

Systemische Spieltherapie- Kooperationswerkstatt für Eltern und Kind

Vorschläge aus der Praxis einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik¹

Karl Heinz Pleyer

Einleitung.....	
Spieltherapie und Familientherapie, ein schwieriges Verhältnis?.....	
Entwurf einer „Systemischen Spieltherapie“	
Spielen als Weg und Ziel.....	
Spielen als Prozess der Lösungsfindung.....	
Probleme scheuen das Spiel wie der Teufel das Weihwasser.....	
Beziehung beginnt spielerisch.....	
Neues Spiel, neues Glück.....	
Spieltherapie zielt auf parentale Selbstwirksamkeit.....	
Einige methodische Erfahrungen.....	
Therapieraum, ein gut sortierter Spielzeugladen?.....	
Die Kamera, eine Beobachterin, die nicht wertet.....	
Rollen- und Regelspiele.....	
Spielerisches Trainieren mit Eltern und Kindern.....	
Gemeinsames Externalisieren.....	
Spiele nach Hause transportieren.....	
Das Problem „aus- lachen“	
Die Funktion der Sprache nutzen.....	
Einen verbreiterten Änderungskontext herstellen.....	
Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung.....	
Therapeuten an der Seite der Eltern.....	
Verantwortung bleibt, wo sie hingehört.....	
Arbeit mit Eltern: Therapie, Supervision oder Beratung?.....	
Respekt und Verantwortung als Grundlage von Kooperation.....	

Einleitung

Bei dem Versuch, eine Systemische Therapie zu konzeptualisieren, die den Bedürfnissen der Kinder gerecht wird, kann es nicht darum gehen, Kindertherapie neu zu erfinden. Verdienste der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie, klientenzentrierter, gestalttherapeutischer und

¹ Hier vorgetragene Überlegungen kennzeichnen den Stand der systemtherapeutisch orientierten Konzeptentwicklung in der "Tagesklinik für Kinder" der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Viersen. (Hier wird nicht auf Jugendliche Bezug genommen, die aus unserer Sicht andere therapeutische Angebote brauchen als Kinder.)

anderer Schulen um die Kindertherapie sind unbestritten. Aus verschiedenen Praxisfeldern und Theorieansätzen sind eine Fülle von Konzepten und Methoden hervorgebracht worden, deren Anwendung nützliche Arbeit ermöglicht hat. Systemisches Denken hat durch seinen Perspektivenwechsel zu neuen Praxisentwürfen geführt, hat aber Vorhandenes auch bestätigt und scheinbar Inkompatibles miteinander verknüpfen können. Rotthaus sieht die systemische Perspektive als rahmende Sichtweise und allgemeinste Grundlage (1999, S. 159) in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Er betont, dass innerhalb dieses Rahmens durchaus unterschiedliche Vorgehensweisen möglich und sinnvoll sind und schließt unter bestimmten Bedingungen ausdrücklich auch medikamentöse Interventionen mit ein. Auch Ludewig ist grundsätzlich offen gegenüber Praktiken anderer Schulen: „Eine systemisch konzipierte Praxis muss sich nicht in der Anwendung einer eigenen Methodik erschöpfen, sondern ist als praktische Umsetzung einer allgemeinen Denkmethode durchaus geeignet, Erkenntnisse und praktische Vorgehensweisen aus anderen Sichtweisen einzubeziehen, ohne der Beliebigkeit eines ‚wilden‘ Eklektizismus zu verfallen“ (1999, S. 118).

Zeitgemäße Vorgehensweisen verknüpfen bewährte herkömmliche Methoden der Kinderpsychotherapie mit dem Inventar eines systemischen Denkansatzes. Aus der ethischen Haltung eines Systemischen Menschenbildes (s. u. a. Rotthaus 1990, 1996) heraus lassen sich eine konstruktivistische Epistemologie (Maturana 1994, von Förster 1985), eine lösungs- und ressourcengerichtete Grundorientierung (de Shazer 1989a), narrative Ansätze (White 1993) und hypnotherapeutische Vorgehensweisen (u. a. Mrochen, Holtz u. Trenkle 1993, Mills u. Crowley 1997) mit bewährten Arbeitstechniken aus der Gestalttherapie (Oaklander 1987) oder etwa mit verhaltenstherapeutischen Desensibilisierungsmethoden oder mit Münzverstärkersystemen mühelos verknüpfen.

Gerade der Schulenvielfalt verdanken wir eine breite Palette praktischer Methoden. Und der Entwicklungsprozess in allen großen Therapieschulen scheint noch in vollem Gange. Den kreativen Pluralismus auf dem Feld der Kindertherapie schon jetzt beenden und ewige Regeln der Kindertherapie in steinerne Gesetzestafeln meißeln zu wollen, scheint mir erheblich verfrüht. Eher plädiere ich dafür, systemisches Denken als allgemeine Leitlinie in den unterschiedlichen An-

wendungskontexten zu nutzen, um möglichst viele verschiedenartige Konzepte zu entwickeln. Denn wir wissen längst, dass Praxiskontexte darüber entscheiden, welche Methoden die Zeit überdauern, und vor allem, dass der Faktor Mensch im therapeutischen Prozess mehr zählt als das theoretische Konzept.

Diese Arbeit verfolgt die Absicht, methodische Erfahrungen und Ideen weiterzugeben, die in einem sehr spezifischen Kontext entstanden sind und möglicherweise Anregungen für andere Arbeitsbereiche beinhalten.

Spieltherapie und Familientherapie, ein schwieriges Verhältnis?

Es war Ende der 70er Jahre, als sich zuerst die klientenzentrierte Spieltherapie und kurz danach die systemische Familientherapie in der stationären Arbeit der Viersener Kinderpsychiatrie zu etablieren begannen. Beide Verfahren koexistieren mit ihren theoretisch sehr verschieden fundierten Methoden bis in die jüngste Zeit. Die zunehmende Beliebtheit des systemischen Ansatzes lenkte jedoch die therapeutische Aufmerksamkeit stärker auf die Familie und auf die jeweiligen Bezugssysteme der Kinder. In der Überzeugung, dass die Weichen für eine Veränderung auf der Elternebene gestellt werden müssen, konzentrierten die Familientherapeuten² ihre Lösungssuche zunehmend auf die Eltern und deren Herkunftssysteme. Daraus resultierte die Notwendigkeit, neben familientherapeutischen Sitzungen auch Partnertherapien und Einzeltherapien für Eltern anzubieten, um Spielräume für eine Veränderung der Kinder zu vergrößern. Je intensiver sich die systemischen Therapeuten aber der Ressourcenaktivierung im parental System widmeten, desto mehr bekamen sie das Gefühl, dass angesichts begrenzter Zeitressourcen die Bedürfnisse der Kinder zu kurz kamen.³ In der klinischen Praxis blieben Kinder hauptsächlich den fördernden Therapeuten überlassen. Und die Spieltherapie geriet in den eher inferioren Rang einer begleitenden und stützenden Fördermaßnahme.

² Gemeint sind Männer und Frauen. Der Lesbarkeit halber verwende ich im Folgenden nur die männliche Form.

³ "Obwohl zahlreiche Autoren, darunter Ackerman (1970), Minuchin (1970), Montalvo u. Haley (1973), Keith u. Whitaker (1981), Andolfi (1979) und Saccu (1985) die Wichtigkeit der Kinder in der Therapie betont haben, weil sie ein echtes Barometer für die Veränderung in der Familie darstellen, scheint die Tendenz dahin zu gehen, sie aus der Therapie auszuschließen." (Andolfi, 1997)

In der Spieltherapie ist es heute allgemein üblich, dass Therapeuten sich über viele Monate regelmäßig, mindestens einmal wöchentlich, mit den kleinen "Klienten" zu festgelegten Terminen treffen. Zu den Regeln der Kunst gehört es, in einem mit Spielzeug gut gerüsteten Therapiezimmer eine vertrauensvoll enge, hochempathische Atmosphäre zu schaffen, um über das Spiel in die Tiefen des kindlichen Erlebens vorzudringen. Über Inhaltliches nach außen Stillschweigen zu bewahren, wird weitgehend als selbstverständliche Regel anerkannt. Informationen aus der Therapie werden als zusammenfassende Bewertungen schriftlich oder in Konferenzen an Fachkollegen weitergegeben. So bleiben aber hilflose Eltern (oder auch Erzieher) oft genug ratlos zurück mit ihren Vermutungen über die geheimnisvollen Vorgänge hinter den verschlossenen Türen und über die mehr oder weniger für magisch gehaltenen Wirkmechanismen der Therapeutenkunst. Dies ist oft selbst dann der Fall, wenn Eltern in Beratungsgesprächen über die "wahren" Probleme ihrer Kinder aus der Therapeutensicht aufgeklärt werden.⁴

Wo aber Spieltherapeuten und Familientherapeuten, meist Angehörige verschiedener Berufsgruppen, räumlich, zeitlich und personell getrennt voneinander arbeiten, finden Therapien in zwei Welten statt, die sich oft nur in internen Konferenzen begegnen. Eine solche Praxis unterstützt die Tendenz, Elternprobleme und Kinderprobleme getrennt zu behandeln, anstatt direkt die Kooperation zwischen Eltern und Kindern im Prozess der Problemlösung zu fördern.

Unsere Kinder mit komplexer Symptomatik, schulisch gescheitert, in der Gruppe oder der Familie als nicht mehr tragbar eingestuft, meist nach erfolglosen vorangegangenen Beratungen oder ambulanten Therapien schon längere Zeit in einem Entwicklungsstillstand begriffen, brauchen meist dringend Fördertherapien zur Unterstützung ihrer emotionalen, kognitiven und physischen Entwicklung. Deren Themen sind aber naturgemäß oft zu weit entfernt von dem, was die Kinder im direkten Umgang mit ihren Eltern belastet. Was zwischen Eltern und Kindern zu Hause problematisch erlebt wird, ist für die Kinder im Therapieraum nicht unmittelbar vorhanden und kann von den Fördertherapeuten nicht intensiv genug erreicht werden.

⁴ Susanne Rothmaier (2000) hat kürzlich unter dem Titel: "Geheimnisvolle Therapie?" ähnliche Effekte aus dem Praxisfeld der Jugendhilfe eindrucksvoll beschrieben und sich mit den belastenden Auswirkungen auf die Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und anderen Berufsgruppen auseinandergesetzt.

Gleichzeitig haben die Eltern hohe Erwartungen an unsere Unterstützung. Sie suchen konkrete Handlungsmöglichkeiten, um ihre Hilflosigkeit im alltäglichen Zusammensein mit ihren Kindern zu überwinden. Da ist Erziehungsberatung oft viel zu wenig. Eine Paartherapie beispielsweise, so notwendig sie sein mag, ist thematisch oft viel zu weit entfernt von den konkreten Problemen des tagtäglichen praktischen Umgangs mit dem Kind. Und die familientherapeutischen Sitzungen bleiben meist auf den sprachlichen Dialog begrenzt. Sie bringen zwar neue Sichtweisen und Ideen. Im handelnden Miteinander bleiben aber Eltern und Kinder zu Hause letztlich dem Einfluss der eingefahrenen Muster überlassen.

Zielsetzung einer „Systemischen Spieltherapie“

Aus dem Nebeneinander von Familientherapie und Einzeltherapien für Kinder hat sich allmählich der Bedarf für ein methodisches Vorgehen herauskristallisiert, das unter Berücksichtigung des Behandlungsauftrages das Kind und seine Bedürfnisse in den Vordergrund stellt und zugleich Eltern unterstützt, als Kooperationspartner der Kinder Lösungen zu erarbeiten. So wie Mannschaftssportler mehr für die Verbesserung ihres Zusammenspiels profitieren, wenn sie zusammen spielen, anstatt sich in Einzelgymnastik trainieren zu lassen und nur Dialoge über die letzten verlorenen Spiele zu führen, bevorzugen wir ein therapeutisches Setting, das ein gemeinsames Handeln in den Vordergrund stellt. Um Kindern gerecht zu werden, brauchen wir eine deutliche Handlungsorientierung. Das wird auch von Burr (in diesem Band) hervorgehoben. Um Eltern gerecht zu werden, brauchen wir eine Unterstützung und aktive Förderung ihrer Handlungskompetenz.

Systemische Spieltherapie versucht über den Weg gemeinsamen Spielens bei Eltern und Kind gleichermaßen eine Haltung der Kooperation zu entwickeln, Hoffnung auf Kooperation zu erzeugen, Kooperation konkret einzuüben, in Kooperation Problemlösungsmuster zu entwickeln und im Prozess des Kooperierens eine neue Eltern-Kind Beziehung zu gestalten.

Spielen als Weg und Ziel

Aus entwicklungspsychologischer Sicht steht spielerisches Handeln uns Menschen als Handlungsmuster zur Verfügung, um vorhandene Ressourcen für die eigene Entwicklung zugänglich zu machen. Im kindlichen Spiel liegen die (selbst-)heilenden Kräfte (s.u.a. Zulliger,

1963), die es im Sinn der Selbstregulation ermöglichen, Probleme zu lösen und in einem umfassenden Sinne gesund zu bleiben bzw. zu werden. Spielen ist zugleich die handelnde Verständigungsform von Kindern. Im Spiel gewinnen Erwachsene (Eltern und Therapeuten) den kommunikativen Zugang zum Kind. So hat Spielen auch die Funktion, (neue) Beziehungen zu stiften und zu regulieren.

Die Anpassung des Kindes im Zusammenspiel mit anderen und damit die Spielfähigkeit ist eines der am häufigsten formulierten Veränderungsziele der Eltern und stellt damit ein zentrales Behandlungsziel dar. Kinder, die zu uns kommen, zeigen als besonderes Merkmal durchweg starke Auffälligkeiten im Spielverhalten. Und Eltern beklagen sich, mit ihren Kindern nicht zufriedenstellend spielen zu können. Spielen als verbindendes Handeln und Merkmal entspannter und lustvoller Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern wird überwiegend als defizitär beschrieben. Winnicott verstand das Spielen als die fundamentale Handlungsmöglichkeit der kindlichen Entwicklung und zugleich als vorderstes Ziel therapeutischer Bemühung: "Wenn der Patient nicht spielen kann, dann muß der Therapeut sich zuerst diesem Hauptsymptom widmen" (1989, S. 49).

Um die Fähigkeit zu spielen wiederherzustellen, wird keine sinnvollere Möglichkeit erkennbar, als das Spielen zu üben und zwar in der Alleinbeschäftigung des Kindes, im Gruppenspiel und vor allem im Miteinander zwischen Eltern und Kind. Spieltherapie unterstützt so nicht allein die Selbstheilungskompetenz des Kindes. Sie schließt die Bemühung mit ein, Eltern (oder andere Erziehungsverantwortliche) in ihrer parental Kompetenz zu stärken, damit sie selbst ihrem Kind helfen bzw. es fördern können und autonom ihre eigenen Fähigkeiten zu nutzen lernen, eine zufriedenstellende Neudefinition der Eltern-Kind Beziehung zu bewirken. So ist Spielen in der therapeutischen Arbeit als Weg und zugleich als Ziel zu betrachten.

Eine „Systemische Spieltherapie“ ist in diesem Sinne am Bedürfnis des Kindes und seiner originären Art der kommunikativen Beziehungsgestaltung orientiert, um innerhalb seiner Primärbeziehungen über das Spielen Lösungen zu finden. Sie hilft Kindern und Eltern gleichermaßen, eine zufriedenstellendere, heilsame Form der Beziehungsgestaltung zu gewinnen.

Spielen als Prozess der Lösungsfindung

Dass jeder Therapie als Spezialfall einer zwischenmenschlichen Beziehung prinzipiell ein Spielcharakter zugrunde liegt, wurde bereits von Bateson (1981) betont und trifft auf breiten Konsens nicht nur unter Systemischen Therapeuten. Das Fehlen des Spielerischen wird gesehen als ein Zeichen von Stillstand, möglicherweise als ein Hinweis auf einen destruktiven Prozess. Das Vorhandensein von Spielerischem gilt jedenfalls als Hinweis auf Entwicklung, als ein "gesundes Zeichen" für Individuen wie für Beziehungen.

Das Spielen bietet uns die Möglichkeit, aus der Härte der Realität in die sanfte Sphäre des Möglichen, Vorstellbaren und Wünschenswerten einzutreten. Das spielerisch experimentelle Handeln auf der Ebene des So- tun- als- ob führt heraus aus der digitalen Logik des Entweder - oder, des Drinnen - Draußen, des Ja - Nein und hinein eine analoge, viel umfassendere Logik des "Kann- sein", des "Vielleicht", des "Sowohl- als auch", des Vagen, Unsicheren und Wahrscheinlichen. So kann Altes versuchsweise abgelegt und Neues unverbindlich geprüft und ausprobiert werden, so wie wir im Bekleidungsgeschäft hin und hergehen zwischen Umkleidekabine und Kleiderständen, um anzuprobieren und wieder zurück zu tragen, was nicht passt. Oft genug ziehen wir die alten Kleider wieder an, weil sie uns vertrauter sind, als das ungewohnt Neue. Aus der großen Zahl der Möglichkeiten treffen wir eine Wahl, mit der wir in eine neue Realität eintreten. Es ist der spielerische Wechsel zwischen Realitäten und Handlungsebenen, zwischen Wünschen und Möglichem, der uns Lösungen finden lässt, jener Prozess, in dem Kinder ihre Identität suchen und konstruieren. "Die Suche (nach dem Selbst) kann nur aus einem unzusammenhängenden, formlosen Funktionieren kommen, oder vielleicht aus dem rudimentären Spiel, so als ob es in einer 'neutralen' Zone stattfinden würde." In diesem Zwischenraum des "Als- ob" findet nach Ansicht von Winnicott das therapeutische Spiel statt (1971, S. 54).

Erste Impulse für einen therapeutischen Einsatz des Spielens mit Kindern hat Moreno (1946) mit der Entwicklung des Psychodrama gegeben. Seine Methode wurde von Familientherapeuten für die Skulpturarbeit mit Familien und in verschiedensten Variationen, zum Beispiel dem „Familienbrett“ (Ludewig u. a. 1983), adaptiert und weiterentwickelt. Keith u. Whitaker (1981, S.249) sahen die Familienmitglieder in der Therapie wie Schauspieler in einem Drama. "Die Therapie sollte

ihnen die Möglichkeit geben, sich in Dramaturgen zu verwandeln, so dass sie Zugang zu ihrem Selbstverwirklichungspotential bekommen. Das Spiel ist ein Mittel, um ihre Realität zu erweitern." Andolfi beschreibt das Spiel als Möglichkeit des Therapeuten, mit Objekten zur metaphorischen Intensivierung zu gelangen, "und man kann mit Worten spielen - den eigenen und denen der anderen - und eine metaphorische Sprache konstruieren, die aus bildhaften Vorstellungen schöpft" (1997, S. 91).

An spielerischen Darstellungen von Problemsituationen ebenso wie an der Umwandlung eines Problems in ein Spiel zeigen sich Kinder in aller Regel spontan interessiert. Das Einbringen von Fantasievorstellungen, von erfundenen und erzählten Geschichten, von Geheimnissen, von Zaubertricks, von Symbolen, von Metaphern, von Wetten und Wettkampfspielen, letztlich der ganzen Bandbreite kindlich-spielerischer Aktivitäten lässt sich in der Arbeit mit Kindern bei nahezu allen Problemformulierungen kreativ nutzen. Wir müssen nur Kinder beobachten, um zu lernen, wie sich Problemspiele wie von selbst in Lösungsspiele verwandeln.

Probleme scheuen das Spiel wie der Teufel das Weihwasser

Wenn Probleme so ernst vorgestellt werden, als seien sie Familienmitglieder, dann suggeriert dies allzu leicht, dass sie einen quasi rechtlichen Anspruch haben, gelöst zu werden. Dass aber Probleme nur dann verschwinden, wenn sie gelöst worden sind, ist ein verbreiteter Irrtum. Kinder demonstrieren uns täglich, dass sie untereinander ernsthafte Probleme erleben, die zu heftigem Streit Anlass geben. Und plötzlich verschwinden sie und machen einem harmonischen und entspannten Spiel Platz, ohne im geringsten gelöst zu sein. Aus hypnotherapeutischer Sicht sind wir in der Lage, von einer Problemtrance bei entsprechender Neufokussierung der Aufmerksamkeit in eine beliebige andere Trance wechseln. Auch von Partnerbeziehungen wissen wir, dass Problemfokussierungen abwechseln können mit Fokussierungen auf ein freudvolles Miteinander. Erst wenn Aufmerksamkeit und Erleben chronisch festgefahren sind auf ein Problem und innerhalb der Beziehung eine Erstarrung in der Problemsicht eingetreten ist, entsteht ein „Problemsystem“, das die Hilfe von außen benötigt. Und die Hilfe von außen kann einfach darin bestehen, dass die Aufmerksamkeit der Mitglieder des Problemsystems neu fokussiert wird.

Bevor Familien zu uns kommen, sind die Kontakte zwischen Eltern und Kindern oft nur noch auf Situationen reduziert, in denen beide Seiten hochgradig angespannt sind. Das Problem dominiert mit seiner ganzen Last das alltägliche Miteinander. Eltern schildern oft eindrucksvoll, dass sie ihre Kinder nicht mehr anfassen oder nicht mehr ansehen mögen, dass sie körperlichen Widerwillen gegen die Nähe des Kindes entwickelt haben. Entspannte Spielsituationen, gemeinsames Lachen und unbeschwerte Fröhlichkeit zwischen den Problemkindern und ihren Eltern liegen manchmal jahrelang zurück. Mit dem Eintritt von „Problemen“ in die Eltern-Kind-Beziehung haben irgendwann Spiel und Spaß das Haus verlassen. In solchen Fällen war es oft alleine schon hilfreich, zuallererst gemeinsamen Spaß in den Gesprächen oder Spielsituationen herbeizuführen oder „gelöst“ über die Problemthemen zu reden. So wurden keine Problemlösungen erreicht, aber eine Lösung der Anspannung.

Besonders für Eltern von Kindern mit Entwicklungsdefiziten bedeutet Spielen nach unseren Beobachtungen oft gezieltes Fördern, diszipliniertes Trainieren und prüfendes Kontrollieren. Mit der Absicht, ihrem Kind helfen zu müssen, haben sie sich selbst und bald auch dem Kind den Spaß am Spiel verdorben. Kinder solcher Eltern zeigen dann Symptomverhalten, für uns erkennbar als ausgeklügelte und hoch trainierte Techniken des Widerstandes gegen das, was ihre Eltern unter Spielen verstehen. Irgendwann gewinnen dann Eltern die feste Überzeugung, dass sie mit ihrem Kind nicht spielen können, oder sie glauben an die Spielunfähigkeit des Kindes. Und diese Überzeugung wird zu der selbsterfüllenden Prophezeiung, dass es für die Beziehung besser sei, gemeinsames Spielen zu vermeiden und sich möglichst voneinander fernzuhalten. Aus der Beobachtung, dass ihr Kind sich im Spiel verweigert oder bei Regelspielen „nicht verlieren kann“, entwickeln Eltern die Überzeugung, dass ihr Kind Therapie braucht. Einzeltherapien mit den Kindern, ebenso wie mit hohem Ernst (und impliziter Kritik) vollzogene Erziehungsberatung ändern an diesem Zustand lange Zeit nichts. Solche Eltern verharren oft in der Überzeugung, dass sie erst dann wieder mit ihren Kindern spielen können, wenn die Therapie erfolgreich war.

Für solche Fälle haben sich Spiel, Spaß, Humor als Wegbereiter für eine neue Art des Miteinander, aber auch als direkte Werkzeuge zur Auflösung von Problemen erwiesen. Wenn Eltern und Kinder wieder

miteinander spielen können, wird oft nicht nur das Problem aufgelöst. Für die Zukunft verfügen sie über ein gemeinsames Prophylaktikum gegen das Neuentstehen von Problemen und besitzen ein Werkzeug, um aufkommendes Problemerleben ohne die Hilfe von außen bewältigen zu können.

Beziehung beginnt spielerisch

Zwischen Säugling und Mutter finden - auch ohne Sprache - hochdifferenzierte Kommunikationsprozesse statt. Auf der Basis grundlegender biologischer Programme werden elementare Gefühle und Bedürfnisse ausgetauscht. So werden in einem spielerischen Miteinander individuelle, lebenslang stabile Beziehungsmuster aufgebaut. Die Ergebnisse der Säuglingsforschung machen eindrucksvoll deutlich, dass die zukünftige Persönlichkeitsbildung des Kindes ebenso wie das parentale Selbstbewusstsein der Mutter das Ergebnis eines mehr oder weniger gelungenen kommunikativen Spielgeschehens sind. Wenn die frühen Spiele zwischen Mutter und Kind nicht ungestört ablaufen können bzw. wenn sie aufgrund von Unregelmäßigkeiten beim Kind oder z. B. fremden Anpassungsnotwendigkeiten bei der Mutter misslingen, dann können sie zu zeitstabilen Beziehungsrealitäten führen (Papouschek u. Papouschek (1981, 1982), die als problematisch erlebt werden. Winnicot (1989) sah in den sich wiederholenden Interaktionen zwischen Mutter und Kind einen konstituierenden Faktor des innerpsychischen Gleichgewichtes.

Aber nicht nur unsere frühe Entwicklung vollzieht sich in spielerischer Interaktion, auch Partnerbeziehungen beginnen im Regelfall mit einer Phase der spielerischen Annäherung. Das Flirten als Vorspiel einer dauerhaften Beziehung ist durch spielerisches Experimentieren und Unverbindlichkeit gekennzeichnet. Es ist, wenn es gelingt, ein lust- und spaßbetontes, kreatives Probieren, bei dem Ja und Nein, Nähe und Distanz sich überlagern, Phantasien überprüft werden und der Ernstfall als Möglichkeit vorweg genommen wird. Bei genauer Betrachtung geht jeder Neukonstitution von Beziehungen eine spielerische Phase voraus, und jede Beziehung hat, da sie Wachstum und Wandel unterworfen ist, ihre spielerische Seite. Systemische Spieltherapie nutzt aus dieser Sicht gemeinsames Spielen zur Konstruktion neuer Beziehungsrealitäten zwischen Eltern und Kind.

Neues Spiel, neues Glück

Im Glücksspiel ist ein verlorenes Spiel irreversibel verloren. Und gerade das verlorene Spiel fordert heraus, ein neues Spiel zu versuchen. Besonders in der Arbeit mit Kindern liegt es nahe, Therapie nicht unbedingt als Versuch zu verstehen, misslungene Spiele zu reparieren, sondern in einem neuen Spiel neues Glück zu versuchen. Nur selten muss man die Vergangenheit des Kindes mühsam bearbeiten. Aufgrund ihrer vergleichsweise hohen psychischen Plastizität kann man sich leichter an einen unbekümmerten Neuaufbau wagen (s. dazu auch Burr, in diesem Band). Es ist eher die Vergangenheit der Eltern, die eine Eltern-Kind-Beziehung belastet und verkompliziert. Und diese Vergangenheit ist in der Regel nicht gemeinsames Thema für Mutter, Vater und Kind, es sei denn, dass sie als ein Fundus für kreative Ressourcen nutzbar ist.

Die philosophische Erkenntnis, dass wir niemals in denselben Fluss steigen, richtet unsere Aufmerksamkeit auf die vorhandenen Möglichkeiten in der Gegenwart im gegebenen Kontext. Die Bedingungen für eine Mutter mit einem 10-Jährigen Jungen sind sicher andere als zu der Zeit, als das Kind ein Säugling war. Heute spielen wir mit anderen Bedingungen, und wir spielen mit der Hoffnung, diesmal zu gewinnen. Die Ziele sind für Mutter und Kind möglicherweise dieselben wie früher. Sie wollen eine neue Beziehung gestalten und neuen Sinn finden im Miteinander. Ihre in das Spiel mitgebrachten Ressourcen, ob als hardware wie das Blatt im Kartenspiel oder als software im Sinne von Spielwitz und Erfahrung oder nur als vage Hoffnung auf die Zukunft entscheiden über die Chance, diesmal zu gewinnen. Einer glücklichen Beziehung kann es egal sein, ob sie sich als völlig neue oder als reparierte oder als runderneuerte alte Beziehung definiert. Beziehungspartner können sicher stolz darauf sein, ein Problem bewältigt zu haben. Sie können aber u. U. genau so zufrieden miteinander leben, wenn sie vergessen, dass es jemals ein Problem gegeben hat. Systemische Spieltherapie konzentriert sich deshalb, anders als frühere Konzepte, nicht in erster Linie auf die Reparatur der alten „gestörten“ Beziehung. Vielmehr geht sie möglichst unbefangen an das Schaffen gemeinsamer schöner Erlebnisse zwischen Eltern und Kind mit dem Ziel einer Neukonstruktion einer hoffnungsvollen Beziehung. Dazu gehört vor allem auch die Erfahrung, ein Problem gemeinsam gelöst zu haben.

Systemische Spieltherapie zielt auf parentale Selbstwirksamkeit

Parentale Kompetenz setzt Fähigkeiten des Erkennens, Freiheit des Entscheidens und Möglichkeiten des Handelns voraus, um das eigene Kind nach eigenen Vorstellungen und aus eigener Kraft versorgen, lenken und schützen zu können. Sie schließt die Fähigkeit mit ein, seine physische und psychische Gesundheit zu erhalten und ihm bei der Lösung seiner Probleme beizustehen. Wo parentale Kompetenz fehlt, gerät die Beziehung zum Kind und letztlich seine gesunde Entwicklung in Gefahr. Wenn Eltern die Überzeugung aufgeben oder die Kraft verlieren, ihre Kinder lenken, versorgen oder zufriedenstellend mit ihnen spielen und umgehen zu können, werden sie hilflos. Hilflosigkeit der Eltern kann sich in rekursiven Ursache-Wirkungs-Schleifen mit kindlichem Symptomverhalten verknüpfen. Kinder reagieren auf elterliche Hilflosigkeit mit Symptombildung und Eltern werden noch hilfloser aufgrund des kindlichen Symptomverhaltens. Dauert ein solcher Zustand länger an, ist Therapiebedürftigkeit die Folge.

Die Mehrzahl der Eltern, die uns ihre Kinder bringen, erklären nicht etwa ihr Scheitern im Sinne einer vorübergehenden Rat- und Kraftlosigkeit. Sie haben den Glauben an ihre Selbstwirksamkeit (s. Flammer 1990) verloren und zeigen gegenüber dem beklagten kindlichen Symptomverhalten fortgesetzt untaugliche Erziehungsreaktionen. Ihre sich permanent wiederholenden scheiternden Lösungsversuche sind meist von stabilen Erziehungshaltungen und Überzeugungen gestützt und neigen zu Eskalationen. Im sicheren Glauben, keinen wirkungsvollen Beitrag zu einer Lösung leisten zu können, tendieren sie zum Verantwortungsexport und wählen u. a. die Bewältigungsstrategie, sich vom Problem zu distanzieren. Sie beschreiben einen Zustand "parentaler Hilflosigkeit", der als eine besondere Form eines posttraumatisches Syndroms (van der Kolk 1999) zu verstehen ist, was ich an anderer Stelle ausführlich beschrieben habe (Pleyer 2000). Zentrales Anliegen der Spieltherapie ist aus dieser Sicht, Eltern die Erfahrung zu ermöglichen, selbst an der Lösung mitwirken zu können, um ein Bewusstsein von parentaler Autonomie und Erziehungscompetenz zurück zu gewinnen.

Einige methodische Erfahrungen

Systemische Spieltherapie soll thematisch zielgerichtet, problembezogen lösungsorientiert vorgehen, besonders flexibel im themenbezogenen Setting, zeitlich kurz, aber an den Entwicklungsbedürfnissen des

Kindes und seiner Eltern orientiert sein. Inhaltlich soll sie von Eltern definiert werden, handlungsorientiert sein und methodisch aus dem Fundus des Therapeuten und vor allem aus der Kreativität der Eltern und Kinder schöpfen. Sie soll leicht zu organisieren sein und Spaß und Leichtigkeit . Sie soll Eltern und Kind die Möglichkeit bereitstellen, sich selbst und die anderen Familienmitglieder zu beobachten und das Beobachtete mit Blick auf Lösungsmöglichkeiten zu reflektieren.

Der Therapieraum ein gut sortierter Spielzeugladen?

Ein reichhaltiges Sortiment an Spielzeug im Therapieraum kann Kinder und Therapeuten in der Therapiestunde vor Langeweile schützen, vor allem wenn Therapeuten aus einer konsequent non-direktiven Haltung es ganz dem Kind überlassen, womit es sich jetzt beschäftigen will. Interessantes Spielzeug kann Kinder auch ködern, damit sie wiederkommen. Unter Spielen möchte ich aber nicht hauptsächlich die lustvolle Benutzung von Spielzeug verstehen. Kostbare Therapiezeit sollte nicht dazu verwandt werden, dass Kinder stundenlang die Funktion unbekannter Spielzeuge ausprobieren. Systemische Spieltherapie braucht Materialien mit medialer Funktion, die zum Thema hinführen können, statt von ihm abzulenken. Die angebotenen Dinge sollten die Funktion erfüllen, Beziehungen und die mit ihnen verbundenen Problemdefinitionen und Sichtweisen abzubilden. Unter therapeutischem Spielzeug verstehe ich Materialien und Medien, die der ziel- und lösungsorientierten Verständigung, Verdeutlichung, Abbildung und Beziehungsgestaltung dienen. Da reichen Papier und Stifte, Farben, Klötze, Steine oder Muscheln, einige Handpuppen und Knete (evtl. Ton), vielleicht noch eine kleine Kiste mit bunt sortiertem Krimskrams vollkommen aus. Im übrigen wird jeder Therapeut auf Lieblingsmaterialien bestehen, die seine persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten am ehesten unterstützen.

Die Kamera, eine Beobachterin, die nicht wertet

Als wir die Familientherapie und die Spieltherapie einführten, benutzten wir die Videotechnik ausschliesslich zur eigenen Supervision und zur Vorbereitung einer generalstabsmäßigen Therapieplanung. Allmählich aber gingen wir dazu über, Aufzeichnungen mit Eltern und Kindern gemeinsam zu besprechen, auch Bänder zum Nachbearbeiten mit nach Hause zu geben. Was uns Therapeuten in unseren Ausbildungen sehr geholfen aber auch viel Spaß gebracht hat, erwies sich für unsere Klienten als genauso wertvoll. Die Selbstbeobachtung als Vor-

aussetzung für Selbsterkenntnis hat sich als „erster Weg zur Besserung“ bestätigt. Auch wenn sich für manche Eltern der Umgang mit dem feedback vom Videoband oder das Analysieren von Verhaltenssequenzen als schwieriger Lernprozess darstellte, hat sich die Videotechnik zu einem starken Instrumentarium für die Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Klienten entwickelt. Kinder jedenfalls zeigen größtes Vergnügen am nachträglichen Betrachten der eigenen Spielstunden oder Gruppensitzungen.

Organisatorisch anspruchslos, aber sehr effektiv sind gemeinsame Spielstunden für Eltern und Kind vor der Videokamera. Der Therapeut kann im Therapieraum dabei sein, kann hinter der Scheibe sitzen oder das Spiel per Kabelübertragung mit verfolgen. Er kann aber auch Mutter, Vater und Kind das Therapiezimmer allein überlassen und die Kamera als unbestechliche und nicht bewertende Beobachterin arbeiten lassen. Die Aufzeichnungen können anschließend in der Art von Supervisionssitzungen „bearbeitet“ werden. Was die Kamera allein bewirkt bzw. was Eltern allein durch nachträgliches Ansehen der Aufzeichnungen auch ohne Therapeutenkommentare für sich gewinnen, soll nicht unterschätzt werden.

Die Eltern können demonstrieren, was ihnen im Spiel mit dem Kind gut oder weniger gut gelingt. Sie können zeigen, wo und wie die Stärken und Schwächen ihres Kindes erkennbar werden. Sie können zusammen mit dem Kind spielerisch (mit Puppen, mit dem Familienbrett oder im Rollenspiel) Bilder davon entwerfen, wie sie sich eine Lösung vorstellen. Das Kind kann danach ausführlich nach seinen Erlebnissen und seinen Bewertungen befragt werden. Daraus können Schlüsse für den Alltag oder für die nächste Sitzung gezogen werden.

Solche Spielstunden können zu diagnostischen Zwecken, zur lösungsorientierten Abbildung von "Problemen", zum spielerischen Experimentieren oder zu Übungszwecken verabredet werden. In jedem Fall führt die Nachbearbeitung die beobachtenden Eltern ebenso wie das Kind zu neuen Wahrnehmungen allein schon deshalb, weil das Setting zwangsläufig die gewohnten Alltagsinteraktionen unterbricht.

Die Nachbesprechung im Stil einer Supervision ohne das Kind kann als strukturelle Intervention beabsichtigt sein. Dadurch betont der Therapeut die Kompetenz der Eltern als Erziehende und ihre Verant-

wortung als Problemlösende auf der Erwachsenenenebene. Entworfenene Lösungsideen der Eltern können im nächsten Schritt im Sinne von Hausaufgaben umgesetzt werden. Es besteht in diesem Setting vor allem auch die Chance, parentale Selbstbilder zu reflektieren und das Thema auf weitere Felder (z. B. Ehekonflikte) zu lenken, ohne das Kind damit zu belasten. Nicht selten führen solche Gespräche zur Verabredung von Einzelsitzungen mit Eltern.

Der Therapeut kann auch selbst mit dem Kind spielen und Mutter/Vater beobachten lassen. Hier kann z. B. problemfokussiert mit dem Familienbrett, mit anderen Symbolfiguren oder mit Handpuppen gearbeitet werden. Das Kind kann seine Sichtweisen und seine Lösungswege darstellen. Er kann auch mit Mutter/Vater allein dieselbe Fragestellung bearbeiten, kann mit ihnen spielerisch Lösungen entwickeln, während das Kind zuschaut. Das Kind zum Beobachter eines Problemlösungsprozesses zu machen, der unter Erwachsenen stattfindet, wird von den Kindern meist mit großem Ernst und mit Neugierde angenommen, häufig als entlastend erlebt.

Man kann zwei Kinder mit einer vergleichbaren Problemlage zusammenbringen. Sie können z. B. mit dem Familienbrett ihre Familien aufstellen, miteinander vergleichen und ihre Lösungsmuster austauschen. Wir erleben Kinder in solchen Situationen ausgesprochen engagiert und kreativ. Eltern beider Kinder können sich zusammen das Band anschauen und über Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Lösungssuche beider Familien reden.

Es gibt praktisch unzählige Möglichkeiten, das Setting zu wechseln und zu verändern. Eines bleibt jedoch gleich: Eltern lernen, das Spiel zu nutzen, um aus ihrer subjektiv erlebten Hilflosigkeit herauszukommen und sich wirksam und erfolgreich zu erleben. Und sie gewinnen in einem solchen Prozess neue Hoffnung, etwas für ihre Kinder tun zu können. Vor allem haben sie die Chance, zu einer ganzheitlichen parentalen Rollendefinition zu gelangen oder zurückzukehren, die sich nicht allein auf das Ernähren, Versorgen, Beschützen und Ertüchtigen etc. beschränkt, sondern auch eine heilende Funktion mit einschließt.

Rollen- und Regelspiele

Beliebtes Medium zum Finden von Problemlösungen ist für Kinder das Rollenspiel. Eltern empfinden in diesem Bereich oft deutlich die Überlegenheit ihrer Kinder und es fällt ihnen zumindest am Anfang schwer, unbefangen mitzuspielen. Hier können sie von ihnen lernen. Besonders in diesem Punkt kommen wir dem Bedürfnis der Kinder entgegen, engagierte Mitspieler und Kooperationspartner ihrer Eltern in der Problemlösung zu sein. Die Erfahrung zeigt, dass Eltern, die gegenüber ihren Kindern stark frustriert sind, gern dem Rollenspiel ausweichen, wenn sie etwas anderes wählen können. Nach unserer Erfahrung hat sich eine Kontextgestaltung bewährt, die solchen Eltern keine Wahl lässt. Ein Ermuntern und Unterstützen, ein Vorspielen durch Therapeuten und eine Begleitung, die sich eher als sanftes Schieben gestaltet, ist wirklich lohnend. Wenn es gelingt, Eltern und Kind in ein Rollenspiel zu bringen, hat man viel gewonnen.

"Schule spielen" ist ein beliebtes Thema. Mutter und Kind spielen beispielsweise Lehrerin und Schüler und tauschen dabei die Rollen. Es werden auch gern häusliche Alltagsszenen gespielt: „Oma kommt zu Besuch.“ „Kind wird ins Bett gebracht.“ „Papa kommt nach Hause.“ „Kind ist krank.“ „Kind will nicht essen.“ und weitere Szenen, in denen sich das beklagte Problem zeigt. Methodisch haben wir mit verschiedenen Varianten experimentiert. Andere Kinder, andere Eltern werden mit eingeladen. Andere Familienmitglieder kommen dazu, Geschwister kommen dazu.

Die Mutter beschwert sich, dass Dirk sich bei den Hausaufgaben widerspenstig verhält und sie damit in eine hilflose Lage bringt. Es gelinge ihm immer wieder, Anforderungen auszuweichen, weil die Mutter ihn am Ende der Eskalationsspirale anschreit: „Dann mach doch, was du willst“ und damit die Interaktion beendet. Früher hat Dirk sie durch Weinen und Betteln wieder an den Tisch zurückgeholt, um kurze Zeit später das gleiche Spiel von vorne zu beginnen. Inzwischen setzt sich die Mutter mit ihm überhaupt nicht mehr an den Tisch. In der Spielstunde wird die kritische Szene im Rollenspiel nachgespielt. Dirk soll vorspielen, wie er seine Mutter darin trainiert, sich abzugrenzen. Durch Umdeuten des Verhaltens als eine Art coaching der Mutter, durch Rollentausch, indem Mutter und Junge sich gegenseitig perfekt nachahmen, und mit der Idee des Wettbewerbs um die beste schauspielerische Leistung beginnen beide zu kooperieren, um einerseits

der Abwertung des Vaters zu entgehen, der das Spiel zu Hause als „Affenzirkus“ bezeichnet hat. Andererseits sehen beide zunehmend ein gemeinsames, erstrebenswertes Ziel darin, auch in anderen problematischen Situationen mehr Spaß miteinander zu erleben.

Regelspiele wie Mensch-Ärgere-Dich-Nicht eignen sich für einen spaßigen Einstieg in eine Sitzung oder als Abschlussbelohnung. Wir haben nebenbei gute Erfahrungen gemacht mit der diagnostischen Verwendung solcher Szenen. Weil sie sehr schnell eine vertraute und lockere Stimmung erzeugen, können sie die Beziehungsmuster unter Eltern und Geschwistern hervorragend abbilden. Die Nachbearbeitung in unterschiedlichen Settings, Vater-Mutter, Mutter-Kind, Geschwister etc. konnten uns je nach Bedarf in der jeweiligen Situation oft schnell weiterhelfen, um zusammen mit den Eltern zu neuen Fragestellungen zu kommen und neue Spielsituationen zu verabreden.

Spielerisches Trainieren mit Eltern und Kindern

Eine methodisch offene Spieltherapie schließt die Nutzung von Trainingselementen gezielt mit ein und ermöglicht die Zusammenarbeit von zwei oder mehr Familien an einer Problemlösung. Wie der Sport uns zeigt, sind Trainieren und Spielen eng verwandte Aktivitäten. Genauso wie im Spiel können im gemeinsamen Trainieren Lösungen erarbeitet und geübt werden. Ebenso generiert die Gemeinsamkeit im Training neue Beziehungsqualitäten.

Verhaltenstherapeuten haben in den 70-er Jahren Pionierarbeit geleistet in der aktiven Einbeziehung von Eltern in die Therapie ihrer Kinder (Patterson 1969, Innerhofer und Müller 1974). In curricular aufgebauten Einzel- und Gruppentrainings wurden Eltern in therapeutischen Fertigkeiten trainiert, um mit Hilfe operanter Techniken das unerwünschte Verhalten ihrer Kinder selbst zu modifizieren. Obwohl diese Trainings durchaus zufriedenstellende Evaluationsergebnisse aufweisen konnten, hat ihre damalige Popularität die 70er Jahre nicht überdauert. Dies lag wohl zum einen daran, dass solche therapeutischen Aktivitäten nach der RVO in der Regel bis heute nicht zu finanzieren sein dürften. Zum anderen setzten damals viele Therapeuten, die an Elternarbeit interessiert waren, in Zeiten des systemischen Paradigmenwechsels größere Hoffnungen in die boomende Familientherapie.

Eigene Versuche mit Eltern-Verhaltenstrainings im stationären Kontext zeigten, dass curricular aufgebaute Eltern-Gruppentrainings nach dem Vorbild des „Münchener Trainingsmodells“ (Innerhofer 1977) für unsere „einfachen“ Klienten zu streng und zu akademisch waren und sie mit ihren methodischen und organisatorischen Ansprüchen erheblich überforderten. Zum anderen waren im normalen Stationsbetrieb solche „Kurse“ mit ihrem hohen Aufwand auf die Dauer nicht leistbar. Deshalb lag es nahe, mit schrittweise vereinfachten Modifikationen weiter zu arbeiten. Die inzwischen gefundenen Formen lassen sich mühelos im Rahmen einer systemischen Therapiekonzeption umsetzen.

Wir beschränken uns auf meistens zwei Elternteile und arbeiten problemgeleitet, nicht curricular. Anstatt theoretische Lernstoffe vorzugeben, die das nicht Gekonnte vor Augen führen, richten wir unsere Aufmerksamkeit und die der Eltern konsequent auf das gut Gelingene und das Ausbaufähige. Eltern legen dann fest, was sie lernen bzw. üben wollen. Wir grenzen die Arbeit auf definierte Verhaltensbereiche ein, an deren Änderung zwei Eltern bei ihren Kindern in ähnlicher Weise interessiert sind, z. B. selbständiges konzentriertes Arbeiten bei schulischen Hausaufgaben. Termine und Ablauf sind relativ leicht zu organisieren. Die kognitiven Anforderungen sind minimal. Die Atmosphäre wird betont locker und spielerisch gestaltet.

In einem Über-Kreuz-Trainingsdesign arbeiten zum Beispiel zwei Mütter und ihre Kinder zusammen mit dem Ziel, die Interaktionen mit ihren Kindern bei den Hausaufgaben zu verbessern. In der Sitzung betreut jede Mutter einmal ihr eigenes Kind und dann im Wechsel das der anderen Mutter für jeweils etwa zehn bis fünfzehn Minuten. Zum Beispiel arbeiten nacheinander zuerst Mutter A mit Kind A, dann mit Kind B, dann Mutter B mit Kind B und zuletzt Mutter B mit Kind A. Während Mutter A beispielsweise mit Kind B arbeitet, sitzen die andere Mutter und das andere Kind hinter der Scheibe und schauen zu. Die Sitzungen werden auf Video aufgezeichnet und im Anschluss an die Übungsphase gemeinsam angeschaut und von allen kommentiert. Danach dürfen die Kinder spielen gehen. Die Eltern arbeiten dann zunächst zusammen mit dem Therapeuten in Art einer Supervisions-sitzung weiter. Später können sie auch ohne Therapeuten zusammenarbeiten, um sich gegenseitig mit Rückmeldungen über die Ressourcenaspekte zu unterstützen und um sich Ziele vorzunehmen, die sie zu

Hause mit den Kindern üben wollen. Aufgabenstellung und Leistungsstand der Kinder können dabei durchaus in einem gewissen Maße differieren. Die Eltern sollten allerdings hinreichend harmonisieren, um miteinander arbeiten zu können. Die Sitzungen können mit reinen Spielsitzungen abwechseln und ansonsten in jeder Hinsicht variiert werden. Der jeweils andere Elternteil kann nach Bedarf einbezogen werden.

Allen Beteiligten eröffnen sich mit dieser Methode vielschichtige Beobachtungsperspektiven. Der Hauptvorteil scheint darin zu bestehen, dass Eltern unmittelbar die Rekursivität der gewohnten Muster vor Augen haben. Beim jeweils anderen Kind können sie nämlich in aller Regel überraschend gelassen und verständnisvoll reagieren, während sie beim eigenen Kind ganz schnell in die gewohnte Haltung von Ungeduld und Ärger geraten. Durch die Beobachtung dieser Unterschiede können sie ihre erzieherische Kompetenz rehabilitieren und können lernen, das Problem neu als Beziehungsproblem und nicht als Erziehungsproblem zu verstehen und können sich über die gemeinsame Versuchens- und Erfahrung, ihre jeweilige Verarbeitung und über Änderungs-ideen austauschen.

Eltern, die mittlerweile an ihre eigene elterliche Unwirksamkeit oder ein pathologisches Anpassungsdefizit ihrer Kinder oder an beides geglaubt haben, können schon in den ersten Sitzungen in diesen Glaubensgrundsätzen verunsichert werden. Sie werden ermutigt, weitere Schritte zu tun, um den Glauben an ihre parental Kompetenzen zurückzugewinnen und die prinzipielle Anpassungsfähigkeit ihrer Kinder neu zu entdecken. Besonders die Phasen ohne Beteiligung von Therapeuten unterstützen die Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit. Sie können zurückgewonnene Kompetenz erfahren und am Ende feststellen, dass sie, zwar mit einer gewissen Starthilfe, aber im wesentlichen allein, die Veränderung mit ihrem Kind erreicht haben. Eltern berichteten in der anschließenden Bewertung, dass sich die Verbesserungen auch auf andere Bereiche des Zusammenseins ausgewirkt haben und (vor allem) dass sie ihrem Kind näher gekommen sind.

Gemeinsames Externalisieren

White (1993) hat das Externalisieren eines Problems als therapeutische Methode beschrieben, die es Kindern ermöglicht, sich von ihrem Problem zu distanzieren, ihm einen Namen zu geben und mit ihm einen Wettkampf aufzunehmen, um es zu besiegen. Diese Methode eig-

net sich hervorragend dazu, Eltern und Kind in Kooperation zu bringen, wenn man sie auffordert, das gemeinsame Problem zu identifizieren und zu personifizieren. Zum Beispiel kann die Neigung des Kindes, Unordnung im Kinderzimmer zu hinterlassen, externalisiert werden, sodass sich Eltern und Kind gegen die fiktive Instanz verbünden können, die die Unordnung verursacht. Bereits der Versuch, eine gemeinsame Strategie zu entwerfen, bringt Eltern und Kind in Kooperation.

In der Regel formulieren das Kind und seine Eltern kein wirklich gemeinsames Problem. Symptome haben leider die unerfreuliche Eigenschaft, meist mehr für die Eltern lästig zu sein. Die Unordnung im Kinderzimmer ist ein Problem der Eltern, das sie dem Kind als Eigenschaft zugeordnet haben. Das Kind aber leidet nicht darunter, sondern vielmehr unter der Unzufriedenheit und dem Nörgeln der Eltern. Die Externalisierung kann als Möglichkeit vorgeschlagen werden, einen gemeinsamen Spielgegner zu erschaffen. Der erste Schritt kann in einer gemeinsamen Personifizierung bestehen: *„ Wenn Sie sich vorstellen, das Problem wäre irgendein lebendes Wesen, welches die Absicht hat, die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind zu stören, welchen Namen würden Sie ihm geben wollen? Wie sieht das Wesen aus? Könnten Sie zusammen mit ihrem Kind eine Täterbeschreibung erarbeiten? Wollen Sie einen Steckbrief herstellen? Wie wollen Sie es gemeinsam malen oder anders darstellen?*

Der nächste Schritt könnte im Aufstellen von Regeln für das Zusammenspiel, eine Art Mannschaftsregel im gemeinsamen Kampf gegen das „Problem“ sein. *„Auf was müssten Sie achten, wenn Sie gemeinsam mit Ihrem Kind das ‚Problem‘ besiegen wollten? Wie gut müssen Sie zusammenhalten, dass es Sie nicht überlistet? Wie können Sie sich gegenseitig helfen, dass Sie beide wachsam bleiben? Wen in der Familie könnten Sie gemeinsam überreden, Ihnen zu helfen?“*

Das Thema Ordnung ist in den Köpfen der Beteiligten bisher als Kampf in wechselseitigem Angriffs- und Verteidigungserleben präsent. Bereits der Prozess der Personifizierung als erlebtes Zusammenspiel und praktizierte Kooperation bewirkt eine Veränderung. Aus dem zu therapierenden Symptom des Kindes wird ein gemeinsames, in einer Art spielerischem Wettkampf noch zu lösendes Problem.

In den nächsten Schritten kann man z. B. das „Chaosmonster“ gemeinsam auf den Arm zu nehmen, man kann sich über es lustig machen, ihm lustige Spottnamen geben, es schrumpfen oder zu überlisten versuchen und so allmählich zu einem Lösungsspiel überleiten. Dazu werden Ideen entwickelt, was man zu Hause tun kann, wenn das Monster sich wieder erlaubt, Anspannung zu erzeugen zwischen Eltern und Kind, oder wenn es versucht, wieder Streit zu säen. Die Anspannung in der Beziehung zwischen Eltern und Kind kann aber auch dadurch aufgelöst werden, dass Wetten darüber abgeschlossen werden, wer am ehesten bemerkt, wann etwas weggeräumt worden ist. Es kann aber auch sein, dass Eltern und Kind in der Spieltherapie gemeinsam Pläne entwerfen für ein gemeinsames harmonisches Aufräumspiel, das zum regelmäßigen Ritual vor dem abendlichen Zubettbringen wird und dem „Chaosmonster“ ein Schnippchen schlägt.

Fundgruben für metaphorische Spiel- und Lösungsideen, die man in die Arbeit mit Eltern und Kindern ein-, „spielen“ kann, waren für uns zum Beispiel die Bücher von White (1993), Mills u. Crowley (1997), Freeman, Epston u. Lobovits, (1997), um nur einige zu nennen, und die zahlreich veröffentlichten Fallgeschichten von Milton Erikson. Oft war es auch verlockend, Eltern und Kinder mit unseren eigenen Kreationen zu beeindrucken, zumal wenn ihnen selbst zunächst nichts einfallen wollte. Es hat sich allerdings immer gelohnt zu warten, um Kinder und Eltern selbst nach Spielideen suchen zu lassen, damit sie mit eigenen bzw. gemeinsamen Ideen zum Erfolg kommen konnten oder die Chance hatten, umgekehrt die Therapeuten mit ihren Ideen zu beeindrucken.

Eltern können durch den Aufbau von Kooperation mit ihren Kindern im gemeinsamen Spiel von sich aus die neue Sichtweise gewinnen, dass nicht am Ende beispielsweise die Abwesenheit von Unordnung bzw. die aufgeräumten Spielzeuge entscheidend sind, sondern dass es um die Erfahrung geht, gemeinsam Wege zu finden, wie Spannungen durch Kooperation wieder auflösbar sind. Dabei lernen sie, das Vertrauen in ihre Kreativität beim Erfinden von Lösungsmöglichkeiten zurück zu gewinnen, das sie irgendwann verloren haben.

Spiele nach Hause transportieren

Die von De Shazer (1989b) vorgetragene Überzeugung, dass Ereignisse und Erfahrungen der Klienten zwischen den Therapiesitzungen für

den therapeutischen Prozess bedeutsamer sind als die Aktionen in der Sitzung selbst, bestätigt sich in unserer Arbeit. Je mehr wir Einfluss nehmen auf das, was zu Hause geschieht, um so mehr verdichtet sich die gemeinsame Wahrnehmung des Veränderungsprozesses. Insofern besteht das Ziel der Arbeit nicht allein im Durchführen einer entspannten Spielsitzung. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit der Beteiligten vor allem auf die Vorbereitung dessen, was im Anschluss zu Hause oder in der Schule passieren könnte.

Sascha und sein Vater sitzen über dem Familienbrett wie über einem Schachspiel und spielen unterschiedliche Familienszenarien in verschiedenen Situationen durch. Beide wundern sich über die Erkenntnis, wie weit der Sohn sich als Außenseiter positioniert und wie isoliert der Vater sich erlebt in der Familie, in der es neben der Mutter und 3 Schwestern noch eine einflussreiche Großmutter gibt. Vater und Sohn beginnen sich auszumalen, wie es wäre, wenn sie sich verbünden würden „gegen die ganzen Weiber“. Beide müssen herzlich lachen. Sie finden in ihrer Erinnerung Beispiele dafür, dass sie als Männer innerhalb der Familie gut zusammengehalten haben, z. B. wenn Borussia im Fernsehen übertragen wurde. Sascha entwickelt mit Begeisterung die absurdesten Ideen, wie sie zusammen die Frauen durcheinander bringen könnten. Im Sinne eines Geheimbündnisses verabreden sie, sich in den nächsten Tagen beim Abendessen zuzuzwinkern und sich gegenseitig Geschichten und Witze zu erzählen, um damit Mutter und Schwestern zu verblüffen und um anschließend allein miteinander ihre Beobachtungen über die Reaktionen auszutauschen.

Das Problem „aus-lachen“

Wie ein Problem „ausgelacht“ werden kann, soll die folgende Fallschilderung verdeutlichen:

Die Mutter schildert die Situation bei der Hausaufgabenbetreuung ihres 11-jährigen Jungen als unerträglich. Sie hatte es sich wegen der schlechten Schulleistungen zur Aufgabe gemacht, Tobias zu unterstützen. Die Lehrerin sei der Meinung, es läge an seiner Konzentration. Sie sitze nachmittags oft mehrere Stunden mit ihrem Jungen am Küchentisch, um Aufgaben zu erledigen, die in einer halben Stunde fertig sein müssten. Tobias gebe dann vor, seine Aufgaben nicht zu verstehen oder alles vergessen zu haben. Er zappele und hampelen auf seinem Stuhl herum, provoziere durch Trommeln auf die Tischplatte,

stelle abwegige Fragen und lenke sie durch Klagen über Hunger oder Durst, ein andermal über Kopfweh oder Bauchweh ab. Das bringe die Mutter langsam ansteigend zur Weißglut. Wenn sie ihn dann anschreie und mit Fernsehverbot und ähnlichem drohe, dann sei es für eine Weile gut. Erstaunlicherweise könne er sich dann mit einem Mal konzentrieren. Er rechne dann zügig eine Aufgabe oder schreibe eine Zeile. Doch so ganz allmählich beginne das Spiel von vorn. Dies wiederhole sich mehrfach am Nachmittag. Tag für Tag sei es für Mutter und Sohn die gleiche Tortur.

Beide nehmen den Vorschlag an, eine solche Szene im Therapieraum vorzuführen und per Video aufzuzeichnen. Als die Mutter Tobias bei laufender Kamera auffordert, seine aktuellen Rechenaufgaben herauszuholen und zu beginnen, vergehen wenige Minuten einer Anwärmphase, bis aus dem, was als Rollenspiel vorgesehen war, bitterer Ernst wird. Tobias zeigt seine „Symptome“ und seine Mutter wirkt zunehmend „genervt“. Als wir etwa nach zwanzig Minuten abbrechen, sind Mutter und Kind sichtlich erleichtert.

Wie in einer Supervisions Sitzung wird dann gemeinsam die Aufzeichnung zusammen mit Mutter und Sohn durchgearbeitet. In einer Analyse der Interaktionssequenzen wird Schritt für Schritt erforscht, welche Äußerungen und Bewegungen der Mutter welche Reaktionen bei Tobias hervorrufen und umgekehrt. Mit den Klötzen des Familienbrettes demonstriert der Therapeut die Nähe-Distanz-Bewegungen, die sich zwischen Mutter und Kind mehrfach wiederholen. Wenn sich die Mutter mit Forderungen an Tobias wendet, weicht er zurück. Dann wendet sich bald die Bewegungsrichtung. Wenn sich die Mutter zurückzieht und ärgerlich mit Abbruch droht, nähert sich der Junge mit Bereitwilligkeit wieder seiner Mutter. Der Therapeut verdeutlicht die so entstehenden Hin- und Herbewegungen der Klötze auf dem Tisch und überzeichnet karrikierend durch mehrfache Wiederholung der Bewegungen den rhythmischen Charakter.

Weil auch diese Nachbesprechung aufgezeichnet war, konnten Mutter und Sohn dieses Bewegungsmuster anschließend im Schnell-Vorlauf des Video-Rekorders demonstriert bekommen. Diese als „Stress-Ballet“ bezeichnete Szene löste bei beiden schallendes Lachen aus. Tobias wollte es noch einige Male wiederholt sehen.

Die Mutter hat die Idee aufgegriffen, die beiden Klötze aus dem Familienbrett mitzunehmen, um sie zur Erinnerung an das „verrückte Spiel“ auf dem häuslichen Küchenschrank aufzustellen. Später berichtete sie, ihre „Spielchen“ hätten zu Hause so nicht mehr funktioniert.

Immer wenn bei den Hausaufgaben Spannungen auftauchten, mussten beide unwillkürlich auf die Klötze am Küchenschrank schauen und herzlich lachen.

Die Funktion der Sprache nutzen

Psycholinguisten verweisen auf die konstituierende Funktion der Sprache für die Beziehung. Sprache entsteht in Beziehung und Beziehung in Sprache. Indem Menschen miteinander kommunizieren, entwickeln sie eine Beziehung und zugleich eine gemeinsame Sprache. Die so erzeugte Sprache ist zugleich Merkmal und Wesen dessen, was als Beziehung erlebt wird. So gewinnt jede Beziehung ihre spezifische unverwechselbare Subsprache, sozusagen ihren eigenen Dialekt. Kommunikation kreiert also etwas einzigartig Neues, vorher nie Dagewesenes, das man als Beziehungsrealität in gemeinsamer Sprache verstehen kann.

Aus dieser Sicht ist Systemische Spieltherapie mehr bemüht, in die Neukonstruktion einer lösungsfördernden Sprache zwischen Eltern und Kind zu investieren, als etwa mit dem Kind neben der gewohnten "Muttersprache" eine neue "Therapie"-Subsprache zu entwickeln. Natürlich kann eine Beziehung des Kindes zu Therapeuten und der damit verbundene neue Spracherwerb auch nützlich sein und Transfereffekte auf die Problembeziehung haben. Als problematisch erweist es sich in der Praxis nur, wenn das Kind in der Therapie eine neue Sprache lernt, aber durch den Gebrauch der Problemsprache, die zu Hause gesprochen wird, täglich weiter die gewohnte Problembeziehung etabliert. Ziel der Therapie ist nicht in erster Linie, eine Mehrsprachigkeit zu fördern, sondern die alte leiderzeugende Sprache aufzulösen oder zu modifizieren. Die Notwendigkeit des Aufbaus einer "Sprache der Verantwortlichkeit" als verbindliche Behandlungssprache habe ich an anderer Stelle betont (Pleyer 1998).

Meist ist weder Kindern noch Eltern bewusst, mit welchen sprachlichen Besonderheiten sie ihre Problembeziehung aufrecht erhalten und täglich neu konstituieren. In Sprache kennzeichnen wir im Allgemeinen unreflektiert die gewohnheitsmäßig erlebte oder die jeweilig gewünschte Beziehungsqualität. Deshalb steht am Anfang der Spieltherapie ein Prozess der Bewusstmachung der "Problemsprache" mit dem Ziel ihrer Modifikation.

In der gemeinsamen Problemsprache dominieren in der Regel Fremd- und Selbstabwertung in Tonfall und Idiomatik. Dies kann in abfälligem Verächtlichmachen bestehen ebenso wie in subtilem Pathologisieren. Wir können natürlich Beurteilungskriterien für den Prozess des Beobachtens und Beurteilens (z.B. Respekt, Selbstverantwortlichkeit etc.) vorgeben und die Klienten um Bewertungen bitten. Allein jedoch durch unsere Aufforderung, die Sprache bewusst zu beobachten, ergeben sich Änderungen. Durch spielerische Kennzeichnung von Erwünschtem und Unerwünschtem, Brauchbarem und Unbrauchbarem, prägt sich ein neuer Sprachstil heraus, der eine angestrebte kooperative Beziehung zwischen Eltern und Kind zuerst modelliert und später realisiert.

Wenn Eltern und Kinder die Videoaufzeichnung einer Spielsitzung "nacharbeiten" und die einzelnen sprachlichen Sequenzen gemeinsam analysieren, können wir Eltern fragen: "Was haben Sie ausdrücken wollen? Haben Sie es genau so ausgedrückt, wie Sie es sagen wollten? Was ist beim Kind vermutlich angekommen? Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wie möchten Sie es beim nächsten Mal formulieren? Wie wünschen Sie sich die Formulierungen des Kindes? Wie erreichen Sie am ehesten, dass das Kind sich anders ausdrückt? etc." Manche Eltern zeigten sich erschrocken, wenn sie den Unterschied bemerkten zwischen dem, was sie ausdrücken wollten, und was sie auf dem Bildschirm sahen. An die Kinder kann man ähnliche Fragen richten. Sie zeigen meist großes Interesse an solchen Aufgabenstellungen. Diese Arbeit läßt sich kreativ gestalten und bereitet oft viel Spaß, weil Eltern und Kinder gleichermaßen erleichtert die Chance wahrnehmen, aus den sprachlichen Mustern auszutreten, unter denen sie gemeinsam leiden. Methodisch ist auch dieses Vorgehen anspruchslos und unkompliziert, in seiner Wirkung jedoch sehr effektiv, wenn es gelingt, dass neu Erworbenes nach Hause transportiert werden kann.

Einen verbreiterten Änderungskontext herstellen

Eltern fokussieren ihre Zielvorstellungen gern auf das Aufhören des Symptomverhaltens und formulieren z. B. sehr allgemein: „*Unser Kind soll nicht mehr so aggressiv, so chaotisch etc. sein.*“ Und sie erwarten dann implizit, dass das Geschehen in den Therapiestunden das unerwünschte Verhalten zum Verschwinden bringt.

Wir wissen allerdings, dass wir in der Therapie wenig erreichen, wenn wir die gewohnten Lebensbedingungen nicht mit einbeziehen in die Überlegungen für einen ganzheitlich organisierten Lösungskontext. Deshalb lohnt es sich zu untersuchen, was zu Hause möglicherweise das "aggressive" oder "chaotische" Verhalten des Kindes begünstigt. Zusammen mit den Eltern erarbeiten wir Entwürfe für Veränderungen zu Hause, die dazu beitragen können, dass das Kind Chancen hat, seine selbst gesetzten Ziele auch in gut erreichbare Schritte einzuteilen.

So werden Zeitstrukturen für den Tagesablauf neu erstellt, die Schlaf- und Ruhezeiten gewährleisten. Kontakte, die das Kind zu Verwandten oder Spielkameraden hat, werden auf ihre Förderlichkeit untersucht und gegebenenfalls neu organisiert. Spielzeug wird aussortiert, Fernseher werden auf dem Dachboden geparkt, der Zugang zu den Nahrungsmitteln und die Teilnahme an Mahlzeiten werden von den Eltern überwacht, etc..

Christians Eltern kamen selbst auf die Idee, mit ihm zusammen sein Zimmer komplett auszuräumen, zu säubern und zu renovieren und nur das Notwendigste an Möbeln wieder zurückzustellen, was er zum Schlafen benötige und ihm ein Minimum an Gemütlichkeit sicherte. Neben seiner täglich notwendigen Kleidung bekam Christian nur das an Spielzeug, womit er jeweils spielen wollte. Voraussetzung war, dass er das nicht benötigte geordnet wieder ablieferte, um es gegen etwas anderes einzutauschen.

Eine andere Mutter brachte uns einen sorgfältig ausgearbeiteten und schön gestalteten Computerausdruck einer „Hausordnung“ für ihren Jungen. Darin waren ihre Erwartungen in Form von Regeln formuliert, ebenso wie die detailliert aufgeführten Konsequenzen der Regelübertretungen.

Kontextänderungen zu Hause sind Maßnahmen, die die Eltern selbst praktisch vollziehen und die ihr Bewusstsein dafür stärken, dass sie selbst es „gemacht“ haben. Sie bewirken viel an struktureller Veränderung für das Kind, aber auch für die Eltern selbst, so dass der Spieltherapie oft nur die Rolle einer begleitenden Maßnahme vorbehalten bleibt. In dem neu definierten Rahmen wird es dann möglich, Ziele zu entwerfen, die in den Therapiestunden auch sinnvoll angegangen werden können. Es bleibt auch dann prinzipiell Aufgabe der Eltern, Fein-

ziele für die Therapiestunde zu definieren. Die lohnenden Ziele bestehen dann meist darin, die Konflikte zu bearbeiten, die sich aus den Regeländerungen in der Praxis ergeben. Denn neue Regeln haben meist unerwartete Auswirkungen auf andere Familienmitglieder, insbesondere aber auf die alltägliche Lebensführung der Eltern.

Wir unterstützen es, die veränderten Bedingungen möglichst öffentlich zu machen. Neue Regeln sollten möglichst allen Familienmitgliedern offiziell, vielleicht sogar feierlich, verkündet werden. Großeltern sollten informiert und um ihre Zustimmung gebeten werden. Freunde und Nachbarn sollten wissen, was sich momentan in der Familie verändert. Eine Therapie sollte man, genauso wie eine Verlobung, öffentlich machen, wenn man sie gegen Irritationen und Rückschläge absichern möchte. Manche Eltern möchten zum Schutz ihres Kindes niemandem etwas von der Therapie erzählen. Dies ist manchmal wirklich sinnvoll. Es ist aber auch ein ziemlich sicherer Weg, erreichte Änderungen schnell wieder im Sande verlaufen zu lassen. Wir suchen deshalb mit Sorgfalt nach Möglichkeiten, die Behandlung als eine selbstverantwortlich wahrgenommene Chance zu etikettieren, auf die die Familie stolz sein kann.

Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung

Therapeutische Interventionen sind immer auch potentielle Eingriffe in die Selbstorganisation einer Familie. Mit der Herstellung einer therapeutischen Beziehung überschreiten Kindertherapeuten, metaphorisch ausgedrückt, eine Familiengrenze und treten sozusagen in eine fremde Kultur ein. Wenn schon ein kurzer Besuch z. B. von Verwandtschaft im häuslichen Wohnzimmer die kommunikativen Abläufe in der Familie tief greifend, manchmal sogar anhaltend verändern kann, dann muss der intensive Anschluss eines Therapeuten an ein Familienmitglied um so mehr mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein, zumal ja Veränderungen beabsichtigt sind und wir uns eingestehen müssen, die Auswirkungen unseres therapeutischen Tuns im Einzelfall nicht annähernd voraussagen zu können. Jede noch so gut gemeinte, wohlwollend angebotene Vertrauensbeziehung zu einem Kind beeinflusst seine Beziehungen zu den Eltern und berührt möglicherweise auch ihr parentales (Selbst-) Bewusstsein. Uns selbst darüber Rechenschaft zu geben und mit Eltern ausführlich über mögliche Auswirkungen zu sprechen, gehört nach meiner Überzeugung nicht nur zu den ethischen Grundpflichten jeder kindertherapeutischen

Arbeit. Es scheint auch im Hinblick auf den Therapieerfolg eine eminent praktische Frage. Denn wer durch seine Beziehungsgestaltung zum Kind die Eltern in Distanz bringt, wird bald auch das Kind verlieren. Eine kindertherapeutische Praxis, die die Eltern ausgrenzt oder gar wegen ihres Versagens disqualifiziert, muss oft zuerst die Probleme behandeln, die sie selbst erzeugt hat, bevor sie zu der Problematik vordringen kann, die ursprünglich zur Therapie geführt haben.

Zurückhaltung ist angebracht in der therapeutischen Beziehungsgestaltung mit Kindern, wenn sie nicht zugleich darauf abzielt, die parentale Kompetenz der Eltern zu stärken. Wo parentale Hilflosigkeit formuliert wird, dürfen Therapeuten diesen Zustand nicht unberücksichtigt lassen und erst recht nicht dadurch verstärken, dass sie durch Herstellung einer intensiven und nahen Beziehung versuchen, die vertrauenswürdigeren und kompetenteren Helfer für das Kind zu werden.

Therapeuten an der Seite der Eltern

Mit dem Versuch Kooperation zwischen Eltern und Kind zu unterstützen wollen wir allerdings keine Gleichrangigkeit zwischen Eltern und Kindern in Bezug auf die Verantwortlichkeit suggerieren. Der Therapeut steht deutlich „Schulter an Schulter“ an der Seite der Eltern und unterstützt ein Bild, in dem die Eltern auf dem Weg zur Lösung „am Lenkrad sitzen“. Er lässt keinen Zweifel aufkommen an seiner Haltung, dass die Eltern im Therapieraum für die Lenkung und Grenzsetzung, aber auch für die Förderung und Unterstützung der Kinder zuständig sind, eine für Eltern und Kind unmissverständliche Markierung der Generationsgrenze und ihrer stützenden und haltgebenden Funktion für die Verantwortlichkeitsregulierung in der Familie. Die gelegentlich von Therapeuten vorgetragene Befürchtung, Kinder könnten ihnen diese Position übel nehmen und sie könnten aus diesem Grund das Vertrauen der Kinder in der Zusammenarbeit verlieren, hat sich aus unserer Erfahrung als nicht haltbar erwiesen.

Verantwortung bleibt, wo sie hingehört

Dass wir vom ersten Moment der Kontaktaufnahme an die Eltern deutlich darauf hinweisen, dass sie während der laufenden Behandlung zu jedem Zeitpunkt und in jeder Situation verantwortlich für ihre Kinder bleiben und wir lediglich als ihr „verlängerter Arm“ zur Verfügung stehen wollen, haben wir verschiedentlich dargestellt (s. auch Pleyer 1983, Rotthaus 1984, 1990). Weil hilflose Eltern gewohn-

heitsmäßig dazu neigen, in der Lenkung ihres Kindes andere ans Lenkrad zu lassen und selbst auf dem Beifahrersitz oder auf dem Rücksitz Platz zu nehmen, ist die parentale Zuständigkeit in manchen Fällen Sitzung für Sitzung auf's Neue detailliert zu besprechen und zu verhandeln. Kinder, die diesen Mechanismus des „Verantwortungsexportes“ von ihren Eltern gut kennen, müssen immer neu instruiert werden, damit sie wissen, dass auch hier im Therapieraum nur die Mama und der Papa zu bestimmen haben. Auch die Kinder versuchen in aller Regel beharrlich, ihren Beitrag zur Beibehaltung der gewohnten Muster zu leisten. Immer wieder provozieren sie das lenkende Eingreifen des Therapeuten, um das alte Muster ihrer Eltern zu stützen. Allein diese Maßnahme unterstützt bereits den fundamentalen Lernprozess, den Eltern aber auch Kinder während der Behandlung durchlaufen: Elterliche Autorität ist eine respektable Ressource, die von Kindern dankbar angenommen und mit Vertrauen beantwortet werden kann, wenn Eltern sie annehmen wollen.

Die Verantwortung des Therapeuten bleibt an die Bereitstellung eines therapeutischen Kontextes geknüpft, den er aktiv gestaltet. In der Systemischen Spieltherapie hat eine passive, non-direktive Therapeutenhaltung nur solange Platz, wie die Eltern ihre Arbeit erfolgreich tun und dem Therapeuten die reine Beobachterrolle zufällt. Als Experte für Kontextgestaltung und Settingentwürfe sorgt er ansonsten für die Erarbeitung und Aufrechterhaltung therapeutisch wirksamer Beziehungsstrukturen. Um Blockaden bei Eltern zu überwinden, kann er suggestiv ermunternd, drängend und fordernd werden. Er moderiert aktiv die Kommunikation und bleibt eng am Problem und seiner Lösungsentwicklung. Dabei macht er selbst aktiv Vorschläge für eine Spielgestaltung, nimmt aber bevorzugt Ideen, Wünsche und Vorschläge von Eltern und Kindern auf.

Die Arbeit mit den Eltern: Therapie, Supervision oder Beratung?

Eltern wenden sich nicht deshalb an uns, weil sie ein Problem mit ihrem Kind haben, sondern weil sie in den Versuchen gescheitert sind, selbst dieses Problem zu lösen. Ich gehe auch davon aus, dass elterliche Zuständigkeit für die Problemlösung nicht etwa dadurch außer Kraft gesetzt ist, dass sie beispielsweise in eine Sackgasse geraten sind. Eltern sehe ich als die Kunden und Auftraggeber meiner Dienstleistung, die ihrem Kind zugute kommen soll. Dies entspricht nicht der überkommenen Rollendefinition von Psychotherapeuten, die sich

als Verantwortliche des Heilungsprozesses verstehen. Wir sind als Dienstleister für Eltern gefragt, die eine durch sie selbst definierte fachliche Unterstützung suchen. Auch wenn es manchmal so erscheinen mag, wollen sie ihren Status als Experten für Erziehung ihrer Kinder nicht grundsätzlich aufgeben, sondern wollen verlorene Kompetenzen und ihre Zuständigkeit als Akteure in einem Problemlösungsprozess zurückgewinnen.

Buchholz (1996, S.9) hat vorgeschlagen, Psychotherapie als Supervision schlechter Selbstheilungsversuche zu verstehen. Er geht davon aus, "dass der Patient als jemand gesehen werden kann, der bereits Autotherapie unternommen hat und damit nicht gut weiterkommt". Aus dem Konzept der Autopoiese (Maturana u. Varela 1997) und der Theorie der Selbstorganisation (s.u.a. Schiepek 1999) ergibt sich eine Sichtweise, die dem Therapeuten die Rolle eines begleitenden Dialogpartners zuweist, die ihn in seiner kommunikativen Funktion von der Rolle des Supervisors nicht grundsätzlich unterscheidet. So gesehen bleibt die Unterscheidung zwischen Therapie und Supervision mehr für die Markierung des Settings (und vielleicht für die Finanzierung) bedeutsam. Ein strukturelles Merkmal im Beziehungsdreieck von Supervisor, Supervisand und Klient ist die hierarchische Organisation von Unterstützung. Der Supervisor unterstützt den Supervisanden und dieser den Klienten. Der Supervisor ist Experte für die Form der Unterstützung, die er dem Supervisanden anbietet, während der Supervisand die Experten-Zuständigkeit für seinen Fall behält. Die Rolle des Supervisors besteht in der Praxis darin, den Supervisanden in seinen Entwicklungsschritten, in seiner Lösungssuche zu begleiten und ihn z. B. zu ermuntern, mehr von dem zu machen, was gut gelungen ist und einen Reflexionsprozess zu unterstützen, wenn der Supervisand an seine Grenzen gelangt ist. Im Sinne des von Förster'schen (1993), ethischen Imperativs verfolgt der Supervisor das Ziel, die Handlungsoptionen des Supervisanden zu verbreitern und seine Wahlmöglichkeiten zu vergrößern. Keinesfalls besteht seine Rolle darin, besser zu wissen, wie man den Fall hätte lösen sollen, auch nicht darin, das "richtige" Expertenverhalten aufzuzeigen.

Ähnlich geht es im Umgang mit Eltern nicht darum, zu wissen oder herauszufinden, was für ihre Kinder gut ist oder besser wäre, sondern die ganze Aufmerksamkeit darauf zu richten, wie Eltern selbst dies herausfinden und wie sie ihre eigenen Talente besser nutzen können in

der Beziehungsgestaltung zum Kind. Nachbesprechungen mit Eltern sind insofern typische Supervisionsgespräche. Und so wie der Dialog mit Supervisanden über die Fallbearbeitung zur Bearbeitung seiner eigenen Biographie führen kann, landen die Supervisionsgespräche mit Eltern oft bei Kindheitsgeschichten und aktuellen Beziehungen zu Herkunftssystemen. Die Arbeit mit Eltern im Gesamtrahmen unserer teilstationären Behandlung umfasst Elemente von "Beratung", von "Therapie" und von "Supervision". Welche Benennung wir insgesamt bevorzugen, bleibt eine Frage der Perspektive.

Respekt und Verantwortung als Grundlage von Kooperation

"Was bei diesen Patienten therapeutisch wirkt, ist die geduldige, teilnehmende, durch nichts gestörte Zuwendung des Erwachsenen..." Dieses von Anna Freud (1968, S. 208) formulierte Kriterium für die Beziehungsgestaltung in einer gelingenden Kindertherapie ist bis heute allseits als grundlegend anerkannt geblieben. Es wurden jedoch noch eine Reihe anderer Akzente gesetzt. Axline (1974) hat den Schwerpunkt auf Akzeptanz und Wertschätzung in der Beziehungsgestaltung gelegt. Es wurden von anderen Autoren vor allem auch schützende Aspekte betont: zum Beispiel die Therapie als "holding-situation" (Oaklander 1987), der Therapeut als "significant caring adult", welcher in der Funktion des Haltens und Förderns "schützende Inselerfahrungen" und "gute Zeiten" vermittelt (Petzold u.a. 1996), der „potential space“ nach Winnicott (1971) usw. Erst in jüngerer Zeit wurde auch die Notwendigkeit der Grenzsetzung betont, die es oft erst ermöglicht, den Therapiekontext als „safe-place“ zu gestalten (Katz-Bernstein 1996, S.120).

Akzeptanz, Wertschätzung und das Schutzgewähren als Kriterien für die Beziehungsgestaltung richten sich in der systemischen Spieltherapie nicht einseitig auf das Kind, sondern sind respektvoll auf das Gesamtsystem Familie und seine Selbstorganisation gerichtet. Die Aufgabe, speziell dem Kind Akzeptanz, Wertschätzung und Schutz zu geben, bleibt in der Zuständigkeit der Eltern und wird bestenfalls zum Lernziel modifiziert, an dessen Erreichen der Therapeut unterstützend mitwirkt. Sobald sich Therapeuten schützend vor das Kind stellen, um es vor den unangemessenen Erziehungspraktiken der Eltern abzusichern, ist oft die Grenze einer guten Kooperation überschritten. Schutz geben heißt Raum geben für die Interaktionen zwischen Eltern und Kind in ihren gewohnten Mustern und nicht in sorgsamer Kon-

fliktvermeidung oder dem Unterbrechen eskalierender Interaktionen um jeden Preis.

Als Grundlage für die therapeutische Beziehungsgestaltung sieht Ludewig (1993, S. 79) neben der Akzeptanz den Respekt als Grundgebot eines systemischen Menschenbildes. Wo Kooperation als angemessene Beziehungsmetapher einer therapeutischen Beziehung zugrunde gelegt wird, sind unter den als prinzipiell gleichberechtigt gesehenen Beziehungspartnern Akzeptanz und Respekt konsensuell zu vereinbaren. Unsere Erwartungen an gemeinsame Verhaltensregeln im Therapieraum richten sich nach unseren eigenen ethischen Regeln: Respekt vor dem anderen in seiner Andersartigkeit, mit seinen Stärken und Schwächen, mit seinem Weltbild und seiner gewählten Lösungsstrategie, Akzeptanz einer prinzipiellen Gleichberechtigung aller Sichtweisen, die Duldung des anderen verbunden mit der Bereitschaft zur Koexistenz. Dazu gehört, dass Therapeuten die Grenzen dessen formulieren, was sie - ganz persönlich - in der Zusammenarbeit ertragen wollen, und dass sie Respekt vor diesen Grenzen einfordern. Eine Gleichrangigkeit, die aus einem systemischen Weltbild und seinen ethischen Postulaten resultiert und die dem Therapeuten verhandelbare Rechte sichert, ist meines Wissens in der Literatur über Kindertherapie nicht thematisiert worden. Wenn wir Kooperation als Grundlage und Lernziel im gemeinsamen therapeutischen Prozess anstreben, so wird zu definieren sein, worin gegenseitiger Respekt erkennbar wird, damit Abweichungen davon verhandelbar werden. Offene Auseinandersetzungen darüber halten wir für therapeutisch sinnvoll und nicht für Störfälle, die die Therapie behindern oder verunmöglichen. Vielfach konnten wir feststellen, dass die Auseinandersetzung über die Regeln des respektvollen Miteinanders das wesentliche Moment der Therapie gewesen ist. Denn unseren Kindern und Familien fehlt es nach meiner Einschätzung nicht in erster Linie an Liebe, wie frühere Generationen von Kindertherapeuten überwiegend angenommen haben. Ihnen fehlt vor allem auch Respekt - vor sich selbst und vor Anderen.

Gegenseitiges Respektieren als Umgangsregel und als Lernziel bestimmen deshalb den Kontext unserer teilstationären Therapie von vom ersten Kennenlernen bis zur Nachbetreuung. Und wir achten sorgfältig darauf, dass die Vermittlung ebenso wie die Überwachung vereinbarter Regeln erkennbar in der Hand der Eltern bleiben. Auf dieser Basis haben Eltern die Möglichkeit, ihre parentale Selbstwirk-

samkeit und Kompetenz zurückzugewinnen. So haben sie eine reelle Chance zur Nutzung der vorhandenen eigenen Ressourcen, um die Probleme ihrer Kinder aus eigener Kraft aufzulösen und ihnen zu einer gesunden Weiterentwicklung zu verhelfen.

Literatur:

- Ackerman, N.W. (1970): Child Participation in Family Therapy. *Family Proc.* 9 (4): S. 403-410
- Andolfi, M., Angelo, C. u. di Nichilo, M. (1997): Der Mythos von der Last auf den Schultern. Spiel und Provokation in der Familientherapie, Carl Auer, Heidelberg
- Axline, V. (1974): Kinderpsychotherapie im nicht- direktiven Verfahren. Reinhardt, München
- Bateson, G. (1981): Ökologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt
- Buchholz, M., (1996): Die metaphorische Verdichtung von Sinnstrukturen, *System Familie*, 9, S. 3-11
- Burr, W. (2000): Wozu brauchen wir eine Systemische Kindertherapie? In diesem Band
- de Shazer, S. (1989a): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Carl Auer, Heidelberg
- de Shazer, S. (1989b) Wege der erfolgreichen Kurztherapie, Klett Cotta, Stuttgart
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Huber, Bern
- Förster, H. von (1985): Sicht und Einsicht. Vieweg, Braunschweig
- Förster, H. von (1993): KybernEthik. Meive, Berlin
- Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (1997): Playful Approaches to Serious Problems. *Narrative Therapy with Children and Their Families*. Norton, New York.
- Freud, A. (1968): Wege und Irrwege der Kindesentwicklung, Klett, Stuttgart
- Innerhofer, P. u. Müller, G.F. (1974): Behandlung eines hyperaktiven Jungen über ein Verhaltenstraining der Eltern. In: *Elternarbeit in der Verhaltenstherapie*, Sonderheft I/1974 der Mitteilungen der GVT
- Innerhofer, P. (1977): Das Münchener Trainingsmodell. Springer, Heidelberg
- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „safe- place“- Ein Beitrag zur Praxiologie integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B. u.a. (Hg), *Praxis der integrativen Kindertherapie*. 2. Junffermann, Paderborn
- Keith u. Whitaker (1981): Play Therapy. A Paradigm for Work With Families. *J.Mar.Fam.Ther.* 7(3): 243 - 254
- Kolk, B. A. van der, (1999): Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheits-traumata. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.) *Adoleszenz und Trauma*, van den Hoek und Ruprecht, Göttingen, S. 32-56
- Ludewig, K., Pflieger, K., Wilken, U., Jacobskötter, G. (1983): Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: das Familienbrett. *Familiendynamik* 8 (3), S. 235-251
- Ludewig, K. (1993): Systemische Therapie, Klett- Cotta, Stuttgart
- Ludewig, K. (1999): Der Kampf der Giganten: Magersucht vs. Plan. Anregungen für die stationäre Arbeit mit magersüchtigen Jugendlichen. In: Vogt-Hillmann, M. & Burr, W. (Hg.) *Kinderleichte Lösungen, Lösungsorientierte kreative Kindertherapie*, Borgmann, Dortmund, S. 117-142

- Maturana (1994): Was ist Erkennen? Piper, München
- Maturana u. Varela (1987): Der Baum der Erkenntnis. Scherz, Bern
- Mills, J.C. & Crowley, R.J. (1997): Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns. Carl Auer, Heidelberg
- Minuchin, S. (1970): The Use of an Ecological Framework in the Treatment of a Child. In: Anthony, E.J. & Koupernik, C. (Eds.): The Child in His Family. Wiley, New York
- Montalvo, B. & Haley, J. (1973): In defense of Child Therapy. Family Process 12: 227-244
- Moreno, J.L., (1946): Psychodrama, Beacon House, Beacon
- Mrochen, S., Holtz, K.L. & Trenkle, B. (1993): Die Pupille des Bettnässers, Carl Auer, Heidelberg
- Oaklander, V. (1987): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Klett, Stuttgart
- Papousek, H. & Papousek, M. (1981): Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. Sozialpädiatrie in: Praxis und Klinik III, S. 229-238
- Papousek, H. & Papousek, M. (1982): Die Rolle der sozialen Interaktion in der psychischen Entwicklung und Pathogenese von Entwicklungsstörungen im Säuglingsalter. in: G. Nissen, (Hg.), Psychiatrie des Säuglings- und des frühen Kleinkindalters. Huber, Bern, S. 69-74
- Patterson, G. R., Shaw, D. & Ray, R. (1969): Direct intervention in families of deviant children. University of Oregon
- Petzold, H. (1996): Integrative Kindertherapie als sozial-ökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung. In: Metzmacher, B. u. a. (Hg), Praxis der integrativen Kindertherapie. Bd. 2. Junfermann, Paderborn, S. 143-189
- Pleyer, K.H. (1983): Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der stationären Therapie, in Rotthaus, W. (Hg.) Systemische Therapie im ambulanten und stationären Bereich, Bd. 1. S. 126 -142, Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Pleyer, K.H. (1998): Schöne Dialoge in häßlichen Spielen? Überlegungen zum Zwang als Rahmen für Therapie. Z. system. Ther. 12(1): S.
- Pleyer, K.H. (2000): Parentale Hilflosigkeit, ein posttraumatisches Syndrom. In Vorbereitung.
- Rothmaier, S. (2000): Geheimnisvolle Therapie? Praxiserfahrungen mit der Koexistenz von Sozialarbeit und Therapie. Kontext 31,1; S. 18-27
- Rotthaus, W. (1984): Stärkung der elterlichen Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen, Prax. Kinderpsychol. 33 (3)
- Rotthaus, W. (1990): Stationäre Kinder- u- Jugendpsychiatrie. Verlag modernes lernen, Dortmund
- Rotthaus, W. (1996): Willkür verringern – Versuch einer Ethik des Helfens. Z.system.Ther. 14 (4)
- Rotthaus, W. (1999): Kundenorientierung in der stationären systemischen Psychotherapie. Vom Kontext des Versagens zum Kontext der Kompetenz. In: Vogt-Hillmann, M. & Burr, W. (Hg.) Kinderleichte Lösungen, Lösungsorientierte kreative Kindertherapie, Borgmann, Dortmund, S. 159-169
- Schiepek, G. (1999): Die Grundlagen der systemischen Therapie, Theorie, Praxis, Forschung. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen
- Vogt-Hillmann, M. & Burr, W. (1999): Kinderleichte Lösungen, Lösungsorientierte kreative Kindertherapie, Borgmann, Dortmund

White, M. & Epston, D. (1993): Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Carl Auer, Heidelberg
Winnicott, D. W. (1971): Playing and reality, Basic Books, New York
Winnicott, D. W. (1989): Vom Spiel zur Kreativität, Klett- Cotta, Stuttgart
Zulliger, H., (1963): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel, Classen, Zürich

Kurzbiographie des Verfassers:

Karl Heinz Pleyer, Jg. 1944, Psychologiestudium in Marburg, seit 1973 in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie Viersen in verschiedenen Arbeitsbereichen, z. Zt. Leiter der Tagesklinik, Weiterbildungen in VT, GT, klientenzentrierter Spieltherapie und systemischer Familientherapie, Supervisor und Systemischer Lehrtherapeut (DFS).

Anschrift:

Karl Heinz Pleyer, Dipl. Psych.
Rhein. Kliniken Viersen, Tagesklinik für Kinder
Süchtelnerstr. 208, 41747 Viersen und
Rheinische Gesellschaft für Systemische Therapie
Bieth 28, 41334 Nettetal