

Gesine Götting | Carsten Bromann |
Matthias Möller | Markus Piorunek |
Michael Schattank | Anja Werner (Hrsg.)

Zeit geben – Bindung stärken

Konzepte der Beratung

2. Auflage

Gesine Götting | Carsten Bromann | Matthias Möller |
Markus Piorunek | Michael Schattanik | Anja Werner (Hrsg.)
Zeit geben – Bindung stärken

Eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz
für Erziehungsberatung e.V.

Gesine Götting | Carsten Bromann |
Matthias Möller | Markus Piorunek |
Michael Schattank | Anja Werner (Hrsg.)

Zeit geben – Bindung stärken

Konzepte der Beratung

2. Auflage

BELTZ JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-3877-4 Print
ISBN 978-3-7799-5001-1 E-Book (PDF)

2. Auflage 2018

© 2018 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Hannelore Molitor
Satz: Helmut Rohde, Euskirchen
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort 7

Zeit und Bindung Standortbestimmungen

Zeit für Bindung in Familie und Kita
Fabienne Becker-Stoll 12

Bindungstheorie als Grundlage für die Arbeit mit Kindern, Eltern und Familien in Familienbildung und Erziehungsberatung
Hermann Scheuerer-Englisch 27

Mit Zeit und Bindung arbeiten Methoden und Konzepte in der Erziehungsberatung

Bindungen im Lebensfluss entdecken
Astrid Keweloh 54

Zeit- und Beziehungsmanagement in der Familie
Ressourcenorientierte Elternberatung mit dem systemischen Familienentwicklungsspiel FIB - FAMILIE IN BALANCE
Eva Tillmetz 70

Stärkung der elterlichen Ankerfunktion und Bindung rund um die Geburt
Erfahrungen in der familienbezogenen Beratung im Übergang zur Elternschaft
Barbara Ollefs 86

Die Anwendung des Geschichtenergänzungsverfahrens zur Bindung (GEV-B) in der Beratungspraxis
Mathias Berg 104

Wie bekommt der kleine Wolf, was er braucht? Kinderpsychodramatische Arbeit an Bindungsthemen <i>Cordula Alfes</i>	127
Feeling-Seen Eine bindungs- und mentalisierungsfördernde Methode für Kinder, Jugendliche und Eltern in Psychotherapie und Beratung Mit einem Kommentar von Jürgen Kriz <i>Michael Bachg</i>	139
Bindungsbasierte Skulpturarbeit in der Paartherapie <i>Carsten Bromann</i>	157
Heilendes Schreiben als Verbindung zu sich und zu abwesenden Lieblingsmenschen <i>Stefan Schwidder</i>	177
Zeit und Bindung aus den Fugen Themen in der Erziehungsberatung	
Schulvermeidung konstruktiv begegnen <i>Dennis Haase</i>	200
Auch Ent-Bindung braucht Zeit Zur Gestaltung des familiengerichtlichen Verfahrens und der Kooperation Familiengericht – Beratung <i>Matthias Weber, Michael Grabow</i>	216
Immer schneller – aber wohin?	
Immer schneller – aber wohin? Ein Gespräch mit dem Philosophen, Organisationsberater und Experten für die „Verzögerung der Zeit“, Professor Peter Heintel, Klagenfurt (Österreich)	238
Die Autor/innen und Herausgeber/innen	244

Feeling-Seen

Eine bindungs- und mentalisierungsfördernde
Methode für Kinder, Jugendliche und Eltern
in Psychotherapie und Beratung

Mit einem Kommentar von Jürgen Kriz

Michael Bachg

Feeling-Seen beinhaltet Informationen über das „Wissen wie“, das nicht propositionale Wissen im Sinne psychotherapeutischen Handelns und stellt sie dem „Wissen dass“, dem aus Wörtern und Theorien bestehenden propositionalen Wissen, zur Seite. Die Erkenntnisse zur Entwicklung der Methode gewann ich aus meinen Erfahrungen mit Rat suchenden Eltern, Kindern und Jugendlichen im Psychologischen Beratungszentrum Georgsmarienhütte. Diese aus dem Alltag der Beratungstätigkeit entstandene Vorgehensweise fokussiert auf die Emotionsregulation, die Qualität der Eltern-Kind-Interaktionen und auf die Repräsentationen von Bindungserfahrungen in den Gedächtnissystemen von Kindern und Eltern. Sie findet seit ihrer Entstehung im Jahr 2005 zusätzliche Verbreitung in der ambulanten und stationären Jugendhilfe, in ambulanter und stationärer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Kinderpsychiatrie. Insofern wurde sie auch zum Bestandteil der Ausbildung zahlreicher Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie an verschiedenen Ausbildungsinstituten in Deutschland.

Evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungen von Kindern mit psychischen Erkrankungen gelten als Mittel der Wahl, um eine Verbesserung ihrer Symptomatik zu erreichen. Häufig genügt es jedoch nicht, wenn die zumeist einzeltherapeutischen Interventionen wirksam sind, beispielsweise im Sinne eines Erwerbs von Coping-Strategien oder der Verbesserung der sozialen Kompetenzen. Denn die für die psychischen und/oder sozialen Beeinträchtigungen relevanten kontextuellen Auslöser und aufrechterhaltenden Bedingungen im sozialen Umfeld und insbesondere im Familien-

system werden oft nicht erreicht. So können zum Beispiel unverarbeitete Kindheitskonflikte oder Traumata elterliche Repräsentanzen bezogen auf das Kind beeinflussen und die Wahrnehmung und Interpretation kindlicher Signale wie ein Filter verzerren (Quitmann, Romer, Ramsauer, 2010).

Um der Frage nach der Relevanz familientherapeutischer Settings auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nachzugehen, ist es deshalb notwendig, die Frage nach der Ätiologie dieser Störungen einzubeziehen. Hier haben sich Modelle durchgesetzt, die, anders als eine rein nosologische Betrachtungsweise, dynamische und funktionale Aspekte der Entwicklung von Symptomen in den Vordergrund rücken.

„Eine rein nosologische Orientierung und Zuordnung der Symptome reichen bei psychischen Störungen des Kindes und Jugendalters nicht aus.“ Nach der Grundidee der „Funktionellen Psychopathologie“ (Resch, Fegert, 2012; Resch, Parzer, 2014) sind „Symptome nicht nur Ausdruck gestörter Hirnfunktionen – wie oft von einer nosologieorientierten Psychiatrie postuliert –, sondern stellen in einem Zeitfenster die bestmögliche Anpassung eines Individuums dar, die aufgrund der Ressourcenlage realisierbar war“ (Resch, Parzer, 2014).

Die Autoren schreiben „realisierbar war“ und implizieren damit, dass Symptome als Anpassungsleistung über den aktuellen Kontext hinaus beibehalten werden können und ihre funktionale Analyse die biographische Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen berücksichtigen sollte. Symptome sind dieser Auffassung zufolge niemals zufällig in ihre psychosozialen Kontexte eingebettet.

„Ausgangspunkt der Entwicklungspsychopathologie ist eine interaktionistische Entwicklungstheorie, die davon ausgeht, dass ein aktives, selbstmotiviertes und die eigene Entwicklung vorantreibendes Individuum mit einer ebenso aktiven, fordernden und einflussnehmenden Umwelt in Interaktion steht“ (Resch, Fegert, 2012, S. 124).

Diese Konzeption spiegelt das Bild eines Kindes als eines aktiv handelnden Subjekts mit einer eigenen Agenda, eigener Wahrnehmung sowie individuellen Motiven und Zielen. Von hier aus betrachtet wird Therapie mit einer Familie im Folgenden verstanden als Therapie eines betroffenen Kindes oder Jugendlichen, das aufgrund von Entwicklungsprozessen, entwicklungsbezogenen Bedarfslagen und entwicklungsbezogenen Kompetenzen nicht ohne sein Bezugssystem Familie behandelt und hinsichtlich der Entwicklung seiner Symptome verstanden werden kann. Dazu wäre ein familientherapeutischer Zugang geeignet, wenn der Fokus auf das Kind gerichtet

wird und zudem entwicklungspsychologische Konzepte Berücksichtigung finden.

Zu diesem Zweck werde ich im Folgenden kurz auf die Bedeutung der Bindungstheorie und der Mentalisierungstheorie für die Entwicklung der Affektregulierung und des Beziehungsverhaltens eingehen. Danach stelle ich Ihnen mit „Feeling-Seen“ (Bachg, 2010) einen darauf Bezug nehmenden familientherapeutischen Ansatz vor. Mithilfe spezifischer auf das Kind bezogener Interventionen geht es darum, die Perspektive des Kindes, seine Gefühle, Gedanken und Motive in Anwesenheit der Eltern individuell zu erfassen, um dadurch sein Verhalten zu verstehen. Denn „jede Therapie sollte auf einem pathogenetischen Verständnis aufbauen und ein Veränderungsmodell zur Grundlage haben“ (Resch, Fegert, 2012).

Bindungs- und Mentalisierungstheorie als klinische Entwicklungstheorie

Die Entwicklung einer emotionalen Bindung an die primäre Bezugsperson gilt als Voraussetzung für die Entwicklung eines Babys. Das Ziel des Bindungssystems ist die Erlangung eines Sicherheitserlebens.

Die Interaktionserfahrungen mit den Betreuungspersonen werden psychisch repräsentiert. Dadurch entstehen Erwartungen über Wirkungen und Folgen eigenen Bindungsverhaltens auf Seiten des Säuglings. Diese Erwartungen, verbunden mit dem eigenen Verhalten, bilden das innere Arbeitsmodell nach Bowlby (1976).

Das innere Arbeitsmodell gibt vor, wie mit einer wichtigen Bezugsperson umgegangen werden muss, um möglichst hohe Bindungssicherheit herzustellen. Das Arbeitsmodell ist also abgestimmt auf die individuelle soziale Umwelt des Kindes und dient dazu, ein homöostatisches Ziel zu erreichen: Sicherheit in einer Beziehung, die gekennzeichnet ist durch die Reduktion negativer Affekte, die Unsicherheit anzeigen. Die Bindungstheorie betrachtet die Affektregulierung als Produkt der Bindung. Das Arbeitsmodell prägt das Beziehungsverhalten eines Menschen bis ins Erwachsenenalter (Collins, Read, 1994; Main 1997).

Nach der Mentalisierungstheorie werden Affekte in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen durch die Fähigkeit reguliert, ein Gefühl wahrzunehmen, während man es reflektiert und darüber spricht. Diese als „mentalisierte Affektivität“ bezeichnete Form der Affektregulierung (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2008), wird im Rahmen des Feeling-Seen gezielt gefördert und zwar für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. Ziel der

Affektregulierung ist nicht die generelle Unterdrückung des Ausdrucks von Affekten. Es geht um die schrittweise Befähigung eines Menschen, zwischen innerem Erleben und äußerem Ausdruck einer Emotion zu unterscheiden und statt eines impulsiven Emotionsausdrucks eine Form wählen zu können, die der Beziehung und der aktuellen Situation gerecht wird. Dies ermöglicht dem Gegenüber, das Gefühl zu verstehen und darauf einzugehen.

Nach der Mentalisierungstheorie erwirbt das Kind in den ersten fünf Lebensjahren ein kognitiv und emotives Verständnis des Selbst und der Welt (Fonagy et al., 2008, S. 254). Mit etwa 4 Jahren verfügt es über die Fähigkeit, multiple Repräsentationen der Welt und des Selbst zu bilden und diese miteinander in Beziehung zu setzen (5. Phase „repräsentationaler Akteur“). Ab diesem Alter ist das Kind prinzipiell in der Lage, eine kindliche Theorie des Mentalen zu bilden. Es kann erkennen, dass das eigene Verhalten und das anderer durch eine Intention entsteht, und zwar durch Gefühle, Gedanken, Wünsche, Ziele und Überzeugungen. Dadurch kann das Kind in Handlungen anderer Menschen Bedeutungen erkennen und das Ergebnis einer Interaktion vorhersagen. Mentalisieren ist also definiert als die Fähigkeit, sich und andere im Sinne von mentalen Zuständen wie Gefühlen, Intentionen und Wünschen wahrzunehmen und zu verstehen (Fonagy et al., 2008).

Die Mentalisierungsfähigkeit eines Kindes steht in Zusammenhang mit dem inneren Arbeitsmodell (Bindungsrepräsentation). So vermuten Fonagy et al., dass für Kinder in brutalisierten frühen Beziehungen die Hemmung ihrer Mentalisierungsfähigkeit einen Schutz darstellt, da sie nicht über die Motive ihrer Peiniger nachdenken müssen, von denen sie existenziell abhängig sind (Fonagy et al., 2008).

Dementsprechend schlussfolgert Taubner: „Wenn Mentalisierungsfähigkeiten durch aversive frühe Bindungserfahrungen untergraben werden, erscheint eine Therapie hilfreich, die zusätzlich zur Förderung der Mentalisierung die Überarbeitung innerer Modelle von Bindung ... anstrebt“ (Taubner, Wiswede, Nolte, Roth, 2010).

Laut Kobak und Mitarbeiter gibt es Hinweise, dass die Möglichkeiten der Veränderung von Bindungsrepräsentationen in der Entwicklung eines Individuums stetig kleiner werden (Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth, Ziv, 2006). Es spricht also vieles dafür, eine solche Therapie bereits im Kindes- und Jugendalter durchzuführen.

Werden also in den ersten Lebensjahren zentrale Bedürfnisse des Kindes, wie z. B. nach Sicherheit, nicht erfüllt, können Ängste dauerhaft aufgebaut werden. Dies beeinflusst die kognitive und emotionale Entwicklung. Ohne Emotionsregulation bleibt die Entwicklung reiferer interpersoneller

Kognitionen im Sinne einer Theorie des Mentalen aus, und es entsteht keine ausreichende Empathiefähigkeit.

Stattdessen entwickelt sich ein rigides System affektiver und kognitiver Bewertungen und Verhaltensregeln, die, als komplexes Schema installiert, dem inneren Arbeitsmodell Bowlbys entspricht. Sulz, Richter-Benedikt, Hebing (2010) bezeichnen dies als Überlebensregel. Diese verbietet in schwierigen interpersonellen Situationen meist ein ausreichend wehrhaftes Verhalten, so dass eine nicht mehr zu bewältigende Wut aufgebaut wird, die schließlich wegen der versagenden Emotionsregulierung nur noch durch Symptombildung unterdrückt werden kann. Es entsteht z. B. eine depressive oder eine Angststörung. Wenn die Überlebensregel extrem rigide und maladaptiv ist, entsteht eine Persönlichkeitsstörung Sulz et al. (2010).

Die Funktion eines Symptoms und die individuelle Entwicklungspsychopathologie kann in jedem Einzelfall nur heuristisch erhoben werden. Im Folgenden möchte ich aufzeigen, wie sich mit spezifischen kindzentrierten Interventionsformen die für eine funktionale Analyse der Symptome notwendigen biographischen Informationen in Zusammenarbeit mit dem Kind erheben lassen, so dass am Ende eines zunächst auf das Kind zentrierten Prozesses auch die anwesenden Eltern den funktionalen Aspekt des Symptoms ihres Kindes erkennen und verstehen, dass „unvernünftiges, emotional geleitetes und scheinbar „unlogisches“ Verhalten ... auf logische Weise erklärt werden kann, indem das Verhalten eben nicht auf die Umwelt, sondern auf innere Ziele bezogen ist“ (Resch, Parzer, 2014).

Zugang zu Kindern und Jugendlichen im familientherapeutischen Kontext

Allgemeine Hinweise

Die Durchführung familientherapeutischer Sitzungen erfordert ein klares Konzept. So kommt es darauf an, mit dem Kind zu reden und nicht mit den Eltern zusammen über das Kind. Bereits beim Erstkontakt kommt es leicht zu einem Übergewicht von Redeanteilen der Eltern. Der Therapeut sollte daher darauf achten, dass das Klagen der Eltern nicht überhand nimmt und das Kind selbst zu Wort kommt, zum Beispiel indem er es nach seiner Sichtweise befragt und es darin unterstützt, diese zum Ausdruck zu bringen. Auch eine affektive Reaktion des Kindes auf die Schilderungen der Eltern gibt Gelegenheit, es zu befragen. Auf diese Weise wird deutlich, dass es neben der Sichtweise der Eltern eine weitere Sichtweise gibt, und zwar die ihres Kindes, die auch abweichend sein kann. Dies gibt Gelegenheit zu ver-

deutlichen, dass Wahrnehmung ein subjektiver Vorgang ist und es durchaus mehr als eine Wahrheit geben kann. Hierdurch wird der Subjekt-Status des Kindes hervorgehoben und verhindert, dass es im weiteren Prozess als Objekt der Diagnostik und Therapie betrachtet wird. Eine Entlastung der Eltern kann in einem folgenden Gespräch mit den Eltern allein erreicht werden.

Die emotive Gesprächsführung mit dem Kind in Feeling-Seen

Wörter kreieren Bilder im Geist

Bei der in der Therapie verwendeten Sprache ist darauf zu achten, dass Wörter sowohl beim Sprecher als auch beim Zuhörer im Geist Bilder erzeugen. Achten Sie darauf, was geschieht, wenn ich das Wort „Mutter“ zu Ihnen sage. Sie sehen nun vermutlich das Bild Ihrer Mutter vor Ihrem geistigen Auge. Das Gesicht Ihrer Mutter kann Fröhlichkeit widerspiegeln, Glück oder Stolz, oder auch Wut, Angst, Erschöpfung, Verzweiflung, Belastung oder Resignation. Im selben Moment, in dem wir dieses erinnerte Bild vor unserem geistigen Auge sehen, reagieren wir affektiv auf diese Information und erleben Gefühle wie Dankbarkeit, Verbundenheit, Glück, Mitgefühl oder Angst, Frustration, Ärger, Gleichgültigkeit oder sogar Spott und Verachtung. Hier handelt es sich um aktualisierte Gefühle, die sich auf erinnerte Kontexte beziehen, z. B. auf die Interaktionen mit der Mutter bzw. ihrem Verhalten in Situationen. Es handelt sich also genau genommen um erinnerte Gefühle, die sich auf erinnerte Informationen und Bilder beziehen, und diese erzeugen eine real und gegenwärtig erlebte affektive Reaktion. Diese affektive Reaktion kann von unserem Gegenüber in diesem Augenblick durch die Veränderungen unserer Mimik und unserer Körpersprache gesehen und im veränderten Klang unserer Stimme wahrgenommen werden.

Förderung mentalisierter Affektivität

Diesen Umstand machen wir uns im so genannten Mikrotracking (Bachg, 2006) zunutze. Dazu hören wir dem Klienten aufmerksam zu und lassen in unserem Geist Bilder entstehen durch die Worte, die der Klient gerade benutzt.

Beispiel: Wenn das Kind im familientherapeutischen Setting sagt, „und dann kam der Hund um die Ecke“, sehen wir als Zuhörer vor unserem geistigen Auge eine Ecke, z. B. eine Häuserecke und einen Hund, der gerade um diese Ecke läuft und vielleicht auf uns zukommt. Die Bedeutung dieses

Bildes und die Bewertung dieser Information fällt für uns selbst individuell sehr unterschiedlich aus, je nachdem, welche eigenen Erfahrungen wir mit Hunden verbinden und welches Verhältnis wir zu ihnen haben. So ist es auch für das Kind. Die individuelle Bedeutung dieses inneren Bildes für das Kind lesen wir ab an seiner Mimik und seiner Stimme.

Das Gesicht des Kindes kann Begeisterung ausdrücken, weil es die Freude antizipiert, die es fühlt, wenn es sich an frühere Begegnungen mit einem Hund erinnert, wie es sich anfühlt, das Fell zu streicheln oder mit ihm zu spielen. Es kann im mimischen Ausdruck aber auch Angst zeigen sowie prämotorische Anspannung im Körper, die auf einen Impuls hindeuten wegzulaufen von einer Gefahr oder irgendwo hinzulaufen, um Schutz zu finden, z. B. hinter dem Körper einer begleitenden Bezugsperson.

Diesen Moment können wir nutzen für eine Intervention, in der wir aktiv den Zusammenhang hervorheben zwischen dem erlebten Affekt und dem auslösenden Kontext, also der Information, durch die dieser Affekt erzeugt wird. Dabei beschreiben wir nicht den Affekt in seinem Ausdruck, wie zum Beispiel, „ich sehe, wie du deine Augen aufreißt oder wie sich deine Stirn in Falten legt“, sondern versuchen zu übersetzen, wie dieser Affekt in diesem Moment subjektiv als Gefühl erlebt wird.

Dazu wird vom Therapeuten bzw. Berater ein Wort ausgewählt, welches das Erleben dieses Affekts als Gefühl für das Kind passend benennen soll und der Kontext noch einmal hinzugefügt, z. B. „... wie erschrocken ...“ oder „... wie besorgt ... du bist/dich fühlst, wenn du dich daran erinnerst, wie dann der Hund um die Ecke kam“.

Wichtig ist, das erlebte Gefühl im Präsens zu benennen, da es tatsächlich gegenwärtig erlebt wird und dadurch der Hier-und-Jetzt-Bezug des Gesprächs hergestellt wird. Dies verhindert ein „Reden über Dinge“ und macht den Dialog durch den Bezug zum aktuellen Erleben bedeutsam. Falls diese Intervention gelingt, fühlt sich das Kind verstanden und zeigt in seiner Reaktion unmittelbar Bestätigung, z. B. durch ein kräftiges Nicken mit dem Kopf oder ein klares „Ja“. Das Kind fühlt sich dann in der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten richtig gesehen und verstanden. Dieses Erleben ist das programmatische Ziel der Methode Feeling-Seen, das übersetzt bedeutet, „sich gesehen fühlen“. Dieses Erleben erzeugt Erleichterung und Entspannung und erhöht die Motivation sowie das Interesse des Kindes oder Jugendlichen zur therapeutischen Zusammenarbeit. Bleibt die bestätigende Reaktion des Kindes aus, so zeigt dies an, dass entweder die Benennung des Gefühls durch den Therapeuten nicht passend war oder der auslösende Kontext nicht präzise, d. h. wortwörtlich wiedergegeben wurde. In

diesem Fall wird der gemeinsame Suchprozess so lange fortgesetzt, bis das Kind die Aussage als zutreffend erlebt.

Vor diesem theoretischen und methodischen Hintergrund lassen sich Gesprächssequenzen mit Kindern und Jugendlichen in Therapie und Beratung situativ gestalten und vertiefen. Dieses Vorgehen bringt nicht nur wichtige Informationen zutage, sondern hilft dem Kind im Mentalisieren der Ereignisse und Erlebnisse. Die Gefühle und Bewertungen fließen in den Prozess des reflexiven Bewusstseins ein. Das Kind erlebt nicht nur ein Gefühl bzw. ist nicht nur ein Gefühl, sondern kann sich sehen lernen als ein Subjekt, das gerade ein Gefühl erlebt. Die Repräsentanzen werden zum Objekt seiner mentalen Prozesse.

Von den richtigen Fragen zu den richtigen Antworten: Antidote-Entwicklung mit Kindern und Jugendlichen in Anwesenheit ihrer Eltern

Neben der Förderung mentalisierter Affektivität geht es bei Feeling-Seen auch um die Förderung der Selbstentwicklung des Kindes. Dies geschieht durch die Regulation seiner Bedarfslagen und Emotionen mittels funktionaler Interaktionen mit seinen Bezugspersonen. Kriz schreibt dazu: „Für diese gegenseitige Abstimmung interpersoneller Prozesse zwischen Neugeborenem und den Bindungspersonen stellen die evolutionär erworbenen Fähigkeiten organismische Erwartungen des Neugeborenen an eine entsprechende Leistung seiner sozialen Umgebung dar, nämlich seine Affekte und Bedürfnislage hinreichend empathisch zu verstehen und zu erfüllen. Der humanistische Kernsatz, „nur am Du kann man zum Ich werden“, erhält somit durch eine evolutionäre Perspektive einen umfassenderen Kontext (Kriz, 2014).

Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, solche Bindungserfahrungen, die nicht zu einer Reduzierung negativer Affekte führten, sondern diese womöglich noch steigerten, umzukehren. Die Vorgehensweise bezieht sich auf das Konzept des Antidotes (Gegengift) von Pessoa und Perquin (2008). Ziel ist es, negative Affekte zu reduzieren und neue Repräsentanzen therapeutisch zu entwickeln. Dazu werden gemeinsam mit dem Kind in der Phantasie ideale Betreuungspersonen entwickelt, die das Bindungsverhalten des Kindes seiner Bedarfslage entsprechend beantworten würden bzw. in der Vergangenheit beantwortet hätten. Damit soll die Affektregulierung gefördert, das innere Arbeitsmodell auf der Grundlage dieser Erfahrung modifiziert und die Mentalisierungsfähigkeit gestärkt werden. Dies ge-

schieht mit der Absicht, das Beziehungsverhalten zu verbessern. Grundlage dieses Vorgehens ist die Erkenntnis, dass Menschen für eine neue Erfahrung nicht die Realität brauchen, sondern dass ein Bild von der Realität ausreicht. Die idealen Betreuungspersonen werden zusammen mit dem Kind erfunden und mit dramaturgischen Mitteln so in Szene gesetzt, dass es dem Kind ermöglicht wird, eine befriedigende Beziehungserfahrung zu erleben, die Verständnis und Intersubjektivität erfahrbar macht.

Integration der Eltern: Förderung des elterlichen Empathievermögens

Wie eingangs beschrieben, kann die Fähigkeit von Eltern, die Motive und Gefühle ihres Kindes zu erkennen, aus unterschiedlichen Gründen eingeschränkt sein. Zudem verhindern negative elterliche Attributionen das Mentalisieren und führen zu ineffizientem Elternverhalten, welches die Entwicklung des Kindes und sein Verhalten negativ beeinflusst.

Oppenheim und Koren-Karie (2009) betonen in ihrem Konzept des reflexiven Empathievermögens von Eltern, dass Eltern nur dann feinfühlig auf die Signale ihres Kindes reagieren können, wenn sie auf mentaler Ebene in der Lage sind, die Welt durch die Augen ihres Kindes wahrzunehmen und sich in ihr Kind hineinzusetzen. Das reflexive Empathievermögen der Eltern ist häufig durch eigene Belastungen, wie z. B. Probleme am Arbeitsplatz, Probleme in der Partnerschaft, Versorgung von Angehörigen, Zeitdruck etc. verringert. Auch durch solche Belastungen wird die Möglichkeit eingeschränkt, unterschiedliche Motive oder Erklärungen für das kindliche Verhalten heranzuziehen bzw. zu erkennen, wie wichtig es ist, diese zu benennen.

Um die enttäuschten Erwartungen aneinander sowie die daraus resultierenden Verstrickungen der Familienmitglieder zu bearbeiten, wird vorgeschlagen, nach Lösungen nicht unmittelbar im gegenwärtigen Bezugssystem der Beteiligten zu suchen, sondern, wie oben beschrieben, zunächst auf einer symbolischen Ebene mittels idealer Betreuungspersonen.

Die Eltern erkennen, dass ihr Kind durch dieses Vorgehen erreicht werden kann und sich in diesem Prozess vertrauensvoll öffnet. Die Erfahrung einer als vom Kind passend und richtig erlebten Reaktion erzeugt unmittelbar ein Gefühl von Erleichterung, die häufig schnell in Trauer umschwenkt. Dies geschieht, wenn das Kind in seiner Erleichterung erkennt, was es in der Realität vermisst bzw. was ihm fehlt. Dieser Prozess ist regelmäßig zu

beobachten und wird als relief-grief-cycle bezeichnet (Pesso, Perquin, 2008).

Diesem Prozess beizuwohnen, erleichtert es den Eltern zu erkennen, was ihrem Kind fehlt und was es braucht. Durch das Zuhören und Mitgehen können Eltern in die Empathie mit dem Kind hineingehen, was sie oft in der Gegenwart ihres Kindes schon lange nicht mehr konnten. Manchmal ist es für Eltern erstmals nach Jahren wieder möglich, mit dem Kind wirklich mitfühlen zu können. Dies ist ein unschätzbare erster Schritt heraus aus den familiären Verstrickungen der letzten Zeit und stellt eine tiefe gemeinsame emotionale Erfahrung mit ihrem Kind dar.

Eltern können so leichter eine neue Perspektive zu ihrem Kind, zu seinem Erleben und den Motiven seines Verhaltens einnehmen, da nun der funktionale Aspekt des Symptoms auch für sie unmittelbar erkennbar wird. Auf diese Weise verstehen auch die Eltern die psychische Störung ihres Kindes im Lichte eines entwicklungspsychopathologischen Zusammenhangs und erkennen sich selbst als bislang uninformierte Beteiligte an dieser Entwicklung, was oft mit Bedauern und Sympathie für das eigene Kind einhergeht. Dadurch fühlt sich das Kind verstanden von seinen Eltern, was erneut den beschriebenen relief-grief-cycle auslösen kann. Diese schlussendliche gefühlvolle Begegnung, bei der die Eltern mit ihrem Herzen ganz bei ihrem Kind sind, kann durch eine solche, Feeling-Seen orientierte familientherapeutische Vorgehensweise mit Tiefe und Nachhaltigkeit ermöglicht werden.

Zusammenfassung und Fazit

Wie beschrieben wurde, sind die Bedingungen im sozialen Netzwerk von Kindern und Jugendlichen häufig maßgeblich an der Entstehung und Stabilisierung symptomatischer Prozesse beteiligt. Zum Beispiel können unbewältigte Kindheitskonflikte der Eltern die Wahrnehmung und Interpretation der Signale ihres Kindes verzerren. Es ist daher wünschenswert, dass in solchen Fällen die Beratung bzw. Psychotherapie eines Kindes oder Jugendlichen auch ihr soziales Umfeld, insbesondere die Eltern, therapeutisch erreicht.

Dies ist möglich mit der Methode Feeling-Seen. In den Familiensitzungen liegt der Fokus auf dem Erleben und den Bedarfslagen des Kindes. Die Bedarfslagen ihres Kindes zu sehen und die Motive seines Handelns zu verstehen, kann die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern fördern. Zudem bietet die Anwesenheit der Eltern während der wichtigen Therapieprozesse ihres Kindes die Chance zur Verbesserung ihres reflexiven Empathievermögens. Ziel begleitender Elterngespräche ist u. a. die Identifikation und Bearbeitung der oben angesprochenen Kindheitskonflikte der Eltern.

Das Kind soll mit Hilfe von Feeling-Seen motivational für den Therapieprozess gewonnen werden. Indem es sich mit seinen Gefühlen und Motiven richtig gesehen und verstanden fühlt, erlebt es Erleichterung. Aufsteigenden belastenden Erinnerungen an negative Erfahrungen mit primären Bezugspersonen werden Erfahrungen mit imaginierten idealen Bezugspersonen gegenüber gestellt. Diese idealen Bezugspersonen werden im Therapieraum räumlich in Szene gesetzt. Sie erfüllen die Erwartungen des Kindes in einer hypothetischen Vergangenheit. Dadurch können Erinnerungen an prägende negative Erlebnisse in ihrer Rekonsolidierung positiv beeinflusst werden, wodurch sich auch zukünftige Erwartungen des Kindes positiv verändern können. Vor allem aber erlebt das Kind Sicherheit und die erwartete Reduzierung negativer Affekte durch die feinfühligere Reaktion der idealen Bezugspersonen. Dadurch kann das Kind sich selbst neu erfahren und neue Aspekte des eigenen Selbst entdecken. Die Affektregulierung gelingt, das Kind wird ruhiger, auch körperlich. Wichtige Effekte ergeben sich auch hinsichtlich der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit des Kindes sowie der angestrebten Überarbeitung innerer Modelle von Bindung.

Allerdings erfordert der Einsatz des Feeling-Seen von Beratern und Therapeuten ein hohes Maß an Achtsamkeit und Präzision. Ein spezielles Training ist erfahrungsgemäß vonnöten. Dennoch scheint die Vertiefung emotional heilsamer therapeutischer Erfahrungen bei gleichzeitiger Beschleunigung therapeutischer Prozesse zwischen den Eltern und ihrem Kind den zusätzlichen Trainingsaufwand zu lohnen.

Plädiert wird für ein integratives Vorgehen in Beratung und Therapie, in dem evidenzbasierte Behandlungen von Kindern und Jugendlichen ergänzt werden durch kindzentrierte familientherapeutische Sitzungen, wie z. B. nach dem Feeling-Seen-Konzept, und therapeutische Gespräche mit den Eltern.

Literatur

- Bachg, M. (2006): Microtracking in Pessó Boyden System Psychomotor: Brückenglied zwischen verbaler und körperorientierter Psychotherapie. In S. Sulz, L. Schrenker, C. Schrickler (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper*. München: CIP-Medien.
- Bachg, M. (2010): Feeling-Seen – Einführung in eine körperorientierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. In S. Sulz, S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Bowlby, J. (1976): *Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Collins, N., Read, S. J. (1994): Representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew, D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships. Attachment Process in Adulthood* (Vol. 5; pp. 53–90). London: Kingsley.
- Main, M. (1997): Attachment narrative and attachment across the lifespan. Vortrag, gehalten auf dem Fall Meeting of the APA, New York. Zitiert von Fonagy et al. (2008).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2008): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., Ziv, Y. (2006): Attachment, stress and psychopathology: a developmental pathways model. In D. Cicchetti, D. Cohen (Eds.), *Development and psychopathology* (pp. 334–369). New York: Wiley.
- Kriz, J. (2014): *Grundkonzepte der Psychotherapie* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Main, M. (1997): Attachment narrative and attachment across the lifespan. Vortrag gehalten auf dem Fall Meeting of the APA, New York. Zitiert von Fonagy et al. (2008).
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N. (2009): Infant-parent relationship assessment: parents' insightfulness regarding their young children's internal world. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 266–280). New York: Guilford.
- Pessó, A., Perquin, L. (2008): *Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind*. PBSP – ein ressourcenorientierter, neurobiologisch fundierter Ansatz der Körper-, Emotions- und Familientherapie. München: CIP-Medien.
- Quitmann, J., Romer, G., Ramsauer, B. (2010). Insightfulness Assessment, Erfassung des reflexiven Empathievermögens von Eltern. *Psychotherapeut*, 55, 291–298.
- Resch, F., Fegert, J. M. (2012): Ätiologische Modelle. In J. M. Fegert, C. Eggers, F. Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (2. Aufl.; S. 116–129). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Resch, F. & Parzer, P. (2014): Stellenwert der Entwicklungspsychopathologie für die Psychotherapie bei Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59, 100–108.
- Sulz, S., Richter-Benedikt, A. J., Hebing, M. (2010). Mentalisierung und Metakognition als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 15 (1), 148–162.
- Taubner, S., Wiswede, D., Nolte, T., Roth, G. (2010): Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. *Psychotherapeut*, 55, 312–320.