

Systemische Therapien mit Kindern und für Kinder

1. Kinder sind eigenständig in ihrer Abhängigkeit

Systemische Grundhaltungen haben zur Folge, dass sowohl System/Umfeld/Umwelt als auch Individuum (Interdependenz und Selbstreferenz bzw. Autopoiese) Gegenstand therapeutischer Betrachtungen sind. Bei Therapien mit Kindern wird dieses Spannungsfeld besonders sichtbar. Im Arrangement der Therapie werden theoretische Haltungen der TherapeutInnen transparent. Die konkrete praktische Frage lautet: kann Therapie mit Kindern auch ohne Bezugspersonen durchgeführt werden oder müssen diese mit einbezogen werden? Wenn ja, wann, in welcher Form, und wie? Die rechtliche Situation verlangt zumindest das Einverständnis zur therapeutischen Intervention vom Sorgeberechtigten. Die Form des Miteinbeziehens in den therapeutischen Prozeß steuert größtenteils der/die TherapeutIn.

Kinder sind Teil der Familie und dennoch eigenständige Menschen mit eigenen Vorstellungen, Erlebnissen und Sichtweisen über sich und ihre Umwelt. Seit Daniel Sterns Buch „the interpersonal world of the infant“ wird in den meisten Therapieschulen der aktive Anteil des Kindes an der Mitgestaltung der Beziehungen bzw. Interaktionen mit der Umwelt auch theoretisch anerkannt. Weitere Säuglingsforschungen haben dies eindrucksvoll untermauert (z.B. Stern 1994).

Kinder sind aber nicht nur als eigenständige Personen zu begreifen, sondern leben in ihrem Umfeld, von dem sie organisatorisch, psychologisch, rechtlich, ökonomisch, geschichtlich und im täglichen Leben abhängig sind. Je jünger sie sind, desto mehr ist die Familie ihre „Welt“ und auch ihre hauptsächliche Erfahrungsquelle, durch die sie die Umwelt zu erfassen lernen. Je kleiner ein Kind ist, desto weniger kann es, außer durch „Protest“ und „geschickte“ Manipulation, diese Umwelt mitgestalten, falls diese ihr die Mitgestaltung nicht zubilligt. Erst mit zunehmendem Alter nimmt der Einfluß von Erfahrungen außerhalb der Familie zu, bis sie bemerken, dass auch sie die Umwelt aktiv mitgestalten und auch verlassen/auswechseln können oder andere Umwelten auch aufsuchen können.

2. Innere und äußere Realitäten sind Inhalt von Kindertherapien

Systemische Therapie mit Kindern hat - wie jede systemische Therapie- die Interdependenz sowie die Eigenständigkeit psychischer und sozialer Entwicklung und Verarbeitung der Interaktionen und Sichtweisen voneinander für jedes einzelne Mitglied zum Gegenstand. Es geht um deren jeweiligen äußeren und die inneren Realitäten. So ist doch das Zurechtkommen des Kindes mit sich selbst und seinen Erwartungen an die Umwelt, sowie die Auseinandersetzung mit den Erwartungen der anderen an es selbst, den eigenen Vorstellungen, Entwicklungsschritten und den daraus resultierenden Veränderungen der Interaktionen mit seinen Bezugspersonen Anlass für die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Erwachsene wenden sich an TherapeutInnen, um mit dem Kind besser zurechtzukommen, das Kind besser zu verstehen. Ziel ist mit dem Kind Wege zu einer anderen Form des Miteinanderseins zu finden, die für das Zurechtkommen des Kindes, seine Entwicklung und Verhalten, und für die Verantwortung, Lenkung und Förderung von Seiten der Erwachsenen förderlich ist und das Erarbeitete den Beteiligten zukünftig Erleichterungen verschafft. Darüber hinaus sei auch der Bereich therapeutischer Interventionen für Kinder erwähnt, der es den Kindern erleichtern sollte,

mit sich und den an sie gestellten Anpassungsleistungen zurechtzukommen, besonders dann, wenn diese Unterstützung den für das Kind signifikanten Personen nicht zugemutet oder von ihnen nicht erbracht werden kann, oder sie dies an Fachleute delegieren können oder müssen (Anordnungen des Jugendamtes z.B.).

3. Verschiedene Formen systemischer Therapie mit Kindern

1. Therapien, die Erwachsene (Eltern, LehrerInnen, etc.) für Kinder wollen (z. B. dem Kind fehlt Frustrationstoleranz, Durchsetzungsvermögen, Anschlussfinden an die Gemeinschaft Gleichaltriger, es soll mit der Trennung der Eltern zurecht kommen, usw.).
2. Therapien, in denen sich die Themen vorwiegend auf Kinder beziehen (Zusammenleben mit Kindern, Umgang mit Geschwistern, Erziehungsaufgaben und Erziehungskompetenz, das Kind besser verstehen wollen und besser begreifen wollen, was das Kind braucht und will, etc)
3. Therapien, in die Kinder veränderungsfähige und veränderungswürdige Themen einbringen; das sind meist Therapien, die Kinder selber wollen und deshalb in Anspruch nehmen. (Ich kann nicht einschlafen, die Lehrerin ist ungerecht, die Kinder mögen mich nicht, ich möchte nicht mehr ins Bett machen, ich habe Angst vor, ich will nicht mehr ausgelacht werden, etc.)
4. Therapien, in denen Kinder und Erwachsene Probleme miteinander besprechen wollen. Hier werden Kinder in ihren Ansprüchen und Bedürfnissen als autonome Beteiligte betrachtet und dürfen bzw. sollen mitsprechen
5. Therapien, um Voraussetzungen für eine konstruktive Kommunikation und wieder entspannteres Miteinander oder friedlichere Koexistenz zwischen Kindern und Erwachsenen zu erarbeiten (z. B. eskalierender Streit, nach Trennung der Eltern; Mißbrauch, Krisenintervention; Mißstände sollen besprochen werden, Jugendliche, die die Kommunikation mit Eltern abgebrochen haben oder nur im anklagenden Ton mit Eltern sprechen, etc.)
6. Therapien in Anwesenheit von Kindern. Diese sind/werden aber nicht Fokus der Aufmerksamkeit oder im Laufe des Interviews geht es um Themen, die die Kinder nicht unmittelbar oder nicht mehr betreffen. Oft sind Themen auf Kinder bezogen eine Eintrittskarte, sich therapeutische Hilfe einzugestehen und TherapeutInnen einmal aufzusuchen und im Laufe des Gesprächs ergeben sich andere Themen, die an Bedeutung das Eintrittsthema überragen.
7. Diese Arbeit beschränkt sich auf das Einsteigen in therapeutische Prozesse, in denen das Kind aktiv an der Therapie teilnimmt. Dabei gilt es zu klären, ob in Zukunft das Kind allein die Therapiestunde in Anspruch nehmen sollte, oder in Anwesenheit anderer, oder der/die TherapeutIn zusätzlich zur Therapie mit dem Kind mit Bezugspersonen des Kindes parallel therapeutische Gespräche führt.

4. Drei Grundfragen sind am Beginn einer Therapie mit Kindern zu klären

4.1. WER KOMMT ALS KLIENT?

Mit wem soll direkt therapeutisch gearbeitet werden? Welche Erwartungen hat der Überweiser? Wer ist der zur Therapie Motivierte; und der, dem die Bedürftigkeit zur Therapie zugeschrieben wird? Und wer zahlt die Therapie? Dann muss sich der/die TherapeutIn fragen: Kann sich der/die TherapeutIn in diesem Kontext vorstellen, therapeutisch tätig zu werden? Kann ein Konsens über Sinnhaftigkeit, Inhalte und Ziele erarbeitet werden, der dem/der TherapeutIn auch sinnvoll erscheint? Und welche besonderen Regeln der Verschwiegenheit, und des Informationsaustausches sollten für die enger und weiteren Beteiligten gelten? Nach dieser Klärung und Entscheidung kann die nächste Frage gestellt werden:

4.2. WIE KANN DEM KIND IN DER THERAPIE BEGEGNET WERDEN?

Welche ethische Haltung bezüglich der Zustimmung des Kindes zu therapeutischen Interventionen nimmt der/die TherapeutIn ein? Welches Mitspracherecht bez. Form, Inhalt und Dauer der Therapie wird dem Kind eingeräumt? Welche Haltung nehmen Überweiser und für das Kind Zuständige zu diesen Fragen ein? Besteht die Vorstellung, dass Therapie vorwiegend mit dem Kind allein passieren soll, das Kind nie allein gesehen werden soll, die Bezugspersonen ohne Kind zur Therapie kommen wollen, um nur über das Kind zu sprechen, ohne dass der/die TherapeutIn das Kind sieht? Oder hat der/die TherapeutIn Gestaltungsraum in diesen Fragen?

4.3. WELCHE THEORETISCHEN ANNAHMEN LEITEN DEN/DIE THERAPEUTIN IN DER THERAPIE, DIE DIE KINDER IM SPEZIELLEN (AUCH) BETREFFEN?

Wie erwartet wer Auflösungen der Probleme, inklusive der/die TherapeutIn? Mit wem will der/die TherapeutIn arbeiten? Kann er/sie mit diesem speziellen Problem und Setting umgehen (gibt es Erfahrungen im Umgang mit Kindern, Wissen über die speziellen Nöte und Themen der verschiedenen Altersstufen, Erfahrung mit Familiensitzungen, Anwesenheit kleiner Kinder, Wechsel der Settings, Zusammenarbeit mit Systemen, in die das Kind unmittelbar eingebunden ist)? Soll das Kind, die Eltern oder sonstige, am Problem Beteiligte in gemeinsame Gespräche eingebunden werden, oder mit jedem individuell gearbeitet werden? Welche Optionen stehen durch die Kompetenz des/der TherapeutIn überhaupt zur Auswahl?

Gerade die Erarbeitung der Frage, wie Abgrenzung der vielen Erwartungen und Respekt für das Kind als eigenständiger Mensch mit eigenen Bedürfnissen, Problemen und Ansprüchen und dennoch Bieten einer sicheren Umwelt - die es für seine Entwicklung braucht - für das Kind erfolgt, stellen im Hintergrund wichtige Weichenstellungen für den therapeutischen Prozess dar. Denn oft werden Veränderungen in der Umwelt des Kindes erfolgen (Lehrerwechsel, Schulwechsel, Umzug, Veränderungen der Familienstrukturen, Wochengestaltungen für das Kind, etc.), die unmittelbaren Einfluss nicht nur auf das Leben und die Lebensbewältigung des Kindes haben, sondern auch den Rahmen der Kindertherapien betreffen. Allein eine Umstellung des Lehrplans macht die beste Kindertherapie zunichte, weil die Stunde eventuell nicht mehr eingehalten werden kann. Anders als bei Therapien mit Erwachsenen ist das (Be)achten des Kontexts, in dem sich Kinder bewegen und die Interdependenzen mit allen Ansprüchen und Ansprüche stellenden Stellen wichtig, weil sie Einfluss nehmen. Das bedeutet jedoch nicht, dass Kontakt mit allen aufgenommen werden muss. Die Le-

benswelten von Kindern allerdings mitdenken ist eine Minimalforderung, in der Therapien normalerweise nur einen kleinen Part einnehmen.

5. Aufgaben und Rollen von Kinder- PsychotherapeutInnen

TherapeutInnen können Förderer, Übersetzer, Interpreten, Hersteller von Kontaktmöglichkeit und gegenseitigem Verständnis und Vermittler zwischen dem Kind und seiner/ihrer Umwelt fungieren. Sie nehmen sich der Schwierigkeiten an, die im Kontext um das Kind entstanden sind, und versuchen dazu beizutragen, dass die Probleme eine Auflösung erfahren und das Leben aller Beteiligten (wieder s)einen gewohnten Gang gehen kann. Das Problem bedarf dann keiner besonderen Aufmerksamkeit, Rücksichtnahme, Auseinandersetzung und Beachtung mehr, wenn das Ziel erreicht ist.

Mehr als bei Erwachsenen hat der/die KindertherapeutIn die Möglichkeit, auch ÜbersetzerIn für die Bedürfnisse des Kindes den Bezugspersonen gegenüber zu sein, die die Umwelt des Kindes (mit)strukturieren. Es gilt mitunter einen Dialog zu fördern, manchmal auch erst wieder in konstruktiver Weise einzuleiten, wobei Kinder nicht immer in der Lage sind, in diesen Dialog ohne Unterstützung einzutreten und/oder ihn aufrechtzuerhalten.

EIN BEISPIEL AUS DER PRAXIS

Eine Hortnerin, ca. 40 Jahre alt, ruft in der Kinder- und Jugendpsychologischen Beratungsstelle an, um wegen Problemen mit ihrer Tochter einen Termin zu bekommen. Ich kann ihr nur kurz mitteilen, dass sie in einer Stunde wieder anrufen soll, da ich im Moment des Anrufens nicht lange sprechen kann. Sie kündigt daraufhin an, dass ihr Mann anrufen werde; sie ist berufstätig und kann später nicht mehr anrufen. *Üblicherweise kläre ich mit dem/der AnruferIn bereits am Telefon, ob er/sie bei mir überhaupt richtig ist, indem wir kurz besprechen, was das Anliegen ist und ich erste Einschätzungen mache, ob eine Therapie bei mir aus meiner Sicht hilfreich sein kann, ich mich einlassen kann und will, und wer zum Erstinterview sinnvollerweise kommen soll. Das gibt mir bereits wichtige Vorinformationen für einen eventuellen Einstieg in die Therapie.*

Der Mann, Ende 40, erzählt, dass sie große Probleme mit ihrer Tochter haben. Sie sind eine Stieffamilie, der es noch immer nicht gelungen ist, zusammenzuwachsen. Er wohnt bereits über drei Jahre in der Familie. Die Tochter Sarina sei sehr aggressiv, lehne ihn, aber auch die Mutter ab, was beiden große Sorgen bereite. Das möchte er verändern. Wir besprechen gemeinsam, wer zum Erstinterview kommen soll. Der Mann hat keine klaren Vorstellungen darüber. Meine Präferenz stelle ich zur Diskussion: das Mädchen, das 7 Jahre alt ist, habe vielleicht auch Probleme mit der Situation; es wäre hilfreich, wenn sie beim ersten Gespräch dabei ist. Die Tageszeit des Termins ist noch ein Problem- das Kind soll keine Stunde in der Schule versäumen; dies ist ein wichtigeres Kriterium für den Mann als das Fernbleiben von seiner Arbeit.

Bisher habe ich schon viel erfahren- einerseits soll sich das Kind in die Familie einfügen; andererseits deutet das Aufmerksammachen, dass das Mädchen in der 2. Schulwoche in der 1. Klasse nicht fehlen soll, darauf hin, dass sich die Eltern in das Kind einzufühlen versuchen und nicht nur an ihre eigenen Anliegen denken. Beide Elternteile kümmern sich um Therapie und sie kommunizieren zumindest in dieser Sache miteinander. Sie meinen, dass das „Stieffamiliesein“ eine Auswirkung haben kann, also Beziehungen ein Thema sind und Verunsicherungen oder Sonderstellung durch ihre Familienform erwartet wird. Ihre Idee ist, dass Familien sanft miteinander auskommen sollen- also derzeit zu viel Kampf und zu viel Disziplinierung in der Familie aus deren Sicht vorkommt, was verändert werden soll. Der Druck ist aber nicht so

groß, dass eine Therapiestunde wichtiger wäre als das Gelingen eines guten Schuleintritts. Der Stiefvater bezeichnet Sarina als seine Tochter; das unterstreicht sein Engagement und seine gewünschte Beziehung zum Kind. Aber warum gerade jetzt der Anruf?

Es gäbe viele Ansatzpunkte, mit den Eltern allein das Erstgespräch zu führen. Sehe ich die Eltern ohne das Kind, könnten wir darüber reden, was Stiefelternsein bewirkt und wie Sarina in die Familie hineinpaßt oder hineinpassen kann, usw.. Kommt Sarina beim Erstinterview mit, habe ich Gelegenheit, eventuell auch mit Sarina über ihre Sicht zu reden, sie zu fragen, wie sie damit umgehen kann, den Vater zu besuchen und einen „Onkel Sepp“ - den Stiefvater, wie er später vor mir bezeichnet wurde- zu haben, welches Familienmodell sie sich wünscht, und wie sie dies auch zu erreichen versucht(e). Die Interaktionen aller Familienmitglieder in der Stunde und die Muster der Kommunikation, die während der Stunde beobachtbar sind, ergeben weitere Informationen über den Umgang miteinander. Außerdem kann ich das Kind in seinen Fähigkeiten, Ressourcen, und vielleicht sogar in seinem Entwicklungsstand grob einschätzen. Weiters hat das Kind ja möglicherweise eine ganz andere Sichtweise des Problems. Das könnte dann zu Lösungen und Klärungen unmittelbar viel beitragen.

Ich habe wahrgenommen, dass der Stiefvater daran denkt, welche Auswirkungen ein Fehlen in der Schule für Sarina haben könnte. Dies läßt mich vermuten, dass die Eltern möglicherweise auch so mit mir reden werden, dass Sarina dabei anwesend sein kann. Sie sind vielleicht in der Lage, in diesem gemeinsamen Gespräch die Interessen aller Beteiligten abzuwägen, Sarina vor mir nicht allzusehr abzuwerten, oder nur über sie hinwegzureden, was mir einen therapeutisch konstruktiven Einstieg beim Mädchen erschweren könnte. Wenn ich alle gleichzeitig einlade, sehe ich vielleicht eher, ob das Hineindenken in das Kind nicht manchmal das Kind verfremdet oder sogar überfordert, und dies wären eventuell wichtige Informationen für die Eltern. Ich komme zu dem Entschluss: der gleichzeitige Einstieg bei allen Beteiligten erlaubt Handlungsspielraum, er reduziert die Gefahr einer einseitigen Sichtweise meinerseits und anfängliche Parteilichkeit bzw. Solidarisierung mit einzelnen Familienmitgliedern.

Mutter, Stiefvater und Sarina erscheinen. Sarina ist ein blondes, altersgemäß entwickeltes, eher burchikos wirkendes Mädchen, das ruhig neben den Eltern im Vorzimmer sitzt. Ihr Gesicht drückt Spannungen, Agilität und Kampf aus. Die Familie hat im Wartezimmer Platz genommen, ohne an meiner Tür zu klopfen. Sie sind überpünktlich erschienen und warten den genauen Stundenbeginn ab, wie sie später erklären. Sie werden hereingebeten. Kurz wird ausgehandelt, wer wo sitzt, jeder redet mit, letztlich darf sich das Kind zuerst den Platz aussuchen.

Der Stiefvater beginnt mit der Darstellung aus seiner Sicht. Sarina ist lebhaft beteiligt, ihr Gesichtsausdruck ändert sich je nach Gesprächsinhalt. Dabei bleibt sie ruhig sitzen, unterbricht nicht. Die Mutter hört mehr zu, läßt gerne den Mann sprechen, auch wenn ich ihr das Wort erteile. Der Mann schildert sich selber als strengen, autoritären Familienmenschen, dem wichtig ist, dass gegenseitige Erwartungen erfüllt werden. Ihm folgt Sarina eher als der Mutter. Sarina beschimpft die Mutter und streitet häufig mit ihr: das verträgt er sehr schwer. Die Mutter erzählt von ihrer Arbeitsstelle. Sarina hat dort bis letztes Jahr auch den Kindergarten besucht. Sarinas Verhalten hat die Autorität der Mutter bei den Kindern in ihrer eigenen Gruppe sehr erschüttert. Die Tochter hat sie mehrmals beschimpft und angeschrien, sich nicht beruhigen lassen. Nun besuche sie einen anderen Hort und auch eine andere Schule, sodass dieses Problem nicht mehr auftreten kann. Kennt sie ähnliche Probleme mit den Hortkindern in ihrer Gruppe? Eigentlich nicht. Diese Frage irritiert die Mutter eher. Sarina ist anders, schwieriger. Sie spricht von den beschämenden Gesprächen mit KollegInnen und Vorgesetzten über ihre Tochter.

Ich frage Sarina, wie sie mit Kindern auskommt, ob sie manchmal rauft und wer verliert. Sie kennt die Namen der Kinder in ihrer alten Gruppe nicht mehr. Mit Kindern rauft sie sonst nicht. Mit Mama oder Onkel Sepp (Stiefvater)? Sie lacht, nein kämpfen tun sie nicht. Aber streiten? Ja. Sie berichtet von einem Vorfall, und dass der Onkel Sepp sie einmal gehaut habe. Dieser meint, dass es schon dreimal vorgekommen wäre. Dann gibt es ein Zwiegespräch der beiden über die Vorfälle. „Leider war es nach dem „übers Knie legen“ immer besser, aber das allein kann es doch nicht sein “, meint der Stiefvater. Das Mädchen kann über sein Wütendsein im Kindergarten, das die Eltern vorher in verschiedenen Beispielen beschrieben haben, nicht mit eigenen Worten sprechen und selbst auch keine Beispiele dafür finden. Wir geraten über dieses Thema in keinem Austausch miteinander. Auch Spiele, die zum Ärger „rauslassen“ einladen, bespricht sie mit mir unbeteiligt, als hätte sie kaum Zugang zum eigenen Gefühl der Wut. Die Eltern korrigieren oder ergänzen nicht, bessern sie nicht aus.

Was haben sie bereits versucht? Der Stiefvater berichtet, dass sie bereits bei einem Familientherapeuten waren, wo sie nur 2x hingegangen sind. Sie wurden dort auch über ihr Sexualleben und ihre Herkunftsfamilien befragt und Sarina ist während der Stunden spazieren gegangen, wo es doch um sie gehen sollte. Ihr Anliegen wäre, wie sie als Familie zusammenwachsen könnten. Der Vater, den Sarina regelmäßig besucht, habe immer gemeint, sie würden das Mädchen schlecht erziehen und bei ihm sei sie immer brav. Gegen Ende der Ferien hatten Vater und Sarina eine Woche miteinander verbracht und die Berichte nach dieser Woche waren vom Vater plötzlich ganz anders- er selber sei mit Sarina sehr schwer zurechtgekommen. Details werden geschildert.

Eine Vielfalt von Themen werden angesprochen. Ein Spektrum von Interaktionen wird sichtbar. In den nächsten 15 Minuten berichten die Eltern über ihre jeweiligen Sichtweisen der Probleme. Das Kind bleibt die ganze Zeit ruhig und am Platz sitzen. Das viele Spielmaterial im Raum lenkt Sarina nicht ab. Wenn ich mit ihr zwischendurch rede, ist sie immer orientiert, kann sich sofort am Gespräch beteiligen. Meine Zusammenfassungen des Gesprochenen für sie versteht sie, gibt Beispiele dazu oder korrigiert Details, die aus ihrer Sicht anders sind. *Sie spricht nur auf direkte Aufforderung, unterbricht ihre Eltern nie, lenkt nie ab - ungewöhnlich für ein Kind ihres Alters. Ich habe erfahren, dass Sarina in der Schule ein Jahr zurückgestellt wurde- obwohl sie lange Konzentrationsphasen hat und intellektuell in der Lage ist, dem Gespräch von Erwachsenen über längere Zeit zu folgen. Dies deutet auf eine andere Problematik hin, die vorhanden sein könnte.*

Eine neue Überlegung drängt sich auf- wie gestaltet Sarina Beziehungen, wie geht sie auf Menschen zu, wie sieht sie andere Menschen, womit hat sie Probleme? Mit diesen Fragen als Filter höre ich die weiteren Situationsschilderungen der Eltern, die sie mir erzählen wollen. Ihr Thema ist ja die Beziehungsgestaltung mit Sarina, bei der sie Sarina hilflos werden lässt. Der Stiefvater meint, dass das Mädchen mit Unterstützung von Sarinas Vater leichter zu erziehen wäre. Er erzählt, dass ihn Sarina selten grüßt, manchmal einen ganzen Tag nicht mit ihm spricht, ohne dass er sich beklagt. Er versucht es zu ignorieren und den Zeitpunkt des Einlenkens abzuwarten. „Hat Sarina schon begriffen, wie lieb Sie sie haben?“ „Sie zeigt es nicht, kuschelt eigentlich nicht, reagiert auch auf Geschenke relativ gleichgültig.“ Das Mädchen reagiert auf die Frage und die Antworten im Hier und Jetzt auch nicht deutlich erkennbar. „Den Weihnachtsbaum und die Geschenke hat sie kaum beachtet,“ dem Stiefvater stehen (fast) Tränen in den Augen. Auch der Mutter gegenüber zeigt Sarina kaum Zuwendung. Ein neues Bild entsteht. Ich rede mit dem Mädchen über „lieb gehabt werden“, beliebt sein, Freunde haben, Zuneigung ausdrücken, usw. Darüber redet sie mit mir kaum, Unterscheidungen bzw. Differenzierungen fallen ihr keine ein. Für sie ist der Bub, der seit 5 Tagen in der Klasse neben ihr sitzt, der große Freund, so berichtet der Stiefvater. Im Kindergarten hatte sie nie Freunde, erzählt die Mutter. Dies erwähnte auch die Kindergärtnerin immer wieder. Aber Freunde haben wollen und lieb sein wollen, sind Themen, die Sarina interessieren.

Es wird Zeit für eine Eingrenzung des Themas. Mein Hinweis, dass vielleicht nicht nur Stiefvater und Mutter Probleme mit Sarina haben, sondern mit Sarina wenige Menschen verständnisvoll (für das Kind) umgehen können, erzeugt bei den Eltern eine Fokusverschiebung. Ich stelle in den Raum, ob Sarina anders auf Menschen zugeht und ihre Wahrnehmung von anderen- ihr Denken- vielleicht anders sind, als bei den meisten ihrer Altersgenossen, und deshalb das Zusammenleben und Einfügen Sarinas in eine Gemeinschaft schwierig sein kann. Ob wir darüber reden sollen, Sarina zu unterstützen, den „Draht“ zu anderen Menschen leichter finden zu können?

Die Eltern bringen in der Folge mehr ihre eigenen Probleme ein; der Stiefvater erzählt von seiner Arbeitslosigkeit über 7 Monate und wie froh er nun ist, dass es vorbei ist, aber wie langweilig seine jetzige Arbeit ist. Die Mutter redet über ihre Ängste, dass Sarina den Einstieg in die Schule schafft und ihre Sorgen, dass das Mädchen so schwer mit anderen zurechtkommt. Sie erzählt auch, wie schwer es für sie zu ertragen war, als Sarina an ihrer Arbeitsstelle den Kindergarten besucht hat, und sie ihre Tochter besonders dort nicht erziehen konnte. Die Kindergärtnerin habe ihr im Nachhinein etliche Sorgen um Sarina mitgeteilt und sei nun froh, dass Sarina nicht mehr im Haus sei. *Plötzlich sind alle emotional anders beteiligt. Es ist nicht mehr nur ein Schildern, sondern ein betroffenes Reden über die eigene Befindlichkeit, die eigenen Sorgen und vieles, was die Erwachsenen an Ängsten plagt, hatten sie über Sarina gesagt. Wer wird welches Problem schneller lösen können und damit Hoffnung in die Familie bringen?*

Die Stunde geht dem Ende zu. Der Rest der Zeit wird dazu verwendet, nächste Möglichkeiten, Vereinbarungen, Beobachtungen im Umgang mit dem Mädchen und Hilfen dazu zu besprechen. Den Eltern ist es einstweilen vorrangig, dass Sarina einen guten Einstieg in der Schule hat und dort keine Stunde fehlen soll. Danach werden auch nächste Entscheidungen ausgerichtet. Sarina hat am Schluß noch das Bedürfnis länger (zu mir gewandt) zu reden. Sie formuliert ihr Anliegen und beansprucht nun auch Platz dafür: Sie will selbst brav sein und wünscht sich, dass ihre Eltern zu ihr nicht so streng sind. Sie möchte auf alle Fälle in der Familie bleiben und nur dort wohnen, sonst nirgends: ihre Liebeserklärung an die anwesenden Elternteile. *So ein schönes Kompliment und eindeutige Zusage an die derzeitige Familienform aus dem Mund des Kindes. Das werde ich mir merken, damit können die beiden Erwachsenen vielleicht auch in Zukunft bez. Ihrer Rollen gegenüber dem Mädchen erinnert werden. Und ich merke mir, dass die Eltern Zuwendung und Platz für ihre Sorgen brauchen.*

Am Ende der Stunde konnte also auch das Mädchen ein Anliegen für sich formulieren und hatte für sich entscheiden können, dass sie es in die Stunde einbringen will. Sie hat vielleicht viel Unangenehmes über sich anhören müssen und wurde eventuell in ihren Augen auch bloßgestellt, aber fühlte sich vielleicht doch mehr ernst genommen als stigmatisiert. Sarina war im Laufe der Stunde in der Lage, sich auch mit ihren Wünschen einzubringen, sich immer mehr zu beteiligen, Platz zu bekommen und nicht nur zu reagieren. Den Zeitpunkt ihres aktiven Mitgestaltens hatte sie bestimmt. Eine minimale Kooperationsbereitschaft und Erarbeitung ihrer Anliegen wurde somit auch mit ihr erreicht. Ihre Reaktionen auf Gesprochenes waren nicht immer unmittelbar an das anschließend, was wir Erwachsenen besprachen; sie beantwortete aber im Laufe der Stunde wichtige offene Fragen der Eltern: sie lehnt diese nicht ab, ihre Sorgen sind andere als die Eltern bisher annahmen. Vielleicht können ihr die Eltern doch mehr helfen und sie lieb haben, sie nicht vorwiegend in Schranken weisen. Die Eltern brauchen auf alle Fälle nicht mehr zu glauben, dass Sarina sie nicht mag.

Als Therapeutin habe ich nun gute Voraussetzungen mit allen, aber auch mit Einzelnen zu arbeiten. Zumindest für diese Stunde ist es gelungen, die hier anwesende Familie mit ihren Werten, Regeln und Mustern zu respektieren, jeden Einzelnen persönlich anzusprechen, aber auch zu jedem eine Position zu beziehen, die mir flexible therapeutische Handlungsspielräume für die weitere Arbeit an der

Auflösung des Problemsystems ermöglicht. Nach der Eingrenzung des Themas wurden individuelle Themen der Beteiligten von allen angesprochen. Ob neue Handlungsräume bei der Familie entstanden sind, und sie sich eine Auflösung des Problems nun eher erwarten oder bereits Ideen in Richtung Auflösung haben, wurde versäumt zu fragen. Falls sich die Eltern entschließen sollten, weiterhin zu kommen, ist es mein Anliegen, dem Mädchen auch einen eigenen Termin vorzuschlagen, da sie sich auch mit einem eigenen Anliegen an mich gewandt hat. Ansonsten ist nun die Familie m. E. in der Lage zu entscheiden, welche Konstellation beim nächsten Treffen hilfreich sein wird. *Nach Reflexion des Erzielten kann gefragt werden, ob weitere Gespräche für die Anliegen gewünscht werden. Das Setting der nächsten Stunden kann mit der informierten Zustimmung jedes Betroffenen organisiert werden.*

6. Aus der systemischen Perspektive ergeben sich daraus folgende Leitlinien für Therapien mit Kindern:

1. **An die „Sprache des Kindes“ Anschluß finden** bedeutet für den/die TherapeutIn auch, an die Form der Kontaktaufnahme, die Kultur des Kindes und seiner Bezugsgruppe in- und außerhalb der Familie Anschluß zu finden. Die Kommunikation zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen ist fallweise gestört, sodass es auch schon ein Ziel sein kann, eine Sprache mit allen Beteiligten (wieder) zu finden, ohne dass Symptome, Störungen, Verweigerungen und dgl. die Kommunikation miteinander verzerren oder verschlüsseln. Mehr als bei Erwachsenen kann davon ausgegangen werden, dass sich Kinder auch in Form von Verhalten und Symptomen (eh!!) ausdrücken, die es aber für Andersdenkende zu enträtseln gilt. Kinder haben je nach Lebensalter sehr unterschiedliche Ausdrucksformen und Ausdrucksmöglichkeiten und messen Erwachsenen altersangemessen unterschiedliche Wichtigkeiten und Vertrauen zu.

2. **Das Kind in seinem Lebenskontext begreifen**, der es formt, lenkt und auch hält. Das Kind kann noch weniger als Erwachsene den Kontext nach eigenem Willen verlassen. Andererseits hat die Herausnahme des Kindes aus einer Klasse, Familie, Freundeskreis oder Umgebung weitreichende Konsequenzen. Veränderungen (der Gestaltung) seines Umfeldes können in dem Spannungsfeld zwischen Anschluß finden, Mitgestaltung, Anpassung durch das Kind und Gestaltung für das Kind passieren. Erfolgte oder zu antizipierende Veränderungen, die durch das Heranwachsen zu erwarten sind und mit Veränderungen der Lebenskontexte einhergehen (Schuleintritt, Schul-, Wohnungswechsel, unmittelbare Bezugspersonenwechsel...) gilt es auch mitzuberücksichtigen und mitzubedenken. Meistens sind für Veränderungen der Kontexte nicht KindertherapeutInnen, sondern andere VertreterInnen sozialer Berufe zuständig (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen,...). TherapeutInne sollten eher trachten, dem Kind zu helfen und nicht das Kind in seinen Bedürfnissen zu sehr zu interpretieren und Entscheidungsdruck auszuüben.

3. **Die Interdependenz sehen.** Die Verantwortung für das Wohlergehen des Kindes und Zuständigkeiten für Lebensbereiche schaffen Realität. Das Kind ist nicht passiv den Veränderungen und seiner Entwicklung ausgesetzt. Es realisiert für sich Entwicklungsschritte auf seine individuelle, aktive Weise. Rollenerwartungen, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche begrenzen den Handlungsspielraum, der jeweils subjektiv interpretiert, genützt und ausgefüllt wird.

4. **Kinder haben ein sehr vages Bild von Therapie.** Sie brauchen eine konkrete Erklärung, was Therapie sein soll und wie sie die Therapie nützen können. Vorannahmen sind z.B.: dort kann man spielen, „alles“ sagen, was man will oder was man seiner Familie nicht sagt, dort wird man geprüft, entlarvt, erzogen, zurechtgewiesen, erhält Unterstützung für Anliegen oder kann besprechen, was Sorgen macht, man kann über Ideen reden, was man anders machen könnte. Viele Kinder kommen zum Therapeuten/zur Therapeutin, die selber Sorgen haben. Es gibt Inhalte, die sie stören, die sie

beschäftigen, ängstigen. Der/die TherapeutIn kann eine Atmosphäre schaffen, die es dem Kind ermöglicht, sich mit seinen Problemen ernst genommen zu fühlen, darüber zu sprechen und gemeinsam mit dem der/die TherapeutIn durch Reden, und auch auf spielerische Weise, in Form von Rollenspielen, in Metaphern, durch Gespräche mit den anderen Beteiligten, Erfinden von individuellen Geschichten und dergleichen, Lösungen bzw. alternativem Umgang dazu zu überlegen. Es erleichtert das Kind, wenn es entdeckt: nicht ich allein habe Ängste, Sorgen, ich bin nicht anders als andere. Konkrete Beispiele aus Therapien mit anderen Kindern in ähnlicher Lage oder Alter können dem Kind veranschaulichen, worauf es sich einlassen könnte.

Mitunter genügt ein Verstehen des Kindes selbst, um Konflikte und Ängste zur Auflösung zu bringen. Nicht immer ist eine Rückkoppelung mit den Bezugspersonen notwendig, dass sich Kinder wieder wohlfühlen, denn sie haben große eigene Kompetenzen zum Beeinflussen ihrer Umwelt..

5. Auch Therapie mit Kindern funktioniert über Schaffen von Vertrautheit. Die persönliche Begegnung und Vermitteln von Interesse für das Kind und seine Anliegen, sind Voraussetzungen für den Dialog mit dem Kind. Die Bereitschaft des sich Einlassens von Seiten des Kindes muß auch erarbeitet werden. TherapeutInnen sind ja vorerst Fremde, und Fremde sollte man vorsichtig begegnen, meint unsere Kultur generell.

Eine gemeinsame erste Sitzung mit allen Familienmitgliedern gibt auch dem Kind Gelegenheit für seine Einschätzung, was (diese) Therapie sein soll und sein kann. Es kann dabei erfahren, wie es den/die TherapeutIn einordnen kann, was es von ihm/ihr erwarten und wie es Therapie nützen kann. Es kann auch sehen, was die Eltern von der Therapie und dem/der TherapeutIn halten.

6. Die Interdependenz des Kindes wird zum Gegenstand, diese aber nicht prinzipiell in Frage gestellt. Dies gilt für den Einstieg, den Verlauf und den Abschluss einer Therapie. Ein Einverständnis und fallweise auch direkter Austausch mit den Bezugspersonen ist während des Verlaufs der Therapie notwendig, damit die Therapie mit dem Kind deren Wohlwollen bzw. Unterstützung findet. Der/die TherapeutIn will kein „besserer“ Elternteil, LehrerIn, etc. sein, sondern kann höchstens punktuell Ersatzfunktionen übernehmen, damit diese Personen für das Kind wieder zugänglicher werden.

Therapie mit Kindern ist im ursprünglichen Sinn systemisch geblieben- alle Beteiligten können in den therapeutischen Prozess direkt einbezogen werden, müssen aber nicht auf jeden Fall. Wer der Klient ist, der ein Problem hat, das verändert werden sollte und welche Motivation zur Veränderung vorhanden ist, kann teilweise erfragt und konsensuell bestimmt werden. Der Kontext, in dem das Kind lebt, kann aber nicht vom Problem abgekoppelt oder das Problem vom Kontext isoliert werden. Die Bedeutung der engen Verwobenheit aller Kontexte darf bei Therapien mit Kindern eigentlich nie vernachlässigt werden, auch wenn die Verlockung gerade bei Kindern sehr groß ist, die eigentliche Therapeutenrolle zu erweitern und Retter, Ersatzbezugsperson, Erziehungsperson, Tröster, Entertainer..., wenn auch nur vorübergehend, zu werden. Dies führt unweigerlich zu Koalitionen, Loyalitätskonflikten und damit zusätzlichen Problemen für das Kind. Und die Umwelt für Kinder ändert sich rasch. Eine Karenz einer Lehrerin, ein Verlassen der Klasse eines Mitschülers, eine gute Note oder eine neue Freundin bringen mitunter so große Veränderungen mit sich, dass sich Probleme wie im Nu – oder wie ein Wunder- verflüchtigen können.

7. Nützliches rund um Therapien mit Kindern

7.1. WER IST KLIENTIN, WER IST VERTRAGSPARTNERIN DES/DER THERAPEUTEN/IN?

ÜberweiserInnen, Kind und der/die Therapie in Anspruch nehmen Wollende, stehen in enger Verbindung. Die Sichtweise des Problems, die Feststellung der Therapiebedürftigkeit und die Definition der Überwindung des Problems wird durch alle im Kontext mitdefiniert. Der in die Therapiestunde Kommende ist nicht immer der Auftraggeber und/oder der, der über die Inanspruchnahme und Beendigung der Therapie allein verfügen kann. „Zufriedenheit“ mit den Auswirkungen der Therapie (Kind, unmittelbare Bezugspersonen, Zahler) fördern oder behindern die Kontinuität, den Fortschritt oder den Abbruch. Letzten Endes bestimmt der Obsorgeberechtigte über Therapievertrag und Dauer der Therapie. Kinder haben kaum direkten Zugang zu therapeutischen Ressourcen und können diese ohne Rücksprache quasi nicht in Anspruch nehmen. Ausnahme sind Angebote wie Kindertelephon.

7.2. ANLÄSSE, FÜR KINDER THERAPIEN ZU ORGANISIEREN, SIND OFT NORMENABWEICHUNGEN, SYMPTOME

Meist hat das Kind ein Symptom, das Menschen veranlaßt, Hilfe für das Kind zu organisieren. Mit der Sprache des Symptoms findet es (oft erst) Aufmerksamkeit für seine Nöte. Worauf die Aufmerksamkeit gerichtet werden sollte, bedarf einer Klärung in der Therapie. Häufige Anlässe sind:

- a. Symptome (z. B. Aggression, Nervosität, Bettnässen, Einschlafprobleme, Stehlen, Drogenkonsum, Wegbleiben, Tobsuchtsanfälle...)
- b. Konflikte, Überforderung, Sorgen der Bezugsperson im Umgang mit dem Kind oder unverständliches, nur schwer von jemanden oder vielen zu akzeptierendes Verhalten von Kindern (z.B. Rückzug, Verweigerungen, kaum mehr vorhandene Fröhlichkeit, Konflikte, plötzliche Veränderung im Leistungs- und Stimmungsbereich).
- c. Unterschiedliche Einschätzungen des Verhaltens und der Bedürfnisse von Kindern, die einander widersprechenden Umgang mit dem Kind oder Besorgnis hervorrufen, und Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind allgemein. (Z.B.: Ein Kind ist in der Schule überfordert. Die Lehrerin meint, die familiären Belastungen tragen dazu bei, dass das Kind in der Schule nicht mitarbeitet. Die Mutter meint jedoch, die Lehrerin beachte das Kind nicht genug. Diese Differenz verunsichert die Mutter und veranlaßt sie, eine Therapie in Anspruch zu nehmen.)
- d. Dramatische Ereignisse, die das Kind in den Augen der Erwachsenen schwer verkraften kann (Trennungen, Tod in der Familie, Unfälle, lange Krankheit, Zeuge von Gewalttätigkeiten und Katastrophen gewesen zu sein).

7.3. SPRECHEN UND SPRACHE IN DER THERAPIE, KOMMUNIKATIONSREGELN

Wenn Erwachsene und Kinder an der Therapiestunde teilnehmen, ist es wichtig, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene verstehen, was gesprochen wird. Es braucht eine gemeinsame Ausdrucksweise bzw. Sprache, oder dass jeweils für alle Beteiligten übersetzt wird, was Thema ist, und worum es geht. Falls Anliegen in der Stunde besprochen werden, die Kinder überfordern oder die sie aus verschiede-

nen Gründen nicht hören sollen, oder Themen, die Eltern ohne Kinder besprechen wollen, können Kinder in den Warteraum oder in ein Spielzimmer geschickt werden. Es wäre aber wichtig, ihnen zu erklären, warum sie am Gespräch nicht teilnehmen werden und wenn sie wieder dazugeholt werden, sie zu informieren, wenn es um Anliegen geht, die auch sie betreffen (Transparenz für alle Beteiligten).

Es entspricht manchmal den Erwartungen Erwachsener, mit Hilfe von Fachleuten etwas über ein Kind zu erfahren, von dem sie glauben, dass sie es selber nicht in dieser Form herausfinden könnten. In diesem Fall wird Therapie mit Beratungselementen angereichert. Die Gefahr liegt im kompletten Verlassen der therapeutischen Haltung, wenn nicht beachtet wird, dass die eigentlichen Experten für ihre Kinder die Bezugspersonen selbst sind. Die Bereitschaft der Eltern, den Standpunkt des Kindes zu verstehen, birgt die Chance der Überwindung einer scheinbar ausweglosen „Pattsituation“ in sich, ohne dass prinzipielles Unverständnis füreinander angenommen werden muss (Übersetzerfunktion). Ein Gespräch mit dem Kind in Anwesenheit der Bezugspersonen gibt sehr oft beachtliche Resultate, denn das Zuhören allein erlaubt andere Sichtweisen zu entwickeln und neue Informationen aufzunehmen.

7.4. DAS THERAPIESETTING IST DEM ANLAß UND DEM ZIEL ANZUPASSEN.

Es ist ein Anfangssetting und ein Therapieverlauf zu wählen, der den Beteiligten nützt und aus dem keine oder möglichst wenige Sekundärprobleme erwachsen: Kindertherapie, Familiengespräche, Gespräche mit Eltern - je nach Thema. Vereinbarungen sollten laufend auf ihre Effizienz für die Beteiligten überprüft werden. Allgemein ist eine Therapie mit Kindern, ohne Eltern fallweise über Inhalte grob zu informieren, meist in ihrem Fortschritt gefährdet, sei es durch Abbruch, nicht ausgesprochene und oft nicht richtig verstandene Delegationen, sei es durch laufend neue Themen, die sich im Alltag mit Kindern ergeben, die die ursprünglichen therapeutischen Aufträge überschatten und manchmal nichtig in den Augen mancher Beteiligter erscheinen lassen. In der Praxis werden die Therapiestunden mit Kinder eher vernachlässigt, wenn mit Elterngesprächen wichtige therapeutische Fortschritte gemacht werden können.

Kinder haben aber auch Erwartungen bez. der Kontinuität und Fortsetzung der Therapiestunden, die nicht enttäuscht werden dürfen (für jeden „seine bzw ihre“ Unterstützung).

Ergänzende Gespräche mit dem Kind können hilfreich sein, auch wenn man vorwiegend mit Eltern arbeitet. U.U. braucht auch das Kind therapeutische Hilfe, sich mit den gegebenen Veränderungen und Realitäten zurechtzufinden, einschneidende Erlebnisse einzuordnen, sie verstehen und nachvollziehen zu können und damit zurechtzukommen, wenn diese Gespräche zur Problembeseitigung auch nicht primär beitragen (Trennung, Verluste, andere Katastrophen), besonders wenn Eltern mitbetroffen sind (Scheidung, große Belastung und Schuldgefühle der Eltern) und sie kaum in der Lage sind, die Anliegen der Kinder auch noch zu bemerken (Therapie gibt Orientierungshilfen).

7. 5. INTERVENTIONEN FÜR DAS KIND

Ein weiterer Aspekt kann die Mobilisierung der „Umwelt“ sein, sei es durch eine Konsultation der Personen, die mit dem Kind Probleme haben, sei es, um eine Veränderung im schädigenden Milieu zu bewirken: durch Beratung, oder auch durch eine Maßnahme. Vorrangig braucht es eine Besprechung mit den Eltern bzw. Bezugspersonen. Dies ist der Ort, wo Bedenken und Vorgangsweise zuerst deponiert werden sollten.

8. Resümee

Bei den allgemeinen Überlegungen zum Setting von Therapien mit Kindern im systemischen Paradigma wurden die Wichtigkeit des jeweiligen Settings, das den Rahmen für die Möglichkeit eines konstruktiven Beitrags zur Problemlösung schaffen soll, hervorgehoben. Das Erstinterview mit der Familie, auch in Anwesenheit des Kindes, ist ein möglicher Einstieg zum Finden der passenden Therapieform für Kinder. Kinder unterscheiden sich in ihrer Entwicklung, ihrer Ausdrucksfähigkeit und ihrem individuellen Zugang zu Sichtweisen über sich und andere nicht nur nach ihrer Altersstufe, sondern es gibt auch große individuelle Unterschiede. In dieser Arbeit wurde keine Differenzierung bez. des Alters des Kindes und des Status des Kindes in der Familie (Einzelkind, mehrere Kinder, vielfältige Familienformen, Vorgeschichte, intellektuelle und sonstige Fähigkeiten) gemacht. Es wäre notwendig, weitere Unterscheidungen bez. des Lebensalters der Kinder vorzunehmen, die methodisch sehr unterschiedlichen Umgang mit dem Kind, bezüglich Gestaltung der Stunden, Verwendung unterschiedlicher Ausdrucksmittel, Kooperation mit den Eltern und eventuell weiterer vorhandener Familienmitglieder sowie involvierter Institutionen, erfordern. Vor allem die Gruppe der Jugendlichen benötigt andere Begegnungen und Überlegungen, wie das Setting am sinnvollsten zu gestalten ist. Dabei ist die Tendenz der Jugendlichen, Autonomie zu erreichen und zwar durch Veränderungen ihres Status in der Familie und der Familie für sie, mitzuberücksichtigen, damit Therapie für den/die Jugendliche/n, aber doch auch im Sinne der Familie insgesamt nützlich werden kann.

Literatur

Bauers Walter (1994): Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43:84-89

Durrant Michael (1996): Auf Stärken kannst du bauen. Dortmund Verlag Modernes Lernen

Furman Ben (1999): Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben. Borgmann Verlag Dortmund

Haley Jay (1973): In defense of child therapy. Family Process 12: 227-244

Klammer Gerda (1999): Innere und äußere Realität des Kindes und Bewältigungshilfen. Strukturelle Überlegungen und narrative Haltungen. Psychologie in Österreich 1, 17-24

Klammer Gerda, Wagner Elisabeth (1998): Institutionelle Antworten auf Inzest: ein Potpourri von Schutz, Kontrolle und Hilfe. In Forensische Psychotherapie (Hg. Wagner Elisabeth, Werdenich Wolfgang) Facultas Verlag Wien, S.329-341

Ornstein Anna (1978): Die Herstellung des Kontakts mit der inneren Welt des Kindes. Familiendynamik 3:282-315

Razer Jamie (1999): Erziehung ist Beziehung. 6 einfache Schritte, Erziehungsprobleme mit Jugendlichen zu lösen. Beltz Taschenbuch Weinheim, Basel

Rotthaus Wilhelm (1998): Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung. Carl Auer Verlag Heidelberg

Rotthaus Willhelm (2000): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Zeitschrift für systemische Therapie 1/18 24-29

Stern Daniel (1994): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett Cotta 4. Aufl. Stuttgart

Stern Daniel (1996): Selbstempfindung und Rekonstruktion. In Trautmann-Voigt Sabine, Voigt Bernd (Hg) Bewegte Augenblicke im Leben des Säuglings- und welche therapeutischen Konsequenzen? Claus Richter Verlag Köln

Vogt-Hillmann Manfred, Burr Wolfgang (1999): Kinderleichte Lösungen. Borgmann Verlag Dortmund

Wintsch Hanna (1998): Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch. Reinhardt Verlag München, Basel

Wirl Charlotte (1997): Symbolische hypnotherapeutische Kurzinterventionen mit Kindern. In: Kotje- Birnbacher u.a. Hg, Imagination in der Psychotherapie Verlag Hans Huber Bern