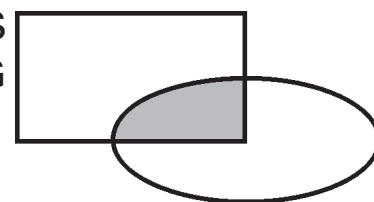


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



3. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2007

Inhalt

Themenschwerpunkt:

Bindungs- und Beziehungsarbeit in der Klinischen Sozialarbeit

- 3 Editorial
- 4 *Silke Birgitta Gahleitner*
Überlegungen zur Bindungstheorie
als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit
- 7 *Klaus Fröhlich-Gildhoff*
Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- 9 *Ruth Großmaß*
Beziehungsgestaltung in der Beratung
- 11 *Katharina Weil, Ursula Senn und Uwe Hinze*
Musik- und Tanztherapie im Dialog –
Brücken bauen, wo keine mehr sind
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 Literatur zum Themenschwerpunkt; Tagungsankündigung TWG im Oktober 2007

Herausgeber

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ■ Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Professor für Klinische und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg; Psychologischer Psychotherapeut. Forschungsschwerpunkte: Frühpädagogik, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Email: froehlich-gildhoff@efh-freiburg.de

Silke Birgitta Gahleitner

Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASFH Berlin; Psychotherapeutin in freier Praxis und sozialtherapeutischer Einrichtung für Mädchen/junge Frauen. Forschungsschwerpunkte: Trauma, Bindung, Gender, häusliche Gewalt.

Email: sb@gahleitner.net

Ruth Großmaß

Professorin für Sozialphilosophie und Ethik an der ASFH Berlin. Forschungsschwerpunkte: Beratung als eigenständige Profession, Ethische Reflexion in der beruflichen Praxis, Macht in so-

zialarbeiterischen Handlungskontexten, Gender.
Email: grossmass@asfh-berlin.de

Uwe Hinze

Dipl. Sozialpädagoge FH. Seit 10 Jahren Leiter einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.

E-mail: hinze.u@web.de

Ursula Senn

Dipl. Musiktherapeutin, Heilpraktikerin (Psychotherapie). Freiberuflich tätige Musiktherapeutin im Bereich Gemeindepsychiatrie/Behindertenhilfe bei EVIM.

E-mail: ursulasenn@web.de

Katharina Weil

Dipl. Sozialpädagogin an der FH Wiesbaden, Tanztherapeutin (FITT/BTD). Berufsfeld: Seit 8 Jahren tätig im EVIM Wohnpflegehaus für körperlich beeinträchtigte Menschen.

E-mail: tanzende-frau@gmx.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls
Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mittweida

Literatur zum Themenschwerpunkt

Balen, R. van (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 162–183.

Bauriedl, T. (2001). Das Konzept der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Paar- und Familientherapie. *Psyche*, 55 (11), 1168–1192.

Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München: Reinhardt. (Orig. Vol. 1: 1969. Vol. 2: 1973. Vol. 3: 1980.)

Brisch, K. H. (2006). Bindungsstörung. Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. *Blickpunkt Jugendhilfe*, 3, 43–55.

Brisch, K. H., Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Eds.) (1999). *Handbook of attachment*. New York: Guilford.

Endres, M. & Hauser, S. (Hrsg.) (2002). *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.

Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.

Fonagy, P. (2003). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2003) *Einzelbetreuung in der Jugendhilfe*. Münster: Lit.

Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.

Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hofmann, R. (2002). *Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung. Ein Praxisbuch für Therapie, Betreuung und Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Höger, D. (2007). Der personzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 64–78). Wien: facultas.

Holmes, J. (2002). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. München: Reinhardt.

Rahm, D. (2005). Bindungsentwicklung – über parallele Aspekte der Entwicklung von Bindungssicherheit in der Mutter-Kind-Interaktion und im therapeutischen Prozess. *Beratung Aktuell*, 6 (3), 140–160.

Rogers, C. R. & Buber, M. (1960) Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. 1957. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221.

Scheuerer-Englisch, H., Suess, G. J. & Pfeifer, W.-K. P. (2003). *Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*. Gießen: Psychosozial. (edition psychosozial.)

Schleiffer, R. (2001). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. Münster: Juventa.

Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf. Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 170–194). Weinheim: Beltz.

Stemmer-Lück, M. (2004). *Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Suess, G. J. & Pfeifer, W.-K. P. (2000). *Frühe Hilfen*. Gießen: Psychosozial. (edition psychosozial.)

Suess, G. J., Scheuerer-Englisch, H. & Pfeifer, W.-K. P. (2001). *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial. (edition psychosozial.)

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam:

Uwe Klein (Leitung)
Kirsten Becker-Bikowski
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise:

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion:

Redaktion "Klinische Sozialarbeit"
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN:

1861-2466

Auflagenhöhe:

2350

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Tagungsankündigung: "Fall - Prozess - Methode"

Tagung zu Interventionsstrategien im Beziehungsalltag Therapeutischer Jugendwohngruppen

Zeit: 24. Oktober 2007, 9.00 bis 16.30 Uhr

Ort: Haus der Kirche Berlin, Goethestraße 26-30, 10625 Berlin-Charlottenburg

Vorträge: Claus-Peter Rosemeier (Koralle – therapeutische wohngruppen), Roland Schleiffer (Prof. für Heilpädagogische Psychiatrie, Köln), Silke Gahleitner (Prof. für Klinische Sozialarbeit, Berlin).

Moderation: Thomas Girth (Der Steg e.V.)

Arbeitsgruppen: Dialektisch-Behaviorale Therapie, Kunsttherapie, chronifizierte Angst und Verweigerung, Krisenintervention, Gruppenleben, Gewalt und Aggressionen, Kooperation von Eltern und Personal.

Veranstalter: AK der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin

Kontakt: Ute Meybohm (info@ajb-berlin.de)

Der Grundgedanke ist, daß Wissen, soll es zur Beratung und Hilfe eingesetzt werden, auf einer **tiefgreifenden existentiellen Vorbereitung** des Heilers beruhen muß. Kenntnisse allein konstituieren nicht zureichend ‚Heilungswissen‘. Die Basis des Wissens, das zur Heilung eingesetzt werden kann, liegt in einer tiefen inneren Ausgesöhntheit des Heilers mit sich selbst.“ (Leopold Rosenmayr, 1992, S. 150)

Während eines Mali-Projekts bittet Leopold Rosenmayr seinen Gesprächspartner Tiéfiing Boaré, einen Heiler und Geomanten, ihm über seine hauptsächlichsten Beratungsprobleme, die von seinen Klienten an ihn herangetragen werden, zu berichten. An einer spezifischen Stelle – als Rosenmayr nach den Voraussetzungen des Wissens fragt – verändert sich der Diskurs und nimmt einen sehr persönlichen Verlauf.

Die Stärke, die professionelle Kompetenz gründet bei Boaré in einer weitreichenden Auseinandersetzung mit seiner familiären Geschichte: in der Erfahrung, die sterbenden Eltern begleitet zu haben.

„Der Heiler, in diesem Fall Tiéfiing Boaré, muß – so zeigt das Gespräch – für sich ein (sozial-)psychologisches Gleichgewicht, muß eine innere Harmonie mit den in der Autoritätslinie der traditionellen Hierarchie entscheidenden Personen, den Eltern, gewonnen haben. Er muß diese Harmonie so tief als eigenen Besitz internalisieren, daß sie ihm die nötige Sicherheit und Freiheit im Umgang mit seinen Patienten verleiht, von denen er als Heiler wieder als ‚Autoritätsperson‘ gesehen wird.“ (Rosenmayr, 1992, S. 150ff.)

Während Boaré in seinen Beratungsgesprächen auf Rollenproblematiken im Kontext von Geschlechterverhältnissen und ökonomischen Bruchsituationen eingeht, ist die reflektierte und bis zum Schluss gelebte Beziehung zu seinen Eltern die Basis einer für ihn selbst und die Klientenarbeit abrufbaren inneren Stärke.

Folgt man der entwicklungsanthropologischen Theorie (Bråten, 1992) vom „virtuellen Anderen“, so ist der Mensch qua angeborener Erwartung vor jeder Interaktion sozial konstituiert. „Ein intersubjektiver Raum müsse mental nicht geschaffen, sondern bloß noch gestaltet werden, weil er intrapsychisch von Anfang an existiere.“ (Altmeyer & Thomä, 2006, S. 16f.)

Dabei ist der Säugling darauf angewiesen, sich jenseits von Sprache verständlich zu machen, sich Beziehungswissen über den Blick, die Berührung

und lautliche Äußerungen anzueignen. Die Säuglingsforschung zeigt im Detail, welche Interaktionssequenzen in nur wenigen Sekunden zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson ablaufen: das Selbst des Menschen entsteht im Rahmen einer intersubjektiven Handlung.

Von diesen beiden Polen aus betrachtet – der Interaktion, der Beziehungsdynamik in Situationen von Lebensanfang und Lebensende – erscheint es eindeutig und einleuchtend, dass der Verlauf und der Ausgang von Interventionen wesentlich durch die Beziehung zwischen Klinischem Sozialarbeiter und Klient bestimmt wird. Das von Udo Rauchfleisch (2006) beschriebene bifokale Modell einer engen Verknüpfung zwischen psychischer Konstitution und sozialem Kontext bei schwer psychisch kranken Menschen wird auf dem Hintergrund der Säuglingsforschung (und einer kritischen Gesellschaftstheorie) zum Normalfall bei lebensgeschichtlich bedingtem, unterschiedlichem Resilienz- oder Störungs-Outcome.

Aufbauend auf Ergebnissen der Bindungsforschung zieht *Silke Gahleitner* in ihrem Artikel „Überlegungen zur Bindungstheorie als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit“ Parallelen zwischen Beeinträchtigungen in der frühkindlichen Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten und den potentiellen Bedürfnissen von Klienten der Sozialarbeit. Die umfassende Kenntnis von Bindungs- und Beziehungsphänomenen bildet in der Klinischen Sozialarbeit die Grundlage für eine Diagnostik und Beratung, die biografisch und lebensweltbezogen verortet ist und dem Klienten neue Erfahrungen und Entwicklungen ermöglicht.

Ruth Großmaß stellt in ihrem Text zur „Beziehungsgestaltung in der Beratung“ unterschiedliche Kontextbedingungen in den Vordergrund. Die Gestaltung der Beratungsbeziehung erfordert, so Großmaß, über methodische Basiskompetenzen in Gesprächsführung hinaus, ein sensibles Erkennen und Berücksichtigen des Arbeitskontextes, in dem Beratung stattfinden soll. Damit bestimmt nicht nur das Anliegen des Klienten, sondern auch der institutionsspezifische Bewegungsspielraum das, was zwischen Sozialarbeiter und Klient zum Thema werden kann.

Am Beispiel der „Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ arbeitet *Klaus Fröhlich-Gildhoff* heraus, wie wesentlich

und zugleich komplex eine entwicklungsfördernde Beziehungsgestaltung im Therapieprozess sein kann. Die Passung zwischen Therapeut und Klient bildet einen wesentlichen Wirkfaktor für die Therapie – in der Konsequenz muss die interpersonale Dimension professioneller Kompetenz einer der Eckpfeiler der Ausbildung in Psychotherapie wie auch Klinischer Sozialarbeit sein.

Die schwierige Aufgabe der Passung bei Klienten, die unfall- oder krankheitsbedingt sowohl in ihren körperlichen wie auch sprachlichen Ausdrucks- und Kontaktmöglichkeiten erheblich eingeschränkt sind, beschreiben *Katharina Weil*, *Ursula Senn* und *Uwe Hinze* in ihrem Beitrag „Musik- und Tanztherapie im Dialog – Brücken bauen, wo keine mehr sind“. Die professionelle Kompetenz zeigt sich, wie die Autoren verdeutlichen, in der Wahrnehmung von Kontakt- und Interaktionsmöglichkeiten in einer Lebens- und Beziehungssituation, die auf den ersten Blick nur noch wenig Gestaltungsmöglichkeiten bietet. Musik- und Tanztherapie eröffnen hier Spielräume in einer Begegnung, die die aktuelle Situation aufgreifen und gleichzeitig tief in der Geschichte des Einzelnen verankert sind.

„Die Idee der Gegenwärtigkeit ist von zentraler Bedeutung. Der Gegenwartsmoment, um den es mir geht, ist der Moment der gelebten Erfahrung, der Erfahrung, während sie sich vollzieht – nicht wie sie später in anderen Worten, das heißt in einer anderen Form, wiedergegeben wird. Der Gegenwartsmoment ist die Prozeßseinheit der Erfahrungen, denen unser vorrangiges Interesse gilt. Ein erster Schritt zum Verständnis des subjektiven Erlebens besteht darin, den Gegenwartsmoment zu erforschen und zu begreifen.“ (Stern, 2005, S. 14)

Für die Redaktion: Uwe Klein

Literatur

- Altmeyer, M. & Thomä, H. (2005). Einführung: Psychoanalyse und Intersubjektivität. In M. Altmeyer & H. Thomä (Hrsg.), *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse* (S. 7-31). Stuttgart: Klett-Cotta
- Bråten, S. (1992). The virtual other in infants' minds and social feelings. In A. Wold (Hrsg.), *The dialogical alternative. Towards a theory of language and mind* (pp. 77-79). Oslo: Scandinavian University Press.
- Rauchfleisch, U. (2006). Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell. *Klinische Sozialarbeit*, 2 (3), 4-7.
- Rosenmayr, L. (1992). *Die Schnüre vom Himmel. Forschung und Theorie zum kulturellen Wandel*. Wien: Böhlau.
- Stern, D. N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Apsel.

Überlegungen zur Bindungstheorie als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit

Silke Birgitta Gahleitner

*„Man sollte ein neues Menschenrecht einführen. Das Menschenrecht auf eine unterstützende Beziehung.“**

In meiner sozialarbeiterischen, sowohl beratenden als auch psychotherapeutischen Praxis vermittelte sich mir von Beginn an, dass der Erfolg der professionellen Begleitung mit der Qualität der helfenden Beziehung steht und fällt. Die Erfahrung, dass Muster gelingender Interaktion eine wichtige Grundlage für Hilfeprozesse darstellen, erweist sich bei genauerem Hinsehen jedoch als ein sehr komplexes Phänomen. Bindungstheorie und -forschung, die inzwischen international Gemeinsamkeiten und Unterschiede im sozial-emotionalen Verhalten zwischen Menschen über alle Altersstufen hinweg exploriert und überprüft (vgl. Cassidy & Shaver, 1999) und sich in den letzten Jahren zunehmend stärker auf klinische Praxis hin orientiert, bietet hier sowohl eine Basis zum Verständnis als auch Hilfen zur Systematisierung. Dies gilt insbesondere im klinischen Feld der Sozialen Arbeit, in dem soziale Ressourcen als positiver Gegenhorizont zu vergangenen Negativerfahrungen besondere Bedeutung besitzen.

Beziehungsgestaltung und Soziale Arbeit ...

In Seminaren mit StudentInnen der Sozialen Arbeit bin ich immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob denn psychologische Theoriekonzepte für die spätere Berufspraxis überhaupt Relevanz besäßen, bis hin zu Vorstellungen, eine fundierte Diagnostik gehöre weder zu den Aufgaben noch zu den Befugnissen von SozialarbeiterInnen. Die Frage der Studierenden ist angesichts der vorherrschenden Versorgungslandschaft durchaus nachvollziehbar und verweist auf historische Entwicklungen. In den 70er Jahren übten die Sozialwissenschaften zahlreich und berechtigt Kritik an den Praktiken der Medizin und der Psychologie. Im Zentrum der Vorwürfe standen psychotherapeutisch orientierte Einzelfallkonzepte mit einer einseitigen Verortung der Verantwortung sozialer Problemlagen im Individuum.

Die Folge dieser wichtigen gesellschaftskritischen Debatte war jedoch, dass das dadurch entstandene Vakuum an klinischen Aufgaben nicht durch die Soziale Arbeit, sondern durch psychotherapeutische Methoden gefüllt wurde

(Geißler-Piltz, 2005). Eine Ausarbeitung von Konzepten für den originären Bereich der Sozialen Arbeit blieb aus. Die Entwicklung bewegte sich damit weiter von den Aufgaben der Sozialen Arbeit weg, nicht – wie eigentlich in der sozialkritischen Debatte gefordert – zu den Kernproblemen benachteiligter Lebenslagen hin.

Die soziale Abwärtsbewegung für sozial benachteiligte Personen und Gruppen der Gesellschaft ist seither weiter fortgeschritten. Durch die Einschränkung des Psychotherapeutengesetzes (PThG) auf die Behandlung von ‚Störungen mit Krankheitswert‘ klafft zudem ein ‚treatment gap‘ zwischen dem Anspruch der WHO (2001) mit ihrer Definition von Gesundheit und der realen Versorgung insbesondere benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Zurhorst, 2000). Soziale Arbeit formuliert den Anspruch, angemessene professionelle Antworten auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse bereitzustellen. Auf dem Weg zu ‚passgerechteren Konzepten zur Unterstützung von Bewältigungsversuchen in den umgebenden Verhältnissen‘ (Pauls, 2004) kann bindungstheoretisches Wissen Entscheidendes beitragen.

... in der Theorie

Aus den Erfahrungen mit früh traumatisierten, sozial auffälligen Kindern und Jugendlichen entwickelte John Bowlby (1907-1990) die Bindungstheorie als ein zentrales Konstrukt zum Verständnis der lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen eines Menschen. In den bekanntesten Publikationen (WHO-Studie, 1951/1973; Trilogie ‚Attachment, Separation, Loss‘, 2006, Orig. 1969-1980) vertritt er die Auffassung, dass Kinder aufgrund einer evolutiv vorgegebenen Bindungsneigung die Nähe vertrauter Personen suchen und diese Erfahrungen die Basis und Grundstruktur für „die seelische Gesundheit und die Charakterentwicklung“ (Bowlby, 1953/2005, S. 11) darstellen.

Das Gefühl der Gebundenheit kann verschiedene Qualitäten annehmen. Um eine stabile Bindung zu ermöglichen, müssen Fürsorgepersonen die Signale des Kindes richtig wahrnehmen, interpretieren sowie prompt und angemessen beantworten (Konzept der Feinfühligkeit; Ainsworth et al., 1974). Auf dieser Basis unterscheidet man verschiedene Bindungstypen (Ainsworth & Wittig, 1969): Verhält sich die zentrale Bindungsperson

dem Säugling gegenüber ‚feinfühlig‘, entwickelt er eine sichere Bindung, die von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt ist. Reagiert die Bindungsperson mit Distanz bzw. Unzuverlässigkeit, entwickelt sich eine distanzierte bzw. unsicher-ambivalente Bindung. Die Bindungstypen sind dabei nicht als absolute, sondern relative Größen zu verstehen.

Nur wenn das Sicherheitsbedürfnis gestillt ist, kann unbeeinträchtigte Exploration stattfinden. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen behindert dagegen die Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten. Im Gegensatz zur Entstehung einer ‚sicheren Bindungsbasis‘ in den ersten Lebensjahren erleben Kinder ohne einen ‚sicheren Hafen‘ daher eine bedrohliche Double-Bind-Situation: einerseits das existentielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson zu nähern, andererseits dort nicht sicher oder gar bedroht zu sein. Dies kann zur Ausbildung eines ‚desorganisierten Bindungsmusters‘ führen, das zusätzlich zu den drei Bindungstypen klassifiziert wird. Dazu zählt beispielsweise stereotypes Verhalten, Erstarren mitten in einer bindungsrelevanten Situation oder chaotisches Wechseln zwischen verschiedenen Bindungstypen (Main & Hesse, 1990; Solomon & George, 1999).

In die Bindungsbeziehung gehen alle Gefühle, Erwartungen und Erfahrungen ein, die ein Kind mit zentralen Bezugspersonen gemacht hat. Menschen können jedoch zu verschiedenen Bezugspersonen unterschiedliche Bindungsmuster entwickeln – für jede Bezugsperson wird dann ein eigenständiges Arbeitsmodell ausgebildet (Steele et al., 1996). Alle Bindungserfahrungen nehmen damit Einfluss nicht nur auf die momentane Situation, sondern den gesamten Lebensverlauf – bis hin zu Voraussetzungen für die Einwirkungsmöglichkeiten späterer sozialer und professioneller Unterstützung.

... in der Praxis: Zum Beispiel Beratung

Beratung als alternatives Unterstützungsangebot zur Psychotherapie entwickelt(e) sich in unterschiedlichen methodischen Konzepten, Settings und Institutionen. Beratungstheorie und -praxis befindet sich derzeit in einem noch offenen Diskurs über ihre Zielsetzungen und Spezifikationen (Engel et al., 2004). Besonders die Arbeit mit ‚hard-to-reach‘-Klienten bedarf dabei eines komplexen und theoretisch anspruchsvollen, verständnisgenerierenden theoretischen Rahmens.

* Frau Albant, zit. nach Gahleitner (2005a, S. 9).

„Die Komplexität der Beziehungsdimension“ (Stemmer-Lück, 2004, S. 55) in der Sozialen Arbeit stellt eine Herausforderung an die helfende Intervention als ‚strukturaufbauenden fördernden Dialog‘ (Becker, 1996) dar.

Bereits Bowlby (1953/2005, 1980/1983) betonte die Bedeutung der professionellen Bindungsbeziehung, ihre Funktion als sichere Basis für freies Explorieren und für die Möglichkeit der Reflexion innerer Bindungsrepräsentanzen. Auch nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung gilt die therapeutische Beziehung als stärkster allgemeiner Wirkfaktor (Orlinsky et al., 1994; vgl. bereits Alexander & French, 1946). Als auslösende Faktoren für die Herstellung und Aufrechterhaltung ‚emotional korrigierender Erfahrungen‘ gelten die „unausgesprochene Affektabstimmung“ zwischen Patient/in und Therapeut/in sowie das „affektive Klima“ (Brisch, 1999, S. 94; vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, in diesem Heft).

Spezifiziert auf den Bereich der Arbeit mit sozial benachteiligten und früh beeinträchtigten Menschen bedeutet dies, dass SozialarbeiterInnen aktiv gefordert sind, als Antwort auf die beziehungsenttäuschende Vergangenheit eine emotional tragende und ‚nachnährende‘ Beziehung zu ermöglichen. Die helfende Beziehung ist grundsätzlich eine Bindungsbeziehung (Pauls, 2004) und bietet eine ebenso „grundsätzliche Möglichkeit zur Veränderung internaler Arbeitsmodelle“ (Grossmann & Grossmann 2004, S. 409).

Zum Verständnis dessen lohnt sich ein weiterer Blick in die Bindungstheorie. Werden zentrale Erfahrungssequenzen des Kindes bereits früh von Bezugspersonen entsprechend dem Konzept der Feinfühligkeit (s.o.) unterstützt, entwickeln sich vage Selbstempfindungen zu ‚Internalen Arbeitsmodellen‘ (Main et al., 1985; vgl. auch Stern, 1992, bzw. Fonagy et al., 2004). Idealerweise lernt das Kind, dass sich aus einer partnerschaftlichen Orientierung „spielerisches, erkundendes, zielorientiertes und mit der Wirklichkeit umgehendes Verhalten entwickeln kann, im Gegensatz zu eingeschränktem, starrem, wirklichkeitsunangemessenem Verhalten“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 30). Diese Vorgänge finden eine Entsprechung auf neurophysiologischer Ebene (Spangler, 2001).

Wie bereits für das Kind ein funktionierendes Bindungssystem zugleich das Explorationssystem öffnet, eröffnet eine sozialarbeiterische Beziehung Räume für neue Erfahrungen und Entwicklungen. Gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden emotionalen, sozialen und kognitiven Organisationsprinzip. Auch in der Sozialen Arbeit arbeitet man auf eine Rekonstruktion des Weltbildes und der Modelle von sich selbst und anderen hin. So wird das „Bezugssystem jeweils um Nuancen erweitert“ (Finke, 2004, S. 4). Diese Möglichkeit, im späteren Lebensverlauf wieder neue Perspektiven und mehr Bin-

dungssicherheit zu erwerben, bezeichnet man in der Bindungstheorie als ‚earned secure‘ (Main, 1995).

SozialarbeiterInnen sind also aktiv gefordert, als Antwort auf den vielfach erfolgten Vertrauensmissbrauch eine tragfähige Beziehung anzubieten, die nicht nur von Wertschätzung, Empathie und Authentizität getragen wird, sondern auch an den jeweilig vorhandenen ‚Bindungsstatus‘ der/s KlientIn anknüpft. Dazu gehört als Voraussetzung eine mehrdimensionale, beziehungsensible diagnostische Abklärung, die der Biografie, der Lebenswelt und dem sozialen Umfeld angemessenen Stellenwert für die Intervention einzuräumen vermag (vgl. zum Vorgehen Gahleitner, 2005b; Pauls, 2004). Die Basis dafür stellt eine präzise Kenntnis zentraler Bindungs- und Beziehungsphänomene dar, insbesondere des Konzept der ‚schützenden Insel-erfahrung‘ (Gahleitner, 2005a).

Ausblick

KlientInnen, die sozial benachteiligt sind, haben häufig nicht nur besonders viele frühe Verletzungen und Bindungsdefizite erlitten, sondern zudem keinen Zugang zu Hilfsmöglichkeiten auf der hochschwelligen Ebene der Psychotherapie in ihrer derzeitigen Angebotsform. Sie bleiben oftmals als ‚schwer erreichbar‘ sich selbst überlassen. Soziale Arbeit hat sich zur Aufgabe gemacht, eben diese Menschen zu erreichen und zu behandeln. Gerade in der postmodernen globalisierten Welt, gekennzeichnet von fragmentierten Erfahrungen, pluralen Lebenslagen und extremer Individualisierung, sind soziale Ressourcen in Form stabiler und anhaltender psychosozialer Geborgenheit sowie professioneller Zufluchtsorte als positive Gegenerfahrung zu konfusen familiären und gesellschaftlichen Verhältnissen eine besondere Aufgabe für die psychosoziale Arbeit (Keupp, 1997).

Insofern ist es sinnvoll, dass Wissenschaft und Praxis in der Bindungsforschung eng verschränkt bleiben, dass empirische Modelle in neue Handlungsmodelle einfließen, von dort überprüft werden und gemeinsam daraus handlungsrelevante Kriterien für gelingende Hilfeprozesse erarbeitet werden. Die Bindungstheorie verbindet – für den damaligen Zeitpunkt revolutionär – ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches und systemisches Denken (Brisch, 1999). Gerade die Soziale Arbeit als ökosoziale, transdisziplinäre Leitwissenschaft für handlungsbezogene Problemlösungen (Mühlum, 2004) könnte hier als professioneller Partner interdisziplinärer Behandlungsteams innerhalb verschiedener Institutionen wesentlich zu einer Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens und der jeweils vorhandenen sozialen Chancenstruktur in Forschung, Theorie und Praxis beitragen.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into social world* (pp. 99–135). Cambridge: University Press.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant behavior*, 4, 113–136.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Becker, S. (1996). Einführung in das Tagungsthema: Grundsätzliches über psychoanalytische Sozialarbeit. Setting, Rahmen und therapeutisches Milieu der psychoanalytischen Sozialarbeit. In S. Becker (Hrsg.), *Setting, Rahmen und therapeutisches Milieu der psychoanalytischen Sozialarbeit*. (S. 7–21). Gießen: Psychosozial.
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung* (5. neugest. Aufl.). München: Reinhardt. (Orig. 1953.)
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler. (Orig. 1951.)
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München: Reinhardt. (Orig.: Vol. 1: 1969; Vol. 2: 1973; Vol. 3: 1980.)
- Bowlby, J. (1983). *Verlust - Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer. (Orig. 1980.)
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Eds.) (1999). *Handbook of attachment*. New York: Guilford.
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2004). „Beratung“ – ein Selbstverständnis in Bewegung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Bd. 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 33–44). Tübingen: DGVT.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. 2002.)
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005b). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. *psychosozial*, 101, 28 (3), 43–58.
- Geißler-Piltz, B. (2005). Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen. *psychosozial*, 101, 28 (3), 17–29.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory* (pp. 407–474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66–104). Chicago: University of Chicago Press.
- Mühlum, A. (2004). Zur Notwendigkeit und Programmatik einer Sozialarbeitswissenschaft. In A. Mühlum (Hrsg.), *Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit* (S. 121–156). Freiburg: Lambertus.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 270–376). New York: Wiley.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.

Solomon, J. & George, C. C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. Linking classic Observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3–32). New York: Guilford.

Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In G. J. Süss, H. Scheurer-Englisch & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik* (S. 157–177). Gießen: Psychosozial.

Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*, 67, 541–555.

Stemmer-Lück, M. (2004). *Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. 1985.)

World Health Organization (WHO) (2001). *Weltgesundheitsbericht 2001: Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung*. Online verfügbar: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [16.11.2006].

Zurhorst, G. (2000). Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 41–54). Weinheim: Juventa.

ANZEIGE

**AUSBILDUNG ZUM KINDER- UND JUGENDLICHEN-
PSYCHOTHERAPEUTEN**

**Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapie Heidelberg e.V.**

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut der VAKJP
- Erwerb der Approbation
- Erwerb zweier Fachkundenachweise (in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) in verklammerter Ausbildung



Zugelassen werden:

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen, Erziehungswissenschaftler und Psychologen.
Die Ausbildung kann berufsbegleitend absolviert werden und dauert ca. 5 Jahre.

Nähere Informationen unter www.akjp-hd.de

ANZEIGE



**Berufsbegleitender Masterstudiengang
Klinische Sozialarbeit – Master of Arts (M.A.)
Start des 7. Kurses im Sommersemester 2008**

Klinische Sozialarbeit ist beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär in vielen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern erbracht, z.B. in Beratungsstellen, Vor- und Kernfeldern der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Krankenhaussozialarbeit.

Das Masterprogramm ist akkreditiert und qualifiziert für den Höheren Dienst.

Zu den Studieninhalten gehören:

- Theorien, Interventions- u. Forschungsmethoden
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

Weitere Besonderheiten:

- Durchführung in 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Befähigung zur klinisch-sozialen Arbeit
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

**Der neue Kurs beginnt zum
Sommersemester 2008
-Bewerbungen sind ab sofort möglich-**

**Nähere Informationen finden Sie unter:
www.hs-coburg.de und www.asfb-berlin.de
Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit:
www.klinische-sozialarbeit.de**

Beziehungsgestaltung in der Beratung

Ruth Großmaß

Die Arbeitsfelder und Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit haben sich im Verlauf der letzten dreißig Jahre sehr stark ausdifferenziert. So reicht der Bereich der Jugendhilfe von offenen Freizeitangeboten bis zum betreuten Wohnen, die Arbeit mit Senioren umfasst ein Spektrum zwischen sozialpädagogischen Aufgaben in der Pflege und seniorenspezifischer Erwachsenenbildung, um nur zwei Beispiele herauszugreifen. Und: insgesamt nehmen Aufgabenfelder mit klinischen Aspekten zu, in denen sozialpädagogische Tätigkeiten mit medizinischen, psychotherapeutischen und pflgerischen Aufgaben vernetzt sind. Verschohen haben sich in den letzten Jahren auch die Erwartungen an die Klienten der Sozialen Arbeit, denn das Leitbild des „aktivierenden Sozialstaates“ wirkt sich auf alle sozialen Bereiche aus (Galuske, 2002; Dahme & Wohlfahrt, 2002). Mit dieser Verschiebung von Verantwortung in Richtung Klientel wiederum bekommt der Respekt vor dem Subjektstatus der Klienten ein größeres Gewicht, und Gleichbehandlungsansprüche werden in immer mehr Arbeitsbereichen relevant. Unabhängig davon, wie groß die Belastungen und Einschränkungen der Personen sind, unabhängig davon, ob es sich um Kinder, Jugendliche, junge oder alte Erwachsene handelt – die Selbstbestimmung der Einzelnen, ihre Beteiligung an der eigenen Entwicklung gilt es zu respektieren und in angemessener Weise in die Arbeit einzubeziehen.¹

Eine der methodischen Konsequenzen dieser Veränderungen besteht darin, dass Beratung heute als Handlungsmethode in nahezu jedes soziale Arbeitsfeld gehört. Eine Handlungsmethode ist allerdings kein Instrument, das in jedem Arbeitsfeld auf dieselbe Art und Weise Verwendung finden kann. Hat man es in der Praxis doch mit unterschiedlich bedürftigen Klient/inn/en und verschiedenen Lebenswelten zu tun, mit der Zuordnung zu unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen (Familie, Bildung, Gesundheit, Recht) sowie mit unterschiedlichen Trägermodellen und Rechtsvorschriften. Aus diesem Grunde wird Beratung jeweils nicht nur in verschiedenem Umfang eingesetzt, sondern muss immer auch an die jeweils gegebenen kommunikativen Möglichkeiten der Klienten angepasst sein. Zudem findet sich Beratung jeweils auch in unterschiedlichen methodischen Nachbarschaften wieder, weshalb es in Ämtern mit stärkerer Kontrollfunktion schwieriger ist, ein Beratungssetting herzustellen als bei einem freien Träger mit vorwiegend sozialpädagogischen Aufgaben. Nur in den dafür eigens geschaffenen Einrichtungen bestimmt Beratung die Organisationsform, in allen anderen Ar-

beitsfeldern stellt sie eine professionelle Handlungsmöglichkeit neben anderen dar,² fügt sich in die jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen ein und wird ausschließlich für bestimmte Aufgaben eingesetzt. Wie personennah ein Beratungsgespräch verlaufen kann, ob intime Fragen angesprochen oder die tiefenpsychologische Dimension berührt werden kann/darf – auch das hängt vom jeweiligen Arbeitsfeld ab bzw. von den Freiheitsgraden, die die jeweilige Hilfe den Klient/inn/en einräumt.

Trotz der sich daraus ergebenden Differenzen der räumlichen Umgebung, der Zeitsequenzen und der einzelnen Handlungsabläufe lassen sich spezifische Bedingungen und Merkmale angeben, die ein Gespräch zu einem Beratungsgespräch machen – im Unterschied zu einer Information (z.B. über rechtliche Ansprüche), einer freundlichen Ermahnung (z.B. eines im betreuten Wohnen lebenden Jugendlichen, der den Schulbesuch verweigert) oder dem Versuch, eine an Demenz leidende alte Dame zur Teilnahme an einem Spiel zu motivieren. Auch in all diesen Fällen sollte es um die Bedürfnisse der Klienten gehen – diese Bedürfnisse werden aber häufig von anderen definiert, ergeben sich z.B. aus medizinischen Diagnosen, aus Hilfeplänen oder gesellschaftlichen Erwartungen an die Individuen.

Wer Beratung sucht bzw. zulässt, fühlt sich demgegenüber *selbst* von bestimmten Anforderungen der sozialen Welt überfordert, hat Entscheidungsprobleme, Unsicherheiten oder Beschwerden, bei denen er oder sie Unterstützung in Form von Expertenrat oder Selbstklärung wünscht. Ein Beratungsgespräch nimmt dies zum Ausgangspunkt und folgt, um Veränderung zu erreichen, der Problemsicht und dem Erleben der Klientin, versucht Wahrnehmungsweisen und Affektives verstehend einzubeziehen, klärt Problemlagen und öffnet Lösungsrichtungen und Ressourcen – alles mit dem Ziel, die Orientierung und die Handlungskompetenz der Betroffenen zu verbessern, eigenständige Entscheidungen zu ermöglichen und die Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Dabei können die zu klärenden Fragen sehr elementarer Natur sein (wie in vielen Gesprächen innerhalb der Wohnungslosenhilfe), sie können sich auf zwischenmenschliche Beziehungen und Verantwortung erstrecken (wie im Kinderschutzbereich), sie können Wünsche nach veränderter Medikation umfassen (in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung z.B.) oder sich auf Berufswünsche und Lebensziele erstrecken (wie in der Berufsförderung). Wie an diesen Beispielen deutlich wird, sind Beratungsprozesse

trotz ihrer Offenheit gegenüber den Anliegen von Klientelseite thematisch nicht beliebig, sondern durch die lebensweltliche und institutionelle Umgebung fokussiert. Der Lebensweltbezug (Thiersch, 1997) ist sowohl in den Inhalten von Beratungsgesprächen als auch in der Art der Gesprächsführung präsent – mit Jugendlichen spricht man anders als mit beruflich geprägten Erwachsenen, in sozialpsychiatrischen Diensten werden beratende Gesprächssituationen anders hergestellt als im Jugend- oder Sozialamt.

Wie kann ein so komplexes kommunikatives Unterfangen gelingen, das den Orientierungswünschen der Klienten folgt und dennoch Expertenwissen und fachliche Kompetenzen wirksam werden lassen will?

Die im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts zunächst aus Aufklärungsinteressen (zu Erziehung, Sexualleben und Beruf) entstandenen Beratungseinrichtungen haben seit den 1960er Jahren unter Nutzung von Erkenntnissen und Methoden der klinischen Psychologie Standards und methodische Grundlagen professionellen Beratungshandelns (Engel et al., 2004; McLeod, 2004) entwickelt, auf die auch bei der Handlungsmethode ‚Beratung‘ innerhalb der Sozialen Arbeit zurückgegriffen werden kann:

Beratung ist auf einen bestimmten Typ von Arbeitsbeziehung angewiesen. Wenn Beratung ihr Ziel, Orientierungshilfe zu leisten, erreichen will, muss sie auf Freiwilligkeit basieren, denn nur wer weder Druck spürt noch Sorge haben muss, dass andere Interessen als die eigenen im Spiel sind, kann Persönliches mitteilen und Hilflosigkeit eingestehen. Beratung bedarf daher einer geschützten, Vertraulichkeit sichernden Atmosphäre, der Übergang in einen entsprechend abgegrenzten „Raum“ oder in eine entsprechend sichere Situation muss von Seiten der Professionellen hergestellt werden. Transparenz hinsichtlich von Zeit, Raum und Thema sind genauso erforderlich wie eindeutige Zeichen/Hinweise dazu, dass es in dieser Situation um Beratung gehen wird. Das Führen von Beratungsgesprächen erfordert dann von professioneller Seite sowohl Sachkunde hinsichtlich des angesprochenen Themenbereichs als auch Kenntnisse über die Lebenswelt der Klientel, als auch psychologische Schulung hinsichtlich der psychischen Dimension von Verstehen und Selbstwirksamkeit. Hinzu kommen Basiskompetenzen in klientenzentrierter Gesprächsführung.³

Sind so die Voraussetzungen dafür geschaffen, ein erfolgreiches Beratungsgespräch zu führen, hängt der Erfolg in der Gesprächssituation selbst davon ab, ob

die Kommunikation den Klienten erreicht, ihn berührt, seine Sichtweisen erweitert – oder anders gesagt davon, ob der Kontakt zwischen den Personen lebendig und ernsthaft genug ist, um das, was gesagt und ausgetauscht wird, nicht nur inhaltlich, sondern auch emotional bedeutend werden zu lassen (McLeod, 2004, S. 246ff.). In der angelsächsischen Diskussion hat sich hierfür der aus der systemischen Arbeit stammende Begriff „Rapport“ etabliert – er akzentuiert die situativ fühlbare Tragfähigkeit einer Beziehung.

Dass gerade dieser Punkt, das Herstellen tragfähiger Beratungsbeziehungen in den verschiedenen Arbeitskontexten, in denen Beratung ausgeübt wird, sehr unterschiedliche Anstrengungen erforderlich macht, ist auf Anhieb nachzuvollziehen: Bei einem Beratungsprozess in einer Erziehungsberatungsstelle z.B. kann man in der Regel mehrere Gespräche einplanen, in denen sich Gewohnheiten⁴ etablieren (Begrüßung, Nachvollziehen des aktuellen Befindens, Anknüpfen an die Vereinbarungen des letzten Treffens, Besprechen einzelner Konfliktsituationen, Erarbeiten möglicher Handlungsalternativen), die ein Arbeitsbündnis entstehen lassen und absichern. Dabei sind es oft die vom Alltagserleben abweichenden Erfahrungen (die Klientin hat nicht umsetzen können, was besprochen war, und erlebt nicht Kritik, sondern die wohlwollende Analyse der Gründe), die Vertrauen stärken und eine tragfähige Beratungsbeziehung wachsen lassen. Im fortgeschrittenen Beratungsprozess können Klient/inn/en häufig eine Konfrontation mit den eigenen destruktiven Anteilen nicht nur ganz gut verarbeiten, eine Klärifizierung solcher Anteile kann auch die Beratungsbeziehung stärken – erleben die Klienten in der Kritik doch auch, dass ihnen etwas zugetraut wird (an Selbstregulierung und Handlungsfähigkeit).

Ganz anders beginnt die Gestaltung einer Beratungsbeziehung in der Arbeit mit Jugendlichen innerhalb einer betreuten Wohneinrichtung. Hier sind sich die Personen in der Regel bereits aus dem lebensweltlichen Alltag bekannt – beide Beteiligte haben sich schon in anderen Rollen erlebt. Man kann davon ausgehen, dass Erfahrungen und emotionale Bewertungen aus diesen Vorerfahrungen in die Beratungssituation „übertragen“ werden – wer im Alltag der Wohngruppe als streng erlebt wurde, muss mehr in die emotionale Offenheit der Jugendlichen investieren als jemand, mit dem auch im Alltag leicht über Schwieriges zu reden war. Gleichzeitig kann in diesem Fall die Nähe des Beratungsgesprächs zum alltäglichen Umgang dieses auch entwerthen, während die Erfahrung des Vertrauens-Könnens einer „Strengen“ gegenüber der Beratungsbeziehung einen besonderen Wert verleiht. Von besonderer Bedeutung ist es bei Beratungsgesprächen in einem solchen Arbeitsbereich, die Beratungssituation deutlich markiert von anderen Situationen zu trennen – die Situa-

tion sollte als besondere, herausgehobene erlebt werden, weder andere Mitarbeiter/innen noch andere Jugendliche sollten stören können, und das im Gespräch Thematisierte darf nicht in den Alltagskontexten (gegen die Jugendliche) verwendet werden. Ist es aus Dienstpflichten notwendig, andere Mitarbeiter/innen über ein Thema zu informieren, müssen Form und Formulierung im Beratungsgespräch miteinander abgestimmt werden. Auch in diesem Arbeitskontext können Gewohnheiten entstehen, die der Beratungsbeziehung förderlich sind: Bestimmte Zeiten, eine besondere räumliche Umgebung, die für Beratungsgespräche reserviert bleiben, ermöglichen es den Jugendlichen, selbst die Initiative zu ergreifen. Kleine Rituale zu Gesprächsbeginn und -ende helfen, den Übergang aus dem Alltag und in den Alltag zu gestalten; die Reservierung bestimmter sprachlicher Bilder und Metaphern für die Beschreibung von Beratungserfahrungen erlaubt es, sich außerhalb der Beratungssituation über diese zu verständigen.

Und noch einmal anders ist es, den Versuch zur Etablierung einer Beratungsbeziehung in einem Arbeitskontext zu machen, der ansonsten eher als sanktionierend erlebt wird (für manche Klienten das Jugendamt z.B.) bzw. der selbst einen Zwangskontext darstellt (geschlossene Abteilung der Psychiatrie, Justizvollzugsanstalten, aber auch die § 218-Beratung). Hier geht es, bevor eine Beratungskommunikation stattfinden kann, darum, Angebote zu machen, Transparenz über Gesprächsbedingungen herzustellen – an der Bereitschaft der Klienten zum Sich-Einlassen zu arbeiten. Erst ein Arbeitsbündnis, in dem für beide Seiten klar ist, dass es um Hilfe für den Klienten geht, ermöglicht Beratungsprozesse. Ob ein solches Arbeitsbündnis gelingt, hängt allerdings nicht nur von den Handlungskompetenzen der Personen ab, sondern auch vom institutionellen Rahmen. Sanktionierende Einrichtungen bzw. Zwangskontexte grenzen die Möglichkeit einer offenen Kommunikation über Themen, die persönlich beschäftigen oder irritieren, stark ein. – Andere Handlungsmethoden stehen dann eher im Vordergrund: das Geben von Informationen oder Hilfestellung, das Etablieren pädagogischer oder medizinischer Settings.

Den hier vorstellten Überlegungen zur Beziehungsdimension von Beratung in unterschiedlichen sozialen Arbeitsfeldern geht es weniger darum, Techniken der Gesprächsgestaltung in einem Beratungsgespräch vorzustellen, über die natürlich auch Beziehung gestaltet wird.⁵ Wichtiger war es, die Bedingungen zu verdeutlichen, unter denen eine Beratungsbeziehung möglich ist und die zugleich darüber entscheiden, welche Ebenen der Psyche in ein Gespräch einbezogen werden können und dürfen. So ist nicht jede Berufsrolle in die eines Beraters oder einer Beraterin zu verwandeln, und nicht in jeder Beratungsumgebung

ist es für die Klient/inn/en hilfreich, tiefenpsychologische Dimensionen zu berühren. – Gerade in Beratungsprozessen sollte der Respekt vor dem Subjektstatus der Klienten an erster Stelle stehen.

Anmerkungen

- 1 Gemeint sind Effekte historischer Entwicklungen – Psychologisierung des Alltagslebens durch den Modernisierungsschub der 1960er Jahre (vgl. Großmaß, 2000, S. 62-69 u. 116-136), erhöhte Aufmerksamkeit für Psychosomatik und Traumatisierung; Menschenrechtsdiskussionen in den 1990er Jahren – wie auch Auswirkungen (darauf reagierender) sozialpolitischer Maßnahmen (Beratungsanspruch nach KJHG; Klärung der rechtlichen Basis für Psychotherapie; Tagespflege, Regelungen des AGG).
- 2 Damit ist ein deutlicher Unterschied zu dem Angebot von Beratungseinrichtungen wie Erziehungsberatung, Studienberatungseinrichtungen und Sexualberatungsstellen formuliert, die im psychosozialen Feld operieren, aber umgekehrt zur Handlungsmethode ‚Beratung‘ ihre ganze Organisation darauf ausrichten, ein Beratungsangebot zu realisieren, öffentlich sichtbar zu machen und für ihre Klientel zugänglich zu gestalten.
- 3 Einige Ergebnisse der Psychotherapieforschung lassen sich hierzu auf Beratung übertragen. Untersuchungen zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen zeigen immer wieder, dass der Erfolg der Arbeit viel mehr von strukturellen Gemeinsamkeiten der therapeutischen Verfahren als von der einzelnen Methode abhängt. Entscheidend sind Setting (= geschützte Gesprächssituation, Zeitvorgaben, Abtrennung vom persönlichen Alltag), verständnisvolle Zuwendung durch die jeweilige TherapeutIn sowie deren persönliche Ausstrahlung und Glaubwürdigkeit (Orlinsky & Howard, 1986).
- 4 Das in der soziologischen Beziehungsforschung Claude Kaufmanns (1999) für Alltagsbeziehungen herausgearbeitete Beziehungen strukturierende Moment „Gewohnheiten“ gilt in adaptierter Form auch für Beratungsbeziehungen.
- 5 Hierzu sei auf das sehr ausdifferenzierte Methodenrepertoire verwiesen, das in Adaption psychotherapeutischer Verfahren für Beratungssituationen entwickelt worden ist (Übersichten s. McLeod, 2004; Engel et al., 2004).

Literatur

- Dahme, H.-J. & Wohlfahrt, N. (2002). Aktivierender Staat. Ein neues sozialpolitisches Leitbild und seine Konsequenzen für die soziale Arbeit. *Neue Praxis*, 1, 10-32.
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2004). „Beratung“ – ein Selbstverständnis in Bewegung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Bd. 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 33-44). Tübingen: DGVT.
- Galuske, M. (2002). *Flexible Sozialpädagogik. Elemente einer Theorie sozialer Arbeit in der modernen Arbeitsgesellschaft*. Weinheim: Juventa.
- Großmaß, R. (2000). *Psychische Krisen und Sozialer Raum. Eine Sozialphänomenologie psychosozialer Beratung*. Tübingen: DGVT.
- Großmaß, R. (2004). Beratungsräume und Beratungssettings. In F. Nestmann, F. Engel, F. & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Bd. 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 487-496). Tübingen: DGVT.
- Kaufmann, C. (1999). *Mit Leib und Seele. Theorie der Haushaltstätigkeit*. Konstanz: UVK.
- McLeod, J. (2004). *Counseling – eine Einführung in Beratung*. Tübingen: DGVT.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd ed.; pp. 311-81). New York: Wiley.
- Thiersch H. (1997). Soziale Beratung. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 99-110). Tübingen: DGVT.

Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie¹

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn kann als die zentrale Variable für das Therapieergebnis der (Erwachsenen-)Psychotherapie-Forschung angesehen werden: „Wenn man alle je untersuchten Zusammenhänge zwischen bestimmten Aspekten des Therapiegeschehens und dem Therapieergebnis zusammennimmt, dann sind Aspekte des Beziehungsgeschehens diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist“ (Grawe et al., 1994, S. 775; ebenso: Orlinsky et al., 1994). In neueren Studien und Überblicksarbeiten wird deutlich, dass im Vergleich zu dem „unspezifischen Faktor“ der Therapiebeziehung „der Anteil der Erfolgsvarianz, der auf spezifische Techniken zurückzuführen ist, aufgrund von Metaanalysen und quantitativen Vergleichsstudien auf 5-15%“ geschätzt werden kann (Stucki, 2004, S. 8, unter Berufung auf Norcross, 2002). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Lambert und Barley (2002) sowie Wampold (2001) in ihren Analysen – wobei offensichtlich Faktoren außerhalb des Therapieprozesses einen mindestens ebenso großen Einfluss auf die Entwicklung des/der PatientIn haben wie die Therapie selbst (ebd.).

Weitgehend unerforscht sind die ‚dahinter‘ liegenden Fragen, nämlich: wie sieht eine gute, gelingende Beziehungsgestaltung aus?, und: was wirkt denn eigentlich im therapeutischen Prozess? Je nach Psychotherapieschule wird zudem die Therapiebeziehung unter recht verschiedenen Blickwinkeln betrachtet.

Entwicklungsförderliche Beziehungsgestaltung²

Eine wesentliche Ursache für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten und seelischen Störungen sind nicht förderliche Beziehungserfahrungen, besonders in den ersten Lebensjahren (vgl. zusammenfassend z.B. Fröhlich-Gildhoff, 2007a). In therapeutischen Prozessen muss daher das Beziehungsangebot so gestaltet sein, dass neue, „emotional korrigierende (Beziehungs-)Erfahrungen“ (Cremerius, 1979) bzw. „korrektive Erfahrungen“ (Grawe, 1998) ermöglicht werden und so eine Chance zum ‚Umbau‘ innerseelischer Strukturen oder Schemata – und der entsprechenden neurobiologischen Grundlagen (vgl. z.B. Hüther, 2004, 2005; Grawe, 2004) – gegeben ist. Ein wichtiger Faktor ist dabei die „Passung“ zwischen TherapeutIn und PatientIn. Diese Variable ist empirisch noch wenig untersucht; Orlinsky und Howard (1987) haben versucht, diesen komplexen Prozess genauer in Kategorien zu fassen und unter-

scheiden die Passung zwischen (a) Behandlungsmodell und Störungsmodell, (b) PatientIn und Behandlungsmodell, (c) TherapeutIn und PatientIn sowie (d) TherapeutIn und Störung des/der PatientIn.

Zwischen diesen Ebenen bestehen vielfältige Wechselwirkungen (vgl. Abb. 1). Diese Passung Patient-Therapeut-Behandlungsmodell ist auch in sozialpädagogischen Prozessen ein wesentliches Element für den Erfolg von Interventionen (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2003; Fröhlich-Gildhoff et al., 2006).

Des Weiteren lassen sich aus den verschiedenen Untersuchungen zur Psychotherapieforschung auf einer allgemeinen Ebene Parameter eines entwicklungsförderlichen Beziehungsverhaltens seitens des/der TherapeutIn identifizieren:

- das Ausstrahlen von *Kompetenz*, das Sicherheit vermittelt (z.B. Huf, 1992)
- *Kongruenz*, unbedingte positive *Wertschätzung und Akzeptanz* (Rogers, 1959/1987; Axline, 1947; Schmidtchen, 2001)
- *Empathie* (Rogers, 1959/1987) und *Feinfühligkeit* (vgl. Ainsworth et al., 1978)
- *Sensibilität für die Regungen* des Patienten und entsprechende, auch non-verbale Begleitung
- *Da-Sein für den Patienten*, „ohne ihn zu dominieren“ (Grawe, 1998, S. 537)
- „verständnisvoll gewährend sein, aber gleichzeitig führend und *strukturierend*, wenn der Patient Unterstützung braucht“ (ebd.)
- gezielte Co-Regulation affektiver Zustände (z.B. Papousek et al., 2004)
- das Einnehmen einer *ressourcenfördernden* und -aktivierenden *Haltung* (z.B. Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Fröhlich-Gildhoff et al., 2004).

Hier finden sich viele Parallelen zu der schulen-übergreifenden Analyse der subjektiven Konzepte von KindertherapeutInnen von Göpfert und Castello (2004), die bedeutsame „Orientierungshilfen“ für die Aufnahme eines „guten Kontaktes“ iden-

tifizieren konnten wie bspw. „eigenes Erleben und Gefühle einbringen“, „dem Kind folgen“, „die Perspektive des Kindes ernst nehmen“, „sich in das kindliche Erleben hineinversetzen“, „positive Deutung von Symptomen“ (ebd., S. 839f.).

Beziehung und Intervention

Die therapeutische Beziehung stellt die „Hintergrundfolie“ für das konkrete Handeln in der Situation, d.h. für jede therapeutische Intervention dar. Das zentrale Medium in Kindertherapien ist das Spiel (vgl. bes. Weinberger, 2001). KindertherapeutInnen müssen daher immer „Übersetzungsarbeit“ leisten: Sie müssen das Kind in seiner spielerischen, symbolhaften Sprache verstehen und ‚einordnen‘ und dann wieder verbal oder auf der Spielebene antworten. Das „Übersetzen ist oft gleichbedeutend mit einer Transformation unbewusster Inhalte in Bewusstes, es trägt somit auch zur besseren Verankerung neuer Erfahrungsinhalte bei. Der Therapeut bewegt sich also immer auf zwei Ebenen gleichzeitig: einmal auf der Realebene, zum anderen auf der Spiel- bzw. Symbolebene. Damit verbunden sind auch mehrere Rollen: Der Therapeut ist einerseits ein in der Realität verankerter Erwachsener, der Orientierung bietet, er ist aber auch immer Spielpartner bzw. Mithandelnder auf der Symbolebene.“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2004, S. 179) Die konkreten Interventionen lassen sich dann nach folgenden Gesichtspunkten differenzieren (vgl. Abb. 2):

- *Handlungsebene*: Das Beobachtete wird beschrieben. Verbalisierungen des Geschehens auf der Handlungsebene machen einen großen Teil der Interventionen aus. Die Kinder werden „gespiegelt“; damit wird ressourcenorientiert an frühe positive Interaktionserfahrungen angeknüpft.

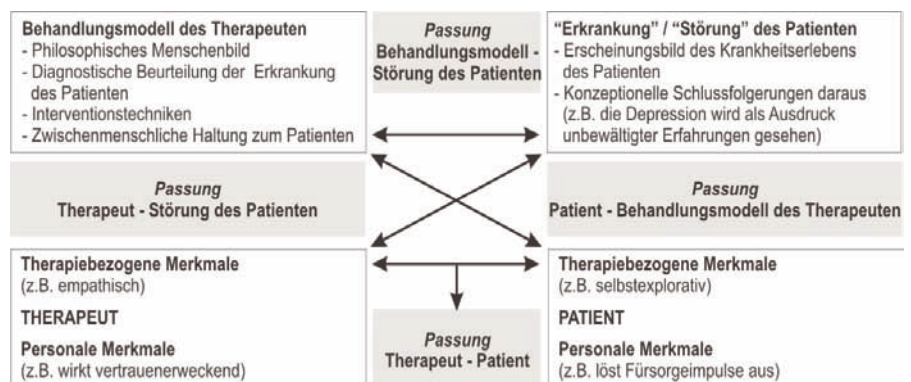


Abbildung 1: Passung in der Psychotherapie (nach Orlinsky & Howard, 1987; modifiziert übernommen aus Eckert, o.J.)

■ **Emotionale Ebene:** Die – vielleicht auch nur latent – gezeigten Emotionen werden verbalisiert (VEE). Auch auf dieser Ebene hat das Spiegeln an sich eine große Bedeutung. Das Kind kann sich jetzt damit auseinandersetzen.

■ **Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur:** Hier kann der Bezug zum „Lebensthema“ bzw. den „handlungsleitenden Kognitionen“ (Kognitive Verhaltenstherapie) oder dem „internal working model“ (Bindungstheorie) hergestellt werden. Es kann „Klärung“ im Sinne des Graweschen Wirkfaktors (Grawe et al., 1994; Grawe, 1998) stattfinden; solche Interventionen setzen präzise Kenntnisse der Geschichte des Kindes und seiner Lebensbewegungen voraus.

■ **Beziehungsebene:** Auf der Basis gewachsenen Vertrauens kann das Geschehen auf der Ebene der Realbeziehung, aber auch der Übertragungsbeziehung angesprochen werden. Bezugspunkte für die Intervention sind die jeweilige aktuelle Situation („Hier und Jetzt“) und die „Lebensthematik“ (die Inkongruenzen bzw. intrapsychischen Konflikte, die bisherigen zentralen Beziehungserfahrungen, die Ressourcen und Bewältigungsformen usw.).

Es muss zudem betont werden, dass es die richtige bzw. in ihrer Absolutheit perfekte Intervention an sich nicht gibt. Das Handeln des/der TherapeutIn ist immer auf das jeweilige Kind bezogen, eben auf die Person zentriert. Auf welcher Ebene die Intervention erfolgt, ist vor allem vom Entwicklungsstand des Kindes und vom Stand des therapeutischen Prozesses abhängig.

Schlussfolgerungen für den Therapieprozess

Wenn es den PatientInnen ermöglicht werden soll, neue, „korrigierende“ Beziehungserfahrungen zu machen, so muss die Gestaltung der Therapiebeziehung „differentiell“, „entlang der Bedürfnisse der Patienten“ (Stucki, 2004, S. 3) gestaltet werden. Caspar (2007) geht vom Konzept einer „komplementären“ oder motivorientierten (an den Motiven der PatientInnen orientierten) Beziehungsgestaltung aus: „Um das ‚richtige‘, das nach unserem Ansatz gemeinte komplementäre Therapeuten-Verhalten zu konstruieren, müssen wir aus dem Patientenverhalten die dahinter stehenden Motive des Patienten erschließen, daraus die passenden Therapeutenpläne ableiten und diese dann als Konstruktionsregeln für konkretes Verhalten benutzen“ (ebd., S. 324; deutliche Analogien finden sich hier zu Tscheulins Konzept der „Komplementarität in der therapeutischen Beziehung“, 2006). Letztlich – und das ist eine große Herausforderung – geht es um eine „passgenaue“ Begegnung von Person zu Person, die ein sehr hohes Maß an Selbstreflexivität des/der TherapeutIn ebenso erfordert wie ein Reflektieren des

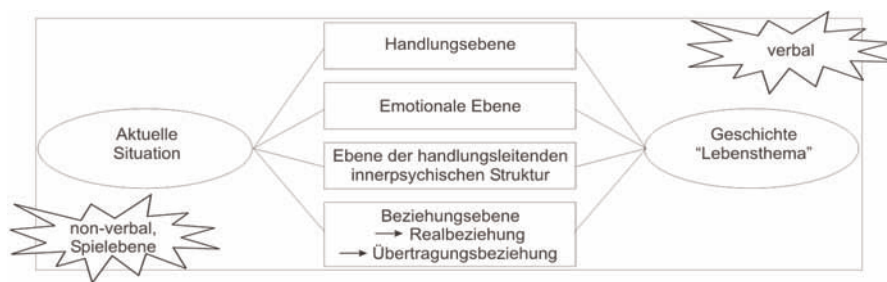


Abbildung 2: Interventionsebenen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Therapieprozesses auf einer Meta-Ebene. Erst „danach“ ist es sinnvoll, über einen Einsatz von spezifischen Techniken nach zu denken.

Zusammenfassend lassen sich folgende therapieprozessleitende Erkenntnisse formulieren (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2007b):

1. Die „Passung“ zwischen TherapeutIn und Kind/ Jugendlichen/r ist zumindest zu Beginn der Therapie ein wesentlicher Faktor, der über einen positiven Verlauf entscheidet. Es muss Energie in das reflektierte Herstellen dieser Passung investiert werden.
2. Es lassen sich Parameter einer entwicklungsförderlichen Beziehungsgestaltung formulieren. Neben den klassischen Basisvariablen ist dies Halt und Strukturgebung, aber auch eine Co-Regulation affektiver Zustände.
3. Je nach Entwicklungsgeschichte, psychischer Struktur und Konfliktodynamik des/der PatientIn ist es bedeutsam, die Möglichkeit zu „korrektiven Erfahrungen“ (Grawe, 1998) bzw. „korrigierenden emotionalen Erfahrungen“ (Cremierus, 1979) in der Beziehung mit dem/ der TherapeutIn zu gestalten.
4. Zu einem erfolgreichen Therapieverlauf trägt ein „Jonglieren“ mit einzelnen therapeutischen Wirkfaktoren (Grawe et al., 1994; Grawe, 1998; Fröhlich-Gildhoff et al. 2004, 2007b) je nach dem Stand des/der PatientIn und des Therapieprozesses bei.
5. Darüber hinaus ist es wichtig, auch gezielte „Anstöße“ zu geben, zur Veränderung auf einer Schema(Selbststruktur)ebene. Hierzu trägt im Wesentlichen die Beziehungsgestaltung bei; insbesondere auf der Ebene des Spieles können allerdings auch neue herausfordernde und erlebnisaktivierende Methoden gezielt eingesetzt werden.

Konsequenzen für die Ausbildung

Wenn, wie es Göpfert & Castello (2004) zusammenfassend formulieren, „auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Qualität der therapeutischen Beziehung und der Therapie selbst mit der Entwicklung spezifischer Therapeutenvariablen steht und fällt“ (ebd., S. 843), dann hat dies Konsequenzen für die Ausbildung von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und von SozialpädagogInnen, deren „Handwerkszeug“ ja ebenso die Gestal-

tung entwicklungsförderlicher Beziehungsprozesse ist.

Wenn die Analyse verschiedenster Studien zeigt: „Erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapeuten scheinen sich ... weniger in der Handhabung verschiedener Techniken, sondern in ihrem Beziehungsverhalten ... zu unterscheiden. Patienten schreiben erfolgreichen Therapeuten grössere interpersonale Kompetenzen zu: Sie nehmen erfolgreiche Therapeuten als verständnisvoller, empathischer und wärmer wahr“ (Stucki, 2004, S. 11) –, dann gilt es in der Ausbildung einen besonderen Schwerpunkt auf die Entwicklung der Beziehungskompetenzen der TherapeutInnen zu richten.

So fordern Grawe und Fliegel (2005, S. 692), dass „eine reflektierte Gestaltung der Therapiebeziehung den Kern jeder Therapieausbildung darstellen“ sollte. Für die Klinische Sozialarbeit haben Pauls und Mühlum (2005) die Entwicklung einer professionellen Haltung als wesentliche „Kompetenzdimension“ beschrieben. Dies sei eine „Herausforderung, die vor allem Selbstreflexion und Selbsterfahrung voraussetzt“ (ebd., S. 8); die Fähigkeit, „die eigene Person als Bestandteil des therapeutischen Prozesses einzubringen, zu verstehen und zu reflektieren“ (ebd.).

Anmerkungen

- 1 Dieser Artikel ist eine aktualisierte und überarbeitete Fassung von verschiedenen Beiträgen des Autors zum Thema (Fröhlich-Gildhoff, 2006, Fröhlich-Gildhoff, 2007a,b).
- 2 Es wird nur auf die unmittelbare Beziehungsgestaltung zwischen TherapeutIn und Kind/Jugendlichem eingegangen. Zu jeder Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie gehört originär eine begleitende Arbeit mit den Bezugspersonen – die Betrachtung dieses Aspekts würde jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

Literatur

- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E. R. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Axline, V. M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Caspar, F. (2007). „Das kriegen wir schon hin“. Überlegungen zur therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 39 (2), 321-334.
- Cremierus J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche*, 33, 577-599.
- Eckert, J. (o.J.). *Schulenübergreifende Aspekte der Psychotherapie*. Ringvorlesung Interventionsmethoden WS 04/05. Online verfügbar: www1.uni-hamburg.de/psych-3/homepages/schwab/eckert_allgem.ppt. [21.07.2006].
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003) *Einzelbetreuung in der Jugendhilfe*. Münster: Lit.

- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en) – Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (1), 42-49.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007a). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007b). Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Darstellung eines langfristigen Forschungsprojekts. In J. Hein & K.-O. Hentze (Hrsg.), *Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur* (S. 219-231). Bonn: Deutscher Psychologischer Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In H.-P. Michels/Dittrich, R. (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine diskursive Annäherung* (S. 161-194). Tübingen: DGVT.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Engel, E.-M. & Rönnau, M. (2006). *Sozialpädagogische Familienhilfe im Wandel*. Freiburg: FEL.
- Göpfert, M./Castello, C. (2004). Kinder kennen lernen: Eine schulübergreifende Betrachtung des Aufbaus einer „positiven Beziehung“ zwischen Therapeut/innen und Kindern. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 36 (4), 835-844.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Grawe, K. & Fliegel, S. (2005). „Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen Wahrheitsanspruch stellen kann“. Klaus Grawe im Gespräch mit Steffen Fliegel. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 37 (83), 690-703. (Orig. Psychotherapie im Dialog, 2)
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44 (2), 63-73.
- Huf, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hüther, G. (2004). Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35 (4), 246-252.
- Hüther, G. (2005). *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn den Menschen und die Welt verändern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. (pp. 17-32). Oxford: University Press.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin & L. S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.) (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern- und Kindbeziehung*. Bern: Huber.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 1 (1), 6-9.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG. (Orig. 1959.)
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stucki, C. (2004). *Die Therapiebeziehung differenziell gestalten*. Dissertation. Universität Bern. Online verfügbar: www.zb.unibe.ch/download/eldiss/04stucki_c.pdf [30.07.2007].
- Tscheulin, D. (2006). Über Komplementarität in der therapeutischen Beziehung. Vortrag anlässlich der Emeritierung von Reiner Bastine. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 38 (2), 303-310.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.

Musik und Tanztherapie im Dialog – Brücken bauen, wo keine mehr sind

Katharina Weil, Ursula Senn und Uwe Hinze

Gefangen in ihrem Körper, in ihrem Rollstuhl sitzend, ist es für sie nicht möglich, ihren Kopf mit Unterstützung durch eine Kopfstütze nach rechts und links zu drehen. Einen Ortswechsel können sie selbst nicht vornehmen. Sie sehen, sie hören, sie schmecken. Berührungsempfindungen sind für sie ebenfalls möglich. Geblieben sind ihnen auch ihre klaren Augen und ihre Erinnerungen an die Zeit vor ihrer jetzigen Behinderung. Sie sprechen mit uns über ihre Augen. Gefällt ihnen etwas, lachen sie. Durch das Schließen der Augen und das Wegdrehen des Kopfes brechen sie den Kontakt für einen Moment ab. Nehmen wir über die Sprache zu ihnen Kontakt auf, sind wir uns inzwischen sicher, dass sie das meiste von uns Gesagte verstehen. Im regelmäßigen Gruppenangebot bieten wir ihnen unterschiedlich farbige Tücher an. An diesem Morgen wählen sie das blaue Tuch. Ihre Entscheidung verdeutlichen sie durch das Schließen und Öffnen der Augen. Verschiedene Instrumente werden von der Musiktherapeutin angespielt. Als die Chimes erklingen, lachen sie und verdeutlichen uns über den Blickkontakt und deutliches Blinzeln, dass dieser Klang für sie heute stimmig ist.

Im Wohnpflegehaus des Evangelischen Vereins der Inneren Mission in Nassau (kurz EVIM) leben Menschen, die aufgrund ihrer eingeschränkten Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten gesellschaftliche Ausgrenzung erleben und als von sozialer Armut Betroffene bezeichnet

werden können. Es handelt sich um BewohnerInnen mit Krankheitsbildern wie Multipler Sklerose, Chorea Huntington, Spina Bifida, Zustand nach Schädel-Hirn-Traumata sowie Hemi-, Para- und Tetraplegien verschiedenen Ursprungs.

Das Arbeitsfeld ist geprägt von Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Traumatisiert sind sie durch plötzliche körperliche Erkrankungen, Unfälle und komplexe Krankheitsverläufe mit dem Verlust von erworbener Kontakt- und Bindungsfähigkeit. Die fachliche Herausforderung besteht darin, wieder ganz neu und häufig von Grund auf Zugänge zu finden. Dann geht es darum, aus der unfreiwilligen Isolation und Sprachlosigkeit herauszutreten und im wahrsten Sinne des Wortes „earned secure“ (erworbene Sicherheit) (Endres & Hauser, 2002, S. 164) möglich werden zu lassen.

Das Konzept

Bei den Gruppenangeboten sitzen alle Gruppenmitglieder in ihren Rollstühlen im Kreis. Die Musikinstrumente und verschiedene Materialien für die Bewegungseinheiten sind in der Mitte für alle gut sichtbar. Die Atmosphäre ist zunächst geprägt von Schweigen, oft von Schwere und Sprachlosigkeit.

In der Literatur finden sich bis heute keine Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit eines gemeinsamen Tanz- und Musiktherapiekonzeptes. Beide Therapieformen haben ihren Ursprung explizit in

den vorsprachlichen Entwicklungsstadien. Tanz- und Musiktherapie setzen dort an, wo der verbal-kommunikative Ausdruck über emotionale Inhalte begrenzt ist. Dem Verlust von Kontakt und Sprache, und darüber hinaus von Bindungsqualitäten durch die schwere Traumatisierung, wie auch mangelnder physischer Möglichkeiten wird durch Respons auf körperlich-basaler-sinnlicher Ebene entgegengewirkt. Musik(therapie) als nonverbales Kommunikationsmedium und körperlicher Ausdruck (Tanz und Bewegung) werden als vielfältig vernetzte Bereiche der nonverbalen Kommunikation angesprochen (Strobel, 1999, S. 15) und unterstützen nach dem tief greifenden Verlust erneut notwendige emotionale Entwicklungs- und Mentalisierungsprozesse (vgl. dazu Gahleitner, in diesem Heft).

Auf dieser Grundlage wird im Wohnpflegehaus von EVIM seit acht Jahren ein tanz- und musiktherapeutisches Gruppenangebot unter ausdrücklich ressourcenorientiertem Blickwinkel angeboten. Mit ihrer erlebnisvertiefenden, handlungsaktivierenden und sinnfördernden Ausrichtung weisen Tanz- und Musiktherapie enge Bezüge zueinander auf. Auf der Bewegungs- und Klang-Rhythmus-ebene kann Kontakt zu sich selbst und zum Gegenüber entstehen. Dies ermöglicht ein Heraustreten aus der persönlichen Isolation. Somit kann das alltägliche Erfahrungsfeld erweitert werden. Neue Erfahrungen auf der Kontakt- und Bezie-

hungsebene sind möglich, die dann wiederum Übertragung in den Alltag erfahren können und als Bindungsrepräsentationen (vgl. ebd.) für weitere Entwicklungsprozesse hin zu mehr Freiraum, Ausdruck und Partizipation zur Verfügung stehen.

Auf zwei verschiedenen Sinnesebenen kann Begegnung erfahren werden. Jede neue Situation ist durch solch ein kleines ‚Resonanzexperiment‘ gekennzeichnet. Die musiktherapeutische Methode des ‚Fürspielens‘ z.B. lässt sich als empathisches Aufgreifen der momentanen Gestimmtheit des Klienten beschreiben, mit der Aufgabe an die Therapeutin, auf diese Gestimmtheit durch freie Improvisation auf einem Instrument in Resonanz zu gehen. Vage Selbstempfindungen können so unterstützt und zu neuen ‚Internalen Arbeitsmodellen‘ (vgl. Mentalisierungsprozesse bei Fonagy et al., 2004; vgl. auch Stern, 1992) begleitet werden, ‚verzerrte Symbolisierungen‘ wieder in ‚exaktere Symbolisierungen‘ (Rogers, 1959/1987) transformiert, neues Vertrauen zu sich und anderen entwickelt werden. Von Bedeutung sind auch die Art und Beschaffenheit des gewählten Instruments und die spezifische Klanggestaltung durch die Therapeutin (Baumann, 2004).

Durch das Annehmen der körperlichen Einschränkungen der Klienten in der tanz- und musiktherapeutischen Arbeit ist es immer wieder möglich, Bewegung entstehen zu lassen und einen gemeinsamen klanglichen Resonanzraum zu schaffen. Es können körperliche Blockaden für einen Moment aufgelöst werden. Der Kontakt zur eigenen Person und zum Gegenüber wird vertieft. So wird beispielsweise in der tanztherapeutischen Methode die kleinste Bewegung über die Methode des Spiegels aufgegriffen und als gemeinsamer Tanz aufgefasst. Die Bewegung beginnt an dem Punkt, an dem sie sich zeigt, d.h. Klient und Therapeut finden heraus, was sie bewegen können und wollen, geleitet von der Überzeugung, dass auch die kleinste Bewegung wandlungsfähig ist.

Gelingt es, nach dem Konzept der Feinfühligkeit (vgl. dazu Gahleitner, in diesem Heft) die kleinste Bewegung des Gegenübers wahrzunehmen, aufzugreifen und mit musikalischen Mitteln hörbar zu machen, kann eine ganz neue Form der Begegnung zwischen den KlientInnen und den TherapeutInnen entstehen, die den Gedanken Martin Bubers und Carl Rogers‘ als „a real meeting of persons in which it was experienced the same from both sides“ (Rogers & Buber, 1957/1960, S. 212), d.h. eine aufrichtige menschliche Begegnung als Alternativerfahrung zur bisher stark erschütterten ermöglicht. Eine Begegnung, die auf (Selbst-)Öffnung und (Selbst-)Erweiterung abzielt, in Alltagssprache formuliert: neue Variationsmöglichkeiten trotz des eingeschränkten Realitätsausschnittes eröffnet.

Die Sprache der Sprachlosigkeit

Herr L. lebt seit 10 Jahren im Wohnpflegehaus. Er ist in allen täglichen Verrichtungen auf pflegerische Maßnahmen angewiesen. Dabei genießt er den Kontakt, und es ist ihm sehr wichtig, dass alle pflegerischen Maßnahmen ruhig verrichtet werden. Wird vergessen, ihm vorher anzukündigen, was getan werden muss, fällt er in einen starken Tonus, Arme und Beine zittern. In ruhiger Atmosphäre kann er sich gut entspannen und genießt jede Ansprache. Herr L. nimmt regelmäßig verschiedene therapeutische Angebote wahr. Wöchentlich erhält er Physiotherapie, Logotherapie, Ergotherapie und Tanztherapie. An der ebenfalls wöchentlich stattfindenden Tanz- und Musiktherapiegruppe nimmt er regelmäßig teil.

In der tanztherapeutischen Einzelarbeit liegt der Schwerpunkt auf der Wiederentdeckung des eigenen Körpers und der Erweiterung der zur Verfügung stehenden Kommunikationsmöglichkeiten. Im musik- und tanztherapeutischen Kontext befindet sich der Fokus auf der Kontaktaufnahme zum Gegenüber. Für den Gruppenkontext formulieren wir folgende Ziele: Vertiefung von Wahrnehmungs- und Erlebnisspektrum, Aktivieren und Stärken von persönlichen Ressourcen, Bearbeiten von emotionalen Erlebnisinhalten, Aktivieren von kommunikativen und kreativen Fähigkeiten und Ausdruck, Gestaltung von Kontakt und Beziehung untereinander im Gruppenzusammenhang, Bearbeiten von Konflikten im Spannungsfeld Abhängigkeit-Autonomie.

Zu Beginn unseres Angebots sitzt er vor uns als ein junger, jugendlich gekleideter Mann im Rollstuhl und schaut uns an. Ein kurzes Lächeln huscht über sein Gesicht. Wir versuchen, mit Herrn L. in Kontakt zu kommen, und ertappen uns dabei, dass wir ihn unentwegt ansprechen. Herr L. zeigt keine Reaktion, und wir spüren unsere und seine Hilflosigkeit. Erst viel später spüren wir die Stille von Herrn L., und wir schwingen uns auf ihn ein. Herr L. atmet laut aus und nimmt dann wieder Blickkontakt auf, lächelt. Wir nehmen ein Entspannen der Situation wahr. Geben wir ihm seine Zeit, findet er seinen Klang, der für ihn gespielt wird. Durch das Aufgreifen seiner minimalen Kopfbewegung treten wir mit ihm in Kontakt.

Wir nehmen im Verlauf der Stunden wahr, dass es Herrn L. öfter gelingt, in der Gruppensituation einen Bezug zu anderen Teilnehmern herzustellen. Wird eine andere Person im Gruppenkontext angesprochen, bewegt er seinen Kopf zu der Person hin und schaut sie aufmerksam, die affektive Situation wahrnehmend, an. In den letzten Gruppenstunden findet Herr L. immer wieder einen Weg, sich in atmosphärisch anstrengenden Situationen zu entlasten, indem er für alle gut hörbar, teilweise einen Ton gestaltend, ausatmet.

Durch das ‚Hörbar-Machen‘ schafft er auch für die anderen eine Veränderung und Entspannung der Situation. Es ist zu beobachten, dass er diese gewonnene Fähigkeit auch in Alltagssituationen nutzt.

Herr L. kommt offensichtlich gerne in die Gruppe und entwickelt und nutzt weiterhin seine Ressourcen im Kontakt mit den anderen. Er hat an differenzierter Wahrnehmung gewonnen. Er ist im Kontakt präsenter geworden. Inzwischen unterscheidet er noch deutlicher, mit wem er über seine Augen in Kontakt treten will. Er genießt die spielerischen Elemente im therapeutischen Kontext und im Pflegealltag. Sein Bezugssystem wird „jeweils um Nuancen erweitert“ (Finke, 2004, S. 4). Er scheint zu spüren, dass die ihn umgebenden Menschen sich mit ihm über seine erweiterte Kommunikationsmöglichkeit freuen.

Für die Praxis im Wohnpflegehaus von EVIM heißt dies: Alle MitarbeiterInnen – im pflegerischen, pädagogischen und therapeutischen Bereich – sind darauf fokussiert, als Antwort auf den erlebten tiefgehenden Bruch im Leben der KlientInnen ein emotional tragendes und ‚nachnährendes‘ Klima zu ermöglichen. Getragen wird es von Wertschätzung, Empathie und Authentizität, wobei auf viele vertraute Codes nicht beeinträchtiger Menschen verzichtet werden muss. Dabei leistet das therapeutische Gruppenangebot einen Brückenschlag zwischen Anknüpfung an evtl. Erfahrenem, Erinnerungem, den vorhandenen Ressourcen und einem Neubeginn. Durch die langjährige Zusammenarbeit ist uns deutlich geworden, wie bereichernd und ergänzend das „Zusammenspiel“ von unterschiedlichen Therapieformen sein kann. Das Zusammenwirken dieser beiden Therapieformen ermöglicht den BewohnerInnen des Wohnpflegehauses ein erweitertes Wahrnehmungs- und Erlebnisspektrum, das sie für sich im Alltag in ihrer veränderten Lebenssituation nutzen können und mit dem sie ein größeres Maß an Teilhabe an der sie umgebenden Welt erreichen können, trotz allem.

Literatur

- Baumann, M. (2004). Wo steht die Musiktherapie in der Neurorehabilitation? *Musiktherapeutische Umschau*, 25 (1), 45-57.
- Endres, M. & Hauser, S. (2002). *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Orig. 1959.)
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers (1957). *Psychologia*, 3 (4), 208-221.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strobel, W. (1999). *Reader Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert.