von schulspezifischen Kompetenzen. In der frühen Adoleszenz, zwischen elf und vierzehn Jahren, gewinnt insbesondere der Zuwachs von freundschaftlichen Beziehungskompetenzen und von sexuellen Kompetenzen an Bedeutung. Die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz stellen gemäss Havighurst keine isolierten Aufgaben dar. Einige Themen finden sich als Weiterführung von Aufgaben der Kindheit, andere beginnen in der Adoleszenz, setzen sich im frühen Erwachsenenalter aber fort. Havighurst (1982; zit. nach Schmidtchen, 2001, S. 47ff) definiert die Entwicklungsaufgabe als:

“...eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während ein Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stösst und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt.“

Bei der Erfüllung der Entwicklungsaufgabe steht das Kind immer im Spannungsfeld zwischen eigenen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen. Nach Seiffg-Krenke (2009, S. 19-20) muss das Kind für eine erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgaben eine aktive und gestalterische Rolle einnehmen, an der sich auch die Eltern und andere Sozialpartner beteiligen. Anders als früher umfasst jedoch der gegenwärtige Entwicklungsbegriff progressive und regressive Anteile in allen Entwicklungsphasen, in jeweils unterschiedlicher Balance sowie unterschiedliche Ausprägungen in den einzelnen Entwicklungsbereichen (soziale Entwicklung, kognitive Entwicklung etc.) und definiert sich nicht mehr im Sinne einer linearen Progression. Der Entwicklungskontext (z.B. sozio-

ökonomische Verhältnisse) wird als weitere entscheidende Einflussgrösse betrachtet. Daraus resultiert eine grosse Diversität von Entwicklungen mit sehr unterschiedlichen Verläufen.

3.1.1 Erwerb von Gruppenkompetenzen

Zum Erwerb von Gruppenkompetenzen gehören der Umgang mit Altersgenossen (Peers), mit ausserfamiliären Bezugspersonen (z.B. Lehrern) und das geschlechterspezifische Rollenverhalten.

Wie viele Studien über den Zusammenhang von elterlichem Verhalten und kindlicher Persönlichkeitsentwicklung belegen, bleibt das Elternhaus auch im Schulalter die wichtigste Einflussgrösse, als Ort, wo Beziehung gelebt wird. Doch gewinnt das ausserfamiliäre Umfeld zunehmend an Bedeutung. Für die soziale Entwicklung des Kindes vollzieht sich in dieser Phase die grösste Erweiterung des sozialen Umfeldes. Die Schule rückt in den Lebensmittelpunkt, der soziale Austausch mit Peers (Gleichaltrige) wird immer wichtiger und beeinflusst neben Eltern und Lehrern die Entwicklung des Kindes in entscheidender Weise (Steinhausen, 2006, S. 12; Resch, 1999, S. 105). In Anlehnung an die Bindungstheorie konnten empirische Untersuchungen (Sroufe & Fleeson, 1986) belegen, dass sichere und unsichere Bindungen in Freundschaften reproduziert werden. Die Beziehungserfahrungen mit Eltern als Muster der erwarteten Beziehungen (internal working models) beeinflussen die Beziehungsgeschichte mit Peers und mit Partnern des anderen Geschlechts. Eine gute Bindung zu den Eltern bietet eine sichere Basis für die Beziehungsgestaltung mit Peers und umgekehrt. Doch begegnen Peers einander kritischer als die Eltern ihren eigenen Kindern. Im Unterschied zu Elternbeziehungen, die nach Fend (1998; zit. nach Resch, 1999, S. 108) durch „Erwartungserfüllung“ charakterisiert werden können, definieren sich Peerbeziehungen durch „Aushandeln“. Eine positive Elternbeziehung ersetzt deshalb symmetrische Freundschaften zu Peers nicht. Sullivan (1953; zit. nach Siegler et al. 2005, S. 705) erachtet gute Freundschaften vor allem im frühen Jugendalter als einen wichtigen Faktor fürs Wohlbefinden. Werden Kinder von ihren Peers nicht gemocht, so kann dies zu Minderwertigkeitsgefühlen und Einsamkeit führen.

Durch die Etablierung von Rangordnungen und die Orientierung an gemeinsamen Wertvorstellungen schaffen Peer-Gruppen ein Zusammengehörigkeitsgefühl. Das Wechselspiel von Kompetenz des einzelnen und Akzeptanz durch die Peergruppe hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung einer realitätsorientierten Selbstrepräsentanz, die mit einem positiven Selbstwert einhergeht. In der Gruppe erwerben Kinder verschiedene

Kompetenzen, die für den Sozialisationsprozess entscheidend sind. Sie lernen sich kooperativ (führt zu Anerkennung) und kompetitiv zu verhalten, die eigenen Affekte zu kontrollieren und mit Frustration und Aggression umzugehen. Die Erfahrung der eigenen Person in der Gruppe beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung und das Selbstkonzept, die Lebenszufriedenheit und die Problembewältigungsfähigkeiten sowie die körperliche und seelische Gesundheit eines Kindes (Resch, 1999, S. 105-107). Rechten (2003, S. 110) weist darauf hin, dass mit einem stärker werdenden „Wir-Gefühl“ in einer Gruppe auch der Druck nach Konformität wächst. Von den Einzelnen wird dann erwartet, dass sie Gruppennormen einhalten, gemeinsame Zielvorstellungen und Werte entwickeln und verfolgen.

Mit dem Übergang ins Jugendalter werden Freunde zunehmend die wichtigsten Gesprächspartner und Berater und fördern darüber hinaus den Ablösungsprozess von den Eltern (vgl. Schmidtchen, 2001, S. 61; Resch, 1999, S. 105; Steinhausen, 2006, S. 12).

Geschlechterspezifische Rollenverhalten

Das Verhalten in unserer Gesellschaft wird stark von geschlechterspezifischen Rollenkompetenzen geleitet. Daher ist es wichtig, dass die Kinder sich früh mit den biologischen Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen und den entsprechenden Rollenzuschreibungen auseinandersetzen. Während in der Kindheit das Erlernen eines angemessenen sozialen Geschlechterrollenverhaltens im Vordergrund steht, gewinnt die Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechterrolle mit der Transition in die Adoleszenz eine zunehmende Bedeutung. Die in dieser Phase eintretende Geschlechtsreife kennzeichnet gleichzeitig die Demarkation zwischen Kindheit und Jugend (Oerter & Montada, 2002, S. 259).

3.1.2 Schulspezifische Kompetenzen

In der geistigen Entwicklung überschreitet das Kind nach Piaget (2003) das präoperationale Stadium und kommt zum Stadium der konkreten Operationen. Das Leben des Kindes vollzieht sich zunehmend nach allgemeinen Regeln. Es entwickeln sich klassifikatorische Fähigkeiten, Seriation, Größenrelationen und die Beherrschung des Zahlenraums. Etwa ab dem 12. Lebensjahr kommt das Kind gemäss Piaget in die operatorische Stufe, in der es Fähigkeiten zur Abstraktion und Hypothesenbildung entwickelt (Resch, Schulte-Markwort & Bürgin, 1998). Oerter & Dreher (2002) sehen die fundamentalen Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, die sich im Jugendalter vollziehen, als Voraussetzung um Umwelt- und Persönlichkeitsbereiche neu oder in anderer Form zu erschliessen (z.B. Umgang mit Komplexität, Einnehmen von Meta-Perspektiven, Erschliessen von Vernetzungen). Dazu braucht es die Erweiterung der Denkopoperationen, eine qualitative Verbesserung der Infor-

mationsverarbeitungskapazität und Veränderungen von bewusstseinsbildenden Prozessen. Erfolg in der Schule sowie der Einfluss der Lehrer, die ebenfalls zu den wichtigen Bezugspersonen der Kinder zählen, prägen das Verhalten und die schulische Leistung. Diese wirkt sich wiederum auf das Selbstvertrauen und auf die Selbsteinschätzung des Kindes aus (Schmidtchen, 2001, S. 60).

3.2 Definition und Klassifikation psychischer Störungen

Die Entwicklungspsychopathologie befasst sich sowohl mit den Einflüssen der normalen Entwicklung auf die Genese psychopathologischer Symptome als auch mit dem Einfluss psychopathologischer Symptome auf die normale Entwicklung. Was in einer bestimmten Altersperiode noch als normale Anpassungsproblematik und was bereits als psychische Störung aufzufassen ist, bestimmen aktuelle Entscheidungskriterien aus der epidemiologischen Forschung (Resch, 1999, S. 4). Der Krankheitsbegriff wird von Remschmidt (1995, zit. nach Resch, 1999, S. 43) wie folgt definiert:

„Als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung bezeichnen wir einen Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und gegebenenfalls auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“.

Emotionale Störung im Kindesalter (F93.8)

Die ICD-10 Diagnose sonstige emotionale Störungen im Kindesalter (F93.8) erfasst: (1) Identitätsstörung, (2) Rivalität mit Peers (nicht Geschwister), (3) Störungen der Überängstlichkeit. Steinhausen (2006, S. 172-178) definiert die Diagnose F93.8 als generalisierte Angststörung des Kindesalters. Sie tritt eher in der späteren Kindheit und Adoleszenz auf und zeichnet sich durch auftretende Angstzustände aus, die von phobischen Akzenten, Somatisierungsneigung, Befürchtungen, Sorgen und sexuellen Ängsten begleitet sind. Die Angstzustände mit diffuser innerer Spannung und Unruhe treten in mindestens zwei Situationen oder Zusammenhängen auf und verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Lebens- und Funktionsbereichen. Die Ängste und Sorgen müssen mit mindestens drei der folgenden Symptome verbunden sein:

- Ruhelosigkeit (überdreht, nervös, nicht entspannen können)
- Gefühl von Müdigkeit, Erschöpfung, Anstrengung durch die Ängste und Sorgen

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Reizbarkeit
- Muskelverspannung
- Schlafstörung wegen der Ängste und Sorgen

Grundsätzlich gehen die Autoren des ICD-10 davon aus, dass viele emotionale Störungen im Kindesalter eher als Verstärkungen von normalen Entwicklungstrends zu betrachten sind, als eigenständige, qualitativ auffällige Phänomene und sich diese im Unterschied zu Erwachsenen weniger eindeutig in spezifische Einheiten einteilen lassen (ICD-10, 2005, S. 304 ff.)

Einfache Aktivitäts-und Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter (F90.0 /ADHS)

Die ICD-10 Diagnose F90.0 (2008, S. 317-321) findet Verwendung, wenn die allgemeinen Kriterien für eine hyperkinetische Störung erfüllt sind, aber keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt. Zu den ICD-10 Leitsymptomen gehören: *beeinträchtigte Aufmerksamkeit* (Abbrechen der Tätigkeiten, dauernd Aktivität ändern, ablenken lassen), *Überaktivität* (exzessive Ruhelosigkeit) und gemäss DSM-IV-TR (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S. 62-64) *Hyperaktivität/Impulsivität* (nicht warten können, unterbrechen, häufig exzessiv reden). Hyperkinetische Störungen treten häufig vor dem fünften Lebensjahr auf und sind oft bis ins Erwachsenenalter persistierend. Eine komorbide Angststörung wird häufig diagnostiziert und mit 5-30 % angegeben. Angst scheint im Unterschied zu Impulsivität die sekundäre Entwicklung von dissozialer Symptomatik zu verhindern und kann in dieser Hinsicht als protektives Merkmal gesehen werden. Eine kognitive Beeinträchtigung sowie motorische und sprachliche Entwicklungsdefizite sind bei hyperkinetischen Störungen überproportional häufig (Steinhausen, 2006, S. 2-30). Steinhausen (2006, S. 123) konstatiert, dass aus den verschiedenen diagnostischen Kriterien und assoziierten Störungen eine beträchtliche klinische Heterogenität resultiert, die der Stereotypisierung des „hyperkinetischen Kindes“ oder des „ADHS-Kindes“ entgegensteht. Die ADHS - Störung, ist die am häufigsten beforschte psychische Krankheit bei den 6 bis 12-jährigen. Entsprechend wurde in den letzten Jahrzehnten ein enormer Wissenszuwachs erlangt. Der Schwerpunkt der Forschung bezieht sich jedoch auf die pharmakologischen Interventionen (Bachmann et al., 2008), wobei gemäss Döpfner & Lehmkuhl (2002) bislang Studien zur Langzeitbehandlung fehlen. Als empirisch am besten gesicherte Therapie gilt derzeit die Kombinationsbehandlung von Psychopharmaka und Psychotherapie (Bachmann et al., 2008), deren Wirksamkeit

durch ein ergänzendes Elterntraining noch verbessert werden kann (Döpfner & Lehmkuhl, 2002).

Auswirkungen des hyperkinetischen Verhaltens auf das Beziehungsgeschehen

Hyperkinetische Kinder verhalten sich oft achtlos und ungestüm, neigen zu Unfällen und – weniger vorsätzlich als aus Achtlosigkeit und Vergesslichkeit – zu Regelverletzungen, weshalb sie häufig mit disziplinarischen Folgen konfrontiert sind. Ihr Handeln wirkt oft planlos und unkontrolliert und ist deshalb für das soziale Umfeld wenig berechenbar. Durch ihr leicht irritierbares, unruhiges und leistungsschwaches Verhalten sind Kinder mit hyperkinetischen Störungen in Peer-Gruppen oft unbeliebt und werden ausgeschlossen.

In Freundschaften spielen die Emotionsregulierung (Zeman & Shipman, 1998; zit. nach Bonekamp & von Salisch, 2007) und der sozialverträgliche Umgang mit Ärger (von Salisch, 2000; zit. nach Bonekamp & von Salisch, 2007) eine grosse Rolle. Im Alter zwischen neun und zwölf Jahren gelingt Kindern die Selbstregulierung zunehmend besser. In Freundschaften erweitern und verbessern sie ihre Konfliktfähigkeiten, indem sie in Konfliktsituationen zunehmend mit Verhandlungsstrategien, Formen der Distanzierung oder mit Humor reagieren. Die Studie von Bonekamp & von Salisch (2007) zur Ärgerregulierung bei Jungen mit ADHS zeigt, dass sich Kinder ohne ADHS signifikant besser distanzieren, sich erklären und zurücknehmen können als Kinder mit ADHS. Die Autoren diskutieren diesen Unterschied im Zusammenhang mit der mangelnden Aufmerksamkeit und der Impulsivität, welche die Fähigkeit zur Reflexion einschränkt und die Verhaltenskontrolle erschwert. Weiter zeigt die Studie eine Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung. Obwohl die in der Studie untersuchten Kinder mit einer F90.0 Diagnose in Konflikten häufiger mit konfrontativen Strategien reagierten, schätzten sie ihr eigenes Verhalten nicht als schädigend ein. Bonekamp & von Salisch (2007) führen ihr Handeln mehr auf die mangelnde Fähigkeit zurück, alternative Konfliktstrategien einzusetzen, als auf eine böswillige Motivation. Es fällt ihnen schwerer, ihr Verhalten in Bezug auf längerfristige Konsequenzen ihres Handelns einzuschätzen. Ausserdem verfügen diese Kinder häufig über ein weniger gutes soziales Netz und können im Konfliktfall entsprechend weniger auf soziale Unterstützung ihrer Freunde zurückgreifen. Die Zurückweisung durch Peers führt wiederum häufig zu Konflikteskalationen (Resch, 1999, S. 110), was zu weiteren sekundären Komplikationen wie dissozialem Verhalten, depressiver Verstimmung, Affektlabilität und einem niedrigen Selbstwertgefühl führen kann (vgl. ICD-10, 2008; Blanz, Remschmidt, Schmidt, Warnke, S. 160, 2006; Steinhausen, 2006, S. 122-123).

Die Beziehungen zu Erwachsenen sind oft durch Distanzlosigkeit und einem Mangel an Vorsicht und Zurückhaltung charakterisiert (aggressive Durchbrüche bei geringfügigen Anlässen, Reizbarkeit). Im Schulalter besteht die Symptomatik meist schon seit mehreren Jahren. Insbesondere in der Schule kommt es zu erheblichen Adaptationsproblemen. Durch die mangelhafte Verhaltenssteuerung und Impulsivität sind vor allem die schulischen Leistungen und die Selbstdisziplin beeinträchtigt. An der Schwelle zur Adoleszenz nimmt das äusserlich wahrnehmbare unruhige Verhalten oft ab. Hingegen nimmt die Umgebung nun eher die Unaufmerksamkeit der Kinder wahr, als das verbleibende Gefühl der Rastlosigkeit und Aufgeregtheit (vgl. ICD-10, 2008; Blanz, Remschmidt, Schmidt, Warnke, S. 160, 2006; Steinhausen, 2006, S. 122-123).

Verschiedene Studien zeigen, dass die Lebensqualität von ADHS-Kindern im Vergleich mit gesunden Kindern oder solchen mit einer körperlichen Krankheit geringer ist. Schreyer & Hampel (2009) untersuchten die Lebensqualität im Zusammenhang mit dem elterlichen (vor allem mütterlichen) Erziehungsverhalten und führen diesen Unterschied darauf zurück, dass zwischen Müttern und ADHS-Kindern weniger positive Interaktionen stattfinden als zwischen Müttern mit gesunden Kindern. Der Leidensdruck hyperkinetischer Kinder scheint weniger durch die primären Symptome verursacht zu werden als vielmehr durch die aus der Interaktion resultierenden sekundären Schwierigkeiten, die sich im Alltag in der Schule, mit Freunden, mit den Eltern oder der Familie konstellieren.

4 Die klinische Relevanz maladaptiver Beziehungsmuster

In der Entwicklungspsychopathologie und den meisten psychodynamisch oder interpersonell orientierten Psychotherapien sowie einigen Methoden der kognitiven Verhaltenstherapien wird heute davon ausgegangen, dass verfestigte, maladaptierte Beziehungsmuster massgeblich zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen beitragen (Arbeitsgruppe OPD-KJ, 2007, S. 45; Grawe, 2000, S. 537). Im Kapitel vier wird die Beziehung als lebenslange Entwicklungsaufgabe dargestellt und die Theoreme der maladaptiven Beziehungsmuster definiert.

4.1 Beziehung als lebenslange Entwicklungsaufgabe

Das bindungstheoretische Entwicklungsmodell sieht den Aufbau von Bindung als eine Entwicklungsaufgabe und somit als einen Teil der generellen Kompetenzentwicklung im Lebenslauf (zit. nach Grossmann & Grossmann, 1991, Strauss, 2002, S. 97). Verschiedene Untersuchungen weisen nach, dass die Art der Interaktion zwischen primären Bindungs-

personen und Kind sich in Repräsentanzen oder inneren Arbeitsmodellen von erwartbarem Verhalten der Bezugsperson und von eigenen Verhaltensstrategien ihr gegenüber niederschlägt (z.B. Grossmann & Grossmann, 2004; zit. nach Strauss & Schwark, 2008, S. 10). Repräsentanz bezeichnet eine Reihe seelischer Spuren und Niederschläge der Wahrnehmung vom Selbst und vom Objekt und deren Interaktionen (Auchter & Strauss, 2003, S. 144), die in der Sprache Kernbergs und Sterns auch „Selbst-Objekt-Affekt-Schemata“ genannt wird (1984; 1985; zit. nach Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 45). Die ersten bedeutsamen Beziehungserfahrungen entwickeln sich zu verselbständigten Mustern, die sich später auch im triadischen oder poliadischen transaktionellen Austausch fortlaufend bestätigen und modifizieren (Schauenburg & Cierpka, 1994; Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 47ff). Diese typischen Beziehungsmuster prägen die Verhaltens- und Fühlweisen des Kindes und später des Erwachsenen entscheidend (Strauss et al., 2002, S. 3ff). Sowohl Bindungstheoretiker als auch Objektbeziehungstheoretiker gehen davon aus, dass die erste Beziehungserfahrung, meist mit der Mutter, prägend und strukturierend für die Persönlichkeit ist. Die gute primäre Bindungsbeziehung trägt dazu bei, dass ein Kind seine Welt von einer emotional sicheren Basis aus explorieren kann. Sie ermöglicht es ihm, die Wirksamkeit des Ausdrucks seiner Gefühle zu validieren und ein Gefühl der Kontrolle gegenüber seiner Umwelt zu entwickeln. Das kindliche Selbst und seine Fähigkeiten, Emotionales zu verarbeiten, entwickeln sich in Abhängigkeit von der Entwicklung dieser primären Beziehungserfahrung und ihrer Repräsentanzen (Grabska, 2009). Grosse Übereinstimmung findet sich auch bei der an Sullivan (1953, zit. nach Kasper et al. 2004) anknüpfenden interpersonellen Theorie, wonach die Persönlichkeit aufgrund von „relativ dauerhaften Mustern immer wiederkehrender interpersonaler Situationen entsteht, die das menschliche Leben kennzeichnen“. Neben der grossen Bedeutung der interpersonalen Erfahrung während der frühen Kindheit wies Sullivan (1953) auf die Wichtigkeit der Jugendzeit für korrigierende Erfahrungen hin.

4.2 Definition maladaptiver Beziehungsmuster

In den unterschiedlichen Objektbeziehungstheorien (Grabska, 2009) geht es im Kern darum, wie die möglicherweise kränkende Erfahrung des einzelnen Menschen in seiner seelischen und emotionalen Entwicklung und in seiner psychischen Gesundheit von Geburt an in entscheidendem Masse von der Beziehung zu anderen Menschen und von der menschlichen Qualität dieser Beziehung abhängig ist. Schwer zu bewältigende Beziehungsstörungen und Beziehungskonflikte bestimmen daher die weitere Persönlichkeitsentwicklung. Die frühen pathogenen Beziehungserlebnisse wiederholen sich unbewusst im späteren Beziehungserleben. Sullivan (1953; zit. nach Kaspar et al. 2000) geht davon aus, dass maladaptiv

tiertes Verhalten auf eine fehlangepasste und verzerrte Wahrnehmung anderer zurückgeht, welche aus entsprechenden früheren Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen herrührt. Die früher wirksamen Interaktionsstrategien im Umgang mit Angst und Unsicherheit werden weiterhin dysfunktional reproduziert. So kommt es nach Sullivan (1953) immer wieder zu interpersonalen Missverständnissen. Leary (1959) beschreibt den individuellen Nutzen von dysfunktionalen Verhaltensweisen. Indem der Mensch mittels Konfliktvermeidung dazu tendiert, die Anzahl interpersoneller Reflexe einzuschränken, wird die Reaktion des Gegenübers berechenbarer und hilft Angst zu vermeiden. Die Konsequenz ist jedoch eine weiter bestehende Angst, verbunden mit rigiden Verhaltensmustern, die in gewissen Situationen nur suboptimale Lösungsmöglichkeiten darstellen. Oder wie Weber & von Klitzing (2004) schreiben: Beziehungsmuster, die ursprünglich eine Schutzfunktion darstellten, erweisen sich später bloss noch als eine Fehlanpassung.

Schwieriger als die Definition der maladaptiven Muster ist gemäss Kaspar et al. (2000) die Herleitung, wann eine Verhaltensweise als fehlangepasst bezeichnet werden kann. Gemäss der Idee der maladaptiven Muster muss sich die Fehlanpassung im interpersonalen Verhalten wiederholen und in vielfältiger Weise zeigen. Doch sind sie im Einzelfall vom spezifischen Kontext abhängig und lassen sich nicht unbedingt identifizieren. Entsprechend muss die Perspektive ausgemacht werden, aus welcher sich die maladaptive Interaktionseinheiten bestimmen lassen (Kaspar et al., 2000). Gemäss Grabska (2009) werden die maladaptierten Beziehungsmuster in der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten besonders in der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik ersichtlich und können durch die Aktualisierung im „Hier und Jetzt“ durchbrochen werden. Dies kann die arretierte Selbstentwicklung auflösen. Objektbeziehungstheoretische Behandlungsansätze betonen die Wichtigkeit des „Halt gebenden Beziehungsangebotes“ (Grabska, 2009) von Seiten der Therapeuten. Das Durchbrechen maladaptiver Muster erfordert von Therapeuten die Fähigkeit, ihr Interaktionsverhalten störungs-, patienten- und phasenspezifisch zu modifizieren (Benecke, 2005, S. 66). Es erfordert eine Strategie, die bei den entsprechenden Konflikten und Defiziten ansetzt und versucht eine Erweiterung der eingeschränkten Kompetenzen zu erreichen (Strauss, 2002, S. 288). Diese Modifikation neuer Beziehungserfahrungen ist gemäss Weber & von Klitzing (2004) bei jüngeren Kindern einfacher, weil deren Beziehungsmuster noch weniger verfestigt sind. Die spielerische Form der Psychodramagruppentherapie eignet sich nach Marrone (1998; zit. nach Strauss, 2007) besonders gut, damit Erfahrungen zu Repräsentationen gemacht werden können.

Die Veränderung maladaptiver Beziehungsmustern in der Gruppentherapie

Gemäss dem Fazit aus der Vanderbilt I Studie sind zwischenmenschliche Interaktionsprozesse, wie sie zwischen Patient und Therapeut in Erscheinung treten, zentrale Faktoren, die das dysfunktionale Selbstsystem des Patienten entweder therapeutisch verbessern oder pathologisch bestätigen können (Hildenbrand, 2002, S. 221). Strupp beforscht die negative Komplementarität in Patientenbeziehungen (1953, zit. nach Hildenbrand, S. 222, 2002). Die Studienergebnisse zeigen, dass negative Einstellungen gegenüber den Patienten verknüpft sind mit unempathischer Gesprächsführung und ungünstiger klinischer Beurteilung. Sie können zur Aufrechterhaltung der maladaptiven Muster führen. Umgekehrt korreliert eine positive Patienteneinstellung stark mit dem Therapieerfolg. Studien aus der Bindungsforschung kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Marmarosh et al. (1996; zit. nach Strauss 1997) untersuchten die Einstellung und Erwartung von Gruppentherapeuten in Bezug auf ihre Gruppe und konnten nachweisen, dass auch der Bindungsstil und die Bindungsgeschichte der Therapeuten die therapeutischen Beziehungen beeinflusst. So haben zum Beispiel eher ängstlich gebundene Gruppentherapeuten die Erwartung, dass Gruppenteilnehmer eher negative Stereotype und Fehlkonzeptionen bezüglich einer Gruppentherapie haben. Aufgrund dieser Ergebnisse ist ein kritisch reflektierter und konstruktiver Umgang mit den eigenen Beziehungs- und Bindungsmustern dringend angezeigt. Weil die therapeutische Beziehung häufig auch eine Bindungsbeziehung (Dozier & Bates, 2004) ist, muss angenommen werden, dass der Beginn einer Therapie eine Art „fremde Situation“ (Ainsworth, 1978) darstellt und Therapeuten in der Lage sein sollten, Patienten eine sichere Basis im Sinne Bowlbys (1988) anzubieten (Eckert, 2008). Diese Ansicht wird auch von Grawe (2000, S. 706) geteilt, der gerade zu Beginn der Therapie die Beziehungsperspektive als immanent wichtig erachtet. Als Bindungsfiguren sollen Therapeuten positiv, sensitiv und vorhersehbar auf die Patienten reagieren. Bei einer guten Gruppenkohäsion kann die Gruppe, auch als eine von den Therapeuten geschützte sichere Basis für die Exploration verstanden werden.

Die Zusammenhänge von Beziehungsaspekten und Gruppenprozessen lassen sich auf dem Hintergrund des bisher Gesagten wie folgt zusammenfassen: Die Beziehungserfahrungen und die daraus resultierenden inneren Arbeitsmodelle (Repräsentanzen) der Patienten und der Therapeuten wirken sich auf die Erwartungen gegenüber der Gruppe, dem Gruppenprozess und der Wahrnehmung gegenüber des Potenzials einer Gruppe aus.

II EMPIRISCHER TEIL

5 Forschungsgegenstand und Methodik

Im zweiten Teil dieser Bachelorarbeit wird die durchgeführte empirische Studie vorgestellt. Der Forschungsprozess wird in die von Dinkelaker & Herrle (2009, S. 17) vorgeschlagenen, idealtypischen fünf Schritte für qualitative Untersuchungen gegliedert. Im Kapitel fünf wird nach der Beschreibung der Ausgangslage und der Eingrenzung des Forschungsgegenstandes zweitens das Untersuchungsdesign vorgestellt, drittens die Datenerhebung und Datenaufbereitung und viertens die Datenanalyse erläutert. Kapitel sechs präsentiert dann die Studienergebnisse, die in Kapitel sieben hinsichtlich der Fragestellungen diskutiert werden.

5.1 Ausgangslage und Absicht der Studie

Die Untersuchung greift das Anliegen von Dr. med. Daniel Bindernagel auf, den therapeutischen Verlauf eines ausgewählten Kindes anhand von bereits vorhandenen Videoaufzeichnungen einer Therapiegruppe zu untersuchen. Die Studie wurde in Anlehnung an Mayring (1996, S. 131) als qualitativ orientierte Fallanalyse konzipiert. Wegweisend für den methodischen Aufbau und die inhaltliche Ausrichtung der Studie ist die Beziehungsachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ, 2007), die in der Tradition der „Structural Analysis Social Behavior“ (SASB) (Benjamin, 1974, s. Kap. 5.3.1) entwickelt wurde und der viele Forschungsarbeiten vorausgehen. Mit dem diagnostischen Instrument des OPD-KJ (2007) können die unterschiedlichen Beziehungskonstellationen des Kindes mit dem „Therapeuten-Paar“ und der Gruppe fokussiert und erfasst werden. Nun ist zu berücksichtigen, dass mit der Beziehungsachse des OPD-KJ (2007) ein quantitatives Analyseinstrument eingesetzt wird. Die Integration des standardisierten OPD-KJ-Rasters dient lediglich dazu, die Beobachtung des überkomplexen Interaktionsprozesses in der Gruppe zu strukturieren. Die qualitative Tiefe dieser Untersuchung liegt in der fallorientierten Vorgehensweise und in der qualitativen Auswertung und Interpretation der Ergebnisse begründet. Ziel der Studie ist die Beschreibung der Veränderungen der Kind-Therapeuten-Beziehungen wie der Kind-Gruppen-Beziehungen im Verlauf des Therapieprozesses.

Die theoretischen Kenntnisse zum Beziehungsgeschehen bilden den Ausgangspunkt der Beobachtung und Reflexion des empirisch untersuchten Einzelfalls. Dabei geht es nicht darum die theoriegeleiteten Annahmen zu bestätigen, sondern den therapeutischen Prozess

mit einem qualitativ orientierten Vorgehen darzustellen und nachvollziehbar zu machen. Die längsschnittliche Betrachtungsweise ermöglicht das Aufdecken individueller und gruppendynamischer Entwicklungen und Veränderungen, wie sie aufgrund der Behandlungsgrundsätze von Bindernagel & Brunner-Kálmán (2009) und dem aktuellen Forschungsstand erwartet werden müssen. Vom rezipierten Forschungsstand ausgehend, soll bei der Beobachtung der einzelnen Therapiesequenzen trotzdem mit Offenheit und Unvoreingenommenheit vorgegangen werden, um eine umfangreiche Erfassung der beobachteten Prozesse zu ermöglichen und diese gleichzeitig in ihrer Ganzheit begreifbar und nachvollziehbar zu machen (Mayring, 2002, S. 27-42, Mayring, 1996, S. 131-134).

Der soeben beschriebene wissenschaftliche Zugang konzentriert sich auf drei Fragestellungen:

1. Welche (maladaptiven) Beziehungsmuster zeigt das Kind am Anfang der Therapie?
2. Unterscheidet sich die Beziehungsgestaltung zwischen ihm und seinen Therapeuten im Vergleich zur Beziehungsgestaltung zwischen ihm und seinen Gruppenmitgliedern?
3. Zeigt das Kind im Laufe der Therapie eine Veränderung Richtung adaptiver Beziehungsmuster?

Die verwendeten Forschungsinstrumente zielen darauf ab, das beobachtbare Verhalten zu untersuchen und in einen Zusammenhang mit (mal-)adaptiven Beziehungsmustern zu bringen.

5.2 Untersuchungsdesign

Das vorhandene Datenmaterial legt eine ideographische Forschungskonzeption nahe, da durch einen vertieften Einblick in die Beziehungsgestaltung eines ausgewählten Kindes mit dessen Therapeuten und seinen Gruppenmitgliedern über den gesamten Therapieverlauf verschiedene Aspekte in der Beziehungsgestaltung aufgezeigt werden können und darüber hinaus der Prozesshaftigkeit von Entwicklungen in einer Einzelfallanalyse hinreichend Rechnung getragen werden kann. Die vorliegende Arbeit macht, wie Mayring (2002, S. 19) postuliert, eine aus dem alltäglichen, natürlichen Umfeld entsprungene Problemstellung zum Gegenstandsbereich. Die Untersuchung intendiert eine Beurteilung des Geschehens aus einer Aussenperspektive. Durch die Aussenperspektive der Forscherin entsteht eine neue Sichtweise auf den Fall, wie es Brüsemeister (2008, S. 61) für eine fallbezogene Fragestellungen erwartet. Die nicht teilnehmende Beobachterin oder Raterin hat den Vorteil,

nicht selber in das Beziehungsgeschehen involviert zu sein, was die reliable Erfassung und Operationalisierung des sich entwickelnden Beziehungsgeschehens vereinfacht (Arbeitsgruppe OPD-KJ, 2007, S. 21/71) und eine differenziertere Beurteilung ermöglicht (Albani, 2008, S. 21). Um die Aussagekraft der Videoanalyse abzuschätzen, werden die Ergebnisse anschliessend mit der Krankengeschichte und den therapeutischen Berichten verglichen. Ziel der Studie ist es, kontextgebundene Muster abzubilden und diese in Form neuer Hypothesen zu artikulieren (Mayring, 2002, 34-43). Wie Ellgring (1995) schreibt, eignet sich audiovisuelles Material gerade im Zusammenhang mit qualitativer Verhaltensbeschreibung besonders für die Exploration und zur Hypothesengewinnung. Für die Erreichung dieses Ziels fordert Mayring (2002, S. 29-37) eine Methodenkontrolle, welche die einzelnen Verfahrensschritte expliziert, dokumentiert und nach begründeten Regeln ablaufen lässt und gleichzeitig dazu beiträgt, den allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung gerecht zu werden. Die Einschätzung der Ergebnisqualität soll nach Beendigung der Untersuchung unter Berücksichtigung von Mayrings (2002, S. 143-148) allgemeinen und Bromleys (1986, zit. nach Mayring 2002) besonderen Gütekriterien für die Einzelfallanalysen erfolgen:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Wurde nach dem Prinzip der Verfahrensdokumentation vorgegangen? 2. Wurde das Vorverständnis expliziert, die Interpretation theoriebasiert und argumentativ hinreichend begründet und Alternativdeutungen in Erwägung gezogen? 3. Wurde das Material gemäss den vorgeplanten Analyseschritten regelgeleitet bearbeitet? 4. Konnte die Anbindung an die Alltagswelt der beforschten Subjekte gewährleistet werden? 5. Konnte die Gültigkeit der Ergebnisse durch zusätzliche Daten objektiviert und die Interpretation mit dem Subjekt validiert werden? 6. Wurde dem Anspruch nach Triangulation entsprochen? |
|--|

Tabelle 3: Allgemeine und spezifische Gütekriterien für die Einzelfallanalyse

5.2.1 Ablauf

Um der von Mayring (2002, S. 27) geforderten Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, dem Hauptprinzip qualitativ interpretativer Forschung zu entsprechen, wurden die sechs Therapiesitzungen (Kap. 5.2.2) ohne Kenntnisnahme der therapeutischen Berichte visioniert und im Sinne Brüsemeisters (Kap. 5.3) protokolliert. Die systematische Aufbereitung des Materials erlaubt eine nachvollziehbare Interpretation der Ergebnisse. Ausserdem können Ausschnitte aus den Datenprotokollen im Ergebnisbericht präsentiert werden. Dabei steht der Personenschutz, der durch die Anonymisierung aller Daten gewährleistet ist, stets an erster Stelle (vgl. Ethikantrag im Anhang 1). Die Beziehungskonstellationen der einzelnen Therapiesequenzen werden mittels Beziehungssachse des OPD-KJ in den verschiedenen Szenen eingeschätzt und miteinander verglichen. Die von der Arbeitsgruppe OPD-KJ (2007, S. 71) geforderte Modulstandardisierung wird in Kapitel 5.4.1 erläutert und

durchgeführt. Um der subjektiven Verzerrung vorzubeugen, wurden nach Abschluss des Ratings die Resultate der Analyse im Sinne einer Triangulation den Therapieberichten gegenübergestellt (Mayring, 2002, S. 45). Die Einschätzung der Ergebnisqualität erfolgte nach Beendigung der Untersuchung unter Berücksichtigung der allgemeinen und spezifischen Gütekriterien für Einzelfallanalysen von Mayring (2002) und Bromley (1986) (vgl. Tabelle 3).

5.2.2 Stichprobe

Im Fokus dieser Einzelfalluntersuchung steht ein vom „Therapeuten-Paar“ ausgewählter Junge, der in dieser Studie Franc genannt wird. Er nahm mit weiteren sechs Kindern (3 Mädchen, 4 Jungen) an einer wöchentlich stattfindenden geschlossenen Psychodramagruppentherapie teil (Kap. 2.3). Der Therapeut hat das Kind deshalb ausgewählt, weil es aus seiner Sicht von der Psychodramagruppentherapie profitieren konnte. Für das „Therapeuten-Paar“ ist es besonders interessant, welche Beziehungsfaktoren in diesem spezifischen Fall zu einem Therapieerfolg führten. Der Junge war zu Beginn der Therapie 12 Jahre alt. Bei den KJPD-St. Gallen wurden ihm vor der Behandlung die ICD-10 Diagnosen sonstige emotionale Störung im Kindesalter (F93.8) und einfache ADHS (F90.0) gestellt. Von den 37 aufgezeichneten Therapiestunden wurde für die Untersuchung eine periodisch orientierte Zufallsstichprobe vom Anfang (Sitzungen 1 und 2), von der Mitte (Sitzungen 19 und 20) und vom Ende (Sitzungen 36 und 37) der Therapie ausgewählt. Gemäss Manual der OPD-KJ (2007, S. 22-30) kann die Datenerhebung aufgrund einer ganzen Therapiestunde erfolgen. Die Autoren gehen davon aus, dass Beziehungen und die damit verbundenen Affekte immer „zusammengesetzte“ Verhaltens und Gefühlweisen darstellen und sich diese auf dem Zirkumplexmodell als Mischverhältnis darstellen lassen (z.B. Kind ist zuerst angepasst und attackiert dann Therapeut). Nach der Visionierung und Protokollierung der ersten drei Therapiestunden (1, 2, 19) wurde jedoch deutlich, dass die 75-minütigen Untersuchungseinheiten aufgrund des überkomplexen Interaktionsgeschehens zu lange sind, um eine kategoriengleitete Einschätzung des Verhaltens vornehmen zu können. Dies entspricht auch den Beobachtungen von Kasper et al. (2000), wonach gerade die Identifikation maladaptiver Beziehungsmuster im Einzelfall von spezifischen Bedingungen der Situation und vom Kontext abhängig ist und sich deshalb sehr komplex gestaltet. Zur besseren Differenzierung der Interaktionen in einem Mehrpersonensystem scheint deshalb eine Konzentration auf bestimmte Szenen, die die typischen Verhaltensmuster des Kindes zum Vorschein bringen, notwendig. Es fallen insbesondere zwei Verhaltensmuster des Kindes auf:

- Solange es aktiv im Geschehen involviert ist, zeigt es Interesse am Gruppengeschehen, indem es sich sowohl in Gesprächen (1., 2., 4. Phase) als auch im Spiel (3. Phase) aktiv beteiligt. Es übernimmt eine führende, bestimmende Rolle und hat eigene Ideen die es einbringt. In Entscheidungssituationen wirkt es immer wieder klärend und integrativ für die Gruppe.
- Wenn das Kind über längere Zeit nicht im Mittelpunkt des Geschehens steht oder eine Situation unübersichtlich wird, nimmt seine Aufmerksamkeit deutlich ab. Es beginnt unruhig zu werden (z.B. schaukeln auf dem Stuhl) oder geht unabhängig von den anderen Akteuren eigenen Interessen nach.

Die Beobachtungen zeigen, dass sich das Kind unterschiedlich verhält, je nachdem ob es direkt oder indirekt am Geschehen beteiligt ist. Aufgrund dieser Beobachtung und nach Rücksprache mit dem Therapeuten, wurde von jeder Therapiestunde, je eine Szene gemäss den Kriterien „das Kind steht im Mittelpunkt“ und „andere Kinder stehen im Mittelpunkt“ ausgewählt und geratet.

Die Aufzeichnungen sind in qualitativer Hinsicht mangelhaft: Die Filme verfügen über wenig Tiefenschärfe und die Dialoge sind nicht immer klar verständlich. Des Weiteren stehen der Untersuchung die Krankengeschichte des ausgewählten Kindes und die dazu geführten Berichte der Therapeuten zur Verfügung. Idealerweise müssten nach Mayring (1996, 133) in einer Fallanalyse zwei bis vier Einzelfälle untersucht werden, was im Rahmen dieser Arbeit aufgrund des komplexen Untersuchungsdesigns nicht zu leisten war.

5.3 Datenerhebung und Datenaufbereitung

Die Datengrundlage bildet ausschliesslich bereits erhobenes filmisches Material. Alle 37 Therapiestunden wurden nach der Einverständniserklärung der Eltern und der Information der Kinder auf Video aufgezeichnet. Die Videokamera wurde jeweils von den Therapeuten vor Beginn der Therapiestunde eingeschaltet. Die Aufnahme erfolgte immer aus dem gleichen Winkel, oben links im Raum. Folglich kann nur ein spezifischer Ausschnitt des Geschehens beobachtet werden, während andere Perspektiven zwangsläufig ausgeblendet bleiben. Wie jede Art von Datenerhebung hat auch die Erhebung von Videodaten Auswirkungen auf das untersuchte Feld. So verändert gemäss Dinkelaker & Herrle (2009) bereits die Anwesenheit der Kamera im Raum die Bedingungen der Interaktion. In der Regel wird jedoch am Anfang der Aufnahme explizit auf die Anwesenheit der Kamera Bezug genommen, aber im Verlauf der Zeit ihr Vorhandensein „vergessen“. Die Kritik der Verzerrung

der Daten aufgrund der Aufnahmesituation wird von Dinkelaker & Herrle (2009, S. 27) durch folgende Aussage entkräftet: „Die Eigendynamik des Interaktionsgeschehens erlaubt es den Beteiligten nicht, sich dauerhaft auf die stummen Beobachter zu konzentrieren.“

Ausserdem kann es von Interesse sein, wie die einzelnen Interaktionspartner mit der Beobachtungssituation umgehen. Des Weiteren weisen Dinkelaker & Herrle (2009, S. 15) darauf hin, dass die Videographie zwar Hörbares als auch Sichtbares konserviert und dadurch eine enorme Ausweitung der Beobachtungsmöglichkeiten zulässt, aber trotzdem kein vollständiges Abbild des Interaktionsgeschehens erzeugen kann. Unter diesen Einschränkungen wird das dokumentierte Geschehen trotzdem als wahrheitsgetreues Abbild eines Phänomens verstanden, das in der Definition von Denzin (2008) einer „realistischen Lesart“ zugänglich ist. Die Beobachtung des besagten Prozesses beinhaltet gemäss Mayring subjektive Deutungsanteile, die theoretisch als Resonanz (OPD-KJ, 2007, S. 52) verstanden werden können. Das Transparent machen und Begründen eines strukturierten Beobachtungsprozesses rechtfertigt nach Mayring (2002, S. 31-32) die Zulassung dieser Daten als Informationsquelle. Für die Datenaufbereitung empfiehlt Brüsemeister (2008, S. 82) die Erstellung von Beobachtungsprotokollen. Sie dienen dazu, die beobachteten Szenen möglichst deskriptiv festzuhalten und nehmen gleichzeitig eine Strukturierung des Materials im Sinne Mayrings (2008, S. 65) vor. Die skizzierten Beobachtungsnotizen können verständlich machen, warum die nichtteilnehmenden Beobachterinnen zum Beispiel auf ein Übertragungsgeschehen geschlossen haben oder explizieren, weshalb die Einschätzung einer abrupten Bewegung als aggressiv-feindseliges Verhalten eingestuft wurde. Dinkelaker & Herrle (2009, S. 37) sehen den Nutzen von Beobachtungsnotizen darin, dass die Beobachtung des auf Video dokumentierten Geschehens entzeitlicht und dennoch in Relation von visuell und auditiv Wahrnehmbarem im Zeitverlauf erfasst werden kann. Für die Videoanalyse interessieren insbesondere alle im Zusammenhang mit dem untersuchten Kind stehenden Interaktionen, die Hinweise auf vollzogene Beziehungsprozesse geben. Um eine Sequenzierung der sozialen Prozesse zu ermöglichen, sind die von der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996; Flick, 1996; zit. aus Brüsemeister, 2008; S. 85) entwickelten W-Fragen leitend: „Wer?, Wann?, Wo?, Was?, Wie?, Wie viel? Warum?“ Da die Beobachtungsnotizen nur einen Zwischenschritt zwischen Erhebung und Analyse darstellen, werden sie nach dem Grundsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ konzis, zusammengefasst. Diese Entscheidung führt zum Verzicht auf Vollständigkeit, was gerechtfertigt ist, da der Untersuchung präzise Fragestellungen vorliegen und die grosse Materialfülle diesbezüglich viel irrelevantes, nicht weiter Verwendbares enthält.

Die Auswertung der einzelnen Szenen erfolgt durch das Rating auf der Beziehungsachse des OPD-KJ (2007). Im vorliegenden Kapitel wird die Entwicklung und der theoretische Aufbau des Modells in der Tradition zirkumplexer Modelle beschrieben, die von dem Arbeitskreis OPD-KJ vorgenommenen Modifikationen erläutert und die Modulstandardisierung vorgenommen.

5.3.1 Die OPD-KJ in der Tradition zirkumplexer Modelle

Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, 1974) nach Lorna Smith Benjamin wird in einem Vergleich von verschiedenen zirkumplex Modellen interpersonellen Verhaltens bereits 1982 von Wiggins als „the most detailed, clinically rich, ambitious, and conceptually demanding of all contemporary models“ (zit. nach Davies-Osterkamp, 1993, S. 5) bezeichnet und gilt gemäss Schauenburg & Cierpka (1994) noch heute als das am besten erforschte und am häufigsten angewendete Verfahren zur Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. Für die Entwicklung ihres Modells bezieht sich Benjamin in ihren persönlichkeitspsychologischen Grundlagen vor allem auf Murry (1938), Sullivan (1953), Leary (1955; 1957) und Schaefer (1965).

Die Idee aller Kreismodelle geht auf Leary und seine Mitarbeiter (1957) zurück, die als erste sahen, dass sich interpersonelles Verhalten innerhalb eines Kreismodells systematisieren lässt. Mit umfangreichem empirischem Material aus gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen und unter Einbezug von Sullivans interpersoneller Theorie reduzierten sie Murrays sekundäre menschliche Bedürfnisse auf einen kleinen Satz von Kategorien, die sich zirkulär anordnen lassen. Kreismodelle können interpersonelle Transaktionen abbilden und dabei gleichzeitig die persönlichkeitspsychologischen Grundlagen dieser Transaktionen berücksichtigen. Auf einer Kreisfläche wird das interpersonelle Verhalten eingeschätzt, das durch die beiden unabhängigen (orthogonalen) und bipolaren Achsen der Interdependenz (Kontrolle – Unterwerfung) und Affiliation (Liebe – Hass) bestimmt ist.

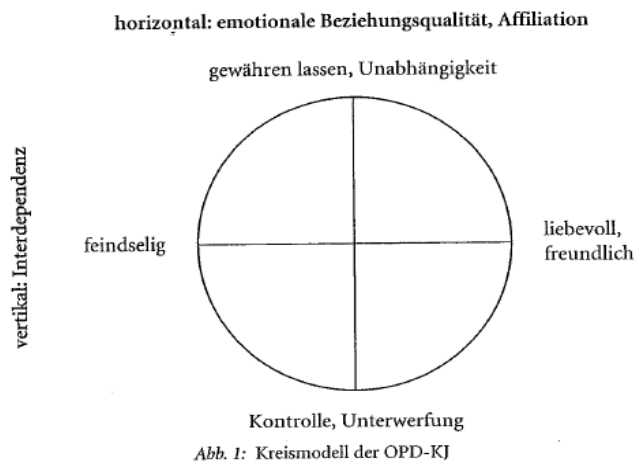


Abbildung 1: Kreismodell der OPD-KJ²

Ein Individuum kann innerhalb solcher Kreismodelle grundsätzlich durch zwei Parameter beschrieben werden: (a) durch das spezifische Segment des Kreises, in dem sich z.B. das bevorzugte Verhalten befindet und (b) durch die Intensität oder auch das Ausmass der Pathologie des Verhaltens innerhalb eines Segmentes. Dadurch werden kategoriale, dimensionale oder typologische Betrachtungsweisen möglich (Tress, 1993, S. 7; Schauenburg & Cierpka, 1994). Das Kreismodell von Leary und Mitarbeitern wurde anschliessend in verschiedenen Arbeitsgruppen weiterentwickelt (Tress 1993, S. 5). Benjamin realisierte 1974 im Modell der SASB insbesondere zwei wesentliche Änderungen. Sie ordnet alle zwischenmenschlichen Verhaltensweisen drei (Fokus-)Ebenen der Bezogenheit zu: transitiv (aktiv), intransitiv (reaktiv) und intrapsychisch (introjektiv bzw. ich im Umgang mit mir selber). Durch die Einbindung der unterschiedlichen Foki ist ihr Modell erstens weitaus differenzierter als einfache Kreismodelle (z.B. Leary- und Schaefer-Modell). So kann anhand unterschiedlicher Fokussierungen (Perspektiven des Akteurs) der jeweilige kommunikative Akt unterschieden werden, was der hohen Komplexität von Kommunikation und Erleben gerechter wird. Die Unterscheidung kommunikativer Gerichtetheit vermeidet die Konfundierung der aktiven mit der reaktiven Dimension menschlicher Kommunikation und bildet die relevanten Unterschiede auch tatsächlich ab. Dadurch können die differenzierten transaktionalen Konzepte der Komplementarität, der negativen Komplementarität, der Antithese und der Komplexität ausformuliert werden (vgl. Anhang 2). Zweitens bewerten Tress und Bonde (1993, S. 8; 2005, S. 26) die Integration der dritten Ebene als gelungen, weil sie die Verbindung von interpersonellen und psychoanalytischer Theoreme für die

² Weber & von Klitzing, 2004, S. 97

psychotherapeutische Diagnostik möglich macht. Mit dem Kreismodell kann eine deskriptive Beschreibung (ICD-10 & DSM-IV) durch eine Individualdiagnose ergänzt werden, die die Symptomatologie, die alltagsweltliche und intrapsychischen Defizite und Konflikte des Patienten festhält und relevante Geschehnisse in der Therapie wie auch die therapeutischen Resultate in Konzept und Terminologie aufeinander bezieht.

5.3.2 Die Beziehungssachse der OPD-KJ

Die Modelstruktur des OPD-KJ (2007) unterscheidet sich hauptsächlich durch die triadische Sichtweise im Unterschied zur Dyadischen des SASB, weil bei Kindern vor allem zusätzliche Informationen zum gesamten Beziehungssystem (z.B. Kind-Mutter-Vater-System) relevant sind. Im Rahmen dieser Untersuchung kann jedoch auf diesen Aspekt nicht weiter eingegangen werden. Inhaltlich wurden die einzelnen Items bezogen auf entwicklungspsychologische Aspekte und auf die Untersuchungssituation mit Kindern- und Jugendlichen modifiziert. Die Ausprägungen auf der Affektdimension bewegen sich zwischen *aggressiv-feindselig/wütend im Kontakt* bis zu *liebvoll behandelnd/freudig im Kontakt*. Die Autonomiedimension spannt die beiden Pole *gewähren-lassen/eigenen Handlungsimpulsen folgend* zu *bestimmend kontrollierend/fremden Handlungsimpulsen sich fügend*.

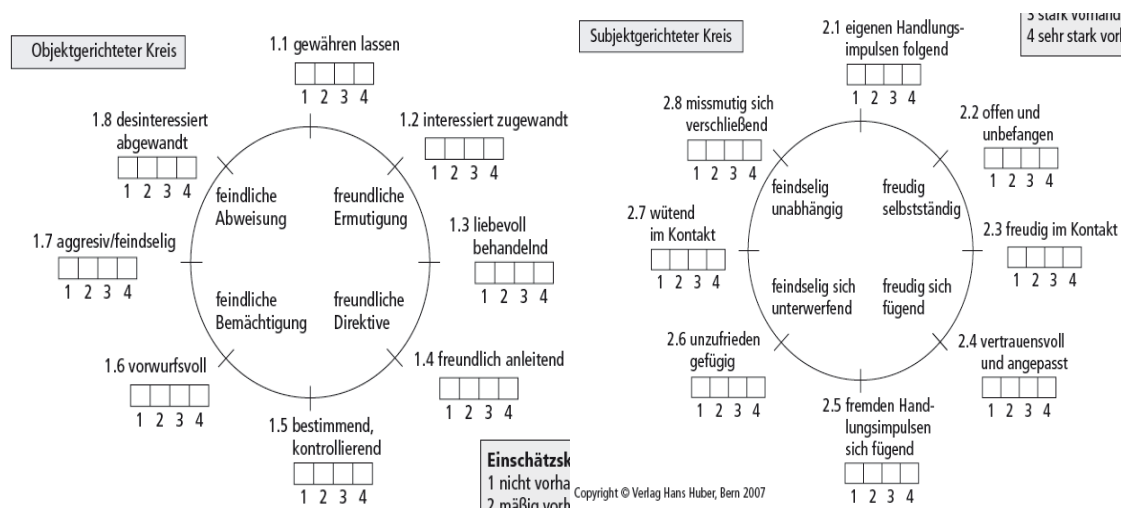


Abbildung 2: Achse „Beziehung“ Objekt- und Subjektgerichteter Kreis

Die vom Arbeitskreis OPD-KJ (2007) entwickelten Items wurden im Werkstattbericht von Weber & von Klitzing (2004; vgl. auch Manual OPD-KJ, 2007) ausführlich beschrieben, weshalb an dieser Stelle aus Platzgründen auf eine Darstellung verzichtet wird. Im Unterschied zu Erwachsenen erzählen Kinder selten über ihre Beziehungsprobleme. Viel mehr neigen sie dazu, diese unmittelbar handelnd in die Beziehung zum Therapeuten einzubringen. Bei der Erfassung des Beziehungsverhaltens wird deshalb weniger auf konkret Gesag-

tes als vielmehr auf typische Beziehungsepisoden geachtet (Aktion und Reaktion zwischen Subjekt und Objekt). Ausserdem wird bei der Kodierung des Beziehungsverhaltens nicht nur das dysfunktionale, sondern auch das positive Beziehungsverhalten, im Sinne von Ressourcen, beurteilt (S. 22, 46/53). Als Bezugs- und Vergleichsgrösse bei der Einschätzung des Beziehungsverhaltens von Kindern dient eine fiktive, geschlechts- und störungsunabhängige Altersnorm. Die Orientierung erfolgt an einem durchschnittlichen zu erwarteten Verhalten (Arbeitsgruppe OPD-KJ, 2007; Weber & von Klitzing, 2004).

Mit einer Interrater-Reliabilitätsprüfung (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 71-73) wurde die Beziehungssachse bereits einer systematischen, empirischen Überprüfung unterzogen. Dabei führten die Skalen auf der horizontalen Achse der Affiliation zu höheren Beurteilerübereinstimmung als die Skalen auf der senkrechten Achse der Interdependenz. Die Autoren interpretieren diese Resultate, indem sie annehmen, dass die klinische Beurteilung klarer Affekte (z.B. Aggression) einfacher zu beurteilen ist als die affektfrei konzeptualisierten Items (z.B. freundlich zugewandt sein). Ein weiterer Grund sehen sie darin, dass Kliniker geschult sind, abweichendes Verhalten einzuschätzen. Aufgrund dieser Resultate und Erkenntnisse wurde insbesondere die vertikale Ebene der Interdependenz in der 2. Auflage des OPD-KJ (2007) überarbeitet, indem die Items beobachtungsnaher und weniger anfällig für subjektive Interpretation formuliert wurden.

Die Interaktion mit Patienten löst bei den Therapeuten und Ratern eine Resonanz aus, welche wertvolle Informationen über beziehungsrelevante Themen liefert. Auch sie kann mit der Ebene *Resonanz des Untersucher* zugleich aus einem objekt- und subjektgerichteten Blickwinkel erfasst werden. Projektive Untersuchungsverfahren bieten eine weitere Grundlage, die zur Beurteilung der Erlebnisweisen und Reaktionen herangezogen werden können, was auch in dieser Studie gemacht wird (vgl. Anhang 3; Arbeitskreis OPD-KJ, 2007, S. 52). Folgende Tabelle zeigt, welche Beziehungskonstellationen mittels welcher Ebenen erfasst wurden:

Stichprobe: Therapiestunden	Verhaltensstichproben: Ausgewählte Szenen	Rating Beziehungssachse auf den Einschätzungsebenen A,B,C		Anzahl geratete Interaktions- muster
Therapiestunden: 1, 2, 19, 20, 36, 37	1) Kind steht im Mittelpunkt	A) Dyade	Kind-Therapeut Therapeut-Kind	2 je Stunde 2 je Stunde
	2) Andere Kinder stehen im Mittel-		Kind-Therapeutin Therapeutin-Kind (Nur Szene 6) ³	1 pro Szene 1 pro Szene

	punkt		Gruppe-Kind Kind-Gruppe	2 je Stunde 2 je Stunde
		B) Resonanz (nur Objektbezüglicher Kreis)	Raterinnen-Kind	2 je Stunde
		C) Selbstbezüglicher Kreis	Kind	2 je Stunde
Aus der Krankengeschichte	Projektive Verfahren: Wartegg-Zeichen-Test, Baum	C) Selbstbezüglicher Kreis	Kind	1

Tabelle 4: Modulstandardisierung

Zur Reduktion der Komplexität und aus Gründen der Praktikabilität werden die einzelnen Gruppenmitglieder als Gruppe betrachtet (Gruppengeschehen, Gruppendynamik). Verhält sich der Junge zum Beispiel zu einem Kind *interessiert-zugewandt* und zu einem anderen *desinteressiert-abgewandt*, werden beide, wenn auch mit divergierenden Verhaltensweisen, mit entsprechendem Vermerk auf dem gleichen Bogen erfasst. So können die Peer-to-Peer Beziehungen bei starken Abweichungen trotzdem differenziert werden und gleichzeitig wird das gesamte Spektrum des Interaktionsstils, im Sinne der „zusammengesetzten“ Verhaltens und Gefühlsweisen ersichtlich. Damit auf der Ebene der Einschätzung diese ambivalenten Beziehungsanteile auch gemessen werden können, erfolgt die Beurteilung für jede typische Beziehungsebene im Kreis (vgl. Abbildung 2) auf einer vierstufigen Skala: 1=nicht vorhanden, 2=mässig vorhanden, 3=stark vorhanden, 4=sehr stark vorhanden. Für die Befunderhebung gelten die allgemeinen Regeln des OPD-KJ (2007, S. 29-31, S. 50-71). Die Szenen wurden von der Autorin und der Referentin (Raterin mit OPD-Rating-Zertifikat) eingeschätzt und jeweils der Mittelwert der einzelnen Items eruiert.

Im Anschluss an das Rating wurde die Krankheitsgeschichte untersucht. Die Analyse des Materials bietet die Möglichkeit die gewonnenen Ergebnisse auf dem Hintergrund der biographischen Informationen und der therapeutischen Überlegungen zu lesen, was die analytische Trennung teilweise aufhebt und zumindest die therapeutischen Funktionsbereiche zusammenführt und somit eine erweiterte Betrachtung ermöglicht (Mayring, 2002, S. 33). In der Krankengeschichte wurden projektive Verfahren gefunden, die aus der Zeit der ersten Diagnostik stammen. Der Wartegg-Zeichen-Test und der Baum-Test wurden von der Autorin ausgewertet und der *Selbstbezügliche Kreis* aufgrund der Ergebnisse geratet. Diese zusätzlichen Informationen geben Auskunft über das intrapsychische Erleben des Kindes zum Zeitpunkt vor der Therapie.

³ Die Therapeutin scheint aufgrund der Beobachtungen für Franc keine so wichtige Rolle zu spielen. Oft konnten die Items nicht eingeschätzt werden, weil zwischen ihnen zu wenig Interaktion stattfand.

5.4 Datenauswertung

Für die Auswertung der Ergebnisse wurde eine Matrize entwickelt, in der sich die quantitativ erhobenen Daten durch qualitative Beschreibung in verdichteter Form darstellen lassen. Wie Abbildung 5 zeigt, können in der Matrize die auf den Kreismodellen erfassten Verhaltens- und Reaktionsweisen der Interaktionspartner nebeneinander dargestellt werden.

Objektgerichteter Kreis (A)	
<p>Franc zu Therapeut und Gruppe Franc verhält sich zum Therapeuten immer wieder so, dass er... Er kommuniziert...</p> <p><i>z.B. Das Kind verhält sich gegenüber dem Therapeuten offen und interessiert.</i></p>	<p>Therapeut und Gruppe zu Franc Das „Therapeuten-Paar“ / die Gruppe verhalten sich gegenüber Franc auf eine bestimmte Weise. Beschreibt wie sie auf Franc Einfluss nehmen.</p> <p><i>z.B. Der Therapeut verhält sich dem Kind gegenüber freundlich, bestimmend.</i></p> <hr/> <p>Resonanz der RaterInnen (B) <i>In der Raterin entsteht ein positives Gefühl für Kind.</i></p>
Subjektgerichteter Kreis	
<p>Franc zu Therapeuten und Gruppe Beschreibt wie der Patient auf das „Therapeuten-Paar“ reagiert oder macht Aussagen über seine Befindlichkeit.</p> <p><i>z.B. Das Kind fügt sich den Impulsen des Therapeuten. Es lächelt und hat Freude am Kontakt.</i></p> <p><i>z.B. Das Kind beachtet die Gruppe kaum, es scheint gelangweilt.</i></p>	<p>Therapeut und Gruppe zu Franc Beschreibt die Reaktion auf Franc oder macht Aussagen über die Befindlichkeit der Therapeuten resp. der Gruppe.</p> <p><i>z.B. Der Therapeut freut sich über den Kontakt mit dem Kind, übernimmt aber selber die Führung.</i></p> <p><i>z.B. Die Gruppe wirkt gelangweilt und beachtet das Kind nicht.</i></p>
Selbstbezoglicher Kreis (C): <i>Von den Raterinnen eingeschätzte intrapsychische Situation des Kindes</i>	

Tabelle 5: Matrize zur Ergebnisauswertung

Um die subjektive Einschätzung von Daten transparent zu machen, werden die *Resonanz der Raterinnen* und die Einschätzung des *Selbstbezüglichen Kreises* jeweils kursiv dargestellt. Die Kinder werden mit Kürzel benannt, welche sich aus dem Geschlecht (M für Mädchen/J für Junge) und einer Nummer zusammensetzt. Schliesslich wurde das Zusammenspiel der Interaktionen auf den verschiedenen Ebenen für jede Szene aus der Perspektive Francs zusammengefasst (A, B, C, Objekt-Subjektgerichtete Kreise, Items und der verschiedenen Interaktionspartner).

Zum Zweck der Formulierung beziehungsdynamischer Zusammenhänge entwickelten Grande, Rudolf & Jakobsen (2004) ein Schema, um die mit dem OPD für Erwachsene (Arbeitskreis OPD, 1998) erhobenen Daten zu übertragen. Zur Rekonstruktion typischer Beziehungskonstellationen im untersuchten Einzelfall wurde der von Grande et al. (2004) entwickelte maladaptive Zirkel verwendet, der die prägnante Erfassung des interpersonellen Geschehens aus der Erlebnisperspektive Francs ermöglicht (vgl. Kap. 6.5). Die Autoren gehen davon aus, dass sich durch die konzentrierte Darstellung eines zentralen Aspektes der Schwierigkeiten von Patienten wirksame dynamische Prozesse nachzeichnen lassen.

Diese weisen in die Richtung, in der Veränderungen zu erwarten beziehungsweise wünschenswert sind und geben gleichzeitig Hinweise für die Suche nach geeigneten Interventionen, was einen besonders fruchtbaren Ansatzpunkt für die therapeutische Praxis darstellt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben exemplarischen Charakter und müssen kontextgebunden interpretiert werden. In diesem Sinne erhebt die Studie nicht den Anspruch auf Repräsentativität der Erkenntnisse.

6 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in vier Etappen. Im Kapitel 6.1 wird die Auswertung der einzelnen Therapiestunden erläutert, beispielhaft dargestellt und zusammenfassend kommentiert. Im Kapitel 6.2 erfolgt die Analyse der Entwicklung und Veränderung der Beziehungen über den gesamten Therapieprozess. Kapitel 6.3 präsentiert die Auswertung der projektiven Verfahren auf dem *Selbstbezüglichen Kreis* und vergleicht sie mit der Auswertung basierend auf den Verhaltensbeobachtungen. Dann werden in Kapitel 6.4 Analysebefunde aus der Krankengeschichte den Ergebnissen aus der Videoanalyse gegenüber gestellt. Abschliessend wird in Kapitel 6.5 Francs maladaptives Muster formuliert. Im Sinne einer Fallzusammenschau erlaubt die Tabelle 6 die Gesamtanlage der Untersuchung zu überblicken.

Therapie-stunde	Szene	Beobachtungs-zeitraum in Minuteneinheiten	Phase	Franc im Mittelpunkt	Anderer im Mittelpunkt	Francs Rolle im Spiel (3. Phase)	Hauptthemen der Stunde
1.	1	17-19	1	x		Rote Zora	Regeln & Strukturen kennenlernen & etablieren. Vertrauensbasis schaffen.
	2	40-42	2		x		
2.	3	19-23	2		x	Branko	
	4	32-33	2	x			
19.	5	17. 30-20	2		x	Schiedsrichter	Ruhe, Verletztsein, Gruppendynamik
	6	40-43.30	3	x			
20.	7	8-12	1	x		Untertan von König	Angst vor Nähe, Ausgrenzung, Ausschluss von der Gruppe, Aggression
	8	32-37	2		x		
36.	9	22-26	2		x	007	Wer ist da, wer nicht, Grenzüberschreitung vs. Schutzbedürfnis, Abschiedsvorbereitungen
	10	34.	3	x			
37.	11	55. - 60.			x	Es findet kein psychodramatisches Spiel mehr statt.	Abschiedsparty Abschied von der Gruppe
	12	Über lange Strecken		x			
Krankengeschichte	Aufbereitung der Daten				Auswertung		Analyse
	Sichtung, Strukturierung und Auswertung						Vergleich: Ergebnisse aus der VB mit Daten aus der KG
	Auswertung der projektiven Verfahren: Baum-Test und Wartegg-Zeichen-Test				Rating im Selbstgerichteten Kreis		Vergleich der Selbstgerichteten Kreise

Tabelle 6: Fallzusammenschau

6.1 Analyse der Ergebnisse der einzelnen Therapiesequenzen

Aufgrund des Umfangs dieser Darstellung und zu Gunsten der Lesbarkeit wird an dieser Stelle auf die Präsentation der gesamten Auswertung verzichtet und bloss beispielhaft die erste Stunde dargestellt. Im Anhang 4 findet sich die Auswertung aller weiteren Therapiestunden.

Erste Therapiestunde

Die Türe geht auf und Franc kommt als Zweiter mit den anderen Jungen ins Zimmer. Es fällt auf, dass Franc das grösste aller Kinder ist. Die Kinder setzen sich in einen Kreis auf die von den Therapeuten vorbereiteten Kissen. Zu Beginn fehlt J1, welcher erst nach einer halben Stunde dazu stösst. Der Therapeut übernimmt die Führung, begrüsst die Kinder, erklärt das Begrüssungsritual und die Regeln der Gruppentherapie. Seine Ausführungen sind kurz und klar gehalten. Es scheint das Ziel der Therapeuten zu sein, die Regeln und die Struktur des Ablaufs möglichst präzise, verständlich und in der vorgegebenen Zeit zu implementieren. Die Therapeutin nimmt eher eine beobachtende Rolle ein, sie unterstützt und bestätigt die Aussagen des Therapeuten und greift ergänzend ein. Franc beteiligt sich von Anfang an aktiv am Gruppenprozess, wobei sich sein Hauptinteresse auf den Therapeuten richtet. Er scheint aufmerksam und interessiert zu sein. Zwei Mädchen (M1, M2), insbesondere M1, stellen Fragen und beteiligen sich aktiv und rege an der Diskussion. Im Allgemeinen verhalten sich die Kinder eher noch zurückhaltend, relativ ruhig und konzentriert. In der zweiten Phase dürfen die Kinder Spielvorschläge einbringen. Franc bringt zwei von insgesamt sechs Vorschlägen ein. Die Gruppe entscheidet sich für den Vorschlag von M2, die rote Zora zu spielen. Franc meldet sich für die Rolle der roten Zora. Die Spielszene wird aufgebaut und der Anfang der Geschichte einstudiert. Aus Zeitgründen kommt es jedoch nicht mehr zum eigentlichen Spiel. Das Videoband umfasst nur 60 Minuten, so dass der Abschluss der ersten Stunde nicht mehr aufgezeichnet wurde.

Szene 1: Franc steht im Mittelpunkt

Der Therapeut erklärt die Regeln der Gruppentherapie. Während er begründet, warum die Kinder keine persönlichen Dinge oder Freunde mit in die Sitzungen nehmen dürfen, meldet sich Franc mit Handheben. Er wird vom Therapeuten aufgefordert, sein Votum vorzubringen. Franc spricht bereits die nächste Regel an: „Zusammen abmachen während der Gruppe dürfen wir auch nicht“. Das „Therapeuten-Paar“ bestätigt seine Aussage und der Therapeut konstatiert, dass Franc schon gut über die Bedingungen Bescheid wisse. Es entsteht eine Diskussion über diese Regel, die insbesondere für M1 und M3 unverständlich ist.

Die Therapeutin versucht die Begründung der Regel in anderen Worten zu explizieren. Dann erläutert sie eine weitere Regel, gemäss der alle immer in die Therapie kommen müssen, ausser während den Schulferien und wenn die Kinder im Skilager sind. Franc meldet sich erneut mit Handheben und ergänzt: „und wenn man krank ist“. Der Therapeut bestätigt dieses Mal seine Präzisierung.

Objektgerichteter Kreis	
<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc verhält sich dem Therapeuten gegenüber zugewandt und offen. Er nimmt wahr, wie dieser freundlich, aber bestimmt die Regeln erklärt. Obwohl der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf die ganze Gruppe fokussiert, fühlt sich Franc persönlich angesprochen. Er sieht sich dadurch ermutigt eigenes Denken und Wissen in die Runde einzubringen.</p> <p>Bewegt sich im Quadrant freundliche-Ermutigung.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Der Therapeut strukturiert und übernimmt klar die Führung, schafft aber doch eine Atmosphäre, die eine Beteiligung der Gruppenmitglieder zulässt.</p> <p>Resonanz der RaterInnen</p> <p><i>Francs Aussagen lassen vermuten, dass ihn seine Eltern gemäss dem vom „Therapeuten-Paar“ versandten Elternbrief genau über die Bedingungen der Gruppentherapie aufklärten und mit ihm über die Therapie sprachen. In der Resonanz weckt dies ein angenehmes Gefühl für das Kind. Es scheint informiert, offen und interessiert und kann sich gut der vom Therapeuten stark strukturierten Situation unterordnen.</i></p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Franc verhält sich den Gruppenmitglieder gegenüber interessiert und zugewandt. Er lässt sich aufmerksam auf den Gruppenprozess ein.</p>	<p>Gruppe zu Franc</p> <p>Am stärksten ist die Ausprägung bei Item 1.1 gewähren lassen: Die Kinder lassen Franc Freiraum. Einige scheinen ihn aber auch nicht besonders zu beachten.</p>
Subjektgerichteter Kreis	
<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc verhält sich vertrauensvoll-angepasst, er fügt sich den Anforderungen der Therapeuten.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Starke Ausprägung bei offen-unbefangen. Der Therapeut freut sich über Francs aktive Beteiligung am Gruppenprozess und gibt ihm Raum für seine Voten. Er wendet sich ihm interessiert zu und unterstützt ihn.</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Franc hört auch den anderen Kindern zu.</p>	<p>Gruppe zu Franc</p> <p>Eine leichte Ausprägung im Bereich von freudig selbständig bis freudig sich fügend. Die Kinder orientieren sich vorwiegend am „Therapeuten-Paar“. Die Gruppe gibt Franc Raum. Einige Kinder reagieren gar nicht auf Franc, andere hören ihm aufmerksam zu.</p>
Selbstbezüglicher Kreis: <i>Franc scheint zufrieden, sorglos, muss aber auch für sich selber sorgen.</i>	

Tabelle 7: Szene 1 – Franc steht im Mittelpunkt

Die Interaktion aller Beteiligten bewegt sich vornehmlich in den Bereichen *interessiert-zugewandt und gewähren-lassen* mit hauptsächlich komplementären Kommunikationseinheiten. Aus der Beobachtung erscheint Franc als aufmerksamer und interessierter Zuhörer, der sich gerne selbständig und konstruktiv am Gruppenprozess beteiligen möchte. Seine Aufmerksamkeit richtet sich allerdings hauptsächlich auf den Therapeuten. Franc erlebt, dass sich der Therapeut ihm zuwendet und ihm zuhört und sich für seine Wortmeldungen interessiert. Dadurch fühlt sich Franc positiv bestärkt und kann sich den Wünschen des Therapeuten fügen. In der Art, wie sich das Kind mitteilt, zeigt es, dass es sich vom Therapeuten Beachtung und Bestätigung wünscht. Die Gruppe lässt Franc Freiraum. Einige Mitglie-

der scheinen durch Francs Beteiligung motiviert, selber eigene Bedenken und Anregungen in die Gruppe einzubringen. Andere reagieren kaum auf Franc. Franc reagiert mehr auf aktive Mitglieder, als auf zurückhaltend-unbeteiligte.

Szene 2: Andere stehen im Mittelpunkt

Nachdem sich die Gruppe auf die Spielidee „rote Zora“ geeinigt hat, wird M3 vom Therapeuten aufgefordert, die Geschichte nochmals genau zu erzählen, damit sie dann von der Gruppe gespielt werden kann. Es folgt eine längere Erzählung von M2. Das „Therapeuten-Paar“ fokussiert seine Aufmerksamkeit auf M1. Franc hört anfangs interessiert zu, hat dann aber zusehends Mühe, seine Konzentration zu halten. Seine Aufmerksamkeit nimmt ab, er legt sich auf sein Sitzkissen, worauf der Therapeut ihn auffordert, sich wieder richtig hinzusetzen. Franc folgt der Aufforderung und gibt sich sichtlich Mühe, das Geschehen weiterhin zu verfolgen.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc lässt den Therapeuten gewähren. Er erlebt, wie der Therapeut sein Interesse und seine Aufmerksamkeit auf eine andere Patientin richtet. Sein Interesse und seine Aufmerksamkeit lassen nach und er wendet sich ab.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Der Therapeut will unabhängig von Francs Interessen (Impulsen) M2 zuhören. Er zeigt dem Kind freundlich, aber deutlich, dass auch es am Geschehen teilnehmen soll („setz dich wieder richtig hin“). Er zeigt ihm damit, dass es ihm nicht gleichgültig ist, was das Kind macht.</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Franc erlebt, wie sich die Gruppe M2 zuwendet. Eigentlich ist er auch am Gruppengeschehen interessiert, hat aber Mühe so lange zuzuhören, ohne sich selber beteiligen zu können, weshalb seine Aufmerksamkeit nachlässt.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen</p> <p><i>Francs Unruhe erzeugt eine gewisse Spannung im Raum: „hoffentlich können die Kinder die Ruhe und Aufmerksamkeit halten“. Franc wird Freiraum gewährt, ihm werden dann aber auch Grenzen gesetzt.</i></p> <p>Gruppe zu Franc</p> <p>Franc erlebt, wie sich die Kinder M2 zuwenden und nicht auf ihn reagieren.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc erlebt, dass sich der Therapeut M2 zuwendet. Sein Interesse am Geschehen lässt nach und er zieht sich zurück (legt sich auf ein Kissen).</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Der Therapeut richtet seine Aufmerksamkeit vornehmlich einem anderen Kind zu und handelt, wie er möchte. Freundlich, aber deutlich, zeigt er der Gruppe, dass er M2 zuhören will. Auch Franc gegenüber formuliert er klar, dass er auch von ihm erwartet, dass er zuhört und still ist.</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Franc scheint es Mühe zu bereiten, so lange M2 zuzuhören, ohne sich selber am Gespräch beteiligen zu dürfen. Trotzdem lässt er die Gruppe gewähren und versucht, sich der Situation so gut wie möglich anzupassen. (Er legt sich auf sein Kissen, setzt sich nach der Aufforderung wieder hin.)</p>	<p>Gruppe zu Franc</p> <p>Die Gruppe hört M2 zu und lässt Franc gewähren. M2 verhält sich offen und unbefangen.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Er scheint relativ sorglos für sich sorgend.*

Tabelle 8: Szene 2 – Andere stehen im Mittelpunkt

Es fällt Franc schwer sich zu konzentrieren, wenn die Aufmerksamkeit des „Therapeuten-Paars“ und der Gruppe nicht auf ihn gerichtet ist und er über längere Zeit zuhören muss, ohne sich selber am Geschehen beteiligen zu können. Von aussen ist die innere Unruhe des Patienten spürbar. Es ist schwierig abzuschätzen, wie lange man den Patienten gewähren lassen kann (eher Therapeutin) oder wie rasch eingegriffen werden muss (eher Therapeuten), damit die Ruhe und Konzentration in der Gruppe erhalten bleibt. Franc reagiert positiv auf die Intervention des Therapeuten. Er fühlt sich wahrgenommen und versucht, seinem Begehren zu entsprechen.

6.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Therapiesequenzen

Die Ergebnisse aus den Verhaltensbeobachtungen zeigen Franc als einen lebhaften, aktiven Jungen, der sich mit hohem Engagement am Gruppenprozess beteiligt. Er bewegt sich in ausgeprägtem Masse auf der Autonomieachse, sein Verhalten wird stark durch die zwei Pole der Kontrolle und der Submission bestimmt, wobei er sich kaum submissiv in der Definition von unterwürfig, demütig oder verlegen verhält. Sein Verhalten auf diesem Pol zeigt sich im objektgerichteten Kreis, in dem er sich gleichgültig abwendet oder andere ignoriert. In Bezug zum Subjekt reagiert er spontan, folgt aber unbeirrt eigenen Ideen. Es fällt ihm schwer, sich fremden Handlungsimpulsen zu fügen. Franc hat ein ausgesprochenes Kontrollbedürfnis, er will anführend und bestimmend auf andere einwirken. Dies zeigt sich auch in den Führungsrollen, die er im Spiel mit Vorliebe einnimmt (Rote Zora, 007, Branko). Spürbar ist sein starkes Bedürfnis wahrgenommen, anerkannt und wertgeschätzt zu werden. Entsprechend orientiert er sich an jenen, die ihm am meisten Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegenbringen. Gut sichtbar wird dieses Phänomen in der Beziehung zum Therapeuten. Von Anfang an scheinen die beiden eine besondere Beziehung zu haben. Im Affekt ist Franc ihm zugewandt und neugierig. Der Therapeut gibt ihm Orientierung und Sicherheit, indem er den Gruppenprozess strukturiert und steuert und gleichzeitig eine Atmosphäre schafft, die die Beteiligung Francs zulässt und fördert. Der Therapeut begegnet Franc mit Interesse und Wachsamkeit. Er reagiert ebenso wertschätzend auf seine konstruktiven Ideen und Vorschläge, als auch tolerant bis restriktiv auf sein störendes Verhalten. Dadurch fühlt sich Franc wahrgenommen und es gelingt ihm oft, die Anforderungen zu akzeptieren und sich zu fügen (z.B. ruhig zu sein).

Wenn Franc nicht im Mittelpunkt steht, ist die Gruppe als Ganzes für Franc schwierig auszuhalten, weil er sich die Aufmerksamkeit des „Therapeuten-Paars“ mit den anderen Kindern teilen muss. Entweder muss er zuhören (Szenen 3, 5, 8, 11) und kann sich mit der

Zeit nicht mehr konzentrieren oder er verliert durch die zahlreichen Interaktionen in der Gruppe, besonders in lauten, unüberblickbaren Situationen, die Übersicht und Klarheit (Szenen 5, 9). Steht er im Mittelpunkt, kann er die Kinder mit eigenen Ideen begeistern, zwischen Parteien vermitteln (Schiedsrichter, Abschlussparty), aber auch bestimmend auf die Gruppe Einfluss nehmen (Szenen 4, 7, 10). Er bevorzugt eine klar definierte Rolle, in welcher er führt und sich wenig um die Bedürfnisse anderer kümmern muss. Im Bezug auf die Einzelnen agiert und reagiert Franc mehr auf aktive Mitglieder. J4 wird im Verlauf des Therapieprozesses zu einem „Kumpel“, aber auch zum Konkurrenten. Mit ihm kann er sich messen, sich verbünden, lachen und gemeinsame Pläne aushecken. Eine ähnliche Beziehung hat er zu M3. Sie ist zwar weniger eng als mit J4, dafür scheint Franc M2 ein bisschen zu bewundern. M2 kann sich geschickt artikulieren und die Führung übernehmen, agiert dabei aber weniger impulsiv als er und J4 und hat ebenfalls eine gute Stellung in der Gruppe. J1 und J2 beteiligen sich weniger aktiv und sind insgesamt eher Mitläufer, die Franc allerdings für ihre Zwecke zu manipulieren wissen. Auch zu M3 scheint Franc kaum Nähe aufzubauen, sie ist ihm gegenüber eher zurückhaltend und so für Franc wenig interessant. M1 hingegen, die zum Sündenbock der Gruppe wird, ärgert ihn ausgesprochen. Franc zeigt sich vor allem ihr gegenüber feindselig, aggressiv und reagiert misstrauisch und wütend auf sie. Die Einschätzungen auf den *Selbstbezüglichen Kreisen* zeigen eine starke Ausprägung in den Bereichen *frei und sorglos, sich Genuss verschaffend* und *für sich sorgend*. Das unbesorgte, freie und spontane Verhalten gelingt Franc nicht ohne Anstrengung. Er muss etwas tun, um sich wohl zu fühlen, sei es durch Aktivität, Bewegung oder das Anführen des Spiels. Positiv gezeigte Gefühlsäußerungen sind vor allem zu beobachten, wenn Franc gelobt wird und seine Handlungen bei den anderen Kindern auf Begeisterung stossen. Durch die ausgeprägte Beschäftigung mit sich selber, scheint die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der anderen Kinder tendenziell eher eingeschränkt.

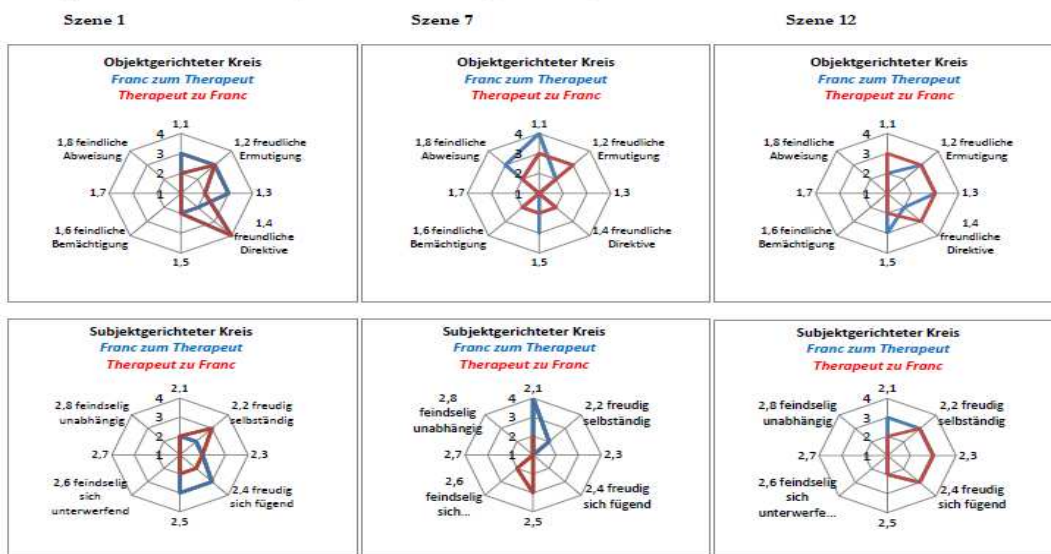
6.1.2 Francs Beziehungsdynamische Eigenschaften

Wenn Franc sich aktiv am Gruppengeschehen beteiligen kann, Aufmerksamkeit und Bestätigung durch den Therapeuten erlebt, scheint er sich zufrieden und frei zu fühlen. Er kann seine Ressourcen ausschöpfen, indem er sich motiviert und produktiv am Gruppengeschehen beteiligt. Durch das Vermitteln und Anführen erfährt er Akzeptanz durch die Gruppenmitglieder. In der Resonanz verspürt man Franc gegenüber Sympathie. Mit seiner Begeisterung kann er andere mitreißen und den Gruppenprozess positiv beeinflussen und ist deshalb auch für das „Therapeuten-Paar“ und die Kinder ein wichtiges Gruppenmitglied.

Wenn andere Kinder im Mittelpunkt stehen, fehlen Franc die Aufmerksamkeit und die Einflussmöglichkeiten. Er hat Mühe, sich auf das Gruppengeschehen einzulassen und sich selber zurück zu nehmen. Sein Bedürfnis, die Dynamik zu kontrollieren nimmt zu, er wird zusehends unruhig und beginnt die Gruppe zu stören. Durch die Zurechtweisungen von Seiten des Therapeuten fühlt er sich wahrgenommen. Er merkt, dass es dem Therapeuten nicht gleichgültig ist, was er macht, und er kann sich mindestens für einen Augenblick wieder den Interessen des Kollektivs zuwenden.

6.2 Analyse der Ergebnisse über den gesamten Therapieverlauf

Im Vergleich: Franc steht im Mittelpunkt in der Beziehung zum Therapeuten



Im Vergleich: Franc steht im Mittelpunkt in der Beziehung zur Gruppe

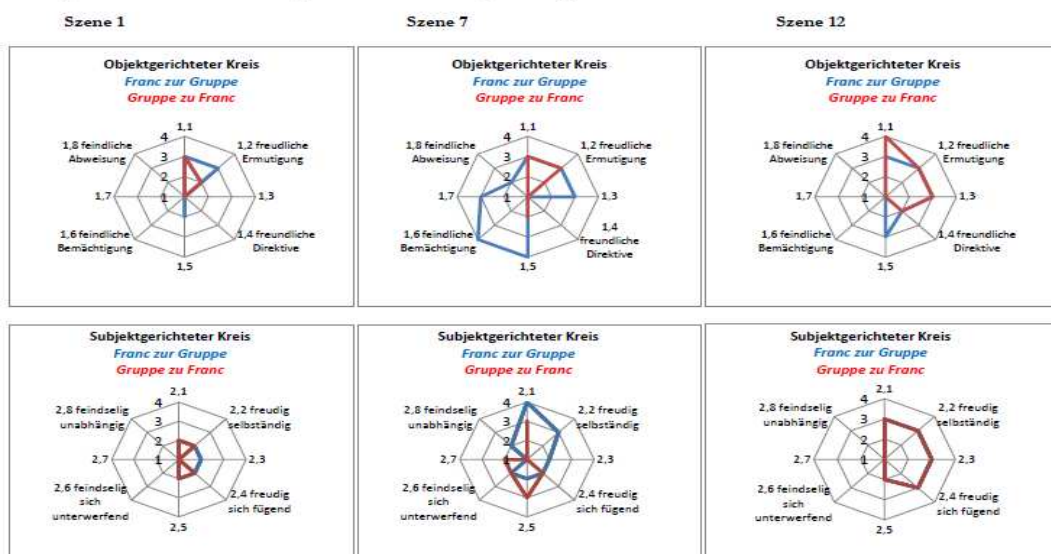
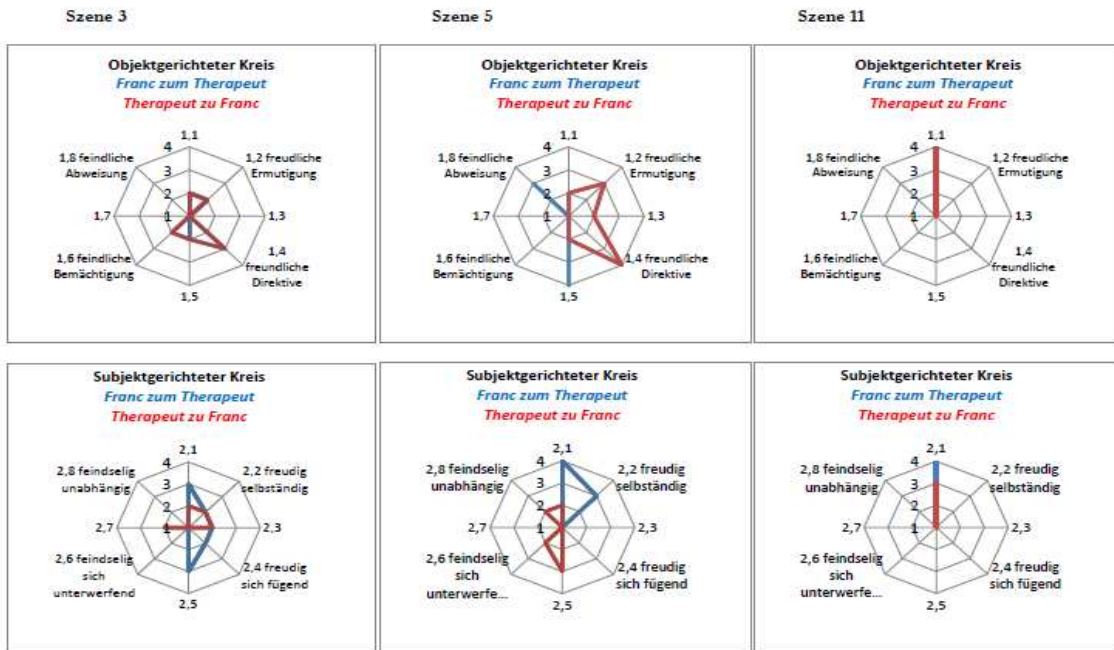


Abbildung 3: Gesamter Therapieverlauf: Franc steht im Mittelpunkt

Zu Beginn der Therapie richtet sich Francs Aufmerksamkeit überwiegend auf den Therapeuten. Dieser strukturiert und führt die Gruppe noch stark und Franc begegnet ihm offen und interessiert und fügt sich seinen Ermutigungen freudig. Innerhalb der Gruppe ist noch wenig Dynamik zu beobachten, es geschieht noch nicht viel, die Kinder verhalten sich zurückhaltend-abwartend. Alle verhalten sich in der Affektdimension auf dem rechten Halbzirkel *freundlich liebevoll*, wobei Franc bei Item 1.3. *liebevoll behandelnd* einen höheren Wert aufweist als die Mehrheit der Gruppe. Nach einem halben Jahr Therapie zeigt sich schon ein viel grösseres Spektrum an Verhaltensweisen. Während Franc die Gruppe mittels freundlicher Ermutigung anführt, bewegt sich sein bevorzugtes Verhalten M1 gegenüber mit maximaler Intensität im Bereich der *feindlichen Bemächtigung*. Die Kinder steigen auf seine Hetze ein und adaptieren sein Verhalten. Ihm scheint es gleichgültig, was die anderen sagen, fühlen oder denken, er scheint Spass zu haben. Das Interesse am Therapeuten hat deutlich abgenommen, er dominiert das Geschehen. Der Therapeut bewegt sich zwischen *freundlicher Ermutigung* und *freundlicher Direktive*, fügt sich dem Geschehen teilweise ungerne und reagiert missmutig. In der Resonanz nervt und ärgert das Verhalten Francs und weckt das Bedürfnis, sein Verhalten zu sanktionieren. Gegen Ende der Therapie zeigt sich wieder ein ähnlicheres Bild wie am Anfang. Im Vergleich zur ersten Stunde verhält sich Franc dem Therapeuten gegenüber stärker auf der Kontroll-Dominanzachse und der Therapeut stärker im Bereich der *freundlichen Ermutigung*, statt wie zu Beginn in der *freundlichen Direktive*. Während sich Franc am Anfang noch deutlich den Wünschen des Therapeuten fügte, folgt er am Schluss eher seinen eigenen Handlungsimpulsen. Während sich die Gruppe Franc gegenüber bevorzugt im Segment der freundlichen Ermutigung bewegt, wirkt Franc stark kontrollierend und dominierend auf die Gruppe ein. Im subjektgerichteten Kreis verhalten sich Franc und die Gruppe komplementär zueinander, *freudig-selbständig*, *freudig sich fügen*.

Im Vergleich: Andere stehen im Mittelpunkt: Franc in der Beziehung zum Therapeuten



Im Vergleich: Andere stehen im Mittelpunkt: Franc in die Beziehung zur Gruppe

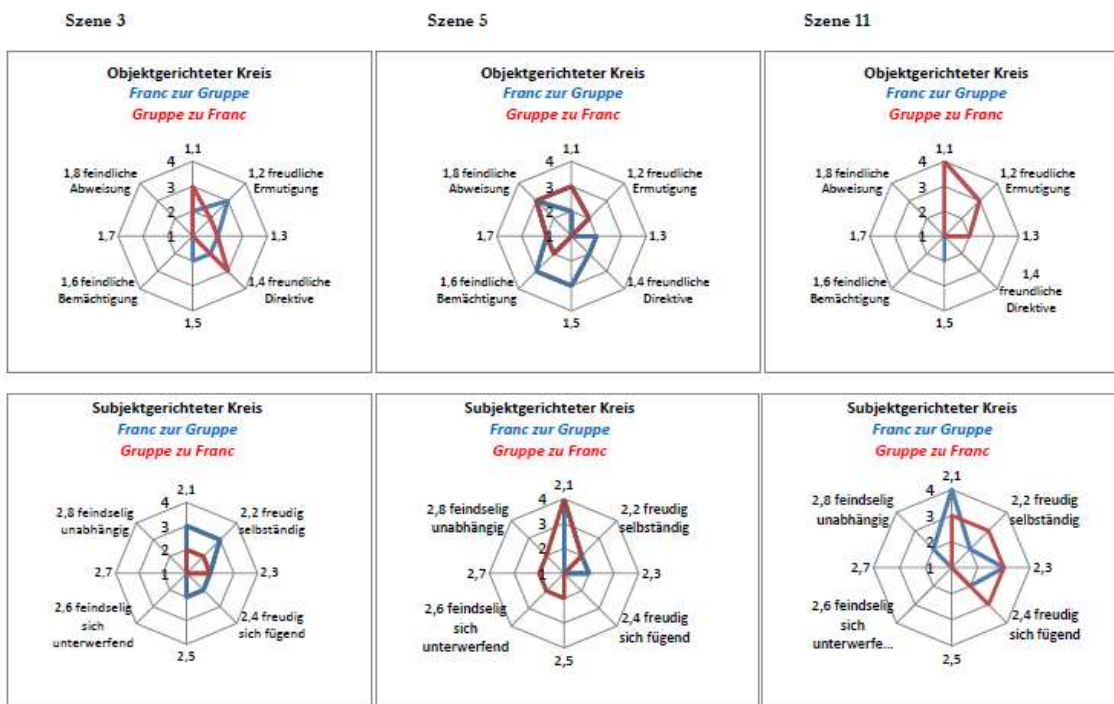


Abbildung 4: Gesamter Therapieverlauf: Andere stehen im Mittelpunkt

Stehen andere Kinder im Mittelpunkt, verschiebt sich das Interesse des Therapeuten auch auf andere Kinder. Trotzdem behält er Franc im Auge und zeigt ihm klar und deutlich, was er von ihm erwartet. Franc bewegt sich stärker auf der Autonomieachse und geht eigenen Impulsen nach, worauf der Therapeut etwas misstrauisch reagiert. Franc versucht stärker auf die Gruppe Einfluss zu nehmen, diese setzt sich aber in der freundlichen Direktive eben-

falls durch. Nach einem halben Jahr kommt es zu Auseinandersetzungen in der Gruppe. Die bevorzugten Verhaltensweisen befinden sich in den Segmenten der feindlichen Abweisung (vorwiegend M1) und der feindlichen Bemächtigung (vorwiegend Franc). Obwohl sich M1 darüber ärgert, richtet Franc sein Verhalten kaum nach ihren Bedürfnissen. Seitens des Therapeuten ist Missmut und Ärger über Francs Verhalten spürbar, trotzdem fügt sich Franc seinen Handlungsimpulsen. Allgemein bewegt sich die Beteiligung des Therapeuten mit der stärksten Ausprägung im Segment der freundlichen Direktive. Indem er, insbesondere in Phase drei, vermehrt auf die bestimmende Strukturierung verzichtet, übergibt der Therapeut die Verantwortung für das Spiel den Kindern. Therapeutische Interventionen in Form von Kommentaren und Bewertungen zielen auf die Bewusstwerdung der Vorgänge in der Gruppe ab. Werden Gruppenregeln verletzt, so greift der Therapeut vehement ein. Gegen Ende der Therapie lassen Franc und der Therapeut sich mehr Freiraum als jemals zuvor. Franc folgt zwar immer noch eigenen Handlungsimpulsen, doch gelingt es ihm, ohne Zurechtweisung des Therapeuten fremde Handlungsabsichten nicht zu durchqueren. In der Beziehung zwischen Franc und der Gruppe kommt es in der 37. Stunde/11. Szene zu einer entscheidenden Veränderung. Im Unterschied zu früher, lassen sich die Kinder nicht mehr von Franc ablenken und dominieren. Sie lassen ihn ohne Zurechtweisung weitestgehend gewähren und ihm gelingt es, den ihm zugesprochenen Freiraum so zu nutzen, dass er die anderen nicht mehr stört.

6.3 Analyse der Selbstbezüglichen Kreise

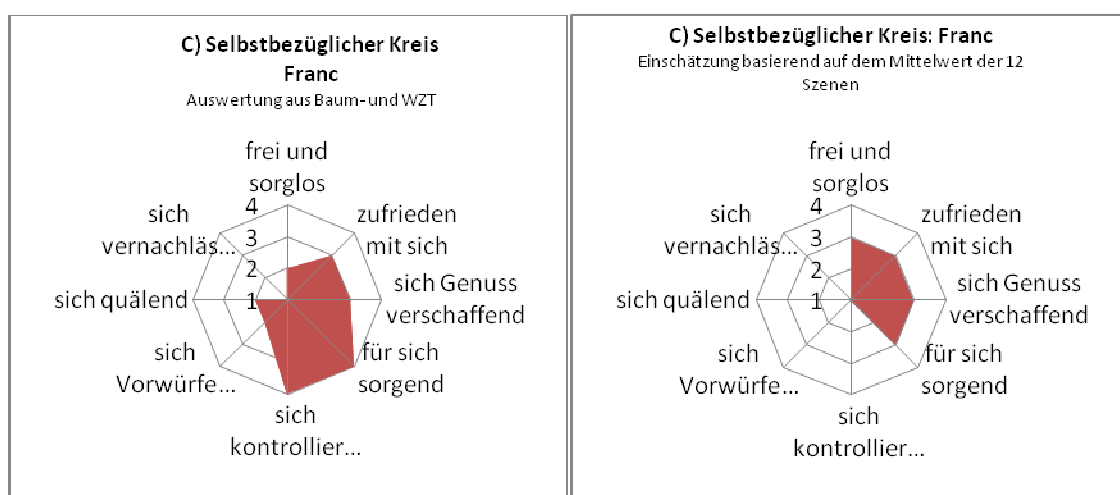


Abbildung 5: Einschätzung des Selbstbezüglichen Kreises

Während bei der Videoanalyse das intrapsychische Erleben aus den Verhaltensbeobachtungen rückgeschlossen werden musste, resultiert die zweite Einschätzung dazu aus der Auswertung projektiver Verfahren (vgl. Anhang 7). Diese Analyseform beruht auf der Annah-

me, dass mittels zeichnerischen Ausdrucks Aussagen über persönlichkeitspezifische Merkmale gemacht werden können, die wiederum Rückschlüsse auf das innerpsychische Befinden erlauben. Die Tests stammen aus der diagnostischen Abklärung, die ein Jahr vor Therapiebeginn stattfand. Es folgt die Deskription und Interpretation der dargestellten Diagramme.

Einschätzung aufgrund der Zeichentests

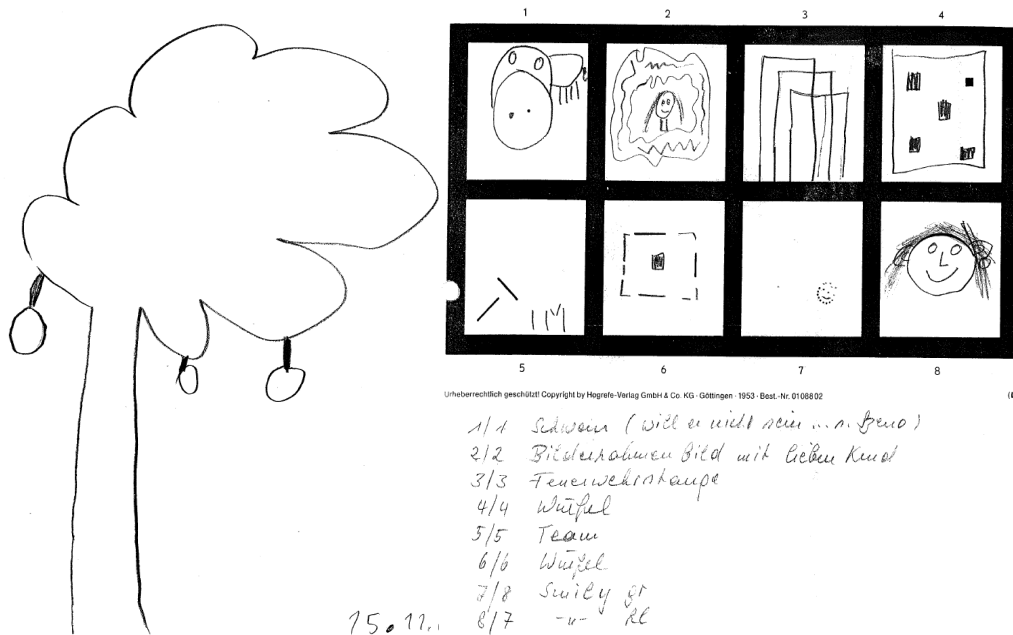


Abbildung 6: Baum-Test und Wartegg-Zeichen-Test

1. frei und sorglos: Das Kind verhält sich zwar offen, spontan und interessiert. Es ist aber auch sensibel und unsicher und mehr nach aussen orientiert als bei sich selber. Die innere Anteilnahme darf als hoch eingeschätzt werden. Daher kann der sorglose Anteil nicht zu hoch beurteilt werden. Indem sich das Kind aktiv verhält, kann es die Gruppendynamik besser kontrollieren. Entsprechend kann bloss eine 2 kodiert werden.

2. zufrieden mit sich: Das Kind verfügt über keine sichere Selbstrepräsentation und ist leicht irritierbar. Die Gesichter im WZT machen jedoch einen neugierigen Eindruck und der Baum trägt Früchte. Es gibt sowohl Anzeichen von Zufriedenheit, aber auch von Schwere und Beklemmung. Wert 3.

3. sich Genuss verschaffend: Kreativität und Begeisterungsfähigkeit sind zwei wichtige Eigenschaften des Kindes. Es verhält sich trotz Unsicherheit und Instabilität vorwärtsgerichtet, ist einsatzfreudig und hat ein breites Erlebnisspektrum. Zudem hat es grosses Interesse an sozialen Kontakten. Es kann sich Genuss verschaffen. Wert 3.

4. für sich sorgend: Das Lebensgefühl des Kindes ist vermutlich nicht so gut, „es fühlt sich nicht so wohl in seiner Haut“. Es fehlt ihm Geborgenheit und Schutz (Nahrung). Es ist durchlässig und muss einiges tun, um sich wohl zu fühlen und sich schützen und abgrenzen zu können. Das Kind hat eine hohe Reizempfänglichkeit, verfügt aber nicht über eine hinreichende Reizverarbeitungsfähigkeit. Entsprechend kann hier ein hoher Wert vergeben werden: 4.

5. sich kontrollierend: Aufgrund der erhobenen Testresultate scheint das Kind intrapsychisch stark kontrolliert. Es zeichnet ein liebes Kind im Bilderrahmen, vermeidet Konflikte, kontrolliert die Aggressivität, definiert sich über das Schwein, welches es nicht sein will und gibt sich selber kaum Platz. Wert 4.

6. sich Vorwürfe machend: Das Kind ist unsicher, empfindsam und verletzlich. Die Meinung anderer ist ihm wichtig. Inwiefern es sich selber Vorwürfe für sein Verhalten oder über Fehlleistungen macht, ist aufgrund der Testresultate schwer abzuschätzen. Wert 2.

7. sich quälend: Bild 1 im Wartegg-Zeichen-Test könnte ein Hinweis auf autoaggressive Tendenzen geben. Des Weiteren gibt es diverse Hinweise auf Befangenheit. Wert 2-3.

8. sich vernachlässigend: Dem Kind ist es wichtig, gegen aussen gut zu wirken. Wie gut es seine Wirkung auf andere einzuschätzen vermag, ist schwer zu sagen. Doch wird es sich körperlich kaum vernachlässigen. Auch wenn es sich teilweise triebhaft und flüchtig verhält, dominiert die Kontrolle gegenüber dem sich Vernachlässigen. Deshalb wird ein tiefer Wert 1 kodiert.

Sichtbar wird vor allem der Mangel an Geborgenheit und das grosse Schutzbedürfnis Francs. Die hohe Sensibilität führt zu Irritabilität, die im Zusammenhang mit dem Bemühen um Stabilität und Sicherheit zu stehen scheint. Vergleichbar mit einem Seismometer, der ständig die äusseren Wellen registriert, erkennt und lokalisieren muss. Seine Unsicherheit und sein Unbehagen kann er gegen Aussen kaum zeigen, was zu einer inneren Befangenheit und Beklemmung führt. Franc verfügt aber über einen grossen Fundus an Ressourcen. Er ist begeisterungsfähig, kreativ und neugierig, er verfügt über eine grosse Erlebnisbereitschaft und zeigt sich aktiv, vorwärtsgewandt und motiviert.

6.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem selbstbezüglichen Kreis

Wie die Abbildung zeigt, gibt es eine Divergenz zwischen der Einschätzung basierend auf den Videoanalysen und den Einschätzungen gemäss den projektiven Verfahren. Am

Stärksten ist der Unterschied bei Item 5. *sich kontrollierend*, bei dem sich aus der videoge- stützten Beobachtung kaum Hinweise finden liessen, erreicht die Einschätzung aufgrund der Testung zusammen mit dem Item 4. *für sich sorgend* eine maximale Ausprägung. Bei den Items 6. *sich Vorwürfe machend* und 7. *sich quälend* wurde ein mittlerer Wert eingeschätzt. Indes wurde bei Item 1. *frei und sorglos* nur Wert 2 statt 3 geratet. Identisch ist die Einschätzung von 2. *zufrieden mit sich* und 3. *sich Genuss verschaffend*. Beim Vergleich der beiden Ein- schätzungen ist Vorsicht geboten, da sich die Datenbasis zeitlich und inhaltlich unterschei- det. Diese Einschränkung berücksichtigend, könnte aus dem Vergleich folgende Hypothese hergeleitet werden:

Durch sein extravertiertes Verhalten in der Gruppe wirkt Franc mehrheitlich selbstzufrie- den und sorglos. Insbesondere in Momenten, in denen er im Mittelpunkt steht, scheint er viel Anerkennung zu erhalten und diese zu geniessen. Hinter seiner geselligen und umtrie- bigen Art verbirgt sich ein sensibler und empfindsamer Junge, dessen verletzliche Seite in der Gruppe kaum zum Vorschein kam. Die Meinung anderer ist ihm wichtig, führt aber zu grosser innerer Bewegtheit, was wiederum den Wunsch nach Abgrenzung auslöst. Seine Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse zu verbalisieren, löst Unruhe aus, die sich in impulsivem Verhalten äussert. Indem er Führerrollen einnimmt, gelingt ihm die Kontrolle der sozialen Interaktion besser, als wenn er eine Nebenrolle (Untertan vom König) spielt. Dieses Phä- nomen könnte als Abwehrmechanismus verstanden werden, das sich in Form eines grossen Kontrollbedürfnisses zeigt. Da seine Verletzlichkeit von aussen kaum wahrgenommen wird, können Mitmenschen nicht darauf eingehen.

6.4 Triangulation der Untersuchungsergebnisse mit den Aussagen aus der Krankengeschichte

Vergleicht man die Resultate mit weiteren Aussagen aus der Krankengeschichte wird fol- gendes deutlich:

Themen	Krankengeschichte	Befund aus den Kreismodellen
Leidensdruck Problematik	<u>vor der Therapie:</u> Geringe Frustrationstoleranz Impulsivität Erhöhter Bewegungsdrang Selbstverletzendes Verhalten Suizidgedanken Schlafschwierigkeiten Kann sich schlecht selbständig beschäfti- gen	<u>während der Therapie:</u> Geringe Frustrationstoleranz Impulsivität (nicht warten können) Erhöhter Bewegungsdrang (Ruhelo- sigkeit) Geringes Selbstvertrauen Reizbarkeit Aufmerksamkeits- und Konzentri- onsschwierigkeiten

<p>Interpersonelle Beziehungen</p>	<p><u>Mutter-Franc:</u> Gemäss Aussagen des Kindes komme es mit der Mutter häufig zu lauten und heftigen Auseinandersetzungen. Die Mutter gibt an, sich gegenüber ihrem Kind zunehmend ohnmächtig zu fühlen, sodass sie in der Konflikteskalation auch schon zugeschlagen habe.</p> <p><u>Vater-Franc:</u> Die Beziehung zum Vater sei heftig und emotional.</p> <p><u>Eltern-Franc:</u> beeinträchtigt durch tabuisierte transgenerationale Belastungen.</p> <p><u>Franc-Kollegen/Freunde:</u> Gemäss Aussagen der Lehrerin habe das Kind wenig Kontakt mit anderen Kindern und werde von den Grösseren oft gehänselt. Sein Problem sei der Umgang mit eigenen und fremden Grenzen.</p>	<p><u>Franc-Therapeutin:</u> Konnte kaum eingeschätzt werden.</p> <p><u>Mit dem Therapeuten</u> Bedürfnis nach Beachtung und Anerkennung, gegenseitige Wertschätzung Vertrauen</p> <p><u>In der Gruppe:</u> Ausgesprochen interessiert und offen Ausgeprägtes Kontrollbedürfnis Bereitschaft zur verbalen Aggression und Ausgrenzung von M1 Gute Position in der Gruppe</p>
<p>Verhalten und Verhaltensänderung während und nach der Therapie</p>	<p><u>Abschluss Bericht des Therapeuten:</u> Hohes Aktivitätsniveau Oft Vermittlerrolle Geringe Frustrationstoleranz, konnte sich aber mit der Zeit besser zurückziehen und seine Vorschläge wurden vermehrt aufgenommen.</p> <p><u>Aussagen der Eltern:</u> Franc kann seine Ideen und Bedürfnisse besser verbalisieren. Die Eltern fühlen sich durch die Probleme des Kindes weniger belastet. Keine Veränderung im Bereich Freundschaften.</p>	<p><u>Aus den Beobachtungen:</u> Hohe Ansprechbarkeit Vermittlerrolle Vorzugsweise Führerrolle</p> <p><u>Veränderung:</u> Kann sich besser zurücknehmen, braucht nicht dauernd Rückmeldungen</p>
<p>Heredität</p>	<p>Psychische Krankheit und Suizid in der Familie</p>	

Tabelle 9: Triangulation der Ergebnisse mit den Aussagen aus der Krankengeschichte

6.5 Der maladaptive Zirkel

In der folgenden Abbildung wird sowohl die Erlebnisperspektive von Franc als auch die der anderen (Therapeut und Gruppe) in zweifacher Weise erfasst. Einmal mit dem Blick auf das Verhalten, das Franc bei sich selber erlebt und dann auf dasjenige, das er bei den anderen wahrnimmt. Parallel wird die Perspektive der anderen erfasst, einmal mit dem Blick auf das Verhalten, das sie bei Franc erleben und einmal mit dem Blick auf die Reaktionen, die sie bei sich selbst als Antwort auf Franc wahrnehmen. Aus der Erlebnisperspektive von Franc verläuft die Abfolge typischerweise von rechts nach links (BZ I: Beziehungsdynamischer Zusammenhang eins).

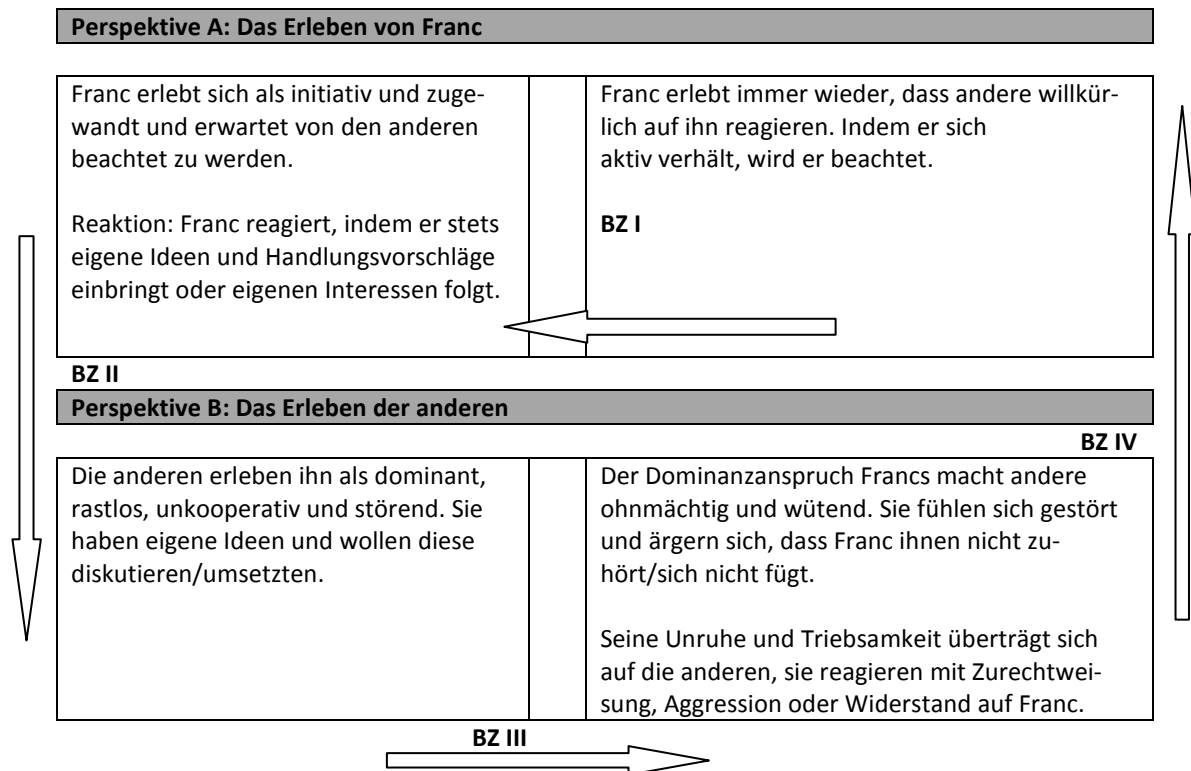


Abbildung 7: Der maladaptive Zirkel

BZ I: Die für Franc willkürlich erscheinenden Reaktionen anderer verunsichern ihn. Die Meinung anderer ist ihm wichtig, er ist auf Bestätigung angewiesen. Indem er sich aktiv verhält, erlebt er sich als selbstwirksam.

BZ II: Durch seine Beschäftigung mit sich selber, kann er kaum auf die Bedürfnisse anderer eingehen. Auf andere wirkt Francs Reaktion egoistisch, sie sehen sein Verhalten als Versuch, seinen alleinigen Machtanspruch durchzusetzen, mit welchem er die Handlungen anderer durchkreuzt. Auch sie wollen sich durchsetzen und Aufmerksamkeit erhalten.

BZ III: Franc macht andere mit seinen Unruhe stiftenden Aktionen wütend und verführt zu trotziger Gegenwehr. Sie schätzen ihre Einflussnahme auf Franc als gering ein, reagieren deshalb verärgert und weichen ihm eher aus.

BZ IV: Die negativen Reaktionen kränken Franc und beeinträchtigen sein Selbstwertgefühl. Trotzdem fühlt er sich wahrgenommen, was ihn in seinem Verhalten bestärkt. Wenn er sich aktiv verhält, bekommt er Zuwendung. Wenn er ruhig ist, wird er ignoriert.

In der Rolle des Aktiven hat er mehr Einflussmöglichkeiten und die Reaktionen der anderen sind für ihn berechenbar. So setzt sich sein dysfunktionaler Umgang mit Unsicherheit (und ev. Angst) fort. Aus dem soeben beschriebenen maladaptiven Zirkel lassen sich weitere Dilemmata ableiten:

- Franc hat ein ausgesprochenes Autonomiebestreben. Erhält er jedoch zu viel Freiraum, so ist er damit überfordert. Er wirkt orientierungslos und beginnt die anderen zu stören.
- Franc erwartet von anderen volle Aufmerksamkeit und Anerkennung, ist aber nicht in der Lage, diese Aufmerksamkeit auch anderen entgegenzubringen respektive die Bedürfnisse anderer zu verstehen. Er agiert deshalb unabhängig von den Anliegen der anderen, was andere ärgert.
- Er kontrolliert seine Gefühle ebenso stark, wie er das äussere Geschehen kontrolliert.

7 Diskussion

Die eben dargestellten Ergebnisse werden auf der Grundlage der vorgängig rezipierten Theorie und unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes besprochen. Die studienleitenden Fragestellungen bilden den Rahmen, innerhalb dessen die als zentral erscheinenden Aspekte diskutiert und neue Hypothesen generiert werden. Daraus abgeleitet werden einige Empfehlungen für die kinderpsychiatrische-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im KJPD St. Gallen und einige Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen der Beziehungssachse als Forschungsinstrument. Abgeschlossen wird die Bachelorarbeit mit einer kritischen Auseinandersetzung mit der Methode.

7.1 Überblick

Die Zielsetzung dieser Arbeit bestand in der Identifikation (mal-)adaptiver Beziehungsmuster sowie deren Veränderung im Therapieverlauf. Die ideographische, fallorientierte und videogestützte Forschungskonzeption erlaubte einen vertieften Einblick in die Beziehungsgestaltung eines ausgewählten Kindes mit dem Therapeuten und seinen Gruppenmitgliedern. Der bei den KJPD St. Gallen behandelte Junge war zu Beginn der Psychodramagruppentherapie 12 Jahre alt. Diagnostiziert wurden ihm zuvor eine ADHS (F90.0) und eine generalisierte Angststörung (F93.8). Sechs aufgezeichnete Therapiestunden wurden nach einer periodisch orientierten Zufallsstichprobe ausgewählt. Aus jeder Therapiestunde wurden jeweils zwei Interaktionssequenzen: „das Kind steht im Mittelpunkt“ und „andere stehen im Mittelpunkt“ ausgesucht und das Beziehungsverhalten mit der Beziehungssachse der OPD-KJ (2007) eingeschätzt. Des Weiteren wurden projektive Verfahren und die Krankengeschichte des Kindes analysiert. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und mit den theoretischen Grundlagen verknüpft.

7.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Ergebnisteil konnten die beobachteten individuellen Verhaltensausrägungen Francs, des Therapeuten und der Gruppe auf den zwei Achsen der Interdependenz und der Affiliation des OPD-KJ-Zirkumplexmodells analysiert werden. In der Diskussion werden nun die charakteristischen Beziehungsqualitäten der verschiedenen Interaktionspartner aus den Itemlisten der Zirkumplexmodelle ausgewählt und ihr Zusammenwirken diskutiert. Beabsichtigt wird, Francs maladaptives Beziehungsmuster zu formulieren.

Beziehungsqualitäten von Franc

Interessiert zugewandt: Franc verhält sich der Gruppe gegenüber aufgeschlossen. Er scheint den Austausch innerhalb der Gruppe als anregend zu empfinden und gestaltet die Stunden aktiv und bestimmend mit. Seine enthusiastische und zugleich dominante Einflussnahme scheint einerseits motiviert durch extravertierte Persönlichkeitseigenschaften und andererseits begründet durch eine hohe Durchlässigkeit, welche durch seine leichte Irritierbarkeit manifest wird. Möglicherweise steht seine Reizbarkeit im Zusammenhang mit seinem sensitiven Erleben. Gemäss ICD-10 (2005) kann Reizbarkeit und Ruhelosigkeit auch als Ausdruck von Angst gesehen werden.

Autonomiebestreben versus Kontrollbedürfnis: Franc ist initiativ und hat viele Ideen, die er in die Gruppe einbringt. Er verhält sich vorzugsweise in einer Fuhrerposition und fügt sich ungerne anderen Handlungsvorschlägen. Unstrukturierte Szenen scheinen ihn rasch zu überfordern, weshalb er sofort versucht, diese zu strukturieren. Wenn er selber bestimmen kann, scheint er mehr Sicherheit zu erleben und kann dadurch den Überblick behalten. Sein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis ist in Verbindung mit seinem Geltungswunsch zu sehen. Besonders dominant verhält er sich, wenn er das Gefühl hat, nicht beachtet zu werden. Von den anderen scheint er eine unmittelbare Reaktion auf seine Vorschläge zu erwarten. Steigen die anderen nicht darauf ein, setzt er sich enttäuscht von ihnen ab und geht eigenen Interessen nach. Er hat Mühe, die Frustration über eine längere Periode auszuhalten. Seine vielen Ideen scheint er nur im Gruppenverbund umsetzen zu können und ist entsprechend auf Bestätigung und Anerkennung angewiesen. Als Folge der Enttäuschung erhöht sich sein Antrieb, der sich in Form von sich Abwenden/Stören oder Aggression äussert. Sein ausgeprägtes Bedürfnis nach Beachtung kann gleichwohl als Stärkung des Selbstwertgefühls angesehen werden, wie auch als Machtanspruch, der nicht zuletzt dazu dient, sich von anderen abzugrenzen. Dies führt zu einer hohen Abhängigkeit von anderen, die in einem Spannungsverhältnis zu seinem Autonomiebestreben steht.

Für sich sorgend: Die ausgesprochene Erlebnisbereitschaft und der hohe Grad der Empfindlichkeit scheinen Franc zuweilen zu überfordern. Er hat Mühe, sich abzugrenzen und wendet viel Energie auf, um sich zu schützen. Er tut dies eher in Form von Kontrolle oder Abgrenzung, geht in die Defensive, als dass er einen fürsorglichen Umgang mit sich selber pflegt.

Hinweise geeigneter Interventionsstrategien unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Theoreme

Wie Michels & Dietrich (2004) schreiben, versuchen Kinder ihre Selbstwirksamkeit zu verbessern. Es wäre therapeutisch gesehen also kontrainduziert sein initiatives Verhalten zu kritisieren. Vielmehr sollen funktionale Strategien (Strauss, 2002) gefunden werden, mit welchen sich Franc positiv selbstwirksam erleben kann, zum Beispiel durch die Einübung von kooperativem Verhalten, welches gemäss Resch (1999) ebenfalls zu Anerkennung führt. Im therapeutischen Bestreben Einstellungen, Erfahrungen und Verhalten (Schulte-Markwort & Resch, 2008) zu verändern, soll bei den vorhandenen Ressourcen des Kindes angesetzt werden.

Beziehungsqualitäten des Therapeuten

Interessiert zugewandt/offen und unbefangen: Der Therapeut begegnet Franc mit Freundlichkeit und Interesse. Er zeigt Franc sein Wohlwollen, indem er positiv, sensitiv und vorhersehbar (Grawe, 1999) auf ihn reagiert und sich trotzdem emotional zu distanzieren weiss. Von seiner Persönlichkeit her ist der Therapeut ein ruhiger, zurückhaltender, eher ernsthafter, aber humorvoller Mensch. Sein Kommunikationsstil zeichnet sich durch Offenheit und Transparenz aus. Er ist weniger ausdrucksstark in Mimik und Gestik als gelassen und bestimmt und verfügt über eine hohe Authentizität, was gemäss Aichinger & Holl (2003) besonders im Spiel wichtig ist, um die Kinder von der Ernsthaftigkeit der therapeutischen Absicht zu überzeugen. Sein Verhalten ist auch über grössere Zeiträume hinweg konsistent. Die Kinder können sich auf ihn verlassen, auch wenn er einmal laut und bestimmend reagiert.

Freundlich anleitend: Der Therapeut kann die Therapiestunden klar strukturieren, Regeln und Abläufe erläutern und diese in der Gruppe implementieren. Er wird in seiner Funktion als Therapeut und Gruppenleiter ernst genommen und respektiert. Auch bei Konfrontationen nimmt der Therapeut eine grundsätzlich wohlwollende und interessierte Haltung ein. Er weicht Konflikten nicht aus, sondern versucht diese zu lösen respektive die

Kinder bei der Konfliktlösung zu unterstützen. Er versteht es, Interventionen einzusetzen, die bei der Analyse und der Lösung interpersoneller Schwierigkeiten hilfreich sind. Kommt es zu keiner befriedigenden Lösung, ist er bereit, die Disharmonie in der Gruppe und die damit verbundene Unsicherheit auszuhalten. Er versucht, die Gruppe trotz ungelöstem Konflikt wieder zusammen zu führen. Durch seine eigene Überzeugung gelingt es dem Therapeuten, die Kinder für die Therapie zu motivieren, sodass sie in die Gruppentherapie kommen und sich in der Gruppe engagieren. Er verfügt über Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen und kann die Gruppe auch in schwierigen Momenten, die von Unstimmigkeiten und Streit bestimmt sind, überzeugen, weiter zu machen.

Vertrauensvoll und angepasst: Der Therapeut verfolgt eine klare Linie, lässt sich aber auch von den Ideen der Kinder begeistern und kann auf fremde Handlungswünsche eingehen. Dadurch nimmt er die Kinder in adäquater Weise in die Verantwortung für das Gelingen der Therapiestunde. So nimmt er Francs Voten auf und steigt auf seine Handlungsvorschläge ein, auch wenn diese nicht immer seinen eigenen Vorstellungen entsprechen. Er berücksichtigt die Bedürfnisse der einzelnen Kinder, ohne die Interessen der Gesamtgruppe aus den Augen zu verlieren. Er versucht die unterschiedlichen Positionen und Bedürfnisse in gleicher Weise zu berücksichtigen.

Durch seine Haltung, seine fachlichen Kompetenzen und seine Persönlichkeitseigenschaften scheint es dem Therapeuten zu gelingen, gute Beziehungen zu den Kindern aufzubauen.

Gruppenklima

Weil die Gruppe als Ganzes nicht nach ihren Beziehungsqualitäten beurteilt werden kann, dienen die in Kapitel 2.5 vorgestellten Wirksamkeitsfaktoren von Fiedler (1999) zur Beurteilung des Gruppenklimas:

Offenheit: Das Engagement der einzelnen Kinder in der Gruppe ist sehr unterschiedlich. Doch sind alle im weitesten Sinne im Verständnis der psychodramatischen Definition Morenos (1959) offen dafür, sich am Gruppengeschehen zu beteiligen und handelnd ihr inneres Erleben darzustellen.

Akzeptanz: Franc erlebt, dass sowohl er mit seinen Stärken und Schwächen der Gruppe angehört und akzeptiert wird, wie auch alle anderen Kinder der Gruppe mit ihren Stärken und Schwächen dazugehören und akzeptiert werden. *Therapeutin (Szene 7): „Wir wollen eben,*

das ihr kommen könnt. Das könnte der Irrtum sein, wir wollen niemanden draussen haben, auch wenn er schwierig oder unruhig ist.“

Kohäsion: In der Therapiegruppe erlebt sich Franc als Teil einer Gruppe. Er bringt eigene Vorschläge und kann diese erfolgreich durchsetzen. Er macht aber auch die Erfahrung, dass er sich nicht immer durchzusetzen braucht, weil andere Kinder gleiche Bedürfnisse haben und sich über ähnliche Dinge freuen wie er (z.B. Abschlussparty). Auch in Konfliktsituationen werden emotionale Erregungszustände (Stern, 1985) manifest, deren Bewältigung ein intensives Erlebnis darstellt. Dies stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl ebenso wie das gemeinsame Erleben positiver Ereignisse.

Kooperative Arbeitshaltung: Die Beachtung sozialer Gruppenregeln ist ein zentrales Thema in dieser Gruppe und immer wieder Gegenstand von Auseinandersetzungen. Für Franc bedeutet das vor allem zu realisieren, dass er nicht der Einzige ist und auch er soziale Gruppenregeln beachten muss. Zu einer Gruppe gehören bedeutet auch, anderen Raum zu geben. Denn auch sie wollen beachtet werden. *Therapeut (Szene 8): „Du Franc, bitte, ich möchte auch ihr zuhören“.*

Vertrauen: Dieser Faktor kann aufgrund der Ergebnisse nicht hinreichend beurteilt werden.

7.3 Beantwortung der Fragestellungen

Welche (maladaptiven) Beziehungsmuster zeigt das Kind am Anfang der Therapie?

Grundsätzlich steht Franc den Therapeuten und der Gruppe offen, zugewandt und freundlich gegenüber. Er verhält sich initiativ und ist von Anfang an ein wichtiger Beziehungs- und Interaktionspartner für das „Therapeuten-Paar“ und für die Gruppenmitglieder. Er steigt sofort auf Anregungen des Therapeuten ein, hat Ideen, kann die anderen motivieren und in entscheidenden Situationen zwischen den Kindern vermitteln. In den ersten beiden, noch stark von den Therapeuten strukturierten Therapiestunden, verhält er sich überwiegend in den Bereichen *freundliche Ermutigung/freudig selbständig*. Noch fügt Franc sich weitgehend den Interessen des Therapeuten. Der Therapeut reagiert positiv komplementär freudig, ihn ermutigend. In der Resonanz der Raterinnen weckt Franc Sympathie, er scheint über die Gruppentherapie informiert und gestaltet von Anfang an den Gruppenprozess engagiert mit. Seine mangelhafte Affektkontrolle und seine geringe Frustrationstoleranz, die bereits in den ersten Stunden auffallen, zeigen sich noch in einem altersentsprechenden

Ausmass (Bonekamp & von Salisch, 2007). Ein maladaptiertes Verhalten (vgl. Kap. 4.2, 7.1) ist nicht zu beobachten. Erst im Verlauf des Therapieprozesses erweist sich sein bevorzugtes Verhalten mit starker Ausprägung auf der Autonomieachse als problematisch. Sein Bemühen um Anerkennung, Wertschätzung und Bestätigung schränkt seine Verhaltensoptionen ein (Leary 1959). Die Beschäftigung mit sich selber absorbiert seine Kapazitäten, auf andere einzugehen und sich in die Lage anderer hineinzusetzen. Durch sein mangelhaftes Einfühlungsvermögen und seine Angst vor Kontrollverlust gelingt es ihm schlecht, gemeinsam mit anderen etwas zu entwickeln. Vielmehr hat er das starke Bedürfnis, die Gruppe zu kontrollieren und seine eigenen Ideen durchzusetzen. Sein Verhalten gründet vermutlich in einem geringen Selbstvertrauen, welches dazu führt, dass er sich rasch überfordert fühlt und sich anderen gegenüber dominant oder gleichgültig verhält. Damit provoziert er in der Gegenreaktion Gleichgültigkeit, Ärger oder Wut. Diese interpersonellen Interaktionen können als maladaptive Beziehungsmuster formuliert werden (vgl. Kap. 6.5).

Unterscheidet sich die Beziehungsgestaltung zwischen ihm und seinen Therapeuten im Vergleich zur Beziehungsgestaltung zwischen ihm und seinen Gruppenmitgliedern?

Die Beziehungen zwischen Franc und den Therapeuten und Franc und den Kindern unterscheiden sich. Während Franc und der Therapeut von Anfang an eine enge Beziehung zueinander pflegen, konnte die Beziehung Franc-Therapeutin kaum eingeschätzt werden. In der Beziehung zum „Therapeuten-Paar“ könnte das Thema der Geschlechteridentifikation eine Rolle spielen, welches gemäss (Oerter & Montada, 2002) gerade in der Adoleszenz eine besondere Wichtigkeit erlangt. Franc und der Therapeut interagieren stark komplementär. Am Anfang wie am Ende der Therapie agieren und reagieren sie vorwiegend in der rechten Hälfte des Kreismodells (*freundliche Ermutigung/Direktive und freudig selbständig/sich fütgend*). In der mittleren Therapiephase reagiert der Therapeut auf die *feindliche Abweisung* Francs ebenfalls leicht *feindselig abgewandt*. Ihr Interaktionsverhalten unterscheidet sich vor allem in der Ausprägung der einzelnen Items. Der Therapeut versucht auf Franc einzugehen und sein Potenzial für die Gruppenprozesse fruchtbar zu machen (Moreno, 1997). Er schenkt ihm Vertrauen und motiviert ihn durch seine fördernde Unterstützung. Längsschnittlich betrachtet sind folgende Themen charakteristisch für die Beziehung zwischen Franc und dem Therapeuten: Erwartungserfüllung, Bestätigung, Vertrauen und Ablösung. Die bevorzugte Orientierung am Therapeuten könnte auch mit der problemati-

schen Eltern-Kind-Interaktion zusammenhängen. Der konsistente Beziehungsstil des Therapeuten scheint sich stark von seiner Beziehung zu den Eltern zu unterscheiden, die durch Überforderung geprägt, als emotional und inkonsistent charakterisiert wurde. Der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass sich Franc bereits für die Einzeltherapie einen männlichen Therapeuten statt einer Therapeutin gewünscht hatte, was jedoch nicht möglich war. Ein weiterer Grund dafür, dass sich Franc in der Gruppentherapie stark am Therapeuten orientiert, könnte nun darin gesehen werden, dass sich damit sein Wunsch nach einem männlichen Therapeuten erfüllte. Zu Therapiebeginn verhalten sich Franc und die Gruppenmitglieder zueinander weitgehend ähnlich, wobei sich Franc den Kindern gegenüber von Anfang an offener, freundlicher und interessierter zeigt, als diese ihm gegenüber. Die Beziehungen zu den einzelnen Kindern sind sehr unterschiedlich, können aber mit folgenden Kategorien charakterisiert werden: profilieren, führen, sich durchsetzen, akzeptieren, aushandeln.

Zeigt das Kind im Laufe der Therapie eine Veränderung in Richtung adaptiver Beziehungsmuster?

Franc spricht gut auf die Person des Therapeuten an, dieser übernimmt eine Art Vorbildfunktion. Er vermittelt Franc Sicherheit im Sinne eines „Halt gebenden Beziehungsangebotes“ (Grabska 2009) und kann sich trotzdem emotional distanzieren. Er begegnet ihm mit ehrlicher Anteilnahme und handelt nach dem Prinzip der Allparteilichkeit. Er akzeptiert Franc so, wie er ist. Entsprechend richten sich seine disziplinarischen Massnahmen immer auf Francs Verhalten und nicht auf seine Person. Wie Aichinger & Holl (2003) schreiben, kann durch die positive Übertragung eine Vertrauensebene geschaffen werden, die das Arbeitsbündnis stärkt. Die meisten Interventionen finden auf der verbalen Ebene statt. Oft nimmt der Therapeut Hilfs-Ich-Funktionen wahr, um vermittelnd-kommentierend auf Franc und die Gruppe Einfluss zu nehmen. In dem er beobachtbare gruppenspezifische Vorgänge beschreibt, kann er auf vermutete innere emotionale Zustände der Kinder schliessen und diese ebenfalls verbalisieren. Erst die Reaktion der Kinder bestätigt oder falsifiziert seine Hypothesen. Dieser interaktionelle Umgang mit der eigenen Gegenübertragung (Widmer Rahm, 1997) führt zu Intersubjektivität einer Beobachtung und erhöht die Akzeptanz der Deutung auf Seiten der Kinder. Die besondere Herausforderung in der Beziehung mit Franc stellt sein extravertiertes Verhalten dar, welches sich im positiven Sinne in der Bereitschaft manifestiert, sich am Therapieprozess zu beteiligen. Im negativem Sinne zeigt es sich in seinem unruhig - störenden, dominanten bis aggressiven Verhalten.

Entsprechend muss bei Franc weniger seine Bereitschaft gefördert werden, im Spiel zu handeln – wie es die Erwärmungsphase (Aichinger & Holl 1997) vorsieht. Vielmehr braucht er Hilfestellungen um sein hohes Aktivitätsniveau und seine Impulsivität regulieren zu können. Dies gelingt dem Therapeuten weitgehend, indem er sein Engagement ebenso würdigt, wie er sein störendes Verhalten zu unterbinden versucht. Von Anfang an lässt er Franc mitgestalten. Dabei strukturiert er zunächst noch das Geschehen stärker, gesteht ihm aber zunehmend mehr Freiraum und Verantwortung zu, ohne ihn dabei ganz aus den Augen zu verlieren. Dies kommt dem Autonomiebestreben Francs entgegen. Die positive komplementäre Beziehungsgestaltung fördert Francs Entwicklung. Zusehens gelingt es Franc, seine kommunikative Gerichtetheit sowohl auf den Therapeuten als auch auf die Gruppe zu fokussieren. Er wendet sich im Verlauf der Therapie fast desinteressiert, subversiv vom Therapeuten ab. Diese Form der Ablösung ist nur dank der guten Beziehung zum Therapeuten möglich und kann als positive Entwicklung, als Ablösungsprozesses analog zum Ablösungsprozess von den Eltern, interpretiert werden (Schmidtchen, 2001; Resch 1999; Steinhausen 2006). Die Fokussierung auf die Gruppe entspricht dem Entwicklungsalter Francs (Schmidtchen, 2001) und ermöglicht eine symmetrische Beziehungsgestaltung (Siegel, 2005). Franc konnte von den Interaktionen mit den anderen Kindern besonders profitieren, weil sie (unter Berücksichtigung der Aussagen der Eltern) realitätsnahe Konflikte provozierten. Durch die Gruppentherapie konnte Franc sehen, dass individuelle Probleme auch Probleme für die ganze Gruppe darstellen (z.B. Konflikt mit M1). Zudem konnte er erfahren, dass im Umgang mit problematischem Verhalten diverse Handlungsmöglichkeiten existieren (Strauss, 2002).

In verschiedenen Situationen hatte er die Möglichkeit, auxiliäre Funktionen zu übernehmen (Schiedsrichter) als auch sein Bedürfnis nach Führung in der Gruppe auszuleben. Dies ist mit Blick auf Reschs (1999) Aussage interessant, wonach die Erfahrungen der eigenen Position in der Gruppe für das Selbsterleben und das Selbstwertgefühl prägend und letztlich der Problembewältigung zuträglich sind. Sein Geltungsstreben entspannt sich mit der Ablösung vom Therapeuten und der Akzeptanz in der Gruppe, sodass er sich mit der Zeit besser zurückziehen kann und sich selbständig beschäftigt, ohne die anderen zu stören. Diese Art von Selbstbeschäftigung ist nicht als Rückzug zu verstehen, sondern als positive Selbsterfahrung. So erlebt er Zufriedenheit, ohne auf die ständige Bestätigung anderer angewiesen zu sein. Dies führt zu einer Verbesserung der Selbstverfügbarkeit, Selbstakzeptanz und Frustrationstoleranz. Auch seine persönlichen Eigenschaften (Asey & Lambert, 2001) wie seine Offenheit, seine Neugierde und seine aktive Beteiligung haben ihm gehol-

fen, sein Verhalten zu verändern. So nahm Franc von Beginn an eine gestalterische Rolle ein (Seiffg-Krenke, 2009), was die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben unterstützte.

Hingegen stellte sich das Aushandeln von Interessen und Positionen für ihn als zentrale Schwierigkeit heraus. Franc versuchte sich durchzusetzen und zeigte kaum Bereitschaft, sich anzupassen oder Kompromisse einzugehen. Entsprechend konnte die Wahrnehmung fremder und eigener Gefühle und Reaktionen nur in beschränktem Ausmass verbessert werden. Dies verweist auf ein womöglich etwas rigides Verhaltensmuster, welches sich auch im Verlauf des Therapieprozesses kaum veränderte. In diesem Zusammenhang gilt es zu bedenken, dass dieses Muster auch auf die Zufallsstichprobe zurückgeführt werden könnte. Eine Rolle könnte auch der Umstand gespielt haben, dass es in dieser Gruppe allgemein sehr schwierig war, Diskussionen und Verhandlungen zu führen. Trotzdem hat er in den untersuchten Stunden wenig unterschiedliche Rollen eingenommen (führen, vermitteln).

7.4 Schlussfolgerungen für die Behandlungspraxis

Die Identifikation mit dem gleichen Geschlecht scheint gerade im Übergang von der mittleren Kindheit ins Jugendalter besonders wichtig (Oerter & Montada, 2002). Am Anfang der Therapie werden die gleichgeschlechtlichen Therapeuten zu den primären Bezugspersonen. Gelingt es den Therapeuten eine sichere Beziehungsbasis (Eckert, 2008) zu schaffen, übernehmen sie eine Vorbildfunktion. Im Laufe des Therapieprozesses kommt es zu einem, vom Kind initiierten Ablösungsprozess (Schmidtchen, 2001), die Therapeuten werden abgelehnt und ignoriert. Dieser Wechsel stellt für die Therapeuten eine unbewusste Gegenübertragungsfalle dar, denn es besteht das Risiko, dass sie aus Kränkung negativ komplementär oder dissonant auf das Kind reagieren. Wird dieser Prozess jedoch als Entwicklungsschritt verstanden, dem ein gegenläufiges Bestreben nach Verbundenheit und Selbständigkeit inhärent ist und richtet der Therapeut folglich seine Aufmerksamkeit auf das Kind und gesteht er ihm Autonomie und Verantwortung zu, dann kann er diesen Ablösungsprozess positiv unterstützen. Die Gegenübertragung kann beispielsweise durch Verbalisierung (Heinemann, 1950) fruchtbar gemacht werden. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen im Fall von Franc eindrücklich, dass die externe Bewertung seiner Handlungen oder jener der Gruppe zusehends zu Verhaltensänderungen führten, die auf ein Bewusstwerden und auf eine Verinnerlichung der eigenen und fremden Gedanken und Gefühle schliessen lässt (Müller-Pozzi, 2004). Wie Bindernagel erwähnte (mündliche Mitteilung, 19.11.2009),

können Interventionsformen im Kinderpsychodrama nur begrenzt eingesetzt werden. Was die Wirksamkeit von Interventionen angeht, ist allerdings zu beachten, dass die Haltung und die Beziehungsfähigkeit der Therapeuten (Dozier & Bates, 2004), so wie sie auch in dieser Arbeit beschrieben werden, die grundlegenden und daher auch wirksamkeitsrelevanten Faktoren zu sein scheinen (Asey & Lambert, 2001).

Das für Kinder mit ADHS typische ruhelose und impulsive Verhalten löst in der Resonanz Ungeduld und Ärger aus, die dazu verleitet, unruhig, emotional und direktiv auf das Kind zu reagieren. Gerade die inkonsistente Reaktionsweise macht es dem Kind besonders schwierig, sich zu orientieren, was zur Aufrechterhaltung dysfunktionaler Beziehungsmuster führen dürfte. Kann dem Kind gegenüber eine aufmerksame, ruhige Haltung eingenommen werden, die eine klare und stringente Kommunikation erlaubt, so scheint sich das Kind besser anpassen zu können. Beobachtbares Verhalten lässt nur in begrenztem Masse auf intrapsychische Befindlichkeiten schließen. Die richtige Einschätzung von Kindern mit einer komorbiden F93.8/F90.0 Diagnose scheint durch das hyperaktive Verhalten erschwert. In der Gruppe wird die Unsicherheit und Ängstlichkeit der F93.8 Störung kaum wahrgenommen. Dadurch ist es möglich, dass die Kinder von der Gruppe und den Therapeuten eher selbstsicher und mutig eingeschätzt werden. Einzelgespräche und projektive Verfahren können als Grundlage für die Einschätzung des Selbstgerichteten Kreises dienen und zur sicheren Verlaufsmessung herangezogen werden. Die Kombination von subjektiven Daten, Tests und Verhaltensbeobachtungen ist eine gute Ausgangslage, um maladaptive Beziehungsmuster zu identifizieren. Sie sensibilisieren das Verständnis für die Problematik des Kindes und helfen, sinnvolle Interventionsformen abzuleiten.

Trotz psychischer Störung (Renschmidt, 1995) entsprechen die zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1982) jenen von gesunden Kindern. In der Bewältigung dieser Aufgaben zeigen Kinder mit einer komorbiden F93.8/F90.0 Diagnose zwar vermehrt regressive und retardierte Anteile als gesunde Kinder. Jedoch unterscheiden sich die Inhalte der Auseinandersetzung kaum. Wie bei ihren gesunden Altersgenossen, geht es beim Erwerb von Gruppenkompetenzen um die gleichen Hauptthemen: Einüben von kooperativem und kompetitivem Verhalten, Affektkontrolle, Umgang mit Frustration und Aggression.

7.5 Die Anwendung der Beziehungsbachse als wissenschaftliches Forschungsinstrument

Der Einsatz des noch wenig erprobten Instrumentes hat den Nachteil, dass weder Auswertungsmethoden, noch Vergleichsdaten für Gruppen vorliegen. Der Einsatz aller Module (12 Bögen pro Stunde) erzeugt eine unüberschaubare Menge an Material, deren Strukturierung bei einer qualitativen Auswertung mit grossem Aufwand verbunden ist. Die Trennung der Objekt-Subjektgerichteten Kreise ist theoretisch überzeugend, erweist sich aber im Rating der Videosequenzen als schwierig. In der komplexen Gruppeninteraktion stellt die Definition zwischen Aktion und Reaktion eine Herausforderung dar und ist letztlich nicht immer zweifelsfrei trennbar. Die Einschätzungen der unabhängigen Raterinnen stimmten jedoch gut überein. Auf der Ebene der einzelnen Items gab es die meisten Divergenzen zwischen 2=mässig vorhanden und 3=stark vorhanden. Dies ist wohl damit zu begründen, dass die Unterscheidungen der mittleren Werte im Manual kaum definiert sind und die Einschätzung deshalb weitgehend dem Ermessen der Raterinnen überlassen bleibt. Das bewusste Erfassen von positivem Verhalten erleichtert die Suche nach Interventionsmethoden, da direkt bei den Ressourcen des Patienten angeknüpft werden kann. Auch der Einbezug der dritten Ebene (Selbstbezüglicher Kreis) erweist sich für Forschungszwecke als ausgesprochen sinnvoll und aufschlussreich. Erstens bietet diese Ebene die Möglichkeit des Einbezugs weiterer Informationsquellen und kann zweitens, wie im vorliegenden Fall deutlich wurde, Divergenzen und Widersprüche zwischen Selbst- und Fremdbild verdeutlichen. Allerdings erschwert der Einbezug projektiver Verfahren die Trennung zwischen Ergebnisdarstellung und Interpretation, weil streng genommen bereits die Auswertung der Tests Interpretationen beinhalten. In der vorliegenden Arbeit wurde dieser Problematik mittels einer transparenten, ausführlichen Darstellung der Auswertungsergebnisse im Anhang entgegengewirkt. Die Erfassung der Resonanz dient der Operationalisierung eigener Eindrücke und Emotionen, was in zweierlei Hinsicht vorteilhaft ist: Erstens beim Aufdecken einer betont subjektiven Wahrnehmung oder bei einer problematischen Identifikation mit dem Fall, die zu einer verzerrten Interpretation der Ergebnisse führen könnte. Zweitens wird der Vergleich von subjektivem Empfinden mit der Reaktion des Gruppentherapeuten möglich. Insgesamt erweist sich die Beziehungsbachse der OPD-KJ (2007) auch als Forschungsinstrument als überzeugende Methode, deren Potenzial es noch weiter zu untersuchen und auszuschöpfen gilt. Mit dem aufbereiteten Material könnten weitere Untersuchungen mit OPD-KJ Achsen erfolgen, zum Beispiel um Zusammenhänge zwischen den identifizierten Beziehungsmustern und bestimmten Konflikten zu erforschen.

7.6 Methodenkritik

Limitation der Aussage: Auch wenn die vorliegende Einzelfallstudie eine aussagenkräftige qualitative Tiefe erreicht, ist die Reichweite der Aussagekraft zu relativieren. Eine fundierte Validierung der Ergebnisse kann erst nach weiteren Untersuchungen durch den Vergleich mit anderen ähnlichen Fällen erfolgen. Auch wenn unterschiedliche Forschungsinstrumente verwendet wurden – insbesondere zur Validierung der Ergebnisse und Interpretationen, so stützt sich die Studie primär einmal auf ein Messinstrument. Von einem theoretischen Standpunkt aus gesehen, ist die auf nur einer Betrachtungsperspektive fussende interpersonale Diagnostik mit entscheidenden Einschränkungen verbunden und greift daher zu kurz. Deshalb ist bei der Reichweite der Ergebnisse Vorsicht angezeigt. Dennoch ermöglicht die längsschnittliche Betrachtungsweise dieser Studie den untersuchten Fall in seiner Komplexität zu betrachten. In Verbindung mit der Arbeit von Scherrer (2010) können allenfalls wichtige Hinweise und Zusammenhänge zu relevanten Einflussfaktoren in Bezug auf die Wirksamkeit der Psychodramagruppentherapie hergestellt werden. Die Fallformulierung nach dem Schema von Grande et al. (2004) wird als erster Adaptationversuch für die Charakterisierung von beziehungs-dynamischen Zusammenhängen bei Kindern und Jugendlichen gesehen und bedarf noch weiterer Entwicklung. Inwiefern die identifizierten maladaptiven Beziehungsmuster auf frühe pathogene Beziehungserlebnisse zurück zu führen sind, konnte in dieser Arbeit nicht geprüft werden.

Gütekriterien

Den in Kapitel 5.2 ausgeführten Gütekriterien von Brombley (1986) und Mayring (2002) konnte weitgehend entsprochen werden. Die detailgetreue Dokumentierung des Forschungsprozesses gewährleistet die Nachvollziehbarkeit (Kap. 5). Der umfangreiche Anhang trägt zur Verständlichkeit der Ergebnisdiskussion bei und gestattet eine Plausibilitätsprüfung. Die Bögen der Befunderhebung sind auf Nachfrage bei der Autorin einsehbar. Die methodische Entscheidung, erst nach der empirischen Untersuchung die Krankengeschichte auszuwerten, ermöglichte es, dem Untersuchungsgegenstand offen und weitgehend unbefangen zu begegnen. Das Wissen um die diagnostizierten Störungen kann die Raterinnen allenfalls beeinflusst haben. Die Ergebnisse und die Interpretationen wurden jedoch auf verschiedenen Ebenen deskriptiv und argumentativ abgesichert und unter Berücksichtigung der Theorie bewusst als Hypothesen formuliert (Kap. 7). Die Objektivität der Verhaltensbeobachtungen scheint durch die gute Interrater-Übereinstimmung gewährleistet. Der Forschungsprozess konnte weitgehend entsprechend dem vorher festgelegten

Untersuchungsdesign sequentiell ablaufen. Anpassungen, die vom ursprünglichen Design abweichen, wurden in Kapitel 5 expliziert. Mit der Wahl des untersuchten Einzelfalls und der Auswertung der Krankengeschichte wurden die Perspektiven der Therapeuten, wie der Eltern und der Lehrerin in die Arbeit mit einbezogen. Sie dienten gleichzeitig auch der Validierung der Ergebnisse. Die Untersuchungsanlage entspringt der Praxis der KJPD St. Gallen, die Auswertung und die Interpretation richtet ihren Fokus daher auf praxisrelevante Fragestellungen. Die Anwendung der Beziehungssachse zeigt exemplarisch, wie dieses Instrument in Praxis und Forschung zur Anwendung gebracht werden kann und welche Aussagen durch dessen Einsatz möglich werden. Der Forderung nach kommunikativer Validierung konnte während dem Forschungsprozess durch die Rücksprache bei der Wahl der Beobachtungssequenzen mit dem involvierten Gruppentherapeuten entsprochen werden. Die Interpretation der Ergebnisse konnten aus Zeitgründen nicht mehr mit dem „Therapeuten-Paar“ validiert werden.

8 Abstract

Die Zielsetzung dieser Studie besteht in der Identifizierung und Beschreibung von (mal-) adaptiven Beziehungsmustern sowie deren Veränderung im Therapieverlauf. Im Fokus der empirischen Einzelfallanalyse steht ein Kind, das während einem Jahr an einer Psychodramagruppentherapie teilgenommen hat. Wegweisend für die inhaltliche Ausrichtung und für den methodischen Aufbau der Untersuchung ist die theoriebasierte Beziehungsachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ, 2007). Das Beziehungsverhalten zwischen dem Therapeut und dem Kind sowie zwischen den Gruppenmitgliedern und dem Kind wurde anhand von aufgezeichneten Videostunden durch zwei unabhängige Raterinnen (eine mit OPD-Rating-Zertifikat) beobachtet und analysiert. Des Weiteren wurden projektive Verfahren ausgewertet und die symbolisierten Beziehungsinhalte auf dem selbstbezüglichen Fokus kategorisiert.

Die Beziehung zwischen Kind und Therapeut kann mittels der Kategorien Erwartungserfüllung, Bestätigung, Vertrauen und Ablösung charakterisiert werden. Die Beziehungen zwischen den Kindern zeichnen sich durch die Kategorien profilieren, führen, durchsetzen, akzeptieren und aushandeln aus. Mit dem maladaptiven Zirkel von Grande, Rudolf & Jakobsen (2004) liessen sich maladaptive Muster beschreiben. Besonders profitieren konnte das Kind von der Auseinandersetzung mit den realitätsnahen Konflikten, die sich in einer Gruppe mit Gleichaltrigen ergeben. Die Selbstentwicklung des Kindes kann durch eine authentische Haltung und eine konsistente Beziehungsgestaltung des Therapeuten gefördert werden. Auf der Ebene der Interventionen scheint die intersubjektive Verifizierung der Gegenübertragung im Gespräch mit den Kindern ein hilfreiches Instrument zu sein, welches bei ihnen die Wahrnehmung für die eigenen Gefühle schärft und Verhaltensänderungen begünstigt.

9 Bibliographie

- Aichinger, A. (2005). Psychodrama in der Psychotherapie mit Kindern. In: von Ameln, F., Gerstmann, R. & Kramer, J. (2005). *Psychodrama*. Heidelberg: Springer.
- Aichinger, A. & Holl, W. (2003). *Psychodrama – Gruppentherapie mit Kindern* (2. Aufl.). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Ainsworth, M. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G. & Kächele, H. (2008). *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Anzieu, D. (1984). *Analytisches Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.). (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.). (2007). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. (2. Aufl.) Bern: Hans Huber Verlag.
- Asay, T.P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: quantitative Ergebnisse. In: Hubble, M. A., Duncan, L., Miller, S. D. (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41-81). Dortmund: Modernes lernen.
- Auchter, T. & Strauss, L.V. (2003). *Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (5), 321-333.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 129-143.
- Beneck, C. (2002). *Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalte. Psychoanalyse im Dialog*. Bern: Peter Lang.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior (SASB) *Psychological Review* 81, 392-425.
- Bindernagel, D. & Brunner-Kálmán, V. (2009). Psychoanalytisch-orientierte Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern und ihren Eltern. *Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters*, 3, 248-277.
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, H.M., & Warnke, A. (Hrsg.). (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Bonde, I. (2005). *Effekte der Auswahl von Psychotherapiematerial auf Ergebnisse der Prozessforschung*. Dissertation. Düsseldorf: Heinrich Heine Universität.

- Bonekamp, E. & von Salisch, M. (2007). Ärgerregulierung bei Jungen mit ADHS. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35 (3), 189-198.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie* (Original erschienen 1988). München: Reinhardt.
- Brähler, E. & Adler, C. (Hrsg.). (1996). *Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Brandes, H. (2008). Selbstbildungsprozess von und in Kindergruppen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44, 33-51.
- Bromley, D.B. (1986). *The case-study method in psychology and related disciplines*. New York: Wiley.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bürgin, D. (Hrsg.). (1999). Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 602-611.
- Cropp, C., Streeck-Fisher, A., Jaeger, U., Masuhr, O., Schröder, A. & Leichsenring, F. (2008). Der Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 3, 205-215.
- Dahlbender, R.W., Buchheim, P., Schüssler, G. (Hrsg.). (2004). *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätsicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Davies-Osterkamp, S. (1993). Zirkumplexe Modelle interpersonellen Verhaltens in der klinischen Psychologie. In: Tress, W. (Hrsg.). *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens – SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie* (S. 5-31). Heidelberg: Asanger Verlag.
- Denzin, N. K. (2008). Reading Film – Filme und Videos als sozialwissenschaftliches Erfahrungsmaterial. In: Flick, U. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 416-428). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Dilling, H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Dilling, H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Dinkelaker, J., & Herrle, M. (2009). *Erziehungswissenschaftliche Videographie. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 184-193.
- Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse*, 2, 175-199.
- Dozier, M. & Bates, B. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In: L. Atkinson, S. Goldberg. (Eds.). *Attachment issues in Psychopathology and Intervention* (S. 167-180). Mahwah: Erlbaum.

- Foulkes, S.H. (1974). *Gruppenanalytische Psychotherapie*. München: Kindler.
- Foulkes, S.H. (1978). *Praxis der Gruppenanalytischen Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Fiedler, P. (1999). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Flick, U. (Hrsg.). (1995). *Handbuch qualitativer Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz.
- Flick, U. (1996). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (2. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (Hrsg.). (2008). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (6. Aufl.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Eckert, J. (2008). Bindung von Psychotherapeuten. In: Strauss, B. (Hrsg.). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ehlers, W. & Holder, A. (Hrsg.) (2009). *Psychoanalytische Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ellgring, H. (2005). Audiovisuell unterstützte Beobachtung. In: Flick, U. (Hrsg.). *Handbuch qualitativer Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 203-209). Weinheim: Beltz.
- Fend, H. (1998). *Eltern und Freunde: soziale Entwicklung im Jugendalter*. Bern: Huber.
- Grabska, K. (2009). Objektbeziehungstheorien. In: Ehlers, W. & Holder, A. *Psychoanalytische Verfahren* (S. 79-132). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grande, T., Rudolf, G., Jakobsen, T. (2004). Beziehungsdynamische Fallformulierung, Fokusbildung und Interventionsplanung auf Grundlage der OPD-Beziehungdiagnostik. In: Dahlbender, R.W., Buchheim, P., Schüssler, G. (Hrsg.). *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie* (S. 95-110). Bern: Hans Huber Verlag.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.). *Attachment across the life cycle* (pp. 93-114). London: Tavistock.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2004). *Bindung. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Häcker, O.H. & Kurt-H. Stapf (Hrsg.). (2004). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl.). Bern: Huber.
- Havighurst, R.J. (1982). *Developmental tasks and education*. New York: Longman. (Original erschienen 1948).
- Heinemann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: S. 81-84.

- Heinemann, C., vor der Horst, T. (2009). *Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Ein Praxisbandbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hildebrand, G. (2002). Anwendungen der SASB-Methode. In: Tress, W. (Hrsg.). *SASB Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, S. 885-892.
- Hubble, M. A., Duncan, L., Miller, S. D. (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Modernes lernen.
- Johnson, J., Burlingame, G. Strauss, B. & Bormann, B. (2008). Die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44 (1), 54-89.
- Kasper, J. Sievers, K., Burgmeier-Lohse, M., & Strauss, B. (2000). Identifikation und Veränderung von Interaktionsmustern bei Patienten einer stationären Gruppenpsychotherapie – Eine Erkundungsstudie mit der Structural Analysis of Social Behavior (SASB). *Gruppen-therapie und Gruppendynamik*, 36, 333-354.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorder. Psychotherapeutic strategies*. Yale: University Press.
- Kernberg, O. (1993). Psychoanalytische Objektbeziehungstheorien. In Mertens, W. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie* (S. 630-705). Göttingen: Hogrefe.
- Krebs-Roubicek, E.M. (2009). Gruppenarbeit. In: Küchenhoff, J. & Mahrer Klemperer, R. (122-239). *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung*. Stuttgart: Schattauer.
- Küchenhoff, J. & Mahrer Klemperer, R. (2009). *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung*. Stuttgart: Schattauer.
- Resch, F., Schulte-Markwort, M., & Lehmkuhl, G. (2008). Leitlinie für die Grundlagen der Psychotherapie im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (S. 3-21). In Schulte-Markwort, M. & Resch, R. (Hrsg.). *Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Einführung*. Weinheim: Beltz.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. Ronald Press: New York.
- Leutz, A. (2008). Die Rolle des Psychoanalytikers und des Psychodramatherapeuten – ein Vergleich. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44 (3), 168-177.
- Marrone, M. (1998). Attachment and Interaction. In: Strauss, B. (2007). Bindung und Gruppenprozesse. Wie nützlich ist die Bindungstheorie für die Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43 (2), 90-109.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen: Konzeption und Realisierung des Marburgers Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 445-454.

- Mattejat, F. (2008). Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. *Zeitschrift für Kinder- und Jugend- psychiatrie und psychotherapie*, 36 (5), 305-307.
- Mayring, P. (1996). Exemplarische qualitative Ansätze und ihre Bedeutung für die Gesundheitsforschung. In: Brähler, E. & Adler, C. (Hrsg.). *Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren* (S. 129-147). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. (5. Überarb. Aufl.) Weinheim: Beltz-Verlag.
- Michels, H.P. & Dittrichs, R. (2004). *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie: eine diskursive Annäherung*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Möller, C. (2007). Gruppentherapie im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 511-733.
- Moreno, J. L., (1997). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einleitung in die Theorie und Praxis*. Stuttgart: Thieme (Original erschienen 1959).
- Müller-Pozzi, H. (2004). *Psychoanalytisches Denken. Eine Einführung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Murry, H.A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2002). Jugendalter. In: Oerter, R. & Montada, L. (2002). *Entwicklungspsychologie* (S. 278-273). Basel: Beltz Verlag.
- Oerter, R. & Montada, L.(Hrsg.). (2002). *Entwicklungspsychologie*. Basel: Beltz Verlag.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutzki, U. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 270-376). (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Paasch, A. (2008). Psychodrama. In: Schulte-Markwort, M. & Resch, F. (Hrsg.). *Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Einführung* (S. 141-152). Weinheim: Beltz.
- Piaget, J. (2003). *Meine Theorie der geistigen Entwicklung*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Rauchfleisch, U. (2005). *Testpsychologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rechtien, W. (2003). Gruppendynamik. In: Auhagen, A.H. & Bierhoff, H.-W. (Hrsg.). *Angewandte Sozialpsychologie. Das Praxishandbuch* (103-122). Weinheim: Beltz
- Remtschmidt, H. (1995). Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Diagnostik. In Petermann, F. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 3-52). Göttingen: Hogrefe.
- Resch, F. (Hrsg.). (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Bürgin, D. (1998). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6, 373-387.
- Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Lehmkuhl, G. (2008). Leitlinien für die Grundlagen der Psychotherapie im Fachgebiet der Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. In: Schulte-Markwort, M. & Resch, F. (Hrsg.). *Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Einführung* (S. 3-21). Weinheim: Beltz.

- Rosenstiel, Wolff (1995). In: Flick, U. (Hrsg.). (1995). *Handbuch qualitativer Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schaefer, E.S. (1965). Configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 29. S. 552-557.
- Schauenburg, H. & Cierpka, M. (1994). Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. *Psychotherapeut*, 39, 135-145.
- Scherrer, A. (2010). *Katamnesestudie zur psychoanalytisch-orientierten Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern und ihren Eltern der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste des Kantons St. Gallen*. Bachelorarbeit, Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement P.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schreyer, I. & Hampel, P. (2009). ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37 (1), 69-75.
- Schulte-Markwort, M. & Resch, F. (Hrsg.). (2008). *Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Einführung*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (2009). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Siegler, R., DeLoache, J. & Eisenberg, N. (2005). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. München. Elsevier.
- Sollberger, D. (2009). Beziehungsarbeit aus der Sicht der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. In: Küchenhoff, J. & Mahrer Klemperer, R. (2009). *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung* (S. 42-68). Stuttgart: Schattauer.
- Sroufe, A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development*. Hillsdale: Erlbaum.
- Steck, B. (1998). Die psychoanalytisch-orientierte Psychodrama-Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen (Teil I und II). *Kinderanalyse*, 13 (2), 123-146.
- Steck, B. (1999). Die psychoanalytische-orientierte Psychodrama-Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen (Teil III). *Kinderanalyse*, 1, 23-52.
- Steinhausen, H-C. (2006). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München: Urban und Fischer.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta. (Original erschienen 1985)
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strauss, B. (2002). *Klinische Bindungsforschung: Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.

- Strauss, B. (2007a). Bindung und Gruppenprozesse. Wie nützlich ist die Bindungstheorie für die Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43 (2), 90-109.
- Strauss, B. (2007b). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung.
- Strauss, B. (Hrsg.) (2008). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauss, B. & Gelmroth, S. (2002). Gruppenentwicklung in zwei stationären intendiert dynamischen Gruppentherapien. Ein Beitrag zur Methodik der Erfassung von Gruppenentwicklungsprozessen. *Psychotherapeut*, 47, 356-364.
- Strauss, B. & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52 (6), 405-425.
- Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1991). *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Tschuschke, V. (Hrsg.) (2001). *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Tress, W. (Hrsg.). (1993). *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens – SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Tress, W. (Hrsg.). (2002). *SASB Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Tress, W. & Junkert, B. (2003). Das SASB-Modell. In: Tress, W. (Hrsg.). *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens – SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie (S. 35-120)*. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Tress, H., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp, N. & Scheibe, G. (1996). Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut*, 41. 215-224.
- von Ameln, F., Gerstmann, R. & Kramer, J. (2005). *Psychodrama*. Heidelberg: Springer.
- von Salisch, M. (2000). *Wenn Kinder sich ärgern: Emotionsregulierung in der Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Watzke, B. (2002). *Vergleich therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten stationären Gruppenpsychotherapien*. Dissertation, Universität Hamburg. (Online). Available: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=965589439&dokvar=d1&dok_ext=pdf&filename=965589439.pdf
- Weber, M. & Klitzing, Kai von. (2004). Der Fall B aus der Sicht der Achse Beziehung der OPD-KJ. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 95-105.
- Widmer Rahm, C. (1997). *Erzählte Schuldgefühle und ihre Entsprechung in der therapeutischen Interaktion: Eine Analyse von erzählten und auftretenden Beziehungsmustern anhand eines frames*. Unveröff. Dissertation, Universität Zürich, Philosophische Fakultät I.
- Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In: P. C. Kendall, J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 183-221). New York: Wiley.

Zeman, J. & Shipman, K. (1998). Influence of social context on children's affect regulation: A functionalist perspective. *Journal of Nonverbal Behavior*, 22 (3), 141-165.

Internetseiten

<http://verlag.hanshuber.com/opdkj/opdkj.pdf>

10 Anhang

Anhang 1: Ethikantrag

A) Studienprotokoll

Eine Einzelfalluntersuchung zur Bedeutung der Beziehungen im Gruppenpsychotherapieprozess

Synopsis

Hintergrund: Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst St. Gallen bietet seit zehn Jahren psychoanalytisch orientierte Psychodramagruppentherapien für Kinder an. Der Leitende Arzt des Kantonspital St. Gallen, Herr Dr. med. Bindernagel entwickelte dafür zusammen mit Vera Brunner-Kálmán ein eigenes Behandlungskonzept. Die Therapien finden in konstanten, geschlossenen und möglichst heterogen zusammengesetzten (Geschlecht, Diagnose) Gruppen statt. Bei der Psychodramatherapie geht man davon aus, dass die positiven Kräfte der Gruppe genutzt werden können, um individuelle Probleme zu objektivieren und zu lösen. Die Gruppenpsychotherapien dauern jeweils ein Jahr. Sie werden von einem Therapeuten und einer Therapeutin geleitet und umfassen jeweils sechs bis acht teilnehmende Kinder. Die Therapiesitzungen werden im Einverständnis der Eltern auf Video aufgezeichnet.

Auf Anregung von Herrn Dr. med. Bindernagel soll mit den vorhandenen Videoaufzeichnungen einer Therapiegruppe der therapeutische Verlauf eines ausgewählten Kindes untersucht werden. In der Einzelfallstudie kann der therapeutische Prozess dargestellt und nachvollziehbar gemacht werden. Untersuchungen zeigen, dass der Kontakt mit Gleichaltrigen für den Prozess der Identitätsbildung wichtig ist und häufig einen zumindest sekundären Problembereich psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher darstellt. Durch die positiven Beziehungserfahrungen in der Gruppentherapie können Reifungsprozesse nachgeholt und Kompetenzerfahrungen gemacht werden, die sich dann in einer verringerten Symptomatik niederschlagen. Deshalb richtet sich der Fokus der Untersuchung auf die Beziehungsgestaltung des Kindes mit den Therapeuten und der Gruppe.

Ziele der Studie: Mit Hilfe einer Einzelfallanalyse über einen Therapieverlauf von einem Jahr soll die Bedeutung der Beziehungen im Psychotherapieprozess von Psychodramagruppentherapien mit Kindern besser verstanden werden.

Fragestellungen:

1. Welche (maladaptiven) Beziehungsmuster zeigt das Kind am Anfang der Therapie?
2. Unterscheiden sich die Beziehungsgestaltungen zwischen ihm und seinen Therapeuten im Vergleich zur Beziehungsgestaltung zwischen ihm und seinen MitpatientInnen?
3. Zeigt das Kind im Laufe der Therapie eine Veränderung Richtung adaptiver Beziehungsmuster?

Die Einzelfalluntersuchung erlaubt einen vertieften Einblick in die Beziehungsgestaltung des ausgewählten Kindes mit dessen Therapeuten und seinen Gruppenmitgliedern über den gesamten Therapieverlauf. Sie bietet die Möglichkeit verschiedene Aspekte in der Beziehungsgestaltung aufzuzeigen, bewusst- und nachvollziehbar zu machen. Mögliche Hypothesen für weiterführende Studien können formuliert werden.

Studiendesign und Methoden: Im Fokus der Untersuchung steht ein vom KJPD-St. Gallen ausgewähltes Kind der besagten Therapiegruppe. Herr Dr. med. Bindernagel hat das Kind deshalb ausgewählt, weil das Kind aus seiner Sicht von der Psychodramagruppentherapie profitieren konnte. Der Patient war 12 Jahre alt. Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst wurden ihm vor der Behandlung die ICD-10 Diagnosen F93.8 (sonstige emotionale Störung im Kindesalter) und F90.0 (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter) diagnostiziert. Die Datengrundlage bildet ausschliesslich bereits erhobenes Untersuchungsmaterial. Es sind die Krankheitsgeschichte des ausgewählten Kindes, 37 vollständig auf Video aufgezeichnete Psychodramagruppentherapiesitzungen à jeweils 75 Minuten und die dazu geführten Berichte der Therapeuten. Für die Untersuchung haben wir einige Sitzungen vom Anfang (Sitzungen 1 und 2), von der Mitte (Sitzungen 19 und 20) und vom Ende (Sitzungen 39 und 40) der Therapie ausgewählt. Die Therapie wurde von einem „Therapeuten-Paar“ durchgeführt. Die Therapie fand mit Ausnahme der Ferien wöchentlich statt. Herr Dr. med. Bindernagel hat das ausgewählte Kind und dessen Eltern über die Absichten der Untersuchung informiert und ihr Einverständnis eingeholt.

Mit Hilfe der Achse Beziehung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter werden die unterschiedlichen Beziehungskonstellationen erfasst und analysiert. In Anlehnung an Benjamins Zirkumplexmodell (SASB), schuf der Arbeitskreis OPD-KJ 2007 mit der Achse Beziehung ein diagnostisches Mittel, um die Bezie-

hungskonstellation zwischen Therapeut und Patient zu erfassen und im Laufe des diagnostischen und therapeutischen Prozesses zu überprüfen. Der Arbeitskreis OPD-KJ setzte sich zum Ziel, dass dieses diagnostische Instrument auch in der empirischen Psychotherapieforschung zur Anwendung kommt. Für die Analyse dieser Untersuchung eignet sich die Beziehungsbachse des OPD-KJ besonders, weil ihr Videomaterial vorliegt. Die anderen Kinder der Gruppe werden ausschliesslich im Zusammenhang mit der Beziehungsgestaltung des ausgewählten Kindes untersucht.

Limitation: Die Methodik dieser Studie zielt darauf ab, das beobachtbare Verhalten zu untersuchen und in einen Zusammenhang mit der kindlichen Störung zu bringen. Es muss davon ausgegangen werden, dass Verhaltensveränderungen des Kindes nicht ausschliesslich auf die Therapiearbeit zurück zu führen sind. Dennoch wird angenommen, dass die exakte und operationalisierte Beobachtung valide Aussage ermöglicht.

Klinische Bedeutung: Die Behandlung kindlicher Störungen ist nicht nur zur Linderung gegenwärtigen Leidens, sondern auch der Prävention einer progredienten negativen Entwicklung oder psychischen Störung im Erwachsenenalter dienlich. Mit dem bereits vorhandenen Material können die Prozesse der Psychodramagruppentherapie detailgetreu untersucht werden. Es wird davon ausgegangen, dass aus der Untersuchung einige Anregungen für die therapeutische Beziehungsgestaltung in der klinischen Praxis hervorgehen, die in einem nächsten Schritt von „Therapeuten-Paar“ weiter verfolgt und differenziert werden könnten und letztlich zur Optimierung der Therapiewirksamkeit beitragen.

B) Patienteninformation (Brief)

Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
des Kantons St. Gallen

Brühlgasse 35/37

9004 St. Gallen

Patienteninformation

Eine Einzelfalluntersuchung zur Bedeutung der Beziehungen im Gruppenpsychotherapieprozess

Sehr geehrte Frau [Name der Mutter], sehr geehrter Herr [Name des Vaters]

Sie werden von Herrn Dr. med. Bindernagel zur Teilnahme für diese Studie angefragt, weil Ihr Sohn vom 21.01.2008 bis zum 19.01.2009 in der Psychodramagruppentherapie bei Herrn ...und Frau ... teilgenommen hat. Die Therapiesitzungen wurden in Ihrem Einverständnis auf Video aufgezeichnet. Im Rahmen dieser Einzelfalluntersuchung möchten wir das Beziehungsgeschehen zwischen dem „Therapeuten-Paar“ und Ihrem Sohn untersuchen. Herr ... hat Ihren Sohn ausgewählt, weil er aus seiner Sicht von der Psychodramagruppentherapie profitieren konnte.

Ziel der Studie

Mit Hilfe einer Einzelfallanalyse über einen Therapieverlauf von einem Jahr soll die Bedeutung der Beziehungen im Psychotherapieprozess von Psychodramagruppentherapien mit Kindern besser verstanden werden. Mit dem bereits vorhandenen Material können die Prozesse der Psychodramagruppentherapie detailgetreu untersucht werden. Es wird davon ausgegangen, dass aus der Untersuchung einige Anregungen für die therapeutische Beziehungsgestaltung in der klinischen Praxis hervorgehen, die in einem nächsten Schritt von „Therapeuten-Paar“ weiter verfolgt und differenziert werden können und letztlich zur Verbesserung der Therapiewirksamkeit beitragen.

Allgemeine Informationen zur klinischen Studie

Die Studie wird unter Aufsicht von Frau Dr. Agnes von Wyl, Leitende Psychologin im Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst St. Gallen, durchgeführt. Geleitet und verfasst

wird die Arbeit im Rahmen einer Bachelorarbeit von Frau Anna Lea Winzeler. Sie ist Studentin an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie. Die Untersuchung ist Ende Mai 2010 abgeschlossen. Die anderen Kinder der Psychodramagruppentherapie werden nicht in die Studie mit einbezogen.

Die klinische Studie wird nach geltenden schweizerischen Gesetzen und nach international anerkannten Grundsätzen durchgeführt. Der Titel der Arbeit leitet sich vom Inhalt der Untersuchung ab. Die genaue Beobachtung des Beziehungsgeschehens zwischen „Therapeuten-Paar“ und Ihrem Sohn soll Hinweise auf fördernde Aspekte in der Beziehungsgestaltung geben, die der positiven Entwicklung der Kinder dienen.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Wenn Sie auf die Teilnahme an dieser Studie verzichten, haben Sie oder Ihr Sohn keine Nachteile für die weitere Behandlung am KJPD zu erwarten. Das gleiche gilt, wenn Sie Ihre dazu gegebene Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen. Diese Möglichkeit haben Sie jederzeit. Ein allfälliger Widerruf Ihrer Einwilligung bzw. den Rücktritt von der Studie müssen Sie nicht begründen. Im Fall eines Widerrufs werden die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten weiter verwendet.

Studienablauf

Die Datengrundlage bildet ausschliesslich bereits erhobenes Untersuchungsmaterial. Es sind die Krankheitsgeschichte ihres Sohnes, die 40 vollständig auf Video aufgezeichneten Psychodramagruppentherapiesitzungen à jeweils 75 Minuten und die dazu geführten Berichte der Therapeuten. Für die Untersuchung haben wir einige Sitzungen vom Anfang (Sitzungen 1 und 2), von der Mitte (Sitzungen 19 und 20) und vom Ende (Sitzungen 39 und 40) der Therapie ausgewählt.

Pflichten des Studienteilnehmers und der Prüferin

Weil die Studie retrospektiv mit bereits erhobenen Daten arbeitet, sind Sie und Ihr Sohn zu keiner weiteren Mitarbeit verpflichtet.

Nutzen für die Teilnehmer

Die Teilnahme an dieser Studie bringt Ihnen und Ihrem Sohn keinen direkten Nutzen. Doch dank Ihrer Studienteilnahme können die Ergebnisse der Untersuchung in die Opti-

mierung der Psychodramagruppentherapie einfließen und so anderen Personen zugutekommen.

Risiken und Unannehmlichkeiten

Weil die Studie mit bereits erhobenen Daten durchgeführt wird, bestehen für Sie keine Risiken und Unannehmlichkeiten.

Vertraulichkeit der Daten

In dieser Studie werden persönliche Daten von Ihrem Sohn weiter bearbeitet. Diese Daten werden anonymisiert. Sie sind nur Fachleuten zur wissenschaftlichen Auswertung zugänglich. Die Ethikkommission vom Kanton St. Gallen kann im Rahmen eines sogenannten Monitorings oder Audits die Durchführung der Studie überprüfen und in die Originaldaten Einsicht nehmen. Während der ganzen Studie und bei den erwähnten Kontrollen wird die Vertraulichkeit strikt gewahrt. Ihr Name und der Name Ihres Sohnes wird in keiner Weise in Rapporten oder Publikationen, die aus der Studie hervorgehen veröffentlicht.

Kosten

Weder Ihnen respektive Ihrem Sohn noch Ihrer Krankenkasse entstehen im Zusammenhang mit der Teilnahme zusätzliche Kosten.

Entschädigung für den Studienteilnehmenden

Für die Teilnahme an dieser Studie erhalten Sie keine Entschädigung.

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mithilfe!

Kontaktpersonen

Bei Unklarheiten im Zusammenhang mit der Studie, können Sie sich jederzeit an eine der untenstehenden Kontaktpersonen wenden:

Dr. med. Daniel Bindernagel, Leitender Arzt der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen, daniel.bindernagel@kjpd-sg.ch, Tel. 071 / 243 45 45

Dr. phil. Agnes von Wyl, Leitende Psychologin der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen, agnes.vonwyl@kjpd-sg.ch, Tel. 071 / 243 45 45

C) Einverständniserklärung

Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zur Teilnahme an einer klinischen Studie

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.

Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

NUMMER DER STUDIE:	
TITEL DER STUDIE:	Eine Einzelfalluntersuchung zur Bedeutung der Beziehungen im Gruppenpsychotherapieprozess
Sponsor (vollständige Adresse):	KJPD St. Gallen, Brühlgasse 35/37, 9004 St. Gallen
ORT DER STUDIE:	St. Gallen
Prüfer:	von Wyl Agnes
Name und Vorname:	
Patientin/Patient	
Name und Vorname:	
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Ich wurde vom unterzeichnenden Prüfer mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.

Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche PatientInneninformation vom 21.12.2009 gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche PatientInneninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.

Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.

Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in anonymisierter Form an aussenstehende Institutionen zu Forschungszwecken weitergegeben werden. Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute der Kantonalen Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwe-

cken in meine Originaldaten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.

Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung entstehen. In diesem Fall werde ich zu meiner Sicherheit abschliessend medizinisch untersucht.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten
------------	--

Bestätigung des Prüfers: Hiermit bestätige ich, dass ich diesem Patienten/dieser Patientin Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft der Patientin/des Patienten zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich sie/ihn umgehend darüber informieren.

Ort, Datum	Unterschrift der Prüfers
------------	--------------------------

Anhang 2: Typische Muster zwischenmenschlicher Kommunikation

Wiederkehrende typische Muster zwischenmenschlicher Kommunikation	Definition	Beispiel in der therapeutischen Situation
Komplementarität	Die zueinander komplementären Kommunikationseinheiten unterscheiden sich lediglich auf der Fokusebene und sind hinsichtlich der Affiliations-Interdependenzwerte identisch.	Auf eine wohlgemeinte therapeutische Aufforderung, reagiert der Patient positiv in Form eines „sich-öffnen“.
negative Komplementarität	Auf einen transitiven Kommunikationsakt mit negativen Affiliationswerten wird ebenfalls negativ reagiert.	Der Patient verhält sich aggressiv gegenüber dem Therapeuten und der Therapeut reagiert ebenfalls aggressiv auf den Patienten.
Antithese	Der Sprechende wechselt den Kommunikationsfokus durch eine Verkehrung der Affiliations- und Interdependenzwerte. Häufige therapeutische Intervention um aus einer malignen Kommunikationsspirale auszusteigen.	Der Patient zieht sich gekränkt zurück, worauf der Therapeut mit einer freundlichen Aufforderung reagiert.
Komplexität	Eine Botschaft transportiert dissonante Informationen.	Während der Therapeut glaubt freundlich zu agieren und seine negativen Affekte zu unterdrücken, reagiert der Patient nur auf die aversiven Untertöne.

Tabelle: Typische wiederkehrende Beziehungsmuster zwischenmenschlicher Kommunikation

(vgl. Bonde, 1995, S. 37)

Anhang 3: Bogen zur Befunderhebung Achse „Beziehung“

Der Bögen zur Befunderhebung werden vom Hans Huber Verlag kostenlos freigestellt und können unter folgender Internetadresse herunter geladen werden:

<http://verlag.hanshuber.com/opdkj/opdkj.pdf>

Bogen zur Befunderhebung Achse «Beziehung»

A) Dyaden

- Beobachtung
- Anamnese
- Symbolisierte Szene im Spiel und/oder Testung

.....verhält sich in Beziehung zu

(z.B. Kind zu Untersucher oder Untersucher zu Kind)

Einschätzung basierend auf folgender Untersuchungssituation

Objektgerichteter Kreis

Einschätzskala
1 nicht vorhanden
2 mäßig vorhanden
3 stark vorhanden
4 sehr stark vorhanden

1.1 gewähren lassen
1 2 3 4

1.2 interessiert zugewandt
1 2 3 4

1.3 liebevoll behandelnd
1 2 3 4

1.4 freundlich anleitend
1 2 3 4

1.5 bestimmend, kontrollierend
1 2 3 4

1.6 vorwurfsvoll
1 2 3 4

1.7 aggressiv/feindselig
1 2 3 4

1.8 desinteressiert abgewandt
1 2 3 4

Subjektgerichteter Kreis

Einschätzskala
1 nicht vorhanden
2 mäßig vorhanden
3 stark vorhanden
4 sehr stark vorhanden

2.1 eigenen Handlungs-impulsen folgend
1 2 3 4

2.2 offen und unbefangen
1 2 3 4

2.3 freudig im Kontakt
1 2 3 4

2.4 vertrauensvoll und angepasst
1 2 3 4

2.5 fremden Handlungs-impulsen sich fügend
1 2 3 4

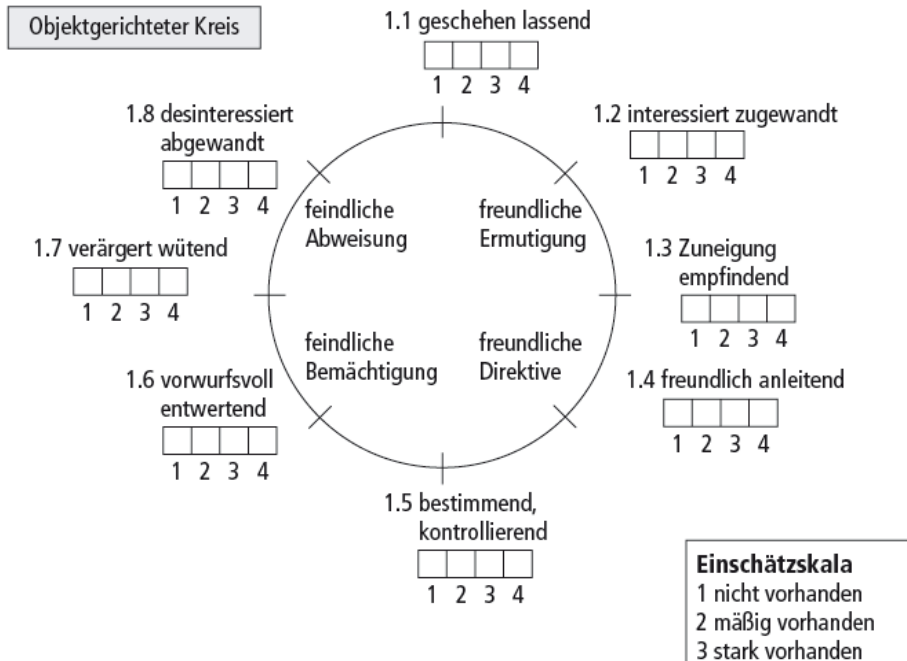
2.6 unzufrieden gefügig
1 2 3 4

2.7 wütend im Kontakt
1 2 3 4

2.8 misstrauisch sich verschließend
1 2 3 4

B) Resonanz des Untersuchers auf

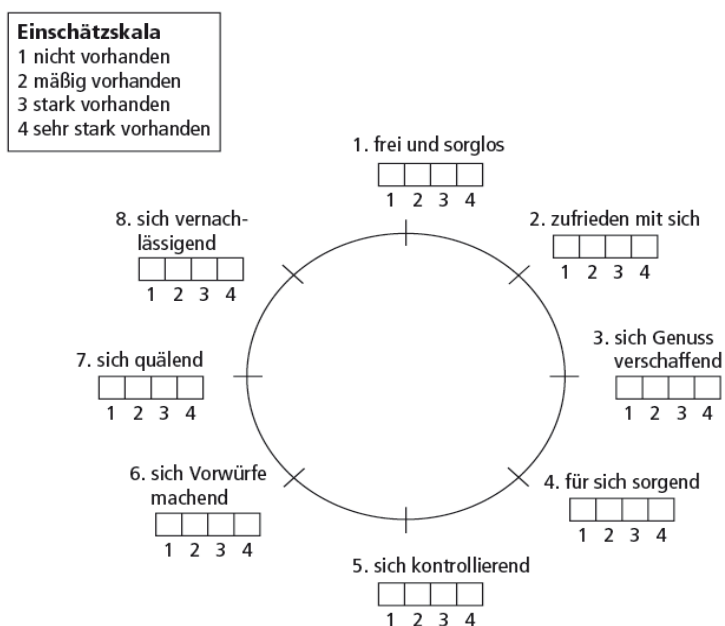
- Kind
- Vater
- Mutter
- Mutter-Kind-Dyade
- Vater-Kind-Dyade
- Vater-Mutter-Dyade
- Triade/Familie



C) Selbstbezoglicher Kreis (intrapsychisch)

- Kind
- Vater
- Mutter
-

Einschätzung basierend auf folgender Untersuchungssituation



Anhang 4: Auswertung der Therapiestunden

Zweite Therapiestunde

Die Kinder kommen springend ins Zimmer rein. Nach dem Begrüßungsritual werden die Kinder aufgefordert, etwas zu erzählen. Es wird in Erfahrung gebracht, dass eines der Kinder die Schule gewechselt hat und nun in die gleiche Schule geht wie ein anderes Kind. Erneut wird über die Regel des „sich nicht sehen Dürfens ausserhalb der Therapie“ gesprochen. Franc beteiligt sich aktiv am Gespräch. In der zweiten Phase meldet er sich auch sofort begeistert mit der Idee, die rote Zora nochmals zu spielen. Analog zur ersten Stunde wird die Handlung durch besprochen. Bei der Spielvorbereitung kommen zum ersten Mal Requisiten ins Spiel. Eine ausgelassene, freudige Szene entsteht. Die Kinder lachen über die Krawatten und Hüte. Beim Szenenaufbau nimmt sich das Therapeuten-Paar etwas zurück, greift dann wieder strukturierend und integrierend ein und weist die Kinder darauf hin, dass sie sich zuhören müssen und einander mitteilen sollen, wie das Spiel abläuft. Insgesamt ist die Gruppe recht bewegt, aber etwas ziellos. Es kommt zu einem ersten noch stark durch den Therapeuten geführten Spieldurchlauf. Obwohl noch Zeit für einen zweiten Durchlauf wäre, will die Mehrheit der Kinder nicht mehr spielen. In der Schlussrunde bleibt Zeit zum Diskutieren. Auf Nachfrage des Therapeuten-Paars monieren die Kinder die kurze Spielzeit. Das Therapeuten-Paar formuliert als Ziel für die nächste Stunde eine bessere Verständigung der Kinder untereinander.

Szene 3: Andere stehen im Mittelpunkt

Die Episode, die gespielt werden soll, wird von M2 nochmals erzählt. Der Therapeut führt und strukturiert stark, stellt aber auch Fragen und macht Vorschläge. Die Therapeutin unterstützt klärend und nachfragend. Franc hört zuerst aufmerksam zu und wird dann zunehmend unruhig. Er und J4 beginnen auf ihren Sitzkissen rumzuhüpfen. Der Therapeut schaut immer wieder kurz zu ihnen rüber, ohne zu intervenieren und fordert zuerst J4 auf, sich wieder richtig hinzusetzen. Franc klopft weiterhin auf sein Kissen und wird dann auch vom Therapeuten per Handzeichen aufgefordert, damit aufzuhören. Franc hört wieder zu und spricht sich dann bei der Rollenverteilung in der Subgruppe mit J2 ab. Der Therapeut weist sie darauf hin, dass alle mitbekommen müssen, was diskutiert wird.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc beachtet den Therapeuten kaum.</p>	<p>Therapeut zu Franc Freundlich direktiv, etwas ungeduldig. Der Therapeut strukturiert freundlich, aber direktiv. Er will, dass die Kinder M2s Erzählung folgen und dabei still zuhören. Er nimmt die Unruhe der Kindern (Franc & J4) links neben sich wahr. Er interveniert zunehmend ungeduldiger und fordert die Kinder auf, ruhig zu sein.</p>
<p>Franc zu Gruppe Franc wendet sich hauptsächlich J4 und J2 zu und kann sich dem Gruppeninteresse, M2 zuzuhören, nicht so gut fügen.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen Die Unruhe stärkt das Gefühl, eingreifen zu müssen, damit die Szene nicht eskaliert. Die Situation kann Franc nicht überlassen werden, weshalb stark bestimmend und kontrollierend (1.5) Einfluss genommen werden muss.</p> <p>Gruppe zu Franc Die Szene ist klar strukturiert, die Kinder sollen M2 zuhören(1.4). J4 und M1 haben ebenfalls Mühe, ruhig und konzentriert zuzuhören. Die allgemeine Unruhe wirkt ansteckend. Die Kinder lassen Franc gewähren.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc hat Mühe sich in die Situation einzufügen (2.4) und geht seinen eigenen Interessen nach (2.1). Je unruhiger die Stimmung, desto mehr Zuwendung erhalten Franc und der neben ihm sitzende Junge J4. Dadurch fühlt er sich wahrgenommen und versucht, sich den Anweisungen entsprechend anzupassen (2.5).</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut geht nicht auf Francs Initiativen ein und überlässt ihm die Führung nicht.</p>
<p>Franc zu Gruppe Er will selber ein aktives Mitglied der Gruppe sein und sich am Geschehen beteiligen. Bei den Jungen neben sich erfährt er mehr Resonanz als von den Therapeuten und der ganzen Gruppe, er orientiert sich an ihnen (2.1).</p>	<p>Gruppe zu Franc Franc erlebt, dass einige Mitglieder auf seine Impulse reagieren. Niemand verhält sich ihm gegenüber feindselig oder aggressiv, auch wenn er vom Therapeuten zurückgewiesen wird.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Franc wirkt wenig kontrolliert, frei für sich sorgend*

Die Stimmung ist allgemein unruhiger als in der ersten Stunde. Franc erlebt den Therapeuten stark führend und anleitend. Seine Aufmerksamkeit richtet sich hauptsächlich auf M2. Einige Kinder können sich interessiert und aufmerksam auf den Gruppenprozess einlassen und sich den Vorgaben des Therapeuten-Paares fügen. Franc scheint zu merken, dass auch er zuhören sollte, was ihm aber nicht leicht fällt. Er kann sich nicht aktiv beteiligen. Durch die Bewegung scheint er Langeweile und Ungeduld ausgleichen zu können. Seine Konzentration richtet sich mehr auf die Jungen neben ihm, die ebenfalls auf ihn reagieren. Die Therapeutin verhält sich Franc gegenüber freundlich direktiv.

Szene 4: Franc steht im Mittelpunkt

Der Therapeut spricht mit den Kindern den Ablauf der Geschichte durch, wobei vor allem M2 beteiligt ist, die über den genauen Ablauf informiert. Der Therapeut stellt fest, dass es

noch einen Wald braucht. Franc kommt sofort in Aktion und stellt mit Matten das Unterholz dar und wird von der Therapeutin dafür gelobt: „Super Idee, da ist der Wald“.

Objektgerichteter Kreis	
<p>Franc zu Therapeut Starke Ausprägung im Quadrant freundliche Ermutigung. Obwohl sich die Aufmerksamkeit und das Interesse des Therapeuten auf die ganze Gruppe richten, fühlt sich Franc persönlich angesprochen und reagiert sofort handelnd mit einem Vorschlag.</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut leitet die Gruppe freundlich an und schafft eine Atmosphäre, die die Beteiligung der Kinder zulässt. Er freut sich über Francs aktive Beteiligung am Gruppenprozess und gibt ihm Raum für seinen Vorschlag. Er wendet sich ihm interessiert zu und unterstützt ihn ermunternd.</p>
	<p>Resonanz der RaterInnen Dem Kind wird innerhalb eines strukturierten Rahmens Freiraum gewährt um eigene Vorschläge einzubringen.</p>
<p>Franc zu Gruppe Franc verhält sich der Gruppe gegenüber interessiert-zugewandt und freundlich anleitend. Einige unterhalten sich mit dem Therapeuten-Paar, andere stehen etwas ausserhalb. Er ist interessiert am Geschehen, scheint es aber nicht ganz zu überblicken und orientiert sich vor allem am Therapeuten.</p>	<p>Gruppe zu Franc Die Mehrheit der Kinder bewegt sich im Bereich freundliche Ermutigung. Sie hören dem Therapeuten zu und machen am Gruppenprozess mit.</p>

Subjektgerichteter Kreis	
<p>Franc zu Therapeut Zwischen freudig-selbständig und freudig-sich fügend. Franc erlebt, dass der Therapeut erfreut lobend auf seinen Vorschlag (Unterholz) reagiert.</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut verhält sich in Bezug auf Francs Vorschlag freudig-sich fügend und lässt das Kind seine Idee ausführen.</p>
<p>Franc zu Gruppe Franc reagiert freudig selbständig. Spontan macht er einen Vorschlag und beteiligt sich so vertrauensvoll angepasst am Gruppengeschehen.</p>	<p>Gruppe zu Franc Die Kinder reagieren unterschiedlich auf Francs Vorschlag. Die meisten folgen ihren eigenen Handlungsimpulsen. Einige gehen sogleich auf Francs Vorschlag ein, andere reagieren kaum. M2 macht selber einen Vorschlag. Die Gruppe akzeptiert Francs Vorschlag.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Franc wirkt ausgesprochen frei, sorglos, zufrieden mit sich und kann für sich selber sorgen. Er scheint Spass zu haben.*

Das interaktive Geschehen ist komplexer. Es finden verschiedene interpersonelle Aktionen statt. Der Therapeut vermittelt eine freundlich, ermutigende Atmosphäre, in der die Kinder aufgefordert werden, sich zu beteiligen. Entsprechend werden die Ideen der Kinder vom Therapeuten-Paar positiv aufgenommen. Mit ihrem Kommunikationsstil bewegen sie sich auf dem Kreismodell zwischen freundlicher Ermutigung und freundlicher Direktive. Sobald die Stimmung offener ist, wird Franc initiativer. Franc scheint es gut zu gehen, wenn er sich aktiv am Gruppengeschehen beteiligen kann und seine Vorschläge beim Therapeuten auf Anerkennung stossen. Wenn er sich beteiligen kann, scheint er zufrieden. Franc erlebt, dass die Gruppe seinen Vorschlag (Unterholz) akzeptiert.

19. Therapiestunde

Veränderung zu den ersten Terminen (1, 2): Zum Sitzen im Kreis sind Stühle statt Kissen vorbereitet. Die Kinder kommen springend und singend rein. Insbesondere M1 singt und kreischt sehr laut. Anfangs fehlen zwei Jungen. Von Anfang an setzt sich M1 nicht in die Runde. Allgemein ist die Stimmung in der Gruppe aufgebracht, laut und unruhig. Es kann kaum eine Diskussion entstehen, weil insbesondere Jungs und M1 lärmern und unruhig sind. Franc konzentriert sich zuerst mehr auf die „ruhigeren Mädchen“ (M2, M3), holt dann aber Kissen um seine Füße hochzustellen. Frage des Therapeuten-Paars: „wie kann man reden, dass man sich versteht?“ Die Kinder wollen wieder auf Kissen und nicht auf Stühlen sitzen. Die Szene ist durch Unruhe, Aufregung, Lärm (Schreie etc.) bestimmt. Der Therapeut will zur Entwicklung der Geschichte überleiten, doch alles ist chaotisch, wild und laut. Einige Kinder beleidigen sich gegenseitig. Themen sind wie man mit so Verletzten umgeht, wie man sich zurückziehen kann, wenn einem das Ganze zu viel wird. Nach einer schwierigen Entscheidungsphase spielen die Kinder Fussball. Franc führt das Spiel in der Rolle des Schiedsrichters. M1 spielt nicht mit und wird von der Therapeutin betreut, damit sie das Spiel der Gruppe nicht stört. Beim Aufräumen ist J4 wieder verletzt und kann nicht helfen. Franc räumt bis zum Schluss auf und steigt und hüpfert rum. In der Schlussrunde werden die Kinder aufgefordert, zu sagen, was sie im Zusammenhang mit dieser Stunde wichtig fanden. Erneut kommt es zu einem chaotischen und lauten Geschrei, welches vom Therapeuten in Lautstärke und Wortwahl vehementer unterbrochen wird. Die Kinder sagen: „gut, gut, gut, scheisse, scheisse, scheisse“. Therapeut: „was war gut oder scheisse?“ Therapeutin: „es war lustig zu schauen, aber anstrengend wie M1 draussen war. Wenn einer mal draussen ist, kommt er fast nicht mehr in die Gruppe.“ Die Kinder bemerken, dass M1 schon die letzten beiden Male ausserhalb der Gruppe war. Der Therapeut: „es war super wie der Schiedsrichter es gemacht hat. Toll, wie die Gruppe gespielt hat.“ Die Therapeutin schafft es M1 in die Runde zu holen und sagt, sie möchte stellvertretend für M1 etwas fragen, weil sich diese nicht selber wage. Frage an die Gruppe sei, ob M1 ihr Stofftier mitbringen dürfe, weil sie sich dann weniger einsam fühlen würde? Die Kinder sind nicht einverstanden, resp. wollen dann auch Sachen mitbringen. Das Therapeuten-Paar klärt, dass es nur darum gehe, ob M1 ihr Stofftier mitnehmen könne, damit sie sich besser fühle. Dies sei ein Gruppenentscheid. Auf Francs Vorschlag hin einigen sich die Kinder nach einer wilden Diskussion und lobender Unterstützung des Therapeuten, dass sie das Stofftier einmal mitnehme und dann könne man schauen, ob es wirkt. M1 bedankt sich. Hauptthemen dieser Therapie-

stunde sind Umgang mit Verletzlichkeit, gruppodynamischen Themen wie „sich zurücknehmen können“ und das Abseitsstehen von M1.

Szene 5: Andere im Mittelpunkt

Nach dem Begrüssungsritual erzählt Franc eine längere Geschichte. Das Therapeuten-Paar fragt nach, die Gruppe hört konzentriert zu, bis Franc von J4 unterbrochen wird. M1 beginnt unter dem Sofa zu singen. J4 will weiter reden, kann aber nicht weil es so laut ist. Franc kann seine Geschichte nicht mehr zu Ende erzählen. Er steht auch auf und holt Kissen, die er zu einem Turm baut. Es kommt zu Disputen unter den Kindern. J4: „ich will weiter reden“, M3 zu J4: „ du bist so blöd“, Franc zu M1: „du auch“. Das Therapeuten-Paar versucht, wieder Ordnung in das Durcheinander zu bringen. Der Therapeut fragt, wie man miteinander reden könne, ohne unterbrochen zu werden. Franc setzt sich auf sein Kissen und sagt, er sei der Richter. Er steht auf, geht leger zum Telefon, ruft die Polizei an und kommentiert mit süffisantem Lächeln: M1 würde abgeholt. Es wird lauter, Junge 2 und 3 stehen auch auf und holen Kissen.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc verhält sich stark bestimmend. Er will etwas erzählen. Als er unterbrochen wird und sich der Therapeut von ihm abwendet, geht er seinen eigenen Impulsen nach und verweigert die weitere Teilnahme. Er zeigt starke Autonomiebestrebung und Desinteresse.</p>	<p>Therapeut zu Franc Das Gruppengeschehen ist wild, der Therapeut kann kaum das Ganze überblicken und ist Franc gegenüber teilweise abgewandt, z. B. als er seine Geschichte fertig erzählen will. Dies ärgert Franc. Später verhält sich der Therapeut Franc gegenüber aufmerksam und bemerkt, dass er den Richter spielt. Insgesamt lässt der Therapeut Franc viel Freiraum und setzt ihm keine Grenzen.</p>
<p>Franc zu Gruppe Franc bewegt sich hauptsächlich im Quadrant feindliche Bemächtigung. Er ernennt sich selber zum Richter und ruft die Polizei, um M1 abzuführen, die ihn so stört und ärgert. Franc zeigt sich M1 gegenüber feindselig und äussert das auch allen gegenüber.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen <i>Das Gefühl, die Situation nicht mehr regulieren zu können, wird stärker. Die Kinder verhalten sich nicht mehr angepasst. Sie sagen ihre Meinung und zeigen ihre Aggressionen. Durch diese Äusserungen werden wachsende Belastung und Desinteresse spürbar, verbunden mit dem Bedürfnis, das Geschehen stärker zu strukturieren und Verhalten zu sanktionieren.</i></p> <p>Gruppe zu Franc Ganz allgemein hören die Kinder niemandem richtig zu. Die Gruppe nimmt eine feindlich abweisende Haltung ein, die sich vor allem im Desinteresse zeigt. So wird Franc von J4 unterbrochen und später hören ihm auch die anderen Kinder nicht zu (J2 + J3). Die Kinder lassen ihn gewähren und ignorieren ihn teilweise auch.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc orientiert sich nicht mehr am Therapeuten, sondern geht autonom eigenen Impulsen nach. Mit seinen Aussagen und Handlungen zeigt er eigene Ideen, was als offen und unbefangen eingeschätzt werden kann.</p>	<p>Therapeut zu Franc Obwohl er Franc gewähren lässt, kommt er immer wieder auf die ihm wichtig erscheinenden Themen zurück und versucht, die Kinder zusammenzubringen. Er fügt sich dem Geschehen aber auch, indem er nicht direktiv eingreift.</p>
<p>Franc zu Gruppe Er verhält sich autonom und verweigert die weitere Zusammenarbeit mit der Gruppe in dem er seinen eige-</p>	<p>Gruppe zu Franc Die Gruppe verweigert das aktive gemeinsame Zusammenspiel, was zu einem Chaos führt. Die Kinder scheinen alle unzufrieden</p>

nen Impulsen folgt.	über die chaotische unstrukturierte Situation. Niemand kann sich durchsetzen. Sie verhalten sich wütend und ungezügelt. Ihren Missmut lassen sie hauptsächlich M1 spüren.
---------------------	---

Selbstbezüglicher Kreis: *Seinem Verhalten zufolge wirkt Franc relativ frei und sorglos. Er scheint unzufrieden darüber, dass er nicht im Mittelpunkt steht, hingegen mit seinem eigenen Verhalten scheint er zufrieden, vielleicht sogar ein bisschen stolz darüber, wie er den Richter spielt.*

Franc ist sichtlich frustriert darüber, dass er seine Geschichte nicht zu Ende erzählen kann. In der Folge wendet er sich von der Gruppe ab und geht seinen eigenen Impulsen nach. Seine Unruhe bringende Aktion wird vom Therapeuten-Paar nicht sanktioniert, sie lassen ihn gewähren. Er schafft es ohne Aufforderung oder Anregung vom Therapeuten-Paar oder anderen Kindern, sich wieder in den Gruppenprozess einzubringen, allerdings indem er seine Frustration und seine Wut gegen M1 richtet.

Szene 6: Franc steht im Mittelpunkt

Nach mehreren missglückten Gruppierungsversuchen interveniert die Therapeutin, indem sie sich als Fotografin ausgibt. Sie möchte von jeder Mannschaften ein Bild machen und richtet ihr Begehren an Franc, der unterdessen die Rolle des Schiedsrichters übernommen hat. Franc sagt, er müsse diese Anfrage zuerst mit dem Trainer absprechen. Einzelne Kinder rufen: „sag, ja!“ und bestärken Franc in seiner führenden Rolle. Der Therapeutin wird gestattet, die beiden Mannschaften zu fotografieren, wobei immer wilde „Störfriede“, die als Hooligans bezeichnet werden dazwischen rennen. Nach dem Fotoshooting leitet der Therapeut zum Spielstart über und fordert den Schiedsrichter auf, den Startschuss zu geben.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc beachtet den Therapeuten kaum. Die Therapeutin übernimmt die Rolle, die in den anderen Szenen der Therapeut inne hatte.</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut freut sich über Francs aktive Beteiligung am Gruppenprozess und nutzt die neue Situation, – Franc in der Rolle als Schiedsrichter- um mit Franc zusammen zum Spiel überleiten zu können.</p>
<p>Franc zu Therapeutin Franc erlebt, dass sich die Therapeutin direkt an ihn wendet. Reaktion: Er verhält sich im ersten Augenblick noch ein bisschen zögerlich, zeigt sich aber interessiert und kann dann rasch aus seiner Rolle als Schiedsrichter agieren.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen <i>Durch sein selbstbezogenes und zappeliges Verhalten sowie seine latente Spannung ärgert und reizt Franc ein bisschen. Ohne strukturierende Intervention entsteht das Gefühl, die Interaktion nicht gestalten zu können. Wird Franc aktiv in den Mittelpunkt gestellt, ist man ihm gegenüber wieder positiv gestimmt, weil er sofort darauf einsteigt.</i></p>
<p>Franc zu Gruppe Franc will mitbestimmen, er ist interessiert und kümmert sich um das Geschehen. Er übernimmt auch Verantwort-</p>	<p>Franc zu Therapeutin Die Therapeutin verhält sich vorwiegend im Viertel freundliche Ermutigung. Sie geht führend vor, lässt aber Franc gegenüber gleichzeitig Spielraum. Sie hört Franc zu und geht spielend auf ihre Antwort ein.</p> <p>Gruppe zu Franc Allgemein eine chaotische Stimmung. Die Kinder machen, was sie wollen. Doch reagiert die Mehrheit auf die Intervention „Schieds-</p>

tung, stellt Kissen wieder auf, die andere zu Boden geworfen haben und schaut, dass der Fotograf die Mannschaft fotografieren kann. Zwischendurch setzt er sich etwas impulsiv durch, wirbelt herum und will eigenwillig bestimmen (1.6).

richter-Fotografin“ und hört Franc zu. Einige Kinder unterstützen ihn durch Zurufen. Die stärksten Ausprägungen bewegen sich zwischen freundlicher Ermutigung und Desinteresse.

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc erlebt, wie der Therapeut die Führung wieder übernimmt und eine Atmosphäre schafft, die seine Beteiligung in der Rolle als Schiedsrichter zulässt.</p>	<p>Therapeut zu Franc Sein Verhalten bewegt sich Franc gegenüber im Bereich von gewähren lassen und später auch wieder freundlich anleitend. In dieser Szene richtet er seine Aufmerksamkeit hauptsächlich auf andere Kinder.</p>
<p>Franc zu Therapeutin Franc geht freudig auf das Spielangebot der Therapeutin ein und gestaltet die Szene selber mit.</p>	<p>Therapeutin zu Franc Die Therapeutin fügt sich Francs Vorschlag und scheint sich über die gelungene Interaktion mit Franc zu freuen.</p>
<p>Franc zu Gruppe Er will in der Gruppe eine Funktion übernehmen, aber auch sicher sein, dass sein Handeln von den anderen akzeptiert wird. (Die Anfrage der Therapeutin beantwortet er erst nach Absprache mit der Trainerin und den Mannschaften). Er erlebt, dass er in der Gruppe akzeptiert wird und seine Entscheidungen von den Gruppenmitgliedern getragen werden.</p>	<p>Gruppe zu Franc Die meisten Kinder reagieren offen und unbefangen auf Franc. Sie unterstützen ihn in seiner Rolle als Schiedsrichter und folgen seinen Vorschlägen.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Franc wirkt weniger sorglos als in anderen Stunden, er kümmert sich um die Gruppe. Er scheint aber zufrieden mit sich und scheint für sich sorgen zu können.*

Die chaotische Szene veranlasst auch Franc, unruhig herum zu surren. Er scheint die Spannung schlecht auszuhalten und versucht durch unkoordinierte Aktionen die Situation zu kontrollieren. Als er von der Therapeutin zum Spiel aufgefordert wird, reagiert er rasch. Er erlebt, dass viele Kinder trotz recht chaotischer Gruppendynamik wahrnehmen, was er gefragt wird und bemerkt, wie einige Gruppenmitglieder ihn in seiner Rolle stärken und unterstützen. Er erlebt, dass er auf das Gruppengeschehen positiv einwirken kann, wenn er die anderen mit einbezieht. Franc scheint zufrieden, wenn er sich aktiv am Gruppengeschehen beteiligen kann und seine Vorschläge bei den Therapeuten auf Anerkennung stoßen. Wenn er sich beteiligt, fühlt er sich wirksam und frei.

20. Therapiestunde

Franc kommt als Erster springend rein und beginnt mit den Kissen um sich zu werfen, was vom Therapeuten unmittelbar gestoppt wird. Von Anfang an herrscht eine aufgebracht, hektische und unkonzentrierte Stimmung. Bereits in der ersten Phase wird das Thema dieser Stunde deutlich. Es geht um den Ausschluss von M1. Franc spielt dabei von Anfang an eine führende Rolle. Er findet M1 zu laut, störend und wünscht, dass sie nicht mehr kommt. Auf die Frage der Therapeuten, was gespielt werden soll, schlagen die Kinder “ab-

hauen“ und „schlafen“ vor. Die Kinder zicken, streiten und ärgern sich. Das Therapeuten-Paar thematisiert die Unruhe in der Gruppe, die ein gemeinsames Gespräch verunmöglicht. Einige Kinder müssen umplatziert werden. Die Therapeutin dementiert die Hypothese der Kinder, wonach sich alle Probleme auflösen würden, wenn M1 weg sei, da diese bereits seit 21 Minuten still sei. Plötzlich bildet sich eine Gruppe, die sich vor etwas schützt. Das Therapeuten-Paar versucht vergebens zu erfahren, wovor sie sich schützen muss. Die Kinder schießen mit Maschinengewehren, worauf das Therapeuten-Paar scharf interveniert. Es brauche zuerst eine Geschichte. Die Gruppe verbündet sich lautstark gegen M1 und bezeichnet sie als Monster. Der Therapeut ermahnt die Kinder, sie müssten M1 fragen, ob sie diese Rolle spielen möchte. Sie sagt, sie sei ein sibirischer Husky. J4 spielt einen König, die anderen Kinder haben keine näher definierten Rollen. Das Spiel beginnt, bevor der Spielablauf durch besprochen ist. Das Therapeuten-Paar scheint M1 stark zu schützen. Insgesamt stehen M1 – durch die aktive Ausgrenzung der Gruppe – sowie die Jungen 1,2,4 im Mittelpunkt. Franc ist stark auf die Gruppe fokussiert, wirkt allerdings oft unbeteiligt, ausser bei der Ausgrenzung von M1. In der Schlussrunde kommt es zu Schwierigkeiten, unter anderem weil sich M2 nicht neben J3 setzen will. Nach diversen Versuchen wird die Runde unter Ausschluss von M1 abgeschlossen.

Szene 7: Franc steht im Mittelpunkt

Lautes wirres Gerede in Subgruppen: M2 und M3 lachen und turnen auf den Kissen, Franc und J4 reden zusammen, M1 singt laut. Das Therapeuten-Paar kommentiert das Geschehen in der Gruppe und sagt, wie schwierig es ist, in der Gruppe mitzukommen. Franc stösst zuerst J4 das Sitzkissen weg und dann J2 und sagt dann: „wer ist alles dafür, dass M1 mh, mh, mh...?“. J4 ruft ja und hebt mit Franc die Hand. Die Frage wird von J4 wiederholt. Der Therapeut fragt nach, was die Frage bedeute. M2 flüster J4 etwas zu. Franc: „Ich habe nur Spass gemacht“. Therapeut: „was für einen Spass, ich möchte auch lachen?“. Gruppe lacht und redet. Therapeut: „Vielleicht stören sich die anderen daran, das M1 so laut singt und man sich nicht unterhalten kann? ... J4: „Ja, das stört mich sehr, wer ist dafür, dass sie rausfliegt aus dem KJPD!“ M1: „Nein es ist niemand dafür.“ J4: „doch!“. Alle Kinder heben die Hand. Es wird darüber diskutiert, was das heisst und was es bedeutet aus dem KJPD zu fliegen. Therapeutin: „Wir wollen eben, dass ihr kommen könnt. Das könnte der Irrtum sein, wir wollen niemanden draussen haben, auch wenn er schwierig oder unruhig ist.“ Es kommt zu einer Diskussion, wann man nicht mehr zum KJPD kommen muss. Vorschläge sind, wenn man stirbt oder Diphtherie bekommt. Es kann nicht geklärt werden, was die Gruppe genau an M1 stört.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc scheint dem Therapeuten gegenüber gleichgültig, es ist ihm egal, was er sagt. Er agiert dominant und will den Ablauf bestimmen.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Der Therapeut lässt den Kindern Freiraum und versucht gleichzeitig durch Fragen, die Bedeutung der Aussagen und Handlungen von Franc zu ergründen. Er geht akzeptierend auf Franc ein, fragt nach. Seine Fragen sind implizit Kritik und Ärger immanent. „was für einen Spass, ich möchte auch lachen?“.</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Franc verhält sich der Gruppe gegenüber sehr zugewandt und ausgesprochen dominant. M1 gegenüber benimmt er sich gezielt böse. Er forciert den Ausschluss von M1 aus der Gruppe. J4 wird zu seinem Verbündeten, er schliesst sich seiner Meinung sofort an und zielt in die gleiche Richtung. Allgemein kontrolliert er das Geschehen. Den anderen Gruppenmitgliedern gegenüber verhält er sich bestimmend.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen</p> <p><i>Franc bewegt sich stark im Bereich feindliche Bemächtigung. Auf der Affektdimension verhält er sich insbes. M1 gegenüber ablehnend und angriffig und auf der Autonomiedimension bewegt er sich unabhängig von den anderen.</i></p> <p>Gruppe zu Franc</p> <p>Die Gruppe überlässt Franc die Führung und lässt sich von seinen Ideen leiten. J4 übernimmt eine Art Co-Leitung im Versuch M1 auszuschliessen.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc folgt seinen eigenen Impulsen und orientiert sich kaum am Therapeuten.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Am stärksten ausgeprägt ist „fremden Handlungsimpulsen fügend“. Die Stimmung ist aufgebracht und der Therapeut wirkt leicht unzufrieden und misstrauisch darüber, wie Franc den Ausschluss von M1 thematisiert. Es ist nicht so klar, wie freiwillig der Therapeut die Führung Franc und den anderen Kindern überlässt.</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Auf M1 reagiert er feindselig und äussert seine Unzufriedenheit klar. Auf Annäherungsversuche reagiert er verschlossen.</p>	<p>Gruppe zu Franc</p> <p>Die Gruppe fügt sich Francs Handlungsimpulsen. Alle Kinder schliessen sich dem Vorschlag von Franc und J1 an, M1 auszuschliessen. Sie sind wütend und unzufrieden und projizieren ihren Ärger und Missmut gemeinsam auf M1. M1 wehrt sich vehement, kann sich aber alleine nicht gegen die Gruppe verteidigen.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Er wirkt orientierungslos und verloren, er übernimmt das Zepter und teilt aus.*

Generell sind Unruhe und Chaos ein Thema dieser Gruppe. Im Speziellen stört und ärgert M1 durch ihre unangepasste, forsche und laute Art die Kinder seit Therapiebeginn. Franc thematisiert dieses virulente Thema aktiv und übernimmt im Verbund mit J4 stellvertretend für die Gruppe die Rolle des Kritikers. Das Therapeuten-Paar versucht die Aversionen Francs (und der Gruppe) aufzunehmen und besser zu verstehen. Doch scheint die Heftigkeit und Rücksichtslosigkeit der Feindseligkeit überraschend und wecken in der Resonanz negative Gefühle gegenüber Franc. Der mittlere Wert bei Item 2.6 unzufrieden gefügig, kann als Ausdruck von Widerstreben und Hilflosigkeit verstanden werden. Franc orientiert sich kaum am Therapeuten, er genießt die Bestätigung und Stärkung durch die Gruppe.

Szene 8: Andere stehen im Mittelpunkt

M2 erzählt eine lange Geschichte. Franc klopft an sein Kissen und wird wiederholt vom Therapeuten zurechtgewiesen: „Du Franc, bitte, ich möchte auch ihr zuhören“. Er wird ruhiger, hört zu, klopft mit dem Fuss auf den Boden. Es folgt eine längere konzentrierte Diskussion über Gerüchte und was aus ihnen werden kann und über Gewalt von Kindern in der Schule. Als M3 erzählt, steht Franc auf und blickt aus dem Fenster: „oh, schaut es tropft“, sofort wird es wieder unruhiger. Gleich steht auch J2 auf und schaut aus dem Fenster. Die Therapeutin will zuerst J2 und Franc zurückholen, doch da sind schon alle ans Fenster getreten und schauen raus. Der Therapeut lobt, wie es grad vorher noch ruhig war und fragt, wie man eine Geschichte erfinden könnte? Franc turnt wieder alleine auf den Kissen herum. Die Kinder sagen, dass in dieser Gruppe keine gemeinsamen Sachen gemacht werden könnten. Franc holt eine Matte und legt sich darauf.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc lässt den Therapeuten über weite Strecken gewähren. Sein Interesse ist allerdings gering und er geht auch nicht auf die Zurechtweisung der Therapeuten ein. Schliesslich durchkreuzt er den vom Therapeuten-Paar bestimmten Ablauf.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Der Therapeut geht kaum auf Franc ein und lässt ihn machen, weist einmal kurz darauf hin, dass er dem anderen Kind zuhören sollte und sagt implizit, dass er jetzt keine Zeit für Franc hätte.</p> <p>Resonanz der RaterInnen</p> <p><i>Alle sollen sich beteiligen, wenn Franc nicht will oder kann, soll er für sich schauen, dabei aber die andern nicht stören (freundliche Zurechtweisung). Emotional ist es ein ständiges Hin und her zwischen gewähren lassen und Kontrolle.</i></p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Über lange Zeit hört Franc der Gruppe mässig interessiert zu, verliert dann die Geduld und handelt bestimmt, indem er aufsteht und sagt, dass es regnet.</p>	<p>Gruppe zu Franc</p> <p>Die Kinder richten ihre Aufmerksamkeit und ihr Interesse dem Gruppengeschehen zu und kümmern sich nicht um Franc.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc bewegt sich in ausgeprägtem Mass auf der Autonomie dimension zwischen sich fremden Handlungsimpulsen fügend und eigenen Impulsen folgend. Er ist ungeduldig und unzufrieden und reagiert dann, indem er der Gruppe mitteilt, dass es regnet.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Im Bezug auf Franc folgt der Therapeut seinen eigenen Absichten und beachtet Franc kaum, zeigt sich ihm gegenüber aber in keiner Weise negativ-feindselig.</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Franc kann zuerst die eigenen Impulse kontrollieren und sich dem Gruppengeschehen anpassen, allmählich wird er unzufrieden und folgt dann eigenen Handlungsideen.</p>	<p>Gruppe zu Franc</p> <p>Die Gruppe ist mit sich resp. dem Thema beschäftigt und lässt sich zuerst gar nicht durch Francs Unruhe beirren. Auf Francs Aufruf steigen sie dann sofort ein und gehen alle zum Fenster.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Franc wirkt unzufrieden und versucht sich zu kontrollieren. Er muss sich sehr anstrengen, um sich wohl zu fühlen.*

Andere Kinder stehen im Mittelpunkt und Franc sieht keine Möglichkeit und/oder hat keine Lust, sich am Gruppenprozess zu beteiligen. Durch Bewegung versucht er die Span-

nung auszuhalten. Das Therapeuten-Paar und die Kinder reagieren kaum. Als er sieht, wie es regnet und dies der Gruppe mitteilt, kann er sich wieder ins Zentrum stellen. Statt disziplinarisch einzugreifen, bewertet der Therapeut die Situation vorher (gerade war es so schön ruhig...). Worauf sich die Kinder wieder in den Kreis setzen und weiter diskutieren, während sich Franc wieder mit sich selber beschäftigt. Er braucht immer wieder Bestätigung, dass man ihn noch wahrnimmt.

36. Therapiestunde

M2 und J4 fehlen in dieser Stunde, Franc erkundigt sich, wo J4 bleibt. Bereits am Anfang der Stunde wird der Abschluss der Gruppentherapie diskutiert. Bei der Suche nach Spielideen formieren sich eine Mädchen- und eine Jungen-Gruppe. Die Jungen errichten auf der einen Seite des Raums das Hauptquartier von Bond (007 = Franc, 006, 008), die Mädchen auf der anderen Seite ein Revier für den Wolf „Chico“ (gespielt von M1) und seine Herrin. Das ganze Spiel verläuft ohne Dramaturgie, die Jungen greifen in unregelmässigen Abständen in unterschiedlichen Rollen die Mädchen an, worauf sich diese durch Rückzug in ihr Revier schützen. Trotzdem spielen die Kinder länger als in den Stunden zuvor. Franc hat über lange Strecken eine führende Rolle. Das Therapeuten-Paar kommentiert die Grenzüberschreitungen von Seiten der Jungen, das Schutzbedürfnis der Mädchen und versucht Mentalisierungsprozesse anzuregen. Schliesslich fordern sie die Gruppen auf, ihre Geschichte abzuschliessen, worauf die Jungen sagen, sie seien müde. Der Therapeut schlägt vor, das Licht zu löschen, damit alle einschlafen können. Im Dunkel beginnt der Wolf zu heulen und die Gruppe 2 schleicht sich ins Lager der Mädchen. In der Schlussrunde wird noch einmal besprochen, was in der letzten Stunde passieren soll. Franc meint, er würde vielleicht gar nicht kommen. Worauf das Therapeuten-Paar erwidert, dass sie das erstaunen würde, nachdem er immer zuverlässig gekommen sei. Seine Aussage steht auch im Widerspruch mit den auf ihrem Zettel stehenden Vorschlägen für die Abschlussparty: Popcorn, Coca-Cola, Kuchen. Auf Francs Initiative einigen sich die Kinder schliesslich, eine Abschlussparty zu machen und organisieren, wer was mitbringen wird. Im Unterschied zur 19. und 20. Stunde, kann mit anfänglichen Schwierigkeiten auch das Abschlussritual mit der ganzen Gruppe in relativ ruhiger und konzentrierter Atmosphäre stattfinden.

Szene 9: Andere stehen im Mittelpunkt

Die Gruppe diskutiert wild durcheinander, wie die Kissen, Matten und das Sofa auf die beiden Gruppen verteilt werden könnten. Das Therapeuten-Paar möchte Einigkeit in die Gruppe bringen, um die Spielbedingungen und den Handlungsablauf durchzusprechen.

Franc kickt sein Sitzkissen in die Ecke, alle reden durcheinander. Die Therapeutin wiederholt einen Vorschlag Francs, wonach die Jungen für einmal das Sofa und die Mädchen dafür alle Kissen bekämen, doch M1 habe diesen Vorschlag nicht fair gefunden. Der Therapeut fragt die Gruppe, wie man das jetzt machen könne. Nach mehrfachem Wortwechsel meint Franc: "ok, wir können anfangen", worauf der Therapeut widerspricht und meint, er möchte jetzt erst mal hören, wie der Vorschlag sei. M1 pfeift und sagt, sie würde gerne ein Wolf sein, befürchtet aber, die anderen seien dagegen. Franc schlägt den Jungs vor, M1 solle ein Wolf sein und sie als Gruppe Jäger. M1 erklärt sich einverstanden unter der Bedingung, nicht umgebracht zu werden. Die Kinder bringen wild durcheinander weitere Vorschläge: Agenten, Geheimdienst von der Majestät... Der Therapeut sammelt die Vorschläge und will das Gesagte zusammenfassen, er kommt aber nicht durch. Franc schießt mit einem fiktiven Maschinengewehr in die Runde und diskutiert mit J1. Die Therapeutin sagt: "Es ist schwierig, der Therapeutin zuzuhören." Franc: bestätigt ihre Aussage, schießt und redet aber weiter. Die Therapeutin schreit: „, Fraaanc, hallo! Hast du gehört was M1 gesagt hat?“ Gelächter. Der Therapeut wiederholt für Franc, dass M1 den Wolf spielen möchte, nicht aber getötet werden will. Franc gibt zu, dass er nichts gehört hatte, hört auf zu schießen und richtet sich wieder der Gesamtgruppe zu. Die Kinder können sich einigen und der Therapeut gestattet ihnen, die Szene aufzubauen.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Eigentlich ist Franc interessiert am Geschehen, macht aber was er will, bestimmt und versucht die Handlungen der Therapeuten zu lenken und drückt seine Aggression aus, indem er mit dem Maschinengewehr schießt. Sobald er vom Therapeuten angesprochen wird, wendet er sich ihm zu.</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut ist interessiert an Franc und versucht, ihn freundlich anzuleiten, bringt aber auch deutlich sein Missfallen und seine Ablehnung gegenüber Francs unangemessenem Verhalten zum Ausdruck. Er besteht vehement auf seiner Absicht, die Spielphase mit den Kindern zu planen und lässt sich nicht durch Francs Handlungsimpulse leiten.</p>
<p>Franc zu Gruppe Franc verhält sich der Gruppe gegenüber dominant zwischen feindlicher Abweisung und freundlicher Ermunterung.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen <i>In der Resonanz ist die Spannung, Dominanz und Aggression des Kindes spürbar und anstrengend zum Aushalten. Was ein Bedürfnis nach Strukturieren und Zurechtweisen weckt. Gleichzeitig ist Franc wichtig für die Gruppe, weil er sich aktiv beteiligt.</i></p> <p>Gruppe zu Franc Die Gruppe gibt Franc Raum und hört ihm zu, ist im Affekt aber eher abweisend. Abgesehen von M1 lassen sie ihn aber weitgehend gewähren. M1 wehrt sich gegen Francs Vorschläge und stellt seine eigenen Bedingungen auf.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc reagiert locker, freudig und wirkt relativ unbefangen. Er reagiert mehrheitlich autonom und egoistisch, kann aber auch den Anweisungen der Therapeuten folgen.</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut reagiert offen auf Franc, wobei er seine Unzufriedenheit über Francs Verhalten klar zum Ausdruck bringt.</p>
---	---

Franc zu Gruppe

Er orientiert sich an seinen eigenen Bedürfnissen, interessiert sich zwar für die Gruppe, aber kaum für die Bedürfnisse der Einzelnen, benimmt sich aggressiv und rücksichtslos.

Gruppe zu Franc

Die Reaktionen der Kinder befinden sich im ganzen Spektrum des Kreises. Sie reagieren offen, zustimmend, aber auch wütend und negieren teilweise seine Vorschläge und sein Verhalten.

Selbstbezüglicher Kreis: *Franc wirkt frei, zufrieden, sorglos, was ihn aber auch Anstrengung kostet (für sich sorgen).*

In dieser Szene kommt das ganze Spektrum an Affekten und Autonomie bzw. Submission zum Ausdruck. Die Kinder wollen zwar zusammen eine Geschichte entwickeln, kommen aber nicht zu einer gemeinsamen Lösung. Alle versuchen, sich einzubringen oder in Aktion zu treten, was zu einem chaotischen Durcheinander führt. Für Franc ist die Szene zu unübersichtlich, er kann nur noch agieren (schiessen, schreien). Der Therapeut reagiert zunehmend unbeherrscht und fordert Franc schliesslich schreiend auf, zuzuhören. Franc ist sehr mit sich selber beschäftigt und scheint sich kaum in die anderen Kinder und das Therapeuten-Paar einfühlen zu können.

Szene 10: Franc steht im Mittelpunkt

Franc und J1 springen mit ihren Gewehren Richtung Festung der Mädchen. Der Therapeut kommentiert: „Trainingseinheit, Agenten machen Training“. Die Agenten scheinen mit einer Tarnung anzugreifen. Franc geht in Deckung und ruft unmittelbar vor der Festung: „zurück, die Granate explodiert“. Die Agentenbande wirft einen Ball in die Festung. Die Mädchen geben den Ball dem Therapeuten. Sie sind sichtlich verärgert über das Vorgehen der Agenten. M1 fordert den Therapeuten auf, den Agenten zu sagen, sie sollen aufhören, über die Mauer zu springen und zu schießen. Der Therapeut erwidert, sie solle selbst mit den Agenten reden. Er unterstützt sie, indem er vermittelnd bei den Jungs nachfragt, ob sie das Gesagte gehört hätten. Die Festung sei eine Art Schutzraum. Franc sagt, er habe verstanden. Der Therapeut fragt, wo denn ein Spieltraining stattfinden könnte. Die Therapeutin ergänzt, es sei halt interessant, auf ein Ziel zu schießen. M3 errichtet den Agenten ein Ziel. Unterdessen zieht sich Franc einen Hut über und geht ohne Waffe und Schutz an der Türe von Chico und M3 klingeln. Kaum ist er in der Wohnung, ruft er seinen Bandenkollegen. Einer schießt auf ihn, er ruft ihnen zu: „eh, ich bin im feindlichen Dings drinnen, komm, ich kann dir die Türe von innen öffnen ...“. Die Therapeut: „ah, ich dachte du kommst in Frieden, ist das eine List?“ Franc bejaht, verlässt die Festung aber wieder.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc bewegt sich in Beziehung zum Therapeuten im Quadrant freundliche Ermutigung. Auf der Autonomieachse erhält er die maximale Ausprägung. Zwar ist er interessiert am Gruppenprozess, aber gleichzeitig scheint es ihm gleichgültig, was der Therapeut macht oder sagt.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Der Therapeut lässt Franc weitgehend seine Ideen umsetzen. Er übernimmt die Rolle eines Mediators, der zwischen den Gruppen vermittelt. In seinen Kommentaren macht sich ein leicht vorwurfsvoller und lenkender Unterton bemerkbar („ich dachte du kommst in Frieden, ist das eine List?“)</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Franc dominiert klar die Handlung und ist auch nur mässig an den Ideen und Interessen der anderen Kinder interessiert. Sein Plan, die Mädchen anzugreifen und zu stören, setzt er absichtsvoll und hinterlistig um. Den Jungen gegenüber verhält er sich mehr im Quadrant „freundliche Direktive“, doch steuert er kein wirklich gemeinsames Spiel an.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen</p> <p><i>In der Resonanz nervt das Kind. Gerne möchte man es fragen, wie es sich in der Situation der Mädchen fühlen würde. Es scheint ein grosses Bedürfnis nach Machtausübung zu verspüren, was zu einer inneren Distanzierung der Problematik von Franc führt.</i></p> <p>Gruppe zu Franc</p> <p>Die Mädchen sind kaum an Franc interessiert und begegnen ihm vorwurfsvoll und missmutig. Sie sind unzufrieden über die Situation. Sie wollen ihren Frieden und nicht ständig angegriffen werden, sie sind im Verlauf zusehends erschöpft. Die Jungen schliessen sich Francs Anweisungen an, verhalten sich aber eher passiv, (J1 bleibt über die ganze Zeit in seiner Festung). Die Gruppe versucht ein bisschen mitzubestimmen, was sich aufgrund von Francs Dominanz als schwierig erweist.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut</p> <p>Franc macht beim Spiel mit und passt sich gut in die Situation ein, doch fügt er sich weniger fremden Handlungsimpulsen als dass er eigene Ideen realisiert.</p>	<p>Therapeut zu Franc</p> <p>Der Therapeut überlässt weitgehend Franc die Führung und formuliert recht offen, wie er die Szene erlebt.</p>
<p>Franc zu Gruppe</p> <p>Die Bedürfnisse der Mädchen sind ihm gleichgültig, unbefangen drückt er seine Aggressionen insbesondere M1 gegenüber aus. Er fordert seine Bande auf, Handgranaten zu werfen und ins Haus einzudringen. Seiner Gruppe gegenüber zeigt er sich hingegen auffordernd und freundlich zugewandt.</p>	<p>Gruppe zu Franc</p> <p>Unmutig fügen sich die Mädchen Francs Diktat. Zwar reagieren sie wütend auf Angriffe, lassen sich aber doch auf das Spiel ein. Die Jungen kooperieren und passen sich Francs Führung an.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Das Kind scheint Spass zu haben, es nutzt unbekümmert jede Gelegenheit und kontrolliert seine Impulse nicht. Es ist total ins Spiel vertieft.*

In dieser Spielphase wird die Führung und Verantwortung den Kindern überlassen. So ermöglicht der Therapeut Franc, den Spielverlauf zu bestimmen und greift nur selten kommentierend oder vermittelnd ein und versucht vor allem das Verhalten der Kinder verbal zu spiegeln. Franc macht es sichtlich Spass, eine führende Rolle einzunehmen, seine Macht über die Mädchen auszuüben und Aggressionen durch Schiessen und Eindringen auszuleben. Es scheint ihm schwer zu fallen, die anderen Kinder egalitär und empathisch ins Spiel mit einzubeziehen. Vielmehr versucht er, die Szene unter Kontrolle zu halten. Die Kinder fügen sich. Es fehlt J4, der sonst die Rolle eines Mit- und Gegenspielers einnimmt.

37. Therapiestunde

In der letzten Therapiestunde fehlen 3 Kinder, die im Skilager sind (M2, J1, J2). Die Stunde steht ganz im Zeichen des Abschieds. Die Kinder scheinen sich darüber zu freuen, das Therapiejahr erfolgreich hinter sich gebracht zu haben und nun aus der Gruppe “entlassen” zu werden. Gleichzeitig zeigen sie auch Unsicherheit bezüglich der bevorstehenden Trennung und bedauern, sich fortan nicht mehr sehen zu können. Franc meint, für ihn sei der Abschied ein “Happy End”, es gäbe nichts Schöneres. Der Therapeut informiert die Kinder darüber, dass sie vor den Sommerferien noch einmal ein gemeinsames Treffen organisieren würden. Auch darüber scheint sich besonders Franc zu freuen und bringt gleich den Vorschlag, dann gemeinsam ins Kino zu gehen. Die Kinder finden viele Gründe und Bedenken, warum sie dann vielleicht doch nicht kommen könnten. Schliesslich bringt der Therapeut die Frage auf, ob die Kinder heute noch etwas spielen wollen. Franc bejaht und schlägt vor, sie seien Kinder, die an eine Party gehen. Alle beginnen ihre mitgebrachten Sachen auszupacken und den Raum zu dekorieren. Franc ist allgemein ziemlich aufgebracht, laut und in Bewegung. Er hat eine Popcornmaschine mitgebracht und bereitet mit J4 Popcorn vor. Als alles soweit vorbereitet ist, wird mit Cola auf die Gruppe, ein Jahr Gruppentherapie und auf die Party angestossen. Die Kinder freuen sich sichtlich über die selber organisierte Party, so meint zum Beispiel M1: „ist doch herrlich das Licht und die Girlanden.“ Es herrscht eine ruhige und zufriedene Stimmung, in der ohne grössere Störungen oder Geschrei Diskussionen möglich sind. Schliesslich kommt der Abschied näher, alle räumen gemeinsam auf. Franc bewegt sich ungestüm und singt dazu. Zum Abschluss hat das Therapeuten-Paar für alle Kinder ein Geschenk mitgebracht. Der Therapeut resümiert: “Es war ein schönes Jahr mit euch, manchmal schwierig, aber toll”. Die Kinder fragen sich, wie es dem Therapeuten-Paar ohne sie dann gehe und Franc meint: “ Die Therapeuten kommt jetzt immer am Montag her und warten auf uns”. Der Therapeut bestätigt seine Aussage und meint, dies sei durchaus möglich. Dann meint er, jetzt sei der Moment gekommen, um Abschied zu nehmen. Franc ruft „Olé“ und hebt die Hand. Die Therapeut eröffnet das Abschiedsritual zum letzten Mal. Bevor Franc geht, gibt er beiden Therapeuten die Hand und verabschiedet sich mit den Worten, vielleicht sehen wir uns wieder einmal.

Szene 11 Andere stehen im Mittelpunkt

Während M3 dem Therapeuten-Paar und J4 von ihrer Zahnkorrektur erzählt, geht Franc zum Sofa und fordert J4 vergebens auf mitzukommen. Er zeigt sein Gesicht der Kamera:

„wir sind jetzt nicht mehr da“. Er streckt der Kamera den Mittelfinder entgegen. Franc kommt zurück zum Tisch und holt sich zu trinken, redet mit M1 und legt sich dann wieder auf das Sofa. Wieder aufgestanden, beteiligt er sich stehend am Gespräch und berichtet über die eigenen Erfahrungen mit der Zahnsperre. Er tänzelt vor den anderen rum und spickt ein Popcorn in die Ecke. Die anderen lassen ihn gewähren. Franc holt noch die Lampe und hält sie vor die Kamera. Die Therapeutin kommentiert: „zeigst du der Kamera noch die Lampe?“.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Franc hat kaum Kontakt zum Therapeuten, was wohl von diesem ausgeht. Allerdings lässt Franc ihn gewähren und unterbricht das Gespräch(durchkreuzt seine Handlung) nicht. Er verhält sich nur auf der Autonomieachse mit Wert 3, autonom und selbständig.</p>	<p>Therapeut zu Franc Auch der Therapeut konzentriert sich ganz auf M3 und beachtet Franc nicht. So aus den Augen gelassen hat er ihn bisher noch nie.</p>
	<p>Resonanz der RaterInnen <i>In der Resonanz ist es angenehm, dass sich Franc selbständig beschäftigen kann und die Gruppe nicht stört. Das Gefühl, ihn steuern oder zu kontrollieren zu müssen, verschwindet.</i></p>
<p>Franc zu Gruppe Franc möchte bestimmen, die anderen lassen es aber nicht zu. Er wendet sich ab, redet mit M1 und beschäftigt sich dann selbständig.</p>	<p>Gruppe zu Franc Die Kinder sind Franc gegenüber freundlich gestimmt, wollen aber ihre Diskussion verfolgen und gehen nicht auf Francs Ablenkungsmanöver ein. M1 begegnet Franc offen und freundlich.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Er reagiert kaum auf den Therapeuten und folgt ausschliesslich den eigenen Handlungsimpulsen.</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut folgt seinen eigenen Interessen und reagiert nicht auf Francs Aktionen vor der Kamera.</p>
	<p>Therapeutin zu Franc Die Therapeutin reagiert auf Francs Faxen vor der Kamera, indem sie sein Tun kommentiert.</p>
<p>Franc zu Gruppe Franc folgt seinen eigenen Interessen und wendet sich von der Gruppe ab, als er merkt, dass sich diese nicht mit ihm beschäftigen will und kaum auf ihn reagiert.</p>	<p>Gruppe zu Franc Die Kinder sind Franc gegenüber offen und tolerant, lassen sich aber nicht von ihm dominieren.</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Franc beschäftigt sich mit sich selber. Er wirkt nicht ganz sorglos und scheint sich ein bisschen zusammenreißen zu müssen, damit er die anderen nicht stört. Wie gross die Zufriedenheit und wie hoch die Selbstkontrolle ist, ist schwer zu beurteilen.*

Das Verhalten der anderen hat Einfluss auf Franc, die Frage ist, welche? Im Unterschied zu früheren Stunden lassen sich die Kinder nicht von Franc ablenken und dominieren. Sie diskutieren mit dem Therapeuten-Paar und hören sich gegenseitig zu. Sie nehmen Franc wahr, reagieren aber nicht auf seine Ablenkungsversuche, weder interessiert noch strafend. Franc scheint sich akzeptiert und wohl zu fühlen und kann sich selber beschäftigen, ohne ständig die Aufmerksamkeit anderer in Anspruch zu nehmen.

Szene 12 Franc steht im Mittelpunkt

Wie bereits die Zusammenfassung der letzten Stunde zeigt, steht Franc über weite Strecken im Mittelpunkt des Geschehens. Er nimmt aktiv am Geschehen teil, macht Vorschläge, diskutiert, fragt und tut seine Meinung kund. Die Einschätzung erfolgte aufgrund der gesamten Stunde, entsprechend der geschilderten Zusammenfassung.

Objektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Bewegt sich im Quadrant der freundlichen Ermutigung. Es ist Franc ein grosses Anliegen, dem Therapeuten die Popcornmaschine zu zeigen und gelobt zu werden. Mit positiven Affekten versucht er seine Aufmerksamkeit zu gewinnen.</p>	<p>Therapeut zu Franc Der Therapeut verhält sich Franc gegenüber sehr offen und interessiert, er freut sich über Francs Initiative beim Aufbau der Party.</p>
<p>Franc zu Gruppe Franc lässt die anderen Kinder gewähren und verhält sich ihnen gegenüber sehr interessiert, zugewandt und liebevoll. Besonders fokussiert ist er auf J4. Trotzdem will er das Geschehen gerne kontrollieren und mitbestimmen, seine Anweisungen sind nicht so freundlich.</p>	<p>Resonanz der RaterInnen <i>In der Resonanz interessiert und offen dem Kind gegenüber. Es hilft mit und kann einiges zum gelungenen Fest beitragen.</i></p> <p>Gruppe zu Franc Die Kinder lassen Franc machen und stören ihn nicht (ev. auch Gleichgültigkeit). J4 interessiert sich besonders für Francs Popcorngerät.</p>

Subjektgerichteter Kreis

<p>Franc zu Therapeut Freudig, selbständig geht er seinen eigenen Impulsen nach. Allgemein kann er sich aber wieder besser (als in Std. 36) einfügen und ist offen, aufmerksam und hilfsbereit im Kontakt.</p>	<p>Therapeut zu Franc Er hört ihm zu und geht fragend auf ihn ein (Popcornmaschine). Beide verhalten sich auf komplementären Kommunikationseinheiten, vorwiegend im Quadrant freundlicher Ermutigung.</p>
<p>Franc zu Gruppe Seine Reaktionen und sein Befinden zeigen sich ebenfalls im Bereich freudig selbständig sich fugend. Es sind keine negativen Affekte spürbar.</p>	<p>Gruppe zu Franc Ausgelassene, fröhliche und vertraute Atmosphäre, die Kinder sind zufrieden, entspannt und ruhig (auch M1).</p>

Selbstbezüglicher Kreis: *Das Kind wirkt ausgesprochen frei, sorglos, zufrieden mit sich. Es sorgt für sich und kann sich auch Genuss verschaffen. Es hat seine Impulse unter Kontrolle.*

Alle Interaktionspartner bewegen sich in den Bereichen der freundlichen Ermutigung/Direktive und reagieren positiv komplementär. Franc steht besonders im Zentrum mit seiner mitgebrachten Popcornmaschine, aber auch dadurch, dass er aktiv dazu beiträgt, die Party vorzubereiten. Seine profilierte Rolle wird durch die Abwesenheit von drei Kindern begünstigt. In der Kleingruppe haben die Therapeuten mehr Spielraum und Kapazität um auf die einzelnen Kinder einzugehen. Franc scheint sich vom Therapeuten genügend wahrgenommen und bestätigt zu fühlen, sodass er sich zwischendurch auch selbständig beschäftigen kann.

Anhang 5: Auswertung des Selbstbezüglichen Kreises

Einschätzung basierend auf den Verhaltensbeobachtungen

1. *Frei und sorglos:* Durch sein hohes Aktivitätsniveau wirkt Franc im Allgemeinen frei und sorglos. Er nutzt viele Möglichkeiten, um sich direkt in die Gruppe einzubringen und wirkt dabei spontan und unbefangen. Die Art und Weise, wie er sich in der Gruppe verhält, ist aber nicht unbekümmert. Seine innere Anteilnahme ist spürbar wie in Szene 5, wo er frustriert ist, nicht fertig ausreden zu können. Wenn er sich um andere kümmern muss, wie in Szene 6, wo er den Schiedsrichter spielt, gehen Verantwortungsbewusstsein und Ernsthaftigkeit von ihm aus.

2. *Zufrieden mit sich:* In verschiedenen Szenen sind positiv getönte Gefühlsäusserungen registrierbar. In erster Linie zeigt sich Francs Zufriedenheit, wenn er Spass hat. Dies offenbart sich in Szenen, in denen er sich aktiv beteiligen kann und seine Äusserungen und Handlungsvorschläge auf Beachtung und Anerkennung stossen (Szenen 4, 12). Freudig und unbekümmert lässt er sich auf die Gruppe ein. Anders zeigt sich eine Art Selbstgefälligkeit in Situationen, in denen er eigenmächtig Entscheidungen fällt, wie zum Beispiel in Szene 5 (auch 7), als er aus Überdruß auf M1 die Polizei ruft und diese bittet M1 abzuholen, dabei süffisant lächelt und leger in die Gruppenrunde zurückkehrt.

3. *sich Genuss verschaffend:* Mit Freude ins Spiel vertieft ist er in der Szene vier, als er sofort auf Aufforderung des Therapeuten das Unterholz darstellt. Franc kann sich auch Genuss verschaffen, indem er sich selber für Rollen (Rote Zora, 007) meldet. Begeistert und erfüllt scheint er auch in der letzten Stunde bei der von ihm initiierten und gelungenen Abschiedsparty.

4. *für sich sorgend:* Bereits in der ersten Stunde, in der die Kinder noch unvertraut sind, beteiligt sich Franc aktiv. Dabei ist er achtsam, auf der interpersonellen Ebene entgeht ihm selten, was andere machen oder bekommen, so zum Beispiel in Szene 19, als er mit den anderen Kindern zusammen bemerkt, dass M1 schon die letzten beiden Male ausserhalb der Gruppe stand. Auch das ständige Ringen um Anerkennung ist verbunden mit einem hohen Aufwand und einer gewissen Anstrengung. Diese Anstrengung wird in nonverbalen Aktionen besonders sichtbar. So scheint seine innere Unruhe geradezu greifbar in den Szenen zwei und drei und allgemein in Augenblicken, in denen er nicht im Mittelpunkt steht. In diesem Zusammenhang bedeutet frei für sich sorgend, dass er seine Spannungen durch schaukeln motorische abbaut. Für sein Wohlergehen muss er stets etwas tun.

5. sich kontrollierend: Franc wirkt selten kontrolliert. Zwar sind Einhalten von Regeln und Normen ein Thema für ihn, so ist er etwa gut über diese informiert (vgl. 1. Therapiestunde) und bemüht sich den Anforderungen des Therapeuten zu fügen (Szenen 2,3). Er scheint aber wenig Anstrengungen zu unternehmen, um seine Impulse, Affekte oder Handlungen zu begrenzen und zu regulieren. So greift er in Szene 10 M1 wiederholt an und geht nicht auf ihren Widerstand ein. Wenn er sich allerdings kontrolliert, wirkt er sofort weniger frei und sorglos (vgl. Szene 11)

6. sich Vorwürfe machend: In keiner Therapiestunde wurde beobachtet, dass sich Franc selbstkritisch oder negativ konnotiert seinem eigenen Verhalten gegenüber äusserte. Ärger verbalisiert es vor allem M1 gegenüber, wenn es sie aus dem KJPD werfen will (Szene 7), sie als Monster bezeichnet (20. Therapiestunde) oder auf sie schießt (Szenen 10). Wenn Franc orientierungslos ist, scheint er sein Unbehagen auf andere zu projizieren.

7. sich quälen & 8. sich vernachlässigen: Franc nimmt keine Opferhaltung ein. Auch im Spiel bevorzugt er Führerrollen. Seine Aggressionen richtet er auf andere, nicht auf ihn selber. Ebenso wenig verhält sich das Kind sich vernachlässigend.

Die Einschätzungen der Verhaltensbeobachtungen zeigen einen Jungen, dessen frei und sorglos wirkendes Verhalten mit einer gewissen Anstrengung (für sich sorgend) verbunden ist. Wenn er sich Genuss verschaffen kann, ist er zufrieden mit sich. Seine Spontaneität gründet jedoch auf keiner seinem Charakter gegebene Unbefangenheit. Seine hohe Aufgeschlossenheit für Aussenreize verbunden mit einer geringen Verhaltenskontrolle (Tatendrang), seinem Streben nach Aufmerksamkeit steht einer verminderten emotionalen Stabilität und einer leichten Irritier- und Erregbarkeit gegenüber. Seine Bereitschaft zur verbalen Aggression, die sich gegenüber M1 in heftigen gereizten oder aufbrausenden Reaktionen zeigt, kann als Eifersucht auf M1, die durch ihr penetrantes Verhalten sehr viel Beachtung bekommt, Verlassensangst oder eigene Hemmung Gefühle zu zeigen, verstanden werden.

Anhang 6: Auswertung der Krankengeschichte

Der Junge lebt mit einem sechs Jahre jüngeren Bruder bei seinen Eltern. Auf Empfehlung der Kinderärztin wurde er das erste Mal auf dem KJPD-St. Gallen vorgestellt. Gründe für die Anmeldung seien eine niedrige Frustrationstoleranz, Impulsivität, erhöhter Bewegungsdrang, Schlafschwierigkeiten, Schulschwierigkeiten, keine Kollegen, selbstverletzendes Verhalten (sich schlagen), Suizidgedanken und eine zunehmende Eltern-(Mutter)-Kind-Interaktionsproblematik. **Familienanamnestisch** ist aus der Krankengeschichte ferner zu

entnehmen, dass die Grossmutter mütterlicherseits an Depression und Verfolgungswahn gelitten habe und sich mit 47 suizidierte. Ein älteres Geschwister des Vaters sei früh verstorben. Beide Vorfälle seien in der Familie tabuisiert worden.

Über die **Beziehungsgestaltung in der Familie** wird folgendes ersichtlich. Gemäss Aussagen des Kindes komme es mit der Mutter häufig zu lauten und heftigen Auseinandersetzungen. Die Mutter gibt an, sich ihrem Kind gegenüber zunehmend ohnmächtig zu fühlen, sodass sie in Konflikteskalationen auch schon zugeschlagen habe. Die Beziehung zum Vater sei heftig und emotional. Gemäss Aussagen der Lehrerin habe das Kind wenig Kontakt mit anderen Kindern und werde von den Grösseren oft gehänselt. Nach einer ausführlichen diagnostischen Abklärung bei den KJPD St. Gallen wurden dem Kind die **ICD-10 Diagnosen** F93.8 (sonstige emotionale Störung im Kindesalter) und F90.0 (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter) gestellt und eine **Einzeltherapie** verordnet. Das Kind wünschte sich einen Therapeuten, doch besuchte es dann ein Jahr eine Einzeltherapie bei einer Therapeutin mit den **Therapiezielen**: Stärken des Selbstwertes, Erkennen von Warnzeichen und Einüben von Impulskontrolle. Im Laufe der Einzeltherapie kristallisierte sich als **wesentliches Problem** der Umgang mit eigenen und fremden Grenzen heraus. Deshalb wurde nach ausführlichen Gesprächen mit dem Kind und der Familie eine **Gruppentherapie induziert**. Gemäss Aussagen der Eltern störe er andere Kinder, habe eine ziemlich kurze Aufmerksamkeitsspanne, sei unaufmerksam, ablenkbar, habe eine niedrige Frustrationstoleranz, rasche Stimmungswechsel, explosive und unvorhersehbare Wutausbrüche. Dies zeigte sich insbesondere im Verhalten in Gruppen und brachte die Selbstwertproblematik zum Vorschein. Dem **Abschlussbericht** des Therapeuten sind folgende Aussagen über Francs **Therapieverlauf** zu entnehmen:

Franc habe im ersten halben Jahr enorm grosse Erwartungen an die Gruppe gehabt. Von Anfang an sei er in der Gruppe sehr aktiv gewesen. Entsprechend enttäuscht sei er gewesen, wenn nicht alle seine Spielideen umgesetzt werden konnten und es nicht sofort zu einem harmonischen Miteinander gekommen sei. So sei er mit der Zeit müde geworden seine Anliegen einzubringen. Er habe häufig eine Vermittlerrolle zwischen der Mädchen und der Jungengruppe, aber auch zwischen den Jungen und den Mädchen eingenommen. Mit der Zeit habe er sich innerhalb der Gruppe besser zurückziehen können und seine Spielideen seien auch vermehrt aufgenommen worden. Nach den Sommerferien sei ein Aufwärtstrend zu beobachten gewesen, er habe gelernt sein impulsives Verhalten besser zu regulieren. Parallel dazu sei es auch im familiären Rahmen zur Entlastung gekommen. Beim

Vater habe sich eine grundsätzlich wohlwollende Haltung Franc gegenüber durchgesetzt und die Mutter könne sich emotional etwas besser distanzieren, liesse sich weniger in Konflikte verwickeln und könne die Autonomiebestrebungen von Franc besser akzeptieren.

Evaluation der therapeutischen Behandlung: Die Eltern wurden vor der Therapie, nach der Therapie und katamnestisch zwei Jahre nach der Therapie mit einem Fragebogen befragt. Auf einer fünfstufigen Skala von sehr schlecht (1) bis sehr gut (5), gaben die Eltern folgende Antworten: Vor der Therapie habe sich das Kind nur teilweise (3) alleine beschäftigen können, nach der Therapie sehr gut und seither sei es sogar noch besser geworden. Starke Verbesserung gebe es in der Beziehung des Kindes mit anderen Familienangehörigen. Gemäss Antwort der Eltern sollen die Probleme, die zu Beginn der Gruppentherapie bestanden haben, beim Abschluss der Therapie nicht mehr existieren und würden die Familie auch nicht mehr besorgen oder belasten. Katamnestisch schreiben die Eltern, sie fühlen sich durch die Probleme des Kindes mässig (3) belastet. Keine Veränderung gäbe es jedoch in der Kontaktgestaltung mit anderen Kindern. Diese sei ausser in der Pfadi nach wie vor eher schlecht und auch zwei Jahre später nur teilweise (3) besser. Auf die Frage was sich beim Kind durch die Gruppentherapie langfristig (n. 2 Jahren) verändert habe, schreiben die Eltern, dass das Kind besser argumentiere und seine Ideen und Wünsche besser einbringen könne. Seit Abschluss der Gruppentherapie hat das Kind keine weiteren psychologischen oder medikamentösen Therapien in Anspruch genommen.

Anhang 7: Auswertung Projektive Verfahren

„Zeichnerische Gestaltungsverfahren sollen mittels des zeichnerischen Ausdrucks Aufschluss über persönlichkeitspezifische Merkmale geben (Rauchfleisch, 2005, S. 194)“.

Die Zeichnung eines Baumes gibt Aufschluss über die emotionale Reife einer Persönlichkeit sowie Hinweise auf Störungen im emotionalen und sozialen Bereich. Der Wartegg-Zeichen-Test kann die Persönlichkeitsstruktur erfassen und Aussagen über spezifische Konflikte machen (Rauchfleisch, 2005, S. 196).

Auswertung Baumtest nach Ursula Avé-Lallemant (1990), Junge 10 Jahre alt

Deskription

Der Stamm beginnt noch kindlich am unteren Blattrand und hat keine Bodenlinie. Der nach oben schmaler werdende Baumstamm schiesst vom rechten unteren Viertel des Blattes mit einer leichten links Neigung stramm in die Höhe. Die Krone neigt nach links in das

obere Viertel des A4-Blattes, wobei die obersten drei Wölbungen etwas schwer anmuten und sich nach rechts unten biegen. Die Kontur des Baumes scheint dank guter Steuerung in einem Zug, relativ elegant, gezeichnet worden zu sein. Von den Proportionen her ist der Baum gelungen, was ein Hinweis auf ein gutes Vorstellungsvermögen des Kindes sein könnte. Wie Avé-Lallemant (1990, 23) schreibt, „denkt“ das Kind den Baum, was für das realistische Grosskindalter kennzeichnend ist. Allerdings erinnert der Typ Baum auch an die simple Zeichnung einer einfachen Blume (Strich-Blüte). An den untersten drei Wölbungen hängen an dick übermalten Stielen, drei unterschiedlich grosse Früchte (wahrscheinlich Äpfel). Auch die wiederum nur als einfache Kreise gezeichnet. Die grösste Frucht hängt links vom Stamm, was in der Bedeutung in Bezug zum Innenleben des Kindes steht. Die beiden anderen Früchte auf der rechten Seite stehen in Bezug zu seinem Erleben zur äusseren Welt. Der Baum hat keine Wurzeln, was jedoch altersentsprechend normal ist. Der Krone fehlt das Skelett in Form von Ästen, Gezweige und Blätter, welches schützend, haltend, überdauernd und bei Schädigung regenerierend wirken könnte. Wie eine leere Wolke ragt die Krone auf dem Stamm.

Der Baum evoziert zweierlei Assoziationen:

Eindeutig, bescheiden und schlicht wurde die Anweisung einen Baum zu zeichnen mit wenig Aufwand gelungen umgesetzt.

Das Kind hat sich gleichgültig und anspruchslos an die Arbeit gemacht und einen elementaren Umriss eines leer und freudlos wirkenden Baumes konturiert.

Interpretation

Stamm & Krone (Stamm = Erlebnisbereich der Persönlichkeit, Ausdruck des Emotionalen, Krone= Persönlichkeitsentfaltung)

Eine Aussage zur Standfestigkeit gibt die fehlende Bodenlinie. Das Kind scheint wenig Boden unter den Füßen zu haben und sich um einen sicheren Stand bemühen zu müssen. Der Standort des Stammes links unten weist auf ein in sich gekehrtes, scheues oder gehemmtes Kind hin. Die Betrachterin ist unsicher, wie gut der schlanke, filigran anmutende, leicht gebeugte Stamm seine Aufgabe erfüllen kann, die im Verhältnis doch etwas schwere Krone zu tragen. Möglicherweise erlebt das Kind keine feste Verankerung in der Familie und in Gruppen. Die Art und Weise, wie die Krone getragen ist, lässt nicht nur auf eine optimale Persönlichkeitsentfaltung schliessen. Die Krone ist alleine auf den Konturen des Stammes getragen, es fehlen frei aus dem Stamm spriessende Zweige, wie es für einen ge-

sunden Baum üblich ist. Das Fehlen von Blattwerk und Ästen gibt einen weiteren Hinweis auf eine gehemmte Entfaltung. Die Äpfel stehen als Symbol für ein Wunschdenken und für das Bedürfnis nach Nahrung, nach Genährtheit. Wünscht sich das Kind eine bessere Position im Gruppen, mehr soziale Kontakte, grössere Anerkennung von Freunden, ein besseres Selbstvertrauen?

Die Kronenhaut bildet die Berührungsgrenze. Sie muss schützen und zugleich offen für Luft und Sonne sein. Durch den kräftigen Strich fehlt es dieser Krone, vor allem rechts, etwas an Durchlässigkeit. Links hingegen wird der Strich dünner und spröder und lässt eher eine zu grosse Dünnhäutigkeit vermuten. Diese Hypothesen lassen sich auch bei einer genaueren Analyse des Strichs bestätigen. Die Strichführung ist bis auf zwei Stellen und eine Lötung unabgesetzt. Der linke Strich des Stammes und der rechte Teil der Krone wirkt etwas zögerlicher, zaghafter und brüchiger und gibt ein Anzeichen auf ein gehemmtes und etwas gefangenes Erleben und auf ein irritierbares Verhalten des Kindes. Allerdings gilt zu berücksichtigen, dass der Strich beim linken Teil der Zeichnung vom Körper weg entwickelt wird, das ist physiologisch schwieriger (gegen die Schwerkraft und ins Leere hinein), als das nach unten Führen des Strichs und erschwert die Interpretation dieses Phänomens. Die zart-fragilen Stellen weisen auf eine gewisse Unsicherheit hin.

Der rechte Strich des Stammes und der linke Teil der Krone wurden jedoch sicher gezeichnet, was für Unbefangenheit, Spontaneität und Beständigkeit spricht. Die insgesamt gute Steuerung und die weitgehend elastische Strichspannung zeigen Kraft und Potenzial für eine vorwärtsgerichtete, leistungsbereite, positive Entwicklung. Von der Positionierung her, steht die Krone in der rechten oberen Seite des A4-Blattes, was einen weiteren Hinweis auf einen aktiven, ehrgeizigen und drängenden Gestaltungswille gibt. Auch die Festigkeit der Druckstärke weist auf Aktivität, Spontaneität und Bewegungsbereitschaft hin. Die Breite des Strichs zeigt seine empfindsame, sensible, aber auch genussfähige, nach Wohlbe finden strebende Seite.

Synopsis

Insgesamt fehlt es dem leer wirkenden Baum an Gemütswärme und Wohlbefinden. Das noch undifferenzierte, mit einem konturierten Strich gefertigte Bild wirkt rational kontrolliert und ist zugleich mutig umgesetzt. Man kann sich einen lebendigen, interessierten, aufgeschlossenen Jungen vorstellen, der offen auf die Welt zugehen möchte, etwas bewegen und erreichen will, in seinem Inneren aber unsicher, verletzlich und hilflos ist, sich nach Schutz und Geborgenheit sehnt, welche ihm eventuell nicht zureichend entgegen gebracht

werden. Es ist vorstellbar, dass er häufig im Dilemma steckt zwischen eigenen Bedürfnissen wahrnehmen können und andere Wünsche erfüllen wollen-müssen. Sein etwas, emotional verschlossener Umgang mit Anderen kommt ev. nicht so stark zum Ausdruck. Eher verhält er sich autark, gradlinig, antreibend und bestimmend. Entsprechend wird vermutlich seine Sensibilität und emotionale Not nicht erkannt.

Auswertung des Wartegg-Zeichen-Test in Anlehnung an Justin Seitz (2006)

Formlösung

Strichführung: von fest – zögerlich

Strichfluss: dunkel-schwärzend, schwer-langsam

Formbehandlung: rund und eckig. Die Raumaufteilung ist trotz der Geschlossenheit der Formen mutig.

Flächenbehandlung: allgemein mager

Inhaltsanalyse

Bis und mit Bild sechs hat das Kind die Bilder der Reihe nach gezeichnet. Insgesamt ist der WZT nicht so variantenreich mit den vielen repetitiven Sujets (4 u. 3, 7,8,2), doch hat er einzelne einfallsreiche Lösungen (z.B. 3 und 5). Auffallend ist, dass die Darstellungen von Menschen zwar häufig, aber nie echt ist (Smiley, Kind im Bild).

Felder 1 und 8: Ich und die Anderen, Selbstwert und Geborgenheit

Das Kind zeichnet das Feld 1 als erstes, allerdings als Schwein, welches es selber nicht sein will. Thematisch verweist der Aufforderungscharakter auf die Ichfindung und Zentrierung. Im Zusammenhang mit der Zeichnung des Kindes könnte hypothetisiert werden, dass das Kind zwar weiss, was es nicht sein will (ein Schwein), aber noch kein stimmiges Selbstbild entwickeln konnte. Es fehlt ihm an Selbstsicherheit und Ich-Stabilität. Seine Lösung kann jedoch als recht originelle, eigenständige und atypische angesehen werden.

Bild 8 zeigt ein lächelndes, etwas stereotypisches Gesicht mit wilder Frisur, welches vom Kind als Smiley betitelt wird. Ein Kopf als Bildinhalt ist ein häufig gezeichnetes Motiv. Feld 8 wird an zweitletzter Stelle gezeichnet, was als Hinweis auf einen Mangel an Geborgenheit, Verlassenheit und Angst gesehen werden könnte. Gemäss Kodierung nach Seitz ist Bild 8 ein A+ und bedeutet: kommunikativ, sozial, gutmütig, gläubig (ur-naiv).

Felder 2 und 7: Gefühle nach aussen / Gefühle nach innen / Beziehungsfähigkeit

Feld 2 wird an zweiter Stelle gezeichnet. Das Bild stellt ein liebes Kind (Mädchen) in einem Bilderrahmen dar. Was ebenfalls eine atypische Lösung ist und in Bezug zum Thema „Ich und Andere“ die Frage aufkommen lässt, inwieweit das Kind den Eindruck vermittelt bekommt, es müsse ein braves, angepasstes, liebes Kind sein, welches still aus einem Rahmen lächelt. Zudem macht das Kind auf dem Bild keinen besonders glücklichen Eindruck. Der Rahmen kann als Schutzsuche oder Wunsch nach Abgrenzung verstanden werden. Die Affektivität des Kindes kann gemäss Seitz mit der Codierung Tr- als überbewegt, erregt, unestet, flüchtig und triebhaft beschrieben werden.

Feld 7 wird an letzter Stelle gezeichnet, was als Hinweis auf Angst vor Verstimmung oder ein Manko für Nuancen im Zwischenmenschlichen gelesen werden könnte. Das Bild zeigt ebenfalls ein Smiley, im Gegensatz zu Bild 8 ein kleines. Die feinen Pünktchen werden als Umriss für das Gesicht aufgenommen, was für Situationssensibilität spricht. Das Smiley steht winzig im unteren Bildrand und der Rest bleibt leer. Vielleicht war die Wahl eine Verlegenheitslösung, das Kind schon durch die Intensität der Abklärung ermüdet? Vielleicht fühlt sich das Kind intrapsychisch aber auch so durchlässig, sensibel, empfindsam und unsicher und würde deshalb gegen aussen lieber konform wirken- wie das liebe Kind in Feld 2.

Felder 3 und 5: Streben, Expansion nach innen / nach aussen, Entwicklungskräfte und Potenzen

Feld drei nimmt die Themen des Ziel- und Leistungsstrebens, des Ehrgeiz und des Selbstwertgefühls auf. Der Aufforderungscharakter wird in der Zeichnung vom Kind sowohl in der Höhe als auch in der Weite (perspektivische Zunahme) aufgenommen. Eine ungewöhnliche und recht komplexe Lösung für dieses Feld, die auf ein vorwärtsgerichtete und zielbewusste Orientierung des Kindes hinweist, deren Charakter weniger die Leistung als vielmehr die Umsetzung, Begeisterungsfähigkeit und Gestaltungslust ausmacht. Das Kind gibt dem Bild den Titel „Feuerwehrtange“. Im Feuerwehrtange, der diese Rampe passiert, sitzt immer ein Feuerwehrtange, welches gemeinsam zum nächsten Einsatz ausfährt. Gerade bei der Feuerwehr ist die Leistung des Einzelnen extrem abhängig von der Kooperation und dem Zusammenhalt innerhalb des Teams. Daraus kann interpretiert werden, dass sich sein Leistungsvermögen eher in der Gruppe entwickelt resp. er seine Leistung mit der anderer vergleicht.

Feld fünf zeigt einen ähnlichen Sachverhalt. Die zwei unten links platzierten Striche werden in Ergänzung der Buchstaben I und M unverändert als T verwendet, was als Ganzes (gemäss Legende) zum Wort Team (TIM) wird. Ebenfalls eine ungewöhnliche und fantasievolle Lösung. Sie vermeidet jedoch die Konfrontation, zeigt wenig Antrieb und Dynamik. Mit dem Fokus auf das Team fehlt das selbst gerichtete innere Streben.

Felder 4 und 6: Weltgefühl, Belastung und Anpassung

Im Feld 4 wird ein Würfel, ein häufig gewählter Bildinhalt gezeichnet, welcher in Bild 6 gerade noch einmal wiederholt wird. Ein Verweis auf eine pragmatische, sachliche aber auch einfache und wenig originelle Arbeitshaltung. Bezogen auf die Rationalität bedeutet G- gemäss Seitz (2006) kleinlich, pedantisch, rechthaberisch und nicht zur Synthese bringend. Die beiden Würfel sind aber gut zentriert, mit Bestimmtheit gezeichnet und wirken durch die Schwarzfärbung intensiv. Interessant ist, dass bei Feld 6 die Aussenkonturen nicht geschlossen sind, sondern gemäss der Vorlage unterbrochen sind, was für Aufmerksamkeit und Situationssensibilität spricht.

Die Auswertung nach Seitz ergibt folgende Resultate:

Die dominanten Anteile sind:

N+ = ruhig, mässig, sachlich, objektiv, pragmatisch, realistisch

Tr + = triebkräftig, anstellig, genussfreudig, lebhaft, impulsiv, fordernd, anregend

F- = eigensinnig, trotzig, neidisch, schwerfällig

A+ = kontaktfreudig, freundlich, gutmütig, helfend, ehrlich, optimistisch

Gänzlich fehlende Anteile sind:

I -/+ = ideell – illusionär

W - / + = aktiv – aggressiv

F + = Stabilität

N- = egozentrisch

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: