

Konzeption und Erprobung einer psychomotorischen Familientherapie

*Ein neues Setting in der systemischen Therapie
von Familien mit Kindern im Alter zwischen vier und acht Jahren
durch die Berücksichtigung von verbaler **und** nonverbaler Kommunikation
in der Bewegungsförderung*

**Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereichs Erziehungs- und Kulturwissenschaften
(Sport und Sportwissenschaft)
der Universität Osnabrück**



vorgelegt von

Ursula Licher-Rüschén

aus

Osnabrück

Berichterstatterin:

Prof. Dr. Renate Zimmer

Mitberichterstatter:

Prof. Dr. Arist von Schlippe

Prof. Dr. Peter Elflein

III

AN MEINE KINDER JOHANNES UND KATHARINA

(von HANS-MARTIN GROSSE-OETRINGHAUS; von der Verfasserin leicht verändert)

Ich kann euch
die Stadt nicht geben,
die für Kinder
und nicht für Autos gebaut ist.

Ich kann euch
die Schule nicht geben,
die euch hilft zu fragen
und nicht eure Fragen erstickt.

Ich kann euch
die Wälder nicht geben,
die üppiges Leben zeigen
und nicht ihr eigenes Sterben.

Ich kann euch
die Luft nicht geben,
die euch frei atmen lässt
und nicht krank macht.

Ich kann euch
Den Frieden nicht geben,
der euch zum Schmetterling macht
und nicht zum Wolf.

IV

Ich kann euch
die Gerechtigkeit nicht geben,
die euch davor bewahrt,
anderen Unrecht zu tun.

Das alles kann ich nicht.
Nur eines kann ich
euch lehren,
für dies alles einzustehen.
Und wie könnte ich
es besser lehren,
als versuchen es
vorzuleben?

(Verändert, ursprünglich aus:
GROSSE-OETRINGHAUS, HANS-MARTIN
Kinder im Krieg – Kinder gegen den Krieg
Verlag an der Ruhr, Mülheim;
aus dem Misereor-Fastenkalendar 2002)

Teil I:

Gliederung:	Seiten:
1. Einleitung:	1
1.1 Gegenstandsbereich und Ziele	1
1.2 Fragestellung und Verfahren	4
1.3 Methodisches Vorgehen	5
1.4 Besondere Forschungsprobleme	6
1.5 Hypothesen.....	7
1.6 Zu erwartende Ergebnisse	9
2. Zur Bedeutung von psychomotorischen und systemischen Begrifflichkeiten	11
2.1 Klärung zentraler Begriffe	11
2.2 Zum Systembegriff.....	18
2.3 Zur Bedeutung der Psychomotorik	20
2.4 Psychomotorische und systemische Zusammenhänge, deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede	26
2.4.1 Berührungspunkte zwischen zwei Therapieformen: Psycho-motorik und Familientherapie	31
2.4.2 Welche Systeme sind für diesen Zusammenhang relevant?	33
2.5 Gesellschaftlicher Wandel bringt Veränderungen in der Familie.....	34
2.5.1 Übergreifender Aspekt: gesellschaftlich-politische Kultur.....	36
2.6 Das Spiel als wesentliches Medium für Kinder	36
3. Hintergründe der Vernetzung von Sensorik, Motorik und psychisch-sozialen Prozessen	41
3.1 Psychomotorische Zusammenhänge in Bezug auf die vorsprachliche Kommunikation.....	41
3.1.1 Entwicklungspsychologische Einflüsse.....	46
3.2 Zur Verwendung des Psychomotorikbegriffs in der klinischen Psychologie.....	49
3.3 Systemisch-konstruktivistische Grundpositionen für einen Perspektivenwechsel in der Psychomotorik nach BALGO	58
3.3.1 Der Körper als System (die physiologische Ebene).....	58

3.3.2	Wahrnehmung/Bewegung als System (die interaktionelle Ebene)....	66
3.3.3	Affektlogik als System (die psychische Ebene).....	73
3.3.4	Soziale Systeme	79
3.4	Das therapeutische System	87
3.5	Strukturelle Koppelung der unterschiedlichen (Teil-)Systeme	88
<hr/>		
4.	Theoretische Konzepte der Psychomotorik und der Systemtheorie	92
4.0	Einleitung: Die Schwierigkeit der Interpretation von Bewegung	92
4.1	Exemplarische theoretische Konzepte sensorischer und motorischer Förderung	93
4.1.1	Das Modell von Jean AYRES	93
4.1.2	Grundannahmen von E. J. KIPHARD	97
4.1.3	Lern- und kompetenzorientierter Ansatz (SCHILLING)	102
4.1.4	Substantielles versus relationales Körper- und Bewegungsmodell: Modell der neuronalen Verursachung (TAMBOER).....	104
4.1.5	Die Erklärens-Verstehens-Kontroverse in der Motologie.....	109
4.1.6	Systemisch-konstruktivistischer Ansatz für die psychomoto- rische Praxis (KLAES und WALTHES; BALGO).....	117
4.2	Grundlagen systemischer Theorie (Systemtheorien)	126
4.2.1	Systemische Konzepte.....	127
4.3	Mehr-Ebenen-Konzepte	133
4.3.1	Das Mehr-Ebenen-Konzept zur Therapie von Jürgen KRIZ.....	133
4.3.2	Umriss eines neuen „psycho-senso-motorisch-systemischen“ Modells.....	139
<hr/>		
	Traditionelle „Krankheits-“ und „Störungs-“Konzepte im Licht systemisch-konstruktivistischer und/oder psychomotorischer Positionen	146
5.1	Entwicklungspathologie	149
5.2	Erste Ansätze einer systemisch-konstruktivistisch orientierten Krankheits- und Therapietheorie (BALGO).....	157
5.3	Kleiner Exkurs zur Betrachtung von non-verbalen Verhalten bei Störungen	160
<hr/>		
6.	Darstellung und Diskussion relevanter Therapierichtungen	163
6.1	Kurzer Überblick über die Therapien allgemein im Hinblick auf psycho-motorische und/oder systemische Relevanz	163

6.2	Motorische und sensorische Therapierichtungen.....	164
6.2.1	Von der psychomotorischen Übungsbehandlung (KIPHARD) zur klinischen psychomotorischen Therapie (JAROSCH/GÖBEL/PANTEN)	164
6.2.2	Psychomotorische Entwicklungstherapie auf neurophysiologischer Basis (BURMEISTER)	166
6.2.3	Kindzentrierte psychomotorische Entwicklungsförderung (ZIM-MER/VOLKAMER).....	168
6.2.4	Psychomotorik mit Erwachsenen: Konzept einer Bewegungstherapie in der Psychiatrie auf psychomotorischer und sportpädagogischer Basis (HÖLTER)	169
6.2.5	Sensorische Integrationstherapie nach Jean AYRES im Vergleich zur Frostigtherapie von Marianne FROSTIG.....	172
6.3.	Ausgewählte Bewegungspsychotherapieverfahren.....	175
6.3.1	Konzentrierte Bewegungstherapie	175
6.3.2	Integrative Bewegungstherapie	176
6.3.3	Pesso Boyden System Psychomotor Therapie (PBSP).....	183
6.3.4	Feldenkrais-Methode	186
6.4	Ausgewählte psychologische Therapierichtungen: Grundkonzepte der Psychotherapie in Bezug auf systemische und vor allem psychomotorische Elemente und Zusammenhänge	188
6.4.1	Körpertherapie (W. REICH) und Bioenergetik (LOWEN)	188
6.4.2	Gestalttherapie (PERLS) und Integrative Therapie	191
6.4.3	Psychodrama (MORENO)	200
6.4.4	Die nicht-direktive Spieltherapie (AXLINE) und die klientenzentrierte Spieltherapie (SCHMIDTCHEN) im Vergleich.....	203
6.4.5	Die Kinderpsychotherapie im Vergleich zur Familientherapie	207
6.4.6	Systemische Ansätze außerhalb der Familientherapien.....	213
6.4.6.1	Grundlegende Aspekte systemischer Therapien.....	214
6.4.6.2	Systemische Spieltherapie	216
6.4.6.3	Systemische Kinderpsychotherapie	220
6.4.6.4	Kurzzeitpsychotherapie auf der Basis systemischer und konstruktivistischer Annahmen	224
6.5	Für das neue Setting vorrangig genutzte psychologische Therapiemethoden.....	228
6.5.1	Familientherapien und ihre verschiedenen groben Richtungen.....	228
6.5.2	Das Reflecting Team nach Tom ANDERSEN	241

VIII

6.5.3	Videokonsultation: das Marte-Meo-Konzept nach M. AARTS	254
6.5.4	Elterliche Präsenz nach Haim OMER.....	263
6.5.5	Das Auftragskarussell von Arist von SCHLIPPE und Jürgen KRIZ.....	266
6.6	Begründung der Zusammenführung des psychomotorischen und des systemisch–therapeutischen Ansatzes.....	269
<hr/>		
7.	Psychomotorische Familientherapie – ein neuer Zugang	271
7.1	Die Verbindung von Theorie und Praxis in einem neuen Setting.....	271
7.2	Begründung der Zusammenstellung der neuen Vorgehensweise	273
7.3	Welche Elemente aus anderen Therapierichtungen und Therapieformen sind hilfreich?	275
7.4	Wie soll die Durchführung aussehen? – Beschreibung.....	276
7.4.1	Gesamtablauf des Settings	276
7.4.2	Der Ablauf der Psychomotorischen-Familientherapie-Stunde (PMFT-Stunde).....	282
7.4.3	Genutzte Techniken	285
7.5	Vergleich mit dem Konzept von HAMMER und PAULUS (2002)	289
7.6	Vergleich mit der systemischen Bewegungstherapie von BALGO und VOSS.....	295
<hr/>		
8.	Erprobung an einzelnen familiären Systemen	300
8.0	Methodisches Vorgehen: Mögliche Tests und Fragebögen	300
8.1	Familientests.....	300
8.1.1	Familienbrett.....	300
8.1.2	FAST (Familiensystemtest)	301
8.2	Prozessmodelle und Ratingskalen	304
8.3	Theoriegebundene Fragebogenverfahren	307
8.4	Fünf theorieübergreifende Fragebogeninstrumente	307
8.4.1	Family Environment Scale (FES) (dt. Familienklimaskalen FKS).....	307
8.4.2	Family Assessment Device (FAD)	308
8.4.3	Familienbögen von CIERPKA/FREVERT.....	308
8.4.4	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)...	312
8.4.5	Self-Report Family Inventory (SFI).....	312
8.5	Methodisches Vorgehen	313

IX

8.6	Bestimmung der relevanten Parameter zur Erkennung von Veränderungen.....	320
8.7	Veränderungsüberprüfungen.....	323
8.8	Erprobung an einzelnen familiären Systemen.....	324
8.8.1	Familie A: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen	330
8.8.2	Familie B: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen	349
8.8.3	Familie C: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen	372
8.8.4	Familie E: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen	390
8.9	Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Erprobung und Folgerungen.....	390

9.	Schlusswort: Resümee	392
-----------	-----------------------------	------------

Danksagung

Erklärung

Literaturverzeichnis

Teil II: Anhang

Anhang I: Fragebögen, Fragebögenformulare, Auswertungsformulare und Videoauswertungsformular

I/1) Familienzusammenhänge

I/2) FAST-Auswertungsbogen

I/3) Familienbögen: a) Allgemeiner Familienbogen, b) Selbstbeurteilungsbogen und c) Zweierbeziehungsbogen

I/4) Filminstruktionen und Videoauswertungsformular

I/5) Fragebogen für die Erzieherinnen

Anhang II: Verlaufsprotokolle der vier Fallbeispiele:

Fallbeispiel A, B, C und E: Diese Verlaufsprotokolle entfallen in der Internetversion nach Absprache mit der Doktormutter zum Schutze der Familien, die an der Erprobung beteiligt waren.

Anhang III: Auswertung der Tests: Familienbögen und MOT 4-6

III/A) Auswertungen der Familienbögen: Allgemeiner Familienbogen, Selbstbeurteilungsbogen und Zweierbeziehungsbogen (vorher und nachher)

III/B) Motorik-Testergebnisse der Indexpatienten/-patientinnen

Anhang IV: Ausführungen zu Kapitel 9:

Resümee mit synoptischer Fallbeschreibung

1. Einleitung

1.1 Gegenstandsbereich und Ziele

Im Lebensalltag der Industriegesellschaften hat die Notwendigkeit zur körperlichen Bewegung durch die Automatisierung ehemals manueller Tätigkeiten rapide abgenommen. Hinzu kommt, dass in unserer Gesellschaft auch der Spielraum für Kinder immer knapper wird. Freie, nicht organisierte Bewegungsmöglichkeiten sind seltener geworden. Kinder führen zunehmend sogar ihre Freizeitaktivitäten im Sitzen durch (z.B. Fernsehen, Computerspiele), ohne das ihnen eigene und für die gesamte Entwicklung in zentraler Weise bedeutsame Bewegungsbedürfnis angemessen verwirklichen zu können. Dieser Bewegungsmangel bedingt nicht nur eine Verminderung sensorischer und motorischer, sondern auch psychisch-sozialer Fähigkeiten. Er ist somit als eine der Ursachen für die Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Rahmen dieser kulturellen Lebensform anzusehen.

Die **psychomotorische Pädagogik und Therapie** für Kinder ist als Reaktion auf den enormen Wandel des für die psychische und motorische Entwicklung so bedeutsamen engeren und weiteren Umfeldes von Kindern entstanden und trägt der bedeutenden Korrelation zwischen motorisch-sensorischen Störungen und Verhaltensstörungen Rechnung. Sie folgt dem Gedanken der Ganzheitlichkeit des Menschen, indem sie in der Therapie die motorische, die sensorische und die psycho-soziale Ebene kindlicher Entwicklung anspricht und die Wechselwirkungen der verschiedenen Ebenen untereinander mit beachtet.

„In der Psychomotorik geht es einerseits darum, vom Bewegungsverhalten des einzelnen Kindes auf seine psychische Befindlichkeit zu schließen und darin seine individuellen Bedürfnisse, Probleme und Nöte zu erkennen. Andererseits wird über glückhafte Bewegungs- und Gemeinschaftserlebnisse, über kleine und kleinste Erfolge im motorischen Leistungsbereich in positiver Weise Einfluß genommen auf die psychische Befindlichkeit [...]“ (MEETH 1995, 29).

Ein weiterer gravierender gesellschaftlicher Wandel hat sich in der Struktur der Familien vollzogen. Die klassische Großfamilie existiert praktisch nicht mehr. Sie wurde durch die so genannte Kleinfamilie abgelöst, deren Grundstruktur aber zudem vielfach zerfällt. Immer mehr Kinder wachsen mit einem allein erziehenden Elternteil und/oder in wechselnden bzw. nicht eindeutigen Beziehungssystemen und/oder mit wechselnden Bezugspersonen auf. In der Folge nimmt die Bindungsunsicherheit der Kinder zu. Typische Auswirkungen sind u. a. Konzentrationsstörungen, Ängstlichkeit, Aggressionen sowie eine Zunahme sensorischer und motorischer Auffälligkeiten (vgl. z. B. das Kapitel: „Das Körperschema der Angst“ in „die Entdeckung des Selbstverständlichen“ von Moshé FELDENKRAIS 1987).

Die **systemische Therapie bzw. Familientherapie** *fordert* und *fördert* die Einführung eines vernetzten Denkens im therapeutischen und beratenden Handeln. Sie versteht sich als „psychotherapeutischer Zugang zu sozialen Systemen, die aus der Begrenzung ihres Denkens, Fühlens und Handelns eine Erweiterung ihrer Möglichkeiten suchen. Durch neue Interpretationen der Lebensgegenwart und Vergangenheit eines Systems werden der Prozess seiner Bewußtwerdung und neue Handlungsmöglichkeiten gefördert und die Lebensqualität gesteigert. Wesentliches Anliegen dabei ist, die noch oft in traditionellen Kategorien gesehenen psychischen und psychosomatischen Symptome nicht isoliert als gestört oder krank zu betrachten, sondern als Lösungsmöglichkeiten eines Systems, mit seinem Gewordensein und seinen Begrenzungen kreativ umzugehen. Symptome können dann ausreichend verstanden und gewürdigt werden, wenn [...] sie in einem größeren Sinnzusammenhang [stehen, U. L.-R.], der das vergangene und gegenwärtige Familiensystem sowie gesellschaftliche Bedingungen umfaßt. Diese erweiterte, vernetzte Sichtweise ermöglicht es, die Gegenwart eines Systems neu zu interpretieren und so verändernd einwirken zu können [...]“ (INSTITUT FÜR FAMILIENTHERAPIE e.V. WEINHEIM 1994).

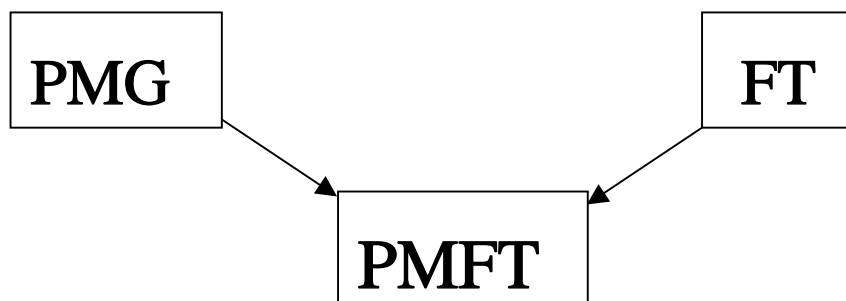
Die Entwicklung der Systemtheorien in Psychologie und Psychotherapie eröffnete neue Forschungsfelder, in denen das unmittelbare und weitere Umfeld der Kinder stärker in den Vordergrund rückte. Die Systemtheorien sollten – so die hier vertretene Position – auch in der Psychomotorik mehr Beachtung finden. Der systemische argumentative Hintergrund ergibt sich entlang der Bearbeitung einer Reihe von Fragen:

- Ist – und wenn inwiefern – eine Verbindung des systemischen und des psychomotorischen Gedankenguts sinnvoll und möglich?
- Wo sind bereits Versuche einer Verbindung durchgeführt worden?
- Welche psychomotorischen Elemente sind in systemischen und anderen Theorien und Therapien erkennbar?
- Wie kann eine solche kombinierte Therapie, wenn sie denn möglich ist, sinnvoll erprobt werden?
- Für welche Klientel welcher Altersstufe (Indexpatienten) könnte diese Therapieform indiziert sein?

Ausgehend von der im Weiteren aufzuführenden Argumentationsgrundlage bzw. anhand der Antworten auf diese Fragen ist es das Anliegen dieser Untersuchung, ein neues Therapiekonzept zu erstellen, das das systemtheoretische und das psychomotorische Gedankengut verknüpft. Diese Forderung hatte die Autorin in ihrer Diplomarbeit schon in der Konzipierung einer „psychomotorischen Familientherapie“ aufgestellt (LICHER-RÜSCHEN 1998), aber dort nicht ausführen können. Die Verbindung soll hier zuerst theoretisch aufgearbeitet und dann in einem Therapieverfahren als **psychomotorische System- bzw. Familientherapie** bzw. als **systemische Bewegungstherapie** zusammengebracht werden. Es wird im Folgenden der erste Begriff genutzt, da er das neu erstellte Setting angemessener umschreibt.

PLEYER (2001) schreibt: „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 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. [...] Gerade der Schulenvielfalt verdanken wir eine breite Palette praktischer Methoden. Und der Entwicklungsprozess in allen großen Therapieschulen scheint noch in vollem Gange. [PLEYER plädiert dafür, U. L.-R.] systemisches Denken als allgemeine Leitlinie in den unterschiedlichen Anwendungskontexten 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“ (PLEYER 2001, 125 bis 127).

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist also die Konzeption einer „Psychomotorischen Familientherapie“ (PMFT). Diese ergibt sich aus der Verknüpfung von Prinzipien und Methoden der psychomotorischen Therapie in Psychomotorikgruppen (PMG) und jenen der Familientherapie (FT).



Eine auf diese Weise sehr breit angelegte, theoretische wie praktische Problemstellungen betreffende Untersuchung bedarf der subtilen Erarbeitung der Fragestellungen und der Thematik.

U. a. hat sich als Resultat dieser konzeptionellen Vorarbeit ein in den Arbeitstitel der Untersuchung aufgenommenem Zusatz ergeben:

„Ein neues Setting in der systemischen Therapie von Familien mit Kindern im Alter zwischen vier und acht Jahren durch die Berücksichtigung von verbaler **und** nonverbaler Kommunikation in der Bewegungsförderung“

Dieser Zusatz soll Thema und Fragestellung dieser Arbeit weiter präzisieren und insbesondere verdeutlichen, dass, obgleich eine innovative therapeutische Konzeption zu

entwickeln ist, dies selbstverständlich in der Auseinandersetzung geschieht und mit Anknüpfung an verschiedene bereits existierende Therapieansätze.

Eine wie hier angelegte Untersuchung bedarf allerdings generell auch weiter der kontinuierlichen Reflexion der Vorgehensweise bei der Bearbeitung. Hinzu kommt, dass diese Untersuchung im Kontext der praktischen Arbeit mit Psychomotorikgruppen platziert ist, d.h. kontinuierlich auch Anregungen aus der praktischen Erfahrung zu verarbeiten sind bzw. sich aus der theoretischen und konzeptionellen Reflexion Impulse für die praktische Arbeit ergeben. Dies wirkte sich hinsichtlich aller im Weiteren dargestellten Teilbereiche der Untersuchung aus und führte dazu, dass zusätzliche Aufgaben anfielen: Z. B. ergab sich im Verlauf etlicher Elterngespräche die Notwendigkeit bzw. der Wunsch der Eltern, die Eltern der in meinen Gruppen betreuten Kinder durch einen kleinen Ratgeber in Fragen der Alltagskommunikation und Konfliktklärung mit den Kindern zu unterstützen. Hiervon wurde allerdings, trotz der Erstellung, in diesem Rahmen wieder Abstand genommen.

1.2 Fragestellung und Verfahren

Die Auffälligkeiten im motorischen, sensorischen und psycho-sozialen Bereich bei Kindern nehmen in der Gegenwart deutlich zu. Sie zeigen sich z.B. als Störungen der Feinmotorik, Reaktionsschwierigkeiten, Koordinationsstörungen im Bereich der Motorik, als Gleichgewichtsstörungen, Hör-, Tast- und Sehschwächen im Bereich der Sensorik und als emotionale Schwächen wie Aggressionen, übersteigerte Ängstlichkeit oder Essstörungen im psycho-sozialen Bereich, um nur einige zu nennen.

Fehlender Halt in den Familien, das Zerbrechen von Familienstrukturen, Werteunsicherheit bzw. -verschiebung sind weitere Faktoren, die sich mit den oben genannten in einem Netz von Wechselbeziehungen befinden. Mitten in diesem Netzwerk befindet sich das so genannte Symptomkind mit seiner Familie.

Wenn Ganzheitlichkeit in der Behandlung oberste Priorität haben soll, kann das Behandeln einzelner Schwächen und Defizite nur Stückwerk sein. Therapeutische Intervention muss zum Ziel haben, starre, sich gegenseitig bedingende Verhaltensmuster (Teufelskreise), in die das Symptomkind wie sein Umfeld verwickelt sind, außer Kraft zu setzen. Schon die Unterbrechung dieser Muster regt an, neue Wege zu suchen und freizulegen. Werden diese dann auch beschritten, das heißt, erfolgen im Anschluss daran wahrnehmbare Änderungen der Reaktionen, so spricht LUDEWIG (1992) von so genannter „nachhaltiger *Verstörung* durch Anregung“. Da die verbalen Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeiten von Kindern noch eingeschränkt sind, kommt dem Bewegungslernen in diesem Kontext eine außerordentliche Bedeutung zu. Oder anders gesagt: Für das Kind gilt in besonderem Maße: „Jedes *Tun* ist *Erkennen*, und jedes *Erkennen* ist *Tun*“ (MATURANA/VARELA 1987, 32).

Mein Ziel ist es daher, eine therapeutische Verbindung zwischen Bewegung und „bewegender“ Situation herzustellen und eine Therapieform zu entwickeln, in der Kinder die prägnanten und unzweideutigen Ausdrucksmöglichkeiten ihrer Bewegung mit einsetzen

können. In der von mir entwickelten Therapiemethode soll durch das Bewegungslernen und das Spiel in einem familienähnlichen System die oben genannte *Verstörung* stattfinden. Ich möchte in der Therapiestunde mittels spielerischer Bewegung bei den Kindern eine Unterbrechung habitualisierter Verhaltensmuster bei Streit, Ärger, Wut o. Ä. bewirken und sie dadurch anregen, neue Wege zu gehen, um so Teufelskreise des Systems auflösen bzw. unterbrechen zu können. Da die Kinder die Erfahrungen mit ihnen bisher nicht vertrauten Verhaltensweisen *spielerisch* machen können, sind diese in der Regel mit positiven Emotionen gekoppelt, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Verhaltensänderungen auf Dauer in das Umfeld übertragen werden können. Gleichzeitig soll den Eltern die non-verbale Sprache der Kinder näher gebracht werden. Zudem soll für sie erfahrbar gemacht werden, wie sie positivere Interaktionen mit ihrem Kind/ihren Kindern initiieren und umgekehrt die Kinder mit ihren Eltern erfahren können.

1.3 Methodisches Vorgehen

Diese Untersuchung ist in neun Schritte gegliedert. Nach der Beschreibung des Gegenstandsbereichs, der Problemstellung, der Darstellung des Verfahrens und des Ziels der Dissertation sollen für diesen Zusammenhang relevante Begriffe erklärt werden (Kapitel 2). Es wird aufgezeigt, welche Systeme in diesem Zusammenhang wichtig sind, und es wird gleichzeitig übergreifend beleuchtet, inwiefern diese Systeme wieder in einem größeren Zusammenhang stehen (politischer und gesellschaftlicher Rahmen). Es findet keine separate Beschreibung der beiden Theorien statt, es wird aber aufgezeigt, wo ihre Berührungspunkte liegen und wo sie sich unterscheiden. Hinterfragt werden muss unter anderem das psychomotorische und systemische Verständnis von Problemen. Die Hintergründe zur Vernetzung von Sensorik, Motorik und psychisch-sozialen Prozessen werden im 3. Kapitel erläutert. Das 4. Kapitel vertieft die theoretischen Konzepte sowohl im motorischen und sensorischen als auch im systemtheoretischen Bereich. Die Darstellung des Mehr-Ebenen-Konzeptes von Jürgen KRIZ scheint mir für diese Diskussion sehr hilfreich, da dort schon eine Verbindung von Motorik, Sensorik und psychischen Prozessen angeregt wird. Grundideen eines neu zu erstellenden „psycho-senso-motorischen-systemischen“ Modells werden hier umrissen.

In Kapitel 5 wird ausgeführt, welches Verständnis von Problemen dem neu zu erstellenden Konzept zugrunde liegt bzw. welche Bedeutung die pathologische Abgrenzung dort hat. Die Darstellung und Diskussion relevanter Therapierichtungen vor allem unter dem Aspekt bereits vorhandener Berührungspunkte psychomotorischen und systemischen Gedankenguts erfolgt in Kapitel 6. Entstehung, Beschreibung und Begründung der alternativen Therapieform unter Erläuterung der methodischen Vorgehensweise können daraus entwickelt in Kapitel 7 folgen.

Aufgrund ihrer familiären Struktur ausgewählte Kinder aus den von Frau Prof. Dr. Zimmer und der Autorin als Co-Therapeutin geleiteten Psychomotorikgruppen haben mit ihren familiären Systemen an der neuen Behandlungsform teilgenommen. (Die Autorin arbeitet

bei den Psychomotorikgruppen seit 1994 mit.) Die Prüfung der Nützlichkeit des Settings der „Psychomotorischen Familientherapie“ hat in Form von Einzelfallerprobungen stattgefunden und wird im Kapitel 8 näher beschrieben. Die Bereitschaft des Kindes und seiner Familienmitglieder zur Mitarbeit ist unabdingbare Voraussetzung. Darüber hinaus müssen sich die Eltern der in den Psychomotorikgruppen anwesenden Kinder bereit erklären, eine Erprobung des Konzeptes in einer Therapiestunde als Familie mit durchzuführen. Bei diesen Einzelfallerprobungen sollen u.a. zwei von mir im Rahmen meiner Diplomarbeit entwickelte Fragebögen eingesetzt werden:

1. der Beobachtungsbogen für an einer Psychomotorikgruppe teilnehmende Kinder (zur Beobachtung sensorischer, motorischer und psychisch-sozialer Komponenten);
2. der Fragebogen für die Eltern der Kinder (enthält überwiegend Fragen nach der familiären Situation und der medizinischen, motorischen, sensorischen und psychisch-sozialen Entwicklung des Kindes).

Letzterer wird durch einen dreiseitigen Zusatz über Familienzusammenhänge noch ergänzt. Die Anzahl der durchzuführenden Stunden pro Familiensystem ist vom Entwicklungsgang und Interesse im jeweiligen familiären System abhängig.

Durch die Durchführung des Familiensystemtests (FAST) und das Ausfüllen der Familienbögen vor und nach dem Arbeiten mit den Familien soll nach Veränderungen in den Familiensystemen geschaut werden. Ein Fragebogen an die Erzieherinnen kann eventuell auch Aufschluss über Veränderungen der Kinder in dem Behandlungszeitraum bringen.

1.4 Besondere Forschungsprobleme

Im Verlauf der Arbeit haben sich eine Anzahl besonderer Forschungsprobleme herauskristallisiert, die u. a. auf die Besonderheit der Fragestellung bzw. des Anliegens dieser Untersuchung zurückzuführen sind. Diese betreffen:

- a) die Schwierigkeit der Interpretation von Bewegung (siehe Kapitel 4);
- b) Differenzen bzgl. der Inhalte (Ziele), der Klientel und der Vorgehensweisen (Techniken) in der psychomotorischen Therapie bzw. in den Psychomotorikgruppen und der Familientherapie;
- c) die Notwendigkeit zur Erarbeitung/Bearbeitung der Kriterien, die zur Bestimmung von "Symptomkindern" in der PMG bzw. IndexpatientInnen in der PMFT Anwendung finden können (Nutzung der Beobachtungs- und Fragebögen von LICHER-RÜSCHEN 1998, Anhang);
- d) die Notwendigkeit, systemische Beobachtungsparameter (siehe Kapitel 8) für die anvisierte Evaluationsstudie „Psychomotorische Familientherapie" zu entwickeln;

- e) die Erarbeitung eines Ablaufplans für die Evaluationsstudie im Gesamtverlauf (siehe Kapitel 8) sowie einer Ablaufplanung für die jeweiligen Einzelsitzungen (vgl. Kapitel 7).

Eine detaillierte Darstellung der theoretischen Problematik im Rahmen dieser Dissertation ist demzufolge ebenso notwendig wie der sorgfältige und realitätsgerechte Transfer in der therapeutischen Praxis, einschließlich der Erarbeitung von geeigneten Verlaufsplänen für die Evaluierung und adäquater Texte zur Vermittlung des Anliegens an die jeweiligen Beteiligten.

1.5 Hypothesen

Hypothesen zur Theorie:

- Gefühle finden ihren Ausdruck in Bewegung – in Bewegungsmustern spiegeln sich Gefühle wider.
- Die Gefühlswelt wird durch neuartige Bewegungen erweitert – starre Bewegungsmuster engen die Gefühlswelt ein.
- Systemische und psychomotorische Theorie können in Verbindung gebracht werden.
- Das Bewegungslernen erleichtert jüngeren Kindern das Erkennen und Erlernen von sozialen Mustern und Zusammenhängen.
- Die Systemstruktur der Familie und des weiteren Umfelds kann zugleich *mit bedingender Faktor* und *Produkt* der Probleme im sensorischen, motorischen und psychisch-sozialen Bereich des Kindes sein.
- Das soziale Bezugssystem (= engeres und weiteres Umfeld) ist mit dem sensorisch-motorischen Bezugssystem (= Körperverhalten/-erleben) vernetzt.

Hypothesen zum Therapieverfahren:

- Es gibt in anderen Therapieformen bereits psychomotorische Elemente, ohne dass diese als solche benannt worden sind.
- Die psychomotorischen und systemischen Therapieformen können sich besonders bei der Arbeit mit Kindern im Alter zwischen 4 und 8 Jahren, deren körperlicher Ausdruck noch sicherer ist als der verbale, sinnvoll ergänzen.

Diese Hypothesen sollen unter systemischen Aspekten noch ergänzt werden:

Systemische Kernhypothese:

Mit der psychomotorischen Familientherapie (PMFT) bzw. mit dem anvisierten Setting, welches Elemente der Psychomotorik mit solchen der Familientherapie verbindet, können Familienmuster positiv beeinflusst werden. Dies gilt vor allem bezüglich der

- KOHÄSION (definiert als emotionale Bindung von Familienmitgliedern) und der
- HIERARCHIE (verstanden im Sinne von Entscheidungsmacht oder gegenseitiger Einflussnahme von Familienmitgliedern).

Die **Teilhypothesen** sind:

1. Durch eine intensive Berücksichtigung der dem Kind eigenen nonverbalen Kommunikationsmuster (Bewegung und Bewegungsspiel) werden seine Ausdrucksmöglichkeiten mehr beachtet und können mehr in die Problemlösung mit einbezogen werden; dies führt nicht nur zu einem größeren Wohlbefinden, sondern gegenüber der gängigen Familientherapie zu einer zuverlässigeren Erkennung von Problemen und Konfliktpotenzialen in Bezug auf die jüngeren Kinder.
2. Das Beziehungsmuster der Familie verändert sich von einem überwiegend zentripetalen (= gering extrafamiliar orientierten) oder überwiegend zentrifugalen (= gering intrafamiliar orientierten) zu einem „ausgewogeneren Verhältnis“. Was das bedeutet, ist sicher nicht für jede Familie gleich.
3. Die Familienbindungen, die verstrickt (= „enmeshed“, geringe gegenseitige Abgrenzung) und die losgelöst (= „disengaged“, hohe gegenseitige Abgrenzung bis hin zur Ausstoßung) sind, bewegen sich hin zu einer Bindungssituation, in der Kontakt möglich ist, aber die Grenzen auch gewahrt werden (= verbesserte Grenzsituation).
4. Rigide, mit wenigen Transformationsmöglichkeiten ausgestattete oder chaotische, wenig stabile Familienbeziehungsmuster verändern sich.
5. Die Familienfunktionen verbessern sich im Hinblick auf *Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehung, Kontrolle, Werte und Normen*,¹.

¹ Die Kernhypothesen und Teilhypothesen sind in Anlehnung an die Veränderungsparameter der „FB“ (Familienbögen) von CIERPKA und FREVERT (1994) und des „FAST“ (Familiensystemtest) von GEHRING, Manual (1992,13) erstellt worden.

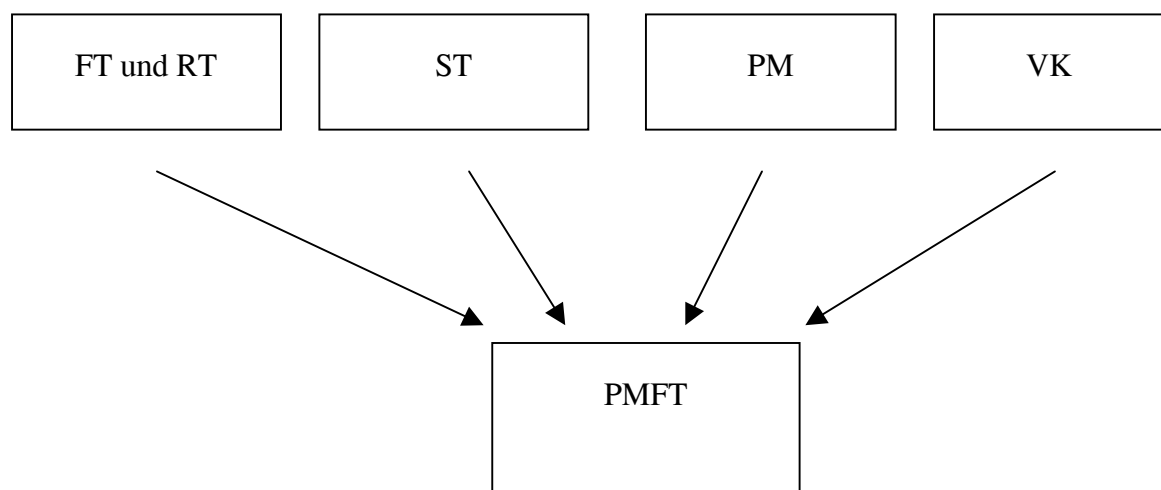
1.6 Zu erwartende Ergebnisse

Aus der theoretischen Aufarbeitung der psychomotorischen und systemischen Theorien und Therapien entsteht ein neues, effektives Therapiekonzept zur Bearbeitung von Konfliktherden vorrangig vier- bis achtjähriger, verhaltens- und/oder bewegungsauffälliger Kinder und ihrer Eltern. Durch eine stärkere Betonung des Elements der Bewegung in der Therapie erlernt das Kind spielerisch bisher nicht vertraute Ausdrucksformen und Möglichkeiten zur Konfliktlösung. Sie fördern die Auflösung der Symptome des kindlichen Indexpatienten und der Störungen in seinem Umfeld, so dass es sich und seine Welt zufriedener erleben kann.

Meine Kenntnis der systemischen Theorie (mein Schwerpunkt in der klinischen Psychologie) und meine umfangreichen Erfahrungen in psychomotorischer Theorie und Praxis aus meiner seit 1994 andauernden Mitarbeit in den von Frau Prof. Dr. ZIMMER geleiteten Psychomotorikgruppen führten zu der aktuellen Themenstellung.

Wie oben beschrieben soll die „Familientherapie“ mit der „psychomotorischen Therapie“ verbunden werden. Hier soll eine Spezifizierung noch Genaueres darlegen, da das Spektrum sowohl der systemischen (ST) und Familientherapien (FT) und auch das Feld um die psychomotorischen Therapien (PM) sich sehr erweitert bzw. ausgebreitet hat. Im systemischen Bereich wird vorrangig auf die vorhandenen Therapieformen des „Reflecting Team“ (RT) nach Tom ANDERSEN und der Familientherapie nach Virginia SATIR zurückgegriffen. Auch das „Auftragskarussell“ von KRIZ/SCHLIPPE kommt in den Beratungsgesprächen mit den Eltern zum Einsatz. Im psychomotorischen Bereich gab vor allem die „Kindzentrierte psychomotorische Entwicklungsförderung“ (Kindzentrierte Mototherapie) von VOLKAMER/ZIMMER (1986; vgl. ZIMMER 1999, 45) Anregungen.

Auch das Marte-Meo-Konzept nach Maria AARTS brachte für den Bereich der Videokonsultation (VK) gute Hilfestellungen. Haim OMER entwickelte durch seine Ideen über die elterliche Präsenz und die Autorität ohne Gewalt mir sehr entgegenkommende Ansichten.



Immer bleibt aber das Problem, die Theorie in die Praxis umzusetzen bzw. das, was die Praxis schon durchführt und was zu funktionieren scheint, in der Theorie stichhaltig zu begründen. Ich hoffe, dass mir dies in dieser Arbeit erfolgreich gelungen ist.

2. Zur Bedeutung von psychomotorischen und systemischen Begrifflichkeiten

2.1 Klärung zentraler Begriffe

Die folgenden Begriffe finde ich für den Zusammenhang der psychomotorischen und systemischen Therapie klärungsbedürftig:

Der Begriff *Familie* sollte definiert werden, da er die Personen zusammenfasst, die vorrangig an der PMFT teilnehmen. Erklärt werden sollte der Begriff aber auch deshalb, weil sich das Verständnis für diesen Begriff verändert hat und dieser heutzutage viel weiter gefasst wird als früher. Die Begriffsklärung *System* wird benötigt, da eine Familie ein System darstellt und darüber hinaus mit Systemen allgemein gearbeitet wird. Die Begrifflichkeit des *sozialen Systems* soll noch einmal den Blick darauf legen, dass die Familie als System nicht isoliert existiert, sondern mehr oder weniger Außenkontakte zur Umwelt unterhält. Die Therapierichtungen *Familientherapie* und *Psychomotorik* sollen nur knapp erläutert werden, da sie beide als Grundsäulen bzw. Ausgangstherapierichtungen, also vorrangige Therapierichtungen, für das neue Setting dienen und später noch genauer erklärt werden. Da die PMFT für Familien besonders mit jüngeren Kinder geeignet sein soll, muss der Begriff *Spiel* erläutert werden, da dies das häufigste Ausdrucksmedium der Kinder ist, über das sie verbal wie nonverbal kommunizieren oder ihre Inhalte symbolisch darstellen bzw. übertragen. Außerdem ist es das, was sie am meisten tun und ihnen vor allem am meisten Spaß macht.

Definition des Begriffs „Familie“:

„Jeder hat Erfahrungen in und mit seiner Familie gemacht,“ bemerkt M. CIERPKA. „Insofern ist Familie nicht etwas, was außerhalb von uns ist, sondern etwas konkret Erlebtes und Wiedererlebbares“ (CIERPKA 1996, 2). Als Familie wird das bezeichnet, was sich im Zusammenleben der Beteiligten als Familie etabliert und verwirklicht. Die Identifikation mit dieser familiären Wirklichkeit ist so, dass wir ein subjektives Bild von Familie in uns tragen, das uns bei der Gründung der eigenen Familie leitet. Es ist sehr schwierig, eine endgültige Definition des sozialen Gebildes Familie zu geben, da Familie für jede wissenschaftliche Disziplin etwas anderes darstellt. Dieses grundlegende Problem zeigt sich in den unterschiedlichen normativen Definitionen von Familie.

„Die *Familiensoziologen* helfen sich in ihren Definitionsansätzen in der Regel damit, daß sie den Sozialisationsprozeß der Kinder als Kristallisationspunkt der Familie herausstellen. Familie bezeichnet dann soziale Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, die als solche sozial anerkannt werden“ (CIERPKA 1996, 3). Dabei wird beachtet, dass Menschenkinder während längerer Zeit der Fürsorge, Pflege und Erziehung bedürfen, um zu überleben.

Eine zentrale Bedeutung für die psychische Entwicklung der Kinder kommt dabei den innerfamiliären Beziehungen und den Identifizierungen mit diesen Beziehungen zu.

Für die Definition von Familie wird beim *rechtlichen Familienbegriff* das Filiationsprinzip zusammen mit dem Sorgerechtsprinzip in den Vordergrund gestellt. Ein System kann Familie genannt werden, wenn „zwei Generationen durch biologische oder rechtliche Elternschaft miteinander verbunden werden und eine Klärung des Sorgerechts für die nachwachsende Generation erfolgt ist“ (SCHNEEWIND 1987, 972).

Der am Verwandtschaftsprinzip orientierte *genealogische Familienbegriff* umschließt im Vergleich zum rechtlichen Familienbegriff eine größere Diversifikation von Familienformen. Seine Familie stellt sich für den Einzelnen als die Gruppe von Menschen dar, „die miteinander verwandt, verheiratet oder verschwägert sind, gleichgültig, ob sie zusammen oder getrennt leben, ob die einzelnen Mitglieder noch leben oder – bereits verstorben – ein Glied in der Entstehung von Familie sind“ (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Jugend 1984, 27).

CIERPKA beschreibt, dass Familie weit mehr ist als die mehr oder weniger erfolgreich gelungene Unternehmung, Kindern das Geleit in die Erwachsenenwelt zu geben. Als intimes Beziehungssystem definieren Psychotherapeuten die Familie. FREVERT (1992, 8) definiert in Anlehnung an SCHNEEWIND (1987) die Familie „als intimes Beziehungssystem von zwei oder mehr Personen, die einen gemeinschaftlichen Lebensvollzug vornehmen. Der gemeinsame Lebensvollzug wird durch die Kriterien der Abgrenzung, Privatheit, Dauerhaftigkeit und Nähe bzw. Intimität und Emotionalität bestimmt.“ Laut CIERPKA (1996) ist für die klinische Familiendiagnostik eine Wortklärung erforderlich, die sich auf das Zusammenleben von Individuen in einer besonderen Kleingruppe, der Familie, bezieht. Die Lebensform wird durch besondere Beziehungen in der Familie gekennzeichnet:

„In einer (Ein- oder Zweieltern-)Familie leben mehrere, meistens die zwei Generationen der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-)Eltern und der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-) Kinder, zusammen. Das Zusammenleben in der Familie ist charakterisiert durch gemeinsame Aufgabenstellungen, durch die Suche nach Intimität und Privatheit und durch die Utopie der Familie. Bei der Familiengründung bringt jeder Partner seine persönliche Utopie von Familie ein, die sich in der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen des Partners und der sozialen Wirklichkeit als Lebensform realisiert. Dadurch wird ein Rahmen für das geschaffen, was die Familie oder eine andere Lebensform an Lebens- und Entwicklungsaufgaben erfüllt“ (CIERPKA 1996, 3–4).

Verschiedene Definitionen des Begriffs „System“:

„Das aus dem Altgriechischen stammende, aus `syn´ (= zusammen) und `histanai´ (= stellen) zusammengesetzte Wort für System bedeutet etymologisch `ein aus Teilen

zusammengesetztes´ und somit von anderen abgrenzbares, `gegliedertes Ganzes“ (DUDEN Band 7, 1963).

Für BERTALANFFY (1972) besteht ein System als Gebilde aus einer Menge miteinander verknüpfter Elemente. Lebende Systeme sind für ihn offene Systeme, die mit ihrer Umwelt in Wechselwirkung stehen. Ihre Elemente, Relationen, Funktionen und Ziele sind der Systemganzheit untergeordnet (vgl. BALGO 1998, 87–88). Die Bestimmung der Grenze bleibt dabei unklar, da es ja ein offenes System ist. LUDEWIG (vgl. 1992, 42) schreibt dazu, dass durch nicht eindeutig beschriebene Abgrenzung von System und Umwelt das System als „ineinander verschachtelte Teile einer hierarchischen Anordnung betrachtet werden müsse, in der die übergeordnete Systemebene die untergeordnete Systemebene kontextualisiert“ (BALGO 1998, 88).

Die klassische Definition von HALL und FAGAN (vgl. 1968, 81) besagt, dass „ein System ein Aggregat von Objekten und Beziehungen zwischen den Objekten und Merkmalen ist. Auch VESTER (vgl. 1983, 17ff.) definiert ein System durch seine zu einem geordneten Wirkungsgefüge organisierten, miteinander vernetzten Teile. Dabei wird sowohl die Existenz von Teilen, aus deren Verknüpfung dann neue Systemqualitäten emergieren, die das ‚Mehr‘ des Ganzen im Vergleich zu der Summe seiner Teile ausmachen sollen, als auch die Existenz von deren Eigenschaften schon vor jeglicher Systembildung vorausgesetzt“ (BALGO 1998, 88).

LUDEWIG (1992, 87) schreibt: „Interaktionsmodi und Eigenschaften von Objekten sind untrennbar miteinander verknüpft. Daher hat es wenig Sinn zu behaupten, daß Objekte unabhängig von ihren aktuellen Interaktionen (in einem Milieu) Eigenschaften `an sich´ besäßen. Diese ergeben sich vielmehr aus der Interaktion und verändern sich zusammen mit den Interaktionsmodi. Neue Eigenschaften (Qualitäten) emergieren – sowohl in den Komponenten als auch im System – durch den Prozeß der Systembildung oder `Relationierung´. Objekte werden erst zu Komponenten von Systemen, wenn sie bereits neue Interaktionsmodi und Eigenschaften ausgebildet, sich also erneuert haben“ (LUDEWIG 1992, 87).

Ein offenes oder geschlossenes System ist nach ARNOLD, EYSENCK und MEILI (1987) gekennzeichnet durch den Zusammenhang aller eingegangenen Teile, Elemente, Komponenten, Variablen etc., die im gegenseitigen Beeinflussungskontext stehen. In den Sozialwissenschaften wird der Begriff oft mit „in Funktion befindliche Struktur“ gleichgesetzt.

Als Systembegriffe gelten solche wie Gestalt, Feld, Bezugssystem. Ein *geschlossenes* System stellt ein System dar, in dem auf Grund des aktuellen Zustandes der zukünftige Zustand eindeutig vorhergesagt werden kann. „Die Vorhersage führt aber oft zu Schwierigkeiten, weil Systeme Energie speichern können, wodurch negative Entropie und damit Mehrdeutigkeit der zukünftigen Ereignisse entsteht. Darum wird neuerdings sowohl in den Sozialwissenschaften als auch in der Automatentheorie (Kybernetik) das von dem Biologen BERTALANFFY 1950 entwickelte theoretisch offene System benutzt, das Energie

speichert. Es besteht also darum weder nach innen noch nach außen zur Umwelt ein völlig vorhersagbarer Zusammenhang“ (ARNOLD/EYSENCK/MEILI 1987, 2263).

Offene Systeme haben nach ARNOLD, EYSENCK und MEILI (1987, 2263–2264) folgende Charakteristika:

- „sie nehmen Energie aus der Umwelt auf
- haben Durchgangsprozesse (through put), [...]
- exportieren ein ‚Produkt‘ in ihre Umwelt, das seinerseits für andere Systeme (brauchbarer) Input oder (nicht brauchbarer) Abfall ist.
- bestehen aus zyklischen Ereignissen. Der Systemoutput schafft die Voraussetzungen für die Aufnahme neuen Inputs (Wiederholung der Zyklen). [...]
- zeigen negative Entropie. Sie nehmen mehr Energie auf als sie abgeben.
- neben dem energetischen Input besteht ein Informations-Input, der systemkonform ist und einen speziellen Codierungsprozeß hat, wodurch Orientierung in die interne Funktionsweise und in die Beziehung zur Außenwelt kommt.
- sind durch stete (quasi stationäre) Zustände gekennzeichnet, die dynamischen homöostatischen Charakter haben. Dies sind labile Gleichgewichte und zwar der Subsysteme des Systems im Verhältnis zum System und zur Systemumwelt. Durch proportionale Veränderungen der Kräfte wird das Gleichgewicht bis zu einer bestimmten Grenze aufrechterhalten, um dann über eine dynamische Phase zu einem anderen Gleichgewicht zu gelangen.
- tendieren auf Differenzierung und progressive Mechanisierung. Dynamische Regulation geht in mechanisch (starre) Regulation über bei Verlust an Anpassung an sich verändernde Umwelten.
- zeigen gleichzeitig Integration, d. h. Zusammenfassung von Einzelfunktionen und Koordination von Funktionen insbesondere durch Kontrollmechanismen, welche die Koordination garantieren.
- zeigen Äquifinalitäten. Von einem Ausgangszustand kann über verschiedene Wege derselbe Endzustand erreicht werden und gleiche Ausgangszustände führen nicht notwendigerweise zu demselben Endzustand“ (ARNOLD/EYSENCK/MEILI 1987, 2264 bis 2265).

NAPIER und WHITAKER (1978, 61) schreiben: „Systeme sind hierarchisch organisiert. Man kann zum Beispiel eine Einzelperson als ein System betrachten. Schaut man von der Ebene dieses Systems aus ‚abwärts‘, so sieht man, daß es eine Anzahl von Subsystemen umschließt, die nach unten immer kleiner und einfacher werden, [...] aber das ist noch nicht die ganze Hierarchie. Man kann auch ‚aufwärts‘ blicken zu noch komplexeren Systemen, die das Individuum beeinflussen.“ Diese metaphorische Verwendung des System-

begriffs bzw. diese Systemhierarchien erscheinen KRIZ (2001, 238) sehr fragwürdig, da es dabei leicht zu ontologischen Missverständnissen kommen kann.

Definition des „sozialen Systems“:

Soziale Systeme werden bei ARNOLD, EYSENCK und MEILI (1986) bestimmt durch die Art und Form der wechselseitigen Beziehungen (Interaktionen) der Mitglieder einer Gruppe oder größerer Gemeinschaften. In diesem Kontext orientieren sich die einzelnen Gruppenmitglieder als Handelnde an verbindlichen Normen bzw. an diese geknüpften Erwartungen. „Besonders bei PARSON und SHILS (1951) tritt dieser Begriff auf und umgreift dort Interaktion, die Orientierung am anderen mit seinen Zielen und Normen sowie den Konsens hinsichtlich der Normen und Erwartungen zwischen dem oder den Handelnden und den anderen. Normen und Normerwartungen definieren die Rolle der Handelnden, so daß sich das soziale System als Rollengefüge darstellen läßt“ (ARNOLD/EYSENCK/MEILI 1986, 2265–2266).

Definition der „Familientherapie“:

CIERPKA definiert Familientherapie als „Sammelbegriff für eine Anzahl verschiedener psychotherapeutischer Ansätze zur Modifikation pathogener Familiensysteme, zur Verbesserung interpersonaler Beziehungen und zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens individueller Familienmitglieder. Es werden Individuation und Autonomie, die Lösung von Konflikten und Problemen, die Stärkung der ehelichen Beziehung und ein befriedigenderes Zusammenleben aller Familienmitglieder angestrebt. Die Familientherapie soll der Familie bei der Erfüllung ihrer Reproduktions-, Sozialisations-, Erziehungs-, Spannungsausgleichs- und psychischen Stabilisierungsfunktion helfen und wird dabei durch die spezialisierten Dienste wie Schwangerschafts-, Erziehungs-, Bildungs-, Ehe- und Sexualberatung unterstützt. [...] Das Objekt der Diagnose und Therapie ist nicht mehr das gestörte Individuum, sondern das familiäre Interaktionssystem. Individuelles Verhalten wird als durch das Familiensystem verursacht und auf es zurückwirkend verstanden. So liegen die Probleme des Symptomträgers in einer pathologischen Familiensituation begründet und sind als adaptiv zu verstehen. Werden die Struktur einer Familie und die Beziehungen in ihr modifiziert, so verändern sich auch die Persönlichkeitsstruktur und das Verhalten ihrer Mitglieder. [...] Wie jede andere Therapieform dient auch die Familientherapie der Korrektur von Sozialisations- und Erziehungsmängeln – sowohl von jenen, unter denen die Kinder einer Familie leiden und die bei ihnen Fehlentwicklungen hervorrufen, als auch von jenen, unter denen die Eltern während ihrer Kindheit litten und die zu Persönlichkeitsstörungen, negativ sich auswirkenden Introjekten, mangelnden Fertigkeiten und falschen Einstellungen führten oder nun Kommunikationsstörungen, Erziehungsfehler und Ehekonflikte bewirken. [...] Bei der Familientherapie ist [...] die fortdauernde Beziehung zwischen dem Therapeuten und seinen Klienten die Grundlage der Therapie. [...] diese Beziehung [ist; U. L.-R.] am erfolversprechendsten, wenn sie in hohem Maße Wärme, unkonditionierte Zuwendung, positive Wertschätzung, Aufrichtigkeit, Konkretheit und Empathie enthält. Immer umfaßt

der Therapieprozeß Informationsvermittlung, Veränderung von psychischen Prozessen und Verhaltensweisen, soziale Kontrolle und erzieherische Elemente“ (CIERPKA 1988, 1–3).

Definition „Motorik und Bewegung“:

ROTH und WILLIMCZIK definieren Motorik folgendermaßen: „Die menschliche Motorik umfaßt die Gesamtheit der körperintern ablaufenden Vorgänge zur Energiebereitstellung (Funktionsprozesse) und Bewegungskoordination (Steuerungsprozesse).“ (WILLIMCZIK/ROTH 1983, 53) „Bewegung ist ein ausgesprochen bedeutungsweiter Begriff, der sowohl im alltäglichen als auch im wissenschaftlichen Sprachgebrauch eine sehr unterschiedliche Verwendung findet. [...] Bewegung in ihrem äußerlich sichtbaren Verlauf, d.h. als Erscheinungsbild, ist nicht voraussetzungslos. Sie bedarf zu ihrer Realisierung körperinterner Steuerungs- und Funktionsprozesse (Innenaspekt), deren Erforschung bzw. Erklärung ebenso wie die Analyse des Außenaspekts zu den Hauptaufgaben der Bewegungslehre des Sports zählen. [...] Unumstritten ist lediglich, daß zur Beschreibung der nach außen hin sichtbaren Phänomene der Terminus ‚Bewegung‘ herangezogen werden sollte. [...] Ob der Bedeutungsumfang des Bewegungsbegriffs auf den Außenaspekt einzuschränken ist, wird bereits kontrovers diskutiert. So spricht sich TEIPEL (1979, 29) [...] dafür aus, den Begriff der Bewegung auch zur Benennung der körperinternen Steuerungs- und Funktionsprozesse heranzuziehen. [...] Die Mehrzahl der Autoren aber hält es für angebracht, die Bewegungsursachen, d.h. jene latenten Prozesse, die intern ablaufen und damit eine in Raum und Zeit wahrnehmbare Bewegung erst ermöglichen, mit dem Begriff der Motorik zu verbinden. Bewegung und Motorik werden dann entweder als gleichgeordnete Begriffe aufgefaßt oder die Bewegung wird der Motorik untergeordnet. Bei der Unterordnung der Bewegung unter der Motorik umfaßt der Motorikbegriff die Gesamtheit der äußerlich sichtbaren Bewegungsabläufe und die zugrunde liegenden Funktionsprozesse. [Für; U. L.-R.] FETZ (1972, 58f) [...] besteht keine Veranlassung, die [...] übliche Auffassung von Motorik auf den neurophysiologischen Teilbereich einzuengen und damit eine Nebenordnung von Motorik und Bewegung vorzunehmen. Ähnliche Position bezieht u.a. [...] der Aktionskreis Psychomotorik (1977; unveröffentlicht), der in Anlehnung an HOMBURGER (1923) die Motorik als, das Bewegungsgesamt des Menschen in der Funktionseinheit von Wahrnehmen, Erleben und Handeln‘ definiert“ (WILLIMCZIK/ROTH 1983, 10–12). „Während Motorik im biologischen Bereich die Lehre von den Bewegungsfunktionen des menschlichen Körpers bedeutet, versteht man unter Bewegung traditionell die Ortsveränderung eines Körpers in Raum und Zeit“ (MARHOLD 1965, 1013).

Zur Definition des Begriffes „Motorik“ schreibt GALLAHUE: „The term motor, when used by itself, refers to the underlying biological and mechanical factors that influence movement. The term, however, is rarely used alone but serves as a suffix or prefix to such terms as: psychomotor, perceptualmotor, sensorimotor, motor learning, motor control, and of course motor development“ (GALLAHUE 1982, 15). Den Begriff ‚Bewegung‘ (movement) definiert er wie folgt: „The term movement refers to actual observable change in position of any part of the body. Movement is a culminating act of the underlying motor

processes“ (GALLAHUE 1982, 15 f.). In diesem Sinne werden hier die gleichen Begriffe verwendet (vgl. LICHER-RÜSCHEN 1998, 7–8).

Definition „Psychomotorik“:

Mit den Begriffen ‚Psychomotorik‘, ‚Motopädagogik‘ und ‚Mototherapie‘ werden in Deutschland verschiedene pädagogische und therapeutische Methoden bezeichnet, die alle von der Annahme ausgehen, dass motorische, kognitive, soziale und schulische Lernprozesse und therapeutische Zielsetzungen bei Kindern durch eine systematische Beeinflussung der Motorik gefördert werden können. „Es werden nicht nur eine rasche positive Beeinflussung der Bewegung, sondern auch kognitive, verbale und vor allem weitreichende emotional-soziale Veränderungen erwartet“ (EGGERT 1994, 18).

„Der Begriff ‚Psychomotorik‘ kennzeichnet die funktionale Einheit psychischer und motorischer Vorgänge, die enge Verknüpfung des Körperlich-Motorischen mit dem Geistig-Seelischen.“ (ZIMMER 1984, 33) KIPHARD definiert „Psychomotorik als ganzheitlich-humanistische, entwicklungs- und kindgemäße Art der Bewegungserziehung. [...] Sie ist eine der kindgerechtesten Möglichkeiten zu einer ausgleichenden Persönlichkeitserziehung [...] statt einer Leistungs- und Produktionsorientiertheit, die häufig an den Bedürfnissen der Kinder vorbeigeht, statt einer Defektorientiertheit, die nur Makel, Störungen und Defizite sieht, setzen wir eine Erlebnis- und Persönlichkeitsorientierung [...]. Psychomotorik ist eine spezifische Methodik, welche die Identifikation körperlich-motorischer und psychischer Prozesse zur Grundlage erzieherischen Handelns macht“ (KIPHARD 1984, 49).

Psychomotorik bezeichnet das durch psychische Vorgänge geprägte Gesamt der Bewegungen, die als Resultat einer Integration von psychischen und motorischen Funktionen gesehen wird. „Psychische Gegebenheiten spiegeln sich somit weitgehend im Bewegungsspiel wider und kommen bereits im unverwechselbaren Bewegungsverhalten des Einzelindividuums zum Ausdruck, das im Laufe der Jugend langsam ausreift [...]“ (PETERS o. J., 443–444).

In dieser Arbeit spielt die Definition von ZIMMER eine zentrale Rolle, weil sie klar die Beziehung zwischen Körperlich-Motorischem und Geistig-Seelischem aufgreift (vgl. LICHER-RÜSCHEN 1998, 8–9).

Eine interessante Definition liefert auch noch OLBRICH: „Unter *Psychomotorik* verstehe ich die in der Leiblichkeit und ihrer beweglichen Ausdruckskraft sichtbar werdenden Gefühlsqualitäten, neben den gesellschaftlich zugelassenen auch die unerwünschten, die sich beim Kind oft nur noch im Spiel zeigen können“ (OLBRICH 1995, 47 in KIPHARD/OLBRICH 1995).

Definition des Begriffs „Spiel“:

EINSIEDLER (1999) titulierte das Spiel als injunktiven Begriff, also einen Begriff, der fließende Übergänge zu anderen Verhaltensformen umfasst und deshalb nicht präzise zu definieren ist.

„Neuerdings wird vorgeschlagen, wegen dieser Schwierigkeiten auf eine exakte Begriffsbestimmung des Spieles zu verzichten und sich damit zufrieden zu geben, dass Spiel tatsächlich existiert und die entwicklungspsychologische Bedeutung des Kinderspiels nachweisbar ist.“ (EINSIEDLER 1999, 9) Spiel beinhaltet für ihn aber auf jeden Fall Kriterien wie intrinsische Motivation, vermehrte Konzentration auf den Spielprozess und nicht auf das Spielergebnis allein, Begleitung durch positive Emotionen und eine Abgrenzung im Sinne eines So-Tun-als-ob von realen Lebensvollzügen.

Da in der wissenschaftlichen Literatur eher widersprüchliche Definitionen für das Spiel zu finden sind, beschränke ich mich auf die Erwähnung der Definitionsmerkmale von OERTER/MONTADA (1995) und OERTER (1999):

A) *Selbstzweck des Spiels/Handlung um der Handlung willen:*

Das Spiel gilt als eine besondere Art von Handlung, deren wesentliches Merkmal in der Zweckfreiheit liegt. Im Spiel finden also keine Folgen Berücksichtigung, sondern es wird um seiner selbst willen betrieben. Das Kind scheint mehr am Spielprozess als am Spielprodukt interessiert zu sein. So rückt also die Tätigkeit an sich in den Vordergrund. [Das gilt allerdings mehr für (Klein-)Kinder und nicht so sehr für Jugendliche und Erwachsene, die im Spiel doch oft einen bestimmten Zweck verfolgen; U. L.-R.].

B) *Realitätskonstruktion/Wechsel des Realitätsbezuges:*

Seine *eigene* Realität konstruiert das Kind und überschreitet damit die (vermeintlich) verbindlichen Realitätsgrenzen. Es wird ein anderer Handlungsrahmen für das Spiel gewählt, einer, der den aktuellen Bedürfnissen des Kindes entspricht.

C) *Wiederholung und Ritual:*

Es findet eine Wiederholung einzelner Handlungen und Bewegungen in exzessiver Form statt. Es findet seine Anwendung vor allem im Funktionsspiel. Durch Bewegungen werden Effekte herbeigeführt, über die sich das Kind freuen kann. Handlungen bekommen, wenn ihre Abläufe genau festgelegt sind, oft Ritualcharakter.

2.2 Zum Systembegriff

Willi KRIZ (2000, 18) macht die Erfahrung bei der Suche nach einem einheitlichen Systembegriff, dass dieser so nicht zu finden ist. Die Definition von Jürgen KRIZ (1985, 231) lautet: „Ein System besteht aus einer Menge von Elementen und einer Menge von Relationen, die über diese Elementen-Menge definiert sind.“ Für das Fehlen zentraler Charakteristika eines Systems nennt VESTER (1983a, 17) einen Sandhaufen als Exempel. Diesen schildert er als einen Haufen, dessen „Teile nicht wahllos nebeneinander liegen, sondern zu einem bestimmten Aufbau vernetzt sind“ (VESTER 1983, 17). Ein Atom hingegen sei

zu einem dynamischen und geordneten Wirkungsgefüge organisiert und damit als gutes Beispiel für eine System dienlich, in dem die Elemente (Elementarteilchen; z.B. Elektronen) nicht zufällig und beziehungslos zusammengeworfen sind.

Für Willi KRIZ (2000) ist die Antwort auf die Frage, welche Elemente zu welchem System gehören oder welche die Elemente eines bestimmten Systems sind, abhängig von der eingenommenen Perspektive des Erkenntnissubjekts und nicht objektiv gegeben. Danach besteht auch ein Sandhaufen, der aus Atomen besteht, aus einer Unmenge von Systemen. „Die Existenz von Systemen ist ebenfalls kein objektiv vorgegebener Sachverhalt, sondern abhängig von der eingenommenen Perspektive. Systemisches Denken beinhaltet eine konstruktivistische Erkenntnisposition, wonach wir die Realität über die Welt und ihre Phänomene aktiv selbst konstruieren (KRIZ, J. 1990; WALLNER 1990). Sowohl die Definition von Systemelementen als auch die Unterscheidung zwischen System und Systemumwelt ist somit abhängig vom Forschungskontext und den Interessen und Zielen in Bezug auf die Erklärung von bestimmten Phänomenen.“ (KRIZ, W. 2000, 18) „Ein System wird immer erst dann als solches erkennbar, wenn es von einer Umwelt unterschieden werden kann, das heißt, es geht offenbar gar nicht ohne den Beobachter, der die Entscheidung darüber trifft, was er oder sie als ‚System‘, was als Umwelt betrachtet. Systeme entstehen dadurch, daß ein Unterschied gemacht wird zwischen Elementen, die ‚innen‘ (im System) und ‚außen‘ (in der Umwelt) sein sollen“ (SCHLIPPE, v./SCHWEITZER 1996, 54 f.).

WILLKE unterscheidet in seiner Definition des Systembegriffes zwischen Systeminnenwelt und Systemumwelt. Er beschreibt das System als „einen ganzheitlichen Zusammenhang von Teilen, deren Beziehung untereinander quantitativ intensiver und qualitativ produktiver ist als ihre Beziehungen zu anderen Elementen. Diese Unterschiedlichkeit der Beziehungen konstituiert eine Systemgrenze, die System und Umwelt trennt“ (WILLKE 1983,282).

Ebene	Elemente	Relationen	Beispiel
1	Person A, B, C . . .	Interaktion R1(1), R1(2) . . .	A: Peter, B: Fritz, R(1): anschreien AR1(1)B: „Peter schreit Fritz an“
2 Meta- Ebene	R1(1), R1(2), . . . (oder AR1(1)B . . .)	Beziehungen zwischen den R1 also R2(1), R2(2), . . .	R1(2): weinen, R2(1): folgt auf R1(1)R2(1)R1(2): „auf anschreien folgt weinen“
3 Meta- meta- Ebene	R2(1), R2(2), . . . (oder w. o.)	Beziehungen zwischen den R2 also R3(1), R3(2), . . .	R3(1): häufiger (R1(1)R2(1)R1(2)) R3(1)(R1(1)R2(1)R1(1)) „auf anschreien erfolgt häufiger weinen als zurückschreien“

Abb. 1: Betrachtungsebenen des Systems Familie (aus: KRIZ, W. 2000, 19)

„Die Elemente und Beziehungen (Quantität und Qualität) zwischen den Elementen konstituieren demnach ein System und eine Grenze zur Systemumwelt. Somit sind analytische Trennungen, die ein Beobachter bei der Definition von bestimmten Systemen durchführt,

immer die subjektive Herstellung von Realität mit dem Bestreben, eine pragmatisch adäquate Lösung anstehender Probleme zu ermöglichen, wobei aber diese geschaffene Realität nicht mit einer ontischen Wirklichkeit verwechselt werden darf. Bei der Frage nach dem ‚System Familie‘ können so, je nach Kontext, verschiedene Ebenen unterschieden werden.

Auf Ebene 1 sind die Elemente Personen und die Relationen sind Interaktionen zwischen den Personen. Auf Ebene 2 werden genau diese Kommunikationen der Ebene 1 als Elemente betrachtet (Ebene 2 ist somit eine Metaebene von Ebene 1). Die Relationen von Ebene 2 sind Relationen von Relationen. Die 2. Ebene (und weitere Metaebenen) rückt somit (typische) Interaktionsmuster in der Familie als Systemverhalten in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses“ (KRIZ, W. 2000, 18–19).

2.3 Zur Bedeutung der Psychomotorik

Psychomotorik wird nicht nur unterschiedlich definiert, sondern auch von ihrer Bedeutung her sehr unterschiedlich eingeschätzt. Vorstellungen, die – auch in professionellen Kontexten – mit dem Begriff verbunden werden, reichen nach Erfahrungen der Autorin vom Bild der „KrankengymnastInnen, die spielerisch mit den Kindern turnen“ über „genaue neurophysiologische psychomotorische Zusammenhangsbeschreibungen“ bis zu „anspruchsvollen psychomotorischen Gruppenstunden meist mit Kindern, in denen motorische, sensorische und psycho-soziale Faktoren mit bearbeitet werden“.

In dieser Arbeit wird Psychomotorik im Sinne KIPHARDS verwandt. „In der Psychomotorik geht es einerseits darum, vom Bewegungsverhalten des einzelnen Kindes auf seine psychische Befindlichkeit zu schließen und darin seine individuellen Bedürfnisse, Probleme und Nöte zu erkennen. Andererseits wird über glückhafte Bewegungs- und Gemeinschaftserlebnisse, über kleine und kleinste Erfolge im motorischen Leistungsbereich in positiver Weise Einfluß genommen auf die psychische Befindlichkeit. Insofern ist Psychomotorik ein pädagogisches bzw. therapeutisches Prinzip, das durch die Methodik des Vorgehens sowie die Art und Weise des Umgangs miteinander die Atmosphäre während der Förderstunde bestimmt“ (KIPHARD 1983, 6). „Hier gehen Somato- und Psychotherapie ineinander über und verschmelzen zu einer Einheit, welche der Dreiheit des menschlichen Wesens mit seinen körperlichen, geistigen und seelischen Anteilen am besten gerecht wird“ (KIPHARD 1990, 11).

NEUHÄUSER (1980) versteht unter Psychomotorik die enge Verbindung zwischen Bewegung und psychischem Reagieren. Bewegungsstörungen wirken auch auf die psychischen Befindlichkeiten, wie sich andererseits die psychische Reaktionslage in Bewegung ausdrückt, auch in abweichenden motorischen Erscheinungen.

Zur Diagnostik im Bereich Psychomotorik

HEUER (1994) verwendet folgende aus der klinischen Psychologie stammenden Klassifikationen bzw. diagnostischen Kategorien bei psychomotorischen Störungen:

- A) *Hyperkinetisches Syndrom* des Kindesalters, MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion)
- B) *Umschriebener Rückstand in der motorischen Entwicklung* (gehört zu den spezifischen Entwicklungsrückständen; Hauptmerkmal: motorische Koordination reduziert, unbeholfen, ungeschickt)
- C) *Stottern* (klonische Form: Wiederholungen einzelner Sprachlaute im Vordergrund; tonische Form: Dehnungen von Sprachlauten bei gleichzeitiger Verkrampfung der Muskulatur; in ein Netzwerk anderer Funktionsstörungen eingebettet)
- D) *Tics* (unwillkürliche und meist rasche sowie augenscheinlich zwecklose Bewegungen; lästig und störend)
- E) *Stereotype Bewegungen* (oft lustvollen Charakters; häufig bei geistig behinderten Kindern, z.B. Kopfschaukeln, Körperschaukeln oder Augenbohren)
- F) *Schreibkrämpfe* (Beschäftigungsneurose; Muskelverkrampfungen und Schmerzen beim Schreiben; psychoanalytisch als Konversionsneurose beschrieben)
- G) *Andere Neurosen* (Angst ist häufig mit einem erhöhten Muskeltonus verbunden; bei affektiven Psychosen und bei der Schizophrenie finden sich Leistungsbeeinträchtigungen bei vielen psychomotorischen Aufgaben; die Hauptmerkmale liegen in der Verlangsamung, Initiierung und Ausführung von Bewegungen)
- H) *Parkinsonsyndrom* bei Störungen des ZNS bewirkt Bewegungsarmut.

SCHILLING (1989, 59) verwendet eine davon abweichende Einteilung. Psychomotorische Störungen sind zu diagnostizieren bei:

- „I) Teilleistungsstörungen,
- II) Hirnfunktionsstörungen,
- III) psycho-reaktiven Fehlentwicklungen,
- IV) psychosomatischen Störungen.“

Aneignungs- und Entwicklungsprozesse können vielfältig gestört sein. Grundbedingungen für eine gesunde psychomotorische Entwicklung sind ein intakter Organismus, eine störungsfreie Entwicklung der sensorischen Funktionen, der Hirnfunktionen und des Bewegungsapparates, anregungsreiche Umweltbedingungen, intakte Beziehungen zu Personen. Um die Störungszusammenhänge in der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern erkennen zu können, muss laut SCHILLING die Diagnostik über eine Organ- und Funktionsdiagnostik hinaus in Richtung Motodiagnostik orientiert werden. Diese soll folgende Ergebnisse bringen:

- A) Sie gewährt einen Einblick in Zusammenhänge der sensorischen, kognitiven, emotionalen, psychischen und sozialen Entwicklung über das Bewegungsverhalten sowie über die Bewegungsleistung.

- B) Sie stellt dynamische und individuelle Veränderungsprozesse in den Vordergrund der Betrachtung.
- C) Testleistungen können so auf ihren Stellenwert innerhalb der Gesamtpersönlichkeit hin untersucht werden.
- D) Die gleiche Persönlichkeit kann durch unterschiedliche Blickwinkel betrachtet werden. Dabei gibt es laut SCHILLING (1989, 57) 4 Untersuchungsebenen: Es gibt die *funktionale Ebene* (ärztliche Diagnostik), die *Leistungsebene* (Anpassungsverhalten an die Anforderungen von Schule oder Kindergarten, Elternhaus und Spielkameraden), die *Verhaltensebene* (als Ausdruck der Emotionalität und als qualitativer Aspekt von Bewegungsleistung, Kommunikationsfähigkeit und Sozialverhalten) und die *Intentionale Ebene* (Interessen, Bedürfnisse und Werthaltungen).
- E) Sie ermöglicht es, neurologische und/oder verhaltensmäßige Fehlentwicklungen zu unterscheiden.

Auf die wesentlichen Beobachtungs- und Testverfahren möchte ich in diesem Zusammenhang nicht weiter eingehen. Sie können in der Diplomarbeit der Autorin (LICHER-RÜSCHEN 1998) nachgelesen werden.

Zur Behandlung psychomotorischer Störungen

Es ist von jeher das Anliegen der Psychomotorik gewesen, die oftmals gestörte oder verlorene gegangene Einheit von Körper, Geist und Seele wiederherzustellen (KIPHARD 1994). Mit der psychomotorischen Behandlungsform wird dieser Tatsache Rechnung getragen, und zwar stehen die motorische Entwicklung und die Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit in einem Wechselverhältnis mit der psychischen, geistigen und sozialen Entwicklung. Das Konzept ist ‚ganzheitlich‘ orientiert, d.h. es muss die gesamte Persönlichkeit des Kindes mit seinen motorischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Anteilen berücksichtigen. Ziel ist es, das Kind zu befähigen, „sich mit sich selbst, seiner dinglichen und personalen Umwelt auseinanderzusetzen, um so zur Bewältigung seiner motorischen und psycho-sozialen Probleme beizutragen“ (ZIMMER 1987, 13). Das Kind erlebt die Bewegung als Ganzes und als Anregung für die Sinne. Sie ermöglicht ihm die Erfahrung der eigenen Person, des Körpers, der materiellen, räumlichen und der sozialen Umwelt. Diesen unterschiedlichen Funktionen der Bewegung entsprechen die inhaltlichen Schwerpunkte psychomotorischer Therapie.

Die psychomotorische Behandlung ist vorwiegend für diejenigen Kinder bestimmt, deren motorische Leistungsfähigkeit durch psycho-physische Schwächen eingeschränkt ist. Eine psychomotorische Behandlung empfiehlt sich für die Kinder, bei denen nach Vorliegen aller Beobachtungs- und Testergebnisse folgende Merkmale beschrieben wurden: Ängstlichkeit, Gehemmtheit und übermäßige Zurückhaltung, hyperaktives, ungesteuertes Verhalten, unkoordiniertes Bewegungsverhalten, Aggressivität, Ungeschicklichkeit, motorische Leistungen, die weit unter denen Gleichaltriger liegen, Außenseiterrolle in der Klas-

sengemeinschaft, Beeinträchtigungen in der Wahrnehmungsfähigkeit, auffallende Verlangsamung bei Reaktionsspielen, Schwierigkeiten in der Raumorientierung oder in der Gleichgewichtsfähigkeit, im Rahmen einer Haltungsüberprüfung festgestellte Muskelfunktionsschwäche, Auffälligkeiten bei Ausdauerläufen wie starke Blässe, Schwindelgefühle, Übelkeit, kalter Schweiß, schnelle Ermüdung, lange Erholungszeit, Motorik-Quotienten (MQ) unter 85 bei den motorischen Tests (KTK-Test oder MOT-Test) (vgl. ZIMMER 1987, 58–59).

Bei sekundär ausgelösten psychischen Symptomen wie Ängstlichkeit kann gleichwohl dringend Psychotherapie angezeigt sein, je nach Ausprägungsgrad und Alter, wenn die psychomotorische Schädigung sich sehr auf das seelische Wohlbefinden ausgewirkt hat.

Psychomotorische Erziehung geht davon aus, dass erst durch vielseitige Bewegungs- und Wahrnehmungserfahrungen grundlegende Lernprozesse, durch die nicht nur die motorische, sondern auch die kognitive und soziale Handlungsfähigkeit erweitert wird, in Gang gesetzt und die Grundlagen für eine harmonische Persönlichkeitsentwicklung geschaffen werden. Das Ziel soll es sein, das Kind selbstbewusster, leistungszuversichtlicher und von der Bewertung durch die soziale Umwelt unabhängiger zu machen, trotz seiner körperlichen und motorischen Schwächen (vgl. VOLKAMER/ZIMMER 1986).

JAROSCH, GÖBEL und PANTEN (1989, 154) geben die Zielsetzung der „Psychomotorischen Therapie“ so an, dass die „Handlungsfähigkeit des Kindes im Hinblick auf eine möglichst selbständige Umweltbewältigung“ angebahnt und gefördert werde sollte. Die Voraussetzungen dabei seien die medizinische/klinische Indikation, die therapiebegleitende (Prozess-) Diagnostik, interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Häufigkeit, Intensität und zeitliche Begrenzung der Intervention, die räumlichen Verhältnisse, die Bewegungsraum für Gruppenbehandlung ermöglichen, und die persönliche und fachliche Qualifikation des Therapeuten. Die Merkmale als kindzentrierter Ansatz sind die Entwicklungsbezogenheit, Gruppenorientiertheit, Funktionsbezogenheit und Mehrdimensionalität, wobei Elemente aus spieltherapeutischen, bewegungspsychotherapeutischen und sporttherapeutischen Ansätzen genutzt werden. Intentionen können dabei z.B. sein: „die Kenntnis des eigenen Körpers, Körperbewußtsein, Differenzierung der Wahrnehmungsfähigkeit, räumliche/zeitliche Orientierung, Bewegungs- und Handlungssicherheit, Koordination von Bewegungs- und Handlungsabläufen, Bewegungsbewußtsein, Harmonisierung der Bewegung, Abbau von Ängsten und Hemmungen, Selbsteinschätzung, Selbständigkeit und Selbstbewußtsein, Situationsüberblick, Verstehen von Zusammenhängen, Akzeptieren von Regeln und Strukturen, Reaktionsvermögen, Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausgeglichenheit, Probleme lösen, Umwelt bewältigen, Handlungsfähigkeit“ (JAROSCH/GÖBEL/PANTEN 1989, 154).

Das Kind muss zunächst gute motorische Voraussetzungen über möglichst breit angelegte Bewegungsmuster erlangen, um sich später spezifischere Bewegungstechniken aneignen zu können. Es wird angestrebt, über Bewegungserlebnisse zur Stabilisierung der Persönlichkeit, also zur Steigerung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens beizutragen.

Spezielle Fördermöglichkeiten liegen vor allem in den Bereichen Bewegung, Wahrnehmung, Körpererleben und soziales Lernen. So können die Kinder ihren Körper annehmen und sich selbst als wichtiges Element einer Gruppe erfahren. Da Körpererfahrung, Körperwahrnehmung und Bewegungsaufgaben zur Entwicklung und Differenzierung des Körperschemas sehr wichtig sind, bezieht die psychomotorische Therapie bewusst Übungen und Spielformen zur Förderung sinnlicher Wahrnehmungen mit ein, um über die Differenzierung verschiedener Sinnesmodalitäten zu einer Verbesserung der intersensorischen Integration beizutragen. Hier greift die Psychomotorik auf die Elemente der sensorischen Integrationstherapie zurück, z.B. in Bezug auf die Integration der Sinne oder die Relevanz der Anpassungsreaktionen. Bei einer Anpassungsreaktion bewältigen die Kinder die Herausforderung, die sich ihnen stellt, und lernen etwas Neues hinzu. Zur gleichen Zeit hilft die Anpassungsreaktion dem Gehirn, sich zu ordnen und weiter zu organisieren.

Die Gestaltung der Inhalte der psychomotorischen Übungsgruppen erfolgt nach ZIMMER/CICURS (1987) mit folgender didaktischen und methodischen Zielrichtung. Es soll(en)

- ◆ die Motivation durch das Bewegungsangebot gefördert werden;
- ◆ eine freundliche, vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden, in der die Kinder sich mit allen Schwächen angenommen und in ihren Wünschen ernst genommen fühlen;
- ◆ die Bewegungsangebote so strukturiert sein, dass die Selbstständigkeit der Kinder und experimentierendes Lernen ermöglicht werden;
- ◆ individuelle Stärken der Kinder genutzt werden;
- ◆ notwendige Grenzen (Ordnungsprinzipien, soziale und organisatorische Regeln) besprochen werden, einsichtig gemacht und konsequent eingehalten werden;
- ◆ die Aktivitäten der Kinder nicht durch unnötige Verbote eingeschränkt und gehemmt werden;
- ◆ individuelle Auseinandersetzungen des einzelnen Kindes mit Bewegungssituationen und Geräten wie auch Gruppeninteraktionen möglich sein;
- ◆ selbst geringe Erfolge bei der Bewältigung von Bewegungsaufgaben und kleinste Lernschritte den Kindern bewusst gemacht werden;
- ◆ an Stelle deduktiver Bewegungsanweisungen induktiven Vorgehensweisen der Vorrang gegeben werden;
- ◆ möglichst unterschiedliche Schwierigkeitsgrade angeboten werden;
- ◆ beabsichtigtes Störverhalten konstruktiv umgelenkt werden; selbstständiges Handeln, Eigeninitiative und intrinsisch motivierte Aktivität sind abhängig von einem positiven

emotionalen Klima und von einem/r Therapeuten/in, der/die sich durch Geduld, Verständnis und Einfühlungsvermögen auszeichnet;

- ◆ Leistungsdruck und vor allem Leistungsvergleiche mit anderen vermieden, hingegen der intraindividuelle Vergleich unterstützt werden; darüber wird das Kind selbstbewusster, leistungszuversichtlicher und unabhängiger von der Bewertung durch seine soziale Umwelt (vgl. ZIMMER/CICURS 1987, 40–42).

Spielerische Bewegungsangebote, die Mitgestaltung durch die Kinder sowie ein Freiraum für eigene Planungen und Ideen können dazu beitragen, dass negativ besetzte Einstellungen gegenüber Bewegung und vielleicht auch gegenüber dem eigenen Körper zur Aufgabe werden. Körpererfahrungen sind daher eng gebunden an die Sensibilität für das, was in den Bewegungshandlungen abläuft. Damit setzen Körpererfahrungen auch die Bewusstmachung von kinästhetischen, visuellen, taktilen und akustischen Wahrnehmungen voraus. Diese sollten in der Therapie umfangreich angeboten werden.

In Bezug auf die PMFT-Stunde des von der Autorin erstellten Settings scheinen diese Kriterien relevant zu sein. Sie sollten allerdings nicht nur auf das Kind, sondern auf die ganze Familie übertragen werden.

Psychomotorik unter Berücksichtigung der Gesprächstherapievariablen

VOLKAMER (1986) betont bei seinem Verständnis von Psychomotorik, dass das Kind sich in seiner spontanen spielerisch-sportlichen Tätigkeit unmittelbar und unreflektiert als sinnvoll erlebt. In der Bewegungstherapie und (von der Autorin ergänzend erwähnt) in der PMFT sollten die wesentlichen Variablen der Gesprächstherapie wie Wertschätzung, Wärme und Kongruenz realisiert werden. Negativ beeinflussen das Kind Kritik, Vorwürfe, Belehrungen, Dirigismus, Ratschläge oder Empfehlungen. Der Therapeut muss die Leistungen generell als subjektive Leistungen würdigen, unabhängig z.B. von objektiven Höhen. Diese subjektive Leistung sollte für jedes Kind einzeln einen positiven Akzent bekommen und an keinem äußeren Maß gemessen werden. Dies wird sicher in Bezug auf die Familiensituation in der PMFT-Stunde für jedes einzelne Familienmitglied durchzuführen sein. Anerkennende Teilnahme, ohne Konkurrenzdruck, ist wesentlich. In der Gesprächstherapie werden emotionale Inhalte der Klientenäußerungen beachtet, dem Klienten wird das Verstandene gespiegelt, damit bewusster gemacht. In der Bewegungstherapie sollte das Kind sich als sinnvoll in der Bewegung erleben. Dabei wird dem Kind verbal sein Verhalten bestätigt. Leider hat der Therapeut, wie VOLKAMER meint, z. T. keinen Einfluss auf die schädlichen Umweltbedingungen außerhalb der Therapie. Dieser Einfluss kann meiner Meinung nach aber vergrößert werden, indem die ganze Familie mit in die Therapie einbezogen wird. Ziel der psychomotorischen Therapie ist es auch, das Kind widerstandsfähiger gegen inadäquate Verhaltensformen seiner sozialen Umwelt zu machen, d.h. die Therapie erstrebt nicht die Beseitigung des Problems durch Anpassung an seine Umwelt, sondern durch Stabilisierung des Individuums gegenüber negativen Einflüssen und durch Förderung der Befähigung des Patienten, sich ggf. gegen seine soziale Umwelt durchzusetzen.

Ein positives Selbstkonzept sollte zudem aufgebaut werden durch objektive Leistungssteigerung und vorbehaltlose Anerkennung.

Auf die Bedeutung der Familientherapie wird in Kapitel 6 (6.5.1) bei den Beschreibungen der für das neue Setting relevanten psychologischen Therapien eingegangen.

2.4.. Psychomotorische und systemische Zusammenhänge, deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Bei der Förderung und Behandlung von Kindern in der Psychotherapie und Pädagogik finden die Ansätze der systemischen und Familientherapie und der Psychomotorik immer mehr Verbreitung. Die Entwicklungsgeschichten beider Ansätze sind unabhängig voneinander. Beide Ansätze haben sich in Theorie und Praxis vielfach verändert und erweitert.

HAMMER und PAULUS (2002, 13) geben an: „In den letzten Jahren finden sich zunehmend Annäherungen und Integrationsversuche beider Ansätze. Dabei werden zumeist die Systemische Theorie und deren Implikationen für den eher kindzentrierten psychomotorischen Behandlungsansatz nutzbar gemacht. Gleichermäßen lässt sich der psychomotorische Behandlungsansatz jedoch auch für die Praxis der Systemischen Therapie nutzen.“

Gegenüberstellung der Inhalte der psychomotorischen Therapie in den Psychomotorikgruppen (PMG) und der Familientherapie (FT)

In der folgenden Gegenüberstellung der Inhalte der psychomotorischen Therapie in den Psychomotorikgruppen (PMG) und der Familientherapie (FT) handelt es sich um einen groben Überblick, der nicht nach den einzelnen psychomotorischen und familientherapeutischen Richtungen differenziert:

Psychomotorikgruppe	Familientherapie
ALTER	
Kinder im Alter von drei, vier bis acht oder zwölf Jahren	Familien meist mit älteren Kindern, beschrieben oft ab zwölf Jahren
GRUPPENSTRUKTUR	
Arbeit mit den Kindern in der sozialen Peer-group	Systemische Arbeit nur mit der Familie bzw. Teilen der Familie oder mit Einzelpersonen

THERAPIEANSATZ UND –SCHWERPUNKT	
<p>Ansatzpunkt ist das Kind oder der Jugendliche als Individuum; vorrangige Bearbeitung der motorischen, sensorischen und psychosozialen Auffälligkeiten am einzelnen Kind. Der Vorwurf ist, dass zu sehr auf das Individuum geschaut wird und damit die Umwelt vernachlässigt wird. Es ist also notwendig, die Familie in den therapeutischen Prozess einzubeziehen und die Problemursache und Heilung bzw. Lösung nicht nur vom Kind abhängig zu machen.</p>	<p>Vorrangige Bearbeitung des familiären Systems bzw. „des familialen Beziehungssystems, in welches das Individuum eingebettet ist“ (HAMMER/PAULUS 2002, 14). „Neben demjenigen, der ein bestimmtes Problem zeigt bzw. Träger einer so genannten Störung oder psychischen Erkrankung ist, [werden; U. L.-R.] auch die übrigen Familienmitglieder in die Therapie einbezogen [...]“ (HAMMER/PAULUS 2002, 14).</p>
WICHTIGSTE THERAPIEMEDIEN	
Bewegung und Spiel	Sprache
STÖRUNGEN, die das Problemverhalten des Kindes/Indexpatienten auslösen können	
<p>„Störungen der Stammhirnfunktion, neurologische Störungen, die vor allem die Sensorik beeinträchtigen, behaviorale Ansätze wie die erlernte Hilflosigkeit oder die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen in der Kindheit, die in der Gegenwart über ein umschriebenes Fehlverhalten ausagiert und reinszeniert werden. Allen ist die Zentrierung auf das Individuum als ‚Problemfall‘ gemein“ (HAMMER/PAULUS 2002, 13).</p> <p>PRENNER (1989) dagegen beachtet mehr den Lebenskontext der Kinder und Jugendlichen. In seinem sozialpsychologischen Ansatz sieht er eine „Aufgabe der Psychomotorik in der Kompensation umweltbedingter Entwicklungseinschränkungen“ (HAMMER/PAULUS 2002, 13).</p>	<p>„Die vermeintliche psychische Erkrankung, Störung oder Dysfunktionalität eines Familienmitgliedes wird als Ausdruck einer Kommunikations- und Beziehungsstörung in der Familie angesehen. Das Kind ist in diesem Fall lediglich der Indexpatient des Gesamtfamiliensystems oder der Symptomträger einer insgesamt dysfunktionalen Familie“ (HAMMER/PAULUS 2002, 14).</p> <p>Annahmen auf der Theorieebene sind z. B. Kybernetik, radikaler Konstruktivismus und sozialer Konstruktivismus.</p>
ZIELE	
<p>◆ Das Ziel soll sein über die Motorik eine</p>	<p>◆ „In der systemischen Therapie gibt es</p>

leib-seelische Harmonisierung und Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit zu bewirken. Übungen und Bewegungsspiele zur Sinnesschulung, zum Lernen von Körper-, Raumwahrnehmung, von Behutsamkeit, von Selbstbeherrschung, von rhythmisch-musikalischer Schulung und zum Körper-/Bewegungsausdruck werden spielerisch motivierend in den Kindergruppen durchgeführt (vgl. SCHÄFER 1998, 82).

- ◆ „Psychomotorische Förderung verfolgt damit einerseits das **Ziel**, über Bewegungserlebnisse zur Stabilisierung der Persönlichkeit beizutragen, also das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Andererseits soll jedoch auch eine Bearbeitung motorischer Schwächen und Störungen, aber auch der Probleme des Kindes in der Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Umwelt ermöglicht werden“ (ZIMMER 1999, 22).
- ◆ **Ziel** ist es, durch eine Veränderung der Selbstwahrnehmung das Selbstwertgefühl zu stärken und so eine ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ zu geben. Die Erwachsenen begleiten das Kind so, dass die Verstärkung nicht vorrangig von Lob oder Bewertung, sondern von der Fähigkeit an sich ausgeht. Körper- und Bewegungserfahrungen sollen als Grundlage seiner Identitätsentwicklung dienen.
- ◆ Eigenaktivität und Selbsttätigkeit sollen gefördert, vorschnelle Hilfeleistung vermieden werden; das Kind wird unabhängig von seiner Leistung wertgeschätzt; individuelle Bezugsnormen werden in den Vordergrund gesetzt, Vergleiche mit anderen Kindern vermieden.

über die Bedeutung klar formulierter **Zielvorstellungen** ein breites Spektrum von Meinungen. Besonders die lösungsorientierte systemische Therapie (und mit ihr Hypnotherapie und NLP) sehen in der Formulierung klarer Therapieziele die Grundvoraussetzung für ihre Arbeit. **Ziele** helfen aus dieser Sicht dazu, vom Problemzustand zu einem Lösungszustand zu kommen – es ist leichter, sich von einer Vision anziehen zu lassen, als von einem Problemzustand wegzustreben und nicht zu wissen wohin eigentlich. [...]“ So warnt FOERSTER (1988, 123): „Eine zielorientierte Therapie würde rechts und links die Entwicklungsmöglichkeiten der Familie kastrieren. Anregung und Verstärkung als zentrale Prinzipien systemischer Therapie erlauben nur, eine Familie aus ihrem Eigenverhalten heraus(zu)scheuchen, um so die Möglichkeit zu eröffnen, in einen anderen Bereich zu kommen.“

- ◆ **Ziele** sollten immer nur kurzfristig bestimmt werden, etwa über die Frage: „Was soll heute hier geschehen, dass Sie am Ende sagen: Das war eine gute Sitzung?“ Ziele sollten „kontinuierlich zur Disposition stehen“ (SCHIEPEK 1991, 110), also dynamisch sein. „Zielformulierung und Zielabstimmung sind fortlaufend, sich mit dem Fortschreiten der Therapie wandelnde Prozesse“ (s. a. LOTH 1996). Kriterien der Zielformulierung sind hilfreich (SCHLIPPE, v./ SCHWEITZER 1999, 210–212). Diese Kriterien für eindeutig definierte Ziele sind: positive Formulierungen wie beispielsweise ‚Was werden Sie stattdessen tun?‘, prozesshafte Beschreibungen, die Betrachtung des Hier und Jetzt in Bezug auf

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Die Verbesserung der motorischen Fähigkeiten hat eine Stärkung des Selbstbewusstseins zur Folge. Das Kind soll lernen, die eigenen Vorzüge zu erkennen und sich bewusst zu machen. Hierfür müssen Bewegungssituationen bereitgestellt werden, in denen das Kind Selbstwirksamkeit erfahren kann. 	<p>Sprache und Handlungen soll Veränderungsvorhaben aufzeigen. Die Ziele der Klienten sollten so spezifisch wie möglich formuliert werden und im Kontrollbereich der KlientInnen liegen. Es macht Sinn, bei der Zieldefinition die Sprache bzw. die Worte der Klienten zu verwenden.</p>
TECHNIKEN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Bewegungsangebote müssen für jedes Kind einen <i>individuellen Schwierigkeitsgrad</i> haben, der bei den Kindern eine Spannung des „Gelingens“ oder „Nicht-Gelingens“ erzeugt. ▪ Das <i>Symbolspiel</i> hat große Bedeutung für die Selbstentwicklung des Kindes (Imitation, Kompensation, Antizipation) als Selbstsymbolisierung, als Selbstentwurf und als Selbstgestaltung. In der PMFT kann dieses Symbolspiel genutzt werden, damit das Kind seine ‚Meinung‘ ausdrückt, die es verbal nicht formulieren kann. Leistungsdruck und Leistungsvergleiche mit anderen sollen vermieden werden. In Bezug auf die PMFT ist es sinnvoll, diese auch unter den Familienmitgliedern zu vermeiden, da nicht selten Konkurrenzkämpfe zwischen den Eltern, den Geschwistern oder Eltern und Kindern bestehen. Auf Wettkampfformen wird verzichtet, nur der intraindividuelle Vergleich sollte unterstützt werden (vgl. ZIMMER 1999). ▪ Die <i>Rolle der Therapeutin</i> verstärkt das positive Verhalten der Kinder, macht Erfolg bewusst, belebt Aktivitäten, bringt sich ein, wo Initiative in der Gruppe entfaltet werden muss. Sie zieht sich zurück, wo die Gruppe selbst aktiv wird, und begleitet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folgende Techniken sind hilfreich: Genogramme, Systemzeichnungen, Familienskulpturen und andere metaphorische Techniken, symbolische Darstellungen, <i>Systemisches Fragen</i> wie <ul style="list-style-type: none"> ◆ zirkuläre Fragen ◆ Frageformen, die Unterschiede verdeutlichen, wie Klassifikationsfragen, Prozentfragen, Übereinstimmungsfragen ◆ Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Fragen zum Auftragskontext</i>: Überweisungskontext erfragen, Erwartungen der Anwesenden erfragen – <i>das Problem im Kontext</i>: Problempaket aufpacken, Beschreibungen rund um das Problem erfragen, den Tanz um das Problem erfragen, Erklärungen für das Problem erfragen, Bedeutung des Problems für die Beziehung erfragen ◆ Fragen zur Möglichkeitskonstruktion: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Lösungsorientierte Fragen</i> (so genannte Verbesserungsfragen, wie Fragen nach Ausnahmen vom Problem, nach Ressourcen, „Wunderfragen“), – <i>problemorientierte Fragen</i>, – <i>Kombination lösungsorientierter</i>

<p>das Kind auf dem Weg zur Selbstständigkeit. Schutz gibt sie, wo dies notwendig ist (vgl. ZIMMER 1999, 164). Die Therapeutin sollte sich auch während der PMFT-Stunde wie beschreiben verhalten, z. B. positives Verhalten der einzelnen Familienmitglieder verstärken. Manchmal ist es auch nötig, die Kinder vor den Eltern zu schützen, oder umgekehrt.</p>	<p><i>und problemorientierter Fragen,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Fragen nach dem Nutzen, das Problem (vorläufig) zu behalten; Zukunfts-Zeitpläne, Fragen nach einem „bewussten Rückfall“, „Als-ob“-Fragen,</i> – <i>Anfangs- und Abschlussfragen</i> <p>(vgl. SCHLIPPE, v./SCHWEITZER 1999)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die <i>Motivation der Kinder</i> zur Teilnahme soll durch auffordernde, erlebnisorientierte Bewegungssituationen und durch Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder erlangt werden. Dabei ist die Schaffung einer freundlichen, vertrauensvollen Atmosphäre relevant. Die Selbsttätigkeit wird gefördert und die individuellen Stärken der Kinder werden in den Anfangssituationen genutzt. Als Ordnungsprinzipien werden soziale und organisatorische Regeln bestimmt. Geringe Erfolge und kleinste Lernfortschritte werden bekräftigt. ▪ <i>Verhaltensmerkmale für die Leitung von Gruppen:</i> Aufmerksamkeit und Wachheit für die momentane Situation, Ruhe und Zuversicht und Regulierung der Nähe, nicht-direktives Verhalten, Reflexion von Gefühlen und Problemverhalten. ▪ <i>Interventionsstrategien:</i> Paradoxe Intervention und Bewältigung des Störverhaltens durch Aufbau alternativer Verhaltensmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videokonsultation wie Videotransaktionsanalyse und Marte-Meo-Videotraining von Maria AARTS ▪ Externalisierung des Problems ▪ Metaphern wie analoge Geschichten, Witze, Cartoons ▪ Kommentare wie Anerkennung, Komplimente, wertschätzende Konnotation, Umdeutung (Reframing) ▪ Handlungsvorschläge wie „mehr desselben tun“, etwas unterlassen, etwas Neues erproben, Rituale) <p><u>1. Anmerkung:</u> Bei Kindern wird man Fragen und Antworten oft bildlich verdeutlichen müssen. Manche Fragen dieser Techniken sind für Kinder im Alter von 4–8 Jahren noch zu schwer zu beantworten. Für geeignet, auch in Bezug auf das neue Setting, halte ich besonders die Frageformen, in denen Unterschiede verdeutlicht werden, Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion, lösungsorientierte Fragen und zirkuläre Fragen.</p> <p><u>2. Anmerkung:</u> Die Techniken wie Familien-skulptur, symbolische Darstellungen, Videokonsultationen, Externalisierung des Problems, Metaphern, Kommentare und Handlungsvorschläge erscheinen mir (nach geeigneter Anpassung) auch für Kinder</p>

	anwendbar zu sein. Ordeals wie auch Witze/Ironie halte ich für denkbar ungeeignet, da Kinder in dem Alter zwischen 4–8 Jahren mit Ironie noch nicht bzw. nur begrenzt umgehen können.
--	---

2.4.1 Berührungspunkte zwischen zwei Therapieformen: Psychomotorik und Familientherapie

Eine zentrale Gemeinsamkeit der beiden Therapieformen ist sicherlich, dass beide humanistisches Gedankengut enthalten bzw. darauf gründen. Beide Therapierichtungen enthalten Komponenten der Gesprächspsychotherapie wie die Einbeziehung der Empathie des Therapeuten/der Therapeutin, Kongruenz und positive Wertschätzung des Patienten bzw. der Patientengruppe (vgl. MEETH 1995). Diese scheinen mir auch in der PMFT sinnvoll zur Anwendung kommen zu müssen.

Eine andere Gemeinsamkeit stellt die ganzheitliche Sichtweise dar, die sich im Bereich Psychomotorik mehr auf die Ganzheitlichkeit des Individuums bezieht und im Bereich der Systemtheorie auf das System als Ganzes. Zudem werden alle existierenden Phänomene in ganzheitlichen Kontexten begriffen. Schon die Gestalttheorie erklärte, dass ein System mehr ist als die Summe seiner Teile (vgl. KRIZ, W. 2000, 20). Wie auch die Psychomotorik fußt die systemische Sichtweise also auf der Gestalttheorie.

Willi KRIZ (2000, 21) benutzt ein psychomotorisches Gerät (hier: Schwungtuch), um z.B. die Vernetztheit zu verdeutlichen. Ein Ball wird auf das Schwungtuch gelegt, das von den Mitarbeitern gehalten wird. Hier soll die dynamische Vernetzung von Systemen und Systemelementen durch die Bewegung des Balles symbolisiert werden. Die Kinder in den Psychomotorikgruppen lernen in einer solchen Situation, dass es z.B. relevant ist zu kooperieren, sonst bleibt der Ball nicht auf dem Tuch.

Ähnliche Anschauungen liegen auch der Prozesshaftigkeit und Zielorientierung zu Grunde, wie W. KRIZ (2000, 22) sie beschreibt und wie EGGERT (1987) es formuliert. W. KRIZ schreibt, dass der systemtheoretische Ansatz die Prozesshaftigkeit betone. „Systeme‘ bilden untrennbar mit dem Aspekt ‚Zeit‘ eine Einheit. Sie bleiben als Prozesse in einer gewissen Zeit stabil oder verändern sich, und genau auf solche Entwicklungsprozesse richtet sich der Fokus der Betrachtung. Die Prozesse dynamischer Systeme werden zusätzlich unter dem Blickwinkel der Zielorientiertheit, der Herstellung eines Fließgleichgewichtes oder einer stabilen Systemstruktur betrachtet.“

Eine Parallele zur Familientherapie weist die PMT sicher auch auf: So wie in der PMT die körperlichen Defizite nicht isoliert von der Ganzheit der Person gesehen werden können, kann in der FT der Indexpatient nicht isoliert ohne sein zusammenhängendes System wie Familie oder Peergruppe gesehen werden. „Symptome können dann ausreichend verstan-

den und gewürdigt werden, wenn wir sie in einen größeren Sinnzusammenhang stellen [...]“ (Institut für Familientherapie e.V. Weinheim 1994). Das heißt, dass im PMT-Bereich nicht nur der Körper, sondern auch die Psyche und sensorische und soziale Elemente betrachtet werden, und im FT-Bereich nicht nur der Indexpatient, sondern, wie oben gesagt, das ganze zugehörige System.

Im familientherapeutischen Ansatz von Virginia SATIR wird sehr viel Aufmerksamkeit auf die einzelnen Familienmitglieder gelegt, Körperreaktionen und Symptome sowie nonverbale Kommunikation werden beachtet und haben einen hohen Stellenwert. Die Körperreaktionen und nonverbalen Äußerungen werden auch in den PMG beachtet, die Aufmerksamkeit liegt dort aber vorrangig auf den Peergroup-Interaktionen und ist auf das einzelne Kind gerichtet und nicht auf die Familie. Dieses „Versäumnis“ versuche ich in der PMFT auszugleichen und aufzugreifen. Hier sollte auch die Beobachtung von SATIR aufgegriffen werden, dass die Art und Weise, wie einzelne Familienmitglieder miteinander kommunizieren, Aufschluss über Dysfunktionen und Dysharmonien im Familiensystem geben kann (vgl. MEETH 1995, 34). In der FT werden die geltenden Regeln unter den Familienangehörigen erforscht und die herrschenden Wechselwirkungen zwischen diesen untersucht. Bei der PMG werden Grundregeln für das Verhalten der Kinder aufgestellt. Wechselwirkungen werden primär zwischen Körper und Psyche am Individuum angenommen und psycho-soziale Elemente im Zusammenhang mit der Peergruppe betrachtet. Bei der FT gilt, dass jede(r) Einzelne mit anderen verbunden ist, sodass seine/ihre Änderung notwendigerweise eine Veränderung des gesamten Systems auslöst. Bei der PMG wird vorrangig eine Veränderung des Individuums angestrebt.

Dass das Wachstum des Menschen von drei Faktoren abhängig ist, wie SATIR formuliert, stimmt auch mit dem Gedankengut der Psychomotorik überein: von der genetischen Ausstattung, die das physische, intellektuelle, emotionale Potenzial sowie das Temperament betrifft, von dem, was Personen gelernt haben, und von der Interaktion zwischen Körper und Psyche (vgl. MEETH 1995, 35). Interessant erscheinen mir die fünf Kommunikationsformen (wie Beschwichtigen, Anklagen, Rationalisieren, Ablenken und Kongruenz), wobei SATIR die ersten vier Formen beschreibt als durch ein geringes Selbstwertgefühl hervorgerufene Muster. Diese Formen bringt sie in Zusammenhang mit Gestik, Körpergefühl und Satzbau.¹ Dabei wird deutlich, dass SATIR psychomotorische Zusammenhänge erkennt, sie aber nicht explizit mit dieser Begrifflichkeit operiert. Z. B. ist die Kommunikationsform der Beschwichtigung mit einer Körperhaltung, bei der die Schultern nach vorne gebeugt sind, und einer knienden Skulptur beschrieben.

„Nur bei Einsicht in den Interaktionsbereich des Kindes lässt sich dessen Wahrnehmungs- und Bewegungsverhalten verstehen und erklären. Da das (Bewegungs-)Verhalten eines Kindes seinen Interaktionsbereich bzw. Lebenskontext beschreibt, kann eine Bewertung

¹ Genauere Beschreibungen dieser Kommunikationsformen sind bei Arist von SCHLIPPE in „Familientherapie im Überblick“, Paderborn 1991 zu finden.

der Angemessenheit dieser Beschreibung nur bei gleichzeitiger Betrachtung des Kindes und seiner Erlebniswelt (System-Umwelt-Beziehung) erfolgen“ (SIMON 1988, 127). SIMON beschreibt damit im Grunde schon, dass nicht nur die verschiedenen Anteile des Kindes zur Betrachtung ausreichen, sondern mit der Interaktion im Umfeld verbunden werden müssen.

Meine Idee, das PM-Setting mit dem FT-Setting zu verbinden, um von beiden zu profitieren, wird in Kapitel 7 konkret ausgeführt.

In der psychomotorischen Förderung gibt es schon verschiedene Ansätze, die Idee der Psychomotorikgruppen mit der Mitarbeit der Familien z.B. durch Familiengespräche zu verbinden. So gibt es Eltern-Initiativen, aufgebaut wie Selbsthilfegruppen (NEUMANN/PRENNER 1989), Eltern-Kind-Gruppen (OLBRICH 1987 und 1989) oder beratungsorientierte Ansätze im klinischen Bereich (JAROSCH/GÖBEL/PANTEN 1989). Die Darstellung dieser Modelle scheint aber verglichen mit den systemischen Ansätzen (SCHLIPPE, v. 1991; SCHLIPPE, v./MATTHAI 1987) und unter dem Anspruch der Ganzheitlichkeit nicht auszureichen (OLBRICH 1995, 84). Eine Alternative ist z.B. die „Integrative Bewegungstherapie“ von OLBRICH (1995). Auch HAMMER/PAULUS (2002) zeigen mittlerweile ähnliche Ideen wie meine auf, mit der Familie in der Turnhalle zu arbeiten.

2.4.2 Welche Systeme sind für diesen Zusammenhang relevant?

Die Systeme Familie, Kindergarten, Grundschule und Peergroup erscheinen mir in diesem Zusammenhang zentral. Sollen die Familien oder deren dazugehörige Personen Zielgruppe der PMFT sein, so scheint es auch sinnvoll zu schauen, in welchen Systemen sich das Kind außerdem noch befindet, wie Kindergarten, Grundschule und Peergroup. Die Systeme, in denen sich die Eltern bewegen, könnten außerdem noch ausschlaggebend sein; ich möchte sie aber in der Erläuterung außen vor lassen. Eigentlich dürfte man auch das System nicht vergessen zu betrachten, das sich aus familiärem System und Therapeutin oder Therapeuten zusammensetzt, wie in der Konstellation der PMFT. Denn das System Familie verändert sein System schon dadurch in der neuen Situation, dass eine Person mehr im Beziehungsgeflecht vorhanden ist. Zeitweise steht die Therapeutin allerdings stellvertretend für eine andere Person im familiären System, die nicht mitgekommen oder eventuell schon verstorben ist. Auch auf diese Weise entstehen Veränderungen.

Von Natur aus ist das System Familie das wahrscheinlich prägendste System für das Kind, da dieses dort meist geboren wird, aufwächst und zentrale Erlebnisse, Erfahrungen, Regeln, Mythen usw. mit der Familie teilt. Aber auch der Kindergarten oder später die Grundschule haben einen großen Einfluss auf die Kinder, verbringen diese doch oft den halben Tag oder sogar mehr dort. So sind auch der Erziehungsstil, Regeln, Verhalten usw. nicht nur der Eltern, sondern der ErzieherInnen und LehrerInnen von großer sozialisierender Bedeutung. Die Peergroup nimmt mit zunehmendem Alter einen höheren Stellenwert ein, und die Kinder beeinflussen und „erziehen“ sich zusehends auch untereinander.

2.5 Gesellschaftlicher Wandel bringt Veränderungen in der Familie

Die letzten beiden Jahrhunderte haben wesentliche Veränderungen für das System Familie gebracht. Die fest gefügte Rollen- und Aufgabenverteilung ist verloren gegangen, zumeist eine Trennung von Arbeitswelt und privater Lebenswelt entstanden. Durch die veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, die mit der Industrialisierung einhergingen, wurden die bisherigen Lebens- und Produktionsgemeinschaften aufgelöst. Die Haushalte wurden auf die blutsverwandtschaftlich verbundene ‚Kernfamilie‘ reduziert, „d.h. in der Regel wohnen zwei, maximal drei Generationen unter einem Dach. Mehrgenerationen sind statistisch gesehen eher die Ausnahme [...]“ (KINZINGER 1995, 16). Die Familien leben vorwiegend abgetrennt von der dörflichen oder kleinstädtischen Gemeinschaft und deren Lebenszusammenhängen, genießen dadurch aber auch mehr Privatheit. Die Mutter-Kind-Beziehung wird stärker betont. Die Kindheit findet aber nicht mehr nur im familiären Rahmen statt, sondern durch die Einführung außerfamilialer Bildungs- und Erziehungssysteme (Kindergarten, Schule etc.) wirken viele andere Einflüsse auf die Kinder ein.

Gesellschaftliche und wirtschaftliche Verhältnisse beeinflussen in entscheidendem Maße die Familienstrukturen und prägen die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern mit. Selbstverwirklichung und Individualität werden groß geschrieben, Mobilität vor allem auch für den Arbeitsmarkt. Traditionelle Lebensentwürfe werden immer mehr in Frage gestellt bzw. sind schlicht nicht mehr lebbar. Die Erosion von sozialen Werteverhältnissen, wirtschaftlicher Druck in Richtung mobiler Verfügbarkeit, dazu auch Individualisierungsansprüche bzw. -trends führen dazu, dass die die Familien bisher tragenden Paarbeziehungen nicht lebenslang halten und sich u. U. auseinander entwickeln. „Waren noch in den sechziger Jahren Familie, Ehe und Beruf Schlüsselpunkte bei der Lebensplanung, sind inzwischen in all diesen Punkten Wahlmöglichkeiten und (Wahl-)zwänge aufgebrochen“ (KINZINGER 1995, 20). „Es ist nicht mehr klar, ob und wann man heiratet, ob man zusammenlebt und nicht heiratet, heiratet und nicht zusammenlebt, ob man das Kind innerhalb oder außerhalb der Familie empfängt oder aufzieht, mit dem, mit dem man zusammenlebt, oder mit dem, den man liebt, der aber mit einer anderen zusammenlebt, vor oder nach der Karriere oder mittendrin“ (BECK 1986, 164). „Eine vorgegebene Ehesituation wird nur hingenommen, solange sie nicht unerträglich wird“ (BECK-GERNSHEIM 1989, 57). Lediglich die in christlichen Zusammenhängen als „von Gott gegebene“ Ehe erscheint noch als lebenslange prinzipiell denkbar. Als eine frei gewählte Form des Zusammenlebens und damit auch eine mögliche Form der Selbstverwirklichung muss sie sich jedoch ebenfalls „im Horizont alternativer Möglichkeiten als bestmögliche [Lebensform; U. L.-R.] ausweisen“ (BECK-GERNSHEIM 1989, 57). Immer mehr Ehen werden geschieden, wovon auch viele Kinder betroffen sind, deren Mütter vor allem in Lebensverhältnisse unter das Existenzminimum gedrückt werden können (vgl. BECK 1986, 148). Immer mehr Kinder wachsen zudem bei nur einem Elternteil auf. Die Prozentzahl der Kinder, die „unehelich“ geboren werden, steigt. Viele allein erziehende Mütter müssen nebenbei arbeiten

und sind dadurch mehrfach belastet mit Beruf, Haushalt und Kindererziehung. Kinder gelten z. T. nahezu als „Luxusgüter“ mit hoher Investitionsnotwendigkeit, die den Lebensstandard einschränken. Immer weniger Kinder wachsen mit Geschwisterkindern auf, und z. T. fehlen Kindergartenplätze, wo die Kinder Erfahrungen mit ihrer Peergroup machen können. „Die Kommunikation und Interaktion mit anderen Kindern müssen Kinder heute z. T. sehr genau planen und strukturieren. Nicht zuletzt auch durch vielfältige Freizeitangebote vom sportlichen bis hin zum musischen Bereich wird versucht, soziale Defizite auszugleichen; dies hat aber gerade zur Folge, dass der Kinderalltag in sozialer, inhaltlicher und räumlicher Hinsicht ausdifferenzierter und damit auch zerstückelter wird: die Ganzheitlichkeit der kindlichen Lebenswelt geht damit verloren“ (KINZINGER 1995, 22–23). Eine „Verinselung“ der Kinder findet statt und dazu eine „Kolonisierung“ unseres Lebens, was bedeuten soll, dass eine Abnahme der direkten sozialen Kontakte stattfindet. KINZINGER resümiert: „Die stärkere Orientierung des kindlichen Alltags an Gegebenheiten von Institutionen führt dazu, daß der Rhythmus der Institution den Alltag der Kinder weitgehend bestimmt“ (KINZINGER 1995, 23).

Es gibt heute eine Fülle von „familialen Wirklichkeiten“ mit sehr verschiedenen Familiensystemen, Familienkonzepten und Lebensentwürfen. Die gesellschaftlichen Auswirkungen durch weniger Spiel- und Bewegungsräume treffen auch die Kinder, immer mehr rücken stattdessen das Fernsehen und der Computer in ihr Blickfeld, die sozialen Kontakte werden weniger.

KINZINGER (1995) betont, dass man jedoch das „emotionale Netzwerk“, das Freundschaftsnetzwerk, nicht aus den Augen verlieren darf, weil es z. T. als Ersatz für die Ursprungsfamilien oder Familien im klassischen Sinn bzw. Mehrgenerationenfamilien dient. Besonders für Alleinlebende und Alleinerziehende sind Freunde und Freundinnen „fast so etwas wie eine Überlebensgarantie. Freunde sind nicht nur zuständig für psychische Stabilisierungen, sie sichern vor allem auch die ganz simple Alltagsbewältigung“ (MEYER/SCHULZE 1989, 99).

Der sozialwissenschaftliche oder interaktionelle Erklärungsansatz geht von einer Wechselwirkung zwischen gesellschaftlicher Umwelt und Verhalten des Einzelnen aus. Das Kind wird beeinflusst von den familiären und außerfamiliären Bezugssystemen, aber das Kind hat auch Einfluss durch sein Verhalten auf die anderen Mitglieder des jeweiligen Bezugssystems (vgl. EBERWEIN 1996).

Bei der Betrachtung der Familie als Teil der Gesellschaft sollte beachtet werden, dass mit derselben Konsequenz, mit der in der Familienstruktur das „individuelle Symptom“ seinen Platz hat, auch die spezifische Familienstruktur ihre Position in der Gesellschaftsordnung findet (vgl. KRIZ, J. 2001, 239).

Wilhelm REICH beschrieb schon zu seiner Zeit, dass die Symptome nicht nur als aus der Beziehung der Eltern zu ihrem Kind entstandene gesehen werden sollten, sondern auch als eine unbewusste Reaktion, im Auftrag der Gesellschaft zu handeln. Auch das Rollenver-

ständnis der einzelnen Familienmitglieder ist weder vom Individuum allein noch von der Familie, sondern sicher auch von der Kultur und Gesellschaft mit beeinflusst. So sollte die Blickweise Beachtung finden, dass die Familie sich in der Dynamik zwischen Individuum und Gesellschaft befindet.

2.5.1 Übergreifender Aspekt: gesellschaftlich-politische Kultur

Die Ereignisse vom 11. September 2001, als Terroristen Passagierflugzeuge in das World Trade Center stürzen ließen, zeigten drastisch, wie gesellschaftlich-politische Systeme auf die familiären Systeme starke Auswirkungen haben können. Sie verdeutlichen, wie „klein“ die Welt geworden ist bzw. wie vernetzt die Kontinente und Staaten miteinander sind. Die Reaktionen in den folgenden Wochen waren ein eindrückliches Beispiel dafür, wie verschieden Menschen durch ihre religiösen, kulturellen und politischen Weltbilder gleiche Ereignisse wahrnehmen und daraus ganz unterschiedliche Schlüsse ziehen.

Es mag banal klingen, aber unsere Generation hier in Deutschland, die wir in Zeiten des Friedens aufgewachsen sind, müssen uns auch wieder daran erinnern, dass der Weltfrieden auch einen Einfluss auf das persönliche Leben hat. Werden Kinder zur Gewalt oder aber ausschließlich zur Gegenwehr erzogen, und wer definiert diese Begriffe? Wie kann ein Kind verstehen, dass es nicht schlagen, treten und schießen darf, wenn doch in der Weltpolitik tagtäglich davon die Rede ist. Gilt es nicht, wie im familiären Prozess, auch im Weltgeschehen Gewalt zu vermeiden und vor allem die Gewaltspirale nicht noch höher zu treiben? Nur wenn sowohl im Kleinen (familiären System) wie im Großen (übergreifenden gesellschaftlichen System) „Frieden“ geschaffen und Toleranz geübt und gelebt wird, kann ein friedliches Zusammenleben stattfinden. Wir können den Terror zwar nur begrenzt eindämmen, aber wir sollten uns vom Psychoterror der Terroristen und/oder mancher Regierenden nicht vereinnahmen lassen. Es ist wichtig für ein Kind zu lernen, dass es sich schützen darf und dass es in der Familie einen Ausgleich gibt, wo weder erstarrt wird vor gewalttätigen Ereignissen noch Gewalt selbst regiert.

2.6 Das Spiel als wesentliches Medium für Kinder

Da das Spiel ein wesentliches Medium für den Umgang mit Kindern ist bzw. für die Kinder ein zentrales Mittel, um ihre Umwelt und sich zu erfahren, erscheint es mir wichtig, dieses differenzierter zu betrachten, da es auch in der PMFT als Medium des Umganges genutzt werden soll.

OERTER (1999) postuliert drei ‚Ebenen‘ des Spiels in seinem Erklärungsansatz: Das Spiel beinhaltet immer einen *übergeordneten Gegenstandsbezug*. Dies bedeutet, dass das Kind sich als existent begreift und so seine Bewältigung der Realität schrittweise vollzieht. Dieser übergeordnete Gegenstandsbereich entwickle sich schrittweise in Verbindung mit dem Selbstbewusstsein, wenn das Kind seine *Selbstwirksamkeit* erlebt. Im Spiel wird dann

die *Realitätsbewältigung* durch Nachgestaltung der Realität, durch Umgestaltung dieser und durch Verlassen der alltäglichen Realität erwirkt.

Relevant erscheint mir noch die Beschreibung der Spielformen durch OERTER (1987, 216–218), um später zu verstehen, auf welcher Ebene und in welcher Form in der Psychomotorischen Familientherapie gespielt wird. Bei der folgenden Beschreibung der Spielformen sollte aber im Hinterkopf behalten werden, dass eine Spielform in die nächste fließend übergehen kann. Das Spiel entwickelt sich vom anfangs einfachen Spiel zu einem immer komplexeren.

1. *Sensumotorisches Spiel:*

Dieses Spiel tritt in den ersten beiden Lebensjahren auf. Körperbewegungen werden häufig wiederholt. Die Bewegung erfreut das Kind. Zuerst bezieht es sich auf sich selber und dann immer mehr auf die Umwelt.

2. *Informationsspiel, Explorationsspiel:*

Als Erkundungsfunktion dient der Umgang mit Gegenständen bei dieser Aktivitätsform. Deren Funktion, Beschaffenheit und Innenleben wollen erforscht werden.

3. *Konstruktionsspiel:*

Bei dieser realitätsorientierten Spielform werden Gegenstände benutzt, um einen Zielgegenstand aus ihnen oder mit ihrer Unterstützung herzustellen. Zwei Gegenstände werden aufeinander bezogen: das Werkzeug und das Rohmaterial. Konstruktionsspiele werden vorrangig in der mittleren Kindheit verwendet. Aus eindimensionalem Spiel entwickelt sich dreidimensionales.

SYDOW und WEHRMANN (1990, in EINSIEDLER 1999) haben für eine Untersuchung einen Katalog von kognitiven Anforderungen bei dieser Spielform erarbeitet:

- Erfassen von Merkmalen und Dimensionen von Bauteilen sowie Mengen von Bauteilen
- Vergleichen, Klassifizieren, Zuordnen und Seriation von Bauteilen als Voraussetzung für die Entwicklung des Zahlenbegriffs
- Ausgliederung von Teilen aus Modellen oder aus Abbildungen von Modellen
- Erfassen räumlicher Beziehungen von Teilen im Modell
- Erkennen von Funktionsprinzipien eines Modelles und seiner Baugruppen
- Schlussfolgerungen über einzelne Teile und ihre Verbindungen, die auf Abbildungen von Modellen teilweise oder ganz verdeckt sein können
- Systematisches Vergleichen eines Modells mit einem unvollständigen Modell
- Planen von Handlungsfolgen und das Bilden von Teilzielen
- Flexibilität bei der Beachtung von Teilzielen in Bezug auf die Zielerreichung

4. *Symbolspiel, Fiktionsspiel:*

Bei diesem eigentlichen kindlichen Spiel wandelt das Kind seinen Spielgegenstand um, indem das auf ihn bezogene Handeln nach eigenen Ziel- und Wunschvorstellungen verändert wird. Die Handlungen werden häufig aus dem sozialen Umfeld des Kindes

genommen, wie z.B. Alltagssituationen. Wesentlich bei dieser Spielform sind die Transformation von Objekten und das Hineinversetzen in andere Personen. Nach ausreichender Exploration eines Gegenstandes setzt dieses Phantasiespiel ein.

5. *Rollenspiel:*

Diese Spielform ist als Fortsetzung des Symbolspiels anzusehen und wird ausgiebig in der Kindergartenzeit genutzt. Mehrere Personen spielen zusammen und bekleiden dabei fiktive Rollen. Eine Umgestaltung erfahren sowohl die Gegenstände als auch die Personen oder die Situationen. Für diese Art des Spielens ist eine höhere soziale und kognitive Kompetenz nötig. Das Spiel kann nur gelingen, wenn sich auf einen gemeinsamen Gegenstand oder Spielrahmen bezogen wird. Hierbei wird Kommunikation und soziales Verhalten gefördert.

In der Kommunikation des Rollenspiels werden auch Formen der Metakommunikation genutzt (OERTER/MONTADA 1995):

- Ausagieren: Was gespielt wird, wird in der Spielhandlung mitgeteilt.
- Versteckte Kommunikation: Eine Ausführung wird ausdrücklich im Spiel hervorgehoben.
- Unterstreichen: Eine Handlung wird verbal kommentiert oder beschrieben.
- Geschichten erzählen: Der Vorgang einer Handlung wird nicht ausagiert, sondern erzählt.
- Vorsagen: Ein Spieler bricht aus dem Spielrahmen aus und teilt dem Partner mit veränderter Stimme etwas mit.
- Implizite Spielgestaltung: Ohne dass das Spiel deutlich vereinbart wird, wird durch Äußerungen der Spielrahmen genauer angeordnet.
- Explizite Spielgestaltung: Ganz bestimmte Spielvorschläge werden gemacht.

6. *Regelspiel:*

Hier geht es um eine soziale Form des Spiels, die ungefähr im Kindergartenalter beginnt. Meist spielen mehrere zusammen. Die Kinder gehen nach festgelegten, mehr oder weniger komplexen Regeln vor. Die Einhaltung dieser Regeln ist unumgänglich, und zugleich machen sie den Reiz des Spielens aus. Regelspiele fordern eine besondere Fähigkeit, die zuvor erlernt werden muss. Diese Spiele haben oft Wettkampfcharakter, wobei der Wettkampf noch mehr im Hintergrund steht, dann aber zunimmt. Die Leistungen werden verglichen mit denen der MitspielerInnen, vorrangig mit denjenigen, die das gleiche Fähigkeitsniveau haben. Kulturelle Traditionen und gesellschaftliche Bedingungen beeinflussen diese Spielform stark. Es kommt zu sozialem Austausch, zu wechselseitigen Tätigkeiten und zu fortschreitender Sozialisierung.

Um die sozialisatorische Wirkung des Regelspiels noch hervorzuheben möchte ich die Argumente KRAPPMANN (1983, in EINSIEDLER 1999) aufführen: Im Regelspiel wird der Egozentrismus des Kindes abgebaut, da es, um erfolgreich interagieren zu können, sich auf andere Mitspieler einstellen muss. Blickwinkelübernahme und Spielplanvorstellungen des anderen und dessen Einzelspielzüge müssen nachvollzogen werden können. Mit den vorgegebenen Regeln und Rollen kann das Kind sich sicher füh-

len, und es erprobt gleichzeitig Neues und verschiedene Spielsituationen. Solch ein Spiel erfordert auch Toleranz und die Fähigkeit, sich selber zurückzunehmen.

Im Vorschulalter wird vorrangig das Symbol- und Rollenspiel gezeigt. Nach OERTER und MONTADA (1987) entwickelt sich das Spielverhalten entsprechend der Logik, die in den Handlungsbezügen des Spieles steckt.

So schreibt KREUZER (1983) über die Bedeutung des Spieles für die kindliche Entwicklung: „Das Spiel hat einen Sinn und somit auch einen Zweck, nein – viele Zwecke: Im Spiel findet der Mensch Selbstbestätigung und Anerkennung, im Spiel kommt er aus seiner Vereinzelung zwangsläufig zur Geselligkeit, im Spiel findet sich der Mensch erprobt, überrascht, weggestoßen, aufgerichtet, in ihm feindet er Versagen und Annahme, Entfremdung und Heimat, Verfolgung und Befreiung, Aufstieg und Verfall, Bedrohung und Sicherheit – aber alles bleibt fiktiv, vorweggenommen oder wiederholt; alles gilt als nicht festgelegt und ist doch tiefer Ernst, ist Anteilnahme und Fürsorge, Dabeiseinkönnen und Fernbleiben, Hinnahme und Entsagung.“ (KREUZER 1983, zit. nach GIBAS 1984, 67)

Relevant erscheint mir eine Beobachtung des Spielverhaltens als diagnostisches Mittel, wie WURST (1984) es benennt. Er unterteilt defizitäres Spiel in sieben Formen:

- *Gehemmtes Spielverhalten:*
Das Kind zeigt sich passiv, was im Gemeinschaftsspiel deutlicher wird als im Einzelspiel. In der Spielgruppe macht es wenig mit, auch wenn es innerlich am Spiel teilnimmt, indem es interessiert zuschaut und Mienenspiel zeigt. Auch Spielzeug nutzt es kaum.
- *Expansives Spielverhalten:*
Mit reichlich Phantasie und Kombinatorik haben diese Kinder einen überdurchschnittlichen Drang nach Sozialspiel, allerdings lassen sie vorrangig nur ihre eigenen Spielideen gelten.
- *Aggressives Spielverhalten:*
Diese Kinder zerstören häufig Spielzeug und Bauten anderer. Sie binden ihre Aggressivität oft in ein Rollenspiel ein, das gegen andere Spielpartner oder gegen Spielzeug gerichtet ist.
- *Perseverierendes und zwanghaftes Spielverhalten:*
Das Spielverhalten dieser Kinder zeichnet sich durch Schwerfälligkeit, Einfallsarmut und Einschränkung der Spontaneität aus. Sie bringen immer wieder die gleichen Spieleszenarien und haben meist wenig Struktur im Spielablauf.
- *Sprunghaftes Spielverhalten:*
Diese Kinder mit oberflächlichen und unverbindlichen Spielvorhaben werden charakterisiert durch starke Ablenkbarkeit beim Spiel und durch die Unfähigkeit, ein Spielvorhaben bis zum Ende durchzuführen.

- *Autistisches Spielverhalten:*

Diese Kinder kapseln sich ab und haben eine Abneigung gegen jede Art von Veränderung und Variation. Ihre optische und akustische Wahrnehmung ist eingeschränkt, dadurch beschäftigen sie sich oft ausdauernd mit ihrem Körper und ihrer Kleidung oder hantieren zweckentfremdet mit Spielzeug.

- *Undifferenziertes Spielverhalten:*

Das Spielverhalten kann von außen oder innen behindert sein. Die Differenzierung zu immer reiferen und wirksameren Spielaktivitäten ist umso mehr behindert, je stärker eine Schädigung vorliegt und je schwerer die Entwicklungsrückstände sind.

Im folgenden 3. Kapitel werde ich nun die Hintergründe der Vernetzung von Sensorik, Motorik und psychisch-sozialen Prozessen betrachten.

3. Hintergründe der Vernetzung von Sensorik, Motorik und psychisch-sozialen Prozessen

3.1 Psychomotorische Zusammenhänge in Bezug auf die vorsprachliche Kommunikation

„Vieles Sichtbare wird nicht gesehen. Die Mehrzahl der Psychotherapien bedient sich der Sprache, um unbewußte, vergessene frühe Erfahrungen zu erreichen und zu erhellen, und doch bewegen uns Gefühle, lange bevor wir Sprache erlernen. Manche achten nicht darauf, was sondern wie es gesagt wird. Dadurch kann man die Absichten hinter der Struktur der Redeform aufspüren, um an die Gefühle zu gelangen, welche diese spezifische Struktur diktiert haben. Wie man sagt, was man tut, ist mindestens ebenso wichtig, wie was man sagt“ (FELDENKRAIS 1987, 210).

FELDENKRAIS geht davon aus, dass Sinnesreize unserem unbewussten, unterbewussten oder autonomen Funktionieren näher liegen als irgendetwas in unserem bewussten Verstehen. Die Kommunikation durch die Sinne erreicht seiner Ansicht nach das Unbewusste unmittelbar und ist daher wirksamer und weniger entstellt als sprachliche Kommunikation. Selbstbewegung dient auch zur Entstehung der eigenen Außenwelt. Zentral ist für mein Verständnis von FELDENKRAIS Aussagen, dass immer realisiert werden sollte, dass es noch mehr „Wege“ gibt, als man selbst sieht, in Bezug auf die Bewegung als auch vor allem im Hinblick auf die geistige Mobilität. Auch FOERSTER spricht wie FELDENKRAIS von der Erweiterung der Möglichkeiten. Die Betonung liegt nicht auf der Bewegung selbst, sondern auf der *Art* und *Weise*, wie man/frau sich bewegt, dabei lenkt und dirigiert. So stehen viele Möglichkeiten zur Auswahl, hierbei auf ähnliche Situationen verschieden und angemessen zu reagieren. FORSTER gibt an, dass so gehandelt werden soll, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst.

Bewegung ist dynamisch. Der Körper speichert potenzielle Energie, um die Bewegung im Schwerfeld in eine von fünf der sechs Grundbewegungsrichtungen im Raum zu beginnen (rechts, links, abwärts, vorwärts, rückwärts). Es besteht nach FELDENKRAIS ein enges Wechselverhältnis zwischen äußerer und innerer Haltung (auch Einstellung genannt). Er meint, dass wer über seine Haltung klagt, gleichzeitig den Verdacht hat, dass auf dem Grund seines Wesens etwas nicht stimmt (vgl. FELDENKRAIS 1987, 89). Eine rein physiologische Haltungskorrektur des Körpers reicht also nicht, sondern es muss sich im Grunde auch etwas an der inneren Haltung verändern. Allerdings scheint eine physiologische Haltungsänderung etwas an der inneren Haltung zu verändern.

FELDENKRAIS Untersuchungen und Forschungen sind zwar mehr Erfahrungsauswertungen als „strenge“ Wissenschaft, ihre Tragfähigkeit müsste also noch genauer untersucht werden; trotzdem halte ich es für sinnvoll, seine Annahmen hier zu berücksichtigen, da sie neue Denkanstöße bringen.

Moshe FELDENKRAIS beschreibt die Bedeutung der Selbstbewegung als Beitrag zur Entstehung bzw. Wahrnehmung und Abgrenzung der Außenwelt. Eine ideale Haltung ist anzustreben, kann aber nur mit einem gut funktionierenden Gehirn und einem gut vernetzten Nervensystem erreicht werden. Wenn nur eine einzige Bewegungs- oder Handlungsweise als wählbar erscheint, kann Angst entstehen und so groß werden, dass nicht einmal diese eine mögliche Bewegung ausgeführt werden kann. Als Beispiel für den Zusammenhang zwischen Psyche und Motorik, wie ihn FELDENKRAIS beschreibt, wird das „Körperschema der Angst“ ausgewählt. Das Phänomen der Angst, sichtbar werdend im Körperschema und Bewegungsverhalten, scheint in den Psychomotorikgruppen allgegenwärtig zu sein. Angst kann Schutzfunktionen erfüllen und insofern ein positives Phänomen sein. Sie kann auch auftreten, wenn keine alternative Handlungsweise der betroffenen Person bereitsteht. Zugleich hält Angst oft die Wahl der Reaktion bei der einen Alternative, welche Angst erzeugt (FELDENKRAIS 1987). Interessant erscheint seine Feststellung, dass unter allen Instinkten nur einer die Bewegung hemmt, nämlich die Furcht.¹ Die erste Reaktion, das Erschrecken bzw. das Innehalten, wird erzeugt durch den Reiz, der die Furcht auslöst. Es findet eine heftige Reaktion der Beuger statt, vor allem im Unterleib, der Atem hält an, dann folgen eine ganze Reihe vasomotorischer Störungen, z.B. beschleunigter Puls, Schwitzen und Harnlassen. Die Kontraktion der Beuger/Flexoren hemmt ihre Antagonisten, die Extensoren/Strecker, für den Anfangsmoment.

FELDENKRAIS geht von einer instinktiven Reaktion auf das Fallen aus. „Die Reaktion, die der Erwachsene als Fallangst deutet, ist demnach angeboren, ererbt und bedarf keiner eigenen Erfahrung, um wirksam zu werden. Jedesmal, wenn man ein Neugeborenes plötzlich und heftig senkt, wird die ganze Reihe von Reflexen ausgelöst, die als die Reaktion aufs Fallen verstanden wird. Die erste Erfahrung von Angst ist daher verbunden mit einer Reizung des Vorhofzweiges des achten Schädelnervs“ (FELDENKRAIS 1987, 96). Der achte Hirnnerv gabelt sich beim Innenohr in zwei Zweige: den Schneckenweig, der das Gehör, und den Vestibular- oder Vorhofzweig, der das Gleichgewicht betrifft. Beim Fallen oder der Einleitung des Mororeflexes, also dem Kopflassen, was vom Säugling wahrscheinlich auch als Fallen wahrgenommen wird, wird der 8. Hirnnerv stimuliert. Dieselbe Reaktion kann aber auch durch ein lautes Geräusch ausgelöst werden. Ein lauter Geräuschreiz greift „vom ‚hörenden‘ Schneckenweig auf den Vorhofzweig über“ (FELDENKRAIS 1987, 93). Das Geräusch scheint nah an der Gefühlsschwelle zu sein und wird wohl als

¹ Die Unterscheidung zwischen Angst und Furcht greife ich hier nicht auf.

Schmerz empfunden. „Das Kind schrickt zusammen, und durch die ruckartige Kopfbewegung werden zusätzlich auch die Bogengänge unmittelbar gereizt“ (FELDENKRAIS 1987, 96). Ein Kind aus den Psychomotorikgruppen bei Frau ZIMMER zeigte dieses Phänomen. Wenn es selbst laut ist, ist der Lärm für das Kind akzeptabel, da es sich darauf einstellen kann. Wenn aber andere Kinder unerwartet laut sind, z.B. beim Gespensterspiel unter einem Schwungtuch, kann es den Lärm nicht ertragen und schreit, dass sie ruhig sein sollen. Man kann annehmen, dass das Kind die „Urangst“ des Fallens, die sich als Erstes auf Geräusche überträgt, behalten hat bzw. in dieser Situation nachempfindet. Die Frage ist, ob diese Urangst prinzipiell bleibt und vielleicht nur unterschiedlich zur Geltung kommt. „Die Topologie der Innervation des Ohres ist derart beschaffen, daß laute Geräusche leicht mit Furcht assoziiert werden“ (FELDENKRAIS 1987, 96). In der Olive werden Reizungen durch starke Geräusche weiter ausgebreitet und erreichen den 10. Hirnnerv (Nervus Vagus), durch den die Atmung angehalten wird. Das Resultat ist laut FELDENKRAIS eine jähe Störung in der Herzgegend, die häufig als Angstepfindung beschrieben wird. „Angst ist physiologisch gesehen also eine Störung in den Gegenden des Herzens und des Zwerchfells“ (FELDENKRAIS 1987, 96).

„Die angeborene Furcht ist also die Furcht vor dem Fallen. [...] Die nicht bedingte Empfindung der Angst entsteht, wenn der Vorhofzweig des 8. Hirnnervs gereizt wird“ (FELDENKRAIS 1987, 98). Jede weitere Furcht ist durch die Empfindungen des Angstsyndroms bedingt. Furcht und Angst erweisen sich also als „Empfindungen von Impulsen, welche das Zentralnervensystem von den Organen und Eingeweiden her erreichen“ (FELDENKRAIS 1987, 99). Alle Gefühle scheinen mit Erregungen verbunden zu sein, die ins vegetative oder autonome Nervensystem oder in bestimmte Organe oder Muskeln führen, welche von diesem System innerviert werden. Das Eintreffen solcher Impulse in den höheren Zentren des ZNS wird als Gefühl empfunden (FELDENKRAIS 1987).

Im Gegensatz zu FREUD, der das zentrale Problem der Neurose in der Angst sah, sieht Paul SCHILDER eine ähnliche Bedeutung im Schwindel: „Dysfunktion des Vestibularapparates ist häufig der Ausdruck zweier einander widersprechender psychischer Tendenzen; darum treten in fast jeder Neurose Schwindelgefühle auf. Die Neurose kann in der Vestibulargegend organische Veränderungen zeitigen. Schwindel zeigt Gefahr im Bereich des Ichs an und tritt dann auf, wenn das Ich seine synthetisierende Funktion in den Sinnen nicht ausüben kann. Er tritt aber auch dann auf, wenn im Zusammenhang mit Bestrebungen und Wünschen so widersprüchliche motorische und haltungsmäßige Impulse auftreten, daß sie miteinander nicht mehr vereinbart werden können. Vom psychoanalytischen Standpunkt aus gesehen ist Schwindel ebenso bedeutsam wie Angst. Der Vestibularapparat ist ein Organ, dessen Funktion gegen die Isolierung der verschiedenen Körperfunktionen gerichtet ist“ (SCHILDER 1942, zit. nach FELDENKRAIS 1987, 99).

Hier scheint sich die zentrale Funktion des Vestibularorganes widerzuspiegeln, wie sie auch AYRES betont. Es kann erwartet werden, sagt SCHILDER, dass „ein Sinnesorgan, das nur halbbewußte Eindrücke empfängt und zu einer instinktmäßigen, primitiven Beweglichkeit führt, auf Gefühle empfindlich reagiert und daher in Neurosen und Psychosen eine bedeutende Rolle spielen wird. Es wird stark reagieren, und [...] es kann erwartet werden, [...] daß Veränderungen in der Psyche sich unverzüglich in Vestibularempfindungen und im Muskeltonus ausdrücken werden. Organische Veränderungen im Vestibularapparat werden sich in der Struktur der Psyche spiegeln. Sie werden sich nicht nur auf den Tonus, das vegetative System und die Körperhaltungen auswirken, sondern notwendig auch unseren gesamten Wahrnehmungsapparat verändern und sogar unser Bewußtsein selbst. Diese allgemeinen Erwägungen deuten dahin, daß die Erforschung des Vestibularapparates für das Verständnis psychotischer und neurotischer Zustände von großer Bedeutung sein könnte“ (SCHILDER 1942, zit. nach FELDENKRAIS 1987, 99–100).

FELDENKRAIS meint, dass Angst, in welcher Form sie auch auftritt, durch sukzessives Konditionieren aus den nicht-bedingten Reflexserien gebildet wird. In diesen bestehe die angeborene Reaktion aufs Fallen. Jede Behandlung sei ein Versuch, eine bedingte, d.h. konditionierte Reaktion zu löschen und an ihrer Stelle eine wünschenswerte zu bilden. Die Tendenz zu Rückfällen in die Angst, ihre Neigung, sich zu wiederholen, ließe sich demnach aus der Indirektheit und häufigen Unvollständigkeit psychiatrischer Behandlungen erklären, welche die somatischen Nervenbahnen nicht mit einbeziehen und somit unberührt lassen, so dass die bedingten Reflexe nie vollständig gelöscht werden. M. E. ist es jedoch in diesem Zusammenhang auch von Bedeutung, wie Angsterfahrungen bearbeitet werden. D.h. Rückfälle könnten unter Umständen auch darauf zurückzuführen sein, dass die kognitiv-emotive Verarbeitung von Erfahrungen nicht verändert worden ist. Auch bei Unterbrechung der Behandlung bleibt das gewohnheitsmäßige muskuläre Verhalten, das so nur indirekt berührt worden ist, oft unverändert und wird beibehalten. Die alte bedingte Reaktion wird sich wieder verstärken.

U. a. aus diesen Überlegungen ergibt sich mein Plädoyer dafür, alle vier Anteile der Person, also systemische, psychische, sensorische und motorische Komponenten, zu erfassen, um dann auf allen Ebenen zu behandeln, also eine „systemisch-psycho-senso-motorische Bewegungstherapie“ durchzuführen. Deren Gestalt zu konkretisieren und zu entwickeln soll hier in Form der „Psychomotorischen Familientherapie“ angestrebt werden.

Einen anderen relevanten Zusammenhang, den er selbst beobachtet hat, beschreibt FELDENKRAIS so: Menschen, die als „introvertiert“ gelten, hätten einen gewohnheitsmäßig verringerten Streckertonus. „Infolgedessen werden entweder die Hüftgelenke oder der Kopf abnormal vorgeneigt und Drehbewegungen des Körpers umständlich oder auf Umwegen ausgeführt, statt auf dem einfachsten, direkten Weg. „Extravertierte“ Menschen hingegen seien im Stehen wie im Gehen mehr aufgerichtet“ (FELDENKRAIS 1987, 106).

Diese Phänomene wären in anderen Zusammenhängen noch genauer zu überprüfen, hier wäre solches Wissen sicher in der PMFT-Stunde und bei den Videoauswertungen hilfreich, um die Körpersprache der Personen der familiären Systeme besser deuten zu können.

Nach FELDENKRAIS ist gewöhnlich eine Kombination von Impulsen, die das ZNS von den Eingeweiden her, von den Muskeln und vom Soma allgemein erreichen, mit einem Gemütszustand gekoppelt. „Da Muskelkontraktion willentlich beherrscht werden kann, erzeugt sie ein Gefühl der Macht und Herrschaft über die Empfindungen und Gefühle. [...] Jedem Gemütszustand entspricht ein persönliches konditionierendes Schema von Muskelkontraktionen, ohne das er gar nicht existieren würde“ (FELDENKRAIS 1987, 106).

FELDENKRAIS bemerkt weiter: „Wiederholte Gefühlskrisen konditionieren das Kind dahin, eine Haltung einzunehmen, die ein Gefühl der Sicherheit verleiht und die ihm hilft, die Angst zu vermindern. Solche passive Sicherheit wird, wie wir gesehen haben, durch Kontraktion der Beuger und Hemmung der Strecker herbeigeführt. Bei allen gemütsgestörten oder auch nur erregten Menschen lassen sich daher willkürliche, aber unbeabsichtigte Direktiven beobachten, welche die Strecker hemmen. Mit der Zeit wird dies zur Gewohnheit, d.h. es bleibt unbeachtet, entzieht sich schließlich der eigenen Wahrnehmung. Der gesamte Charakter wird davon betroffen. Die partiell gehemmten Strecker werden schwach, das Hüftgelenk beugt sich, der Kopf neigt sich vor“ (FELDENKRAIS 1987, 107). Hierbei darf m. E. aber auch nicht das Phänomen der Schwerkraft vergessen werden, das eine Beugehaltung schon bei Ermüdung bewirken kann, die z.B. abends nach einem anstrengenden Arbeits- oder Schultag verständlicherweise eintritt. Trotz FELDENKRAIS prinzipieller Aussagen sollte m. E. die Deutung bestimmter Haltungsauffälligkeiten – z.B. Beugehaltung als „Introvertiertheit“ – nur mit größter Vorsicht vorgenommen werden. Sie entsprächen nicht dem hier vertretenen Anspruch, die Individualität eines Verhaltens und ihre Violdimensionalität zu berücksichtigen.

Zur Differenzierung beschreibt FELDENKRAIS den körperlichen Konfliktvorgang noch genauer, der aus seiner Sicht im Körper eines „Introvertierten“ abläuft. „Das Schema der reflektorischen aufrechten Haltung ist gesprengt. Das Nervensystem sendet Direktiven aus, die sich widersprechen. Die niederen Mechanismen, die gegen die Schwerkraft arbeiten, möchten den Körper in einen normalen, verfügbaren Zustand bringen, während gleichzeitig, um Angst zu vermeiden, das Sicherheitsverhalten – die mehr oder weniger geduckte, zusammengekauerte Haltung – ausgelöst wird. Bewußtes Innwerden ergreift abwechselnd für die eine und die andere Tendenz Partei. Die Mechanismen gegen die Schwerkraft arbeiten ohne Unterlaß. Wie alle ermüdeten Nervenfunktionen sind sie vorerst überaktiv; daher die tonische Kontraktion und Drahtigkeit der Strecker der Aufrichtemuskulatur. Sie werden jedoch von der bewußten Kontrolle überstimmt und das reflektorische aufrechte Stehen verhindert“ (FELDENKRAIS 1987, 108).

Es muss in diesem Zusammenhang zwischen Bewusstsein, willkürlicher oder absichtlicher Handlung im Gegensatz zu Vergessenem oder Reflektorischem unterschieden werden. FELDENKRAIS meint, dass bei Menschen, die auf einer intellektuellen Ebene der Absichtlichkeit leben und bei denen willkürliche Direktiven sich in alle ihre Körperfunktionen mischen, bewusste Kontrolle und Willenskraft nur Kleinigkeiten verbessern mögen und der Intellekt das harmonische Zusammenwirken aller Funktionen nicht alleine ausgleichen bzw. erreichen könne.

Besonders bei Kindern ist es m. E. so, dass sie viel weniger als Erwachsene ihre körperliche Haltung zur Verschleierung ihres seelischen Zustandes verändern können, andererseits aber Haltungskorrekturen noch eher und leichter möglich sind, da sie meist noch nicht so fixiert sind.

FELDENKRAIS folgert weiter: „Ein Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens, der Müdigkeit, und der Wunsch, alles aufzugeben, sind die Folge solcher Überforderungen der bewußten Kontrolle, der man aufgebürdet hat, das auszuführen, für das die reflektorische und unbewußte Nerventätigkeit besser ausgerüstet ist“ (FELDENKRAIS 1987, 108–109). Ich meine, dass diese Aussagen über Körperhaltung die Vergeblichkeit des Versuchs zeigen, Erschöpfung mit Kontrolle zu verdecken.

Nach PAPOUŠEK spielt die Kommunikation bei der Überprüfung der sozialen Relevanz eine entscheidende Rolle, sei es auf nicht sprachlicher oder sprachlicher Ebene. „So gesehen bedeuten jedoch auch die vorsprachlichen Äußerungen des Säuglings – stimmliche oder mimische und gestische – meist viel mehr als nur ein affektives Signal. Bereits BÜHLER (1934) hat betont, dass solche Signale neben dem Ausdruck des eigenen Zustandes immer auch die momentane kommunikative Situation ausdrücken (symbolisieren) und sich als Bitte oder Aufforderung zu einer Antwort oder Handlung an den sozialen Partner richten. Die Entwicklung der kommunikativen Fähigkeiten ist demnach von Anfang an nicht nur eng mit dem affektiven Zustand verknüpft, sondern auch mit der Entwicklung der integrativen Fähigkeiten, der Lern- und Denkfähigkeiten. [...] Die Voraussetzungen für die menschliche Kommunikation – hohe Intelligenz, die Fähigkeit zur abstrakten Symbolisation und zur Modulation der Stimme in schnellen Sequenzen – sind in der Natur nicht einzigartig, kommen jedoch in voller Kombination bei keiner anderen Tierart vor. So vermögen Schimpansen zum Beispiel mit Hilfe einer Zeichensprache mit dem Menschen zu kommunizieren, für eine sprachliche Kommunikation fehlt ihnen jedoch ein entsprechend entwickelter stimmlicher Trakt. [...] Kommunikation hat sich als ein spezifisch wirksames Mittel der Anpassung erwiesen und somit auch in der menschlichen Evolution bewährt. Dem entsprechen auch die Attribute, die in der Biologie im Allgemeinen die relevanten Anpassungsformen charakterisieren: ihre Universalität, frühe ontogenetische Entwicklung und Koevolution von fördernden Tendenzen in der sozialen Umwelt“ (PAPOUŠEK, H./PAPOUŠEK, M. 1992, 145 bis 146).

3.1.1 Entwicklungspsychologische Einflüsse

„Entwicklungspsychologen wie BÜHLER (1911/1967) oder STERN (1920) gingen davon aus, dass auch Vorschulkinder unter bestimmten Bedingungen zu schlussfolgerndem Denken fähig seien. PIAGET (1969) betonte dagegen in seinen Ausführungen eher die Defizite von Kindern unter elf bis zwölf Jahren in Bezug auf ihre intellektuellen Fähigkeiten und bestimmte damit lange Zeit die Fachmeinung über die kognitive Entwicklung von Kindern. Diese einseitige und zum Teil falsche Einschätzung der Fähigkeiten jüngerer Kinder wurde in den vergangenen 20 Jahren revidiert: Entwicklungspsychologen wiesen erneut auf besondere Kompetenzen der Kinder im Vorschulalter zu schlussfolgerndem Denken hin (Donaldson 1982; Goswami 1992; Oerter u. Montada 1995). Je nach ihrem erworbenen Erfahrungsschatz und dem Abstraktionsgrad der vorgegebenen Aufgaben können Kinder demnach schon früh Zusammenhänge erschließen oder Konsequenzen ableiten. Sie sind also grundsätzlich auch in der Lage, altersentsprechend dargebotene Informationen zu Therapieart, Therapiezielen und -risiken zu verstehen“ (ROTTHAUS 2001, 24). Ein Ziel im therapeutischen Arbeiten mit Kindern soll es sein, die Autonomie des Kindes zu achten unter Berücksichtigung seines Entwicklungsstandes und seines Anrechtes auf Hilfe, und vor allem sollen weitere Schädigungen vermieden werden.

Für interaktives Lernen ist eine unabdingbare Voraussetzung die intakte Wahrnehmungsfähigkeit. Unterscheidungsfähigkeit entwickelt sich. „Aufnahme- und kritische Verarbeitungsmöglichkeiten nehmen zu. Kleinkinder erproben immer mehr ihren eigenen Willen, sie können Vergleiche anstellen, sehen Unterschiede zwischen ihren Bedürfnissen und dem Verhalten anderer und entwickeln allmählich die Fähigkeit, sich auch nicht direkt gegenwärtige Personen und Dinge vorzustellen. Sie lernen erste kausale Verknüpfungen und wägen oft schon intuitiv ab, ob sich ihre Anstrengungen, etwas zu tun, auch lohnen werden (Bullock 1979; [...]). Oft schon vor dem Schuleingangsalter können sie sich in die Rolle anderer hineinversetzen, deren Bedürfnisse und Argumente verstehen und sich kritisch damit befassen („Theory of mind“ in Oerter u. Montada 1995). Mit steigendem Alter können Kinder mehr Reize verarbeiten, zum Teil parallel oder auch in schneller Abfolge. Der verkraftbare Komplexitätsgrad in der Informationsvermittlung hängt aber auch von den Möglichkeiten ab, an gesichertes Wissen anknüpfen zu können: Bekannte Informationen können zügig aufgenommen, mit dem vorhandenen Wissen abgeglichen und dann mit neuen Inhalten ergänzt werden, wenn diese einigermaßen nahtlos eingefügt werden können. Völlig neue oder auch den bisherigen Erfahrungen widersprechende Informationen können dagegen nur in Maßen aufgenommen werden“ (ROTTHAUS 2001, 25–26). So stellt sich die Frage, was die Kinder bei den nur verbal laufenden Therapiegesprächen erfassen. „Der Aufbau innerer Kognitionen bei Kindern setzt sich fort, wenn sie zunächst den vertrauten, später auch außerfamiliären Bezugspersonen bestimmte Einstellungen, Urteile oder Gefühle attribuieren und daran ihr Verhalten und ihren Selbstwert orientieren“ (ROTTHAUS 2001, 26).

THOMPSON (1990) beschreibt, dass die Kinder, je jünger sie sind, oft umso irritierter sind, wenn sie in psychosoziale Einrichtungen kommen. So ist, hofft die Autorin, der „alternative“ Raum der Turnhalle als therapeutischer Platz für die meisten Kinder unbefangener, da sie diesen aus Turnstunden schon kennen und die meisten jüngeren Kinder sich noch gern bewegen. Aber auch da kann es sein, dass Kinder dort unangenehme Erfahrungen gemacht haben.

THOMPSON meint weiter, dass Kinder mit steigendem Alter ein umfassendes Selbstbild erwerben und nach überdauernder Identität suchen. Sie brauchen dazu das feinfühliges Verständnis der für sie relevanten Bezugspersonen. Auch das Bedürfnis, sich mit Gleichaltrigen zu messen, steigere sich und damit auch die Empfindsamkeit gegenüber Zuordnungen von Auffälligkeiten oder Krankheit. Er schreibt, dass sich Vorstellungen von Motiven, Einstellungen und emotionalen Befindlichkeiten anderer Kinder erst mit 8–12 Jahren unterscheiden. Kinder kümmern sich um die Erfüllung der Erwartungen ihnen wichtiger Bezugspersonen. Wenn ihre eigenen Bewertungen sich davon unterscheiden, geraten sie leicht in einen inneren Konflikt. THOMPSON beschreibt weiter, dass Emotionen wie Scham und Schuldgefühle von kleinen Kindern generalisiert werden, während ältere Kinder sie situationsspezifisch erleben. So seien jüngere Kinder auch anfälliger gegenüber der Manipulation von Erwachsenen. „Mit steigendem Alter wächst der Umfang privater Interessen und Bedürfnisse. Der Respekt davor bildet eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau eines tragfähigen Selbstbildes. Mit steigendem Alter wächst die Sensitivität von Kindern und Jugendlichen gegenüber kulturellen, sozioökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen, ebenfalls ein wichtiger Baustein für den Aufbau des Selbstbildes im Kontext der psychosozialen Bedingungen“ (ROTTHAUS 2001, 26–27 nach THOMPSON 1990).

„Wenn wir mit Kindern kommunizieren möchten, müssen wir uns zuerst vergewissern, ob sie uns ihre Aufmerksamkeit überhaupt schenken, ob sie aufnahmebereit sind, welche Wahrnehmungsinhalte sie mehr oder weniger genau verarbeiten können und welcher Wahrnehmungskanal gerade von ihnen bevorzugt wird. Grundsätzlich gilt, dass Kinder vermehrt nicht-sprachliche Signale auffassen, unabhängig davon, ob sie schon der Sprache mächtig sind oder nicht“ (ROTTHAUS 2001, 27).

Relevant scheint bei dem Umgang mit jüngeren Kindern auch zu sein, bei verbalen Äußerungen auf das Sprachniveau und das Sprachmilieu des Kindes zu achten und so zu sprechen, dass das Kind einem auch folgen kann. Zudem muss auf den Wortschatz geachtet werden, den das Kind zur Verfügung hat, sonst kann es uns vielleicht nicht verstehen. Manchmal müssen auch die Bezugspersonen als „Dolmetscher“ genutzt werden. Auch die geringere Speicherkapazität des Gedächtnisses von Kindern muss Beachtung finden, so dass keine langen Monologe geführt werden, zumindest nicht ohne Rückkopplung mit dem Kind (ROTTHAUS 2001, 27).

Abhängig von der emotionalen Verfasstheit des Kindes können Kinder durch veränderte Räumlichkeiten, ein anderes Verhalten der Eltern und die Begegnung mit fremden Menschen verunsichert oder ermutigt werden, dabei sich in ihrer Kommunikationsfähigkeit öffnen oder verschließen. „Besonders nonverbale, oft auch kaum bewusste und nur wenig überlegte Botschaften sind zu beachten; sie prägen die Atmosphäre und fördern oder blockieren die Kommunikation mit den Kindern vom ersten Augenblick an“ (ROTTHAUS 2001, 28). Dies gilt es in den PMFT-Stunden sicherlich zu beachten.

„Kinder begegnen uns mit ihrem ureigenen Temperament und mit einer bereits mehr oder weniger ausgebildeten individuellen Identität. Sie haben zumindest implizit ein Bild von sich. Sie bringen Bedürfnisse und Wünsche, Erwartungen oder Befürchtungen mit, die in der aktuellen Interaktion darauf ausgerichtet sind, ihr Selbstbild zu bestätigen oder es in einer von ihnen erwünschten Richtung zu verändern“ (ROTTHAUS 2001, 28–29).

Über die Therapie lernen die Kinder immer mehr die Ressourcen in ihrer Umgebung zu nutzen, aber auch sich zu emanzipieren, denn die Kinder sind sehr in ihrer gesamten Entwicklung und ihrem täglichen Befinden von ihrem sozialen Umfeld abhängig.

„Im therapeutischen Dialog gilt es deshalb, dem Kind sowohl den notwendigen Schutz durch den Kontakt mit den Bezugspersonen, als auch den für die Entwicklung eigenständiger Ideen gebührenden Abstand von diesen zu ermöglichen“ (ROTTHAUS 2001, 30). Probleme können nämlich auch auftreten durch psychische Störungen der Eltern und durch elterliche Konfliktlagen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Persönlichkeitsrechte der Kinder geachtet werden müssen, die Kinder von den Behandlungsschritten in Kenntnis gesetzt und gefragt werden müssen. Notwendig sind das Eingehen auf das Entwicklungs- und Sprachniveau des Kindes, die Beachtung nonverbaler Signale, eine allparteiliche Haltung, die Orientierung an den Anliegen aller beteiligten Personen und die Reflexion der eigenen Positionen im Hilffssystem.

3.2 Zur Verwendung des Psychomotorikbegriffs in der klinischen Psychologie

Unter Psychomotorik wird in der klinischen Psychologie oft etwas anderes verstanden als im Zusammenhang mit den so genannten „Psychomotorikgruppen“. Die dort interessierenden Zusammenhänge, dass sich Psychisches auf die Bewegung auswirkt und umgekehrt, kann bei Patienten beobachtet werden. Manche Patienten können ihr Bewegungsverhalten nicht ändern, wenn sie nicht auch ihre psychischen Probleme oder ihre Gefühle ansprechen können. Umgekehrt können Patientinnen, denen beim Erlernen des alltäglichen Bewegungsverhaltens, wie z.B. aufrechtem Sitzen, dieses zuerst unangenehm ist, und zwar nicht nur, weil es ungewohnt ist, sondern weil sie aufgrund ihres verminderten

Selbstwertgefühles sich lieber zusammenkauern und „klein machen“, keine anhaltenden Verbesserungen erlangen, wenn die psychische Situation nicht mit Veränderung und Verbesserung erfährt. Mit dem Erlernen des aufrechten Sitzens verändert sich zusehens auch ihr psychisches Selbsterleben/Empfinden. Sie erscheinen fröhlicher und beschreiben, dass sie sich allmählich selbstsicherer und wohler fühlen.

Unter Psychomotorik wird im Zusammenhang der Psychomotorikgruppen ein enger wechselseitiger Austausch zwischen den körperlich-motorischen und den geistig-seelischen Regulations- und Integrationsprozessen unter Beteiligung sensorischer, kognitiver und emotional/motivationaler Anteile verstanden. Der Begriff drückt aus, dass durch psychische Vorgänge das Gesamte der Bewegungen geprägt wird. Psychomotorik ist damit das jeweilige Resultat einer Integration von psychischen und motorischen Funktionen. Psychische Gegebenheiten spiegeln sich also weitgehend im Bewegungsspiel wieder. Dies kommt bereits im unverwechselbaren Bewegungsverhalten des Einzelindividuums zum Ausdruck, das im Laufe der Jugend langsam ausreift. Das Bewegungsverhalten kann auf mannigfaltige Weise durch psychische Krankheiten, emotionale Zustände und Hirnläsionen gestört werden. Z. B. ist bei manischen Zuständen das psychomotorische Tempo beschleunigt, bei Bewusstseinstörungen verlangsamt. Unwillkürliche motorische Äußerungen wie Tics, auch Feinheiten der Handschrift, werden schon lange als Zeichen individueller Charakterzüge oder Problemlagen gedeutet. Besonders beachtenswert ist auch die Psychomotorik der Psychosen, wobei Akinese (zu wenig an Bewegung), Hyperkinese (zu viel) und Parakinese (falsch) unterschieden werden. Bei der Schizophrenie werden psychomotorische Störungen stark beachtet (Stereotypie, Iteration, Negativismus, Echoerscheinungen, Parapraxie oder bizarre und gespreizte Spontanbewegungen).

Was immer ein Lebewesen an Informationen aus der Umwelt aufnimmt, geschieht durch die Wahrnehmung, und was immer ein Lebewesen an Information an die Umwelt abgibt, geschieht mit Hilfe von Bewegungen (abgesehen von manchen vegetativen Erscheinungen). Wahrnehmungsprozesse sind im Kontext der Psychologie schon immer beachtet worden, aber die psychomotorische Welterfahrung ist sehr vernachlässigt worden. In der Wissenschaft wurde vorrangig die Wahrnehmung des Erlebens beachtet. Körperliche, physiologische Phänomene – wie z.B. das Problem der Bewegungssteuerung – wurden als nicht psychologische Probleme bewertet. „Als drittes mögen technische Probleme bei der Vernachlässigung der Psychomotorik eine Rolle gespielt haben. Besonders die Aufzeichnung der Verläufe uneingeschränkter Bewegungen ist auch heute noch aufwendig und teuer“ (SPADA 1987, 497).

Eine Hypothese, die für den Zusammenhang zwischen Psyche und Bewegung spricht, ist die Hypothese der „Servo-Unterstützung“ (VALBO 1971, vgl. HEUER 1987), die die „Servo-Hypothese“ überholte (vgl. HEUER 1987, 500–501; SPADA 1987). Diese beiden Theorien sind bei HEUER nachzulesen, und ich möchte sie hier nur kurz anreißen. Zentral

für diese beiden Annahmen war der Gamma-Kreis, ein Regelkreis für die Regelung der Muskellänge. Der Muskel galt als Regelstrecke und die Muskellänge als Regelgröße. Die „Servo-Hypothese“ besagt, dass die zentralen Kommandos nur über die Gamma-Motoneuron-Regelung laufen. Durch die Aktivität der kleinen Gamma-Motoneurone des Rückenmarks ist die Führungsgröße gegeben. In den Muskelspindeln wird die Differenz zwischen Führungsgröße und Regelgröße gebildet, und zwar durch eine sinnvolle mechanische Vorrichtung. Die mechanisch gebildete Regelabweichung, die Abweichung der Solllänge des Muskels von seiner tatsächlichen Länge, wird nun in Aktionspotenziale umgesetzt. „Diese Umsetzung läßt sich der Funktion des Reglers zuordnen, der sowohl für die Größe der Regelabweichung empfindlich ist wie auch für die Geschwindigkeit ihrer Änderung. Die Aktivität der Muskelspindeln entspricht also der Stellgröße. Über die Alpha-Motoneurone wird dann die Kontraktion des Muskels gesteuert“ (HEUER 1987, 500–501). Natürlich wirken noch mehr Faktoren in dieses Wechselspiel ein, darauf möchte ich aber jetzt nicht weiter eingehen.

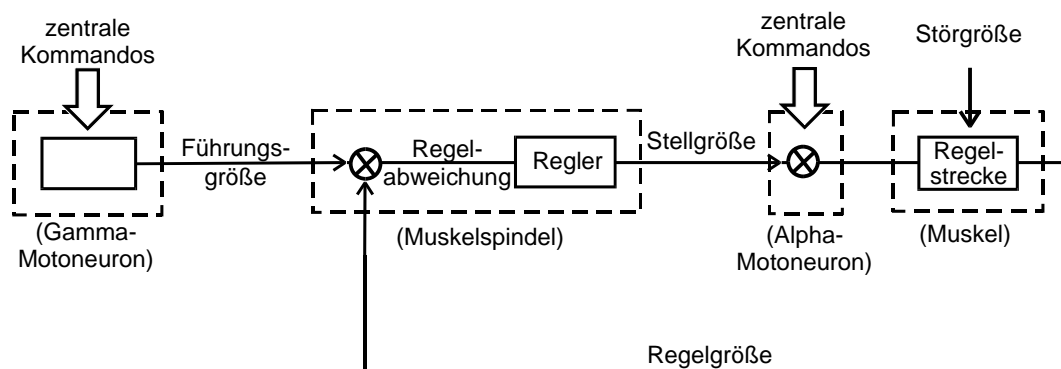


Abb. 2: Schematische Darstellung eines Regelkreises für die Muskellänge (Gamma-Kreis) (SPADA 1987, 500)

„Wenn eine Änderung oder Hemmung der Gamma-Motoneurone (Führungsgröße) initiiert wird, dann sollte sich zuerst die Aktivität der Muskelspindeln (Stellgröße) verändern und erst danach die Muskelaktivität. VALBO (1971) zeigte, daß bei langsamen und schnellen Kontraktionen von Fingermuskeln des Menschen aber eher das Gegenteil der Fall ist: In den meisten Fällen geht die Muskelaktivität der Spindelaktivität voraus. Die Folgerung aus diesen und einer Vielzahl entsprechender Ergebnisse ist, daß die ‚Servo-Hypothese‘ falsch ist“ (HEUER 1987, 501) und die Hypothese der ‚Servo-Unterstützung‘ zutrifft. Danach werden die ‚Alpha-Motoneurone nicht nur auf dem indirekten Weg über die Gamma-Motoneurone aktiviert, sondern auch direkt von höheren Zentren. [...] Auf dem direkten Weg kann eine *schnelle* Änderung der Muskellänge erreicht werden; der indirekte Weg sichert eine *genaue* Einstellung der Muskellänge trotz variierender äußerer Kräfte“ (HEUER 1987, 501).

Von Relevanz ist im o. g. Kontext auch die Annahme einer Programmsteuerung. Ein Kriterium dafür ist, dass auch Bewegungen möglich sind ohne sensorische Rückmeldungen

(Untersuchungen bei Tieren mit Ausschaltung der Afferenzen, vgl. HEUER 1987, 511). Für die Bereitstellung motorischer Kommandos vor Bewegungsbeginn erfolgt eine Programmierung. Diese sollte eine gewisse Zeit erfordern. „Diese Annahme liegt praktisch allen psychologischen Methoden zur Untersuchung von Programmierungsprozessen zugrunde. Eine zweite Annahme ist, daß die Programmierung komplexer Bewegungen längere Zeit erfordern sollte als die Programmierung einfacher Bewegungen“ (HEUER 1987, 512). Nach Experimenten von HENRY und ROGERS (1960) zeigte sich, dass die Reaktionszeit mit der Zahl der Elemente in einer Bewegungsfolge und mit der Zahl der simultanen Elemente einer Bewegung steigt. Von Bedeutung ist auch, dass die Reaktionszeit mit der Zahl der simultanen Elemente einer Bewegung steigt, was aber bei einer Vielzahl anderer in ihren Experimenten genutzten Bewegungsmerkmale uneinheitlich ist. „Der Gedanke, daß ein Bewegungsprogramm vor dem Beginn der Bewegung aus einer Art Langzeitgedächtnis in die an der Bewegungssteuerung beteiligten Zentren übertragen werden muß, legt die Auffassung nahe, daß das Programm etwas Ganzheitliches ist und daß es für jede Bewegung ein eigenes Programm geben müsse. Tatsächlich scheint ein Bewegungsprogramm eine Reihe von unterscheidbaren Spezifikationen zu umfassen, die die einzelnen Merkmale einer Bewegung festlegen“ (HEUER 1987, 513). Eine Art der Spezifikationen wird als **Programme** gekennzeichnet, die zweite als **Parameter**. Jeweils eine Klasse von Bewegungen wird programmgesteuert; durch die Parameter wird bestimmt, welche spezifische Bewegung aus dieser Klasse realisiert wird (z.B. Weite und Geschwindigkeit). Diese Divergenz zwischen Programm und Parameter entspricht der Impression im Alltag, dass sich Bewegungen zum einen qualitativ und zum anderen quantitativ voneinander unterscheiden. Außer globalen Zeit- und Geschwindigkeitsparametern nimmt SCHMIDT (1980) noch die globalen Amplituden oder Kraftparameter und die beteiligte Muskelgruppe als drittes Merkmal an.

Die Regelung der Bewegung ist bei gezielten Bewegungen und bei der Benutzung von Werkzeugen wichtig, damit die Bewegung präzise durchgeführt werden kann. Die Bedeutung der Regelvorgänge für die Bewegungssteuerung scheint unumstritten, aber auch für die Programmsteuerung ist sie notwendig. Unter Programmsteuerung wird Folgendes verstanden (HEUER 1987, 510):

„1. Sie erlaubt die Ausführung einer Bewegung auch dann, wenn keine sensorischen Rückmeldungen aus der Körperperipherie existieren. Das Fehlen einer Rückkoppelung ist ein Definitionsmerkmal jeder Steuerung (im engeren Sinne).

2. Die motorischen Kommandos werden bereits vor Beginn der Bewegung bereitgestellt.“

Für das Zusammenwirken von **Regelung (R)** und **Programmsteuerung (PS)** gibt HEUER (1987, 518–520) vier Vermutungen an:

1. Regelung und Programmsteuerung setzen je nach Bewegungsdimension ein.

2. Die Überwachung der Programmsteuerung findet durch einen Regelkreis statt.
3. Die Abtast-Regelung beschreibt, dass in regelmäßigen Abständen (1/2 sec) Abweichungen zwischen Zielpunkt und Folgepunkt erfasst werden und so schneller korrigiert werden können.
4. Die Parameter-Regelung legt fest, dass, wenn eine Bewegung durch ein generalisiertes Bewegungsprogramm gesteuert wird, Regelprozesse möglich sein sollten, bei denen die Regelgröße nicht mehr unmittelbar die Position von Körpergliedern ist, sondern vielmehr ein Parameter eines Bewegungsprogramms.

Die Koordination der Bewegung beruht auf der Zusammenarbeit zwischen Ziel- und Stütz-motorik. Grundlage ist die koordinative Struktur, die eine Gruppe von Muskeln ist, deren Aktivitäten in bestimmter Weise aneinander gekoppelt sind. Die in koordinativen Strukturen integrierten Reflexe fördern die Leistung bei biologisch wichtigen Aktivitäten und behindern sie bei davon abweichenden Aufgaben. Wenn nämlich eine bestimmte neuronale Struktur Grundlage eines Reflexes ist und gleichzeitig in das neuronale Netz für eine willkürliche Bewegung integriert wurde, dann sollte die willkürliche Bewegung durch Ausnutzung der Reflexafferenzen unterstützt werden können. Die neuronale Struktur, die ein Bewegungsprogramm realisiert, stellt Verknüpfungen zwischen verschiedenen Muskeln her (koordinative Struktur). Die intersegmentale Koordination ist die zwischen den verschiedenen Segmenten eines Körpergliedes oder den verschiedenen Artikulatoren beim Sprechen. Die inter-manuelle Koordination ist die Bewegung unserer beiden Arme, die nicht unabhängig voneinander sind.

Einzelne Gelenkbewegungen kann man als Elemente einer Gesamtbewegung betrachten. Die ganzheitspsychologische Schule hat Versuche unternommen, um auch für die Bewegung zu zeigen, dass „das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile“. Die Integration der Teile zu einem Ganzen kann über statische (zwischen den Positionen verschiedener Gelenke oder Artikulationen) und dynamische Abhängigkeiten (betreffen Merkmale wie die Geschwindigkeit) erfolgen.

Aufruf-Bedingungen für motorische Programme nach HEUER (1987, 532) sind räumliche Merkmale und sensorische Reize. Wie sicher und schnell dieser Aufruf erfolgt, ist abhängig von:

- ◆ der Enge der Zuordnung der Aufruf-Bedingungen zum motorischen Programm,
- ◆ dem Grad der Übereinstimmung von Aufruf-Bedingungen und Reizrepräsentationen,
- ◆ der Stärke der Verbindung zwischen dem Reiz und seiner inneren Repräsentation.

Dies zeigt, dass die Beziehung zwischen der wahrgenommenen Position eines Zielreizes und den Parametern eines Bewegungsprogramms nicht fest, sondern flexibel ist (abhängig

von Sehwinkel, Zeit, Höhe und Geschwindigkeit). Bewegungen müssen in unterschiedlich starkem Maße an die Umwelt angepasst werden. Bewegungsmuster, die an die Variable Umweltmerkmale angepasst werden müssen, werden als offene Fertigkeiten („open skills“) bezeichnet und solche, bei denen dies nicht der Fall ist, als geschlossene Fertigkeiten („closed skills“). Die innere Repräsentation einer gezielten Bewegung umfasst alle sensorischen Auswirkungen. Die wichtigste ist die visuelle, dann folgen die akustische und die propriozeptive Rückmeldung. Die motorische Repräsentation erlaubt eine genaue Repräsentation erst mit der sensorischen Repräsentation zusammen. Die innere Repräsentation einer gezielten Bewegung hat den Charakter einer ‚Vielheit‘, die durch ihre qualitativ verschiedenen Komponenten charakterisiert ist. Darüber hinaus ändern sich die einzelnen Elemente einer Bewegungsfolge, wenn benachbarte Elemente verändert werden (Kontexteffekt). Die motorische Repräsentation enthält die Information, die das motorische System benötigt, seien dies nun Festlegungen von motorischen Kommandos oder von Führungsgrößen für nachgeordnete Regelkreise. Innere Repräsentationen (IR) einer äußeren Gegebenheit sind nicht identisch mit deren Erleben. Obwohl die IR einer äußeren Gegebenheit nicht notwendigerweise mit dem Erleben einhergehen, sollte jedoch umgekehrt das Erleben einer äußeren Gegebenheit an die Existenz einer IR gebunden sein. Wenn man sich Bewegung vorstellt, sollte dieser Vorstellung eine IR der entsprechenden Bewegung zugrunde liegen. Eine Besonderheit unserer Vorstellungen ist es, dass sie sich von den real existierenden äußeren Gegebenheiten lösen können. Wir können uns Dinge vorstellen, die wir nicht wahrgenommen haben, und Bewegungen, die wir nicht ausgeführt haben.

HEUER (1987) konstatiert weiter eine funktionelle Äquivalenz, d.h. die Erlangung gleichartiger Wirkungen nach bestimmten Kriterien, von Bewegungen und Bewegungsvorstellungen, also vorgestellter und tatsächlich ausgeführter Bewegung. Diese funktionelle Äquivalenz impliziert, dass Bewegungen und Bewegungsvorstellungen mit zumindest teilweise identischen Repräsentationen einhergehen, durch die ihre gleichartige Wirkung zustande kommt (gleiche räumliche Repräsentation). Weiter scheint es auch möglich zu sein, mit Hilfe der Vorstellung Bewegungsmuster zu erlernen. Die wiederholte Vorstellung von Bewegung (mentale Übung) sollte also vorwiegend oder ausschließlich räumliche (oder raum-zeitliche) Repräsentationen betreffen. Soweit jedenfalls die Kernaussage der „*Kognitiven Hypothese*“, die eine der beiden zentralen Hypothesen zur Wirkungsweise mentaler Übung ist (vgl. FELTZ/LANDERS 1983). Die kognitive Hypothese thematisiert auch symbolische und verbale Repräsentationen. Für die tatsächliche Ausführung von Bewegung sollte mentale Übung also in dem Maße hilfreich sein, in dem räumliche Repräsentation dafür gebraucht wird. „In allgemeiner Weise kann man sagen, daß die räumliche Repräsentation eines Bewegungsmusters nur dann für die Ausführung von Nutzen ist, wenn sie in eine entsprechende motorische Repräsentation umgesetzt werden kann, [...]. Aufgaben, bei denen die Umsetzung einer räumlichen Repräsentation in entsprechende motorische Kommandos möglich ist und bei denen vor allem eine bestimmte räumliche

Repräsentation zu erwerben ist, werden oft als ‚kognitive Aufgaben‘ bezeichnet. Aufgaben, bei denen die Umsetzung einer räumlichen Repräsentation in motorische Kommandos nicht gelingt und bei denen in erster Linie diese Umsetzung gelernt werden muß, sind eher ‚motorisch‘ “ (HEUER 1987, 552). Die Wirkung der mentalen Übungen soll nach FELTZ und LANDERS (1983) bei kognitiven Aufgaben größer sein als bei motorischen.

Als ideomotorisches Phänomen wird die Beobachtung bezeichnet, dass der Vorstellung (oder auch dem Sehen) einer Bewegung gewissermaßen die Tendenz zu ihrer Realisierung innewohnt. Während der Vorstellung einer Bewegung lässt sich tatsächlich Aktivität in den betroffenen Muskeln beobachten (*Psychoneuromuskuläre Hypothese*; vgl. JACOBSON 1932). Wichtiger als der periphere ist aber wohl der zentrale Prozess. Die cerebrale Durchblutung kann als Indikation für den Grad der Aktivität verschiedener Regionen der Hirnrinde gesehen werden (vgl. ROLAND/LARSEN/LASSEN/SKINHOJ 1982).

Der motorische Kortex ist nur bei der Ausführung aktiv. „Der supplementär-motorische Kortex dagegen zeigt bei Ausführung und Vorstellung eine erhöhte Aktivität. Eine der Funktionen, die dieser Hirnregion zugeschrieben werden, ist die Programmierung von Bewegungen (WIESENDANGER, 1986). Den Gedanken, dass die Vorstellung einer Bewegung mit ihrer Programmierung einhergeht und auf diese Weise zur Verbesserung der motorischen Leistung beiträgt, kann man als *Programmierungs-Hypothese* bezeichnen“ (HEUER 1987, 553).

In vielen Fällen von psychischen Erkrankungen treten laut HEUER (1994) motorische Störungen und Bewegungssteuerungsstörungen auf, aber sie treten meist in ihrer Bedeutung in den Hintergrund gegenüber Störungen des Erlebens und/oder des Sozialverhaltens. Außerdem scheinen sich wenig Psychologen für Fragen der Psychomotorik zuständig zu fühlen. Motorische Störungen werden oft als körperliche Erscheinungen interpretiert, aber nicht als seelische. „Allenfalls dann, wenn ihnen eine Bedeutung zugeschrieben werden kann – das klassische hysterische Symptom des ‚arc de cercle‘ als Ausdruck des Koituswunsches durch antagonistische Innervation, das Stottern als Blockierung anal-sadistischer oder sonstiger Impulse, [...] – werden sie eindeutig dem Zuständigkeitsbereich der Psychologie zugeordnet“ (HEUER 1994). Diese Interpretationen sind für mich allerdings auch fragwürdig.

Die traditionelle Sichtweise in der Psychologie hängt eng mit der Annahme einer Dualität von Körper und Seele, von somatogenen und psychogenen Störungen zusammen. Es werden zwar Verknüpfungen zwischen beiden Fachgebieten gefordert, aber die Unterscheidung wird starr aufrechterhalten (HEUER 1994).

HEUER (1994) stellt die Frage, ob nicht im Fall des Zentralnervensystems die materielle, die funktionelle und die erlebnisorientierte Beschreibung stets dasselbe Objekt bzw. dieselbe Thematik betreffen. Er hinterfragt, ob nicht jeder Erlebniszustand einem bestimmten

materiellen (oder funktionellen) Zustand des Zentralnervensystems entspreche. Befürworte man dieses, gehe man von der *Identitätstheorie* aus, die besagt, dass jedem Erlebniszustand ein bestimmter materieller oder funktioneller Zustand zugeschrieben werden kann. Somit verschwinde der Unterschied zwischen Körper und Seele, zwischen somatogenen und psychogenen Störungen. „Jede Störung der Psychomotorik werde zu einer Erscheinung, die sich mit Hilfe unterschiedlicher Begriffsmengen analysieren läßt. [...] Jede organische Schädigung muß sich als Störung von Funktionen beschreiben lassen, und jede funktionelle Störung als organische Schädigung, [...]“ (HEUER 1994, 172). Diese Theorie geht mir etwas zu weit. Ich sehe schon, dass körperliche und seelische Phänomene in Zusammenhang stehen, so hat z. B. ein introvertierter Mensch eher eine Beugehaltung (vgl. FELDENKRAIS 1987), er kann dies aber auch überlagern, z. B. dadurch, dass er sich bewusst aufrecht hält. So betrachte ich diese Interpretationsabläufe einerseits als sehr wichtig, andererseits aber auch als gefährlich. Zu schnell kann man zu frei erfundenen Interpretationen kommen.

Was hat das mit psychomotorischen Zusammenhängen zu tun? Eine auffällige Motorik kann aufgrund von Strukturschäden, Funktionsschäden (vgl. BRÜGGER 1994) oder psychischen Einflüssen entstehen bzw. sich in einem Netz von Einwirkungen entwickeln. Psychomotorik als Störung der Funktion sollte also unmittelbar Gegenstand der Psychologie werden, wie dies bei Wahrnehmungsstörungen oder Gedächtnisstörungen der Fall ist. HEUER (1994) meint, dass ihr Ausdruck zwar letzten Endes körperlich sei, ihr Ursprung aber ebenfalls in einer Störung des ZNS liege, die funktionell oder mit Bezug auf die organischen Grundlagen beschrieben werden kann. Ich sehe es eher als ein Zusammenspiel bzw. eine Vernetzung zwischen Körper, Geist (hier als Stellvertreter für die Gehirnfunktionen verstanden) und Seele (als stellvertretender Begriff für Emotionen und Gefühlszustände, die für mich mehr sind als nur die körperlichen und physiologischen Reaktionen, durch die sie sichtbar werden). Zudem erscheint es mir zentral zu bemerken, dass in der Psychologie weit mehr psychische Reaktionen an körperlichen und mimischen Erscheinungen festgemacht als eigentlich konkret beschrieben werden. Vor allem in Therapiesitzungen habe ich den Eindruck, dass nicht nur auf die verbalen Äußerungen des Gegenübers reagiert wird, sondern auch auf seine Mimik, auf körperliche Reaktionen wie Bewegungen und auf vegetative Erscheinungen.

Wie bereits erwähnt, wird Bewegung über Regelkreise und autonome Prozesse gesteuert. Die die Bewegung vorbereitenden Prozesse werden als *Programmierung* bezeichnet. Ein vorher gelerntes Bewegungsprogramm muss bereitgestellt werden, und seine Parameter sind an die aktuellen Bewegungsanforderungen anzupassen. „Bereitstellung oder Aufruf von Bewegungsprogrammen, Programmsteuerung und Regelung sind Funktionen, deren Störungen als spezifische Störungen der Bewegungssteuerung in Erscheinung treten sollen. Bei der Bewegung werden Muskeln kontrahiert und entspannt. Von eigentlichem Interesse für den Bewegenden ist aber das Ergebnis, nämlich die resultierende Bewegung“ (HEUER

1994, 174). Sie ist abhängig von den motorischen Kommandos, die von der Kortex ausgehen, somit durch das limbische System laufen und damit auch emotional eingefärbt sind. Verbindungen im Gehirn zwischen den Assoziationsfeldern, den Projektionsfeldern und dem limbischen System lassen auch einen Einfluss der Emotionen auf die motorischen Bewegungsmuster zu. Wenn jemand sich bei bestimmten Bewegungen ängstlich gefühlt hat, tritt diese Angst ggf. wieder in Erinnerung, wenn er diese Bewegung noch einmal machen muss. Störungen des Verteilernetzes treten v. a. als Störungen der Koordination auf: Die verschiedenen Muskeln kontrahieren nicht mit den optimalen Kraft- und Zeitverhältnissen.

Die Ausführung der Bewegung wird prinzipiell bestimmt durch Handlungskriterien (innere Auslösemechanismen) und Initiierungsregeln (z.B. die Intension), die es für willkürliche (veränderbare) und reflexhafte (dauerhafte) Bewegungen gibt. „Der Zugriff auf die Inhalte des motorischen Gedächtnisses kann genauso versagen wie der Zugriff auf die Inhalte des semantischen Gedächtnisses,“ so etwa bei der Apraxie (Störungen im Bewegungsentwurf), einer „Störung motorischer Fertigkeiten, die nicht auf beeinträchtigte Bewegungsmöglichkeiten zurückzuführen ist“ (HEUER 1994, 174). Sie lässt sich als eine Störung des Aufrufs von Bewegungsprogrammen erklären. Gewöhnlich ist in solchen Fällen die Nachahmung besser als die Ausführung auf Anweisung.

Ein *unwillkürlicher Aufruf von Programmen* kann zustande kommen, wenn eine Wahrnehmung mit den sensorischen Rückmeldungen bei Ausführung des Bewegungsmusters identisch ist und damit ein Teil der inneren Repräsentation einer gelernten Bewegung (ideomotorisches Phänomen). *Tics* sind unwillkürliche und automatische Bewegungen unterschiedlicher Art, die keinen offensichtlichen Zweck haben. Sie äußern sich als kurze Zuckungen, langsame Kontraktionen oder komplizierte Bewegungen bis hin zu verbalen Äußerungen, z.B. beim Gilles-la-Tourette-Syndrom. Wir können viel gleichzeitig wahrnehmen, aber nur eine Handlung ausführen, deshalb brauchen wir eine Handlungssteuerung mit Selektivität der Wahrnehmung. Störungen in diesem Bereich nennt man selektive Aufmerksamkeitsstörungen (Überaktivität, fehlende Ausdauer, vorzeitiges Abbrechen von Handlungen und Wirksamwerden von verschiedenen Handlungskriterien). Ein *nicht-selektiver Aufruf von Programmen* ist das hyperkinetische Syndrom des Kindesalters, zu dessen Hauptsymptomen die Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen zählen. Einzelsymptome im Zusammenhang mit dieser Problematik sind unter anderem Ruhelosigkeit, fehlende Ausdauer, Überaktivität. Die Symptomatik nimmt, laut HEUER, mit zunehmendem Alter ab. Die Schwierigkeiten werden aber wohl nicht gelöst, sondern nur verlagert, z.B. in Schulschwierigkeiten, geringes Selbstwertgefühl, allgemeine Impulsivität. Wichtig ist, solche Syndrome nicht monokausal zu erklären, sondern sie als Störung der Funktionsweise eines komplexen Systems zu sehen. Unspezifische Störungen der Bewegungsführung treten auch häufig bei *Psychosen* auf. Ein hervorstechendes Merkmal der Psychomotorik psychotischer Patienten ist eine allgemeine Verlangsamung, die mit einer erhöhten interindividuellen Variabilität einhergeht. Die Verlangsamung wirkt sich bei

interindividuellen Variabilität einhergeht. Die Verlangsamung wirkt sich bei einer Vielzahl motorischer Aufgaben leistungsmindernd aus (KING 1975). Psychomotorische Beeinträchtigungen bei Psychosen können als empfindlicher Indikator für den Schweregrad der Störung genutzt werden, da sie globale Störungen der Funktionsweise des ZNS sind. Es gibt Hinweise, dass sich die Verweildauer im Krankenhaus auf der Grundlage psychomotorischer Leistungen bei einigen Patientengruppen vorhersagen lässt (z.B. WEAVER/BROOKS, 1967; HEUER 1994, 178) Die psychomotorischen Leistungen sind umso stärker gestört, je stärker die psychische Erkrankung auftritt. Eine allgemeine psychomotorische Beeinträchtigung findet sich bei endogenen Depressionen, aber nicht bei reaktiv-neurotischen Patienten (GÜNTHER/GRUBER 1983). Die Untersuchungen fanden natürlich zum Teil vor der Medikamentengabe statt, da diese oft auch Auswirkungen auf die Motorik hat. Hier kann nicht geklärt werden, ob die Bewegungsveränderung nur Resultat oder ein Ausdruck der Symptomatik ist.

Bewegungsprogramme werden als *diskret* (als Folge diskreter Elemente oder Unterprogramme, z. B. bei Aphasien) oder *analog* (Parameter, z. B. beim Parkinsonsyndrom) bezeichnet. Es gibt allerdings auch Störungen der *Regelung* (z. B. bei visumotorischer Entkoppelung optischer Ataxien) und der *Koordination* (sie betreffen dann das Verteilernetz z.B. in Form von Aktivitätsüberflutung; ein *Schreibkrampf* kann beispielsweise aus solchen Störungen resultieren). Beim Schreibkrampf ist die Muskelaktivität generell erhöht, und zwar auch bei solchen Muskeln des Arms, die normalerweise kaum am Schreiben beteiligt sind. Teilsymptome sind Krämpfe, Schwäche, Schmerzen, Tremor und/oder mangelhafte Koordination. Häufig tritt die Symptomatik aber erst ab einem Alter von 30 Jahren in Verbindung mit einer Beschäftigungsneurose auf, ausgelöst durch ungünstige Arbeitshaltungen sowie emotional belastende Ereignisse. Angespante, gewissenhafte und emotional überkontrollierte Persönlichkeiten gehören häufig zu dieser Klientel. *Stottern* gilt als eine psychomotorische Störung der Koordination. Ein komplexes Verteilernetz wird z.B. von Angst oder Erregung beeinträchtigt.

3.3 Systemisch-konstruktivistische Grundpositionen für einen Perspektivenwechsel in der Psychomotorik nach BALGO

3.3.1 Der Körper als System (die physiologische Ebene)

Um die biologischen Grundlagen des Erkennens zu erfassen sind die Biologen MATURANA und VARELA hilfreiche Beobachter und Beschreiber. Unter Erkennen verstehen sie eine effiziente, wirksame, erfolgreiche Handlung, die einem Lebewesen die Fortsetzung seiner Existenz in einem bestimmten Milieu ermöglicht. „Da sich Erkennen in der Tat in der Praxis des Beobachtens und Beschreibens vollzieht, markieren MATURANA und

VARELA (1987, 32) den Ausgangspunkt sowie das Problem ihrer biologischen Kognitionstheorie durch die beiden folgenden aphoristischen Leitsätze:

1. ‚Jedes Tun ist Erkennen, und jedes Erkennen ist tun.‘
2. ‚Alles Gesagte ist von jemandem gesagt‘ “ (BALGO 1998, 95).

MATURANA und VARELA nehmen an, dass sich alle Handlungen des individuellen und menschlichen Lebens auf die biologischen Grundlagen des Seins zurückführen lassen. Wissenschaftliche Erklärungen müssen nach MATURANA (1991, 178 f.) folgende vier Kriterien der Validierung erfüllen, um von einer Gemeinschaft von Beobachtern akzeptiert zu werden:

1. ‚Die Beschreibung des zu erklärenden Phänomens in Form von Handlungsanweisungen für Standard-Beobachter, d.h. Wissenschaftler, um dieses Phänomen zu erfahren.
2. Die Umformulierung des zu erklärenden Phänomens in Form eines für die Gemeinschaft von Standard-Beobachtern akzeptablen Erzeugungsmechanismus, der das zu erklärende Phänomen erzeugt.
3. Die Deduktion anderer Phänomene aus der Anwendung dieser operationellen Kohärenzen und der Operationen, die Standard-Beobachter ausführen müssen, um sie zu erfahren.
4. Die Erfahrung der deduzierten Phänomene durch den Vollzug bzw. die Ausführung der deduzierten Operationen.

Die sich hieraus ergebenden bedeutsamen Konsequenzen sind, dass eine wissenschaftliche Erklärung aus einer solchen Perspektive eine nicht-reduktionistische und mechanistische Re-Produktion eines zu erklärenden Phänomens ist“ (BALGO 1998, 95–96).

MATURANA (1982, 16) unterscheidet zwischen einem operational geschlossenen System und dem Beobachter, der gleichzeitig System und Umwelt beobachtet. So entstehen zwei sich nicht überschneidende Phänomenbereiche. Dabei muss jedoch bedacht werden, „dass es der Standard-Beobachter selbst ist, der die Korrelation zwischen den unterschiedlichen und voneinander unabhängigen Phänomenen herstellt und sie zu einem einzigen Phänomen zusammenfügt. Gerade dadurch wird eine Biologisierung von Phänomenen wie Wahrnehmung, Bewegung, Verhalten, Emotionen, Denken, Sprache, Geist, Bewußtsein usw. durch lineal-kausale Erklärungen verhindert. Zudem benötigt dieser Ansatz weder eine objektive noch auch nur die *eine* Realität, da Wissenschaft nichts beobachterunabhängig erklären kann und daher Realitätsannahmen überflüssig werden“ (BALGO 1998, 96).

MATURANA (vgl. 1982, 240) beschreibt Einheiten als Ergebnis der Unterscheidungsoperationen eines Beobachters, der sie aus dem wahrnehmungsmäßigen Background austrennt. Er unterscheidet einfache und zusammengesetzte Einheiten. „Nicht zusammengesetzte, einfache Einheiten sind durch ihre konstitutiven Eigenschaften spezifiziert. Als zusammengesetzt betrachtete Einheiten, also Systeme, werden sie durch die Angabe der Eigenschaften ihrer Komponenten und ihrer Organisation definiert, wobei sich die

Eigenschaften der Einheit aus der Art und Weise ihrer Organisation, welche die Relationen zwischen ihren Bestandteilen bestimmt, ergeben“ (BALGO 1998, 97).

Das Kriterium für Lebendiges ist für MATURANA und VARELA (1987, 54) im Gegensatz zur Anschauung, dass es in der Aufzählung der konstitutiven Eigenschaften wie Stoffwechsel zu finden ist, in der spezifischen Organisation eines Lebewesens. MATURANA und VARELA differenzieren zwischen den beiden komplementären Aspekten „Organisation“ und „Struktur“. „Unter *Organisation* sind die Relationen zu verstehen, die zwischen den Bestandteilen von etwas gegeben sein müssen, damit es als Mitglied einer bestimmten Klasse erkannt wird. Unter der *Struktur* von etwas werden die Bestandteile und die Relationen verstanden, die in konkreter Weise eine bestimmte Einheit konstituieren und ihre Organisation verwirklichen“ (MATURANA/VARELA 1987, 54).

Werden nun Lebewesen als zusammengesetzte Systeme aufgefasst, werden sie von MATURANA und VARELA (1982, 158) durch ihre spezifische Organisation als lebende Systeme beschrieben, die durch gewisse Relationen zwischen ihren Komponenten Unterscheidung schaffen und die sich andauernd selbst erzeugen. MATURANA und VARELA bezeichnen diese definierende Organisation als „autopoietische Organisation“: „Die autopoietische Organisation wird als eine Einheit definiert durch ein Netzwerk der Produktion von Bestandteilen, die 1. rekursiv an demselben Netzwerk der Produktion von Bestandteilen mitwirken, das auch diese Bestandteile produziert, und die 2. das Netzwerk der Produktion als eine Einheit in dem Raum verwirklichen, in dem die Bestandteile sich befinden“ (MATURANA/VARELA 1982, 158). Ein Beispiel eines autopoietischen Systems ist eine Zelle, durch ihre Membran abgegrenzt und gleichzeitig in Diffusion mit der Umgebung stehend.

MATURANA und VARELA (1987, 55 ff.) folgern aus dem Autopoiesekonzept, dass Lebewesen autonome, operational geschlossene, strukturell gekoppelte, strukturdeterminierte, zweckfreie und zeitlose Systeme sind.

Lebende Systeme sind autonom in dem Sinne, dass sie ihre eigene Gesetzlichkeit haben. In ihrem Operieren bringen sie ihre gesamte biologische Phänomenologie hervor. Die eigene Struktur als zelluläre Einheit bestimmt, wie dieses Molekül sich zeigt, nicht die physikalischen Eigenschaften. Welche konkrete Struktur sich zeigt, in der sich seine Organisation verwirklicht, kann sich jedoch wandeln, wie die Vielfältigkeit der Natur zeigt.

Dieser Wandel kann durch das umgebende Milieu oder durch innere Dynamik ausgelöst sein. Die Interaktionen werden aber immer gemäß ihrer eigenen Struktur bearbeitet. Mehrere autopoietische Systeme können sich wechselseitig „perturbieren“. Damit ist gemeint, „dass Zustandsveränderungen in der Struktur eines Systems von den Zuständen in dessen Umwelt nur »perturbiert«, d.h. »ausgelöst« oder »angeregt« und nicht verursacht werden können. Somit stellen Einwirkungen des Milieus auf ein System lediglich »Perturbationen« im Sinne von »Verstörungen«, »Irritationen«, »Beunruhigungen«, »Anregungen«

dar“ (BALGO 1998, 99). Es ist bei diesen Interaktionen so, „dass die Struktur des Milieus in den autopoietischen Einheiten Strukturveränderungen nur *auslöst*, diese also weder determiniert noch instruiert (vorschreibt), was auch umgekehrt für das Milieu gilt. Das Ergebnis wird – solange sich Einheit und Milieu nicht aufgelöst haben – eine Geschichte wechselseitiger Strukturveränderungen sein, also das, was wir *strukturelle Kopplung* nennen“ (MATURANA/VARELA 1987, 85).

Im Unterschied zu den molekularen autopoietischen Systemen erster Ordnung, den Einzelern, werden „jene stabilen, rekursiven strukturellen Koppelungen zwischen mehreren Zellen, bei denen diese ihre individuellen Grenzen bewahren und zugleich eine neue Kohärenz aufbauen, die als eine metazelluläre Einheit in Form eines Organismus erkennbar ist, [...] autopoietische Systeme zweiter Ordnung“ genannt (vgl. MATURANA/VARELA 1987, 85; BALGO 1998, 99).

Ein autopoietisches System gibt mit seiner eigenen Struktur vor, auf welche Art und Weise sein struktureller Wandel bei der Perturbation determiniert ist. Jeweils die aktuelle Struktur bestimmt den Bereich der Veränderung, den das lebende System ohne Verlust seiner autopoietischen Organisation durchlaufen kann. Struktur determiniertheit gilt für alle in einem Milieu interagierenden Systeme. Vier Bereiche werden von MATURANA und VARELA (1987, 108) differenziert, die von der Systemstruktur festgelegt werden:

- „a.) *Bereich der Zustandsveränderungen* – das sind alle Strukturveränderungen, die eine Einheit ohne Veränderung ihrer Organisation erfahren kann, also unter Aufrechterhaltung ihrer Klassenidentität.
- b.) *Bereich von destruktiven Veränderungen* – das sind alle Strukturveränderungen, die zum Verlust der Organisation einer Einheit und daher zu ihrer Auflösung als Einheit einer bestimmten Klasse führen.
- c.) *Bereich von Perturbationen* – das sind alle Interaktionen, die Zustandsveränderungen auslösen.
- d.) *Bereich von destruktiven Interaktionen* – das sind alle Perturbationen, die zu einer destruktiven Veränderung führen.“

Zentral vor allen anderen Kriterien bleibt aber die Aufrechterhaltung des autopoietischen Systems.

Organismus und Medium sind gegenseitig füreinander Umwelt. Veränderungen finden so nur in phylogenetischen Dimensionen statt im Sinne eines natürlichen strukturellen Driftens. Es kann von einer Koevolution gesprochen werden.

„Es gibt kein ‚Überleben des Angepaßteren‘, sondern nur ein ‚Überleben des Angepaßten‘. Die Anpassung ist eine Frage notwendiger Bedingungen, die auf viele verschiedene Weisen erfüllt werden können, wobei es keine ‚beste‘ Weise gibt, einem Kriterium zu genügen, welches außerhalb des Überlebens zu suchen wäre. Die Unterscheidungen zwischen Organismen offenbaren, dass es viele strukturelle Wege der Verwirklichung des

Lebendigen gibt und nicht die Optimierung einer Beziehung oder eines Wertes“ (MATURANA/VARELA 1987, 125). Das besagt also, dass man sich vor Augen halten sollte, dass es mehrere Wege gibt, um sich zu entwickeln und nicht nur einen positiven.

Wenn man diese Unterscheidung auf die Bewegungsweisen der Menschen bezieht, wird die Unterscheidung von ‚behinderten‘ und ‚nichtbehinderten‘ Menschen in Frage gestellt, wenn man die jeweilige Bewegungsform als den Umständen entsprechend angepasst annimmt.

„Ziel- und zweckorientierte sowie funktionale Vorstellungen können nicht zur Erklärung des Operierens autopoietischer Systeme herangezogen werden, da sie nicht als kausale Elemente an der Neuformulierung eines Phänomens beteiligt sind. [...] Auch die Zeit wird als eine Dimension im Bereich der Beschreibungen durch einen Beobachter erzeugt und stellt kein Merkmal des Milieus dar. Dabei vergleicht dieser eine Sequenz von Ereignissen mit einer zweiten Sequenz von Ereignissen, die eine gewisse Periodizität hat.“ (BALGO 1998, 101) Dieser Vorgang erfordert einen Beobachter, der dadurch untrennbar Teil der Beobachtung wird. „Der Beobachter kann [...] die Entwicklung eines Lebewesens unter Verwendung der Dimension der Zeit ebenfalls nur als eine in seiner Gegenwart erinnerte Re-Konstruktion der von ihm beobachteten Veränderungen beschreiben“ (BALGO 1998, 101).

In Bezug auf das Zusammenspiel von Nervensystem und Verhalten muss in Erinnerung bleiben, dass der Struktur determinismus ein Merkmal des Operierens eines lebenden Systems ist. Voraussagbarkeit besteht in Begriffen, die den Wissensstand eines Beobachters widerspiegeln und nicht die Wirklichkeit. Auch das Nervensystem als Teil des Organismus operiert trotz des unvorhersagbaren breiten Verhaltensbereiches lebender Systeme strukturdeterminiert.

Das strukturdeterminierte Operieren des Nervensystems veranschaulichen MATURANA und VARELA (vgl. 1987, 137) an einem Beispiel mit Froschaugen, wobei eines um 180° Grad verdreht worden ist. Dabei wird die Reaktion durch die interne Korrelation zwischen den sensorischen Nervenzellen in der Retina und den effektorischen Nervenzellen im Bewegungssystem erfolgen und nicht durch die externe Welt. „Bei einem Tier mit einem verdrehten Auge lassen wir beim Hinstellen der Beute vorn/unten eine visuelle Perturbation hinten/oben auf dem Bereich der Netzhaut entstehen, der gewöhnlich vorn/unten liegt. Beim Nervensystem des Frosches löst dies eine sensomotorische Korrelation zwischen der Lage der Netzhaut und der Bewegung der Zunge aus und eben keine Berechnung in Bezug auf eine Landkarte der Welt, wie die einem Beobachter sinnvoll erscheinen könnte. Dieses Experiment kann [...] als unmittelbarer Beleg dafür betrachtet werden, daß die Arbeitsweise des Nervensystems Ausdruck seiner Konnektivität, das heißt seiner Vernetzungsstruktur, ist, und dafür, daß Verhalten entsprechend den internen Aktivitätsrelationen im Nervensystem entsteht“ (MATURANA/VARELA 1987, 139).

MATURANA und VARELA (vgl. 1982, 88 ff.; 1990, 11 ff.; 1994, 58 ff.) führten wichtige Experimente zur Farbwahrnehmung und mit „farbigen Schatten“ durch. Der Grundgedanke, der sich dabei durchsetzte, war „dass die Welt bestimmte Charakteristika wie z.B. Licht hat, die auf ein sie abbildendes Instrument, in diesem Fall Auge, einwirken, welches dann eine diesen Eigenschaften entsprechende Wahrnehmung [...] erzeugt. Die innerliche Repräsentation der Umwelt wird dabei zum Schlüssel für die Anpassung des lebenden Systems an die Umwelt“ (BALGO 1998, 103). „Unsere Erfahrung einer Welt farbiger Objekte ist buchstäblich unabhängig von der Zusammensetzung der Wellenlänge des Lichtes, das von den von uns beobachteten Objekten ausgeht“ (MATURANA/VARELA 1987, 26). Bei weiteren Untersuchungen konnte MATURANA (vgl. 1982, 88) feststellen, dass sich eine interne Korrelation zwischen der kollektiven Aktivität der retinalen Ganglienzellen und den Farbnamen herstellen lässt. Dabei resultieren die Farben aus dem jeweiligen Zellkonnex des Auges mit seinen dynamischen Wirkrelationen. Der Farbenraum erhält dadurch eine anatomische und physiologische Begründung.

Die Konsequenzen, die sich daraus ergeben, sowohl für alle Dimensionen der visuellen Erfahrung als auch für andere Modalitäten der Wahrnehmung, sind, so MATURANA und VARELA (1987, 28), „dass unsere Erfahrung in unauflöser Weise mit unserer Struktur verknüpft ist. Wir sehen nicht den ‚Raum‘ der Welt, sondern wir erleben *unser* visuelles Feld; wir sehen nicht die ‚Farben‘ der Welt, sondern wir erleben unseren chromatischen Raum. Dennoch sind wir ohne Zweifel in einer Welt. Aber wenn wir näher untersuchen, wie wir dazu kommen, diese Welt zu erkennen, werden wir immer wieder finden, daß wir die Geschichte unserer biologischen und sozialen Handlungen von dem, *wie* uns die Welt erscheint, nicht trennen können.“ Farbwahrnehmung ist sicherlich auch von kulturspezifischen Aspekten abhängig.

„Das Wissen um das strukturdeterminierte Operieren des Nervensystems widerspricht der heutigen, vorherrschenden Sichtweise des Nervensystems als eines Instrumentes für die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen aus der Umwelt zum Zwecke der internen Repräsentation einer unabhängig existierenden äußeren Welt und der hieraus abgeleiteten Errechnung eines angepaßten Verhaltens des Organismus. [...] Die Ablehnung der repräsentationistischen Sicht auf der einen Seite droht geradewegs in die solipsistische Gegenposition auf der anderen Seite zu führen, die nur die Existenz der eigenen Innerlichkeit behauptet, also lediglich das Ich mit seinen Bewußtseinsinhalten als das einzig Wirkliche gelten läßt und alle anderen Ichs mit der ganzen Außenwelt als dessen Vorstellung annimmt“ (BALGO 1998, 105).

MATURANA und VARELA (1987, 148) schlagen einen Mittelweg dieser beiden Anschauungsrichtungen vor: „Als Beobachter können wir eine Einheit nämlich in *verschiedenen* Bereichen betrachten, und zwar je nach den Unterscheidungen, die wir machen. So können wir ein System einerseits in dem Bereich betrachten, in dem seine Bestandteile

operieren, also im Bereich seiner inneren Zustände und seiner Strukturveränderungen. Für dieses Operieren – für die interne Dynamik des Systems – existiert die Umgebung nicht, sie ist irrelevant. Wir können jedoch auch eine Einheit betrachten, die mit ihrer Umwelt interagiert, und die Geschichte ihrer Interaktionen mit diesem Milieu beschreiben. In dieser Perspektive, in der der Beobachter Beziehungen zwischen bestimmten Eigenschaften des Milieus und dem Verhalten der Einheit feststellen kann, ist die innere Dynamik der Einheit irrelevant.“

Die Beschreibung der Physiologie und der Beziehungsdynamik des Verhaltens ist jeweils für sich genommen nicht problematisch. Sie wird erst problematisch, wenn das „unbemerkte Überwechseln und Herstellen von Korrelationen zwischen beiden Bereichen durch die Möglichkeit ihrer gleichzeitigen Betrachtung des Operierens als Einheit angesehen wird“ (BALGO 1998,105).

Die enorme Plastizität des Nervensystems vergrößert die möglichen Verhaltensbereiche eines Organismus und erlangt zur Etablierung der Beweglichkeit große Bedeutung. Mit der Evolution des Zentralnervensystems ist die Naturgeschichte der Bewegung eng verbunden.

In der Evolution sollen sich die „unabhängigen sensomotorischen Einheiten“ später in getrennte motorische Einheiten, in unterschiedliche, spezifische Orte der Sinneswahrnehmung und Bewegung differenziert haben. Die sensorischen und motorischen Organe waren durch dünne Fasern, die Axone, miteinander verbunden. Diese leiteten die Einwirkungen auf die Sensoren an die zugehörigen Effektoren weiter. FOERSTER (vgl. 1985, 32 f.) betrachtet das Auftreten von zwischengeschalteten Neuronen, von zwischen die Sensoren und Muskeln eines Lebewesens eingeschobenen und diese verbindenden Nervenzellen (Interneuronen), die zur Integration verschiedener sensorischer Signale fähig waren, als relevanteste evolutionäre Weiterentwicklung. Dadurch haben motorische Wirkungen sensorische Folgen und sensorische Wirkungen motorische Reaktionen.

„Was dem Organismus als die Eigenschaft des dreidimensionalen Raumes oder eines Objektes erscheint, wie beispielsweise die offensichtliche Festigkeit eines Gegenstandes, ist von dem Aufbau des lebenden Systems und der Existenz ganz spezifischer sensomotorischer Kreisläufe nicht zu trennen, deren Unterbrechung die Wahrnehmung einer soliden, beständigen Welt und somit die Wahrnehmungsqualitäten insgesamt grundlegend verändern würde (vgl. VARELA 1982, 89). Diese Grundorganisation des Nervensystems bleibt bei allen Lebewesen die gleiche und differiert lediglich in der Verkörperung der interneuronalen Netzwerke, die durch verschiedene Nervenzellarten sowie Verbindungs- und Interaktionsmöglichkeiten unterschiedlich konfiguriert sind“ (BALGO 1998, 108).

Den Schlüsselmechanismus des Nervensystems beschreiben MATURANA und VARELA (1987, 174) folgendermaßen: „Jede Veränderung des motorischen Zustands [...] kommt als Produkt einer gewissen Aktivitätskonfiguration in bestimmten Gruppen von Neuronen

zustände, die mit den Muskeln verbunden sind (Motoneuronen). Aber eine solche motorische Aktivität erzeugt zahlreiche Veränderungen in den sensorischen Zellen der Muskeln, in anderen Körperteilen sowie auf der Verbindungsfläche mit dem Milieu, aber auch in den motorischen Neuronen selbst. Dies geschieht in einem Prozeß von Veränderungen innerhalb des Netzes zwischengeschalteter Neuronen, den *Interneuronen*. Auf diese Weise gibt es eine kontinuierliche sensomotorische Korrelation, die durch die Aktivitätskonfiguration des interneuronalen Netzes determiniert und vermittelt wird. Da es eine praktisch unbegrenzte Anzahl möglicher Zustände innerhalb dieses Netzes geben kann, kann das mögliche Verhalten des Organismus auch praktisch unbegrenzt sein.“

Um eine sensomotorische Korrelation nachzuweisen, die durch den neuronalen Aktivitätszustand eines motorischen Ereignisses den Vorgang der Wahrnehmung bestimmt, hat MATURANA (1982, 85) den Ziliarmuskel, der die Augenlinse abflacht oder krümmt, durch ein Medikament betäubt. Er sah sich veranlasst, „eine Korrelation zwischen dem Effekt der ‚Größenkonstanz‘ und den neuronalen Mechanismen der Akkomodation herzustellen, d.h. der Aktivität jener zentralen Neuronen, die die Kontraktion des Ziliarmuskels regeln.“

Auch das Gehirn als Teil des Nervensystems kann als großes Gebilde von Interneuronen betrachtet werden. Dazu kommt FOERSTERS (vgl. 1985, 29) wichtiges „Prinzip der undifferenzierten Codierung“, „wonach die Rezeptorzellen, wie alle anderen Nervenzellen auch, nicht die Qualität (das »was«) sondern lediglich die Quantität bzw. Intensität (das »wieviel«) einer Erregungsursache codieren, was sich daran messen läßt, wie oft sich eine Nervenzelle entlädt“ (BALGO 1998, 110).

MATURANA und VARELA finden die linearen Schemata der Reiz-Verarbeitungsreaktion zu ungenau, z.B. beim Sehvorgang. „So beeinflussen beispielsweise Körperhaltungen, akustische Reize, Körperberührungen, Handlungsänderungen etc. bei gleich bleibendem visuellen Reiz die neuronalen Reaktionen“ (vgl. VARELA 1992, 134; BALGO 1998, 110).

Gewöhnlich wird für den Sehvorgang der Weg vom Auge durch den Sehnerv zur Region im Thalamus, d.h. dem seitlichen Kniehöcker (Nucleus Corporis Geniculati Lateralis), bis zur Sehrinde auf der Kortex angegeben. Dabei werden viele andere Vernetzungen nicht beachtet, die auch Einfluss nehmen. „Da die Nervenaktivität auch bei Betäubung, im Schlaf oder bei geschlossenen Augen in Gang ist, machen die durch die Umgebung ausgelösten Veränderungen nur einen Bruchteil des Gesamtgeschehens im ZNS aus. [...] Biologisch ausgedrückt bedeutet dies, daß ein retinales Bild, das in unserem Auge entsteht, nicht mehr als eine kleine Modulation eines ständig ablaufenden, in sich zusammenhängenden Aktivitätsmusters ist“ (BALGO 1998, 111). Also Modulation statt Determination und Kohärenz statt Korrespondenz vollziehen sich. VARELA (1981, 306) zieht daraus zwei Folgerungen: „Erstens: wir können aus dem durch unseren Körper und unser Nerven-

system festgelegten Bereich nicht *heraustreten*. [...] Wir befinden uns innerhalb eines kognitiven Bereichs, und wir können nicht aus ihm herausspringen oder entscheiden, wo er beginnt und wie er beschaffen ist. Zweitens [...]: Wir können eine gegebene Erfahrung nicht in einer einzigartigen, unwiederholbaren Weise auf ihre Ursprünge zurückverfolgen. Jedes Mal, wenn wir versuchen, die Quelle etwa einer Wahrnehmung oder einer Idee aufzuspüren, stoßen wir auf ein ständig vor uns zurückweichendes *fractal*, und wo wir auch nachgraben mögen, stoßen wir auf die gleiche Fülle von Details und wechselseitigen Zusammenhängen. Jedes Mal ist es die Wahrnehmung einer Wahrnehmung einer Wahrnehmung oder die Beschreibung einer Beschreibung einer Beschreibung – nirgendwo können wir unseren Anker werfen und sagen: Von hier ging diese Wahrnehmung aus; auf diese Weise lief sie ab.“

Nervenimpulse gehen auch auf endokrine Systeme über. „Je nach chemischer Zusammensetzung der Regelungssubstanzen kann die Wirkung eines ankommenden Impulses einen »inhibitorischen Effekt«, d.h. hemmenden (andere gleichzeitig einlaufende Impulse ausschaltenden) Effekt oder einen »Bahnungseffekt«, d.h. (einen anderen Impuls verstärkenden und das Neuron aktivierenden) fördernden Effekt ausüben. [...] Interpretiert man, wie FOERSTER, den synaptischen Spalt als ‚Mikro-Umwelt‘ eines sensiblen Endorgans, nämlich des Dendritenastes, und vergleicht dann von einem Beobachterstandpunkt aus die Sensitivität des ZNS gegenüber Veränderungen der inneren Umwelt (der Gesamtsumme aller Mikro-Umwelten) mit jener für Veränderungen in der äußeren Umwelt (aller Sinneszellen) anhand des Verhältnisses zwischen etwa rund 100 Millionen Sinneszellen und ca. 10 Milliarden Synapsen, dann wird deutlich, dass wir 100000mal stärker empfindlich gegenüber Veränderungen der inneren als gegenüber denen der äußeren Umwelt sind“ (BALGO 1998, 112).

FOERSTER stellt die einzelnen Teile als doppelten Ringschluss dar. Dies veranschaulicht, dass sich in einem Kreis weder zwischen Anfang noch Ende, Innen und Außen, Input und Output, Ursache und Wirkung unterscheiden lässt.

BALGO beschreibt, dass das Nervensystem nur mit Eigenzuständen operiert, die es rekursiv reguliert, um seine Organisation zu wahren. Dadurch lässt sich in der Erfahrung auch nicht zwischen Perzeption und ‚Halluzination‘, Wahrnehmung und ‚Täuschung‘ oder ‚wahr‘ und ‚falsch‘ unterscheiden (vgl. BALGO 1998, 114). Die Erklärung des Erkennens als wirksame Handlung kann weder auf die Physiologie des Nervensystems noch auf das Verhalten eines lebenden Systems noch auf die Instruktionen der Umwelt reduziert werden, sondern muss in einem relationalen Kontext bestimmt werden, den ein Beobachter durch seine Fragestellung absteckt und in dem dieser eine Antwort erwartet (vgl. BALGO 1998, 115).

„Aus diesem Blickwinkel kann jede Interaktion eines Organismus – sein gesamtes beobachtbares Verhalten – von einem Beobachter als eine kognitive Handlung bewertet

werden. So ist die Tatsache des Lebens selbst – die ununterbrochene Aufrechterhaltung der Strukturkopplung als Lebewesen – nichts anderes als Erkennen im Existenzbereich. Als Aphorismus formuliert: Leben ist Erkennen (Leben ist effektive Handlung im Existenzbereich als Lebewesen)“ (MATURANA/VARELA 1987, 191).

Die „synonyme Auffassung von Kognition und (Über-)Leben bzw. Erkennen und Tun unterscheidet nicht zwischen körperlichen und geistigen Strukturen, da sie als Funktionen der inneren Dynamik des Organismus Phänomene derselben Art sind, und sie begreift Kognition, unabhängig davon, ob der Organismus ein Nervensystem besitzt oder nicht, als die Erzeugung und Aufrechterhaltung einer System-Umwelt-Differenz“ (BALGO 1998, 115).

3.3.2 Wahrnehmung/Bewegung als System (die interaktionelle Ebene)

BALGO (1998) stellt in Anlehnung an den Autopoiesis-Ansatz von MATURANA und VARELA die These auf, dass sich „das System Bewegung/Wahrnehmung nicht auf den Körper reduzieren läßt, auch wenn dieser die Bewegungen und Wahrnehmung erst ermöglicht. Die Wahrnehmung, aufgefaßt als ein Hereinholen von Informationen aus einer unabhängigen Umwelt, sowie die Bewegungen oder das Verhalten, betrachtet als eine determinierte Antwort darauf, sind nicht ein Merkmal der Arbeitsweise des Nervensystems, sondern die relationale Beschreibung eines Beobachters aus der Außenperspektive“ (BALGO 1998, 171). Es wird beachtet, dass die Innen- und Außenperspektive miteinander in Verbindung gesetzt werden müssen. Dieses System ist weder Abbildung der Wirklichkeit noch unabhängig von seiner Geschichte struktureller Kopplung an ein verträgliches Milieu. „Das systemisch-konstruktivistische Konzept des Systems Bewegung/Wahrnehmung kann auf diese Weise vermeiden, die beiden Komponenten des Wahrnehmenden und Wahrgenommenen, des Bewegenden und des Bewegten, des subjektiven Inneren und objektiven Äußeren als unhinterfragte, voneinander unabhängige Ausgangseinheiten miteinander in Beziehung zu setzen und zeigt, dass diese bereits von einem beobachtenden System konstruierte Unterscheidungen sind“ (BALGO 1998, 171).

Das System Bewegung/Wahrnehmung ist sozusagen durch den „Akt einer Unterscheidung“ entstanden. Eine Veränderung wird durch die Operation des „Bewegens“ erzeugt. Dadurch wird ein Unterschied in den noch markierten Raum eingeführt. Das bedeutet, dass durch das Markieren einer Differenz zwei Seiten voneinander getrennt werden. Dabei liegt der Gebrauch der Unterscheidung in der Operation des „Wahrnehmens“ der einen und nicht der anderen Seite der Unterscheidung. Durch die Verkettung der Operationen ‚bewegen/wahrnehmen‘ im Sinne des Autopoiesis-Konzeptes entsteht das System Bewegung/Wahrnehmung (vgl. LUHMANN 1991/92, Bd.2; BALGO 1998, 172).

Durch den Anschluss einer weiteren Operation generiert die Operation ‚bewegen/wahrnehmen‘ erst die Möglichkeit, „daß von ihrem Tun etwas im System Bewegung/

Wahrnehmung als Phänomen erscheint. Zur Sicherung der Anschlußfähigkeit und somit zur Konstitution des Systems bedarf es daher stets einer nächsten Operation. [...] erst die zirkuläre Vernetzung bewirkt, daß die durch das ‚Bewegen‘ und ‚Wahrnehmen‘ vollzogenen Unterscheidungsoperationen nicht wirkungslos bleiben. [...] Der Anschluß weiterer Operationen des ‚Bewegens/Wahrnehmens‘ an der Innenseite der Form durch rekursive Vernetzung bewirkt das Entstehen von strukturierten Erfahrungszusammenhängen im System Bewegung/Wahrnehmung, welche die dem System potentiellen weiteren Unterscheidungen ermöglichen und begrenzen“ (BALGO 1998, 172–173). Angelehnt an FOERTERS Konzept eines nicht-trivialen Systemes lässt sich das Systemmodell der Bewegung/Wahrnehmung als eines beschreiben, das rückbezüglich operiert, „das heißt seine ‚Reaktion‘ wird zum neuen ‚Reiz‘, die ‚Wirkung‘ zur erneuten ‚Ursache‘, wobei sich sein Systemzustand in Abhängigkeit zu diesem Prozeß ständig verändert“ (BALGO 1998, 173). Die Unterscheidungsoperationen können noch spezifiziert werden in das virtuelle und aktuelle Bewegen/Wahrnehmen.

„Hiermit haben wir ein Modell eines Systems, das dadurch, daß es mit seinen Operationen immer an seinen vorherigen Operationen anknüpft, sich fortlaufend selbst erzeugt und nicht an einer unabhängig von ihm existierenden Wirklichkeit, sondern stets an seinen vorangegangenen Bewegungen und Wahrnehmungen operiert. Die Umwelt, in der ein Beobachter das System beobachtet, ist für es selbst nicht zugänglich. Trotzdem kann das System seine Erfahrungen in einen internen und externen Bereich trennen, der aber nicht mit dem seines Beobachters übereinstimmen muß“ (BALGO 1998, 174).

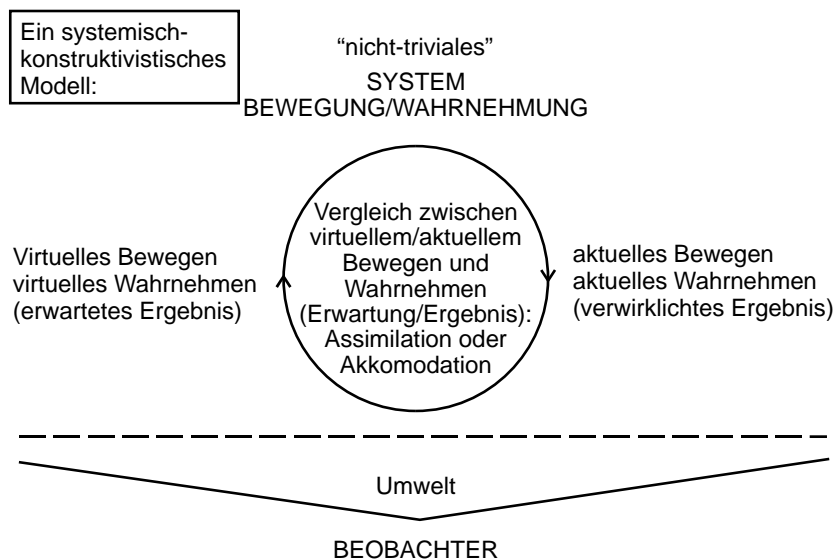


Abb. 3: Ein systemisch-konstruktivistisches Modell (aus BALGO 1998, 174)

Die Operation des virtuellen und aktuellen ‚Bewegens/Wahrnehmens‘ erscheint in der Regel nicht im System Bewegung/Wahrnehmung. Dort sind die Relationen zwischen der Gesamtheit der getroffenen Unterscheidungen enthalten wie Körper/Umwelt, Innen/Außen. Diese sind also Teile einer gemeinsamen ursprünglichen Einheit, also des Systems

Bewegung/Wahrnehmung als Ganzem, während die Operation des virtuellen und aktuellen ‚Bewegens/Wahrnehmens‘ grundsätzlich nicht im System Bewegung/Wahrnehmung erscheint. Dieses operational geschlossene System hat keinen Zugang zu einem Bild der Wirklichkeit jenseits seiner selbst erzeugten Erfahrungen. „Die durch das virtuelle und aktuelle Bewegen/Wahrnehmen vollzogenen Unterscheidungen operieren stets an den im System Bewegung/Wahrnehmung erscheinenden Unterscheidungen. Die Operationen haben lediglich Zugang zu unseren Wahrnehmungen bzw. zu den Bewegungen, die uns in der Wahrnehmung erscheinen. Das an diesen anschließende, zunächst virtuell vollzogene Bewegen und die mit ihm verknüpfte virtuelle Wahrnehmungserwartung lassen sich entweder im aktuellen Bewegen und Wahrnehmen verwirklichen und erzeugen somit eine Unterscheidung, die in das strukturelle Muster des Systems assimiliert wird, oder aber sie lassen sich nicht verwirklichen und ergeben einen Unterschied, der einen Unterschied macht, welcher zu einer Akkommodation bzw. Veränderung seiner Bewegungs- und/oder Wahrnehmungsstruktur führt“ (BALGO 1998, 176).

„Das Ungleiche im gleich Erscheinenden zu entdecken, das Gleiche im Ungleichen – darin besteht die Kunst der Wahrnehmung überhaupt, ja jedes Erkennen. Erkennen ist also ein Balancieren zwischen Unterschied und Gleichheit.“ So beschreibt es KÜKELHAUS (1981, 43) sehr passend. Aus dem Muster von sich abwechselnder Varianz (Ungleichheit) und Invarianz (Gleichheit) entsteht eine Struktur (vgl. CIOMPI 1988, 141 ff.) des Systems, hier des Systems Bewegung/Wahrnehmung, die die Konstruktion von Wirklichkeit ermöglicht und begrenzt. Die Wirklichkeit wird durch die Erfahrungsstruktur der einzelnen Person erfahren. Auf der Basis dieser Struktur erfolgt jegliche Veränderung dieser Struktur. Die Person hat keinen Zugang zu einer vom System Bewegung/Wahrnehmung unabhängigen Umwelt, deshalb operiert sie durch die Prozesse des virtuellen und aktuellen Bewegens/Wahrnehmens immer an unserer Erfahrungswelt, deren Kohärenz sie aufrechtzuerhalten bestrebt ist. „Der Maßstab der strukturellen Veränderungen ist dabei nicht die Abbildung einer unabhängigen existierenden Umwelt in das System, sondern die Viabilität zwischen System und Umwelt“ (BALGO 1998, 177).

Das System Bewegung und Wahrnehmung kann als ein System mit autopoietischer Organisation angesehen werden, ein System, das sich andauernd selbst erzeugt. „Die Elemente des Systems bilden die virtuellen und aktuellen Operationen des Bewegens/Wahrnehmens, wobei das ‚Bewegen‘ im Ziehen einer Grenze bzw. Markieren einer Differenz durch die Erzeugung einer Veränderung und das ‚Wahrnehmen‘ im Gebrauch der einen und nicht der anderen Seite der Unterscheidung besteht. Die Organisation des Systems Bewegung/Wahrnehmung ist durch bestimmte Relationen zwischen seinen Elementen, den Unterscheidungen, gegeben, die in einem kontinuierlichen Netzwerk von Wechselwirkungen zwischen den sich aneinander anschließenden Operationen des virtuellen und aktuellen Bewegens/Wahrnehmens dynamisch miteinander verbunden sind“ (BALGO 1998, 177–178). Z. B. bilden die Unterscheidungen zwischen Wahrnehmenden und den Wahrnom-

menen eine Grenze zwischen System und Umwelt und begrenzen somit weitere Operationen des Bewegens und Wahrnehmens. Würde sich keine Unterscheidung entwickeln, würde sich das Netzwerk der Operationen des Bewegens und Wahrnehmens nicht etablieren. „Einerseits erzeugt also das dynamische Netzwerk der Operationen des Bewegens/Wahrnehmens seine eigenen Unterscheidungen durch deren Anschlußfähigkeit und ist die Voraussetzung der Möglichkeit einer Systemgrenze, andererseits ist diese Grenze die Bedingung der Möglichkeit der Unterscheidungsoperationen des Bewegens/Wahrnehmens, welche das Netzwerk als Einheit hervorbringen“ (BALGO 1998, 178). Es geht also um zwei Betrachtungsweisen eines einheitlichen Phänomens, „bei dem die Möglichkeit der Unterscheidung zwischen dem System Bewegung/Wahrnehmung und seiner Umwelt von der Zirkularität der Prozesse abhängt, die das System möglich machen“ (BALGO 1998, 178). Diese Struktur begrenzt wiederum die Eigenschaften der weiteren Unterscheidungsoperationen und deren Relationen, die umgekehrt das System errichten. Es scheint ein System zu entstehen, in dessen Operieren die gesamte Phänomenologie unserer Erfahrungswelt entsteht. „Wir erfahren nicht die Außenwelt sondern die Wahrnehmung der Außenwelt, und wenn wir versuchen, den Ursprung einer Wahrnehmung zu ergründen, stoßen wir immer nur auf Wahrnehmung einer Wahrnehmung der Wahrnehmung... Das System Bewegung/Wahrnehmung ist ein Produkt ihrer eigenen Organisation und es gibt keine vorausgesetzte Trennung zwischen dem Erzeuger einer Wahrnehmung und dem Erzeugnis einer Wahrnehmung. Bewegung und Wahrnehmung, das, was ‚ist‘ und das, was wir tun, sind untrennbar miteinander verbunden. Aufgrund dieser Zirkularität, ‚[...] ist unser Verhältnis zur Welt wie das zu einem Spiegel, der uns weder verrät, wie die Welt ist, noch wie sie nicht ist. Er zeigt uns, daß es *möglich* ist, daß wir so sind, und so zu handeln, wie wir gehandelt haben. Er zeigt uns, daß unsere Erfahrung *lebensfähig* ist“ (VARELA 1981, 308).“ (BALGO 1998, 178). Man kann also registrieren, was man wahrnimmt, aber nicht die Objektivität der Wahrnehmung belegen bzw. die richtige Erfassung einer objektiven, unabhängigen Außenwelt. Veränderungen im System Bewegens/Wahrnehmens durch Interaktionen können von der Außenperspektive eines Beobachters wahrgenommen werden, werden aber vorrangig durch aktuelle Bewegungs- und Wahrnehmungsstrukturen bestimmt. Veränderungen in der Struktur des Systems Bewegung/Wahrnehmung werden zwar durch die Interaktionen mit der Struktur des Milieus ausgelöst, aber ohne diese zu begrenzen oder zu instruieren, und das gilt auch umgekehrt. Es vollzieht sich eine wechselseitige Strukturveränderung. MATURANA und VARELA (vgl. 1987, 85) nennen dies „strukturelle Kopplung“.

„In dem Bereich gemeinsamer Interaktionen, dem sog. konsensuellen Bereich, in dem gemeinsame Beschreibungen mit anderen Systemen erzeugt werden, wird eine konsensuelle Realität, eine gemeinsame Wirklichkeit, hergestellt. Menschen konstruieren demnach ihre Wirklichkeit in gegenseitiger Abhängigkeit voneinander, indem sie durch das System Bewegung/Wahrnehmung Unterscheidungen treffen, über die sie untereinander durch

dialogisches Kooperieren einen Konsens herstellen können. [...] Nicht die ‚Information‘ aus der Umwelt ruft eine spezifische Reaktion hervor, sondern sie wirkt als eine Perturbation, die zu einem ‚Eigenverhalten‘ des Systems führt. FOERSTER sieht hier Parallelen zu den schon von PIAGET beschriebenen ‚Herausschmeiß-Zurücklege-Spielen‘, bei denen kleine Kinder ihr Spielzeug (Ball [...]) immer wieder aus der Wiege oder dem Kinderwagen herauswerfen, wohin es die Erwachsenen fortwährend zurücklegen. PIAGET sah die Notwendigkeit dieser sich wiederholenden, zirkulären Aktion als eine Voraussetzung für die Perzeption und die zunehmende sensomotorische Kompetenz des Kindes gegenüber einem bestimmten Spielzeug. Anfänglich hat ein Kleinkind noch keine Objektpermanenz entwickelt, da es verhaltensmäßig bis zu diesem Zeitpunkt nicht mit den Gegenständen vertraut ist. Es ‚sieht‘, ‚begreift‘, ‚versteht‘ beispielsweise einen ‚Ball‘ ausschließlich durch seine Sensomotorik“ (BALGO 1998, 179–180). Das Kind muss also eine bestimmte Sensomotorik entwickeln, um ein stabiles Verhalten im Umgang mit dem Ball zu erreichen. FOERSTER (1986, 201 f.) meint, es existiere für das Kind ein stabiles sensomotorisches Verhalten und kein Spielzeug an sich. Beide, der Ball und der Umgang mit dem Ball, sind laut BALGO komplementär. FOERSTER (vgl. 1986, 214) sieht eine geschlossene Organisation als charakteristisch für die Wahrnehmung an. Die Erfahrung bedinge die Welt und nicht die Welt die Erfahrungen.

Die Bedeutung des Systems Bewegung/Wahrnehmung für die Unterscheidung zwischen ‚Körper/Umwelt‘, ‚Selbst/Fremd‘ wird von BALGO (1998) folgendermaßen erklärt: Ein entstandenes lebendes System differenziert nicht per se sich und seinen Körper und den der Umwelt als selbst und fremd. „Innen und Außen sind Phänomene, die von dem System Bewegung/Wahrnehmung in struktureller Kopplung mit seiner Umwelt hervorgebracht wird. Aus systemisch-konstruktivistischer Sicht wird ein Neugeborenes daher *nicht* – wie es ein außenstehender Beobachter sieht – in eine schon existierende, strukturierte und von ihm unabhängige Welt hineingeboren, da das, was zu seinem ‚Körper‘ oder seinem ‚Selbst‘ und das, was zur ‚Umwelt‘ oder dem ‚Nicht-Selbst‘ gehört, noch nicht voneinander unterschieden ist. In diesem Zustand der Einheit von ‚Körper‘ und ‚Umwelt‘, ‚Selbst‘ und ‚Fremd‘ läßt sich auch nicht zwischen ‚Selbstwahrnehmung‘ und ‚Fremdwahrnehmung‘, ‚Selbstbewegung‘ und ‚Fremdbewegung‘ unterscheiden. Ähnlich einem weißen Blatt Papier, das noch nicht durch das Markieren mit einem Bleistift in eine Figur (‚Körper‘) und deren Hintergrund (‚Umwelt‘) unterschieden ist, so ist auch der zunächst einheitliche, aus unterschiedlichen Ereignissen bzw. Empfindungen bestehende Erfahrungsstrom noch nicht in ‚Körper‘ und ‚Umwelt‘ unterschieden (vgl. VON GLASERFELD 1987, 129)“ (BALGO 1998, 181–182).

„Die Unterscheidung zwischen dem eigenen ‚Körper‘ und der fremden ‚Umwelt‘ wird über die Selbstberührung getroffen, wobei sich die Erfahrung in einen internen und einen externen Bereich aufspaltet. Es kann nun zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, zwischen Selbst- und Fremdbewegung unterschieden werden“ (BALGO 1998, 182). Dabei scheint

die Grenze zwischen außen und innen sich vom Säuglingsalter ab das ganze Leben hindurch zu verändern (vgl. KEGAN 1991). Zwischen dem ‚Selbst‘ und dem ‚Fremd‘ vermitteln das Bewegen und die Wahrnehmung und ermöglichen dadurch deren „Begegnung“ (vgl. WEIZSÄCKER 1968, 115). Dabei entstehen weitere Unterscheidungen, die an die vorangehenden Unterscheidungen anknüpfen und dabei wieder neues Bewegen und Wahrnehmen auslösen.

Ein Verhalten im Sinne eines Verhältnisses zwischen Organismus und Umwelt kann erst durch die Trennung zwischen ‚Selbst‘ und ‚Fremd‘ hergestellt werden. Auf die Zirkularität des Prozesses zwischen einer wechselseitigen Konstituierung von Verhalten und Situation, von Bewegen und Wahrnehmen verweist ENNENBACH (1989, 41), wenn er schreibt, dass ein „[...] Reiz ohne aktive Bewegung und diese ohne Reiz nicht existieren. Erst *indem* sich ein Verhalten aufbaut, wird etwas zur Reizgestalt, und indem sich diese entfaltet, baut sich Verhalten auf. In diesem Prozeß bilden beide sich schließlich als unterscheid- und handhabbare Formen aus [...]“. FOERSTER (vgl. 1985, 27 f.) formuliert es so: Der Unterschied, der für uns einen Unterschied macht, entsteht erst durch das operative Zusammenspiel des Bewegens und Wahrnehmens. Dieser Unterschied lässt uns erst die Außenwelt begreifen.

„Erst durch die Selbstbewegung läßt sich ein Verhältnis, eine Beziehung zu der von einem Lebewesen erfahrenen Umwelt erzeugen. Über sich anschließendes Bewegen und Wahrnehmen werden Unterschiede generiert, die eine ständige Relationsverschiebung zwischen dem Selbst und seiner Umwelt ermöglichen.“

Die Wahrnehmung ist nicht die Wirkung eines unabhängigen ‚Reizes‘, sondern Ausdruck der strukturellen Kopplung zwischen dem System Bewegung/Wahrnehmung und der dieses System lediglich perturbierenden Umwelt. Das Bewegen und Wahrnehmen erzeugt über das Treffen von Unterscheidungen weiteres Bewegen und Wahrnehmen und nicht ein Abbild von *der* Umwelt, da die Unterschiede nicht in einer unabhängig von den Aktivitäten des ‚Selbst‘ getrennten ‚Umwelt‘ liegen, sondern sich beide wechselseitig hervorbringen. Dabei kann das ‚Selbst‘ seine ‚Umwelt‘ weder beliebig konstruieren, noch wird es von dieser zu bestimmten Konstruktionen instruiert. [...] Stößt es dabei auf Hindernisse innerhalb seiner bisherigen konstruierten Erfahrungswelt, dann schleifen sich daran seine kognitiven Strukturen durch das Treffen von neuen Unterscheidungen solange ab, bis eine erneute Kohärenz mit dem weiteren Erfahrungsfluß hergestellt ist“ (BALGO 1998, 183).

KEGAN (1991) schreibt: „Es gibt keine Gefühle, keine Erfahrungen, keine Gedanken und keine Wahrnehmungen, die von dem Prozeß der Bedeutungsbildung unabhängig wären. Erst durch den Prozeß der Bedeutungsbildung wird etwas zu Gefühlen, Erfahrungen, Gedanken und Wahrnehmungen, weil wir nämlich dieser Prozeß sind.“ Erfahrung ist also nicht etwas, was uns einfach so begegnet, sondern ist das, was die Person selbst, der etwas begegnet, daraus macht. KEGAN (vgl. 1991, 108, 122) beschreibt, dass, welcher Teil dem

„Selbst‘ (Subjekt) und welcher Teil zum ‚Fremd‘ zugeordnet wird, von dem Prozess der Bedeutungsentwicklung abhängt. „Er [...] entwirft eine Theorie der Entwicklung von Objektbeziehungen, indem er die Bedeutung aufzeigt, die jede Gleichgewichtsstufe für die grundlegende Organisation des ‚Selbst‘ hat“ (BALGO 1998, 184). „Objekt bezieht sich im Grunde auf einen Bewegungsvorgang, auf eine Aktivität eher als auf ein Ding [...] ‚Objekt‘ verweist auf etwas, das durch einen Prozeß von etwas anderem abgelöst oder verschieden geworden ist, oder er verweist auf diesen Prozeß selbst. So verstanden sind mit dem Begriff ‚Objektbeziehungen‘ Beziehungen gemeint, die wir zu etwas aufbauen, das durch einen bestimmten Prozeß von uns abgelöst oder verschieden geworden ist; das Wort verweist auf unsere Beziehungen zu etwas, das wir von uns weggeworfen haben, oder es verweist auf die Erfahrungen des Wegwerfens selbst“ (KEGAN 1991, 111). „Erst wenn das Kind zwischen der eigenen Person (Selbst) und den anderen (Fremd) unterscheiden kann, kann es zur Welt in Beziehung treten, anstatt in sie eingebunden zu sein. [...] durch den Vorgang des ‚Wegwerfens‘, der Unterscheidung, wird ein ‚Objekt‘ konstruiert (Entstehung von Objektpermanenz), zu dem wiederum durch den Prozeß der Integration eine Objektbeziehung entsteht. Hierdurch wird das Kind erstmalig mit dem Thema des ‚Findens‘ und ‚Verlierens‘ konfrontiert. [...] Je größer der Unterschied zwischen der Welt der Objekte und dem Subjekt wird, desto mehr kann in Verbindung mit ihr getreten werden. Die Gleichgewichtsverhältnisse werden auf jeder Entwicklungsstufe neu organisiert, die Fragen nach Absonderung und Einbindung anders beantwortet, der Konflikt zwischen dem Wunsch nach Zugehörigkeit und Verschiedenheit unterschiedlich gelöst“ (BALGO 1998, 184–185).

„Auf jeder Stufe wird dieser Konflikt anders bewältigt. Der gesamte lebensgeschichtliche Entwicklungsprozeß, [...] ist ein ständiger Wechsel zwischen Stufen, in denen der Konflikt zugunsten der Unabhängigkeit gelöst wird und Stufen, die zugunsten der Zugehörigkeit ausfallen“ (KEGAN 1991, 150). Weiter schreibt er: „[...] der Prozeß, in dem es für das Kind allmählich weniger ‚psycho‘ und mehr ‚sozial‘ wird, ist identisch mit dem Prozeß der Bedeutungsentwicklung.“ „Das Bedeutungssystem findet Ausdruck in der sozialen Umwelt und verlangt auf den unterschiedlichen Entwicklungsstufen verschiedene zu erwartende Umgebungen, um durch die Funktionen des Festhaltens, Loslassens und in der Nähe Bleibens die Übereinstimmung zwischen den kulturellen und psychologischen Entwicklungsprozessen zulassen und sichern zu können. Für KEGAN (vgl. 1991², 159) stellen die psychosozialen Entwicklungsbedingungen den Rahmen dar, aus dem heraus der Mensch wächst, und er spricht von einer einbindenden Kultur [...]“ (BALGO 1998, 185). Wesentlich ist sicher die Wechselbeziehung zwischen der sozialen Interaktion und der kindlichen Selbst-Objekt-Differenzierung zu beachten.

3.3.3 Affektlogik als System (die psychische Ebene)

„Um die Komplexität der Unterscheidungen in unserer Erfahrungswelt weitgehend zu organisieren, brauchen wir ein die Wahrnehmung interpretierendes bzw. bewertendes sowie ein unser Verhalten und Handeln leitendes Modell der Wirklichkeit. Ein solches Modell hat der Schweizer Psychiater LUC CIOMPI (vgl. 1988; 1989²) in seiner sog. ‚Affektlogik‘ entworfen. [...] CIOMPI (vgl. 1992) versucht, die genetische Epistemologie PIAGETS, die Psychoanalyse FREUDS sowie aktuelle neurophysiologische und kybernetisch-system-theoretische Modelle miteinander zu verknüpfen und die subjektive Innenwelt der individuellen Psychodynamik mit der systemisch leichter erfaßbaren Außenwelt der Familien- und Soziodynamik miteinander zu verbinden. Er bezieht sich hierbei ausdrücklich auf die systemische Epistemologie BATESONS sowie MATURANAS und VARELAS. [...] Seinen Entwurf der Affektlogik als ein Kognition und Emotion in einem einheitlichen Modell der Psyche zusammenfassendes Prinzip betrachtet er als einen ersten Versuch, bestehende Denkmodelle zu einem Ganzen zu integrieren“ (BALGO 1998, 187).

CIOMPI versucht die sonst getrennt untersuchten Komponenten wie Emotion, Kognition, Affekt und Logik zu verbinden. Zudem möchte er die Auffassung beseitigen, dass Gefühle als das objektive Denken verzerrende, subjektive Störfaktoren aus der objektiven Forschung zu eliminieren seien. Beide Aspekte werden in der psychischen Wirklichkeit nicht voneinander getrennt erfahren, sondern in Verbindung wahrgenommen. CIOMPI (1989², 47) versucht daher, die affektiven und kognitiven Komponenten „in ihrem sinnvollen, funktionellen Zusammenwirken zu untersuchen. Ausgehend von einer ähnlichen, auf eine gemeinsame Genese des kognitiven und affektiven Bereichs hinweisende Grundstruktur postuliert CIOMPI die strukturelle Einheitlichkeit der Psyche im Sinne zweier verschiedener Aspekte ein- und desselben, untrennbar zusammengehörigen Ganzen und versucht, die ‚logische Struktur der Affekte‘ sowie die ‚Affektstruktur der Logik‘ faßbar zu machen“ (BALGO 1998, 187–188).

CIOMPIs Hauptthese lautet, „daß die ganze Komplexität von psychischen Prozessen und Strukturen aus dem regelhaften Zusammenwirken von nur zwei grundlegend verschiedenen und zugleich komplementären Funktionseinheiten erwächst. Dies ist einerseits ein qualifizierendes und relativ langsames Fühlssystem, das mit einer kleinen Zahl von affektiven Grundzuständen operiert und in seiner Grundstruktur zumindest allen höheren Tieren gemeinsam ist, und andererseits ein quantifizierendes und zugleich schnelleres Denksystem, das sich im Lauf der Evolution enorm verfeinert hat“ (CIOMPI 1994, 117).

Bedenkenswert erscheint auch noch, dass Affekte sich nicht nur auf Innerpsychisches beziehen, sondern sich auch durch Begegnungen im handelnden und erlebenden Austausch entwickeln, z.B. durch die Interaktionen mit Mutter und Vater oder anderen Bezugspersonen. „Die sich ständig wiederholenden und dadurch zunehmend regulierten, koordinierten, äquilibrierten und internalisierten sensomotorischen Aktionen generieren dabei nicht nur

kognitive Schemata, wie PIAGET sie beschreibt, sondern haben, nach psychoanalytischem Konsens, ebenso immer eine affektive Komponente, deren Effekt sich zwischen allen möglichen Schattierungen von Lust und Unlust bewegt und dem Organismus anzeigt, was ihm nützlich oder nicht nützlich ist“ (BALGO 1998, 188). So entsteht ein „funktionell integriertes affektiv-kognitives Bezugssystem oder Fühl-, Denk- und Handlungsprogramm“ von unterschiedlicher Ordnung (CIOMPI 1993, 76).

„Alle kognitiven Schemata erhalten somit nach CIOMPI (vgl. 1989, 69) einen affektiven Stempel oder »Inprint«, der genau wie der kognitive Anteil im handelnden Erleben erworben wird und einen Auszug bzw. eine Abstraktion der affektiven Invarianz des Erfahrenen zum Zweck eines adäquaten und ökonomischen Handelns darstellt. Die dabei entstehenden kontextabhängigen »Programme« [...] sind onto- wie phylogenetisch nichts als mentalisierte Verdichtungen der gesamten Erfahrung zur Bewältigung der begegnenden Umwelt. Sie stellen auf immer neuer hierarchischer Stufe die eigentlichen Bausteine der Psyche dar“ (CIOMPI 1994, 118)“ (BALGO 1998, 188).

CIOMPI (1989, 76 f.) legt die Affekte, Emotionen, Stimmungen oder Gefühle als „umfassende, qualitative, psychobiologische Gestimmtheiten“ aus. Die Dauer dieser Stimmungen kann von Sekunden über Stunden und Tage bis hin zu Wochen reichen. Über den hormonalen Weg sind die Stimmungen mit den physiologisch-körperlichen Prozessen verbunden. Veränderungen von Puls, Blutdruck, Atmung, Hautwiderstand und -durchblutung sowie Veränderungen im Bereich der Muskelspannungen, Körperhaltungen, Mimik und Gestik sind in diesem Zusammenhang von wesentlicher Tragweite. Auch die Wahrnehmung und Bewegungsformen verändern sich. CIOMPI macht deutlich, wie sich diese körperlich-seelische Interaktion auch im Sprachgebrauch wieder findet: „Die Haare sträuben sich dabei.“ Er betont auch die Zusammensetzung der Grundgefühle (wie Angst, Wut, Trauer, Freude) in dem Korrelat von Sympathikus und Parasympathikus als Gegenspieler.

Die Denkopoperationen werden durch Verhältnisse bzw. Relationen zueinander bestimmt. Der Aufbau der gesamten kognitiven Welt wird also durch ein komplexes Netzwerk von Unterschieden wahrnehmbar. In Bezug auf die Wahrnehmung würden Komponenten zur Unterscheidung genutzt wie Größenverhältnisse, Zeiten, Distanzen, Winkel, Farben, Helligkeiten, Temperaturen und andere Beziehungen zwischen kognitiven Elementen.

„Mit dem Begriff Affekt ist offensichtlich etwas bezeichnet, das nicht der Kategorie Verhalten zugeschrieben werden kann, obwohl es zu ihr in enger Beziehung steht“ (SIMON 1988, 84).

„Unter dem Begriff der Logik versteht CIOMPI (vgl. 1994, 120) die spezifische Art der Auswahl und Verknüpfung von kognitiven Elementen, von den einfachsten bis zu den komplexesten Strukturen. Da die Selektion und Verknüpfung kognitiver Elemente in

verschiedener Weise erfolgen kann, können sich auch ganz unterschiedliche Arten von Logiken [...] entwickeln“ (BALGO 1998, 190).

„Im Unterschied zu der recht trägen und langsam ablaufenden endokrinen Vermittlung affektiver Vorgänge, die globale körperliche Umstimmungen von erheblicher Dauer zur Folge haben können und die CIOMPI (vgl. 1989², 79) vorsichtig mit einer ‚Grobmechanik‘ oder ‚Starkstromtechnik‘ vergleicht, stützen sich die kognitiven Prozesse eher auf eine differenziertere, mobilere, mit schwächsten elektrischen Strömen ungleich schneller und mit geringerem Aufwand arbeitende neuronale ‚Mikroelektronik‘. Die Affekte erscheinen also als eine Art von grundlegender relativer Invarianz, auf deren Hintergrund die variablen kognitiven Inhalte als Varianz ausgezeichnet werden und die auf diese Weise als typische ‚Befindlichkeiten‘ oder ‚Gestimmtheiten‘ die komplexen ‚affektlogischen Bezugssysteme‘ charakterisieren. Die unterschiedlichen Anteile dieser Doppelstruktur der Affektlogik liegen zum einen in der engen Verkoppelung des Gefühlsanteils mit dem Körperlichen und dem Konkreten der Sensomotorik und zum anderen in der über das materielle und faktische Geschehen hinausreichenden Weiterdifferenzierung, Abstraktion und Internalisierung durch den kognitiven oder geistigen Anteil. Beide Aspekte, die sich gemeinsam entwickeln und zu immer ausdifferenzierteren affektlogischen Schemata vereinigen, bilden zusammen das bipolare System der Affektlogik“ (BALGO 1998, 190).

Neben der logischen Komponente der Affektivität kommt auch eine affektive Komponente der Logik vor. Bei der Bildung der affektiv-kognitiven Schemata ist es sinnvoll, den Affekt vom Gesichtspunkt der Autopoiese oder Selbsterhaltung zu betrachten, um z.B. auch die Angst- und Gefahrenanteile mit den dazugehörigen Körperreaktionen und nicht nur die kognitive Information zu speichern.

Affektwirkungen auf das Denken sieht CIOMPI sowohl in der ‚Alltagslogik‘ als auch im wissenschaftlichen Denken, z. B. bei Paradigmenwechseln. Nicht nur die subjektiven Wirklichkeiten stellen kontextgebundene, operationale Stimmigkeiten, Kohärenzen bzw. Attraktoren (im Sinne der Chaostheorie) mit affektiven und kognitiven Anteilen dar, sondern selbst wissenschaftliche ‚Wahrheiten‘ sind nichts anderes als in einem bestimmten historischen Kontext erworbene und äquilibrierte affektiv-kognitive Bezugssysteme. Diese bilden eine Hierarchie in sich, die durch Erfahrung entsteht. „Einmal gebildet wirken diese wie ein vorgegebenes Raster, das alle künftigen Wahrnehmungen und Abläufe im gleichen Kontext entscheidend beeinflusst. Damit bestätigen und konsolidieren sich auch psychische Systeme gleich andern autopoietischen Gebilden fortwährend rekursiv selber. Die Folge davon ist, daß wir die Gegenwart (fast) nur noch durch die Brillen der Vergangenheit zu sehen vermögen. In all unserem Denken, Fühlen und Handeln sind wir also gewissermaßen fortwährend von einem Gefüge von lauter ‚Selbstverständlichkeiten‘ oder ‚Vorurteilen‘ umgeben, das uns trägt und zugleich umhüllt wie eine Blase, deren wir gar nicht gewahr sind. [...] Erst wenn die Ordnungen und Affekte, welche die Bezugssysteme

charakterisieren, einmal durch Widersprüche massiv in Frage gestellt werden und darauf labil hin und her zu schwanken beginnen von einer möglichen ‚Auffassungsweise der Wirklichkeiten‘ zu einer anderen, merken wir plötzlich, daß sich unsere gewohnte Welt keineswegs ‚von selbst versteht‘. Zugleich wird uns die lebenswichtige Stützfunktion von solcherart automatisierten Bezugssystemen schmerzhaft bewußt: Nur sie nämlich vermitteln jene Sicherheit und Kontinuität im Erleben der Wirklichkeit, auf die wir zur adäquaten Lebensbewältigung dringlich angewiesen sind“ (CIOMPI 1988, 177). In den affektlogischen Bezugssystemen sammeln sich die diachronen Erfahrungen, die in der Lebensgeschichte gemacht wurden, virtuell zu einer synchronen Gegenwart, die erneut diachrone Abläufe ermöglicht. „Dabei ist das psychische System strukturell an seine Umwelt gekoppelt, auf dessen vielfältige Redundanzen, Regelmäßigkeiten oder Invarianzen es mit Veränderungen seiner inneren Struktur antwortet“ (BALGO 1998, 191). Affektiv-kognitive Bezugssysteme entstehen anscheinend aufgrund vielfältiger struktureller Koppelungen über rekursive Interaktionen mit den jeweiligen Umwelten des psychischen Systems. So schlägt sich die Interaktionsgeschichte in den affektlogischen Strukturen nieder und diese wiederum wirkt auf die Struktur des Interaktionssystems.

Durch die Betrachtung der neurobiologischen Grundlagen zeigt CIOMPI die Zusammenhänge von Affekten und sensorischem Erleben auf. „Das neuronale Substrat der als ‚Baustein der Psyche‘ bezeichneten integrierten Fühl-, Denk- und Verhaltensprogramme, die im Zentrum der affektlogischen Hypothese stehen, wäre also nichts anderes als die *limbo-corticalen*, *limbo-hypothalamischen* und *limboreticulären* Assoziationsbahnen mitsamt ihren mindestens z. T. bekannten Verbindungen zum hormonalen und sensomotorischen System“ (CIOMPI 1994, 122 f.). Dabei bilden sich die Feinstrukturen der Verbindungsbahnen durch wiederholte Nutzung selbstorganisatorisch heraus. Die synaptischen Verbindungen werden umso durchgängiger und reichhaltiger, je häufiger sie gebraucht werden. Das neuronale Netzwerk entsteht also vorrangig durch den Gebrauch, wobei auch eine Verknüpfung zwischen den Affekten und den Gedächtnisleistungen entsteht. CIOMPI nimmt an, dass die „Bildung, Modifikation und engere Zusammenarbeit der affekt-kognitiven Schaltkreise nur über eine häufigere und gemeinsame affektspezifische Aktivierung relevanter synaptischer Brücken erreicht werden kann“ (BALGO 1998, 192).

„COMPI (vgl. 1994, 125) versteht die gesamte psychische Entwicklung als einen selbstorganisatorischen Prozeß im Sinne MATURANAS und VARELAS, der darauf abzielt, die grundlegende Organisation und Funktionsweise des Organismus aufrechtzuerhalten. Dabei lassen sich sowohl die neuronale Plastizität, d.h. die fortwährende dynamische Umstrukturierung der neuronalen Netze, als auch die von PIAGET aufgezeigten, durch assimilatorisch-akkomodatorische Wechselwirkungen zwischen der Psyche und ihrer Umwelt zustandekommenden, äquilibrierenden und stabilisierenden sensomotorischen und kognitiven Schemata als selbstorganisatorische Phänomene beschreiben. [...] Dabei haben bei all diesen Prozessen die Affekte eine organisatorisch-integrative Wirkung, indem sie die

entstehenden affektiv-kognitiven Bezugssysteme zu einem Ganzen zusammenbinden“ (BALGO 1998, 193). CIOMPI stellte fest, dass kognitive Elemente, die der gleichen Stimmung angehören, selbst über längere Zeiträume hinweg zu einem zusammenhängenden Ganzen verbunden werden. Gleichzeitig würden dabei körperliche Zustände aktiviert. „Die stabile Konstanz der Emotions- und Kognitionsbindungen ist eine wesentliche Voraussetzung für ein zielgerichtetes und planvolles Handeln“ (BALGO 1998, 193). Negative und positive Affektqualitäten bleiben haften, und so verfestigen sich z. B. Vorurteile. Die selbstorganisatorischen Funktionen der Affekte sind nicht nur auf der Mikroebene, sondern auch auf der Makroebene der sozialen Dynamik zu finden.

Die Differenzierung der affektiv-kognitiven Strukturen beginnt mit der Geburt. Es entsteht ein rhythmisches Muster verschiedenartiger körperlich-emotionaler Zustände. Es wird dabei zwischen zwei diskontinuierlichen Zuständen wie ‚Gleichgewicht‘ und ‚Nicht-Gleichgewicht‘ unterschieden. Anfangs wird nur in ‚gut‘ (also z. B. Nützliches und Erstrebenswertes) und ‚schlecht‘ (z. B. Gefährliches und zu Vermeidendes) differenziert, während im Laufe eines komplexeren Differenzierungsprozesses in jede Affektwelt immer neue Wahrnehmungs- oder Erlebniselemente, die eine ähnliche Affekttönung aufzeigen, mit passenden Verhaltensweisen gespeichert werden. Unterschieden wird mit der Zeit auch, ob die Reize von außen, von der Umwelt kommen oder aus dem eigenen Körper. Dabei differenzieren sich auf der Basis der Reflexe sensomotorische Aktionsmuster, die später zu kognitiven Schemata verinnerlicht werden. Sowohl affektive als auch kognitive Elemente scheinen von Beginn an bei der Entstehung psychischer Strukturen untrennbar zu sein. Bei der Mutter-Kind-Interaktion handelt es sich nicht nur um das passive Einfügen in ein vorgegebenes Interaktionssystem, sondern um das *Aushandeln* von Interaktionsregeln (vgl. BALGO 1998, 194–195). SIMON (1984, 62) gibt zu bedenken, dass ein Säugling noch keine klare Selbst-Objekt-Abgrenzung hat und noch von keiner Unterscheidung der Wahrnehmung zwischen innen und außen auszugehen ist, aber trotzdem Aktion und Interaktion stattfinden. „Die Kategorisierungen des Kindes müssen sich demnach auf die Wirkung aller innerhalb des Interaktionssystems stattfindenden Aktionen – eigener wie fremder – beziehen.“

Die Fähigkeit, eigene Handlungen von äußeren abzugrenzen, nimmt zu, wobei auch das Vermögen steigt, diese in Verbindung zu den verbundenen Affekten zu setzen. „Mit der Verknüpfung von Affekten mit spezifischen Verhaltensweisen werden diese in der weiteren Entwicklung, [...] zu einem äußeren Signal innerer, für den außenstehenden Interaktionspartner nicht zugänglicher Prozesse und finden Eingang in die non-verbale Kommunikation. Durch die zunehmende Fähigkeit der kognitiven Speicherung früherer Ereignisse können sich in der darauffolgenden Entwicklung auch ungleichzeitige Ereignisse oder gleichzeitige und ungleichzeitige Ereignisse durch die Bildung von Wenn-dann-Regeln miteinander verbinden“ (BALGO 1998, 195). Das Neugeborene ist erst auf die non-verbale Kommunikation angewiesen, um sich mitzuteilen und seine Beziehung zum

Gegenüber zu sichern, wobei diese Verständigung, durch Bewegung und Verhalten ausgedrückt, in einem kulturell-sozial bestimmten Interpretationsrahmen abläuft. Selbst- und Fremdwahrnehmung werden dadurch beeinflusst. Kennt die Mutter schon den kulturell-gesellschaftlichen Übersetzungscode, muss das Kind erst auch die sein Verhalten klassifizierenden Codes durch die Koordination und In-Beziehung-Setzung der subjektiven und intersubjektiven Zeichensysteme konstruieren (vgl. SIMON 1984, 34 ff.; BALGO 1998, 195). SIMON (1988, 87) schreibt, dass durch Gefühle in drei voneinander unabhängigen Bedeutungsdimensionen folgende Unterscheidungen vollzogen werden: Jeder Erkenntnisgegenstand wird affektiv als *aktiv* oder *passiv* (differenzierend zwischen Handeln und nicht Handeln), *stark* oder *schwach* (schafft die Unterscheidung zwischen Fähigkeit oder Unfähigkeit) sowie *gut* oder *böse* (gibt Bewertungsmaßstab zur Entscheidung zwischen Handlungsalternativen vor) klassifiziert.

„Die durch die generalisierten Anteile der Aktionen entstehenden affektiven Schemata müssen einfach und differenziert genug sein, um ein schnelles Handeln in einer sehr komplexen Wirklichkeit zu ermöglichen. SIMON (1992, 170) fragt sich daher, ‚ob nicht das Fühlen als ein Teil oder eine Vorstufe dieses Handelns betrachtet werden muß. Schließlich sind mit dem, was aus der Innenperspektive als Fühlen erlebt wird, häufig körperliche (Alarm-)Reaktionen verbunden, welche die physischen Voraussetzungen für bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Flucht und Kampf) schaffen. Der Weg vom Fühlen zum Verhalten bzw. zur Verhaltensänderung ist auf jeden Fall nicht weit. Bestimmte Gefühle erhöhen oder erniedrigen die Wahrscheinlichkeit bestimmter Verhaltensweisen des Individuums“ (BALGO 1998, 196).

MATURANA beschreibt Emotionen „als die Steuerung der Wechselwirkung zwischen körperlichen Zuständen und dem Verhalten, d.h. als körperliche Zustände, die sich als Verhaltensdisposition auswirken und den Bereich möglicher Handlungen eines Organismus festlegen: ‚Als Emotion faßt ein Beobachter die körperliche Dynamik eines Lebewesens, die seinen Handlungsbereich spezifiziert.‘ Demnach sind Emotionen verschiedene Handlungsbereiche, in denen sich ein Lebewesen bewegt. Verschiedene Emotionen als verschiedene dynamische körperliche Konfigurationen legen somit fest, welche Handlungen oder welche Verhalten ein Organismus in jedem Moment ausführen kann“ (BALGO 1998, 196–197).

Durch den Einfluss auf die Bewegungsrichtung des Verhaltens haben Affekte soziale Auswirkungen. So kann z.B. Sympathie Individuen verbinden und Hass für Abstand sorgen bzw. Systeme trennen.

„Das grobe affektive Raster der Innenperspektive, das auf den Bereich der direkten Interaktion bezogen ist, erlaubt in struktureller Kopplung an körperliche Notfallreaktionen eine schnelle, direkte Handlungsbereitschaft“ (BALGO 1998, 197). Auch die Außenperspektive des Denkens spaltet sich noch einmal auf in die durch Affekte geleitete Kognition und

diejenige, die im diskursiven Denken impliziert ist. Wenn man Denken als ‚Probehandeln‘ sieht, wie SIMON es nennt (1988, 87 f.), findet auf dem Wege auch eine Selektion möglicher Handlungen statt.

CIOMPI (1988, 178) resümiert, „daß im Laufe der Kindheit aufgrund der fortlaufenden Mentalisierung von konkreten Aktionen ein komplex hierarchisiertes System von verinnerlichten Schemata oder Programmen entsteht, das wir als ‚Psyche‘ [...] bezeichnen. Alle so gebildeten ‚Bezugssysteme‘ [...] besitzen neben kognitiven ebenfalls affektive Komponenten und stellen deshalb eigentliche Denk-, Fühl- und Verhaltensprogramme für je spezifische Kontexte dar. Auch Wahrnehmung und Kommunikation werden durch diese vorbestehenden Bezugssysteme in ganz bestimmte Bahnen geleitet.“

3.3.4 Soziale Systeme

Unser gesellschaftliches Sein ist vom Dualismus geprägt. Einerseits ist eine Gesellschaft nicht ohne den Menschen denkbar, andererseits kann die Gesellschaft auch nicht auf die biologischen und psychischen Komponenten des Menschen reduziert werden. So ist bei LUHMANN (1995, 125 ff.) das „Subjekt“ die „Grundlage“ der sozialen Einheit. LUHMANN (vgl. 1991/92, Bd.11) zeigt bei der Klärung des Handlungsbegriffes auf, dass eine Abgrenzung zwischen Handeln und Nichthandeln oder wo die Folgen des Handelns beginnen, schwierig ist. „Das Problem der Innenabgrenzung berührt die Frage, inwieweit Motive, Absichten, Gesinnungen, Entscheidungen und die Verantwortung für eine Handlung durch ein Erklärungsschema, das im Inneren des Handelnden endet, dem Handelnden zuzurechnen sind“ (BALGO 1998, 199).

Durch die Zunahme gesellschaftlicher Komplexität und durch die bedingten größeren Reichweiten von Handlung gibt es immer mehr Wahlsituationen. Dabei scheint der Bedarf der Identifizierung und die Zurechnung z.B. zu einer Gruppe anzusteigen. Ungelöst ist, wie der Einzelne mit der Gesellschaft verbunden ist.

In LUHMANN'S „Theorie der selbstreferentiellen Systeme“ hat er den Begriff der Autopoiese auch für die Soziologie übernommen. Er trennt die Autopoiese des Lebens und die der Gesellschaft. Für LUHMANN (1993, 346) bedeutet das, dass „die sozialen Systeme nicht aus psychischen Systemen, geschweige denn aus leibhaftigen Menschen bestehen. Demnach gehören die psychischen Systeme zur Umwelt sozialer Systeme. Sie sind freilich ein Teil der Umwelt, der für die Bildung sozialer Systeme in besonderem Maße relevant ist.“

Während LUHMANN (1993, 296 f.) den Autopoiese-Begriff generalisiert, möchten MATUREANA und VARELA diesen Begriff für die biologischen Systeme alleine genutzt sehen. Für LUHMANN dagegen gibt es sowohl biologische, psychische und soziale Systeme als auch verschiedene Typen autopoietischer Systeme. „Im einen Falle ist das Medium und die Erscheinungsform das *Leben*, im anderen Falle das *Bewußtsein*. Autopoiesis

qua Leben und qua Bewußtsein ist Voraussetzung der Bildung sozialer Systeme, und das heißt auch, daß soziale Systeme eine eigene Reproduktion nur verwirklichen können, wenn die Fortsetzung des Lebens und des Bewußtseins verwirklicht ist. [...] Denn die Funktion des Bewußtseins im Aufbau von Realität scheint in einer Externalisierungsleistung zu liegen, nämlich in der Frage, wie es überhaupt möglich ist, sich eine Außenwelt vorzustellen, obwohl das Nervensystem doch seinerseits operativ geschlossen und deshalb ‚blind‘ operiert“ (LUHMANN 1992, 122–123). BALGO (1998) schlägt vor, die Bewegung/Wahrnehmung als ein operational geschlossenes, autopoietisches System anzusehen, womit beide Sichtweisen verbunden werden könnten.

LUHMANN geht von einem zirkulären Verhältnis der Begriffe System und Operation aus. Die Systeme werden durch die jeweiligen spezifischen Operationsweisen beschrieben, mit der sie sich selbst durch rekursive Verknüpfungen produzieren und reproduzieren. „Die Anschlußfähigkeit der Operationen erzeugt eine Form des Systems, die einerseits eine Innenseite, das System, und andererseits eine Außenseite, die Umwelt, hat. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Aufgabe der Vorstellung, daß in Systemen durch die Unterscheidung zwischen Strukturen und Prozessen zwei verschiedene Ebenen wirksam sind“ (BALGO 1998, 201).

„LUHMANN (vgl. 1993, 191 ff.) zufolge bilden ‚Kommunikationen‘ die Elemente sozialer Systeme, wobei er nicht von dem geläufigen Verständnis dieses Begriffes ausgeht und ihn nicht subjektbezogen verwendet. Soziale Systeme sind Kommunikationssysteme, die sich durch Kommunikation als basale, rekursive Operation produzieren und reproduzieren, indem Kommunikationen fortlaufend an Kommunikation anschließen. Kommunikation ist nicht das Resultat menschlichen Handelns sondern das Produkt sozialer Systeme“ (BALGO 1998, 201). LUHMANN (1990, 31) sagt dazu: „Der Mensch kann nicht kommunizieren, nur die Kommunikation kann kommunizieren.“ Menschen können nicht durch Kommunikation in das psychische System eines anderen gelangen. Die operationale Schließung der unterschiedlichen Systemtypen macht das unmöglich. Außerdem können die Gedanken eines psychischen Systems nur an die eigenen psychischen Systeme Anschluss haben. „Auch wenn sich das psychische System vorstellt, dass es kommuniziert, bleibt dies eine interne, eigene gedankliche und keine kommunikative Operation. Psychische Systeme, so läßt sich sagen, denken, aber können nicht kommunizieren, soziale Systeme hingegen kommunizieren, aber können nicht denken (vgl. KNEER, NASSEHI 1994², 73). [...] Jedes dieser strukturdeterminierten Systeme produziert und reproduziert somit mittels seiner spezifischen Operationen seine eigenen Grenzen, akkumuliert seine eigene Geschichte und definiert seine ihm eigene Umwelt“ (BALGO 1998, 201).

Soziale Systeme stellen dabei „Kommunikation durch Kommunikation jeweils auf der Basis eines durch Kommunikation erreichten historischen Zustandes“ wieder her. „Sie tun dies mit Hilfe von Strukturen, die selber Produkte von Kommunikation sind. Sie entschei-

den dabei, was wiederverwendet, was erinnert und was vergessen wird. Und der Vollzug kommunikativer Operationen entscheidet auch darüber, was als kausal mitwirkende Umwelt vorausgesetzt wird, nämlich körperlich und mental gegebene Menschen, und was an Umweltzuständen oder -ereignissen jeweils zum Thema der Kommunikation gemacht wird“ (LUHMANN 1992, 123).

Biologische Systeme können durch ihre physiologischen Operationsmodi unterschieden werden. Diese Unterschiede sind in den Relationen zwischen den Zuständen ihrer organismischen Bestandteile sichtbar. Psychische Systeme, die geschlossene Bewusstseinszusammenhänge sind, und auch soziale Systeme, die geschlossene Kommunikationszusammenhänge sind, verarbeiten ihre Komplexität in Form von „Sinn“. LUHMANN versteht darunter das fortlaufende Prozessieren der Differenz zwischen Aktualität und Möglichkeit (vgl. LUHMANN 1993, 92). „Je nach Zurechnungsrichtung unterscheidet ein Sinnsystem dann in Bezug auf sich selbst und in Bezug auf andere Systeme *Erleben* und *Handeln*: Wird die Sinnselektion der Umwelt zugerechnet, gilt die Charakterisierung Erleben, und die Anknüpfung für weitere Maßnahmen wird in der Umwelt des Systems gesucht (obwohl das System als erlebend beteiligt war!). Wird dagegen die Sinnselektion dem System selbst zugerechnet, dann gilt die Charakterisierung Handeln (obwohl solches dem System Handeln ohne Bezug auf die Umwelt gar nicht möglich ist)“ (LUHMANN 1993, 124).

„Soziale Systeme sind aus der Sicht LUHMANNNS autopoietische, operational geschlossene Systeme, die in einem rekursiven Prozeß fortlaufend Kommunikation aus Kommunikation produzieren. Ihre Kommunikation (Kommunikationen), Relationen (Anschlußbildungen) und Grenzen (Sinnngrenzen) entstehen gleichzeitig und bedingen sich zirkulär. Dadurch daß er den Menschen nicht als autopoietisches System, sondern aus unterschiedlichen Systemarten bestehend auffaßt, kann die Frage der Unterscheidung und des Verhältnisses von sozialen zu biologischen sowie physischen Systemen neu beantwortet werden (vgl. KNEER/NASSEHI 1994², 66). Das Soziale bildet einen eigenständigen Phänomenbereich, für dessen Entstehen die biologischen und psychischen Systeme zwar notwendige Bedingungen darstellen, das aber nicht auf sie reduziert werden kann. [...] Das psychische System bildet ebenso wie das biologische System die Umwelt des sozialen Systems, wobei es sich in der privilegierten Position befindet, irritierende bzw. perturbierende Wirkungen auf Kommunikationen auszulösen (vgl. LUHMANN 1995, 16 f.)“ (BALGO 1998, 202).

Die Differenz zwischen Aktuellem und Möglichem liegt in aller Sinnerfahrung. „Sinn stellt sowohl für psychische als auch soziale Systeme das Medium zur Verfügung, das durch sein Differenzschema eine spezifische Gestalt von Formung ermöglicht (vgl. GRIPP-HAGELSTANGE 1995, 54). Für die psychischen und sozialen Systeme, die über Sinn als deren einzige Bearbeitungsform von Komplexität ihre Systemgrenzen konstituieren, wird „[...] Sinn zur Weltform und übergreift damit die Differenz von System und

Umwelt. Auch die Umwelt ist für sie in der Form von Sinn gegeben, und die Grenzen zur Umwelt sind Sinn Grenzen, verweisen also zugleich nach innen und außen“ (LUHMANN 1993, 95).

LUHMANN (1993, 100) definiert den Begriff Sinn so, „dass eine der anschließbaren Möglichkeiten als Nachfolgeaktualität gewählt werden kann und gewählt werden muß, sobald das jeweils Aktuelle verblaßt, ausdünnt, seine Aktualität aus eigener Instabilität selbst aufgibt. Die Differenz von Aktualität und Möglichkeit erlaubt eine zeitlich versetzte Handhabung und damit ein Prozessieren der jeweiligen Aktualität entlang von Möglichkeitsanzeigen. Sinn ist somit die Einheit von Aktualisierung und Virtualisierung, Re-Aktualisierung und Re-Virtualisierung als ein sich selbst propellierender (durch Systeme konditionierbarer) Prozeß.“

Information kann der Umwelt zugerechnet werden, wenn sie als Eigenleistung bzw. Auffassungsschema des Systems angenommen wird. Sie wird infolge des Handelns oder des Erlebens differenziert. Sie kann als systeminterne Selektion oder als eine durch die Außenwelt vollzogene Selektion eingeordnet werden. „Erst durch die Projektion von Sinnerleben und sinnhaftem Handeln auf andere Systeme, bei der ebenfalls eine sinnhafte Unterscheidung zwischen ihnen selbst und ihrer Umwelt unterstellt wird, kann das reflexive systeminterne Erleben des Erlebens und Handelns zu einem ‚Verstehen‘ anderer Systeme werden (vgl. LUHMANN 1993, 110)“ (BALGO 1998, 204).

LUHMANN beschreibt drei Sinndimensionen:

- 1.) *Sachdimension*: Die Unterscheidung liegt im „dies“ und „anderes“; „sie qualifiziert bei psychischen Systemen die Gegenstände sinnhafter Intention und bei sozialen Systemen die Themen sinnhafter Kommunikation“ (BALGO 1998, 204).
- 2.) *Zeitdimension*: Differenzierung durch „Vorher“ und „Nachher“; hier wird der Begriff Sinn als Prozeßbegriff definiert.
- 3.) *Sozialdimension*: Differenzierung der Funktionseinheiten „Ego“ und „Alter Ego“, „d.h. wer Dinge, Theorien [...] thematisiert, was diese über den anderen Aussagen etc. Dies ermöglicht eine Zuschreibung untrennbarer sozialer Ereignisse auf ein Ego oder Alter Ego“ (BALGO 1998, 204).

Einen ständigen Vergleich mit dem Erleben und Handeln anderer erlaubt die Unterscheidung zwischen einem herzustellenden möglichen „Konsens“ oder „Dissens“ (BALGO 1998, 204).

LUHMANN'S Abschlussthese lautet: Selbstreferenzielles Prozessieren von Sinn erfordert symbolische Generalisierungen. Unter symbolischer Generalisierung versteht er die operative Zuordnung einer Vielfalt zu symbolisch zusammengefassten Einheiten. Dies ermöglicht die „Verfügbarkeit des unwiederholbaren, momentan aktualisierten Sinns durch die Verdichtung zu Identitäten im Erlebensfluß, die das Komplexe gegenständlich beziehungsweise thematisch werden lassen“ (BALGO 1998, 205). Dies wird durch Sprache als

Generalisierung von Sinn und durch Symbole vollzogen und macht Sinn kommunikativ verwendbar.

„Der Bezug auf Sinn gilt LUHMANN (vgl. 1993, 141 f.) zufolge für Operationen der koevolutiv entstandenen psychischen und sozialen Systeme, die sich erst durch die selbstreferentielle Reproduktion des Sinns zu psychischen und sozialen Systemen differenzieren. Schließt Sinn an der Operationsform des Bewußtseins an, dann erscheint er als psychisches System, vollzieht er sich in der Operationsform der Kommunikation am Verstehen anderer, dann verweist er auf ein soziales System“ (BALGO 1998, 205).

Wie soziale Ordnung entsteht, wird auf zwei Annahmen zurückgeführt (PARSONS/SHILS 1951):

- 1.) Der Mensch ist von Natur aus auf Sozialität angewiesen.
- 2.) Die soziale Ordnung wird ermöglicht durch die Vorstellung eines sie ermöglichenden Sozialkontraktes.

LUHMANN sagt, dass „Sozialität auf der Fähigkeit zur intersubjektiven Verständigung von sich in ihrem Handeln sinnhaft aufeinander beziehenden Handlungssubjekten beruht, die auf Konsensfindung abzielt. Die operativ-geschlossenen sinnverarbeitenden Systeme sind prinzipiell füreinander unzugänglich und unbestimmbar, müssen sozusagen ‚blind‘ aneinander anschließen und sind dadurch, daß jeder sich gegenseitig unterstellte Sinn auch anders möglich sein könnte, der Kontingenz in folgender Bedeutung ausgesetzt: ‚Kontingenz ist etwas, was weder notwendig ist noch unmöglich ist; was also so, wie es ist (war, sein wird), sein kann, aber auch anders möglich ist. Der Begriff bezeichnet mithin Gegebenes (Erfahrenes, Erwartetes, Gedachtes, Phantasiertes) im Hinblick auf mögliches Anderssein; er bezeichnet Gegenstände im Horizont möglicher Abwandlungen‘ (LUHMANN 1993, 152)“ (BALGO 1998, 205–206).

Eine emergente Ordnung kommt zustande, „die *bedingt* ist durch die Komplexität der sie ermöglichenden Systeme, die aber *nicht davon abhängt, daß diese Komplexität auch berechnet, auch kontrolliert werden kann.*“ (LUHMANN 1993, 156 f.) LUHMANN bezeichnet diese emergente Ordnung als soziales System. Er sagt, dass es im Emergenzverhältnis kein Mehr oder Weniger an Realität, keine abnehmende Realität, sondern nur unterschiedlich-selektive Anschlussfähigkeit gibt.

„Was immer zur Lösung des Problems der doppelten Kontingenz beiträgt, gehört ins System. Was immer an Bewährungen oder an Anschlußselektionen anfällt, wird dem System selbst zugerechnet. Alles andere – vor allem natürlich die immensen Sinnmengen, über die man nie gesprochen hat – wird pauschal der Umwelt zugewiesen“ (LUHMANN 1993, 178).

Kommunikation versteht LUHMANN (1986, 267) als „eine eigenständige autopoietische Operation, die drei verschiedene Selektionen, nämlich Information, Mitteilung und

Verstehen, zu einer emergenten Einheit verknüpft, an die weitere Kommunikationen anknüpfen können.“

So werden folgende drei Selektionsprozesse in Gang gebracht:

- 1.) Mitteilungswerte Informationen werden aus einem Repertoire von Möglichkeiten ausgesiebt.
- 2.) Ein Verhalten wird gezeigt, dass diese Information mitteilt.
- 3.) Aus der Fülle der Verstehensmöglichkeiten wird eine bestimmte Art und Weise des Verstehens ausgewählt.

Durch die Synthese aller drei Selektionen kommt Kommunikation zustande.

Die ausgewählte Information und die Mitteilung stellen ein Konstrukt des kommunikativen Geschehens dar. Es ist keine Operation des psychischen Systems, da die Kommunikation keine Auskunft darüber erteilt, was das als Umwelt beteiligte Bewusstseinsystem im Moment denkt. Das selektive Verstehen einer mitgeteilten Information in einer bestimmten Art und Weise findet nicht als Verstehen des psychischen Einganges in die Kommunikation statt, sondern ist ein Konstrukt des sozialen Systems. Dies geht aus der Anschlusskommunikation hervor, die anzeigt, was wie verstanden wurde. Verstehen ist „nie eine bloße Duplikation der Mitteilung in einem anderen Bewußtsein, sondern in einem Kommunikationssystem selbst Anschlußvoraussetzung für weitere Kommunikation, also Bedingung der Autopoiesis des sozialen Systems. [...] das Kommunikationssystem erarbeitet sich sein eigenes Verstehen oder Mißverstehen und schafft zu diesem Zwecke Prozesse der Selbstbeobachtung und der Selbstkontrolle“ (LUHMANN 1995, 116).

Um den Inhalt von Kommunikation zu verstehen, muss man zwischen Information und Mitteilung unterscheiden (vgl. LUHMANN 1993, 195). Die Differenz zwischen Kommunikation und der bloßen Wahrnehmung des Verhaltens anderer macht das Verstehen eines Mitteilungsverhaltens als Mitteilung einer Information aus. „Daraus folgt: Es gibt auch ein kommunikatives Beobachten bzw. auch soziale Systeme können als Beobachtungssysteme verstanden werden“ (GRIPP-HAGELSTANGE 1995, 78). Aufgrund der Reaktion kann entschieden werden, ob die Mitteilung überhaupt angekommen und verstanden ist. GRIPP-HAGELSTANGE (1995, 78) kommt zu dem Schluss: „In diesem kommunikativen Prozeß [...] entsteht [...] ein ‚Wissen‘ über den jeweils anderen, das wenig mit dem zu tun hat, was dieser andere von sich aus ist oder denkt, aber alles mit dem, was Ego bezogen auf Alter als Wissen über ihn konstruiert hat. Denkt man diesen Vorgang reziprok und generalisiert, dann hat man den Prozeß der kommunikativen Konstruktion von Wirklichkeit vor Augen, so wie Luhmann ihn konzipiert.“

Eine dreistellige Einheit, die nicht allein auf die Mitteilungshandlung reduziert wird, bildet also die Kommunikation. LUHMANN (1993, 193) nimmt an, dass die Konstruktion der Zurechnung der Kommunikation auf die Handlung einer Person kommunikativ stattfindet.

Er sieht das Problem darin, „daß Kommunikation und Handlung in der Tat nicht zu trennen (wohl aber zu unterscheiden) sind und daß sie ein Verhältnis bilden, das als Reduktion eigener Komplexität zu begreifen ist. Der elementare, Soziale als besondere Realität konstituierende Prozeß ist ein Kommunikationsprozeß. Dieser Prozeß muß aber, um sich selbst steuern zu können, auf Handlungen reduziert, in Handlungen dekomponiert werden. Soziale Systeme werden demnach nicht aus Handlungen aufgebaut, so als ob diese Handlungen auf Grund der organisch-psychischen Konstitution des Menschen produziert werden und für sich bestehen könnten; sie werden in Handlungen zerlegt und gewinnen durch diese Reduktion Anschlußgrundlagen für weitere Kommunikationsverläufe.“

Das heißt für LUHMANN nicht, dass Handeln nur in sozialen Situationen möglich ist; aber in Einzelsituationen hebe sich eine Einzelhandlung aus dem Verhaltensfluss nur heraus, wenn sie sich an eine soziale Beschreibung erinnere. „Nur so findet die Handlung ihre Einheit, ihren Anfang und ihr Ende, obwohl die Autopoiesis des Lebens, des Bewußtseins und der sozialen Kommunikation weiterläuft. Die Einheit kann, mit anderen Worten, nur im System gefunden werden. Sie ergibt sich aus Abzweigmöglichkeiten für anderes Handeln“ (LUHMANN 1993, 228 f.).

Durch die Elemente der Kommunikation und deren Relationen, die Anschlussfähigkeiten, werden laut LUHMANN soziale Systeme überhaupt erst ins Leben gerufen. Ein gemeinsamer Sinn von Kommunikationen wird erzeugt, wenn sie sich aufeinander beziehen. Durch die dabei entstehende Sinngrenze lässt sich ein soziales System von der Umwelt unterscheiden. „Sinn Grenzen sind nicht nur eine äußere Haut, die wie ein Organ unter anderem gewisse Funktionen erfüllt. Sie ordnen vielmehr die Elemente, aus denen das System besteht und die es reproduziert, dem System zu. Jedes Element trifft, so gesehen, eine Zuordnungs- und damit eine Grenzentscheidung“ (LUHMANN 1993, 266). Dem sozialen System lassen sich durch die Sinn Grenzen jene kommunikativen Ereignisse zuteilen, die es bildet. „Solange wie sich die kommunikativen Beiträge auf ein ausgewähltes Thema beziehen und sich dadurch ein gemeinsamer Sinnzusammenhang in der Kommunikation ergibt, solange läßt sich das dadurch entstehende soziale System durch die sich daraus ergebende Sinn Grenze definieren. Da soziale Systeme lediglich zeitlich erkennbare Sinn gebilde sind, lassen sich ihre veränderbaren Grenzen nicht topologisch beschreiben. Die Darstellung sozialer Systeme als kommunikative Ereignisse, die durch ihren jeweiligen thematischen Bezugspunkt voneinander unterschieden werden können, erlaubt die [...] genauere Kennzeichnung eines sozialen Systems als ein Problemsystem“ (BALGO 1998, 209). Diese Vorstellung würde dem Therapeuten erlauben, „sich radikal von den trotz aller Beteuerungen noch immer im Hintergrund schimmernden Vorstellungen konkreter Systemstrukturen zu befreien. [...] Denn obwohl seit langem nicht mehr von individueller ‚psychischer Krankheit‘ oder von Systemfunktionalität gesprochen wird und unter systemischen Therapeuten allenfalls von beobachter-bestimmter Auffälligkeit die Rede ist (vgl. LUDEWIG 1983), haftet es unserem Denken weiterhin an, das zur Therapie führende

Geschehen als irgendwie in der Struktur eines sozialen Systems, z. B. einer Familie, lokalisiert anzusehen. Diese Familie wird zwar als intra-familiär funktional betrachtet, ihre funktionale Einpassung in gesamtgesellschaftliche Verhältnisse jedoch als fehlerhaft bzw. auffällig bewertet. Die Aufgabe des Therapeuten besteht entsprechend dieser Perspektive nach wie vor in dem Versuch, eine mangelhafte Struktur zu reparieren“ (LUDEWIG 1987, 163).

LUDEWIG (1992, 110) verändert die LUHMANNSCHE Theorie in ein „Mitglieds-Konzept, das sowohl den Menschen in seiner körperlichen und psychischen Dynamik berücksichtigt, als auch einbezieht, daß soziale Systeme sinnstiftende, ereignishafte und kommunikative Gebilde sind.“ „Dabei kann ein Mitglied zwar nur von einem Menschen erzeugt werden, aber ein Mensch als solcher ist nie Mitglied eines sozialen Systems, sondern ‚verkörpert‘ lediglich Mitgliedschaften. Es besteht eine strukturelle Kopplung zwischen ‚Mensch‘ und ‚Mitglied‘, keine gegenseitige Verursachung. Die Mitgliedschaft beinhaltet den rekursiven Zusammenhang zwischen der gleichzeitigen Erzeugung des Systems durch ein Bündel von Handlungen des Mitglieds und des Erzeugtwerdens des Mitglieds durch die Erwartung eines Bündels von Handlungen durch das System“ (BALGO 1998, 210). Ein Mitglied kann also nicht einzeln vorhanden sein, sondern ist immer ein Mitglied von etwas, mindestens von einem zweiten. Das Mitglied als Operator dient dazu, kommunikative Beiträge zu liefern. Nach LUDEWIGS Mitglieds-Konzept lässt sich das soziale System „definieren als Komplexe von Mitgliedern, die einen thematisch gefaßten Sinn verwirklichen. [...] die Operationen (Kommunikationen) der Mitglieder bilden ein Kontinuum. So entstehen Kommunikationsprozesse, die das jeweilige System sinnhaft (thematisch) abgrenzen. Die Mitglieder konstituieren sich also erst in der Kommunikation als Komponenten des Systems: Mitglieder, Kommunikation und Sinngrenze entstehen gleichzeitig und erhalten dadurch ihre Identität“ (LUDEWIG 1992, 113).

So ergibt sich die Möglichkeit, Symptome oder Probleme nicht mehr als Eigenschaft von Individuen oder sozialen Systemen anzusehen. „So kann ein soziales System ein Problem zu seinem Thema machen, wenn ein Beobachter etwas als ein Problem bewertet hat“ (BALGO 1998, 210). Diese Bewertung muss aber kommunikativ wichtig sein und von anderen als Problem bestätigt werden. Dieses „Problem-System“ ist ein soziales System, dessen Mitglieder über das Thema „Problem“ sprechen. So würde man sagen, dass das Problem das System schafft, und nicht umgekehrt, dass das System ein Problem hat.

Auf klinischer und therapeutischer Ebene beschreibt das LUDEWIG (1987, 185) so: „Hat sich das Problem-System an einen Kliniker um Hilfe gewandt, und hat dieser sich auf eine Kommunikation mit den Mitgliedern des Problem-System eingelassen, so hat sich ein Klinisches System gebildet. Und bietet der Kliniker als Mittel der Lösung des Problems Therapie an, so ist das klinische System in ein Therapeutisches System übergegangen. Erfüllt alsdann die Therapie ihr Ziel, so löst sich die Mitgliedschaft der beteiligten

Personen auf. Anderenfalls sind ‚therapiegene‘ Probleme entstanden oder das Problem-System bleibt bestehen.“

3.4 Das therapeutische System

Vergessen werden darf nicht, dass die TherapeutInnen ein eigenes System bilden, auch wenn sie mit den Klienten und Familien arbeiten, aber gleichzeitig in starker Wechselwirkung mit ihnen stehen sowohl in dem Sinne, dass die Arbeit des/der Therapeuten/Therapeutin vermutlich Auswirkungen auf die Klienten oder die Familie hat, aber auch die Familie und die Klienten Auswirkungen auf die Therapeuten.

In den letzten Jahren wurde in verschiedenen familientherapeutischen Richtungen debattiert, ob Therapeutinnen und Therapeuten Macht ausüben können und ob Familien beeinflusst oder mit Hilfe von Interventionen verändert werden können. In der Vergangenheit wurden die therapeutischen Einflussmöglichkeiten überschätzt. In der Katamnese erstaunt manchmal, was die Klienten als Veränderungshilfe empfanden, das nicht den therapeutischen Ansichten von Wirksamkeit entsprach. Oft waren es die „Nebensätze“, die den Klienten geholfen haben. Die TherapeutInnen erinnern sich manchmal gar nicht an ihre hilfreichen Sätze. Wolfgang KINZINGER (1995, 158) ist der Meinung, dass solche ‚Treff-fer‘ jedoch keine Zufallstreffer seien. Sie würden mehr über die Beziehung zwischen TherapeutIn und Klient bzw. Familie aussagen „als über den Grad der Perfektion, mit dem die therapeutische Technik beherrscht wird.“

Dieses Dilemma drückt LUDEWIG folgendermaßen aus: „Handele wirksam, ohne zu wissen, was das Handeln auslöst!“ KINZINGER (vgl. 1995, 158) folgert daraus, dass, wenn der Erfolg gezielter Interventionen begrenzt ist und das therapeutische Handeln viel weniger zielorientiert planbar ist als häufig angenommen, dann die Möglichkeit der therapeutischen Hilfe auf der Ebene der Beziehungen zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientensystem liegen müsse.

HERLTH (1991) beschreibt in seiner Untersuchung, dass Therapeuten wirksamer sein können, wenn die Familie die Probleme, die sie hat, für bewältigbar hält und eine emotional positive unterstützende Haltung der Familie und des Therapeuten gegenüber den Kindern oder Jugendlichen besteht. Es käme anscheinend weniger auf eine instrumentell-praktische Unterstützung an, sondern vielmehr auf die Beziehung zwischen den Eltern und den Kindern. Diese scheint wichtiger als die Handlungsebene zu sein. Das lässt sich wohl auch auf das therapeutische System in Bezug auf das Klientensystem beziehen. Dabei kommt es „in der therapeutischen Beziehung wesentlich darauf an, die Beziehung so zu gestalten, daß die Probleme der Klienten in einer positiven Atmosphäre besprechbar und bearbeitbar werden“ (KINZINGER 1995, 159).

„Nicht die Technik steht im Vordergrund, sondern die Beziehungen zwischen Therapeuten und ihren Klienten ermöglichen offenbar wirkliche Veränderungsanstöße bei einzelnen Klienten und bei Klientensystemen. Dies gilt auch für Familien im Rahmen einer Familientherapie. Diese Beziehungsebene ist hilfreich, um die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten in den Blick zu bekommen und mit Hilfe der emotionalen Unterstützung von außen Veränderungen überhaupt zu erwägen und vielleicht sogar zu wagen“ (KINZINGER 1995, 159).

3.5 Strukturelle Koppelung der unterschiedlichen (Teil-)Systeme

Die autonomen Systeme wie „Körper“, „Wahrnehmung/Bewegung“, „Affekt“, das „soziale System“ werden als eigenständige, autopoietische Systeme angesehen und sind strukturell an alle anderen Systeme gekoppelt. Jedes System wirkt zirkulär auf jedes andere System ein. Dieses wiederum wirkt auf jedes System zurück. Alle Systeme verändern sich in einem gemeinsamen strukturellen Driften. Kein System determiniert die Veränderungen der anderen Systeme. „Alle Systeme sind somit wechselseitig vernetzt und dynamisch, d. h. in ständiger Bewegung. Das **Gesamtsystem** ‚sich selbst beobachtender Beobachter-in-Sprache‘, das dadurch erzeugt wird, ist dabei mehr als die Summe seiner Teile. Umgekehrt erzeugt das Gesamtsystem wiederum rekursiv durch die sich selbst beobachtende Beschreibung die Eigenschaften seiner Teile. [...] So gesehen ist der Mensch keine in einem ‚Sack aus Haut‘ steckende und von der Natur und den sozialen Systemen getrennte Einzelperson, sondern **Ausdruck einer ganzen Ökologie von Beziehungen**“ (vgl. BALGO/VOSS 1995, 182–183).

Das körperliche System zeigt seine Unterschiede zwischen den Zuständen seiner organischen Bestandteile. Das System Bewegung/Wahrnehmung bringt durch die laufenden Operationen des virtuellen und aktuellen Bewegens und Wahrnehmens Unterscheidungen hervor. Dadurch vollzieht sich die Trennung in einen internen und einen externen Bereich, also Körper und Umwelt. Die Gefühlsunterschiede sind das Differenzierungsmaß des affektlogischen Systems. Im kommunikativen Bereich wird die Unterscheidung zwischen Information und Mitteilung hergestellt. So wird die traditionelle Subjekt/Objekt-Differenz durch die System/Umwelt-Differenz ersetzt (vgl. GRIPP-HAGELSTANGE 1995, 86).

Die operativ geschlossenen, kognitiven Systeme bilden auf den verschiedenen Beobachtungsebenen wechselseitig füreinander Umwelten. Die autopoietischen Einheiten der vier genannten Systeme bilden wechselseitig füreinander Umwelten. Ihre Interaktion ist rekursiv. Sie perturbieren sich so reziprok und können sowohl positiv in Richtung auf Bestätigung als auch negativ, d. h. von zerstörender Wirkung, sein.

Die das System Bewegung/Wahrnehmung umgebenden Systeme können Strukturveränderungen auslösen, aber nicht determinieren. Dies gilt auch umgekehrt. Diese

wechselseitigen Strukturveränderungen sind das, was MATURANA und VARELA (vgl. 1987, 85) als strukturelle Kopplung bezeichnen. Durch die gegenwärtige Struktur werden die augenblicklichen Systeme determiniert und nicht durch Vergangenheit. Die vorherige Geschichte erklärt also nur die Genese, aber nicht das momentane Funktionieren. Der Grund dafür besteht darin, dass „diese trivialen Systeme nicht linear sondern zirkulär operieren und somit auf eine ‚Ursache‘ zwar eine ‚Wirkung‘ folgt, die Wirkung aber in einer aufgrund von Zustandsveränderungen hervorgerufenen, unvorhersagbaren Weise auf die eigene ‚Ursache‘ zurückwirkt. [...] Das Konzept der strukturellen Kopplung schließt einseitig instruktive Einwirkungen eines Systems auf ein anderes System aus“ (BALGO 1998, 213–214).

Der Mensch ist also keine ununterscheidbare Einheit aus Physiologisch-Materiellem oder Geistigem und auch keine dualistische Einheit aus Körper und Psyche. „Anstatt einer Hierarchisierung besteht eine Beziehung der Gegenseitigkeit zwischen den autonomen Systemen, die ihren Überlebens- und Entwicklungsspielraum im Laufe ihrer gemeinsamen Geschichte in der Weise begrenzen, daß das, was innerhalb dieser Begrenzungen geschieht, nicht auf die Wirkung der für ein System Umwelt bildenden anderen Systeme zurückgeführt werden kann. Da ein jedes der beschriebenen Systeme jedoch nicht ohne die zu seiner Umwelt bzw. seinem Medium zählenden anderen Systeme existieren kann, an die es strukturell gekoppelt ist, gleichen sich die Strukturen insofern an, als in jedem System die zu den für es Umwelt bildenden anderen Systemen passenden Strukturen und Prozesse selektiert werden (vgl. SIMON 1992, 85 f.). Jedes System driftet ontogenetisch in fortwährender struktureller Kopplung mit seinem Medium“ (BALGO 1998, 214).

Die übliche Unterscheidung zwischen Körper und Psyche sowie „subjektiv“ beobachtbaren Ereignissen (z.B. Denken, Fühlen, Wahrnehmen) gegenüber „objektiver“ Beobachtung wird nicht weiter genutzt durch die Betrachtung der vier verschiedenen, operational geschlossenen Beobachtungssysteme aus systemisch-konstruktivistischer Sicht.

SIMON (1992, 86) schreibt dazu: „Der etwas paradox anmutende Weg, [...] die Trennung von Geist und Körper zu überwinden, führt also zunächst zu einer noch radikaleren Unterscheidung dieser Bereiche. Die mit diesem Schritt verbundene Hoffnung ist, die Logik ihrer Wechselbeziehungen zu beschreiben und ein, diese künstlichen Systemgrenzen überwindendes, Gesamtbild entwerfen zu können.“

BALGO (1998) beschreibt das System Körper als Umwelt des von ihm unterschiedenen Systems Bewegung/Wahrnehmung. So muss der Körper nicht als eine Entität angesehen werden, die „Wahrnehmung und Bewegung ‚hat‘ oder als ein ‚Objekt‘, das Handlungen ausführt [...]. Bewegung und Wahrnehmung befindet sich nicht in einem Körper, sondern der Körper erscheint in der Bewegung und Wahrnehmung. Doch nur bezogen auf den eigenen Körper kann das System Bewegung/Wahrnehmung umgekehrt seine eigene Identität gewinnen und sich in der Erfahrungswelt lokalisieren, obwohl es nur in sich selbst

operiert“ (BALGO 1998, 215). Dies ist natürlich nur eine Konstruktion, aber eine hilfreiche, die versucht das Zusammenfügen von Teilen in ein Ganzes zu begreifen. Die Teile sind verschieden, nicht aber getrennt voneinander, und stellen ein zusammenhängendes, komplexes Muster dar.

Das System Bewegung/Wahrnehmung nimmt im Prozess der strukturellen Kopplung eine zentrale Position ein, z. B. kann der Körper nur durch die gleichzeitige strukturelle Kopplung mit dem System Bewegung/Wahrnehmung das soziale System perturbieren oder das affektlogische System kann nur mit dem sozialen System gekoppelt werden, wenn das System Bewegung/Wahrnehmung mit genutzt wird.

Das System Bewegung/Wahrnehmung muss als zentrales System bei verschiedenen Kopplungsprozessen mit genutzt werden. BALGO (1998) stellt diese strukturelle Kopplung der unterschiedlichen kognitiven Systeme folgendermaßen dar:

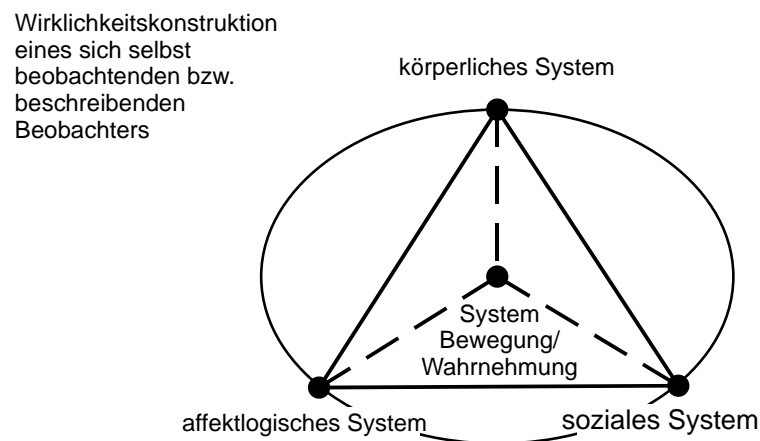


Abb.4: Wirklichkeitskonstruktion eines sich selbst beobachtenden Beobachters (aus BALGO 1998, 217)

Die wechselseitige strukturelle Kopplung des Systems Körper, des affektlogischen Systems und der sozialen Systeme wird durch die durchgezogenen Linien verdeutlicht. Die gestrichelte Linie soll die gleichzeitige strukturelle Kopplung mit dem System Bewegung/Wahrnehmung veranschaulichen, ohne die z. T. die anderen Kopplungen nicht vollzogen werden können. Der umgebende Kreis soll verdeutlichen, „wie einerseits die Konstruktion von Wirklichkeit als ein Netzwerk von zirkulär interagierenden Systemen, deren Beobachtungen sich nur aus dem Kontext heraus erklären lassen, zustande kommt und wie andererseits hierdurch die Möglichkeit zu einer Beobachtung zweiter Ordnung, dem System ‚Beobachter‘, entsteht, das umgekehrt dadurch, daß es beobachtet, wie es beobachtet, die Beobachtung erster Ordnung der unterschiedlichen kognitiven Systeme beschreibt“ (BALGO 1998, 217).

So kann laut BALGO (1998) nicht von dem ‚Menschen‘ gesprochen werden, der als Subjekt der als Objekt geltenden ‚Welt‘ gegenübersteht, sondern es kann nur von unterschiedlichen strukturell miteinander gekoppelten Systemen die Rede sein. Es können also keine Aussagen über eine von den Beobachtungen der Systeme unabhängige Umwelt gemacht

werden. Durch die Beobachtung zweiter Ordnung kann betrachtet werden, „*wie* diese durch die Beobachtung erster Ordnung ihre Umwelt beobachten“ (BALGO 1998, 216).

GRIPP-HAGELSTANGE (1995, 90) unterscheidet die Beobachtung erster und zweiter Ordnung dadurch, „daß über erstere ‚Etwasse‘ (Bateson) in die Welt kommen, also eine Welt von Objekten konstruiert wird, während die Beobachtung zweiter Ordnung sich diese Objekte von der Beobachtung erster Ordnung vorgeben läßt und sich auf das Wie deren Konstruktion konzentriert. Gehören zur Beobachtung erster Ordnung genuin Fragen des ‚Was‘ ist...-Typus, so sind für die Beobachtung zweiter Ordnung genuin Fragen des ‚Wie‘ geschieht...-Typus konstitutiv. [...] Daß dem (im operativen Akt selbst nicht reflektierbaren) Setzen einer Unterscheidung konstitutiv nicht zu entgehen ist, bedeutet, daß es Wahrheit im Sinne eines abschließenden Urteils für uns nicht geben kann.“

Nach BATESON (vgl. 1983, 407 f.) kann die Wirklichkeitskonstruktion durch die Gesamtheit von Ereignissen bzw. Beobachtungsoperationen, die kreisförmig verlaufen, beschrieben werden. Sie kann definiert werden als Information mit der Bedeutung ‚Unterschiede, einen Unterschied erzeugen‘. Dieser ist aber einer ununterbrochenen Transformation in einem zirkulären Netzwerk ausgesetzt. Dabei kann kein Teil des interaktiven Systems als Ganzes einseitig einen anderen Teil kontrollieren (vgl. BALGO 1998, 217).

Das Dilemma, welcher Beobachter nun Realität ist und welcher nur der Teil einer Vorstellungswelt, löst FOERSTER (1985, 40 f.) für sich in seinem Relativitätsprinzip bzw. Relativitätspostulat. „Nach dem Prinzip der Relativität, das eine Hypothese ablehnt, die für zwei Phänomene zusammen nicht gilt, obwohl sie für jedes der beiden Phänomene allein zutrifft – Erdbewohner und Venusbewohner mögen beide darin übereinstimmen, daß sie behaupten, der Mittelpunkt des Universums zu sein, ihr Anspruch zerfällt aber, wenn sie aufeinandertreffen – , löst sich auch der solipsistische Standpunkt auf, sobald ich neben mir noch einen weiteren autonomen Organismus erfinde. Da das Prinzip der Relativität aber logisch nicht notwendig ist, noch eine Behauptung darstellt, die als wahr oder falsch zu erweisen ist, ist hier besonders hervorzuheben, daß der entscheidende Punkt, um den es geht, darin liegt, daß es mir freisteht, dieses Prinzip anzunehmen oder zu verwerfen.“ So entsteht eine Vorstellungswelt, wobei das Du und Ich durch den jeweils anderen mit erzeugt wird. Es wird ein gemeinsamer äußerer Bezugsrahmen, also die gemeinsame Welt konstituiert. „Dies ist die Relation zwischen Du und Ich, und diese Relation heißt IDENTITÄT: Realität = Gemeinschaft“ (FOERSTER 1985, 41).

4. Theoretische Konzepte der Psychomotorik und der Systemtheorie

4.0 Einleitung: Die Schwierigkeiten der Interpretation von Bewegung

Bei der Beleuchtung des psychomotorischen Arbeitsfeldes, wie bei BALGO (1998) angeklungen, wird mittlerweile auch die Aktualität dieses Themas für die Psychologie deutlich. Die PMFT sollte allerdings nicht wie bei Albert PESSO in seiner „Pesso Boyden System Psychomotor Therapy“ (PBSP) psychoanalytisch orientiert sein. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Anliegen von PESSO und dem meinigen ist, dass PESSO Vergangenes aufarbeitet, während ich mit den ‚jungen Familien‘ einen neuen Zugang zueinander erarbeiten möchte, so dass sie sprachlich wie vorsprachlich in eine zufriedeneren Beziehung und verständlichere Kommunikation eintreten können (vgl. BALGO 1998, 54; SEEWALD 1993, 192).

Die Unsicherheit in der Interpretation von Bewegungshandlungen beschreibt PESSO wie folgt: „Die Nase scheint symbolisch auf aggressive Regungen zu verweisen. Reibt sich ein Patient die Nase und schaut argwöhnisch in die Runde, dann ist er, so meine ich, ängstlich und bereit, sich zu verteidigen oder zu kämpfen. Man muss allerdings berücksichtigen, dass jeder eine ganz individuelle ‚Organsprache‘ besitzt. Deshalb wäre es zu einfach, eine konstante Beziehung zwischen dem Berühren der Nase und einer aggressiven Absicht anzunehmen“ (PESSO 1999, 182).

In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass das Beobachtungskriterium ‚individuelle Organsprache‘ nicht immer zuverlässig ist und durchaus ein sehr subjektives sein kann. Denn die Beobachtung und Interpretation der Organsprache ist durch die Erfahrungen und Erlebnisse des Betrachters mit *seinem* engeren und weiteren sozialen Umfeld geprägt. Somit ist Beobachtung zum großen Teil von Intuition geprägt, sicher aber auch im weiteren Sinne von interkulturellem Wissen und Erfahrungen abhängig.

PESSO schreibt weiter: „Wird man auf eine bestimmte Geste, etwa das Nasereiben, aufmerksam, dann muss man immer auch alle anderen Gesten in Betracht ziehen, denn nur ihre Summe enthält die Botschaft, und die ist meistens sehr komplex“ (PESSO 1999, 182).

Diese Komplexität nonverbaler Botschaften macht eine sinnvolle Erfassung in einem Frage- und Beobachtungsbogen schwierig. Bei einer sprachlichen Ausdifferenzierung der Befragung besteht zudem die Gefahr, dass die Vernetzung wieder verloren geht.

„SEEWALD (vgl. 1992a, 85) überträgt das in der Linguistik gebräuchliche Sprachzeichenmodell von MORRIS, in dem ein Zeichen eine syntaktische, eine semantische und eine pragmatische Dimension besitzt, analog auf Bewegungssituationen. [...] Daran wird

deutlich, daß es um ein Verständnis der ‚Semantik‘ der Bewegung, um ein Wissen über die Bedeutung der Bewegung und wie sich Menschen durch sie ausdrücken und mitteilen, geht, wobei die Bewegungsaktivitäten analog zur Sprache als ein denotatives Symbolsystem für die Übertragung von Bedeutung zum Zwecke der Kommunikation aufgefaßt zu werden scheinen“ (BALGO 1998, 55–56). Sich einer Aufschlüsselung dieser semantischen Ebene zu nähern, wird die sehr schwierige Aufgabe der PMFT werden.

4.1 Exemplarische theoretische Konzepte sensorischer und motorischer Förderung

4.1.1 Das Modell von Jean AYRES

Wahrnehmung und Bewegung sind ein großer Teil des menschlichen Lebens. Das Leben besteht aus Prozessen, in denen, um einen spezifischen Vorgang zum Ausdruck zu bringen, Bewegung benötigt wird. Die sinnliche Wahrnehmung ist für das Kind der wichtigste Zugang zur Welt. Im Säuglingsalter sind Bewegungsausdruck und Körpersprache besonders vielseitig, weil sie die einzige Möglichkeit sind, mit der Welt in Kontakt zu treten und sie zu erfassen. Die verbale Kommunikation von Säuglingen ist noch sehr undifferenziert.

Die meisten Aktivitäten in den ersten sieben Lebensjahren sind Teil eines einzigen Prozesses, nämlich dessen der Organisation, d.h. der Einordnung von Empfindungen und Eindrücken im gesamten Nervensystem. Die stärkste Beeinflussung der sensomotorischen Gliederung des Gehirns geschieht durch Anpassungsreaktionen auf bestimmte Empfindungen des Organismus (AYRES 1992; vgl. LICHER-RÜSCHEN 1998).

AYRES versucht aufzuzeigen, wie die Sensorik bzw. die Funktion der Sinnesorgane und motorische Funktionen auf die Psyche wirken. In Abbildung 5 werden die wichtigsten Sinne für die Bewegung und damit für die Entwicklung des Kindes dargestellt (→ „Die Sinne“), zudem die sinnvolle Verarbeitung der Reizeinwirkungen in Fähigkeiten und Funktionen, (→ „Integration ihrer Reizeinwirkung“) und die Folgen für die Persönlichkeitsbildung (→ „Endprodukte“). Zumindest gibt AYRES dies so vor, wobei ihre genauen wissenschaftlichen Begründungen und Untersuchungen für die angegebenen Abstufungen noch ausstehen. Als Orientierungshilfe erscheint diese Gliederung aber hilfreich. Die Abbildung kennzeichnet vier verschiedene Niveaus, auf denen die sensorischen Verarbeitungsprozesse ablaufen. Tatsächlich zeigen sich diese Prozesse im wirklichen Leben in fließenden Übergängen. Die Funktionen entwickeln sich gemeinsam und z. T. gleichzeitig, aber einige leiten auch zu anderen über. Erste Voraussetzungen zur Betätigung der wichtigsten Sinnesorgane sind eine entsprechende Reizung und ein angemessener Reizfluss von den Empfangsorganen der Sinne zum Gehirn und eine sinngebende Verarbeitung und Verschaltung dort. Die Funktionsfähigkeit der Sinne ist für jeweils spezifische Grundfähigkeiten von zentraler Bedeutung (vgl. AYRES 1992; LICHER-RÜSCHEN 1998, 45 f.):

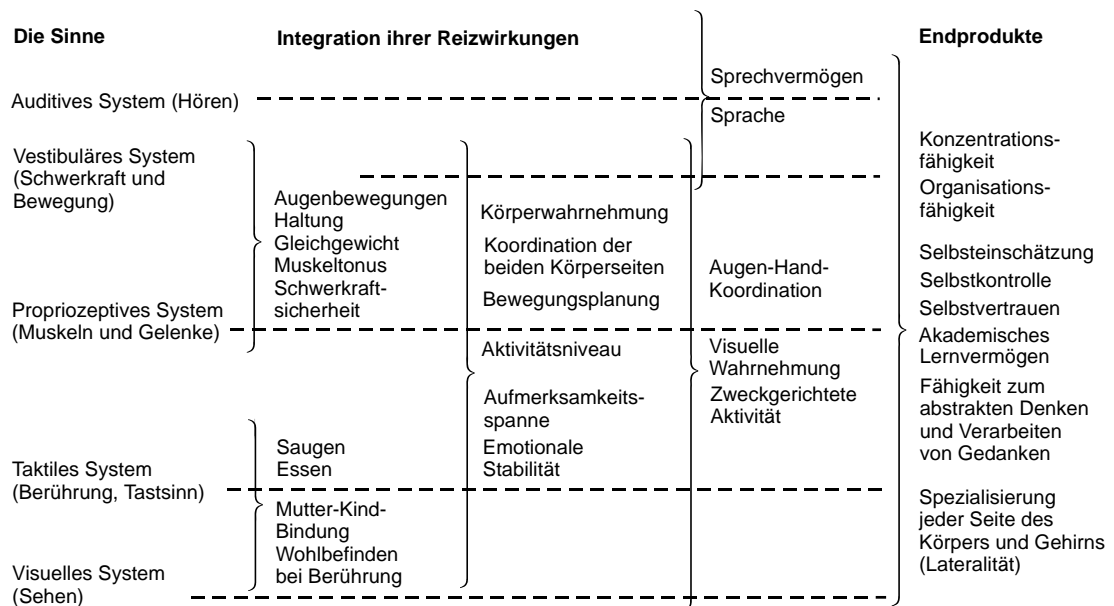


Abb.5: Die Sinne, Integration ihrer Reizeinwirkung und ihre Endprodukte (aus AYRES 1984, 84)

Das vestibuläre System

Das *vestibuläre System (der Gleichgewichtssinn)* ist das empfindlichste und gleichzeitig alles vereinende Bezugssystem, da es zahlreiche Verbindungen mit nahezu allen anderen Abschnitten des Großhirns hat. Es formt nach AYRES auch die Grundbeziehungen, die ein Mensch zur Schwerkraft/Erdschwere hat, die einen ständigen Zustrom von Sinnesreizen an das vestibuläre System und seine physische Umwelt gibt. Alle anderen Arten von Empfindungen werden unter Bezug auf diese grundlegende vestibuläre Information verarbeitet. In gleicher Weise sind sowohl Bahnung als auch Hemmung der Erregung des Gleichgewichtssystems erforderlich, um das gesamte übrige Nervensystem in einem ausgewogenen Zustand zu halten.

Das Sich-Aufrichten, Sich-Bewegen-Können, Bewegt-Werden, die wachsende Raumwahrnehmung, verfeinerte Finger- und Augenkoordination und das Lernen des motorischen Planens bieten dem Kind Gelegenheiten zur angemessenen Orientierung in seiner physikalischen Umgebung.

Die sensorische Integration des vestibulären Systems gibt dem Menschen die eigentliche Schwerkraftsicherheit, also das Vertrauen, fest mit der Erde verbunden zu sein, und ist damit die wichtigste Quelle seines Sicherheitsempfindens. Sie stellt, so AYRES, das Fundament dar, auf welchem wir unsere zwischenmenschlichen Beziehungen aufbauen. Es ist also auch von vitaler Bedeutung für die Gesundheit unseres Gefühlslebens. Die normale Stimulation des Gleichgewichtes ist Voraussetzung für das seelische Erleben. So wirkt u. U. das Wiegen der Mutter beruhigend auf ein weinendes Kind. Junge und Alte würden feststellen, so AYRES, dass Schaukelstühle und Schaukeln Ängstlichkeit und

Gefühlserregungen vermindern können, und Kinder mit normal erregbarem Vestibulum spielen gewöhnlich gern auf Schaukeln, Rutschen, Klettergerüsten, Wippen, Karussellen oder Rollbrettern, da sie eine starke vestibuläre Stimulation darstellen. Die genaue wissenschaftliche Begründung fehlt allerdings, die Angaben stützen sich wohl mehr auf berufliche und persönliche Erfahrungen.

Es ist zu bedenken, dass eine Störung des Gleichgewichtsorganes ein Kind so weit verunsichern kann, dass es seinem eigenen Körper nicht mehr traut, auch nicht mehr trauen kann und also Angst bekommt. Manche ziehen sich dann von ihrer Umgebung zurück, andere überspielen diese Angst mit Aggressivität.

Das taktile System

Das *taktile System*, die Haut, ist das ausgedehnteste Sinnesorgan unseres Körpers. Die Oberflächensensibilität oder Berührungsempfindung wird durch die Meißner-Tastkörperchen und durch die Nervenetze um die Haarzywiebeln vermittelt. Beim Neugeborenen ist die Tastempfindung an den Lippen und an der Zunge am größten. Die Temperaturempfindung wird durch die Krause-Körperchen wahrgenommen. Die Körperoberfläche weist mehr Kälte- als Wärmepunkte auf. Die Nervenapparate nehmen nicht so sehr Temperaturen als vielmehr Temperaturunterschiede wahr. Die Anpassungsfähigkeit ist erheblich. Je nach der Reizstärke wirkt die Empfindung angenehm oder unangenehm. Die Schmerzempfindung ist an die freien Nervenendigungen gebunden. Schmerz wird meistens indirekt durch die im Gewebe sich anhäufenden Schmerzmediatoren hervorgerufen. Die Vater-Pacini-Lamellenkörperchen werden meist als Empfänger der Tiefensensibilität gedeutet. Vibrationsempfinden wird durch rhythmische Erregung der Empfänger für Oberflächen- und Tiefensensibilität hervorgerufen.

Als Schranke zwischen außen und innen bildet die Haut die „Grenze des Selbst“, wie FABER (1978, 393) es treffend formuliert. Da sie das Kontaktorgan ist, welches die Beziehung von Körpergeschehen und Umwelt regelt, spielt sie eine vitale Rolle im gesamten menschlichen Verhalten. Die Haut ist das erste sensorische System, welches im Mutterleib entwickelt ist und bereits voll funktioniert, wenn optische und akustische Systeme sich erst zu entwickeln beginnen. Das Funktionieren besonders des taktilen Systems ist Voraussetzung für das Saugen und Essen des Säuglings, das Wohlbefinden bei Berührung und die Mutter-Kind-Bindung, worunter hier die durch Berührung ausgelöste Gefühlsbindung zu verstehen ist. Diese Bindung gibt dem Neugeborenen sein erstes Bewusstsein über sich selbst als einem körperlichen Wesen. So wird der Berührungseiz bei der Verarbeitung mit emotionalen und sozialen Funktionen assoziiert und auch als Quelle des Gefühls der Sicherheit und des Wohlbefindens erfahren. Das Berührungsempfinden ist nach AYRES ein kritischer Faktor für die emotionale Bindung des Kindes an die Mutter (AYRES 1984).

Das propriozeptive System

Das *propriozeptive System* ermöglicht es dem Menschen, sich zu bewegen, und weist auf diejenige sensorische Information hin, die durch Kontraktion oder Streckung von Muskeln oder aber Hängen, Dehnen, Ziehen und Drücken von Gelenken zwischen den Knochen verursacht ist. Diese Empfindungen der Tiefensensibilität sind geknüpft an die Muskelspindeln und Golgi-Sehnen-Apparate, die über den Spannungs- und Dehnungszustand von Muskeln und Sehnen und damit über die Gelenkstellungen Auskunft geben. Durch Bewegung werden diese Muskel- und Gelenkempfindungen deutlich, und durch die Empfindungen wird wiederum die Bewegung koordinier- und steuerbar. Oberflächen- und Tiefensensibilität sowie die Reizung von Maculae und Cristae des Labyrinthes gestatten die Orientierung im Raum (vgl. AYRES 1984).

AYRES beschreibt nun, dass das vestibuläre und das propriozeptive System gemeinsam nötig sind für die Fähigkeiten, die auf der ersten von ihr definierten Entwicklungsebene der „sensorischen Integration“, einer motorischen Grundfähigkeitsebene, anzusiedeln sind. Gemeint sind Funktionen wie die gute Koordinierung der Augenbewegungen, die Aufrechterhaltung der Körperhaltung, das Ausbalancieren des Gleichgewichtes und die Regulierung des Muskeltonus. Es wird nicht deutlich, warum sie gerade diese Fähigkeiten auswählt, für die sicherlich sowohl das vestibuläre System als auch das propriozeptive System nötig sind.

Die *zweite Entwicklungsebene* wird nach AYRES erreicht, wenn die *drei Basissinne* – *taktiler, vestibulärer und propriozeptiver Sinn* – zusammen in das Wahrnehmungsgeschehen einbezogen sind. Auf diesen Sinneseinwirkungen beruhen die Grundordnung des Nervensystems und darüber die Koordination der beiden Körperseiten, die Bewegungsplanung und die Erhöhung des Aktivitätsniveaus. Diese funktionstüchtige Sinnesgrundlage gibt einen guten Rückhalt, gibt die Möglichkeit, die Aufmerksamkeitsspanne zu vergrößern, darüber hinaus aber auch emotionale Stabilität: Je sicherer und stabiler der Körper steht, umso gestützter fühlt sich die Seele. Auch wenn AYRES diesbezüglich weder Angaben zur Herleitung dieser Zusammenhänge gibt noch erläutert, warum sie gerade diese Aspekte präferiert, erscheint mir die Darstellung einleuchtend. Es liegt auf der Hand, dass, wenn Kinder mit sensorischen Störungen behandelt werden, man die emotionalen Auswirkungen, durch sensorische Störungen ausgelöst, nicht außer Acht lassen sollte.

Auf der *dritten Ebene* der sensorischen Integration werden auditive (akustische) und visuelle (optische) Empfindungen in den Verarbeitungsprozess einbezogen. Das Sehvermögen (aus dem visuellen System), sagt AYRES, sei der wichtigste Sinn des Menschen im Hinblick auf den ihn umgebenden Raum geworden, jedoch müssen Gleichgewichtssinn, propriozeptive Organe und Berührungssinn zur Entwicklung und Funktion des Sehvermögens beitragen. Hieraus könnten sich wiederum die Augen-Hand-Koordination, die visuelle Wahrnehmung und zweckgerichtete Aktivitäten entwickeln. Das gute Funktionieren des

auditiven und vestibulären Systems sei Voraussetzung für ein gutes Sprechvermögen und eine gute Sprachfähigkeit. Auch hier fehlt leider eine präzise Erklärung bzw. genauere Überleitung für den Entwicklungszusammenhang.

Die *vierte Ebene* der sensorischen Integration kennzeichnen nach AYRES die Fähigkeiten des Gehirns, die auf den vorhergehenden aufbauen und als Endprodukt aller sensorischen Verarbeitungen bezeichnet werden könnten. Die Fähigkeit, etwas zu ordnen und konzentriert durchzuführen (Konzentrations- und Organisationsfähigkeit), was durch ein neuro-motorisch und sensorisch integrativ gut arbeitendes Gehirn vollzogen werden kann, sei Voraussetzung für das Lernen in der Schule oder auch an der Universität (akademisches Lernvermögen, Fähigkeit zum abstrakten Denken und Verarbeiten von Gedanken). Hier müsste AYRES wohl noch mehr Übergänge erklären und weitere Langzeitstudien anstreben, um dies zu belegen. Je zuverlässiger der Körper arbeite, desto besser könne das Kind sich selber einschätzen. Selbstachtung, Selbstkontrolle und Selbstvertrauen entwickelten sich in dem Bewusstsein, dass der Körper als ein zuverlässiges sensomotorisches Gebilde existiere, und rühren von einer guten Integration des Nervensystems her. Gerade für diese Argumentation wären meiner Meinung nach weitere Ausführungen bzw. Untersuchungen dringend nötig. Die drei genannten Komponenten unterliegen trotz guter sensorischer Integration auch starkem psychischen Einfluss. Andersherum stellt ein Gefühl des Vertrauens und der Sicherheit gegenüber dem eigenen Körper die Grundlage für gute sensomotorische Tätigkeiten da.

AYRES sagt weiter, dass ein Kind sich während der gesamten Kindheit auf jeder dieser Ebenen seiner sensorischen Integration betätige. Im Alter von zwei Monaten arbeite sein Nervensystem vorwiegend auf der ersten Ebene, weniger auf der zweiten und fast gar nicht auf der dritten. Mit einem Jahr seien die erste und zweite Ebene am wichtigsten, und die dritte Ebene gewinne an Bedeutung. Im Alter von drei Jahren funktioniere das Nervensystem noch auf der ersten, zweiten und dritten Ebene, die vierte werde langsam mit einbezogen. Im Alter von sechs Jahren solle die erste Ebene abgeschlossen, die zweite annähernd komplett, die dritte Ebene aktiviert und die vierte zunehmend wichtiger sein (siehe Abb. 5). Sie sagt, dass sieben oder acht Jahre des Sichbewegens und Spielens notwendig sind, um einem Kind die sensomotorischen Fähigkeiten zu vermitteln, die als Grundlage für seine intellektuelle, soziale und persönliche Entwicklung dienen (AYRES 1992, 83–87; vgl. LICHER-RÜSCHEN 1998).

4.1.2 Grundannahmen von E. J. KIPHARD

Das psychomotorische Konzept entwickelte sich in den 50er-Jahren. KIPHARD war dabei die treibende Kraft. Die persönlichkeitsorientierte Bewegungserziehung hatte das Kind in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt. KIPHARD versteht unter „Psychomotorik“, dass psychische Begleitprozesse innerhalb motorischer Handlungen auftreten. „Die Vorsilbe ‚Psycho‘ soll dabei verdeutlichen, daß beim Menschen an jeder motorischen Aktion eine

Reihe psychischer Variablen beteiligt sind, und zwar sowohl perzeptive, kognitive als auch affektiv-soziale Anteile“ (KIPHARD 1990, 173–174). Das ganze psychomotorische Geschehen soll Beachtung finden. Er findet, dass die Psychologen sich vorrangig mit der Senso-Motorik und Kogno-Motorik beschäftigen, während er sich dem gesamten psychomotorischen Geschehen zuwenden möchte. Neben den perzeptiv-kognitiven Anteilen sollen auch die affektiven und sozialen Aspekte beim Zustandekommen motorischer Handlungen verfolgt werden. Der Ausdruck der motorischen Persönlichkeit wird einerseits „durch die Wesensart und das Selbstbild eines Menschen, durch sein psychisches Befinden, seine Einstellungen und seine Art zu denken und zu fühlen [beeinflusst; U. L.-R.]. Andererseits nimmt auch die Art und Weise, wie sich ein Mensch hält und bewegt, Einfluß auf seine Psyche – etwas, das [...] pädagogisch und therapeutisch bewußt oder unbewußt“ (KIPHARD 1990, 174) versucht wird zu nutzen. Für die psychomotorische Herangehensweise beschreibt FUNKE (1988, 120) folgende vier Gesichtspunkte:

„1. Eine *pädagogische Grundeinstellung*, die sich dem einzelnen Kind fürsorglich und optimistisch zuwendet. Sie ist von Menschenliebe, Achtung und Respekt gegenüber dem Kind geprägt. Hinter dieser ‚ernsthaft-humorvollen‘ Umgangsform verbergen sich allerdings klare pädagogische Zielvorstellungen.

2. Eine für ein gezieltes Vorgehen notwendige *Sachorientierung* über klar umrissene Förderbereiche mit motorischen, perzeptiven, kreativen und sozialen Schwerpunkten einer kindgemäßen Handlungserziehung.

3. Die Bedeutung des *kreativen Materialumgangs*, wobei gerade von neuen, andersartigen, unfertigen Materialien und Geräten ‚Marke Eigenbau‘ eine ungewohnte Faszination ausgeht, die zum vielseitigen Ausprobieren verlockt.

4. Das *Prinzip der Selbstbestimmung* durch eine freie und offene Handlungsatmosphäre unter Nutzung des Selbständigkeitswillens und Eroberungsdranges der Kinder sowie durch verlockende Angebote des motorischen Problemlösens. Es ist das unausgesprochene Angebot: ‚Komm, geh aus dir heraus, wage etwas, hier ist Spielraum, er gehört dir, füll ihn aus!‘ (FUNKE 1988, 129)“ (KIPHARD 1990, 174).

Bewegungshandeln soll also nicht nur Lernprozesse in Gang bringen, sondern einfach Freude am Spiel fördern. Innerhalb der psychomotorischen Erziehung steht das Spiel im Mittelpunkt. „Psychomotorik ist demnach eher ein Prinzip, das die Methodik der Förderintervention bestimmt“ (KIPHARD 1990, 175). Es geht um die Art des Umganges mit den Kindern, darum, eine gute *Atmosphäre* zu gestalten und eine persönliche Beziehung zum Kind aufzubauen. Neben der Fachkompetenz muss die Therapeutin oder Erzieherin einfühlsam, aber auch konsequent und berechenbar für die Kinder sein. Sie soll dem ungeordneten und labilen Kind ja gerade Halt geben und es nicht noch mehr verunsichern (vgl. JAROSCH/GÖBEL/PANTEN 1989, 152).

Der Ablauf der psychomotorischen Förderstunden sollte keinem festgelegten Schema folgen, sondern es sollte situativ flexibel gehandelt werden. Dabei sollte die Therapeutin „eine erhöhte Wahrnehmungsfähigkeit, ein Gespür für momentane Motivationen und Interessen der Kinder, aber auch für ihre Nöte, ihre Verzweiflung oder für aufgestaute Affekte“ (KIP-HARD 1990, 175) haben. Die Therapeutin sollte dem Kind Vertrauen entgegenbringen, es ermutigen und aus der Reserve locken. Ist das Kind überschwänglich in seiner Aktivität, soll dies aufgefangen und kanalisiert werden. An anderer Stelle kann es nötig sein, gut zuzuhören, abzuwarten, dem Kind nah zu sein und bei seinen emotionalen Schwankungen mitzuschwingen. Es kann aber auch notwendig sein, ein Kind in eine spannende Geschichte einzubinden und es mitzuziehen. Die Therapeutin sollte den Kindern die Initiative zum Spiel lassen, aber sich auch selber in das Spiel einbringen (vgl. KIPHARD 1990). Der hohe Aufforderungscharakter des Spielens bei neuen, veränderbaren Bewegungslern-situationen und motorischen Problemlösesituationen ist wichtig, um kindliches Handlungswissen und situativ adaptives Handeln zu fördern. Dem Kind soll die Freiheit zum eigenen schöpferischen Tun ermöglicht werden, „dem sich die Prinzipien der Erlebnisorientiertheit, Ganzheitlichkeit, Sachlichkeit, Variabilität sowie das Prinzip des Zusammenwirkens von Eindruck und Ausdruck unterordnen“ (KIPHARD 1990, 176). Die psychomotorische Pädagogik und Therapie wird immer in einer Gruppensituation durchgeführt, damit gruppenspezifische Prozesse mit beeinflusst werden können, wozu die soziale Gruppenstruktur, die Übernahme bestimmter Rollen und der Aufbau von Beziehungen der Kinder untereinander oder zur Therapeutin gehören.

Die Auffälligkeiten der Kinder, die in eine psychomotorische Behandlung kommen, sind vielfältig, von motorischen, sensorischen und psychisch-sozialen Störungen allgemein zu speziellen Symptomen wie ungeschicktem, wildem, ungezügelterm, hektischem, nervösem, verletzlichem, aggressivem, störendem, zerstörerischem Verhalten; es kommen MCD-Kinder mit minimaler cerebraler Dysfunktion, d.h. mit Hirnfunktionsstörungen, sowie Kinder mit ungünstigen Umwelteinflüssen und Kinder in krisenhaften Situationen.

Durch den sozialen Wandel der kindlichen Bewegungswelt haben sich laut KIPHARD (1990) folgende Verhaltenstendenzen entwickelt: Statt eigenaktiv seien die Kinder heute mehr konsumorientierter. Sie hätten kaum Möglichkeiten, die vielen überstarken sensorischen und affektiven Eindrücke zu verarbeiten, da ständig neue kämen. Sie würden eher Anstrengungen vermeiden. Sie hätten erhöhte Ansprüche und erwarteten eine unmittelbare Bedürfnisbefriedigung. Die Kinder wiesen eine geringe Frustrationstoleranz auf und seien schnell enttäuscht. Sie hätten ein vergleichsweise geringeres Gemütsleben und Sozialempfinden zu früher, hätten eher oberflächliche Kontakte und seien unfähiger zu dauerhaften Beziehungen.

Die Psychomotorik-Bewegung sollte die funktionale und mechanistische Betrachtungsweise der Motorik ablösen. Gegen die Funktionalisierung und Operationalisierung wurde die Ganzheitlichkeit, Personenorientierung und kindgemäße Betrachtungsweise der

psychomotorischen Pädagogik gestellt. Nicht die Schwächen und Störungen stehen im Blickpunkt, sondern das individuelle Kind „mit seinen gesunden und unversehrten Persönlichkeits-anteilen, aber auch mit all seinen Sehnsüchten, Wünschen, Ängsten und Nöten“ (KIPHARD 1990, 178). Trotz des ganzheitlichen Blickes darf die Diagnostik der Schwächen und Teilleistungsstörungen nicht vernachlässigt werden. Die Stärken sollen erfasst werden, damit man bei ihnen therapeutisch ansetzen kann. Es sollen aber keine Übungsprogramme abgespult werden, sondern lebensnahe Handlungskomplexe mit genügend Wahlmöglichkeiten angeboten werden. Allerdings müssen für spezielle Störungen, z.B. bei Störungen der Selbstkontrolle oder der Entspannungsfähigkeit, auch einmal spezifischere Therapieschwerpunkte gesetzt werden, da sonst keine Verbesserung auftreten kann. Wichtig ist zu beachten, wie und ab welchem Zeitpunkt welche Interventionen in die psychomotorische Förderung eingebaut werden können. „Die Gefahr bei einem einseitig symptombezogenen Vorgehen, vor allem bei noch unerfahrenen Psychomotorikern, besteht nach wie vor darin, daß Übungssequenzen wie Rezepte verabreicht werden, ohne Raum für die Experimentierfreude und Kreativität der Kinder“ (KIPHARD 1990, 179) zu lassen. Es geht in der Psychomotorik nicht um Anweisungen. Anfangs hat KIPHARD zwar auch noch das Wort Übung benutzt, aber dann gemerkt, dass es nicht das passende für das Geforderte ist. Es sollen die psychomotorischen Prinzipien zum Tragen kommen wie Freude, Erfolgreichsein, Erlebnisorientierung im sozialen Umfeld. Heute wird nicht mehr von Übungen und vom Trainieren, sondern von psychomotorischen Situationen gesprochen. „Je lebensnaher und komplexer der Handlungsrahmen, desto ganzheitlicher vollziehen sich die Lernprozesse. Isolierte Funktionsanregungen [...] haben nur einen sehr begrenzten Wirkungsbereich“ (KIPHARD 1990, 179). Die Konstrukte wie Wahrnehmung, Motorik oder Konzentration kommen nie isoliert vor. „Es ist also notwendig, möglichst komplexe Handlungsfelder als ‚Rahmen‘ (frame) zu arrangieren, die situativ sinnvolle Wahrnehmungsfelder und Bewegungsaktivitäten auslösen. Dabei kann der Therapeut oder die Therapeutin meist aus Erfahrung vorhersagen, durch welches situative Lernarrangement welche motorischen, perzeptiven, kognitiven, affektiven und sozialen Kompetenzen aller Wahrscheinlichkeit nach spielerisch gefördert werden“ (KIPHARD 1990, 180). Es sollten bestimmte standardisierte Lernsituationen bekannt sein, die dann situativ, individuell und/oder gruppenspezifisch abgeändert werden können.

Der Terminus Motorik wird mittlerweile als das Gesamt der Bewegung des Menschen aufgefasst. Die Psychomotorik nimmt neben der Neuromotorik, Senso- und Soziomotorik den wichtigsten Teil der Gesamtmotorik ein.

Bis heute ist die Abgrenzung zwischen Motopädagogik und Mototherapie schwierig. JAROSCH, GÖBEL und PANTEN (1989, 151) haben dazu eine gute Einteilung formuliert: „Therapeutisches Arbeiten ist für uns ein von Kind zu Kind unterschiedliches Gewichten pädagogischer und therapeutischer Anteile und Inhalte innerhalb eines multidisziplinär zusammengesetzten Teams; insofern halten wir die Grenzen von Therapie und Pädagogik fließend [...]. Die außergewöhnliche Heterogenität und unterschiedliche Komplexität der

jeweiligen Störungssymptomatik macht deutlich, daß hierauf nicht mit einer eng umschriebenen spezifischen Therapie oder Methodik effektiv geantwortet werden kann. Je nach individueller Problematik müssen im Zusammenhang mit der konkreten Gruppendynamik strukturierte und offene Lern-, Handlungs- und Erfahrungsangebote unterschiedlich gewichtet und berücksichtigt werden.“ Der Therapeut/die Therapeutin sollte sich in der psychomotorischen Therapie an der Problemvielfalt und Individualität orientieren. Materialien, Inhalte und Methoden sollten variabel zum Einsatz kommen. Auch die Elternarbeit sollte eine Rolle spielen.

Es gibt mittlerweile eine Menge verschiedener Richtungen in der Psychomotorik, wobei man zwar die Vielfalt gewähren lassen sollte, aber auch aufpassen muss, dass nicht jeglicher Ansatz dazu genommen wird, der vielleicht gar nicht mehr so viel mit dem ursprünglichen Ansatz zu tun hat. Zudem praktiziert jeder Kollege/jede Kollegin sicher seinen/ihren eigenen Stil und jeder/jede hat seinen/ihren eigenen Schwerpunkt dabei. „[...] Ergänzungen und Erweiterungen psychomotorischer Lerninhalte durch attraktive, motivierende und vor allem lebensnahe und erlebensreiche Bewegungsformen und Handlungseinheiten lassen sich [...] gut mit den Zielen und Prinzipien der Psychomotorik vereinbaren“ (KIPHARD 1990, 185).

Psychomotorische Therapie ist mittlerweile nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen möglich und geht dabei eher in die Richtung körperzentrierter, bewegungspsychotherapeutischer und sporttherapeutischer Methoden.

In der Psychomotorik war zuerst die Praxis und dann entwickelte sich darum herum die Theorie, wobei versucht wurde, aus verschiedenen Theorien neue Modelle zu erstellen, um die psychomotorische Praxis besser erklären zu können.

Für die „psychomotorische Übungsbehandlung“ waren von Bedeutung: die enge Verbindung von Wahrnehmungs- und Bewegungsförderung, die rhythmische Erziehung und die heilpädagogische Arbeitsweise. KIPHARD übernahm von MONTESSORI die Betonung der Selbsttätigkeit und des Selbstlernens. Während diese allerdings das Spiel als unnützlich ansah, sah er „das Spiel als natürliche kindliche Ausdrucks- und Tätigkeitsform sowie als therapeutisches Medium“ (IRMISCHER 1989, 11). Das Besondere seiner therapeutischen Haltung ist sicher, dass er eher abwartend ist und dass sich seine Richtlinien aus der Entwicklung des Kindes ergeben und nicht aus irgendeinem Stoffplan.

KIPHARD baute in die psychomotorischen Ideen viele Erfahrungen wie Zirkus, Pantomime, Kinderturnen, rhythmisch-musikalische Bewegungserziehung, ORFF-Schulwerk, Sinnesschulung und Yoga mit ein sowie Rollenspiele aus dem Biodrama und der Ausdruckstherapie. Grundlagen aus der Heilpädagogik wurden auch mit aufgenommen. Verschiedene entwicklungs-, verhaltenspsychologische und psychotherapeutische Aspekte flossen ebenfalls mit ein.

So hat KIPHARD ein sehr fruchtbares Grundkonzept mit praktisch-orientierten und theoretischen Grundelementen entwickelt. „All diese praktisch-orientierten sowie theoretischen Grundelemente führten zur konzeptionellen Entwicklung der Psychomotorischen Übungsbehandlung“ (SCHÄFER 1989, 21). Behandlungsziel ist die „Förderung der gesamten Körperlichkeit (Sinnes- und Bewegungsschulung), des Selbstwertgefühls und des Gemeinschaftsgefühls, um damit eine Harmonisierung des psychomotorischen Funktionsgefüges und eine tiefgreifende Verbesserung des emotional-sozialen Verhaltens zu bewirken“ (SCHÄFER 1989, 21). Die Übungsrichtungen gliedert KIPHARD grob wie folgt: Sinnes- und Körperschemaschulung, Behutsamkeits- und Selbstbeherrschungs„übungen“, rhythmisch-musikalische „Übungen“ und „Übungen“ des Erfindens und Darstellens.

Die Beschreibung der ganzheitlichen Wirkweise der psychomotorischen „Übungen“ ist in vier Ebenen aufgeteilt: die *funktionelle Ebene*, die *psychische Ebene*, die *pädagogische Ebene* und die *soziale Ebene*. Die Art des Umganges des Therapeuten mit dem Kind scheint sehr relevant zu sein. „Sein motivierendes, mitreißendes, einfühlsames Verhalten, sein unbedingter, uneigennütziger Einsatz, seine Art, Vertrauen entgegenzubringen, lockt Kinder oft erst aus der Reserve, hilft Aktivitäten (überschäumende) zu kanalisieren. Die therapeutische Grundhaltung, geduldig, offen, humorvoll, optimistisch, liebevoll zu sein, mit der Ausstrahlung zu überzeugen, muß gelebt und in den Situationen spürbar sein!“ (SCHÄFER 1989, 22). Der Therapeut sollte die psychomotorische Idee also selbst leben.

4.1.3 Lern- und kompetenzorientierter Ansatz (SCHILLING)

SCHILLING spricht von Symptom induziertem Vorgehen. Er plädiert dafür, „statt nur Symptome zu sehen und an ihnen herumzuthereapieren, das gesamte Wirkgefüge interagierender Persönlichkeitsvariablen“ (KIPHARD 1990) zu beachten. Für die Kinder entstehen oft bei motorischen Schwierigkeiten negative Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein. Therapeutisch ist dann die Verbesserung der Motorik wichtig, um auf spielerische Weise eine Verbesserung der lädierten Persönlichkeit zu erreichen.

„Die Entwicklung der Handlungsfähigkeit setzt voraus, daß der Mensch in der Lage ist, die Umwelt in sich abzubilden, sie sich anzueignen, um aufgrund dieser Erfahrungen über sie verfügen zu können. Dies geschieht weniger durch Ansammlung von Wissen, sondern durch tätige Auseinandersetzung mit der materialen und sozialen Umwelt. Das Kind erprobt, erlebt, erkundet, spielt, reflektiert, hat Erfolge und Mißerfolge und sammelt so Erfahrungen über die physikalischen Gesetzmäßigkeiten, über die menschlichen Eigenarten und die gesellschaftlichen Zusammenhänge“ (SCHILLING 1989, 55).

In diesem Modell wird die Entwicklung des Kindes als aktiver Interaktionsprozess des Individuums mit seiner materialen und sozialen Umwelt gesehen. Durch Wahrnehmung und Verarbeitung der Informationen und durch Tätigsein in Abhängigkeit vom Wachsen und Reifen erlangt der Mensch mehr Kompetenz, mit sich und der materialen und sozialen Umwelt umzugehen. Dafür wird eine anregungsreiche, vielfältige Umgebung erforderlich

sein. Zunehmend wird auch die personale Vielfalt für ein Kind für den Entwicklungsprozess relevanter. Kinder brauchen Vorbilder, um Handlungsstrategien zu erfahren und zu erproben.

Störungen können auf vielfältige Weise körperintern und durch Umwelteinflüsse auftreten. „Voraussetzung ist zunächst ein intakter Organismus, eine störungsfreie Entwicklung der sensorischen Funktionen, der Hirnfunktionen und des Bewegungsapparates. Aber ebenso wichtig sind anregungsreiche Umweltbedingungen, intakte Beziehungen zu Personen und Möglichkeiten, sich aus der familiären Bindung zu lösen, um Selbständigkeit, Ichstärke und Handlungsfreiräume zu erlangen. All diese Faktoren interagieren in der Entwicklung zu einer handlungsfähigen Persönlichkeit“ (SCHILLING 1989, 55). Zum Teil können Störungen in einem Bereich in einem anderen aufgefangen und so kompensiert werden, dass man noch in der Gesellschaft zurechtkommt.

SCHILLING geht davon aus, dass „Handlungs- und Bewegungsverhalten wesentlich durch Lern- und Anpassungsprozesse bestimmt werden und damit in engem Zusammenhang mit der psychosozialen Eingebundenheit des Kindes gesehen werden müssen. [...] wird Persönlichkeitsentwicklung als eine Abfolge von Veränderungsprozessen begriffen und für jede Person ein individueller Bezugsrahmen postuliert, so gilt für die Diagnostik, dynamische, individuelle Veränderungsprozesse in den Vordergrund der Betrachtungen zu rücken. Daneben sind allerdings aufgrund gemeinsamer genetischer Grundstrukturen und Entwicklungsbedingungen auch allgemeine Gesetzmäßigkeiten der Entwicklung abzuleiten, auf deren Grundlage eine individuelle prozeßorientierte Motodiagnostik aufgebaut sein muß“ (SCHILLING 1989, 56). Für die Behandlung psychomotorischer Störungen findet es SCHILLING wichtig zu wissen, welche individuellen Lernbedingungen zu Veränderungen im Verhalten des Kindes führen. „Defizite in einzelnen Funktionsbereichen zeigen innerhalb des Personengefüges einzelner Patienten unterschiedliche Wirkungen. Je nach Ausstattung der Primärpersönlichkeit können sie zu Entwicklungsblockaden führen oder aber auch so kompensiert sein, daß Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit der einzelnen davon kaum berührt sind“ (SCHILLING 1989, 56). Die Symptomatik gilt bei SCHILLING als Ausdruck einer gestörten Gesamtpersönlichkeit. Das ganze Gewordensein des Kindes wird beachtet. Dabei kann das gleiche Persönlichkeitsgefüge hervortreten, obwohl verschiedene Ebenen zu betrachten sind und verschiedene Auslöser dahinter stehen. Es gilt vier Ebenen zu betrachten: die funktionale Ebene, die Leistungsebene, die Verhaltensebene und die intentionale Ebene. Bei der Leistungsebene muss beachtet werden, dass die motorische Könnensstruktur an der gesellschaftlichen Norm und dem Anspruch an sich selbst gemessen wird. „Defizite stehen daher häufig mit Schwierigkeiten im emotionalen und sozialen Bereich in Zusammenhang. Die Verhaltensebene als Ausdruck der Emotionalität und als qualitativer Aspekt von Bewegungsleistung offenbart häufig Kompensationsmechanismen eingeschränkter Leistungsfähigkeit“ (SCHILLING 1989, 57). Die intentionale Ebene gibt Auskunft über die Interessen des Patienten, über seine Bedürfnisse und Werthaltungen.

Der Ausgangspunkt der Mototherapie ist die Symptomatik als Ausdruck nicht nur gestörter Funktionen, sondern einer gestörten Persönlichkeitsstruktur. „Behandlungsziel ist es daher, in das Störgefüge einer Person einzugreifen, Blockaden aufzuheben, Defizitäres auszugleichen und weiteren Fehlentwicklungen vorzubeugen. Gegebenenfalls soll erreicht werden, daß der Patient lernt, mit seiner Problematik besser umgehen zu können, um mehr soziale Einbindungen und Anerkennung zu erfahren. Dies führt in der Regel auch zu einer Stabilisierung des Patienten, zu mehr Handlungsspielraum, zu mehr Eigenständigkeit und zu einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit“ (SCHILLING 1989, 59). Über Gruppenprozesse kann eine Verbesserung der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit erreicht werden. Die Mototherapie „nimmt als symptominduzierte, handlungsorientierte Gruppentherapie Einfluß auf die Psyche, auf das Verhalten des Patienten und bedient sich des Mediums der Bewegung, der Handlung, der Szenerie, des Problemlöseverhaltens und der Tätigkeits- und Verhaltensspiegelung in der Gruppe“ (SCHILLING 1989, 59). Spezifische und hoch motivierende Materialien werden eingesetzt. Während motorische Fähigkeiten im Spiel erlernt werden, wird gleichzeitig der inhaltliche Schwerpunkt auch auf die sozialen Prozesse der Kooperation, der Auseinandersetzung und der Kommunikation in der Gruppe gelegt und therapeutisch genutzt. „Mit Zunahme der Selbsttätigkeit und Selbststeuerung der Patienten im Verlaufe der Therapie verändern sich die medialen Angebote und das Therapeutenverhalten“ (SCHILLING 1989, 59).

4.1.4 Substantielles versus relationales Körper- und Bewegungsmodell: Modell der neuronalen Verursachung (TAMBOER)

Hier soll das substantielle Körpermodell dem relationalen gegenübergestellt werden. Ein Bewegungsmodell kann von beiden Körpermodellen gefolgert werden.

Analog zu einer Maschine wie dem Computer geht das *substantielle Körpermodell* „von der Isolierbarkeit des Körpers und seiner Trennbarkeit in ein Innen und Außen aus. Die Haut bildet dermaßen die Grenze zwischen der Innen- und Außenwelt“ (SEEWALD 1998, 153). „Als Kerker, Instrument, Bewegungsapparat oder Ausdrucksmittel bildet der Körper die Vermittlungsinstanz zwischen einer stimulierenden, steuernden, stoßenden oder störenden Innen- und Außenwelt“ (TAMBOER 1994, 31). In der Medizin findet sich diese Denkweise einer grundsätzlichen Trennbarkeit des Körpers wieder. Es spiegelt auch das Weltbild der Newtonschen Physik, „die von der Trennbarkeit von sich anziehenden und abstoßenden Teilchen in homogenen Zeit- und Raumdimensionen ausgeht“ (SEEWALD 1998, 153).

Diesem Körpermodell entspricht als *Bewegungsmodell* ein „Verständnis von Bewegung, das sie als Ortsveränderung des Körpers in homogenen Raum- und Zeitdimensionen auffaßt. In und durch die Bewegung wirkt der substantielle Körper instrumentell auf seine Umwelt ein und drückt sich in ihr aus“ (SEEWALD 1998, 153).

Das *relationelle Körpermodell* benutzt im Gegensatz zur Maschinen-Metapher die Netzwerk- oder auch Dialogmetapher. Der Menschen wird dabei auch als Beziehungsleib tituliert. „Als Leib-Subjekt erfahren wie eine Beziehung mit unserer Welt, die im Tun Gestalt gewinnt. Und während dieses Tuns haben wir kein Bewußtsein vom Leib als Objekt, der unproblematisch überschritten wird“ (TAMBOER 1994, 35). So erfahren wir eine Untrennbarkeit bzw. Verbundenheit von der Welt. Der Leib ist also nicht durch seine Körpergrenze getrennt, „sondern kann sich im Erleben über diese Grenze hin zur Welt ausdehnen. Er tritt in einen ‚stummen Dialog‘ (MERLEAU-PONTY) mit der Welt“ (SEEWALD 1998, 153).

Das zum relationellen Körpermodell passende *Bewegungsmodell* „faßt Bewegung als leibliche Form des Zur-Welt-Seins auf. In und durch Bewegung verwirklicht der Mensch verschiedene ‚Bedeutungsrelationen‘ (TAMBOER), wobei die Bewegung gleichermaßen den Sinn in sich tragen kann, wie sie auf Bedeutungen jenseits der Bewegung abzielen kann. Die freudvolle Bewegung braucht kein äußeres Ziel, die Bewegung im Rahmen einer Handlung richtet sich auf das Handlungsziel“ (SEEWALD 1998, 153). In der modernen Physik findet sich hier die Parallele. Teilchen lassen sich nicht isolieren, so wie Körper und Bewegung sich nicht im relationalen Verständnis trennen lassen.

Nach TAMBOER (1994, 39) schließen sich die beiden Körpermodelle nicht aus, sondern „füllen einander auf und hängen in dem Sinn miteinander zusammen, daß sie in letzter Instanz auf eine zugrunde liegende, relationale Grundstruktur verweisen, die sich in beiden, wenn auch auf verschiedene Weise, entfaltet.“ PLESSNER (1975) fasst die Verbindung der beiden Körpermodelle als humanspezifische Form des Leib-Körper-Verhältnisses auf. „Das substantielle Körpermodell entspräche in dieser Sicht dem *Körperhaben* als der selbstreflexiven Bewußtheit der instrumentellen Dimension des Körpers, das relationale Körpermodell dem *Leibsein* als dem Aufgehen im tätigen Vollzug der Bewegung und dem Überschreiten des Leibes zur Welt hin“ (SEEWALD 1998, 153).

Hier stellt sich dann auch die Frage nach den dahinter liegenden Menschenbildern. „Da Menschenbilder immer auch eine Zielprojektion umfassen, wie der Mensch *sein kann*, so steckt in ihnen zumindest implizit auch eine Aussage, wie er *sein soll* oder *nicht sein soll*“ (SEEWALD 1998, 153). Dies muss natürlich mit großer Vorsicht vollzogen werden und kann nur ausschnitthaft sein.

A) *Bewegungsmodell der neuronalen Verursachung:*

Die Bewegung wird hier als Produkt neuraler Prozesse verstanden. Dabei werden die Reaktionen bzw. Verhaltensweisen des Kindes als „Ausdruck von entgleisten, nicht optimal integrierten oder defizienten Prozessen im Nervensystem angesehen. Ob dies die Untererregung von hemmenden Zentren, die ungenügende Integration von sensorischen Informationen auf Hirnstammniveau oder die zu geringe Ausschüttung bestimmter Transmitterstoffe meint“ (SEEWALD, 1998, 154), in jedem Fall wird das auffällige

Bewegungsverhalten als in dem Kind entstanden lokalisiert. Sie wird als eine Störung definiert, die nicht eine intentionale Leistung des Kindes ist, also nicht von ihm beabsichtigt ist. „Das dazugehörige Körpermodell ist das des substantiellen Körpers, in dessen Inneren die neuronalen Prozesse gestört sind“ (SEEWALD, 154). Hierfür wird oft die Computer-Metapher verwendet. Die Störungen können an verschiedenen Stellen liegen wie im sensorischen Input, im effektorischen Output oder in der zentralen Verarbeitung. Der Verlauf wird als lineare Verarbeitung angesehen. Hierauf beziehen sich viele Therapien, die von Wahrnehmungsstörungen ausgehen. So wird auch vorrangig der sensorische Input kontrolliert und gesteuert. Als Medium der sensorischen Integration wird die Bewegung angesehen. „In und durch die angepaßte Bewegung verbessert das Kind seine sensorische Integration. Die Bewegung schließt derart die Rückkopplungsschleife zur Wahrnehmung. Bei diesem Modell richtet sich die Therapeutik auf die Normalisierung oder Optimierung der neuronalen Prozesse als Behandlungsziel (vgl. DOERING/DOERING 1990, 19). [...] Das Verhalten wird als abhängig gesehen vom ‚richtigen‘ Funktionieren der Neuronen. Im Umkehrschluß erscheint abweichendes, störendes Verhalten als Folge gestörter neuronaler Prozesse“ (SEEWALD 1998, 154).

„Die Problematik dieses Modells besteht darin, daß es den Menschen um wesentliche Dimensionen reduziert, z. B. seine Intentionalität und seine Emotionalität. [...] Das Modell vereinzelt den Menschen, bildet eine Kausalkette von innerer zu äußerer Störung und suggeriert, daß Problem und Lösung auf einer Ebene liegen. [...] Das dazugehörige Menschenbild betrachtet seelisch-intentionale Prozesse als abhängig von biologisch-neuronalen Prozessen“ (SEEWALD 1998, 155).

In jüngerer Zeit wird eine neue Metapher, die Netzwerk-Metapher genutzt. Der Mensch wird als operational geschlossenes System betrachtet. Durch „strukturelle Kopplung“ tauscht dieses sich mit der Umwelt aus. „Die Betonung der autonomen Innenseite des Systems und seine Fähigkeit, sich selbst zu schaffen und zu verändern (autopoiesis), zeigt Nähe zum organismischen Menschenbild [...] sowie zum relationalen Körpermodell sensu TAMBOER. Jedoch auch durch diesen Modellwechsel bleibt das Problem, wie sich die neuronale und erlebnishafte Seite der Bewegung zueinander verhalten, ungelöst“ (SEEWALD 1998, 155).

B) Bewegung als Bedingung der Handlungsfähigkeit

Als in Mustern oder Strukturen organisiert wird in diesem Modell die Bewegung angesehen. Sie hat letztendlich die Handlungsfähigkeit als Ziel. „Nur wer über genügend flexible Muster verfügt, ist in unterschiedlichen Situationen handlungsfähig. Diese Flexibilität ist durch Variationen der Lösungswege beim Erlernen der Muster zu erreichen. Ist diese Variabilität nicht vorhanden, zeigen sich die Kinder von neuen Situationen schnell überfordert und entwickeln Abwehrstrategien bis hin zu neurotischen Verhaltensweisen“ (SEEWALD 1998, 155). Das Kind ist dann durch die Impulsgebundenheit seiner Bewegung in seiner Handlungsfähigkeit eingeschränkt.

„Dieses Modell rückt die Bewegung in die Nähe der intentionalen Leistungen des Handelns. Das Kind wird als Konstrukteur seiner Handlungswelt aufgefaßt und sollte deshalb möglichst eigenständige Handlungserfahrungen sammeln. Es wird folglich nicht trainiert oder gar geübt, sondern vor Problemlöseaufgaben gestellt, die Bewegungslernen in den Zusammenhang von Handeln lernen stellen. Verbesserungen der Bewegung sind deshalb kein Selbstzweck, sondern nur insofern sinnvoll, als sie die Handlungskompetenz fördern [...]“ (SEEWALD 1998, 155). „Das zugrundeliegende Modell von Körper und Bewegung betont deren instrumentellen Charakter. Die Bewegung wird als Instrument der Handlungsfähigkeit gesehen, und diese äußert sich in einer gelungenen Anpassung an die Umwelt und in Anpassungsreserven für neue, ungewohnte Situationen“ (SEEWALD 1998, 155).

Das Regelkreismodell unterliegt den Einschränkungen jeder Maschinen-Metapher, wenn es auf das handlungsorientierte Bewegungsverständnis zurückgreift. Zwei Menschenbilder liegen diesem Ansatz zugrunde: das *Menschenbild der Handlungstheorie* und das *organismische Menschenbild* (vgl. SCHILLING 1990, 67). „In psychologischen Handlungsmodellen steckt die Annahme der Überschaubarkeit, Linearität und Isolierbarkeit einzelner Handlungselemente (vgl. SCHWEMMER 1987, 196ff.). Handlung wird als von einem autonomen Subjekt bewußt und absichtsvoll hervorgebracht angesehen“ (SEEWALD 1998, 155). Der anderen Ordnung des Gefühls wird dieses rational geprägte Merkmal nicht gerecht, da dieses gefühlshafte Erleben gerade durch Unüberschaubarkeit, Mehrdeutigkeit und Ambivalenz geprägt wird. Das Handlungsmodell ist jedenfalls auch gekennzeichnet durch ein systematisches Vorgehen und Bilden von Hypothesen über die Welt. Aber auch die Zukunft wird in die Planung mit eingebracht und die Folgen der Handlungen werden bedacht.

„Das organismische Modell vertritt eine ganzheitliche Auffassung des Menschen, wonach die Teile des Organismus ihre Bestimmung erst im und durch das Ganze erhalten. Organismen sind eigenaktiv und bilden Strukturen aus [...]“ (SEEWALD 1998, 156), die veränderbar sind. Die Trennung zwischen Struktur und Funktion wird aufgegeben zugunsten eines ‚Funktionierens‘ (vgl. HERZOG 1984, 165) und damit ein Bestreben nach Anpassung an die Umwelt. Diese optimale Anpassungsfähigkeit wird durch Lernen erreicht.

Beide Modelle beinhalten, dass „der Mensch und insbesondere das Kind durch Bewegungsmuster seine Handlungsfähigkeit und dadurch seine Adaptationsfähigkeit an seine Umwelt auf höherem Niveau erweitert. [...] Was in diesem Modell ausgeblendet wird, sind die Motive des Kindes und ihr Bezug zu seiner individuellen Lebensgeschichte. [...] Die nicht-intentionale Seite der Bewegung, ihre emotionale und ausdrucksstarke Dimension werden nicht erfaßt“ (SEEWALD 1998, 156).

C) *Bewegung als Bedeutungsphänomen*

Durch die häufige Ausblendung der emotionalen und mehrdeutigen Aspekte kindlichen Verhaltens in anderen Theorien scheint es angemessen, auch den Bedeutungsgehalt der

Bewegung näher in den Blick zu nehmen. „Bewegung erscheint dann als sinnvolle Äußerung des Individuums in seinem Lebenskontext, wobei der Sinn bewußt *oder* unbewußt, explizit *oder* implizit sein kann. Den Sinn zu erschließen, ist Aufgabe eines methodischen geleiteten Verstehens, wobei sich hermeneutisches Verstehen auf den expliziten Sinn richtet, phänomenologisches Verstehen auf den impliziten Sinn bzw. den leiblichen Ausdruck und tiefenhermeneutisches Verstehen auf den unbewußten bzw. verdrehten Sinn oder scheinbaren Unsinn (vgl. SEEWALD 1992)“ (SEEWALD 1998, 156) bezieht. Bestimmte Bewegungsformen haben dann „eine *symbolische* Bedeutung für einen Beziehungskonflikt und für die ‚innere Realität‘ des Kindes“ (SEEWALD 1998, 156). Dieses Modell bietet die Möglichkeit, symbolische Bewegungsangebote für die Kinder zu nutzen. In diesen Bewegungsangeboten können frühkindliche Bedürfnisse ausgelebt werden und Erfahrungen der Abgrenzung und Autonomie gemacht werden. Im Bewegungsspiel lassen sich auch feindselige Gefühle darstellen. Damit würde sich die Psychomotorik mehr noch dem Rollen- und vor allem dem Symbolspiel öffnen.

„Das erweiterte Bewegungsmodell sieht den individuellen Bewegungsausdruck vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte. Bewegung wird in einem lebenslangen Auswahlprozeß, der bereits in utero beginnt, zu *meiner* Bewegung, d. h. sie ist wesentliche Säule der Identitätsbildung (vgl. V. LÜPKE 1994). In diesem Sinne gibt es keine Bewegungsstörung, denn auch die scheinbar gestörte Bewegung erfüllt diese identitätsbildende Funktion. Die Bewegungsentwicklung ist aufs engste mit der ‚Loslösung und Individuation‘ im Sinne MAHLERS (vgl. MAHLER u. a. 1984) verwoben“ (SEEWALD 1998, 156). Ein wichtiges Bindeglied scheint die Bewegungsentwicklung zwischen der Entwicklung des eigenen Ichs, der sozialen Beziehung und der materialen Umwelt zu sein.

Im Wesentlichen sollte es im Verhalten des Psychomotorikers dem Klienten gegenüber um die Fähigkeit zum außerverbalen Dialog gehen. Relevant dazu erscheint, schon die eigene (Bewegungs-)Biographie erforscht zu haben und den eigenen Körper bzw. Leib zu spüren bzw. für seine Signale sensibilisiert zu sein. SEEWALD (1998, 156) schreibt deshalb: „Ziel ist es, das Thema des Klienten an dessen Körperausdruck, bevorzugten oder gemiedenen Bewegungsaktivitäten, der Art des Sprechens und den Spielthemen zu erkennen und dazu passende Fördervorschläge zu machen.“ Dies gilt auch für die PMFT-Stunde, obwohl ich Fördervorschläge dabei für ein ungünstiges Wort halte.

„Das Menschenbild ist gekennzeichnet durch die Suche des Menschen nach Sinn. Dieser Sinn stellt sich nicht verlässlich ‚von selbst‘ ein, sondern muß dem Leben gegeben werden. Bilder und Geschichten sind Formen dieser Sinngebung, in denen sich das Kind (der Klient) seiner selbst versichert und mit seinen Möglichkeiten experimentiert. Da hier also die Identitäts- und Beziehungsaspekte der Bewegung betont werden, ist das Menschenbild ein *relationales*“ (SEEWALD 1998, 156). Dabei muss bedacht werden, dass nicht jedes Kind die Fähigkeit dazu hat, Bilder und Geschichten zu formen. Diese Kinder müssen erst eine „innere Realität“ entwickeln, bevor sie sich in Bildern, Geschichten oder anderen

Symbolisierungen ausdrücken können. Es sollte sicher darauf aufgepasst werden, dass nicht eigene Motive und Themen in die Bewegungsaktivitäten des Kindes übertragen bzw. hereininterpretiert bzw. als dessen ausgegeben werden. So sind für solches Arbeiten Teams und Supervisionsgruppen sehr sinnvoll.

Auch bei diesem Modell wird noch der gesellschaftlich-historische Rahmen vernachlässigt, der das Bewegungsverhalten des Klienten beeinflusst.

Gemeinsamkeiten dieser Modelle sind, dass der Mensch in ihnen allen als aktives, sich selbst formendes und organisierendes Wesen aufgefasst wird. Jede Behandlungsmethode sollte deshalb Respekt vor dieser *Selbstentwicklung* haben. Weiter wird deutlich, dass immer mehr von der Maschinen-Metaphern abgerückt wird zu *humanspezifischen* Bewegungs- und Körpermodellen (vgl. SEEWALD 1998, 157).

In den verschiedenen eben genannten Bewegungsmodellen sind die Reichweiten des Verstehens und Erklärens von Bewegungsäußerungen sowie z. T. die Interventionsstrategien aufgezeigt, während sie im nächsten Abschnitt noch intensiver gegenübergestellt werden sollen.

4.1.5 Die Erklärens-Verstehens-Kontroverse in der Motologie

Der verstehende Ansatz wird dem erklärenden Ansatz, dem empirisch-analytischen Denken gegenübergestellt. Dabei wird die Forderung aufgestellt, ein ganzheitliches Konzept in die Tat umzusetzen. Das Verstehen wird als wissenschaftliche Methode auf die psychomotorische Praxis angewendet, um Bewegung auch als Bedeutungsphänomen erfassbar zu machen. SEEWALD (1989) beschreibt in seinem Buch „Leiblichkeit und symbolische Entwicklung“ einen sinnverstehenden Zugang zur kindlichen Entwicklung. Dabei werden die impliziten und expliziten Sinnstrukturen untersucht. Unter implizitem Sinn wird die Annäherung mit Hilfe der Leib- und Wahrnehmungsphänomenologie MERLEAU-PONTYS aus der Sicht des leiblichen Zur-Welt-Seins verstanden. Der explizite Sinn wird dargestellt durch die Entwicklung der Symboltheorie, indem er sich an die Lehre der symbolischen Formen von CASSIRER und dem Symbolbegriff der Psychoanalyse anlehnt.

In der **Entwicklungstheorie** von SEEWALD soll dem Sinnverstehen Orientierung gegeben werden, die kindliche Entwicklung als Abfolge von Leib- und Beziehungsthemen zu sehen. Die hermeneutische Perspektive einer „verstehenden“ Motologie greift relevante psychomotorische Aspekte der Bewegung auf. Es hat sich eine leiborientierte Pädagogik und eine leib- und symbolorientierte Therapie entwickelt. Das Verstehen wird als wissenschaftliche Methode als Antithese zum vorherrschenden empirisch-analytischen Denken gesehen.

Die Bewegung als Bedeutungsphänomen kann folgendermaßen charakterisiert werden:

- 1.) Durch den persönlichen Sinn, den die Bewegung, das Spiel oder eine „Szene“ bzw. ein Bild für das Kind selbst hat.

- 2.) Die Bedeutung, die diese für den Beobachter hat, ist folgende:
- ◆ Die innere Vorstellung und die äußere Darstellung kommen immer mehr zur Deckung.
 - ◆ Das Vorgehen des Kindes in einer phantasiegeleiteten Darstellungsform ist eine präsentative Symbolisierung, die nichtlinear, nicht zielgerichtet und nicht bewusst ist und einen Wechsel von Sinnfindung und Sinngebung auf vorbewusster Ebene stattfinden lässt.
 - ◆ Es wird zwischen Leib und Körper unterschieden, wobei der Leib als Ausgangsort der Phantasie angesehen wird.
 - ◆ Die inszenierten Bewegungsaktivitäten dienen als Ausgangspunkt für sinnstiftende Aktionen.
 - ◆ Die Motive der Darstellung für Inszenierungen sind Nachholen und Aufarbeiten von Erfahrungen, Ausprobieren möglicher zukünftiger Rollen, das nicht sprachliche Verstehen der eigenen Gefühle.
 - ◆ Die Sichtweise wird verlagert zu einer verstehenden Perspektive, der „Erklärung“ für kindlichen Drang der Inszenierung.
 - ◆ Methodische Überlegungen sind, den sprachlichen Sinn an den Partner zu richten, um Verständnis beim gemeinsamen Dialog zu erlangen.
 - ◆ Das Fortschreiten des Verstehens ist bedroht durch „naive Alltagstheorien, schlichte Vorurteile, Scheingewissheiten“, das Besondere verbirgt sich hinter dem Bekannten.
 - ◆ Phänomenologie und Hermeneutik helfen beim Verstehen.
 - ◆ Um den nicht sprachlichen Sinn der psychomotorischen Inszenierungen verstehen zu können, wird er vorerst symboltheoretisch abgebildet:

Der **nicht sprachliche Sinn** wird in *vorsprachlichen*, *außersprachlichen* und *verdrehten* Sinn unterteilt. Hierzu kurze Erklärungen:

- 1) Die **vorsprachlichen** Botschaften des Kindes können nur leiblich vom Therapeuten erfahren werden.
- 2) Der **außersprachliche** Sinn kann durch ausdrucksstarke Bewegungen wie gestisch-pantomimische Darstellungen, Tanz (mittleres symbolisches Niveau), Sportspiele und Gestensprache (oberes symbolisches Niveau), bei dem die Bewegung als intersubjektive Bedeutungen erzeugendes bzw. austauschendes Zeichen benutzt wird, seinen Ausdruck finden.
- 3) Der **verdrehte** Sinn stellt einen anderen Sinn da, als er anfangs gemeint war.

Hintergrund für die Leiblichkeit, Körperlichkeit und Bewegung sind „die Entwicklungstheorien, die die verstehende Perspektive in sich tragen“ (SEEWALD 1992, 217).

Die kindliche Entwicklung wird als „Abfolge von Leib- und Beziehungsthemen, die bei entsprechender Verarbeitung bzw. Integration ihren symbolischen Ausdruck in typischen

Körperhaltungen und Bewegungsmustern etc. finden und die in der folgenden Entwicklung aufgehoben bleiben (strukturgenetisches Prinzip),“ angesehen (BALGO 1997, 53).

„Die mit Gefühlen verbundene Bewegungsentwicklung verläuft dabei verschränkt mit der Entwicklung der sozialen Beziehungen“ (BALGO 1997, 53). Die sich über die Bewegungen, Szenen, Spiele, Bilder ausdrückenden ‚Themen‘ als lebensgeschichtlich dominierende Sinngestaltung werden differenziert von SEEWALD in:

1. **traumatische Erlebnisse** (affektive Erlebnisse, die nicht zu Erfahrungen werden konnten),
2. **Konflikte** (Erfahrungen, die nicht gemacht werden durften),
3. **Defizite** (Erlebnisse und Erfahrungen, die nicht oder nicht genug gemacht werden konnten),
4. **Störungen** (Erlebnisse, die zu „falschen“ Erfahrungen geführt haben).

Bedeutende Lebens- und Beziehungsthemen, die innere Realität, die innere Gefühlswelt des Kindes als Ergebnis seiner Lebensgeschichte finden in der psychomotorischen Praxis über typische Körper- und Bewegungsmuster, Spiel-, Mal- und Geschichtenmotive ihren symbolischen Ausdruck (BALGO 1998, 53). SEEWALD (1993, 192) sieht es als Hauptweg zur Selbstentwicklung an. Die Verbesserung der Motorik wird in den PMG nicht nur beiläufig angestrebt, wie SEEWALD es bei seinem Ansatz zu verstehen scheint, sondern sehr bewusst mit gefördert. Nach SEEWALD muss der Therapeut fähig sein, Symbole zu decodieren (durch entwicklungspsychologische Kenntnisse), und ein Verständnis für Bilder (aus der Tiefenpsychologie) aufweisen.

Die wichtigsten Funktionen des Therapeuten im verstehenden Ansatz scheinen nach BALGO (1998) folgende zu sein: Der Therapeut/die Therapeutin sollten ...

- eine entspannte, positiv-anehmende Atmosphäre schaffen,
- Sicherheit bieten durch Strukturierung, Freiräume schaffen, Eingrenzung bewirken, je nach Möglichkeiten und Bedürfnissen des Kindes,
- Wunschäußerungen erlauben und Schuldgefühle nehmen,
- Hilfe geben bei der Verarbeitung von Erlebnissen, indem symbolische Darstellungen angeregt werden oder im Gespräch ermöglicht werden. Dabei sollten aber nur Beschreibungen und nicht Interpretationen stattfinden.

Die **Vor- und Nachteile** des verstehenden Konzeptes (BALGO 1998, 54; vgl. SEEWALD 1993, 192) sind im Positiven:

- die Verstehbarkeit der Bewegung im Kontext der Lebens- und Beziehungsgeschichte,
- die Entstehung eines echten nicht-sprachlichen und sprachlichen Dialogs, aufgrund gleicher Absichten des Therapeuten und des Klienten,
- die Mitreflexion der Beziehungsebene, sowohl zwischen Therapeut und Klient als auch im familiären und außerfamiliären Beziehungsgeschehen,

- die Mitbestimmung des Inhaltes und Tempos des Prozesses durch das Kind,
 - als Therapeutin geduldig und nicht übertrieben aktionistisch zu sein
- und im Negativen:
- die Gefahr, primär organisch bedingtes Verhalten als symbolischen Ausdruck zu betrachten,
 - die Verleitung zu aktiver Deutung oder unangemessener Interpretation,
 - mangelnde Reflektion der gesellschaftlichen Dimension, die die Klienten mitbringen und die die Psychomotorik als „Reparaturkonzept“ betrifft.

Die Konsequenzen im Anwendungsfall einer heilenden Intervention münden wohl trotz allem in die symbolische Analyse der phantasiegeleiteten kindlichen Bewegungsaktivitäten. Traditionell wird angenommen, dass die Bedeutung der Sprache auf eine äußere Realität der Gegenstände hinweist, so verweist die Bewegungsaktivität nach SEEWALD auf eine „hinter ihnen liegende innere Realität, die durch die Eingravierung vergangener Erfahrungen in Form von vorsprachlichen sowie außersprachlichen Bildern und Phantasien im Körper zu stecken scheint und die in der psychomotorischen Praxis reaktiviert wird, wo sie in den kindlichen Inszenierungen dann äußerlich sichtbar wie ein symbolisches Echo wieder zum Vorschein kommt. Dabei steht die analytische Methode in Gefahr der systematischen Vermischung von Zeichen und Bedeutungen“ (BALGO 1998, 55). Die PMFT soll diese Möglichkeit nutzen, dass die vorsprachlichen Bilder wieder in der psychomotorischen Praxis reaktiviert werden.

SEEWALD überträgt das gebräuchliche „*Sprachzeichenmodell*“ von MORRIS analog auf Bewegungssituationen. Jedes Zeichen hat

- eine *syntaktische* (Regelung des Verhältnisses eines Zeichens zu anderen Zeichen und die pragmatische Dimension auf die Benutzung eines Zeichens in einem bestimmten Situations- und Beziehungskontext) (BALGO 1998, 55),
- eine *semantische* (Zuordnung des Zeichens zu dem, was es bezeichnet) (SEEWALD 1992, 85) und
- eine *pragmatische* Dimension.

Er sieht „in den die ‚syntaktische‘ Ebene fokussierenden traditionellen psychomotorischen Konzepten, die lediglich danach fragen, welche Wahrnehmungs- und Bewegungsmuster zur Erreichung eines Bewegungsziels aktiviert bzw. neu gebildet werden müssen, die semantische Dimension der Bewegung vernachlässigt“ (BALGO 1998, 55). Die Frage lautet: „Welche Bedeutungsdimension von Bewegung steht hier im Vordergrund?“ (SEEWALD 1992, 86) Es geht also „um ein Wissen über die Bedeutung der Bewegung und wie sich Menschen durch sie ausdrücken und mitteilen [...], wobei die Bewegungsaktivität analog zur Sprache als ein denotatives Symbolsystem für die Übertragung von Bedeutung zum Zwecke der Kommunikation aufgefaßt zu werden scheint“ (BALGO 1998, 55).

SEEWALD scheint anzunehmen, dass die Beziehungen zwischen Zeichen und bezeichnetem Objekt genau im semantischen System festgelegt sind. MATURANA (1982, 56)

„schließt dagegen aus, daß Kommunikation auf der ‚Verwendung‘ von Sprache als einem vorhandenen, regelgeleiteten Zeichensystem basiert, da ansonsten Sprache vor dem Sprechen existent sein müßte.“ Außerdem scheint er anzunehmen, dass bei einer Interaktion zwischen zwei Lebewesen immer auch aufeinander abgestimmte Sinnestätigkeiten ange-regt werden. Für ihn ist die „Sprachhandlung“ relevant. „Sprache ereignet sich also in Koordinationen von Verhaltensweisen, nicht in Symbolisierung“ (BALGO 1998, 56). Die Existenz eines Gegenstandes kann im konsensuellen Sprachhandeln nachgewiesen werden. „Sprachliches Verhalten ist aus dieser Sicht ‚Orientierungsverhalten‘ [...]“

In der Übertragung des Sprachphänomens auf die Bewegung können „die Bewegungsakti-vitäten ebenfalls nicht als ein denotatives System symbolischer Kommunikation betrachtet werden“. Bewegung wird also immer von dem Beobachter abhängig beschrieben und meist schon gedeutet. „Die Logik der Beschreibung ist die Logik des beschreibenden (lebenden) Systems (und seines kognitiven Bereichs)“ (MATURANA 1982, 64). Jede TherapeutIn sagt somit laut SIMON mehr über sich und ihren/seinen Bezugsrahmen aus als über den Klienten und sein Verhalten. Dies gilt sowohl im Bereich der Sprach- als auch der Bewe-gungsanalyse. Die Art der Beschreibung wird deutlicher, nicht aber das Beobachtungsob-jekt.

SEEWALD geht aber von der Möglichkeit einer Entschlüsselung von Bewegungssymbolik aus. Bewegung transportiert ihre Bedeutungen anders als Sprache, und zwar auf einem niedrigeren symbolischen Niveau. „Wie Wörter herkömmlicherweise Zeichen für Gegen-stände der äußeren Realität darstellen, so stellen Bewegungen für SEEWALD (vgl. 1989, 191 u. 1993, 192) nicht-sprachlichen Ausdruck bzw. nicht-sprachliche Symbole für ver-gangene, in den Leib ‚eingeschriebene‘ Erfahrungen von bedeutsamen Leib- und Bezie-hungsthemen, also für die innere Realität bzw. die Gefühlswelt dar. Diese Vorstellung geht davon aus, daß die Interaktionen einen vorschreibenden bzw. instruierenden Charakter in der Weise haben, daß die Bedeutung und nicht die Struktur des Therapeuten determiniert, wie dieser in den Interaktionen die Bewegung des Kindes versteht“ (BALGO 1998, 57). MATURANA (vgl. 1987, 212) sieht nicht die Bedeutungsvermittlung, sondern das Ge-schehen im Adressaten als ausschlaggebend an. Nach BALGO (1998, 57) ereignen sich die „non-verbale kommunikativen Bewegungsaktivitäten nicht in Symbolisierung, sondern im gegenseitigen Auslösen von koordinierten Verhaltensweisen unter den Mitgliedern einer sozialen Einheit“ (vgl. MATURANA/VARELA 1987, 210).

„Regeln der Sprache, aber auch Regeln, Muster, Strukturen der Bewegungsaktivitäten sind allesamt Beschreibungen im kognitiven Bereich eines Beobachters, der einen Menschen in Bezug auf eine äußere oder innere Realität beschreibt und zwischen beiden eine kontextu-elle Relation herstellt“ (BALGO 1998, 58). So können die verschiedenen Theorien, weder die ‚empirisch-analytisch‘ noch die ‚phänomenologisch-tiefenhermeneutisch‘ orientierten, Bewegung angemessen erklären oder verstehen, da der Blick auf den relationalen Kontext gerichtet ist. Beide Bereiche werden reduktionistisch vermengt.

Beim erklärenden Ansatz wird die gestörte Bewegung auf endogene oder exogene neurophysiologische Prozesse des Körpers (auf objektive Größen) reduziert, im verstehenden Ansatz auf psychodynamische Prozesse des Leibes (auf innere seelische Zusammenhänge). Auch hier in dem verstehenden Ansatz existiert nach BALGO (1998, 58) eine lineare finale Kausalität, wie sie im erklärenden Ansatz kritisiert wird. MATURANA (1982, 190) meint, dass Lebewesen ziel- und zweckfrei operieren und Motive, Ziele, Zwecke nur Konstrukte der Beschreibungen seien.

Können die durch familiäre Umwelt des Kindes verursachten Erfahrungen abweichende Entwicklungsverläufe verursachen? Was hier als unnormal gilt, ist in anderen Kulturen normal. Die Ordnungs- und Klassifikationskriterien sind sicher auch vom Beobachter abhängig. Fraglich ist auch, ob Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden können. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Gültigkeit der durch die symbolische Analyse gewonnenen sinnverstehenden Interpretationen. „Das Auffinden von Schlüsselszenen in der Kindheit öffnet dem Therapeuten die Tür zu den hinter den Bewegungsaktivitäten verbergenden zentralen Sinnthemen“ (SEEWALD 1992, 215) – oder der Therapeut bastelt es sich passend.

Die Überprüfung der sinnverstehenden Aussagen ist schwierig. SEEWALD meint allerdings naive Alltagstheorien, schlichte Vorurteile und Scheingewissheiten in einem Verstehensprozess überwinden zu können. Welchen Vorteil hat die verstehende Therapie gegenüber dem Spiel zu Hause, wenn der Therapeut doch nicht eingreifen darf, nur passendes Material mit einbringen soll? Laut BALGO (1998, 60) soll im verstehenden Ansatz keine motorische Veränderung bezweckt werden. Wenn dies so ist, wäre die Abgrenzung zu anderen Therapien schwierig.

Die „Erklärens-Verstehens-Kontroverse“ in der Motologie kurz gegenübergestellt:

Verstehendes Modell	Erklärendes Modell
	Funktionalistisches strukturtheoretisches Modell
GRUNDSTRUKTUR	
Hermeneutische, d.h. finalistische, teleologische Ziele, Zwecke, Bedeutungen entschlüsselnder, verstehender Erklärungstypus (der Geisteswissenschaften)	Positivistischer, d.h. kausal, auf alle Gesetzmäßigkeiten begründeter, mechanistischer Erklärungstypus der Naturwissenschaften
<i>Intentionale Zusammenhänge</i> Verstehen: präskriptive, vorschreibende Gesetze und Regeln (z.B. Motive, Werte, Ziele)	<i>Kausale Zusammenhänge</i> Erklären: deskriptive, beschreibende Gesetze und Regeln (z.B. Naturgesetze)

Dem ‚Ursache-Wirkungs-Denken‘ verpflichtet	
PRÄMISSE	
Induktive Suche nach Gesetzmäßigkeiten und deduktive Ableitung ihrer verstehenden teleologischen oder erklärenden kausalen Interpretationen	
DER BEOBACHTER BESTIMMT DAS BEOBACHTETE	
Von dem Beobachter abstrahieren, welcher derjenige ist, der die Wahrnehmungen und Bewegungen eines Kindes zu erklären oder zu verstehen versucht und durch eigene Interpretation deren Ursache oder deren Zweck konstruiert (BALGO 1998, 60)	
BETRACHTUNGSPERSPEKTIVE	
Aus der Innenperspektive dessen, der sich Anteil nehmend identifizierte Gesetze über die innere Natur zugrunde legt	Aus der vermeintlichen Außenperspektive des nicht beteiligten Beobachters werden Gesetze über die äußere Natur gemacht
ZEITPERSPEKTIVE	
Vorwärts in die Zukunft gerichtet	Rückwärts in die Vergangenheit gerichtet
Gradlinige Auffassung der Zeit, innerhalb deren nicht umkehrbaren Dimensionen alle Ereignisse nacheinander, d.h. diachron geordnet sind	
REALITÄTSBEZUG	
Eine unabhängig vom Betrachter existierende Realität	
Realität muss verstanden, interpretiert und gedeutet werden	Realität wird erklärt
DAS VERHÄLTNIS WAHRNEHMUNG ↔ BEWEGUNG	
Hierbei geht es darum „[...] das innere Erleben und Erfahrungen einer vorgegebenen Entwicklungsabfolge von Leib- und Beziehungsthemen, die bei entsprechender Verarbeitung bzw. Integration ihren symbolischen Ausdruck in typischen Körperhaltungen und Bewegungsmustern etc. finden und die in der folgenden Entwicklung aufgehoben bleiben. Abwegige Verhaltensäußerungen repräsentieren in ihrer Symbolik mit der individuellen Lebensgeschichte in Zusammenhang stehende, nicht entsprechend verarbeitete bzw. integrierte und somit zu einem psy-	‚Normale‘ Wahrnehmung führt zu ‚normaler‘ Bewegung (SCHILLING 1978).

chisch bedeutenden Dauerthema gewordene traumatische Erlebnisse, Konflikte, Defizite, Störungen“ (BALGO 1998, 61) (vgl. SEEWALD 1989, 390). Motive, Zwecke, Bedeutungen, symbolische Ausdrucksmuster des Handelns sind dabei der Kausalität der beobachterunabhängigen psychodynamischen inneren Realität unterworfen.	
BESCHREIBUNGSART	
Beschreibung durch das Wirksamwerden einer komplexen Motivlage, deren Thema entwicklungstheoretisch und psychoanalytisch gedeutet wird	Beschreibung neurophysiologischer Gesetzmäßigkeiten
GEMEINSAMKEIT	
Individuumszentrierte Sichtweise in Diagnose und Therapie	

SEEWALD (1993, 192) schreibt „[...] daß die Bewegung, soweit wir sie im Spiegel von Konzepten und Modellen betrachten, nie so umfassend und ‚ganzheitlich‘ sein kann, wie uns die erlebte Bewegung manchmal erscheint. Immer behalten Modelle ihre Perspektivität bei.“

„Da *menschliches Erkennen* sowohl von der *individuellen Entwicklungsgeschichte* als auch vom *kulturellen Kontext* abhängig ist, erforscht die Epistemologie Formen, Strukturen und Entwicklungen geistiger Prozesse, d.h. Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln, aber auch die materiellen Bedingungen dieser unterschiedlichen Muster, um die Beziehung zwischen geistigen und materiellen Prozessen zu erfassen“ (BALGO 1998, 63).

Die systemisch-konstruktivistische Perspektive für die Psychomotorik ist an einer konstruktivistischen Epistemologie orientiert, die „Beziehung herzustellen zwischen der Art und Weise, wie Kinder aus ihrem individuellen und sozialen Kontext heraus ihre Wirklichkeiten konstruieren und den Symptombildungen im Bereich von Wahrnehmungen und Bewegung, Körper und Psyche. Aus diesen Erkenntnissen lassen sich dann evtl. entsprechende methodische Rahmenbedingungen für die psychomotorische Praxis ableiten“ (BALGO 1998, 63–64).

BALGO (1998, 64) hält es nun für nötig, ein neues Konzept zu erstellen, welches auf theoretischer Ebene Körper, Wahrnehmung, Bewegung, Affektlogik und soziale Prozesse verbindend beschreibt, also die psychomotorischen Ideen mit der systemisch-konstruktivistischen verbindet. Das halte ich für eine sehr gute Idee und relevant umzusetzen.

Im Vergleich zwischen dem verstehenden und dem erklärenden Ansatz sind folgende Inhalte ausschlaggebend:

„Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir!“ (DANNER 1979)

	Verstehender Ansatz	Erklärender Ansatz
Symbolschema:	Niedriges symbolisches Niveau, tiefere Schichten	Höheres symbolisches Niveau
Sinntransformation:	Sinn transformiert von leiblich erfahrenem Ausdrucksverstehen über Bilder- und Beispielverstehen zu sprachlich vermittelter Auslegung und Interpretation	Klare Trennung und feste Zuordnung von Zeichen und Bezeichnetem
Erkenntnisform:	Phänomenologisch und/oder hermeneutisch	Zusammenhänge nach Kausalbeziehungen (Ursache-Wirkung), nach den Regeln der formalen Logik, distanziert und leibdifferent
Perspektive des Beobachters, Zentrum der Erkenntnishaltung:	Leibgebunden, löst sich nicht so weit von seinem Erkenntnisgegenstand	Nimmt die Perspektive des Unbeteiligten und die Außenperspektive auf
Symboltheoretisch:	Schwerpunkt in der Darstellungssphäre	–

Nach SEEWALD (1989) baut der erklärende Ansatz auf dem verstehenden Ansatz auf. Es gibt verschiedene verstehende Ansätze bzw. unterschiedliche Formen des Verstehens (SEEWALD 1989). Diese möchte die Autorin allerdings hier nicht weiter ausführen. Sie sind bei SEEWALD (1989) nachzulesen. SEEWALDS Erkenntnisinteresse besteht in dem Herausarbeiten idealtypischer „normaler“ Entwicklungslinien, die eine allgemeine Orientierung in der allgemeinen, leiblichen und symbolischen Entwicklung erlauben (BALGO 1998, 55). Für diese Dissertation scheint vor allem der leib-phänomenologische Ansatz relevant zu sein.

4.1.6 Systemisch-konstruktivistischer Ansatz für die psychomotorische Praxis (KLAES und WALTHES; BALGO)

Für den systemisch-konstruktivistisch orientierten, familienbezogenen Bewegungsdialog beschreibt WALTHES (1995, 56), dass in der Kommunikation entstandene Probleme, die gelöst werden sollen, wiederum der Kommunikation bedürfen. „Diejenigen, die Störung ins Spiel bringen, bekunden damit, daß sie sich und ihre spezifische Umwelt als nicht passend, nicht stimmig wahrnehmen und nach einer Möglichkeit suchen, eine neue Passung herzustellen. Diejenigen, die sich gestört fühlen, zeigen, indem sie sich gestört fühlen, ihre Fähigkeit, sich ansprechen, sich irritieren zu lassen. [...] Bei denjenigen, die die Störung zeigen, und bei denjenigen, die sich gestört fühlen, ist davon auszugehen, daß das, was sie tun, für sie Sinn macht, sonst würden sie es nicht tun“ (WALTHES 1993, 151). So macht für beide Seiten die „Störung“ Sinn. So muss also immer der Kontext im Rahmen von Wahrnehmung und Bewegung beachtet werden, um Verständigungsschwierigkeiten zu minimieren und auch eine kontextuelle Bezugsgröße zu erstellen. KLAES und WALTHES haben z. B. für die MitarbeiterInnen ein bewegungsorientiertes Frühförderkonzept erstellt für die Arbeit mit Familien von blinden, mehrfachbehinderten oder sehbehinderten Kindern (vgl. WALTHES 1991, 35 ff.; KLAES/WALTHES 1995b). Handlungsleitende Prinzipien werden dort aufgestellt für die Erstellung eines familienbezogenen Bewegungsdialogs in Bezug

- auf die Sichtweise von Kind und Familie. Das Verstehen der Strukturen und Muster der familiären Wirklichkeitskonstruktionen sollte dabei zentral sein, anbei aber auch Umdeutungsangebote, Veränderungsvorschläge zur Selbsthilfe der Familie angegeben werden.
- auf das Verständnis von Bewegung. „Jede Bewegung wird als ein von dem Kind in die Situation eingebrachter Vorschlag aufgefaßt, der eines Gegenvorschlags im Sinne eines Dialogs bedarf, um als Gestaltungsprinzip wirken zu können, d. h. um sich und seine Bedeutung im Dialog ausdifferenzieren zu können“ (BALGO 1998, 241) und
- auf die Förderung von Selbstständigkeit. Das Kind soll also in der Eigenbewegung gefördert werden und Freude am Bewegen haben.

Jeder Interaktionspartner geht nicht nur auf die verbale Kommunikation ein, sondern gibt auch den beobachteten Bewegungen bestimmte Bedeutungen. Dies geschieht wechselseitig. „Jeder Interaktionspartner kann den Bewegungen des jeweils anderen verschiedene Bedeutungen zuschreiben, wobei die Bedeutungszuweisungen immer gemäß der eigenen Strukturen vorgenommen werden. Da in der Kommunikation lediglich die beobachtbaren Bewegungen, nicht aber die Wahrnehmungen, die affektlogische Dynamik, die jeweiligen Wirklichkeitskonstruktionen des Gegenübers beobachtbar sind, kann ein familienbezogener Bewegungsdialog als Versuch aufgefaßt werden, diesen beobachtbaren Bereich durch die Beobachtung des Interaktions- bzw. Kommunikationsbereichs zu verstehen“ (BALGO

1998, 242). Für die symptomatischen Bewegungen wird der Kontext abgeklopft, in dem diese Bewegungen durchgeführt werden. Bei der Suche nach dem Sinn einer Bewegung geht es nicht um das Herausfinden der Ursache, sondern aus systemisch-konstruktivistischer Sicht um das Verstehen des gestörten Bewegungsdialogs und um eine Veränderungsförderung. Die Umdeutungen der Bewegungsinterpretationen scheinen für die Veränderung und Auflösung des Problemsystems förderlich zu sein. „Die therapeutischen Lösungsmöglichkeiten für das soziale, problemstabilisierende System liegen in der Verstörung der Interaktions- und Kommunikationsmuster, der individuellen bzw. gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion oder deren Vernetzung. [...] Eine weitere Möglichkeit besteht in dem Versuch, die individuellen Wirklichkeitskonstruktionen des Kindes, durch die Verstörung des für die als symptomatisch gehaltenen Bewegungen relevanten Systems, zu Änderungen anzuregen“ (BALGO 1998, 243). Dabei stehen mehrere Optionen zum Handeln an: die Verstörung des Systems Bewegung/Wahrnehmung oder des affektlogischen Systems oder/und des körperlichen Systems oder/und sozialen Systems, die alle in wechselseitiger Beziehung stehen. Die Akzentsetzung ist von Fall zu Fall verschieden.

KLAES und WALTHES (1995, 240) betonen, dass es nicht um Bewegungsstörungen an sich geht, sondern um die Aussagen über Bewegung, die „Störungen“ konstruieren. In dem Fall ist der Beobachter keine Personenbezeichnung, sondern einer, der durch das Beobachten die Wirklichkeit mit konstruiert z.B. durch Erstellen von Unterschieden. So ist die Wirklichkeit also subjektiv. So ist also alles zu Beobachtende davon abhängig, welche Unterscheidung der Beobachter verwendet. Betrachtet man die Beobachtung von Bewegungsstörungen, befindet man sich schon auf der Ebene zweiter Ordnung, sie setzen andere Unterschiede zu der Beobachtung erster Ordnung. D.h. „alle Aussagen, die das Verhältnis von einem Beobachter und dessen Beobachtungsgegenstand betreffen, werden Beobachtungen zweiter Ordnung genannt und beziehen sich auf die Unterscheidungen, die der Beobachter erster Ordnung verwendet.“ Jeder macht demnach Beschreibungen und Unterscheidungen, durch die er seine Wirklichkeit konstruiert.

„Sinn wird durch Verstehen erzeugt. [...] Unsinn wird durch Nicht-Verstehen erzeugt (vgl. GLASERSFELD 1988, 30 f.)“ (KLAES/WALTHES 1995, 240). Diese Erzeugungen sind aber abhängig vom sozialen und zeitlichen Kontext. Eine Beschreibung einer Bewegungsstörung kann nur Sinn machen, wenn sie für den Beobachter Sinn macht. Es wird also bei der Beschreibung einer Bewegungsstörung nicht diese vorrangig betrachtet, sondern der, der dies äußert. Dann wird geschaut, was diese Beschreibung für einen Sinn macht. Also „nicht das beobachtete Phänomen ‚Bewegung‘, dem die Eigenschaft ‚gestört sein‘ zuerkannt wird, hat diese Eigenschaft, sondern derjenige, der eine Bewegung so wahrnimmt, daß er sie für gestört hält, zeigt diese Eigenschaft. [...]“ (KLAES/WALTHES 1995, 241). Sobald diese Unterscheidungen störend in die Welt des Beobachters eingreifen, wird ein Erklärungsprinzip zur Verfügung gestellt, „mit dem er sein Unverständnis ohne Verweis auf die eigene Person begründen kann“ (KLAES/WALTHES 1995, 242). Es kann sein, dass der Beobachter etwas als Störung bei jemand anderem beschreibt, weil diese

beobachtete Bewegung nicht zu seinen Bewegungserfahrungen passt und er sie so nicht verstehen oder nachvollziehen kann. Eine Person mit unverständlichen Bewegungen ist also entweder bewegungsgestört oder ihren Bewegungen haftet etwas Unverständliches an. Dies kann wiederum primär durch die Bewegung ausgelöst sein oder durch andere Elemente, die die Bewegung stören. Die Beobachtung kann eine Fremdbeobachtung oder eine Selbstbeobachtung sein. Eine spezielle Gruppe ist die Gruppe der „professionellen Störungssensiblen“, wie KLAES und WALTHES sie nennen. Das sind die, die von Berufswegen auf die Beobachtung unverständlicher Bewegung achten. Z. B. muss die Krankengymnastin sich von der von der idealtypischen Bewegung abweichenden Bewegung stören lassen. Sie versucht die Bewegungsstörung zu beseitigen oder, etwas schwieriger, sie versucht „die Auseinandersetzung mit den Beziehungen, in denen die Bewegung für den jeweiligen Beobachter ihren Unsinn entfaltet“ (KLAES/WALTHES 1995, 248). Die Autorinnen geben zwei wichtige Thesen an: Ohne Selbstbewegung gibt es keine Wahrnehmung der Außenwelt und ohne Phantasie, d.h. ohne virtuelle Bewegung, gibt es keine Wahrnehmung. Daraus schließen sie:

- „Bewegung wird als Grundlage und als Medium der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt begriffen.
- Bewegung und virtuelle Bewegung stellen die Basis für Wahrnehmung und Erkenntnis dar.
- In der grundlegenden Unterscheidung von Selbst und Fremd, deren Basis Bewegung ist, wird der Beginn der Identitätsbildung gesehen“ (KLAES/WALTHES 1995, 256).

Aus der Bezeichnung einer Bewegung als „Bewegungsstörung“ ließe sich schließen, dass sie die Grundlage von Wahrnehmung, Identität und Kommunikation pathologisiert. Dieses Bewegungsverständnis enthält noch mehr Annahmen.

- „Wahrnehmungen, Empfindungen, Gefühle, virtuelle Bewegungen werden als selbstreferentielle Prozesse gesehen, in die nicht von außen eingegriffen werden kann.
- Wahrnehmungen, Bewegungsvorstellungen, Bewegungen, Empfindungen können nicht an und für sich gestört, pathologisch, gut oder schlecht sein. Sie sind Produkte der individuellen Erfahrungs-, Selbstorganisations- und Erlebnisgeschichte.
- Jede Bewegung wird als Vorschlag begriffen, den eine Person in die Situation einbringt. Er bedarf eines Gegenvorschlags, um Resonanz finden und um sich ausdifferenzieren zu können“ (KLAES/WALTHES 1995, 256).

Hierdurch bekommt man die Antwort, wann es unsinnig ist, von Bewegungsstörung zu sprechen. Weiterführend ergibt sich:

- „Bewegungen machen für denjenigen, der sie ausführt, Sinn. [...]

- Klassifizierende Fremdzuschreibungen, die die ‚Bewegungsstörung‘ bei der beobachteten Person verorten, sind unsinnig. Die Bewegung einer anderen Person als ‚gestört‘ zu bezeichnen, setzt die Vorstellung einer ‚richtigen Ordnung‘ von Wahrnehmung und Bewegung voraus und stellt die Seinsweise der anderen Person in Frage.
- Dennoch können Bewegungen als störend empfunden werden. Allerdings ist darauf zu achten, daß das ‚Sich-stören-lassen‘ von einer Bewegung nicht identisch ist mit einer Bewegungsstörung, und es gilt zu klären, was durch die beobachtete Bewegung durcheinander gekommen ist und bei wem“ (KLAES/WALTHES 1995, 257).

So wird jede Bewegung ein Wegweiser „für die Art der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt [...]“ (KLAES/WALTHES 1995, 257) sein. Wird eine Bewegung nicht verstanden, wird dem Wegweisenden einer Bewegung nachgegangen, so dass die fremde Bewegung verstanden werden kann. Dies fordert auf, nach den Kontexten zu fragen, in denen die Bewegung auftaucht und worauf sie voraussichtlich bezogen ist. Das herauszufinden sollte auch in der PMFT-Stunde versucht werden. Als Beobachter(in) der Bewegung und Konstrukteur(in) der Störung muss man sie verstehen. Bei Verständnisschwierigkeiten sollte die kontextuelle Bezugsgröße der Bewegung mit angeschaut werden. Die „Bewegung als Wegweiser“ bedeutet auch, dass „jede Bewegung als Vorschlag zu sehen [...] ist; U. L.-R.] mit dem sich eine Person auf ihre Weise in eine Situation einbringt“ (KLAES/WALTHES 1995, 258). Nur in der direkten Kommunikation kann erfahren werden, ob die Deutungen Verständnismöglichkeiten eröffnen oder verschließen. „Theorien und Konzepte, die sich um ein Verständnis von Bewegung aus phänomenologischer, psychoanalytischer, gestalt- oder handlungstheoretischer Perspektive bemühen, sind in diesem Zusammenhang als Deutungsmuster, Deutungsgefüge zu sehen, die daraufhin zu prüfen wären, welche Verstehensmöglichkeiten sie für wen eröffnen. Sie alle können als Konstrukte von Personen verstanden werden, die sich dem Störenden von Bewegung und Handlung gestellt und den Versuch unternommen haben, für sich selbst eine neue Ordnung herzustellen. Die Ordnung nicht als statische zu begreifen, sondern ihr ‚In-Unordnung-Kommen‘ als Anlaß für Veränderung zu begrüßen, wäre jeder Bewegungstheorie zu wünschen“ (KLAES/WALTHES 1995, 260).

Die Physiotherapie ist vorrangig auf das System Körper bezogen, die Psychotherapie auf das System Affektlogik, die Psychomotorik auf das System Bewegung/Wahrnehmung als relevantestes, wobei die anderen Systeme durch die Vernetzung auch z. T. mit betroffen sein können. Nicht immer ist „das für die sich störend zeigenden Phänomene relevanteste System dasjenige [...], in dessen Phänomenbereich das Symptom zu beobachten ist“ (BALGO 1998, 244). In der Psychosomatik kann das körperliche Symptom durch Psychotherapie verbessert werden. In der systemischen Therapie sind die „problematischen, individuellen Bedeutungskonstruktionen des affektlogischen Bereichs [...] durch Irritationen des kommunikativen Systems therapierbar. Ebenso können sich als störend zeigende Wahrnehmungen und/oder Bewegungen durch therapeutische Maßnahmen, die sich ent-

weder wie die eines familienbezogenen Bewegungsdialogs auf das Interaktions- und Kommunikationssystem oder wie die einer verstehenden Psychomotorik auf das affektlogische System beziehen, beeinflusst werden [...]“ (BALGO 1998, 244). In der Psychomotorik wird das System Bewegung/Wahrnehmung zwar vorrangig genutzt, aber gleichzeitig gibt es therapeutische Handlungsmöglichkeiten, in diesem oder durch diesen Bereich Veränderungen zu ermöglichen. Unterschiedliche, schwerpunktbezogene Interventionen können sowohl in das System Bewegung/Wahrnehmung als auch in das affektlogische oder kommunikative System einwirken. In der psychomotorischen Familientherapie (PMFT) soll der Einfluss auf das kommunikative System, besonders auch auf die nonverbale Kommunikation, im Gegensatz zur Psychomotorikstunde, noch erweitert werden. Dabei bleibt in der Praxis das Problem, dass bei den operational geschlossenen Systemen die Schwierigkeit des Verhältnisses von Intervention und Selbststeuerung besteht. „Jeder Therapeut steht vor dem Dilemma, gezielt handeln zu wollen, ohne den Anderen ‚durchschauen‘ zu können und daher ohne zu wissen, was sein Handeln bewirkt. Schon im Alltag erfahren wir Menschen (und uns selbst) als undurchschaubar und rätselhaft. Wer spürt, daß er strategisch behandelt wird, empfindet dies meist als ‚Objektivierung‘ und versucht, die Erwartungen zu enttäuschen“ (LUDEWIG 1992, 124). Da es kein „einfaches“ Ursache-Wirkungs-Schema gibt, reagiert das intervenierte System auf angebotene Interventionen nach seinen eigenen Regeln und im Zusammenhang seiner eigenen Welt. „Die Konsequenz daraus heißt nicht Beliebigkeit, sondern Bescheidenheit und Risikobewußtsein“ (WILLKE 1994, 95).

Gezielte Veränderungen mit Hilfe von kausalen Maßnahmen oder auch gezielte Interventionen sind durch die operationale Geschlossenheit, Strukturdeterminiertheit, Nicht-Trivialität und Autonomie lebender Systeme nicht möglich. BALGO (1998, 245) zieht daraus den Schluss, dass die „Trivialisierung“ von Kindern „durch standardisierte diagnostische und therapeutische Strategien [unmöglich ist; U. L.-R.] und [erteilt eine Absage, ... ; U. L.-R.] an den Glauben an Planbarkeit sowie Machbarkeit von Therapie“. Deshalb wird therapeutisches Handeln nicht unrelevant, wenn das intervenierte System nach seiner eigenen Regelstruktur reagiert. Es ist allerdings nicht mehr so sicher zu bestimmen, wie die Reaktion ausfällt. Die wirksame Orientierung des Kindes wäre demnach nicht von der Zielsetzung und Intention des Therapeuten abhängig. Das Kind würde sich selbst durch seine aktuellen Strukturen, Regeln und Ordnungsmuster steuern. „Im Gegensatz zu herkömmlichen Vorstellungen bedeutet Intervention unter diesem Blickwinkel, daß das, was der Interventionist tut, [...] nur dann wirken kann, wenn es sich als Ereignis der inneren Wahrnehmung des zu beeinflussenden Systems darstellt. Das, was Intervention möglicherweise auslöst, kann nur ankommen, wenn es gleichsam eigener Bestandteil des Systems geworden ist“ (KERSTING 1991, 110). Die PMFT sollte deshalb nicht nur auf die standardisierte Anwendung von Strategien, Techniken oder funktionalen Übungen zurückgreifen, sondern situationsspezifisch auf das vorhandene System und die einzelnen Systemmitglieder individuell eingehen. Die Therapeutinnen und die Familie mit ihren Kindern

sollten aufeinander bezogen kooperieren. „Die Annahme, der Therapeut habe einseitig auf passive ‚Dulder‘ (= Patienten) einzuwirken, steht nicht nur im Widerspruch zum systemischen Konzept der Autonomie, sondern auch zum Erleben der Beteiligten. Therapeutisches Handeln setzt stets die ‚Einladung zur Kooperation‘ voraus“ (LUDEWIG 1992, 131). So ist der Therapeut nicht mehr in der Expertenrolle. Er kann nicht durch Diagnose, Zielsetzung und richtige Methode den therapeutischen Verlauf bestimmen und mit Sicherheit „Heilung“ versprechen.

„In einem systemisch-konstruktivistischen Verständnis von psychomotorischer Praxis geht es nicht um die diagnostische Suche des Therapeuten nach Defiziten, sondern um die gemeinsame Suche nach Handlungsmöglichkeiten, damit vorhandene Kompetenzen und ungenutzte Ressourcen aktiviert werden könne, [...]“ (BALGO 1998, 246). Dies gilt auch für die PMFT-Stunde. Bei BALGOS Ansatz ergibt sich das Thema in der aktuellen Interaktion und Kommunikation gemeinsam und wird ausgehandelt sowohl von Seiten des Kindes als auch von Seiten des Therapeuten. Bei der PMFT erweitert sich das Feld auf mehrere Therapeuten und die ganze Familie, die das aktuelle Thema mit bestimmen. So ist die Therapie in ihrer Zielorientierung nur bedingt plan- und vorhersagbar. Der Therapeutin ist die Prozessplanung vorbehalten und nicht die inhaltliche. Diese Therapieformen sollten also eine „Anregung zur eigendynamischen Ordnungsbildung“ (KRUSE 1995), eine „Anleitung zur Selbststeuerung“ (WILLKE, 1994) bzw. eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ (LUDEWIG 1992) sein. Diagnostik sollte bei BALGO ein „Erkunden von vorhandenen Stärken und Fähigkeiten des Kindes“ (BALGO 1998, 246) sein. In Bezug auf die PMFT wird die Definition der Therapieform ausgeweitet auf das Erkunden der vorhandenen Stärken und Fähigkeiten der ganzen Familie sowie der einzelnen Familienmitglieder. „Therapie heißt die Schaffung von Rahmenbedingungen, in denen sich das Kind [und die Familie; U. L.-R.] seinen [und ihren] Möglichkeiten und Wünschen entsprechend verändern kann“ (BALGO 1998, 246). Interessanterweise beschreibt BALGO die Situation des Therapeuten zum Klienten/Kind so, dass dieser das Kind in seinem Veränderungsvorgang nicht behindern soll, sondern diesen möglich machen und fördern soll. Das hatte ich für selbstverständlich gehalten. Der Therapeut wird seiner Meinung nach also durch das systemisch-konstruktivistische Konzept von Psychomotorik gebremst und weniger angeleitet. BALGO meint, der Therapeut solle „eher Handlungen [...] unterlassen, als sie [...] tun, d. h. eher Handlungen [...] ermöglichen, als sie [...] bewirken“ (BALGO 1998, 247). Er ist kein „Macher“ mehr, der für seinen Klienten das Beste weiß, sondern lässt den Klienten selber nach bestimmten Maßstäben mit gestalten. „Eine sich an systemisch-konstruktivistischen Haltungen orientierende psychomotorische Praxis versteht sich als ein bewegungsdialogischer, kommunikativer Prozeß zwischen autonomen, voneinander unabhängigen, gleichberechtigten Menschen (Kind/Helfer). Hierbei stellt der Therapeut seine Erfahrungen, sein Können und sein Wissen zur Verfügung, um in einer partnerschaftlichen, dialogischen Kooperation das Kind beim Auffinden und Ausprobieren von Alternativen zu unterstützen. Dabei unternimmt er aktive Schritte zur strukturellen Koppelung mit dem Kind, das er aber

lediglich zu perturbieren, anzuregen, zu verstören bzw. zu irritieren vermag“ (BALGO 1998, 247). Durch das gemeinsame Interagieren werden Vereinbarungen für gemeinsames Handeln getroffen.

Der Dialog gilt als wesentliche Methode, um aus der Unwissbarkeit der Orientierung nicht-trivialer Systeme herauszukommen. Dem Therapeuten werden die beiden Hauptaspekte der Herstellung von Erstmaligkeit und Bestätigung zugeteilt. „Dabei geht es gerade um soviel Bestätigung des Kindes in seinen Eigenstrukturen und Respekt vor der Wahrung seiner Integrität, wie dies für seine Selbstsicherheit und eine vertrauensvolle Kooperation nötig ist. In einem solchen Freiraum für den Austausch zwischen zwei oder mehreren Menschen, in dem die individuelle Integrität beider oder aller gesichert ist, kann durch das Angebot von Erstmaligem, Unterschiedlichem, Verstörendem, Unerwartetem eine neue Art von Veränderung und der Mut, Neues auszuprobieren, entstehen. Systemisch-konstruktivistisch orientierte Psychomotorik sollte sich deshalb nicht an einem kausalen Bekämpfen von ‚Defiziten‘ des Kindes, sondern an der Bekräftigung seiner ‚Profizite‘ ausrichten, um das nötige Selbstvertrauen darin zu stärken, Risiken einzugehen“ (BALGO 1998, 247–248). Es sollten in einer positiven Atmosphäre dem Kind durch flexible, ökonomische und konstruktive Intervention Unterschiede aufgezeigt werden. Das Kind soll sich dabei positiv sehen.

„In systemisch-konstruktivistischem Verständnis soll die psychomotorische Therapie die erwünschte Veränderung von Unterscheidungen in dem oder durch den Bereich von Bewegung und Wahrnehmung ermöglichen“ (BALGO 1998, 248). Dies wird durch das Intervenieren in verschiedenen Systemen ermöglicht, indem diese verstört werden. Unterscheidungen können z.B. durch das Wiederholen von Verhalten auf verschiedene Weise aufgezeigt werden. Durch die veränderte Verhaltensweise auf Grund von Perturbationen findet das Erreichen neuer Unterscheidungen statt. „Umwelt Ereignisse wirken als Störungen, sie passen nicht zu dem bislang gebrauchten Unterscheidungsschemata, es müssen alte Unterscheidungen aufgehoben werden und neue vollzogen werden. Umwelt Ereignisse, die nicht als Störung wirken, führen zu keiner strukturellen Veränderung des Systems“ (SIMON 1992c). Nicht nur der explizite Inhalt der Intervention ist relevant, sondern dessen Form natürlich auch. Diese Form wird durch die impliziten Regeln aufgestellt. Das beinhaltet die zwischenmenschlichen Beziehungsbotschaften, die Menschenbilder und die moralischen und ethischen Vorstellungen der Therapeutin. Eine Rolle spielt sicher auch, wie der Einstieg in die konkreten Interaktionen vollzogen wird. „Gerade die meisten Formen direkter Informationsvermittlung sind zum Scheitern dadurch verurteilt, daß bei den durch sie verursachten Störungen lediglich gelernt wird, wie sich diese neutralisieren lassen (vgl. SIMON 1992c)“ (BALGO 1998, 248). Von jedem einzelnen Kind ist es abhängig und also nicht verallgemeinerbar, welche „Unterschiede, die einen Unterschied ausmachen“ verstören. So können z.B. durch das Treffen von Unterscheidungen im affektlogischen Bereich bei dem einen Veränderungen im Bereich der Bewegung/Wahrnehmung ausgelöst werden und bei einem anderen nicht. Unangemessene Störungen können sich im strukturdetermi-

niert operierenden System, das seine autopoietische Organisation aufrechtzuerhalten sucht, auch verschließen. Jede Störung wird durch die strukturdeterminierten Reaktionen des Systems bestimmt. Nur eine komplementäre therapeutische Intervention kann bei der individuellen Verhaltenskohärenz etwas erreichen. „Das eigene Verhalten hat bestimmte Reaktionen zur Folge, eine unmittelbare Kontrolle des Verhaltens des Gegenübers ist nicht gegeben, also muß das eigene Verhalten geändert werden, will man andere Reaktionen hervorrufen. Verhalten und Entwicklung des Gegenüber wird immer auch miterzeugt durch die eigene Verhaltensweise und erfährt dort allerdings auch Grenzen, d.h. umgekehrt: Sollen spezifische Entwicklungen angeregt werden, muß das eigene Verhalten variiert werden, bis die gewünschte Reaktion auftaucht [...] und gefestigt werden kann“ (DRINK 1989, 236). Sinnvoll ist ein psychomotorischer Bewegungsdialog, bei dem wirklich die Ideen des Kindes deutlich werden und angemessen reagiert wird. Hier entsteht kein linearer Ablauf, sondern ein spiralförmiger, der verdeutlichen soll, dass durch Vorschlag und Gegenvorschlag etwas Neues entsteht. Die Therapeutin muss dabei sehr sensibel auf die Anzeichen des Kindes und in der PMFT auf die der Familie achten, ob die Ideen zu ungewöhnlich sind. Es ist wichtig, auch Gegenvorschläge der Kinder oder anderer Familienmitglieder zuzulassen. Ob sich die Familie oder das Kind öffnet oder verschließt, hängt viel auch von dem Handeln und der Kommunikation der Therapeutin ab. „Erst in einem Freiraum für den gegenseitigen Austausch, in dem diese Integrität beider Dialogpartner gesichert ist, entsteht die Möglichkeit für eine neue Art der Veränderung, die umso besser gelingt, je geringer die Änderungsintentionen des Therapeuten sind“ (BALGO 1998, 252). Die systemisch-konstruktivistisch orientierte Psychomotorik soll eine „Spielbeziehung“ zwischen Therapeut und Kind beinhalten, wobei zwar Verstörung stattfindet, aber nur in der Weise, dass die Integrität und Autonomie des Kindes erhalten bleibt. „Biologisch verlangt die normale gesunde Entwicklung eines Kindes ein Leben in Liebe, ein Leben in gegenseitiger Annahme, [...] ohne Erwartungen, die die Zukunft betreffen. Gleichzeitig verlangt die normale gesunde Entwicklung eines Kindes ein Leben im Spiel, das heißt, ein Leben erfüllt von Handlungen, die um ihrer selbst willen vollzogen werden, ohne irgendein Ziel oder einen Zweck, der über den reinen Vollzug hinausgeht. [...] Aus all dem, was wir gesagt haben, folgt, daß Spiel als eine zwischenmenschliche Beziehung sich nur in Liebe ereignen kann, und daß eine zwischenmenschliche Beziehung, die sich in Liebe ereignet, notwendigerweise als Spiel gelebt wird“ (MATURANA/VERDEN-ZÖLLER 1993, 153). So ist die Konzentration im Spiel bei der Tätigkeit und nicht bei den Ergebnissen bzw. dem Ziel. Für die kindliche Entwicklung sind Liebe und Spiel sehr zentral, um ein individuelles und soziales Bewusstsein, Selbstrespekt und Selbstannahme zu entwickeln. Durch das Mitspielen des Therapeuten kommt er dem Kind emotional näher. Für das Kind stehen der Spaß am Tun und die eigenen Erfahrungen im Vordergrund. Die grundlegenden Merkmale des Spiels bleiben, egal wie die Struktur genau gestaltet wird. „Die konkrete Gestaltung der Struktur des Spiels hingegen, die sich in Abhängigkeit von dem jeweiligen Kind entwickelt, ermöglicht diesem wiederum das Sammeln spezifischer

Erfahrungen“ (BALGO 1998, 252–253). Im Spiel hat das Kind die Möglichkeit, andere Wirklichkeitskonstruktionen auszuprobieren und seinen Aktionsrahmen auszuweiten. Für die systemisch-konstruktivistische Praxis wird von BALGO (1998, 253) in Anlehnung an CACHEY und THIEL (vgl. 1996, 349) folgende paradox anmutende Forderung aufgestellt: „Wer angemessen intervenieren möchte, der sollte einen Kontext schaffen, der primär selbstbestimmend ist: das Spiel. Wer seinem Gegenüber dabei helfen möchte, sich zu verändern, der braucht eine zwischenmenschliche Beziehung zu ihm, die sich in der Emotion ereignet, die möglich macht, ihn so zu akzeptieren wie er ist: der Liebe.“

4.2 Grundlagen systemischer Theorie (Systemtheorien)

Im Gegensatz zu den tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und humanistischen Ansätzen grenzen sich die Systemtheorien dadurch ab, dass sie „ihren Schwerpunkt auf die Veränderung [...] von narrativen Strukturen legen, d.h. auf Geschichten, Deutungen und Wirklichkeitsinterpretationen“ (KRIZ, J. 2001, 219). Mit der Entwicklung des systemischen Ansatzes ging eine veränderte Weltansicht einher, insbesondere bezogen auf die theoretischen Erklärungsmuster, auf zulässige Fragestellungen, auf gängige Methoden und Epistemologien oder Methodologien (vgl. KRIZ, J. 2001, 219).

Ein systemischer Kernbegriff ist die Zirkularität. Darunter wird verstanden, dass „Dinge“ (konkreter und abstrakter Art) nicht isoliert in der Welt vorkommen, sondern in Beziehung zu anderen ‚Dingen‘, und dass diese Beziehungen oft als wechselseitige Wirkbeziehungen verstanden werden müssen. [...] Diese ‚Dinge‘ und die zwischen ihnen bestehenden Wirkbeziehungen begründen dann ein ‚System‘ [...]“ (KRIZ, J. 2001, 220). So findet eine Rückkopplung statt, wie es in der Mathematik und Physik titulierte wird, was bedeutet, dass jede Einwirkung auf ein „Ding“ über die anderen „Dinge“ wieder auf das eine „Ding“ zurückkommt.

„Noch bedeutsamer als die oft nicht angemessen reduzierbare Vernetzung solcher eher externer Aspekte ist die Interdependenz unterschiedlicher (realer und vermuteter) Perspektiven und der mit ihnen verbundenen Interpretationen, die einer Situation überhaupt erst eine bestimmte Bedeutung (oder ein Bedeutungsgeflecht) geben.“ Dies wird besonders bei der typischen systemtherapeutischen Technik, dem „zirkulären Fragen“, deutlich. „Es geht dabei nicht darum, den einen Aspekt, nämlich den interaktiven, in der Kommunikation gegen den anderen, nämlich den persönlich-ausdrucksamen, völlig auszuspielen“ (KRIZ, J. 2001, 221). Beide Aspekte sind relevant. Es soll also nicht eine Ursache im Netz des Wirkungsgefüges herausgefunden werden, die es so meist auch nicht gibt, sondern es geht darum, „durch neue Perspektiven allzu eingeengte oder festgefahrene Deutungs- und Handlungsmuster zu bereichern und zu ‚verflüssigen‘“ (KRIZ, J. 2001, 222). Das System, das sich ständig weiter entfaltet, kann dabei nur Möglichkeiten entwickeln, „die mit den Gegebenheiten der Systemumgebung verträglich sind.“ (KRIZ, J. 2001, 222). Genau das

versteht J. KRIZ (2001) unter Evolution. Er spricht in dem Zusammenhang auch von Koevolution. Darunter versteht er den Bezug der Evolution der „Unter“-Systeme zueinander. Dabei darf der Unterschied zwischen statischen Systemen und dynamischen, die in „Bewegung“ bleiben, nicht vergessen werden.

Unter „Veränderung“ wird in diesem Zusammenhang die Veränderung der Struktur des Prozesses verstanden. Bedenkenswert erscheint mir auch die Bemerkung von J. KRIZ (2002, 223), dass es Sprachbarrieren gegen das systemische Konzept gibt und man immer wieder leicht in das Vokabular der Ursache-Wirkungs-Modelle gerät durch die Sprachstruktur unserer Kultur des „standard average European“. „Prozesse, noch dazu vernetzte, sind überaus holprig und umständlich ausdrückbar“ (KRIZ, J. 2001, 223).

4.2.1 Systemische Konzepte

Zentrale systemische Konzepte sollen nun kurz vorgestellt werden. Relevanter Kern der interdisziplinären Systemforschung ist das Aufstellen von Strukturen wie Regeln und Ordnungen. Dabei wird geschaut, wie stabil diese sind. Der Begriff *System* wird in verschiedenen Zusammenhängen und Theorien sehr unterschiedlich definiert (siehe Kapitel 2). Hier soll darunter „ein von seiner Umgebung (kognitiv) abgegrenztes Variablennetz“ verstanden werden, „wobei sich die Dynamiken der Variablen wechselseitig beeinflussen“ (KRIZ, J. 2001, 228). Unter *Chaos* wird hier ein überaus verzweigtes System charakterisiert. *Ordnung* dagegen besteht in der Reduktion von Komplexität, d.h. der Freiheitsgrade, mit denen das System beschrieben wird.

Dynamische Systeme sind vor allem durch die Zirkularität zur *Selbstorganisation* ihrer Strukturen fähig. Selbstorganisation bedeutet, dass neue Ordnungen aufgrund der *inhärenten* wechselseitigen Beziehungen der Variablen entstehen und nicht durch externe Variablen der Systemumgebung. Ein Beispiel aus der Naturwissenschaft ist die *Bernard-Instabilität*. „Eine von unten erhitzte Flüssigkeit gleicht die Temperaturunterschiede zur (gekühlten) Oberfläche durch Konvektionsströmungen aus. Bei kontinuierlicher Erhöhung dieser Temperaturdifferenz geschieht ab einem kritischen Wert plötzlich ein qualitativer Sprung: Eine makroskopisch geordnete Bewegung setzt ein, wobei große Bewegungsrollen entstehen, an denen jeweils Myriaden von Molekülen kooperativ beteiligt sind. Diese geordnete Rollenbewegung nimmt oft komplizierte Formen an – z.B. die Form eines Bienenwabenmusters“ (KRIZ, J. 2001, 227). Eine kontinuierliche Änderung undifferenzierter Randbedingungen führt in einem diskontinuierlichen Sprung zu einer hoch differenzierten Struktur. Bei weiteren Umgebungsänderungen können *Phasenübergänge* auftreten. Phasenübergang meint den Übergang zwischen einer bereits emergent gewordenen Struktur über ein Phase der Instabilität in eine neue, veränderte Struktur der Systemdynamik. Die neue Ordnungsbildung, bei der der Ausgangszustand nicht das Chaos ist wie bei der Emergenz, bezeichnet man als eine emergierte Ordnung. *Emergenz* ist die (selbstorganisierte) Entstehung von makroskopischen Strukturen in der Dynamik von vergleichsweise mikro-

skopischen Systemelementen. Die Struktur und die kognitiv erfassbare Ordnung des Systems ändern sich. Ein *Attraktor*, eine (dynamische) stabile Ordnung, wird verlassen, und es wird zur nächsten gewechselt. Manchmal gibt es auch die „Wahlfreiheit“, verschiedene Attraktoren aufzusuchen. *Emergenz* lässt sich im Gegensatz zum *Phasenübergang* abgrenzen durch die selbst organisierte Strukturbildung aus dem Chaos heraus, „bei der sich Gesamt-Dynamiken aus Myriaden mikroskopischen Teil-Dynamiken zu einem (multi-dimensionalen) Attraktor stabilisieren, der durch wenige (makroskopische) Aspekte oder Variablen beschreibbar ist und somit kognitiv als Ordnung erfasst wird“ (KRIZ, J. 2001, 229). Ein *Attraktor* ist, noch genauer beschrieben, eine Struktur (auch: Muster, Regel oder Ordnung), auf die hin sich eine Systemdynamik entwickelt und zumindest über einen gewissen Zeitraum, während unveränderter Randbedingungen, dann stabil bleibt bzw. sich gegenüber mäßigen Störungen wieder durchsetzt.

Die Veränderung der Umgebungsbedingungen steht in keinem linearen Verhältnis zu den Veränderung des Systems, so dass gesagt werden kann: „Je nach Systemzustand [...] können große Umgebungsveränderungen ggf. überhaupt nichts bewirken, während andererseits minimalste Einflüsse große Veränderungen auslösen können – d.h. die ‚klassische‘ Regel, dass große Wirkungen auf große Ursachen zurückgehen, gilt für solche Systeme also nicht“ (KRIZ, J. 2001, 228).

Das Prinzip der Selbstorganisation taucht in den verschiedensten Disziplinen auf. Die Ordnungsprozesse lassen sich trotz der vielen verschiedenen Phänomenbereiche mathematisch beschreiben. Ein Beispiel dafür ist die ‚Synergetik‘, die ‚Lehre vom Zusammenwirken‘ von HAKEN (1978, 1981). Die Synergetik ist besonders für die genaue Formulierung und Modellierung von Selbstorganisations-Dynamiken in Familien relevant. Gegenstand der Synergetik sind Systeme, die aus sehr vielen Komponenten oder Subsystemen bestehen. Dabei wird insbesondere das Zusammenwirken oder kooperative Verhalten im Sinne der Selbstorganisation analysiert.

Ein relevanter Begriff in diesem Zusammenhang ist die *Musterbildung*. Bei der Musterbildung emergieren aus Teilen des Systems Muster, auch Ordnungsparameter genannt. Ordnungsparameter beschreiben die Struktur auf makroskopischer Ebene. Ein Ordner ist ein kollektiver Zustand der Systemkomponenten. Diese Ordnungsparameter haben sich in Konkurrenz zu den weniger erfolgreichen Strukturalternativen, die wieder verschwinden, durchgesetzt und *versklaven* das ganze System gemäß dieser dynamischen Struktur. Bei der Mustererkennung werden aufgrund einiger Merkmale diese Ordnungsparameter gebildet, die dann ebenfalls in der weiteren Dynamik und gegebenenfalls in Konkurrenz zu Alternativen das Gesamtmuster komplettieren. Das Versklavungsprinzip bedeutet, dass langlebige, langsame veränderliche Größen kurzlebige, schnell veränderliche Größen versklaven. Die langlebigen Größen werden auch als Ordnungsparameter bezeichnet. Im Vordergrund der Synergetik steht die Vorstellung, dass es sich bei den Ordnern um

kollektive Zustände handelt. Die kurzlebigen Größen werden auch als *versklavte Variablen* bezeichnet.

Ein weiterer wichtiger Begriff in der Systemtheorie ist die *Autopoiese*. Es gibt zwei *Autopoiese*-Begriffe, die unterschieden werden müssen. Maturana und Varela haben diesen Begriff benutzt, um „die Funktion der lebenden Zelle zu beschreiben – insbesondere deren Abgrenzung [...] und die operativ-autonome Selbstproduktion der Bestandteile [...] mittels dieser Bestandteile“ (Kriz, J. 2001, 229), während Luhmann (1984) darunter die Konzeption „sozialer Systeme“ versteht. Der „Gesellschaft, als System aller Kommunikationen, [werden die, ...; U. L.-R.] beiden Systemen ‚Leben‘ (als Gesamtheit aller biologischen Vorgänge) und ‚Bewusstsein‘ (als Gesamtheit aller intrapsychischen kognitiven Vorgänge) gegenüber[ge]stellt“ (Kriz, J. 2001, 230). Ein wichtiger Gedanke Luhmanns ist, dass „Bewusstseinsprozesse und Kommunikationsprozesse sich wechselseitig einen Kapazitätsüberschuss zur Verfügung stellen“ (Kriz, J. 2001, 231).

Maturana, Varela und Uribe (1982, 158) definieren autopoietische Organisationen „durch ein Netzwerk der Produktion von Bestandteilen, die 1. rekursiv an demselben Netzwerk der Produktion von Bestandteilen mitwirken, das auch diese Bestandteile produziert, und die 2. das Netzwerk der Produktion als eine Einheit in dem Raum verwirklichen, in dem die Bestandteile sich befinden.“

Die erkenntnistheoretische Konzeption Maturanas, mit der der *radikale Konstruktivismus* verbreitet wurde, der als einen Aspekt des Autopoiese-Konzept enthält, wird in ihren Kernthesen von Ludewig (1992, 59) (vgl. Kriz, J. 2001, 230) wie folgt beschrieben:

- „Menschliches Erkennen ist ein biologisches Phänomen und nicht durch die Objekte der Außenwelt, sondern durch die Struktur des Organismus determiniert.
- Menschen haben ein operational und funktional geschlossenes Nervensystem, das nicht zwischen internen und externen Auslösern differenziert; daher sind Wahrnehmung und Illusion, innerer und äußerer Reiz im Prinzip ununterscheidbar.
- Menschliche Erkenntnis resultiert aus ‚privaten‘ Erfahrungen, ist als Leistung des Organismus grundsätzlich subjektgebunden und damit unübertragbar.
- Der Gehalt kommunizierender Erkenntnisse richtet sich nach der biologischen Struktur des Adressaten“ (Ludewig 1992, 59).

Förster (1988) hat mit dem Konzept der „trivialen“ und „nicht-trivialen“ Maschine eine relevante Differenzierung aufgestellt. Bei der trivialen Maschine werden „Eingangszustände (‚Reize‘) über eine einfache Wirkungsfunktion Ausgangszuständen (‚Reaktionen‘) zugeordnet [...], d.h. [dass; U. L.-R.] das ‚Funktionieren‘ dieser Maschine relativ einfach erschlossen werden kann“ (Kriz, J. 2001, 231). Bei der Einführung einer Zustandsfunktion, die „in Abhängigkeit von den Reizen auch die Wirkungsfunktion selbst ändert“, erhält

man eine „nicht-triviale“ Maschine: „Auch wenn die Funktionen ganz einfach und deterministisch sind, lässt sich zeigen, dass bereits für ganz einfache Reize und wenige Reaktionsmöglichkeiten faktisch keine Vorhersagen mehr möglich sind“, da die Anzahl der Möglichkeiten drastisch wächst.

PRIGOGINE hat eine weitere Theorie der Selbstorganisation entwickelt, bei der „dissipativen Strukturen“ eine wesentliche Rolle spielen (PRIGOGINE/STENGERS 1988), die besagt, dass aus Chaos ohne thermodynamisches Gleichgewicht durch Selbstorganisation Strukturen entstehen können. Es können Reaktionen gezeigt werden, die eine raumzeitliche Struktur von kohärentem rhythmischem Reaktionsverhalten aufzeigen (vgl. KRIZ, J. 2001, 232).

Nun können auch in der Humanwissenschaft Vorgänge als selbst organisierte Dynamiken verstanden werden. Die spezifische Paar- oder Familiendynamik findet zwischen den Menschen statt und organisiert sich selbst und bestimmt ihre Regeln. Es gibt eine Kongruenz von wesentlichen Prinzipien der Humanistischen Psychologie mit den sechs Kernprinzipien moderner, naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie, die METZGER sehr schön verdeutlicht (vgl. KRIZ, J. 1998; 2001, 234):

W. Metzgers „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“	Kernprinzipien interdisziplinärer Systemtheorie
1. Nicht-Beliebigkeit der Form	
Man kann Lebendigem „auf die Dauer nichts gegen seine Natur aufzwingen“, man „kann nur zur Entfaltung bringen, was schon in dem ‚Material‘ selbst an Möglichkeiten angelegt ist.“	Man kann einem System nicht jede beliebige Form aufzwingen, sondern nur dem System inhärente Organisationsformen fördern.
2. Gestaltung aus inneren Kräften	
Die Kräfte und Antriebe, die die angestrebte Form verwirklichen, haben wesentlich in dem betreuten Wesen selbst ihren Ursprung.	Die entscheidenden Größen der Ordnung – sog. „Ordnungsparameter“ – haben wesentlich ihren Ursprung im System selbst
3. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten	
Das lebende Wesen kann nicht beliebig auf seine Pflegen warten . . . Es hat vor allem seine eigenen fruchtbaren Zeiten und Augenblicke für Veränderung.	Systeme haben eine „Geschichte“ – relativ zu dieser bewirken „dieselben“ Interventionen mal fast nichts, in anderen Phasen qualitative Sprünge
4. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit	
Prozesse des Wachsens, Reifens, Überstehens einer Krankheit usw. haben offenbar ihnen jeweils eigentümliche Ablaufgeschwindigkeiten . . .	Phasenübergänge – das, was von außen als wesentliche und qualitative Änderung der Struktur-Dynamik wahrgenommen wird – haben system-inhärente („eigentümliche“) Verläufe

5. Die Duldung von Umwegen	
man muss überall Umwege in Kauf nehmen	Die Entwicklungswege müssen respektiert werden (z. B. kann der Weg durch Bifurkationen nicht „abgekürzt“ werden)
6. Die Wechselseitigkeit des Geschehens	
„Das Geschehen . . . ist wechselseitig. Es ist im ausgeprägten Fall ein Umgang mit „Partnern des Lebens“ . . .	Systeme sind nicht nur durch wechselseitige Verknüpfung der „Elemente“/Teildynamiken ausgezeichnet, sondern auch die Trennung System/Umwelt ist rein analytisch-formal – (jede Separierung und Ausschluss holistischer Wechselwirkungen ist eine (ggf. notwendige) Vereinfachung.

Abb. 6: Kernprinzipien interdisziplinärer Systemtheorie (aus KRIZ, J. 2001, 234)

Systemische Psychotherapie nutzt vor allem die Phänomenebenen der Kommunikation. Die Menschen erstellen und verfestigen darüber ihre Wirklichkeitskonstruktion. Dabei gibt es eine Vernetzung mit den unterschiedlichen Handlungen und den persönlichen und gemeinschaftlichen Werten sowie den damit verbundenen Gefühlen. Diese Dynamik ist auch noch mit den somatischen und vegetativen Vorgängen verknüpft.

Durch die neue Interpretation von Krankheit, bei der sich der Blick mehr vom Individuum auf die Familie richtet, wird der Stellenwert mehr auf die Systeminteraktionen gelegt, und die sozialen Interaktionen werden zergliedert. Es wird deutlich, dass durch Änderung von Interaktionsstrukturen bei Individuen die Symptome verschwinden können. Die im Familiensystem verbundenen Symptome sind nämlich auch nichts anderes als kommunikative Handlungen, daher werden „übliche“ (wie Fragen, Antworten, Weinen) und „symptomatische“ kommunikative Handlungen (wie Nicht-Essen) genauso entsprechend den Strukturen des Familiensystems ständig neu erzeugt und stabilisieren damit ihrerseits wieder die Strukturen des Familiensystems (und damit auch die „Symptome“) (vgl. KRIZ, J. 2001, 235). Dabei darf aber der Mensch als Individuum mit seinen Bedürfnissen, Wahrnehmungen und seinem Selbstaussdruck in sozialen Beziehungen nicht vergessen werden. Nicht alles ist sozial interaktiv, sondern es gibt auch Umgebungsbedingungen wie biologische und chemische Prozesse und deren Eigendynamiken, die auf das Handlungssystem einwirken. Die Interaktion eines Menschen kann also z. B. durch ein geschädigtes neuronales System mit bedingt sein.

Die *Personenzentrierte Systemtheorie* von J. KRIZ (1992; 1999) reagiert auf diese Einseitigkeit, „im Rahmen der System- und Familientherapie klinisch-therapeutische Prozesse fast ausschließlich als kommunikative Muster zu beschreiben [...]. Es geht im Kern darum, der Tatsache besser Rechnung zu tragen, dass der Mensch als soziales Wesen seine Identität immer schon und immer nur in sozialen Prozessen gewinnen und aufrecht erhalten kann und andererseits jede Interaktion stets ‚durch das Nadelöhr persönlicher Verstehensprozesse und Sinndeutungen‘ gehen muss. Kommunikativ-interaktionelle Muster sind somit

wesentlich von den Mustern dieser Sinndeutungen mitbestimmt“ (KRIZ, J. 2001, 236). Stieß diese Ansicht vor zehn Jahren nur auf Kritik, leuchtet sie heute doch viel mehr Wissenschaftlern ein. Systemische Therapeuten und Therapeutinnen haben sich wieder wachgerufen, dass „Sinndeutungen, verwoben zu Geschichten, die Realität der Lebenswelt herstellen – und dass der Therapeut in die Geschichten und ihre Veränderungen eingewoben ist“ (KRIZ, J. 2001, 237). Es wird also nicht mehr nur eine distanzierte Intervention durchgeführt, sondern eine gemeinsame Konversation geführt. Statt Kompetenz zur inhaltlichen Analyse eines Problems brauchen der Therapeut und die Therapeutin die Fähigkeit, Veränderungen zu initiieren und zu begleiten. Es sollten Geschichten, „die neue Perspektiven, Ideen, Sicht- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen“ (KRIZ, J. 2001, 237) aufgezeigt werden. Das „Selbst“ wird in diesem Ansatz als zentraler Punkt verstanden, den es zu entwickeln und zu entfalten gilt. J. KRIZ meint, dass die Sehnsucht des Menschen, dem „Ich“ in seiner Selbstreferenz sowie in seinen Entwürfen von Zukunft und Erzählungen der Vergangenheit einen hinreichenden kontinuierlichen Wesenskern zuordnen zu können, auch in dieser Zeit und unserer Kultur weiterhin eine starke Kraft sei.

„Postmoderne und narrative Philosophie betonen somit, dass die Grenzen der narrativen Strukturen und Erzählungen auch die Grenzen unserer Fähigkeiten zum Verstehen und Erklären festlegen. Unsere Lebenswelt ist demnach wesentlich von Beschreibungen bestimmt – und diese Beschreibungen können aus unterschiedlichen Wahrnehmungs- und (Er-)Lebensperspektiven sehr unterschiedlich sein. Es kann nicht darum gehen, welche Beschreibung die einzig richtige ist, sondern darum, die anderen in ihren Beschreibungen, den damit verbundenen Lebensperspektiven und den dahinter stehenden Standpunkten zu würdigen und zu verstehen“ (KRIZ, J. 2001, 237).

Relevant erscheint also nicht, welches Element zu welchem System gehört, sondern von welcher Erkenntnisperspektive das betreffende Subjekt ausgeht, es ist also abhängig vom Erkenntnis- und Erklärungsinteresse. „Systemische Betrachtungsweise impliziert somit nicht selbstverständlich, die ‚Familie‘ als System ‚für x‘ zu wählen und dabei ‚Interaktion‘ als Betrachtungsebene der Vernetzungen zu verwenden [...]“ (KRIZ, J. 2001, 238). (Es muss also Beachtung finden, dass die System-Hierarchie-Idee einen nicht wieder zu einem monokausalen, linearen Denken verführt.) Sinn ergibt es schon, die Kommunikation als Verbindung zwischen Therapeut und Klient zu nutzen und im Fall der PMFT die Körpersprache und den Inhalt des Spiels der Kinder mit einzubeziehen. Die Therapeutin kann sich dabei in das System begeben und versuchen, auf diesen beschriebenen Ebenen neue Interaktionsdynamiken zu erreichen.

Nun sind lebende Systeme nach LUDEWIG (1992) nicht gezielt zu verändern, sondern sie können nur durch Störeinflüsse aktuelle Strukturformen in Gang bringen, die sich dann autonom neu organisieren.

Unter dem systemischen Blickwinkel wird nicht mehr ein Individuum als krank bezeichnet, sondern es wird von dem „Indexpatienten“ gesprochen, der Person, die in der Familie

(zunächst!) die meisten und auffälligsten Symptome hat. Ein sinnvolles Reframing erscheint mir die Formulierung, dass „die Symptome einer ‚Krankheit‘ gleichzeitig als ‚Leistung‘ des Menschen verstanden werden können, unter den gegebenen Bedingungen den Lebenskampf bestanden zu haben“ (KRIZ, J. 2001, 239). Es wird in der Systemtheorie auch nicht von einem „kranken“ System geredet. Es sollte Beachtung finden, dass „das, was unter einer bestimmten Perspektive als ‚Krankheit‘ erscheint, gleichzeitig unter einer anderen als die ‚Fähigkeit‘ des Systems gesehen werden kann (und der Personen darin), sich unter den Bedingungen zu arrangieren bzw. sich an den Kontext zu adaptieren“ (KRIZ, J. 2001, 240). Oft entstehen bei der Besserung der Symptome bei dem einen Familienmitglied dieselben oder andere Symptome bei einem anderen Familienmitglied (siehe Anhang II: Familie B, bei der die Indexpatientin ihre Symptome verlor und die kleine Schwester dann erst richtig ihre Symptome entwickelte).

Einen Aspekt möchte ich noch erwähnen: Mittlerweile ist es nicht mehr zwingend, dass bei der Systemtherapie alle zum System gehörenden Personen anwesend sein müssen. Nicht durch die faktische Anwesenheit der (Familien-)Mitglieder wird das System bestimmt, sondern durch die *Interaktionsdynamiken*, und diese durch die *Erwartungs-Erwartungen*. „Wer von den am Problem wesentlich Beteiligten es ermöglichen kann, Interesse an Veränderungen hat und meint, zur Lösung beitragen zu können, sollte dabei sein – ansonsten ist er eben auch so anwesend: nämlich in den Köpfen der gekommenen“ (KRIZ, J. 2001, 240). Auch mit einzelnen Personen kann systemisch gearbeitet werden.

4.3 Mehr-Ebenen-Konzepte

4.3.1 Das Mehr-Ebenen-Konzept zur Therapie von Jürgen KRIZ¹

Das Therapiekonzept von Jürgen KRIZ ist m. E. bedeutsam für die Erstellung des neuen Settings der PMFT, da es aufzeigt, wie der Name des Konzeptes schon verdeutlicht, dass die verschiedenen Ebenen der Therapien verbindbar sind bzw. sie z. T. ineinander fließen oder nebeneinander stehen können. Diese Auffassung trifft sich zudem mit dem systemischen Gedanken.

J. KRIZ geht davon aus, dass man verschiedene Theorien nebeneinander stehen lassen kann. Die pauschale Abqualifizierung anderer Ansätze zugunsten eigener hält er für unsinnig. Es ist m. E. vor allem wichtig, die passende Diagnostik und Therapie für das passende Kind und die jeweilige Klientel zu finden. Nicht alles kann in jeder Theorie Berücksichtigung finden. Mit dem jeweiligen Ansatz wird von einer bestimmten Perspektive aus in ein „überaus komplex verwobenes Netz eingegriffen und damit [... werden auch; U. L.-R.] sehr viele ‚Dinge‘, die man nicht im Auge hat, mitbewegt [...]“ (KRIZ, J. 1991, 301).

¹siehe LICHER-RÜSCHEN 1998

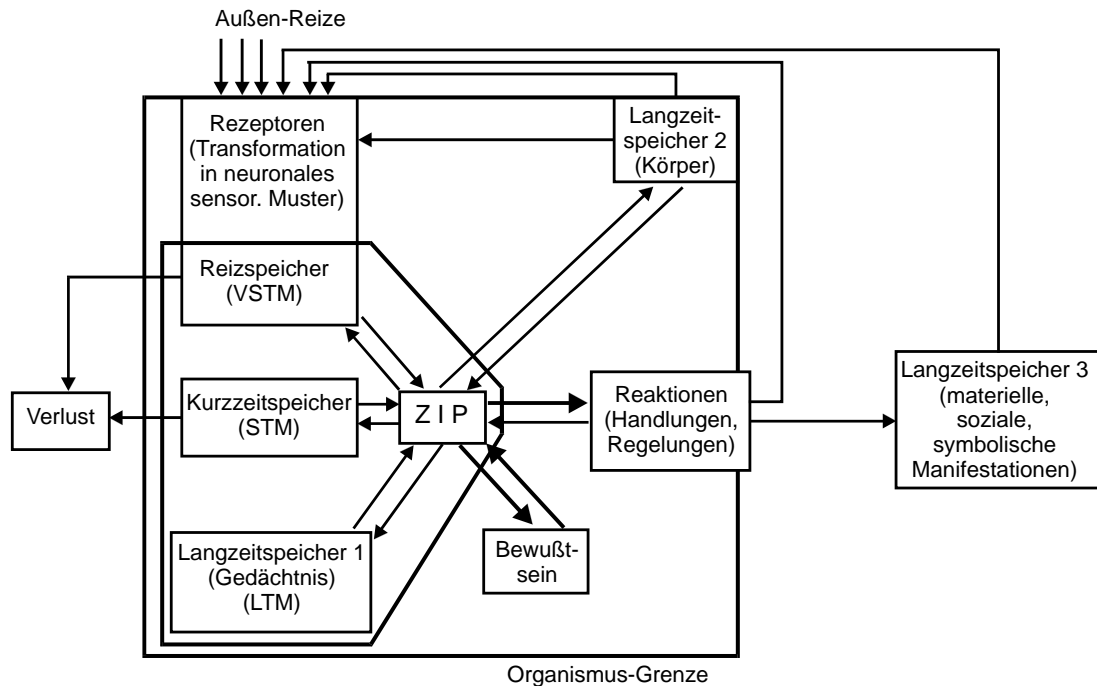


Abb.7: Das Informationsverarbeitungsmodell von Jürgen KRIZ (aus J. KRIZ 1991, 303)

Manchmal ist allerdings ein Perspektivenwechsel sehr hilfreich. Das „Ganze“ ist ein komplexes Netzwerk aus Wechselwirkungen, und es gibt eine Vielzahl von „Faktoren auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen“ (KRIZ, J. 1991, 301).

Ein pragmatisches Modell dient laut J. KRIZ nur dem „Zwecke der Verständigung und der Einordnung bestimmter Phänomene im Zusammenhang [...] mit [...] einer entsprechenden Terminologie“ (KRIZ, J. 1991, 303). Das Informationsverarbeitungsmodell mit seiner analytischen Zergliederung in VSTM (very-short-term-memory), STM (short-term-memory) und LTM (long-term-memory) kann dazu dienen, den Transformationsprozess näher zu erläutern (vgl. Abb. 7).

„Prozesse des VSTM halten die inneren und äußeren Reize als transformierte sensorische Muster für ca. 0,25 Sekunden für den ZIP [Zentralnervöser Informationsverarbeitungsprozess; U. L.-R.] verfügbar.“ Man nimmt an, „das sogenannte ‚Jetzt‘ hänge in seinem Zeitumfang eng mit dem Erinnerungsvermögen des STM zusammen (etwa 10–20 sek.). Dies ist grob jene Zeitspanne, die unsere bewußte Aufmerksamkeit wahrgenommene Informationen behalten kann, ohne daß diese Inhalte erneut wahrgenommen oder erinnert werden müssen. ‚Erinnern‘ meint dabei, daß der ZIP auf Gedächtnisinhalte zugreift, die [...] dem LTM zugeordnet werden. [...] Das ZIP verarbeitet in der Regel [...] Informationen aus allen Sinnesmodalitäten und dem LTM“ (KRIZ, J. 1991, 304). Der Zugriff auf die Informationen und auch deren spezifische Verarbeitung erfolgen aktiv und selektiv. In Form von ‚Handlungen‘ wird ein Teil des Verarbeitungsergebnisses für Beobachter erfassbar. Ein anderer Teil ist das reflexive Bewußtsein. Nur ein Teil der verarbeiteten Information im ZIP ist diesem zugänglich, ein anderer, der unbewusst bleibt, moderiert dennoch die Steuerung weiterer Zugriffs- und Verarbeitungsprozesse.

Wie stark die Wahrnehmung etwa des Blickes unbewusst gesteuert ist, wird deutlich im Zusammenhang mit der Wahrnehmungsabwehr. Reizkonfigurationen, die aus irgendeinem Grund problematisch sind, werden bevorzugt nicht bewusst wahrgenommen.² „Sie müssen aber, damit diese Selektion erfolgen kann, zumindest im VSTM gewesen und vom ZIP einer Verarbeitung unterzogen worden sein.“ Andererseits, so schreibt J. KRIZ, können durch unterschwellige, z.B. tachistoskopische Darbietungen von Informationen bestimmte Bedürfnisse und Emotionen beeinflusst werden. Alle diese Ergebnisse belegen J. KRIZs zentrale Aussage: „Auch was vom ZIP nicht bewußt wird, kann für das, was im Bewußtsein ist, wie Wahrnehmungen verarbeitet werden und welche Handlungen folgen, einen entscheidenden Beitrag leisten“ (KRIZ, J. 1991, 305). Die Informationen, auf die das ZIP zurückgreift, scheinen viel langlebiger als die einzelnen Wahrnehmungen, Gedanken oder Handlungen zu sein.

Es gibt drei Speichersysteme. Unter Speicher wird in diesem Zusammenhang ein langsam ablaufender Prozess verstanden. Das erste System ist der kognitive Langzeitspeicher „Gedächtnis“ (LTM). J. KRIZ schreibt, dass dieser LTM-Speicher nicht nur sprachliche Informationen einschließt, sondern auch Bilder, Klänge, Erinnerungen an Gefühle etc. Es handelt sich nicht nur um einen Speicher, der Kognitionen aufbewahrt, sondern alle Perceptionen speichern kann.

Ein „innerer Dialog“ stabilisiert die Wirklichkeit. Er muss nicht unbedingt verbal vollzogen werden. Dieses innere Selbstgespräch bedeutet nichts anderes, als „daß der ZIP und der Bewußtseinsprozeß ständig an bestimmte Elemente (Informationen) aus dem LTM gekoppelt sind, was die Verarbeitung in bestimmter Weise beeinflusst (besonders auch die Gedanken) und den Zugriff zu assoziativen Inhalten bestimmt, die ihrerseits dann eine gleiche Wirkung haben“ (KRIZ, J. 1991, 305). Die Basis des LTM ist das ZNS und ist unmittelbar mit dem ZIP gekoppelt.

Bei den zwei anderen Speichersystemen sind ihre „Informationen über die Rezeptoren und das VSTM mit dem ZIP verbunden“ (KRIZ, J. 1991, 306). Die internen Langzeitspeicher, schreibt J. KRIZ (1991, 306), enthalten Informationen in Form von *Körperparametern* (Muskelverspannungen, Körperhaltungen, Blutwerten etc.). Aus dieser Sichtweise lässt sich ein Bezug zum psychomotorischen Gedankengut herstellen. Die psychischen Erfahrungen, z.B. Gefühlserinnerungen, zeigen und manifestieren sich im Bewegungsverhalten. Die externen Speicher enthalten Informationen in Form von materiellen, sozialen und symbolischen Manifestationen.

Der Körper ist mit seinen Körperhaltungen also unter anderem „ein Speicher für Erfahrungen“. REICH und LOWEN wählen hier den Begriff „Muskelpanzer“ (vgl. auch FELDENKRAIS 1978; KRIZ 1991; LOWEN 1985). Wenn ein Kind seine Gefühle wie Trauer,

² Im Weiteren nach KRIZ, J. 1991, 301–313.

Schmerz, Verzweiflung unterdrückt, spannt es dabei bestimmte Muskeln z. B. im Bereich der Brust an, die auch mit der Atmung zusammenhängen. Sofern dies oft geschieht, werden diese Muskeln stärker ausgebildet und chronisch angespannt. Die Reduzierung und Abflachung der Atemtätigkeit dient dem Kind dazu, die Kontrolle über zu heftige Gefühlsausbrüche zu gewinnen. Eine bestimmte Abwehr- bzw. Bewältigungsstrategie wird körperlich in Form bestimmter (über-)trainierter Muskelgruppen manifestiert. Diese Muskelverspannung sorgt wiederum für die Kontinuität dieser Erlebens-/Verhaltensaspekte. Die z. T. lange zurückliegende Erfahrung, in den Körperparametern „abgebildet“, beeinflusst der ZIP im „Jetzt“ größtenteils unbewusst. Auch andere frühere Lebensweisen und Problembewältigungsstrategien beeinflussen das Körpersystem.

„Die Reize, die über Exterozeptoren und das VSTM dem ZIP als Information zur Verfügung stehen, sind größtenteils vom Menschen als Sinnträger erschaffen. [...] Die Reize, die dabei als Wahrnehmung vom Individuum aufgenommen werden, und der Ausdruck des Individuums, der dabei als Handlung sichtbar wird, sind letztlich Botschaften von uns selbst und anderen an uns selbst und andere“ (KRIZ, J. 1991, 308). Dabei spielt die Familie als „Reizgeber“ eine wichtige Rolle. Sie gibt z. T. auch unmittelbare propriozeptive und sensible Reize wie Körperkontakt.

„Im ZIP sind die *drei beschriebenen Prozesse – die neuronalen (Gedächtnis), die internen (Körper) und die externen (materielle, soziale und symbolische Manifestation) – miteinander gekoppelt*“ (KRIZ, J. 1991, 309). Jeder diagnostische und therapeutische Eingriff erfasst bewusst einerseits nur einen oder wenige Aspekte der angedeuteten Zusammenhänge, ruft aber auch Veränderungen an anderen vernetzten Stellen als der lokalen Eingriffsstelle hervor. Angeborene Fähigkeiten werden weiter strukturiert. Das Zugriffs- und Verarbeitungsprinzip des ZIP wird weiter differenziert und die drei Systemprozesse werden modifiziert.

Sehr bemerkenswert erscheint mir der Gedanke von J. KRIZ, dass das Hier und Jetzt weitgehend nicht erlebt wird, weil hier und jetzt ständig Vergangenes erinnert und Zukünftiges vorgestellt wird. Dadurch ist das gesamte Erleben so von diesen Raum- und Zeitprojektionen ausgefüllt, dass vieles, was *von den Sinnen* hier und jetzt aufgenommen wird, gar nicht ins Bewusstsein gelangt (z.B. Körpergefühle, Gerüche). Viele Erlebensphänomene, wie z.B. Angst, sind offenbar auf solche Zeitprojektionen zu beziehen (vgl. J. KRIZ 1991, 302).

In diesen oben genannten Prozessen finden weitere Differenzierungen der Information statt. Es entwickeln sich das reflexive Bewusstsein, bestimmte Körperhaltungen, Kommunikationsgewohnheiten und besonders auch grundlegende Prinzipien, Reize zu verarbeiten, bestimmte Wahrnehmungsmodalitäten zu bevorzugen, auf Gedächtnisinhalte zurückzugreifen. Der ZIP konstituiert bei der Verarbeitung „Sinnstrukturen“.

Interessant im Rahmen dieser Arbeit ist die Feststellung, dass Muskelreaktionen ggf. von Gefühlen, Angstreaktionen etc. zu bestimmten Körpermanifestationen führen. Vielleicht könnten diese „typischen Manifestationen“, wie z. B. bei W. REICH angenommen, auch verstehbar werden.

Der ZIP findet „in den drei Speichersystemen Informationen und Reize vor, die im Zusammenhang stehen, und verarbeitet diese Informationen entsprechend den spezifisch ausdifferenzierten Sinnstrukturen. [...] Die Pathologie-Entwicklung bedeutet somit grundsätzlich eine spezifische chronische Strukturierung des Transformationsprozesses von ‚Wahrnehmungen‘ in ‚Handlungen‘ – d.h. letztlich eine Beschränkung des Möglichen-spektrums des Organismus bei der Verarbeitung“ (KRIZ, J. 1991, 311). Wenn z.B. der Ausdruck, der beim Kind sehr stark unter Beteiligung der Muskulatur erfolgt, bei intensiven Eindrücken ständig zurückgehalten werden muss, entstehen chronische Spannungen und letztendlich „Muskelpanzer“. Andererseits kann der Versuch gestartet werden, „schon den korrespondierenden Eindrücken zu entgehen, d.h. seinen Wahrnehmungsraum einzuschränken“ (KRIZ, J. 1991, 311–312), z.B. durch Reduktion des physischen und sozialen Bewegungsraumes, durch Sinnesänderungen problematischer Wahrnehmungen, durch eine starke Trennung von ZIP und Bewusstsein.

Die Vernetzung typischer Aussagen, der Syntax, Stimmführung, des Auftretens, der Körperhaltung und anderer Aspekte des Selbsterlebens hat SATIR in Form der Kommunikationsmuster beschrieben (vgl. KRIZ, J. 1991, 312) (siehe Abb. 8).

„Jede Modifikation, gleich auf welcher Ebene interveniert wird, [muß] letztlich Veränderungen im Gesamtwerk bewirken, wenn sie erfolgreich sein soll – d.h. Veränderungen auch auf den Ebenen, die explizit nicht vom jeweiligen Therapiekonzept thematisiert werden. Da auf jeder Ebene [...] die systemische Rückkoppelung von spezifischen Prozessen mit dem ZIP einer Veränderung entgegenwirkt – ‚Körperpanzer‘, kognitive Sätze, Sinnstrukturen und Bezugssysteme, Transaktionsmuster, Familienkoalitionen etc. –, besteht die Gefahr, daß eine Therapie um so leichter scheitern kann, je weniger Aspekte dieses Netzwerkes berücksichtigt werden“ (KRIZ 1991, 313).

1. Beschwichtigen



2. Anklagen



3. Rationalisieren



4. Ablenken



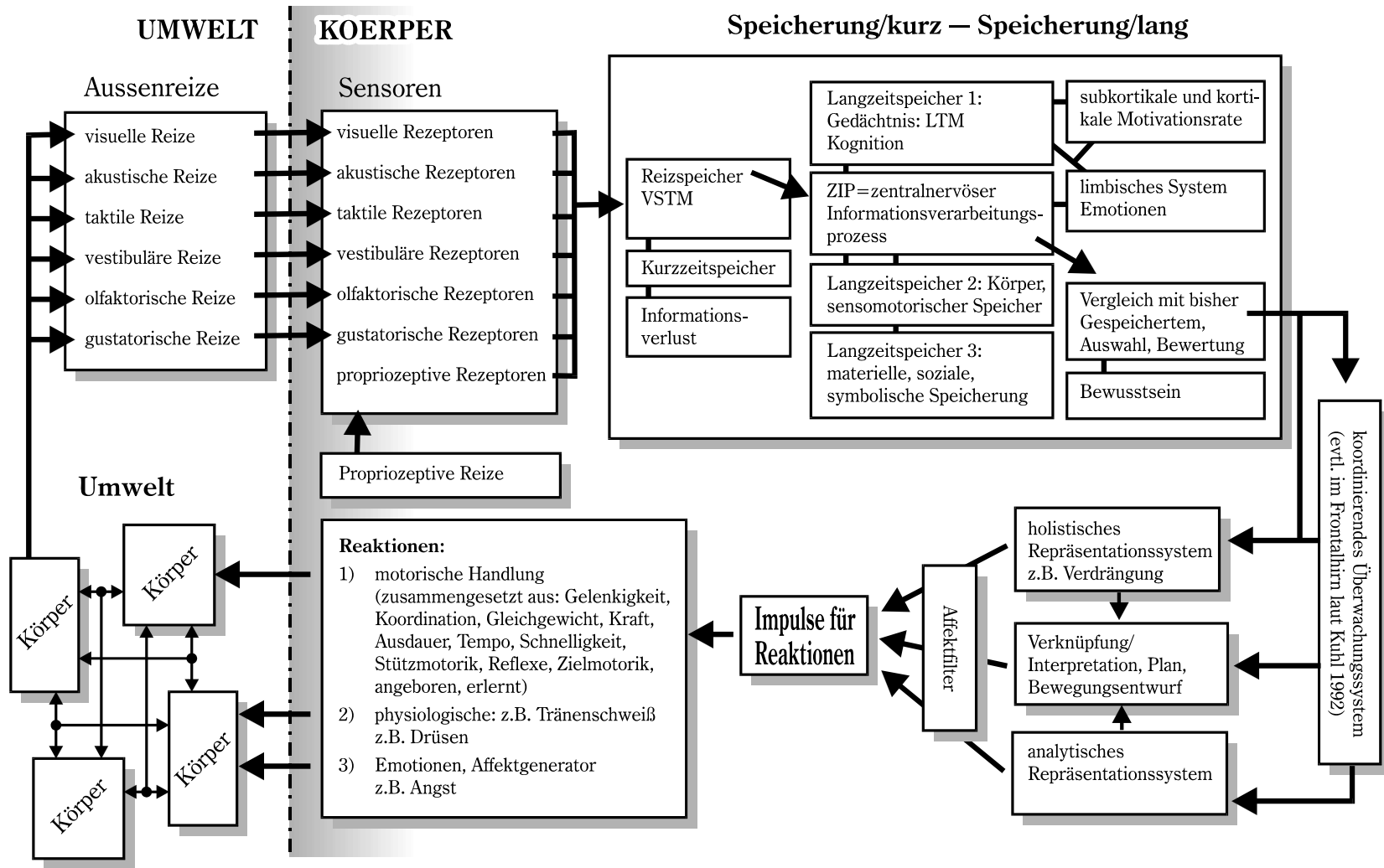
Abb. 8: SATIRS Kommunikationsmuster (aus KRIZ, J. 1991, 298–299)

Diese entsprechende Einschätzung hat auch eine verbesserte Durchführung des neuen Therapiesettings auf verschiedenen Ebenen ermöglichen sollen.

Wichtig ist auch, „wie Veränderungen von Systemzuständen (z. B. ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘) sowie die Beziehungen zwischen unterschiedlichen Systemebenen (z.B. körperliche, kognitive und kommunikative Prozesse) modelliert und erklärt werden können [...]“ (KRIZ, J. 1993).

Entwurf des psycho-senso-motorisch-systemischen Modells der Verfasserin

Abb. 9: Rohmodell eines „psycho-senso-motorisch-systemischen“ Modells der Verfasserin (abgewandelt aus LICHER-RÜSCHEN 1998)



4.3.2 Umriss eines neuen „psycho-senso-motorisch-systemischen“ Modells

Im Folgenden wird eine Idee des Entwurfes eines neuen Modelles dargestellt. Es ist entstanden aus eigenen Vorstellungen sowie Anleihen aus den Modellen von ZIMMER (1996), KRIZ, J. (1991) und KUHL (1992). Die Modelle von KUHL, das analytische und/oder holistische Repräsentationssystem betreffend, werden hier aufgegriffen, ohne dass im Vorfeld eine theoretische Herleitung erfolgt. Die Darlegung der sehr komplexen Theorie würde den Rahmen dieser Dissertation sprengen. Weiter werden die Ideen von ANDERSEN (1998) (siehe Abb. 10, 11 und 12), SCHULZ VON THUN (1990, 2001) und das Generic Model von ORLINSKY und HOWARD (1986; Übersetzung in LICHER, C. 2003, 33) skizzenhaft dargestellt bzw. auf die Situation zugeschnitten verändert. Zudem wird das „psycho-senso-motorische“ Modell von LICHER-RÜSCHEN (1998) aufgegriffen, um daraus die systemischen Vorstellungen weiterzuentwickeln.

Hier sollten die Umriss für ein „psycho-senso-motorisch-systemisches“ Modell (Abb. 9) aufgezeigt werden; die Erstellung eines endgültigen Modellentwurfs würde eine ausführliche Auseinandersetzung mit KUHL (1992) und den anderen genannten Autoren erfordern, die im Rahmen dieser Arbeit zu umfangreich wäre, aber in einem zukünftigen Projekt folgen sollte.

Wenn Reize aus der Umwelt, die verschiedenster Art sein können, oder Körpersignale aus dem eigenen Körper (Tiefensensibilität) eine Person erreichen, reagieren die Rezeptoren darauf. Die aufgenommenen Potenziale der Rezeptoren werden weitergeleitet und in die Reiz-, Kurz- und dann Langzeitspeicher aufgenommen. Es gibt mehrere Langzeitspeicher (LZP): den LZP 1, der Gedächtnis und Kognitionen vereint, den LZP 2, der die sensomotorischen Elemente speichert, also auf den Körper bezogen ist, z. B. in der motorischen und sensorischen Kortex in den Assoziationsfeldern, sowie den LZP 3. Dieser bezieht sich auf die materiellen, sozialen und symbolischen Manifestationen. Alle stehen in Wechselwirkung mit dem ZIP, aber auch mit den subkortikalen und kortikalen Motivationsarealen. Ohne Motivation kommt es zu keiner bzw. geringer Reaktion, außer in Form von Eigenreflexen. Zusätzlich bestehen Wechselwirkungen mit dem limbischen System, das unter anderem die Emotionen beherbergt. Nur Teile der Informationen gelangen, gefiltert und beeinflusst, ins Bewusstsein. Alle Informationen werden verglichen mit bisher Gespeichertem, ausgewählt und vom koordinierten Überwachungssystem bewertet. Es findet entweder eine holistische oder eine analytische Repräsentation statt, die wiederum Auswirkungen auf die individuelle Interpretation der Dinge oder der Situation, auf den Bewegungs- oder Reaktionsentwurf bzw. auf das Reaktionsprogramm hat. Das Reaktionsprogramm wird durch einen Affektfilter noch einmal emotional beeinflusst. So werden Impulse für Reaktionen ausgelöst, die zugleich im motorischen, physiologischen und emotional/affektiven Bereich liegen können. Diese Reaktionen wirken sich wiederum auf die Umwelt aus, die erneut Reize für die Sinnesorgane, den Körper, erzeugen und an das Gehirn weiterleiten. Gleichzeitig besteht die Umwelt aus vielen verschiedenen einzelnen

Personen (hier: anderen Familienmitgliedern und dem Therapeutenteam), die wiederum jeder mit jedem diesen Kreislauf vollziehen, und so entsteht ein dichtes verflochtenes Netzwerk an Aussendungen und Reaktionen, die nur schwer einzuschätzen sind, da sie aus vielen verschiedenen Richtungen kommen.

Die einzelnen Körper- und Gehirnareale stehen räumlich und zeitlich in Wechselwirkung, summieren bzw. subtrahieren sich, ein Umstand, der sprachlich kaum auszudrücken ist. Genauso stehen die Personen, die Familienmitglieder und das Therapeutenteam, in räumlicher und zeitlicher Wechselwirkung. Daraus ergibt sich die Spezifik der gefilterten und vielfältig beeinflussten Reaktionen. Letztendlich stellen sich der Körper einer Person und sein Umfeld als ein großes verzweigtes Netz von Verbindungen auf vielen verschiedenen Ebenen dar, die in Wechselwirkung zueinander stehen (siehe Abb. 9 Umriss eines „psycho-senso-motorisch-systemischen“ Modells). Die Vernetztheit setzt sich also auch außerhalb der einzelnen Person fort.

TOM ANDERSEN (1996) beschreibt, die Wechselbeziehung zwischen Therapeut und Klient, wenn er interveniert hat, folgendermaßen: „Verbinden mit anderen: [...] Wenn ich ihn also beobachte, beobachtet er eigentlich mein Beobachten. Wir befinden uns beide in einer beobachtenden Position. Ich beobachte, ob es Anzeichen gibt, die darauf hinweisen, daß ich zu ungewöhnlich geworden bin. Dadurch, daß ich seine Reaktionen auf mein Beobachten beobachte, kann ich indirekt zum Beobachter meines eigenen Beobachtens werden. Er beobachtet, um zu bestimmen, wer ich bin, um herauszufinden, wie sehr er es wagen darf, sich an der Konversation zu beteiligen und dabei seine Integrität zu bewahren. Er fertigt ein Bild von mir an, ein bewegliches Bild, und er versieht dieses Bild mit einer Erklärung, die ihm sagt, was er von mir zu erwarten hat. [...] Eine einfache Zeichnung dieses Prozesses der gegenseitigen Anzeichen des Beobachtens mag zur Klärung der gerade angesprochenen Punkte dienen“ (ANDERSEN 1996, 37):

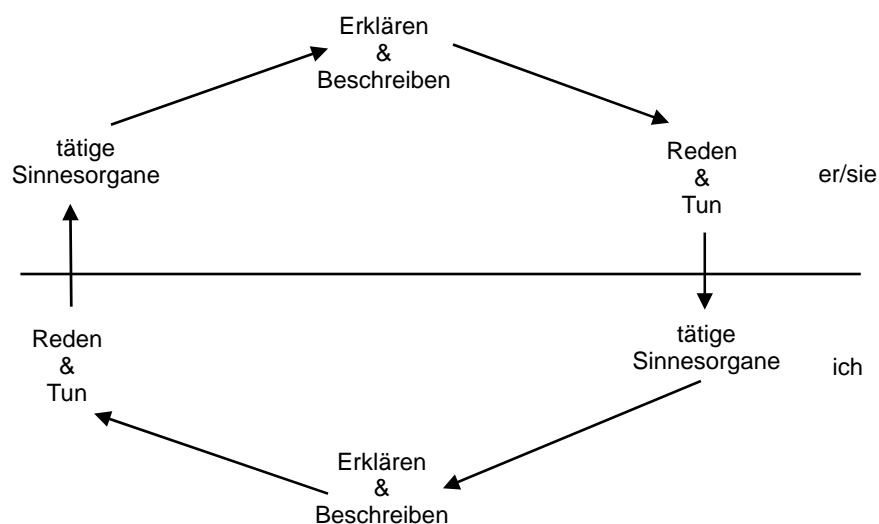


Abb. 10: (aus ANDERSEN 1996, 37)

Diese Beschreibung soll erweitert werden von einer auf zwei aufeinander einwirkende dialogische Prozesse. Von der Beschreibung eines zirkulären Dialoges soll es zu einem elliptischen kommen. Eine Beziehung aufzubauen umfasst Wahrnehmen, Erkennen und Handeln.

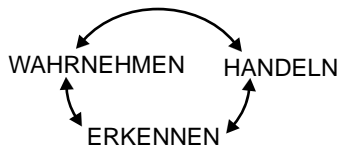


Abb. 11: (aus ANDERSEN 1996, 43)

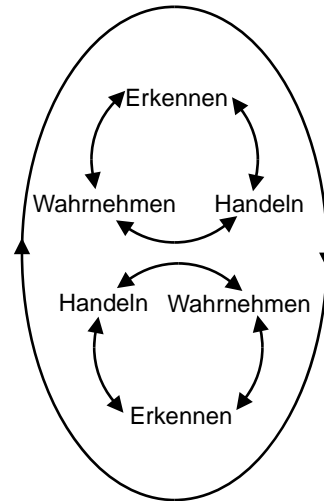


Abb.12: (aus ANDERSEN 1996, 43)

In der Abbildung 11 soll der ständige ‚innere‘ Prozess als Kreis verdeutlicht werden. „Der ‚innere‘ Prozeß dient der Bewahrung der Integrität des Individuums, aber auch als Basis für die Ausweitung der Akte des Wahrnehmens, Erkennens und Handelns. Notwendige Bedingung für die Ausweitung ist die Verbindung dieser ‚inneren‘ Prozesse mit den ablaufenden ‚äußeren‘ Austauschprozessen, die stattfinden, wenn man an einer Beziehung zu anderen teilhat“ (ANDERSEN 1996, 43). In der nächsten Abbildung (Abb. 12) soll verdeutlicht werden, wie zwei ‚innere‘ Prozesse und ein ‚äußerer‘ Prozess parallel ablaufen, wenn sich zwei Personen treffen. ANDERSEN nimmt an, dass drei parallel ablaufende Konversationen auftreten: „zwei ‚innere‘ Gespräche und ein ‚äußeres‘. Das ‚innere‘ Reden scheint mindestens zwei Zielen zu dienen: sich mit den ausgetauschten Ideen zu beschäftigen und mit der Teilnahme des Menschen am ‚äußeren‘ Gespräch. Ein Teil des ‚inneren‘ Gespräches handelt davon, was ein bedeutsamer Inhalt des ‚äußeren‘ Gespräches ist und **wie** dieses ‚äußere‘ Gespräch am besten ablaufen kann. Anscheinend spricht ein Mensch ständig mit sich selbst darüber, wie er sich durch eine Konversation anschließt, um neue und hilfreiche Perspektiven (Beschreibungen und Erklärungen) zu gewinnen, ohne daß die eigene Integrität verletzt wird“ (ANDERSEN 1996, 43).

Das ‚innere‘ Gespräch ist zweigeteilt in der Form, dass eine Person zweigeteilt ist, so dass der eine Teil aus dem ‚Ich‘ besteht und der andere Teil als ‚virtueller Anderer‘ beschrieben wird. Beide Teile haben verschiedene Perspektiven und nehmen darüber andere Positionen in dem Dialog ein.

SCHULZ VON THUN (2001) geht diesen Weg noch weiter, indem er nicht von einem inneren Gegenüber spricht, sondern von einem ganzen Team. Das möchte ich hier gern

aufgreifen. Die folgende Abbildung zeigt den Zusammenhang der Modelle „Teufelskreis“ und „Inneres Team“ von SCHULZ VON THUN (2001, 246). Die inneren Mitglieder werden durch das Verhalten des Gegenübers aktiviert bzw. blockiert (siehe Abb. 13)

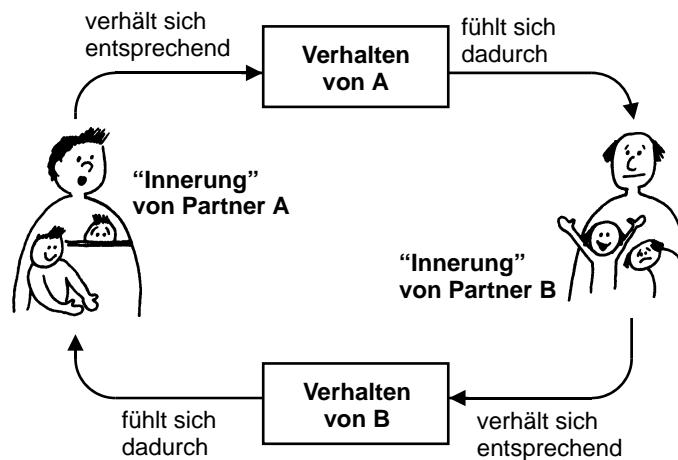


Abb. 13: Zusammenhang der Modelle „Teufelskreis“ und „Inneres Team“ (aus SCHULZ VON THUN 2001, 246)

Nun werden kurz die Kommunikationsstile zwischen Persönlichkeits- und Beziehungsdynamiken aufgezeigt.

Der *bedürftig-abhängige Stil*: „Ich bin schwach und hilflos – allein bin ich dem Leben nicht gewachsen!“ (SCHULZ VON THUN 1990, 62)

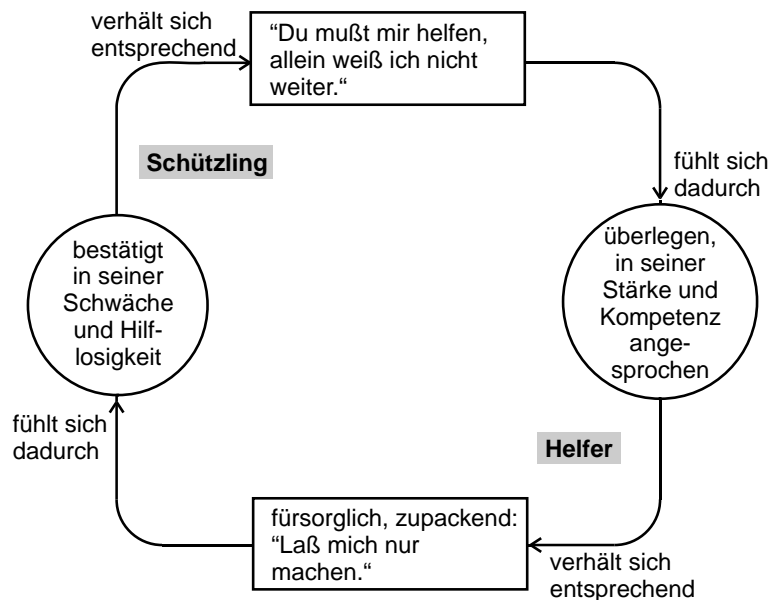


Abb. 14: (aus SCHULZ VON THUN 1990, 68)

Der *helfende Stil*: „Für mich ist es eine Katastrophe, schwach, ratlos, traurig, verzweifelt und bedürftig zu sein!“ (komplementär zum bedürftig-abhängigen Stil) (SCHULZ VON THUN 1990, 77)

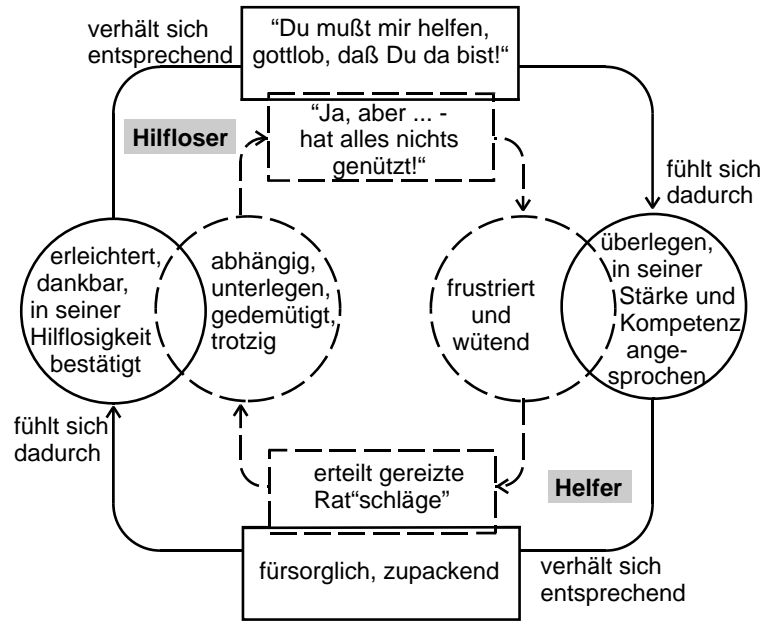


Abb.15: aus SCHULZ VON THUN 1990, 85

Der *selbst-lose Stil*: „Ich selbst bin unwichtig – nur im Einsatz für dich und für andere kann ich zu etwas nütze sein!“ (SCHULZ VON THUN 1990, 94)

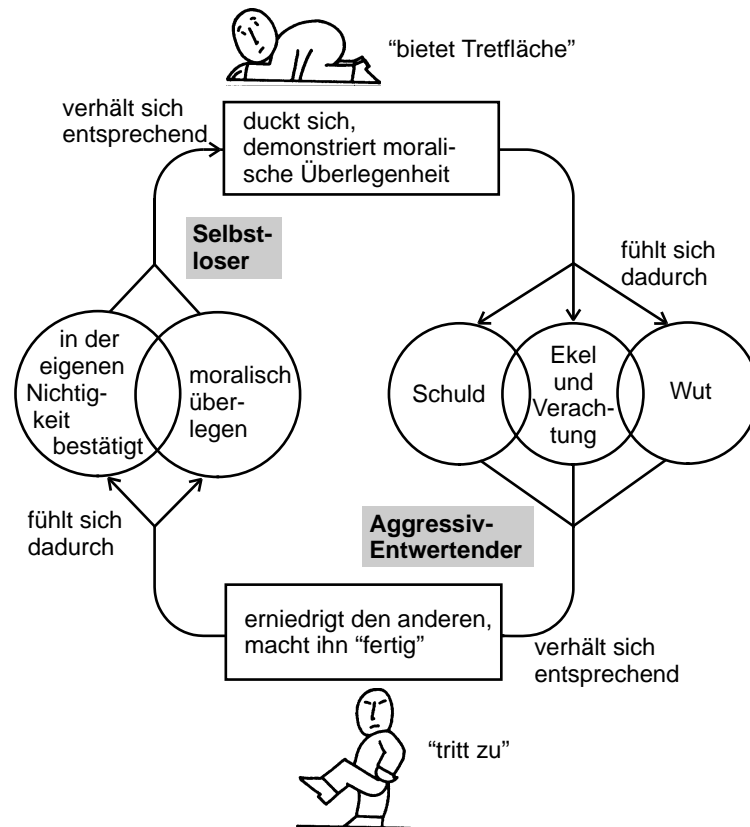


Abb. 16: aus SCHULZ VON THUN 1990, 102

Der *aggressiv-entwertende Stil*: „Ich bin nicht in Ordnung, mache erbärmlich alles falsch. Wehe, jemand merkt es! Dann werde ich untergebuttert und gnadenlos verachtet!“ (Komplementär zum selbstlosen Stil; SCHULZ VON THUN 1990, 118) (siehe Abb.17).

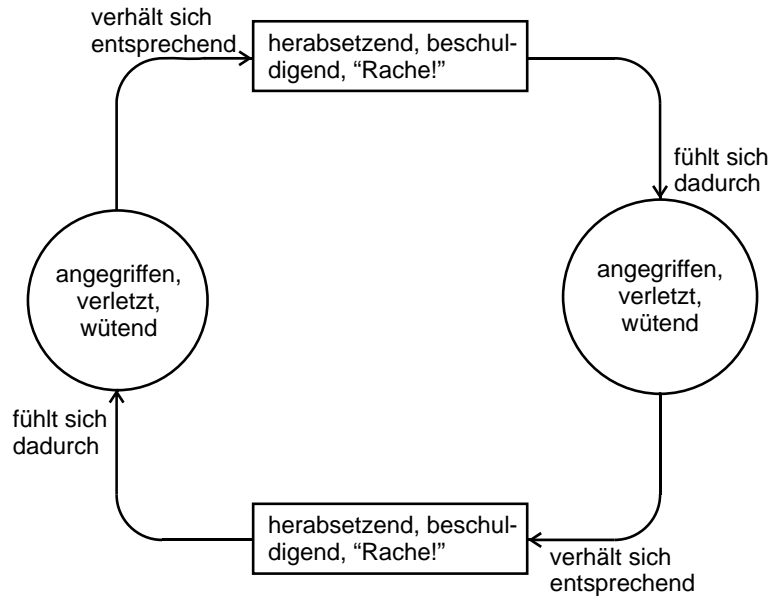


Abb. 17: (aus SCHULZ VON THUN 1990, 129)

Im Generic Model of Psychotherapy haben ORLINSK und HOWARD (1986; Übersetzung in LICHER, C. 2003, 33) aufgezeigt, welche vielfältigen Einflussfaktoren auf den Therapieprozess mit einwirken. Dabei unterteilen sie die Faktoren in Input-, Prozess- und Ergebniskomponenten. Dies wurde von LICHER-RÜSCHEN auf die Familientherapie-situation abgewandelt (siehe Abbildung 18).

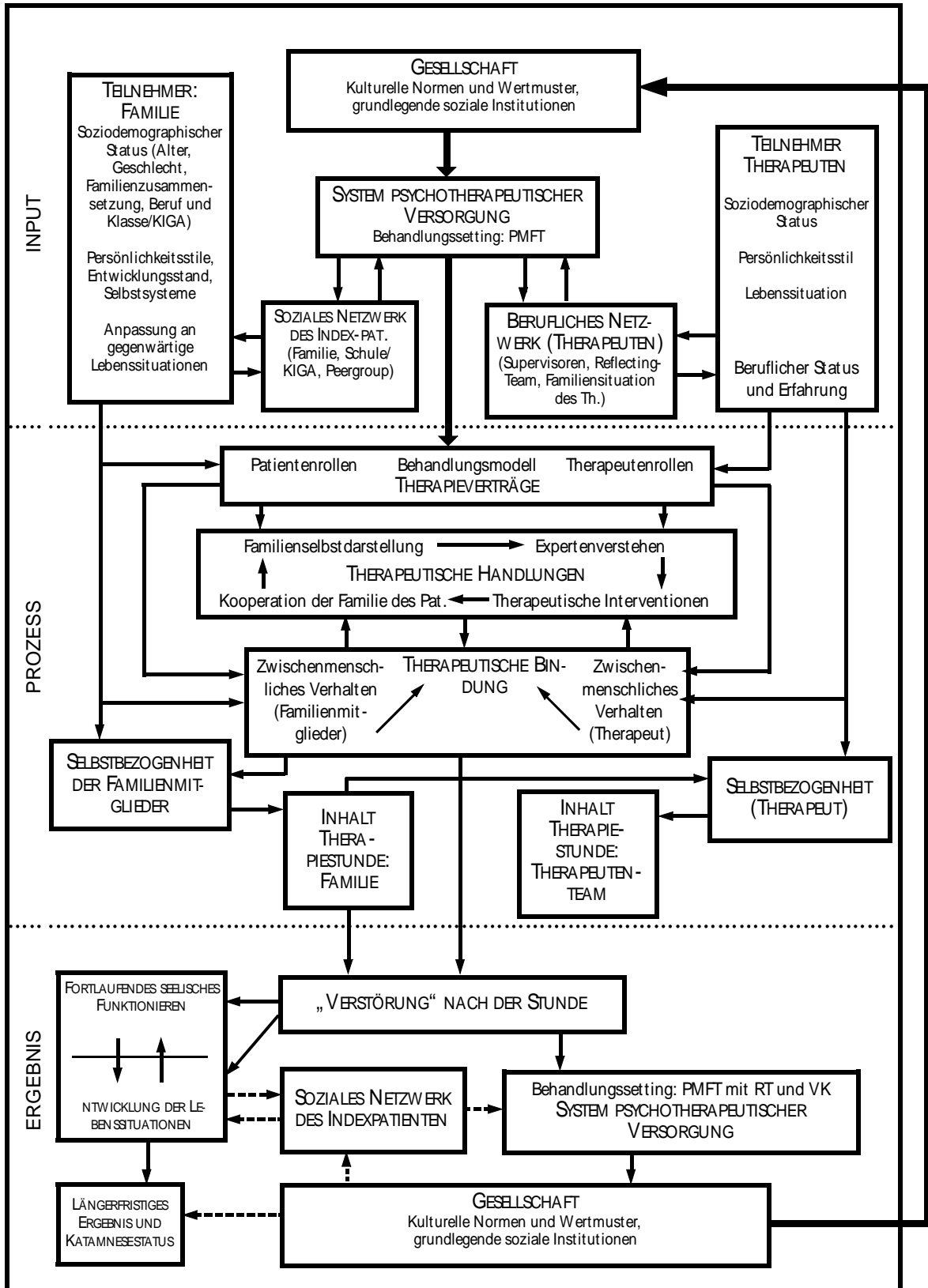


Abb. 18: Abgewandeltes Generic Model of Psychotherapy (aus ORLINSK und HOWARD 1986; Abbildung aus dem Engl. übersetzt in LICHER, C. 2003, 33)

5. Traditionelle „Krankheits“- und „Störungs“-Konzepte im Licht systemisch-konstruktivistischer und/oder psychomotorischer Positionen

„Die aus den unterschiedlichen Heilungszielen resultierenden Heilmethoden orientieren sich idealtypisch betrachtet am jeweiligen Verständnis menschlicher Interaktion bezüglich der heilenden Einwirkungsmöglichkeiten eines Menschen auf einen anderen, das die Haltung des Heilers zum Kranken widerspiegelt und die jeweilige Praxis des Heilens begründet, indem sie ihn entweder als autonomes oder heteronomes Wesen begreift“ (BALGO 1998, 221).

Die Unterscheidung zwischen krank und gesund wird durch traditionelle Beobachtungsmuster folgendermaßen beschrieben: Einmal wird der Heiler als überlegener Experte betrachtet aus dem Blick der Interventionskonzepte, die von der Heteronomie ausgehen; bei den unter dem Autonomiekonzept zugrunde liegenden Heilmethoden wird hingegen „das Heilen als Umgang zwischen gleichberechtigten, voneinander unabhängigen und autonomen Menschen, als Kooperation bzw. ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘“ (BALGO 1998, 221) angesehen. Hierbei wird der Kranke im Gegensatz zum anderen Konzept, bei dem über ihn bestimmt wird, mit bei der Planung von Heilmaßnahmen und Heilungszielen berücksichtigt. Dabei tut der Heiler das, was der Leidende nicht selbst sehen und tun kann. Die beobachtbaren Symptome werden gedeutet „[...] als Zeichen für andere, *nicht-beobachtbare* Ereignisse, Prozesse oder Zustände in einem anderen, nicht-transparenten Phänomenbereich, einer tatsächlichen oder vermuteten ‚Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit‘“ (SIMON 1995, 22). Sie bilden dabei definierte Merkmale der Unterscheidung zwischen krank/gesund ab. „Als Symptom werden nur solche Phänomene bezeichnet, denen der oder die Beobachter keine unmittelbaren, aus dem Kontext der Kommunikation ableitbaren Bedeutungen zuschreiben können“ (SIMON 1995, 23). Dieser nicht beobachtbare Anteil, „in dem sich die ‚Krankheit‘ als abweichende strukturelle oder funktionelle Veränderung verbirgt“ (BALGO 1998, 223), ist das Körperinnere, wobei in selteneren Fällen die menschliche Psyche als krankhaft definiert ist. Mittlerweile ist eine Verknüpfung von Symptomen mit pathologischen Strukturen möglich, seitdem in das Innere des Körpers geschaut werden kann. Letztendlich münden die Erklärungen für Krankheit in die Erklärungs-Verstehens-Kontroverse (siehe Kapitel 4.1.5). Bei der erklärenden Position wird die Konstruktion aus der außen stehenden, objektiven Beobachterposition erstellt und bei der verstehenden Position aus der Sinnhaftigkeit des „Fühlens, Denkens und Handelns des Symptomträgers durch die Einnahme einer ihm ähnlichen, subjektiven Innenperspektive“ (BALGO 1998, 223). Die Psychoanalyse greift hinter den nicht verstehbaren Symptomen „auf den nicht-beobachtbaren, der Selbstbeobachtung unzugänglichen Teil der unbewußten Psyche mit ihren Motiven und Zielen zurück und macht sie durch die Zuschreibung von

verborgenem Sinn wieder verstehbar. Die naturwissenschaftlich orientierten ätiologischen Konzepte, welche die generierenden Ursachen von Krankheiten durch das (Er-)Finden von ‚Übeltätern‘ in Form von Krankheitserregern oder Organdefekten (z.B. des Gehirns) im biologischen und nicht im kommunikativen Bereich erklären, führen hingegen die beobachtbaren, nicht-verstehbaren Symptome auf nicht direkt beobachtbare, aber erklärbare Ereignisse oder Prozesse zurück und entlasten somit den Kranken von Schuld bzw. moralischer Verurteilung“ (BALGO 1998, 224). Dem Therapeuten wird das Wissen zugeschrieben, die beobachtbaren Symptome bestimmten Funktionsmechanismen zuzuordnen, um dann die passende Intervention durchführen zu können.

Eine weitere Unterscheidung bei den traditionellen Beobachtungsmustern und Erklärungskonzepten ist die zwischen gestört/nicht gestört im Bereich Wahrnehmung und Bewegung. Geleitet sind die Konzepte von der Objektivität, also ausgehend von einer Existenz der Welt unabhängig vom Beobachter. Dabei wird davon ausgegangen, dass objektive Informationen über die Welt, die jeden umgibt, erfasst werden können. Es wird also davon ausgegangen, wenn jemand diese objektive Welt nicht erfassen kann, dass er oder sie eine Funktionsstörung hat. „Auch in der klassischen Psychiatrie, so WATZLAWICK (vgl. 1988, S. 48), wird das allgemein akzeptierte Kriterium der Wirklichkeitsanpassung als Gradmesser der geistigen Gesundheit oder Gestörtheit betrachtet“ (BALGO 1998, 225). Solch ein Phänomen der Funktionsstörung, basierend auf dem Objektivitätsparadigma, wird von VON FOERSTER als linear-kausales Input-Output-Denken und damit als das Konzept einer trivialen Maschine bezeichnet. Der Schluss wäre, falsche, gestörte Wahrnehmung führt zu falschen Reaktionen, während korrekte Wahrnehmung zu angemessenen richtigen Bewegungen führt. Dabei wird allerdings von außen von einem Fremdbeobachter geschaut, wie jemand wahrnimmt, und daraus hergeleitet, ob jemand richtig oder falsch wahrnimmt oder sich bewegt. Wahrnehmungsunterschiede gibt es in der Form, dass jemand etwas sieht oder wahrnimmt, was andere nicht sehen oder wahrnehmen, etwas anders sieht oder wahrnimmt oder etwas fehlt, was andere wahrnehmen. Bei diesen Menschen wird angegeben, dass sie eine ‚Störung‘ haben oder ‚krank‘ sind. „Da es nicht möglich ist, sich in die Wahrnehmungen eines anderen Menschen hineinzusetzen, werden von den beobachtbaren Bewegungen oder Verhaltensweisen Rückschlüsse auf diese gezogen. Abweichungen von durchschnittlich gezeigtem und von einem oder mehreren Beobachtern erwarteten Bewegungen oder Verhaltensweisen werden als Symptome für ‚Wahrnehmungs- und/oder Bewegungs- bzw. Verhaltensstörungen‘ bewertet. Das definierende Merkmal der Unterscheidung zwischen gestört/nicht gestört bilden hierbei die in einem bestimmten sozialen Kontext von den Erwartungen abweichenden, beobachtbaren und nicht-verstehbaren Bewegungen oder Verhaltensweisen sowie die aus ihnen abgeleiteten Wahrnehmungen“ (BALGO 1998, 226). Das gilt auch für Verhaltens- und Kommunikationsweisen und nicht nur für körperliches Verhalten. „Mehr noch als körperliche Erscheinungen werden Verhaltens- und Kommunikationsweisen gemäß der Leitunterscheidung verstehbar/nicht-verstehbar auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft. [...] Wer sich in der direkten

Interaktion nicht-verstehbar verhält, fällt aus der Kommunikation: Seine Äußerungen sind, da sie auf Beschreibungen, Bewertungen und Erklärungen beruhen, die nicht geteilt werden, nicht anschlussfähig, das heißt, die Kommunikation bricht ab“ (SIMON 1995, 31 f.).

Für kindliche Wahrnehmungsstörungen gibt es Annahmen wie Wahrnehmungsfilter-Verstopfung oder sensorische Integrationsstörungen oder z. B. minimale cerebrale Dysfunktionen als Ursache der Störung im biologischen Bereich. Damit ist auch die Therapie individuumszentriert ausgerichtet. Deshalb wurde bisher in der Psychomotorik formuliert, dass ein Kind Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen *hat*, als ob es diese besäße, oder dass es wahrnehmungs- und/oder bewegungsgestört *ist*, wie eine Eigenschaft. „In beiden Fällen bildet der Körper des Kindes die Grenze, durch den das ‚kranke‘, ‚gestörte‘ System definiert und gegenüber seiner Umwelt abgetrennt wird; derjenige, der ‚stört‘, wird zum ‚Gestörten‘. Dabei ist es stets der Beobachter, der gemäß seiner Kriterien ‚gestörte‘ von nicht-gestörten Prozessen und das ‚kranke‘ System von seinem Kontext unterscheidet. Eine solche individuumszentrierte Sichtweise von ‚Störungen‘ im Wahrnehmungs- und Bewegungsbereich übernimmt den für die Ebene der körperlichen Prozesse entwickelten Krankheitsbegriff des biomedizinischen Modells und überträgt diesen auf andere nicht-biologische Phänomenbereiche“ (BALGO 1998, 227).

SIMON (vgl. 1988, 124) schlägt vor, „die Symptome zuerst einmal auf den interaktionellen und sozialen Kontext zu beziehen, in dem sie sich zeigen, und sie erst dann, wenn auch eine andere Erklärung oder ein anderes Verstehen im Rahmen des Phänomenbereichs, in dem sie beobachtbar sind, nicht mehr möglich ist, auf biologische Faktoren zurückzuführen, insofern dies schlüssig und kohärent durchführbar ist. Da jedoch alle vier der beschriebenen operational geschlossenen Systeme strukturell miteinander gekoppelt sind und sich zirkulär verstören, ist m. E. für eine gleichzeitige Abklärung aller Systemebenen bezüglich ihres Anteils an der Symptombildung zu plädieren, [...]“ (BALGO 1998, 227). So wäre ein multiprofessionelles Team, wie es auch VOSS (vgl. LÜPKE/VOSS 1994, 120 ff.) vorschlägt, sinnvoll, um ein umfassenderes Bild vom Kind im sozialen Kontext zu bekommen.

KLAES und WALTHES (vgl. 1995, 237 ff.) haben die Beobachtung der Beobachtung einer „Störung“ angeregt. Dabei wird auf der Ebene von Beobachtung zweiter Ordnung gesprochen, worüber gerade z. B. von der Bewegungsstörung geredet wird. KLAES und WALTHES (1995, 243) erklären das vom Beobachter verwendete Erklärungsprinzip „Bewegungsstörung“ so, dass „[...] sein Unverständnis bzw. die Störung seiner Verständnisfähigkeit“ dadurch deutlich wird, es sei denn er findet eine andere Erklärung. „Unabhängig davon, ob die ‚Bewegungsstörung‘ selbst als ‚Primärbehinderung‘ oder als Konsequenz einer anderen ‚Behinderung‘ aufgefaßt wird, wird sie dennoch, da auch eine Behinderung immer noch als Eigenschaft einer Person verstanden wird, als unsinnige Abweichung vom Sinnvollem betrachtet.“

„Der wahrgenommene Unsinn steckt also in der Bewegung selbst, was bedeutet, daß eine gestörte Bewegung (eine Bewegungsstörung) sowohl zur Person als auch zur Umgebung der Person in keiner sinnmachenden Beziehung steht, also keinerlei Nutzen hat. Der Nutzen aufseiten des Beobachters, von einem bewegungsimmanenten Unsinn auszugehen, ist evident. Das Erklärungsprinzip ‚Bewegungsstörung‘ erlaubt ihm, sein Unverständnis nicht auf eine Unzulänglichkeit seiner Erfahrung zurückführen zu müssen, sondern im Gegenteil, die Zuverlässigkeit seiner Erfahrung zu bestätigen und die Souveranität seiner Person zu sichern. Dies macht insofern Sinn, als er auf diese Weise nicht Gefahr läuft, sich selbst als Ausgangspunkt erklärungsbedürftiger Ereignisse permanent in Frage stellen zu müssen“ (KLAES/WALTHES 1995a, 243 f.). Man versucht also in der Therapie so zu handeln, dass die Bewegungsveränderung in der Therapie den Unsinn aus der Bewegungsinterpretation herausfiltert, so dass die Bewegungsinterpretation wieder mit den Erwartungen des sozialen Kontextes zusammenpasst.

5.1 Entwicklungspsychopathologie

Die Entwicklungspsychopathologie als junge Disziplin hat keine eigenen Modelle entwickelt, sondern greift auf vorhandene Modelle zurück. Sie will aufzeigen, dass vereinfachte Einzelperspektiven des Entwicklungsgeschehens uns an die Grenzen des Verständnisses und der Veränderbarkeit individueller Muster angepassten Verhaltens geführt haben. Die einzelnen Modelle lassen sich allerdings schwer verbinden.

„Die Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich mit den Ursachen und dem Verlauf individueller Muster fehlangepassten Verhaltens, ungeachtet des Alters bei Störungsbeginn, der einzelnen Ursachen und der Veränderungen im beobachtbaren Verhalten und ungeachtet der Komplexität der Faktoren, die an der Entwicklung beteiligt sind (SROUFE a. RUTTER 1984)“ (KUSCH zitiert nach ROTTHAUS 2001, 42–43). „Die normale individuelle Entwicklung ist durch eine zunehmende Komplexität der Organisation gekennzeichnet, die als Auftreten neuer struktureller Fähigkeiten (Kompetenzen) und funktionaler Fertigkeiten (Performanzen) auf allen Beschreibungsebenen (molekular, subzellulär, zellulär und organisch) als Folge des horizontalen und vertikalen Zusammenwirkens der Teile des Organismus einschließlich des Zusammenwirkens von Organismus und Umgebung beschrieben werden kann“ (GOTTLIEB 1991, 7).

Von einem horizontalen Zusammenwirken der Teile des Organismus auf derselben Beschreibungsebene (z.B. Gen–Gen, Person–Person) und dem vertikalen Zusammenwirken der Teile des Organismus auf mehreren Beschreibungsebenen (z.B. Zelle–Gewebe, Verhalten–Nervensystem) geht GOTTLIEBS *Modell der probabilistischen Epigenese* aus. Nicht nur lineare, sondern auch reziproke Wirkmechanismen sind denkbar, nicht nur auf gleicher Ebene, sondern auch von einer höheren Stufe des psychologischen Entwicklungssystems auf eine niedere Stufe. So kann z.B. motorische Veränderung (funktionale Ebene)

auch Veränderung im neuronalen Netzwerk (strukturelle Ebene) bringen. Dies widerspricht der Annahme von CRICK (in OYAMA 1989), dass die Entwicklung nur in eine Richtung, und zwar vom Gen-Protein-Neurotransmitter zum Verhalten fließen kann. In Tierexperimenten zeigten sich bei Verhaltensänderungen feinstrukturelle neurologische Veränderungen und sogar eine Hirnveränderung (PETERMANN/KUSCH/NIEBANK 1998). „Der neue Grundgedanke ist, dass jegliche Verhaltensänderung nur möglich ist, wenn es zugleich auch zu Veränderungen auf ‚genetischer Ebene‘ kommt, etwa dann, wenn sich die Genregulation, also ‚das Lesen einer bestimmten Gensequenz‘ nachhaltig ändert“ (KUSCH 2001, 44). Es könnte also auch sein, dass neurologische Störungen durch umkehrbare Defekte der Genregulation entstanden sind (KANDEL 1996). „Anlage und Umwelt, einschließlich der Interaktionen (additives Modell) und Wechselwirkungen (korrelatives Modell) zwischen beiden, sind die Mechanismen, die normales und abweichendes Funktionieren bedingen, aufrechterhalten und modifizieren (GOLDSMITH a GOTTESMANN 1996; RENDE & PLOMIN 1995)“ (KUSCH 2001, 44). WERNER (1948) beschreibt in seinem „orthogenetischen Prinzip“, dass die Entwicklung des Menschen von einem Status verhältnismäßig diffuser, undifferenzierter Organisation hin zu einem Zustand größerer Artikulation und Komplexität voranschreitet. Dabei differenzieren sich auch die einzelnen Subsysteme immer mehr. Eine interessante Beobachtung macht CIARANELLO (1995), und zwar, „dass die Fähigkeit des Gehirns von Kindern, sich durch strukturelle Modifikation der Dendriten- und Synapsenverbindungen auf eine veränderte Umwelt einzustellen, größer ist als bei Erwachsenen.“ „Individuelle Erfahrungen können also die Feinabstimmung synaptischer Verbindungen des Kleinkindes stärker beeinflussen und durch wiederholte gleichartige Erfahrungen langfristig verändern, als dies bei älteren Kindern der Fall ist. In diesem Zusammenhang ist auch die gut bestätigte Annahme zu sehen, dass sich aggressiv und dissozial verhaltende Kinder, die ihre Verhaltensabweichungen bereits frühzeitig in ihrer Entwicklung zeigen, ungleich schwerer erfolgreich behandeln lassen, als Kinder, die erst in späteren Jahren solche Entwicklungsabweichungen aufweisen (PETERMANN, KUSCH und NIEBANK 1998)“ (KUSCH 2001, 45). Dies ist für mich ein wesentliches Argument für die Entwicklung der PMFT, die mit Familien und *jüngeren* Kindern arbeitet, so dass sich deren gestörte Verhaltensmuster gar nicht erst verfestigen können. SROUFE (1997) belegt, „dass die frühere Entwicklung und früh erworbene Kompetenzen den Rang, d.h. die Variationsbreite, der späteren Entwicklungen und späteren Kompetenzen nahe legen. [...] Kinder, die Entwicklungsaufgaben kompetent bewältigen, kommen sehr wahrscheinlich auch mit darauf folgenden Entwicklungsherausforderungen gut zurecht, und Kinder, die bereits in frühen Lebensjahren Inkompetenzen zeigen, erwerben in ihrem Entwicklungsverlauf wahrscheinlich immer weitere Inkompetenzen und weichen zunehmend mehr vom normalen Entwicklungsverlauf ab (CICCHETTI/COHEN 1995)“ (KUSCH 2001, 46). NELSONS (1994) Befunde beschreiben passend dazu eine pränatale und frühe postnatale Hirnentwicklung, die durch aufeinander abgestimmte Parameter beeinflusst wird. In den frühen Lebensjahren findet die „erfahrungs-

erwartende“ Hirnentwicklung statt. In dieser Phase bilden sich Dendriten und Synapsen in Erwartung von Umwelterfahrungen aus. Danach folgt die „erfahrungs-abhängige“ Ausbildung, wie NELSON (1994) sie benennt, „feinstruktureller neuronaler Dendriten- und Synapsenverbindungen, solche, die mit Prozessen des Lernens und Vergessens einhergehen“ (KUSCH 2001, 46).

Das „internal working model“ umfasst die „Fähigkeit des Säuglings, seine vielen verschiedenen Befindenzustände in sozialen Interaktionen zu regulieren (BRETHERTON 1991). [...] Da während einer Vielzahl der gelebten Interaktionen der Säugling seine körperlichen, affektiven und sensumotorischen Kompetenzen aktualisiert und seine soziale Umwelt sich mit diesen auseinandergesetzt hat, geht in die neuronale Organisation der Dendriten- und Synapsenverbindungen des Säuglings die Summe seiner Erfahrungen bio-sozialer Wechselwirkungen ein (hierarchische Integration)“ (KUSCH 2001, 47).

Typische soziale Interaktionsmuster (CICCHETTI/GREENBERG 1991; FEINMAN 1992), die von psychophysiologischen Regulationsmechanismen begleitet werden, konnten in der Entwicklungspathologie nachgewiesen werden, die für die Entwicklung von Kompetenzen bzw. Inkompetenzen verantwortlich sind. Sichtbar wurde dabei, „dass aus passenden und nicht-passenden bio-sozialen Wechselwirkungen normale bzw. abweichende kognitiv-affektive Strukturen sich entwickeln (CRITTENDEN 1994), die zu bestimmten Stufen der Entwicklung bis hin zur Entstehung einer Vorstellung des Selbst und des Anderen und einer autonomen Regulation des Selbst in Beziehung zum Anderen führen (SROUFE 1996, 1997; TREVARTHEN a. AITKEN 1994). Wenn dem so ist, dann ist die traditionelle Unterscheidung zwischen dem auf das Kind einwirkenden Risiko und der im Kind wirkenden Vulnerabilität nicht länger zu halten. Was während einer früheren Entwicklungsperiode als Risiko auf das Kind einwirkte, kann in der nächsten zu einem im Kind wirkenden Vulnerabilitätsfaktor werden“ (KUSCH 2001, 50).

Die Analyse der funktionalen und dysfunktionalen biosozialen Wechselwirkungen hilft, das Zusammenwirken von Störfaktoren und Entwicklung auf die Entstehung von Entwicklungsabweichungen zu erfassen. Das epigenetische Modell von GOTTLIEB (1992) versteht Entwicklungsstufen als Erreichen eines Niveaus der Organisation von Systemen und Subsystemen des Organismus. WERNER (1948) beschreibt sie als „relativ zeitstabile Stufe der hierarchischen Integration der in der individuellen Entwicklungsgeschichte erworbenen Differenzierungen und Reorganisationen kognitiv-affektiver Strukturen bzw. Kompetenzen“ (KUSCH 2001, 51). In der Entwicklungsneurologie wird davon ausgegangen, dass es „im Verlaufe der individuellen Entwicklung zu einer Dominanz der erfahrungsabhängigen Ausbildung neuronaler Verbindungen kommt und die genetisch determinierte, neuronale Entwicklung zurückgedrängt wird. Sind im Verlauf dieser Vielzahl sozialer Interaktionen identische Erfahrungen aufgetreten, so werden diese in neurologischen Strukturen und Funktionsabläufen repräsentiert – eine Vorstellung, die derjenigen von STERN (1985) über die ‚Repräsentation von Interaktionen, die generalisiert wurden‘ sehr nahe kommt“,

wobei nicht nur „die funktionalen und dysfunktionalen neuronalen Verbindungen bestehen bleiben und ausgebaut werden und die nicht genutzten neuronalen Strukturen ‚absterben‘, sondern auch zu einer immer stärkeren Myelinisierung der bestehenden, (dys-)funktionalen Dendriten- und Synapsenverbindungen und demzufolge zu einer abnehmenden Beeinflussbarkeit neurologischer Prozesse durch Umwelteinflüsse sowie [zu; U. L.-R.] einer zunehmenden Stabilisierung selbstregulatorischer Mechanismen“ (KUSCH 2001, 51) kommt.

Dies legt nahe, dass es relevant ist, Therapie möglichst im frühen Kindesalter zu ermöglichen, damit die auf Grund von Umweltereignissen entstandenen Auffälligkeiten der Kinder und Familien sich nicht neuronal verfestigen. Es scheint also so zu sein, dass fortschreitende Abweichungen und Normalisierungen in einem begrenzten Rahmen möglich sind (vgl. CICCETTI 1991). Mit dem Alter scheint sich die Beeinflussbarkeit zu reduzieren und die individuelle Persönlichkeit auszubilden, die vorrangig nur noch durch „kritische Lebensereignisse“ Veränderung erzielt. Die klinische Psychologie hat zwar bereits die vielfältigen Faktoren beschrieben, „die im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen, jedoch konnte sie diese bislang weder den einzelnen Störungen klar zuordnen, noch deren konkrete zeitliche Wirkungsweise nachzeichnen (PETERMANN 2000)“ (KUSCH 2001, 52). Es gibt allerdings Annahmen, dass verschiedene Entwicklungsabweichungen in der Kindheit in einer einzigen Form der psychischen Störung gipfeln oder dass eine umgrenzbare psychische Störung in der Kindheit sehr variabel im Erwachsenenalter Ausdruck finden kann. Temperamenteigenschaften scheinen nicht von Geburt an in fixierter Form vorzuliegen, „sondern bilden sich in den ersten Lebensjahren im Umgang mit der sozialen Umwelt aus (BATES, MASLIN a. FRANKEL 1985), jedoch scheinen ihre dispositionellen, d. h. organischen, Grundlagen die Wahrscheinlichkeit des Passens zwischen Kind und sozialer Umwelt günstig bzw. ungünstig zu beeinflussen (LERNER et al. 1989)“ (KUSCH in ROTTHAUS 2001, 53).

Zusammenfassend lässt sich sagen: „Je früher eine Entwicklungsabweichung beginnt, je länger diese anhält und je deutlicher sie sich ausprägt, um so wahrscheinlicher wird es, dass eine nur schwer zu kompensierende psychische Störung resultiert (PETERMANN, KUSCH u. NIEBANK 1998)“ (KUSCH 2001, 54).

Modellvorstellungen der Entwicklungspsychopathologie

Ätiopathogenetisches Modell von KUSCH und PETERMANN (1998):

In diesem Modell werden „die Ursachen psychischer Störungen (Ätiologie), ihre Entstehung im Entwicklungsverlauf (Pathogenese), die verschiedenen Entwicklungsausgänge sowie die relevanten biopsychosozialen Zusammenhänge dargestellt. [... Bezeichnet werden; U. L.-R.] genetische (G) und Umweltfaktoren (U), deren Interaktionen (G-U) und Transaktionen (GxU) als auf die psychische Entwicklung einwirkende, externe Risiko- und Schutzfaktoren oder deren im Kind wirkende Vulnerabilität und Resilience [...]. Eine

Entwicklungsabweichung wird wahrscheinlich, wenn neben den grundlegenden Ursachen (T_{n-1}) auch während einzelner Entwicklungsperioden (T_1, T_2, T_n) ungünstige bio-soziale Kontextbedingungen ($B_1, B_2, B_n; U_1, U_2, U_n$) vorliegen und die auftretenden biopsychosozialen Transaktionen das Kind zunehmend vulnerabel machen“ (KUSCH 2001, 55–56). Die Einwirkungen der Umwelt und die biologischen Faktoren sowie die psychische Entwicklung des Kindes beeinflussen sich wechselseitig. „Die jeweils für die Entstehung einer bestimmten psychischen Störung charakteristischen bzw. in einem individuellen Entwicklungsverlauf vorgefundenen pathogenetischen, biopsychosozialen Transaktionen machen im Entwicklungsverlauf (T_1 – T_n) eine spezifische psychische Störung zunehmend wahrscheinlicher, determinieren diese jedoch nicht“ (KUSCH 2001, 56; siehe Abb. 19).

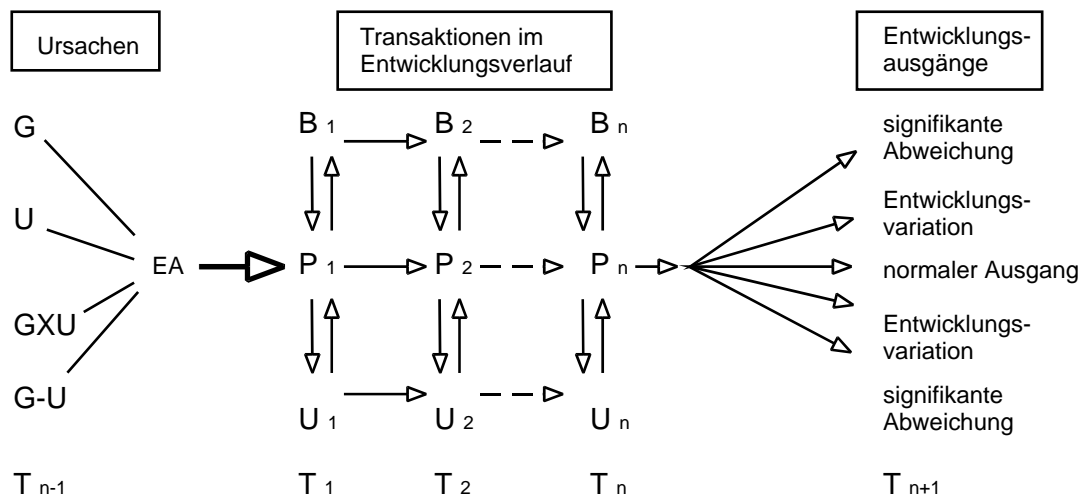


Abb. 19: Ätiopathogenetisches Modell des Entwicklungspsychopathologie (aus ROTTHAUS 2001, 55 zitiert nach KUSCH/PETERMANN 1998, 61)

Um normale und abweichende biosoziale Transaktionen im Entwicklungsverlauf besser analysieren zu können, beschreiben KUSCH und PETERMANN (1998) folgende verschiedenen Symptomformen:

- 1.) „*Primäre Symptome*: Dies sind universelle, störungsspezifische und persistierende Aspekte des Störungsbildes. Es handelt sich um beobachtbare Verhaltensmerkmale, die direkt aus der neurologischen Grundstörung resultieren. [...]
- 2.) *Korrelierte Symptome*: Diese Symptome haben die gleiche ätiologische Grundlage wie die primären Symptome, resultieren jedoch aus der Beteiligung anderer Hirnregionen. [...]
- 3.) *Sekundäre Symptome*: Hierbei handelt es sich um Störungsmerkmale, die in Folge der primären und mit beteiligten, grundlegenden Symptomatik entstehen. [...]

4.) *Artifizielle Symptome*: Hierbei handelt es sich um Symptome, die zwar gemeinsam mit dem Störungsbild auftreten können, die jedoch mit diesem (noch) nicht kausal verbunden sind. [...]“ (KUSCH 2001, 56–57).

Zur genaueren Analyse sind Beschreibungsebenen dienlich, da mit der Zuordnung von Verhaltenssymptomen zu den Symptomebenen Aussagen über die Kontinuität bzw. Diskontinuität gemacht werden können. PENNINGTON und OZONOFF (1991) formulieren folgende Ebenen:

◆ *Die Symptomebene*:

Diese Ebene ist die Ebene des beobachtbaren Verhaltens, auf der es zur deutlichen Diskontinuität des Verhaltens kommt. Um einen kontinuierlichen Entwicklungsverlauf erkennen zu können, muss „die Funktion des Verhaltens im sozialen Kontext und weniger in seiner Struktur oder Form untersucht“ (KUSCH 2001, 59) werden.

◆ *Die neuropsychologische Ebene*

Auf dieser Ebene ist die entwicklungsabhängige Wirkung größer als bei den folgenden Ebenen, der neurologischen und der genetischen, die davon eher unabhängig sind. „Da sich neuropsychologische Funktionen in Form der Dendritendifferenzierung, Synapsenformation und Myelinisierung vorwiegend postnatal entwickeln, sind sie auch ein Produkt der Lerngeschichte des Organismus (NELSON 1994). Dennoch finden wesentliche Aspekte der funktionalen Spezialisierung neuronaler Netzwerke in der frühen postnatalen Periode statt und können später nicht in dem Ausmaß von anderen Bereichen ersetzt werden, wie bisher angenommen (KOLB u. WHISHAW 1990). Bei einer Schädigung oder abweichenden Organisation dieser neuronalen Netzwerke bleiben sie zwar immer noch entwicklungs- und funktionsfähig, sie entsprechen jedoch nur teilweise der normalen Entwicklungssequenz“ (KUSCH 2001, 58–59).

◆ *Die neurologische Ebene*

„Da das Hirn nach der frühen postnatalen Phase keine neuen Neurone oder langen Nervenfasern entwickeln kann, können frühe Einflüsse auf die Anzahl von Neuronen innerhalb eines neuronalen Netzwerkes oder auf die Verbindung zwischen Netzwerken nicht repariert, sondern lediglich kompensiert werden“ (KUSCH 2001, 58). Die Plastizität des Zentralnervensystems ist eher begrenzt, sodass frühe Störungen lang anhaltende Effekte haben. Frühe Veränderungen zentralnervöser Strukturen wirken sich dagegen entwicklungsunabhängig auf das Verhalten aus, „während ihre Kompensation entwicklungs sensitiv, das heißt in jeder Entwicklungsperiode andersartig, gestaltet sein muß“ (KUSCH 2001, 58).

◆ *Die genetische Ebene*

Auf dieser Ebene sind Gen-Umwelt-Interaktionen erkennbar. Mit Umwelt ist in diesem Fall das extrazelluläre Milieu gemeint. Das Gen bietet eine Grundinformation, die beste-

hen bleibt und nur durch mutagenetische Einflüsse im Kind verändert wird. „Obwohl das Genom selbst im Entwicklungsverlauf unverändert bleibt, kann es unterschiedliche Auswirkungen haben, je nachdem, wann es während der Entwicklung gelesen oder aktiviert wird (Genregulation). Da wichtige Aspekte der Hirnentwicklung vorgeburtlich bzw. innerhalb weniger Jahre nach der Geburt (Synapsengenesse) stattfinden, müssen die betreffenden Gene ebenfalls während dieser Zeit aktiviert werden und bleiben danach ausgeschaltet“ (KUSCH 2001, 57–58).

Im Rahmen dieses Modells versucht die Entwicklungspsychopathologie das komplexe Zusammenwirken der unterschiedlichen Kontrollparameter einer Entwicklungsabweichung zu verstehen. „Sie nutzt dafür eine differenzierte Symptombeschreibung und -analyse, aus der differenzielle Indikationsstellungen und Interventionsformen hergeleitet werden können“ (KUSCH 2001, 60). Als relevant werden die biopsychosozialen Transaktionen im Entwicklungsverlauf erachtet.

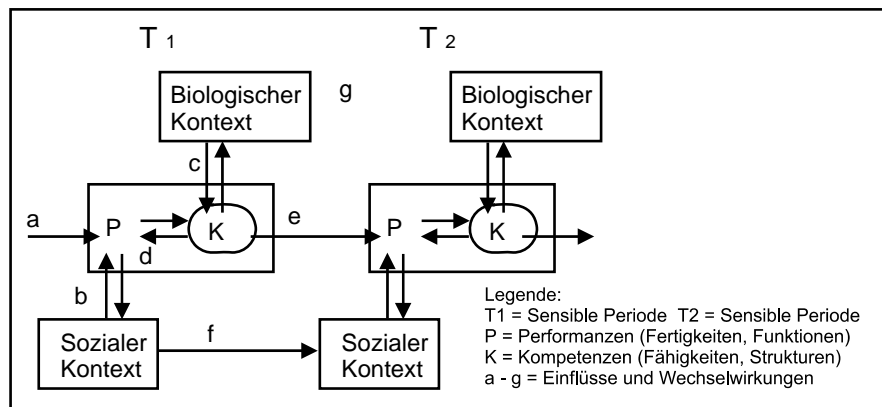


Abb. 20: Performanz-Kompetenzentwicklung im biopsychosozialen Kontext, Modell von KUSCH/PETERMANN 1998 (aus: ROTTHAUS 2001, 60)

Es werden zwei Theorien der Entstehung psychischer Strukturen diskutiert, wobei einerseits die Struktur der DNS als letzte Ursache angenommen wird oder aber „die Tatsache, dass das befruchtete Ei in einem zellulären Milieu eingebettet ist“ (vgl. PETERMANN/KUSCH/NIEBANK 1998). Da dies bereits „als unzureichend belegt wurde (KANDEL 1996), bildet die zweite Alternative die Grundlage der aktuellen Diskussion über die Anlage-Umwelt-Zusammenhänge (GOTTLIEB 1992). Konnte man bislang vereinfacht jegliche psychischen Strukturen auf Aspekte der Anlage bzw. Genetik zurückführen und somit auch behaupten, dass Kompetenzen aus Kompetenzen unterer Ordnung entstehen, so muss man nun nachzeichnen, wie emergente Strukturen entstehen, d.h., wie Kompetenzen dort entstehen können, wo sie zuvor nicht vorhanden waren. Die (psychischen) Kompetenzen liegen nicht in der Anlage vor, sind aber auch nicht im extrazellulären Milieu vorzufinden, folglich müssen diese erst entstehen. Diese Entstehung resultiert aus den Wechselwirkungen oder den Austauschprozessen, die zwischen Genen (Anlage), Eizelle und extrazellulärem Milieu (Umwelt) stattfinden (GREENOUGH a. BLACK 1992)“ (KUSCH 2001, 60-61).

„Die Existenz eines eigenen Kindes [...] stellt für dessen Umwelt eine Tatsache dar, unabhängig davon, über welche Kompetenzen das Kind verfügen mag (a) [siehe Abb. 20; U. L.-R.]. Die Umwelt beobachtet niemals Kompetenzen, sondern nur Reaktionen oder Verhalten, d.h. Performanzen (P – sozialer Kontext). [...] Hinzu kommt, dass dem Verhalten von Seiten der sozialen Umwelt Bedeutung zugeschrieben wird und entsprechend dieser Bedeutung reagiert wird (soziale Umwelt – P). Die Transaktionen zwischen den Performanzen des Kindes und dem sozialen Kontext hinterlassen beim Kind – in seinem sich ebenfalls entwickelnden Gehirn – Spuren, und viele ähnliche Transaktionen werden generalisiert bzw. abstrahiert und neuronal repräsentiert (P – K). Die Repräsentation der Transaktion ist parallel von der Hirnentwicklung und biologischen Prozessen begleitet, so dass neben der Transaktion des Kindes mit seiner sozialen Umwelt auch der aktuelle Stand der Hirnentwicklung und der biologische Befindenzustand des Kindes in die Repräsentation eingehen (biologischer Kontext – K). [...] Die emergente Struktur [...] ist nur dann auf seine Teile reduzierbar, wenn man vom Sinn dieser neuen Verhaltenskompetenz abstrahiert: von den darin zum Ausdruck kommenden Erwartungen“ (KUSCH 2001, 61–62).

Entscheidend für die Ausbildung emergenter Strukturen (Kompetenzen) sind entsprechend dem hier dargestellten Modell die Transaktionen der Performanzen. Die Entwicklung von neuen Kompetenzen wird weder durch die Anlagen noch durch die Umwelt und selbst nicht durch die Transaktionen zwischen Anlage und Umwelt determiniert, „sondern der aktuelle Austausch, den ein – sich in einem besonderen Befindenzustand verhaltendes – Kind mit seiner sozialen Umwelt ausführt und der begleitet ist von einem Folgezustand, in dem das Kind die erlebten Erfahrungen repräsentiert bzw. in seinen Erfahrungsschatz hierarchisch integriert“ (KUSCH in ROTTHAUS 2001, 62).

VYGOTSKY (1987) beschreibt dies ähnlich in seinem Konzept der „Zone der proximalen Entwicklung“. Er sieht den Erwerb der Verhaltenskompetenzen als Ergebnis der Ko-Konstruktion (OERTER/NOAM 1999). „Für ihn ist Entwicklung nur als Selbstorganisation im sozialen Kontext verständlich, wobei Erwachsene und Kind einen aktiven Gestaltungsprozess durchlaufen, an dem jeder der beteiligten Partner zu verschiedenen Zeitpunkten in besonderer Weise beteiligt ist. Unter dem Begriff der Zone versteht er Verhaltensweisen des Kindes, die es allein noch nicht in einer differenzierten Form zeigen kann, sondern die der aktiven Hilfe sozialer Partner bedürfen, z.B. beim Gehen- oder Sprechenlernen. Zeigt ein Kind eine differenziertere Form einer Verhaltensweise bei sozialer Hilfestellung als ohne diese, so ist die ‚Zone der nächsten Entwicklung‘ durch das Ausmaß der Hilfestellungen beschreibbar, die das Kind benötigt, um diese differenziertere oder kompetentere Verhaltensform zu zeigen. Während die soziale Umwelt dem Kind anfänglich durch ‚Anleitung‘ aktive Hilfestellungen gibt, ohne die das Kind eine neue Verhaltensform nicht zeigen würde, nimmt sie sich zunehmend zurück und lässt das Kind seine neu erworbene Kompetenz zunehmend selbst ‚üben‘, um dann wieder durch ‚Anleitung‘ neue Verhaltensformen zu ‚lehren‘. Diese mittlerweile bestätigten Erkenntnisse der normalen Entwicklung sozialer Kompetenzen (MILLER 1993; OERTER 1992) zeigen, wie

ausschlaggebend eine gelingende/misslingende Passung zwischen dem Verhalten Erwachsener und demjenigen von Kindern für eine normale/abweichende Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen ist (SAMROFF 1995)“ (KUSCH 2001, 63). Dieser Zusammenhang zeigt, dass für die Intervention die Einwirkung auf biologische, psychische und soziale Kontrollparameter nicht allein ausschlaggebend ist, sondern auch das komplexe Zusammenwirken dieser entscheidend ist für die abweichende Entwicklung. Ziel klinischer Intervention sollte die Entwicklung sein. Ein besseres Verständnis der typischen Entwicklungsverläufe sozial-emotionaler Kompetenzen „kann wesentlich dazu beitragen, dass die vorhandenen klinischen Interventionen besser zum Kind/zur Familie passen und diese nicht den Interventionen passend gemacht werden müssen (OERTER u. NOAM 1999)“ (KUSCH 2001, 63).

5.2 Erste Ansätze einer systemisch–konstruktivistisch orientierten Krankheits- und Therapietheorie (BALGO)

Symptome werden in diesem Zusammenhang im Allgemeinen nicht als Elemente des Körpers angesehen, sondern als Ereignisse, Prozesse oder Zustände, die Elemente des sozialen Systems bilden. Deutlich wird ein Symptom als Abweichung von üblichen Zuständen. Durch Kommunikation im sozialen System wird das Symptom erst identifiziert und „Krankheit“ demnach sozial je nach Kontext produziert.

„Die Unterscheidung *krank* versus *nicht-krank* und *symptomatisch* versus *frei von pathologischem Befund* für bestimmte körperliche, psychische oder soziale Reaktionen sowie die Konstruktion von ‚Krankheitseinheiten‘ ist nicht durch den Organismus festgelegt, sondern sozial definiert. Sie ist ein Merkmal der Beobachtung (der ‚Landkarte‘), nicht aber der beobachteten Phänomene (der ‚Landschaft‘). Und die Zuweisung ihrer Kausalität zu einem System [...] oder zu einer der jeweiligen Umwelten wird in der Kommunikation sozial festgelegt“ (SIMON 1995, 65). Auf Grund der geschichtlich und kulturell vorherrschenden Ansichten, Werte und Wertungen werden einige Mechanismen als zutreffend und andere als defekt oder pathologisch bezeichnet.

„Welche Phänomene als Symptome bzw. als *durch Krankheit verursacht* definiert werden, ist Resultat einer sozialen Übereinkunft. Durch diese Definition wird ein exterritorialer Raum geschaffen, in dem wir es per definitionem mit Phänomenen zu tun haben, die als *nicht* innerhalb der Regeln der alltäglichen Kommunikation verstehbar kategorisiert sind. Ihre Verursachung wird dementsprechend nicht *innerhalb* der Kommunikation, sondern *außerhalb* des sozialen Systems – im Organismus oder der Psyche – [oder in anderen Systemen, U. L.-R.] gesucht“ (SIMON 1995, 67).

So muss sich jeder Beobachter, der therapeutisch damit arbeitet, klar über die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Systeme wie System Körper, System Bewegung/Wahrnehmung, System Affektlogik und soziales System sein.

Interessant wird es herauszubekommen, wie Symptome als Elemente operational geschlossener Systeme in dem jeweiligen Phänomenbereich entstanden sein könnten. SIMON schlägt vor, das „traditionelle Beobachtungsmuster, nach dem der generierende Mechanismus für das im Interaktions- bzw. Kommunikationsbereich beobachtbare, nicht-verstehbare Symptom in einem anderen, nicht-beobachtbaren, aber verstehbaren Phänomenbereich gesucht wird“ (BALGO 1998, 233), zu verfeinern. Als ersten Schritt betrachtet SIMON (1995) die Deskription „aller im Rahmen operational geschlossener Systeme entstehenden Phänomene als Elemente des jeweils beobachteten Phänomenbereichs.“ Der darauf folgende Schritt beinhaltet die Konstruktion eines generativen Mechanismus für die als Symptome bezeichneten Phänomene. „Entweder ihre Entstehung kann strukturdeterminiert innerhalb der Logik der Funktionsprinzipien des beobachteten [...] Systems erklärt werden, oder aber es kann (ebenfalls strukturdeterminiert) als Reaktion des Systems auf eine Störung aus einer seiner Umwelten betrachtet werden. Die als Symptome bezeichneten Phänomene [...] sind daher *nicht* primär und selbstverständlich als Zeichen für Veränderungen in einem *anderen*, abgetrennten Phänomenbereich – z.B. dem Organismus – zu werten, sondern als *Elemente* des jeweiligen operationell geschlossenen Systems, innerhalb dessen sie beobachtet werden“ (SIMON 1995, 69).

Zentral zu beachten ist, dass die einzelnen Systeme sich gegenseitig perturbieren und nicht in einem Ursache-Wirkungs-Verhältnis zueinander stehen, sondern jeder jeden beeinflusst. Der Beginn ist „prinzipiell unwißbar“ (vgl. FOERSTER 1996, 127) und immer beobachterabhängig und abhängig von den therapeutischen Interventionen.

Zwei Möglichkeiten beschreibt SIMON (1995, 71) als Erklärung des Entstehens von Krankheitsprozessen: „1. Als Reaktionen auf Störungen der systeminternen Abläufe durch Ereignisse außerhalb der Grenzen der jeweiligen zusammengesetzten Einheit (d.h. Änderungen in einem anderen Phänomenbereich). [...] 2. Als Reaktionen auf Störungen der systeminternen Abläufe durch Ereignisse innerhalb der Grenzen der als nicht zusammengesetzt betrachteten Einheiten, d.h. innerhalb der Komponenten, deren Netzwerk von Interaktionen das System in seiner Struktur erschafft und erhält.“ In einem operational geschlossenen System entstehen auch während des Krankheitsvorganges keine qualitativ andersartigen Komponenten. Die Eigenschaften der Interaktionen verändern sich in einer quantitativen Weise ihrer Über- oder Unterfunktion. Dies ist allerdings auch wieder von der Bewertung und Beschreibung des Beobachters abhängig (vgl. SIMON 1995, 73 ff.; BALGO 1998, 234 ff.). Nur derjenige, der z. B. Wahrnehmungen und Bewegungen hat, die von den „Spielregeln des sozialen Systems“ (SIMON) abweichen, kann als „wahrnehmungs- oder bewegungsgestört“ bezeichnet werden. „Nur derjenige, der das soziale System (aktiv) stört, wird zum (passiv) Gestörten, wobei die Erklärung für sein kommunikativ nicht-verstehbares Verhalten außerhalb des sozialen Systems, meist im Körper oder der Psyche des Betroffenen, gesucht wird, um es wieder verstehbar zu machen“ (BALGO 1998, 236). Was man wahrnimmt, ist auch nicht unabhängig vom dem, was man tut. Therapeutisch wird oft nur defizitorientiert vorgegangen, z.B. mit dem Versuch, die fehlenden oder

überschießenden Funktionen auszugleichen. Das kann aber möglicherweise nicht ausreichend sein oder auch paradoxe Wirkungen hervorrufen. Bei BALGO (1998) wird davon ausgegangen, dass bei systemisch-konstruktivistischer Prägung „das körperliche System, das affektlogische System, das Bewegungs-/Wahrnehmungs-System und das soziale System als autonom und operational geschlossen betrachtet“ (BALGO 1998, 236) werden können und sich die Systeme gegenseitig perturbieren. Jede Verarbeitung wird allerdings von einer Verstörung oder Irritation durch die aktuelle Struktur des getroffenen Systems begrenzt. BALGO beschreibt damit, dass die Wahrnehmungen und Bewegungen des Einzelnen das Ergebnis des strukturdeterminierten Operierens des Systems Bewegung/Wahrnehmung sind. Sie sind also „Konstruktionen im Sinne von Unterscheidungsoperationen, die bezüglich einer unabhängig von ihnen existierenden Wirklichkeit weder richtig noch falsch, sondern lediglich viabel, passend, möglich sind“ (BALGO 1998, 236–237).

„[...] die systemisch-konstruktivistischen Positionen voraussetzend ist es nicht nützlich, ‚richtige/falsche‘, ‚gestörte/nicht-gestörte‘ Wahrnehmung und Bewegung zu unterscheiden, da die Klassifizierung von ‚richtig/falsch‘ und ‚gestört/nicht-gestört‘ als Bewertungen eines Beobachters mehr über diesen selbst, als über die von ihm beobachteten Phänomene aussagt“ (BALGO 1998, 237). Das würde bedeuten, dass man nicht von Objektivität ausgeht, sondern im Blick behält, dass Wirklichkeit nicht abzutrennen ist von den Operationen des Einzelnen und dass diese Konstruktionen wiederum sehr real wirken. Zusätzlich würde es bedeuten, dass die „Entscheidung gegen das Heteronomiekonzept, das Konzept instruktiver Interaktionen bzw. trivialer Systeme, und für das Autonomiekonzept, das Konzept nicht-trivialer Systeme bzw. operational geschlossener, strukturdeterminierter Systeme“ (BALGO 1998, 238) fällt. Auch unter der Prämisse der Strukturdeterminiertheit und viablen Operation gibt es Wahrnehmungen und Bewegungen, die von den Erwartungen abweichen und im interaktionellen Kontext nicht verstehbar sind und „als Symptome, d.h. als Zeichen für andere Störungen in einem anderen, nicht-beobachtbaren Phänomenbereich, meist des Körpers (seltener: der Affektlogik), interpretiert werden“ (BALGO 1998, 238). Es zeigt sich also auf der interaktionellen Ebene keine verstehbare Bedeutung. „Semantische Prozesse erhalten ihren Sinn und ihre Bedeutung niemals aus sich selbst, sondern stets in Abhängigkeit vom Kontext, in Abhängigkeit von irgendwelchen Kommunikationspartnern. Dieser Bezugsrahmen (Sprache, Kultur, Interaktionsbereich) ist der Phänomenbereich, in dem sich die ‚Störung‘ zeigt [...]. Es sind Beschreibungen [...], die ein Individuum von seiner Welt gibt, die formal oder inhaltlich nicht mit den Beschreibungen übereinstimmen, die in dem sozialen und kulturellen Rahmen ‚normalerweise‘ von der Welt gegeben werden“ (SIMON 1988, 122 f.). Die Angaben von „Störungen“ sind also abhängig von dem sozialen Kontext und von der Beschreibung des „Normalen“ in diesem Kontext.

Verständlicherweise ist auch aus der systemisch-konstruktivistischen Perspektive zu formulieren, dass ein Kind sich einem anderen gegenüber auffällig bzw. verschieden zu anderen verhält. Hier ist wieder der soziale Kontext sehr wichtig. Diese veränderte Sicht-

weise soll aber keine Verschiebung der Ursache vom Kind auf die Familie oder auf das soziale System bedeuten, sondern eine vernetzte und keine kausale Betrachtung bringen. „WALTHES (vgl. 1995, S. 91; 1993, S. 145 ff.) beschreibt denn auch ‚Behinderung‘ als den nicht gelungenen Umgang mit Verschiedenheit und verdeutlicht, daß ‚Störungen‘ nicht als Eigenschaften oder Merkmale in einem Individuum oder seinem Gegenüber zu verorten sind, sondern immer ein ‚Störung zwischen dir und mir‘ sind“ (BALGO 1998, 239). Das „Sich-stören-Lassen“ z. B. von einer Bewegung ist nicht dasselbe wie eine Bewegungsstörung. Es sollte beachtet werden, „was durch die beobachtete Bewegung durcheinander gekommen ist und bei wem“ (KLAES/WALTHES 1995, 257).

Die in der Motodiagnostik erhobenen Befunde der Wahrnehmung und Bewegung sind also keine Fakten, „sondern Kommunikationsbeiträge in einem sozialen Problemsystem“ (BALGO 1998, 239). Das Problemsystem sind die, die im sozialen System das Problem zu ihrem Thema der Kommunikation machen. LUDEWIG (1992, 116) versteht unter „Problem“ „[...] jedes Thema einer Kommunikation, die etwas als unerwünscht (schwierig, hinderlich, falsch, störend, unpassend) und veränderbar wertet – d. h., für veränderungsbedürftig und -fähig hält.“

Den Blick auf das Problem mit den systemisch-konstruktivistischen Positionen kohärent zu vereinbaren und nicht zu pathologisieren ist sicher nicht immer einfach. Das Problem zu begreifen als kommunikativ erzeugtes Problem mit Blick auf den Kontext, es weder der einen noch anderen Person zuzuschreiben, scheint für die Entwicklung des Problems wirksam zu sein. BALGO meint, dass diese Betrachtungsweise zusätzliche Handlungsmöglichkeiten für die psychomotorische Praxis eröffnet (vgl. BALGO 1998, 240).

5.3 Kleiner Exkurs zur Betrachtung von non- verbalen Verhalten bei Störungen

Auch wenn in 4.0 schon die Schwierigkeit der Interpretation von Bewegung dargestellt wurde, stellt die Interpretation von Bewegungsverhalten als non-verbales Verhalten ein großes Problem mit besonderer Brisanz auch im Rahmen der Beschreibung von Störungen da.

Zwei Arten von Ansätzen stehen sich bei der Erklärung psychischer Störungen oftmals gegenüber:

1. „Ansätze, die Störungen aus allgemeinen Modellen für das Funktionieren eines Menschen erklären und oft wenig helfen zu begreifen, warum gerade dieser Mensch diese spezielle Störung entwickelt hat und wie die Eigendynamik dieser Störung zu verstehen ist, und
2. störungsspezifische Ansätze, die gut das Besondere einer bestimmten Störung erfassen, aber wenig Verbindung zu einem allgemeinen Verständnis des Menschen haben und

von daher auch Gefahr laufen, im Kurativen, im Beseitigen der Störung steckenzubleiben“ (CASPAR 1996, 62).

CASPAR und GRAWE (1996) betonen, dass es keine fixen Grenzen zwischen Störungen gibt.

Einen Aspekt möchte die Autorin aber dabei aufgreifen, der in Bezug auf die psychomotorische Sichtweise relevant erscheint, und zwar den des nonverbalen Verhaltens. Im Feld der Praxis des Erschließens, in dem die unterschiedlichen Verhaltensaspekte und Informationsquellen genannt werden, wird ein breites Spektrum von Informationen erfasst. „Gegenstände, die (...; in die therapeutische Analyse und den therapeutischen Prozess, U. L.-R.) eingehen können, sind beobachtbares und erschlossenes, bewußtes und unbewußtes, verbales und nonverbales Verhalten, die instrumentellen Aspekte der Emotionsregulation, instrumentelle Aspekte der Konzepte, die ein Klient von sich und der Welt hat, usw. [...] Zu einem bestmöglichen Verständnis eines Klienten kommt man erst, wenn man *alle Verhaltensaspekte* und *alle* zur Verfügung stehenden *Informationsquellen in die Analyse einbezieht*. [...] Ein besonderer Vorzug der (...; Therapie-; U. L.-R.) analyse ist, daß Informationen unterschiedlichster Qualität und aus unterschiedlichsten Quellen zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden können.“ (CASPAR 1996, 102).

Nun der Bezug zum nonverbalen Verhalten: „Eine der wichtigsten Informationsquellen, gerade wenn es um das Erschließen unbewußter Anteile geht, ist das Beobachten nonverbalen Verhaltens: Unter nonverbalem Verhalten verstehen [... CASPAR und seine Mitarbeiter; U. L.-R.] alle Aspekte von Mimik, Gestik, Haltung [und Bewegung; U. L.-R.], aber auch Kleidung, sowie die paraverbalen Aspekte der Kommunikation wie Diktion, Sprachfluß, Stimmlage“ (CASPAR 1996, 106). In der Kommunikationstheorie wird dieser Teil „analoge Kommunikation“ genannt. Meistens achten die Menschen auf den digitalen, d.h. verbal-inhaltlichen Teil der Kommunikation. Das Empfinden und Verhalten der Menschen wird aber meistens unbewusst durch nonverbales Verhalten beeinflusst. „[...] die bewußte Beobachtung nonverbalen Verhaltens braucht aber besondere Aufmerksamkeit und Übung“ (CASPAR 1996, 106). Im Bereich der Interpretation von nonverbalem Verhalten liegt ein großer Spielraum, was auch mit bedingt, dass in der Psychotherapieforschung diese wenig Beachtung fand. „Ein Verzicht auf die Beobachtung und Interpretation nonverbalen Verhaltens bedeutet aber einen Verzicht auf eine nicht in jedem Fall, aber in vielen Fällen wichtige Informationsquelle. Wichtig bedeutet hier: Nonverbales Verhalten kann Informationen enthalten, die in den verbal-inhaltlichen Aussagen nicht enthalten sind, oder kann helfen, Beobachtungen abzusichern, die sonst eine zu unsichere Basis für weitergehende Interpretationen gewesen wären“ (CASPAR 1996, 106). Es gibt kaum eindeutige Kriterien für die Interpretation nonverbalen Verhaltens. Dabei muss auf jeden Fall der Kontext des nonverbalen Verhaltens, z. B. wie der Klient die Situation sieht, Beachtung finden. Dabei darf kein Interpretationszirkel durch die Einbeziehung nonverbalen Verhaltens in die Analyse entstehen. Im Blick muss sicher bleiben, dass die Interpretationen über

die nonverbalen Ausdrücke „spekulativ, provisorisch und absicherungsbedürftig sind [...] Wenn wir davon ausgehen, daß unser therapeutisches Handeln immer auf einem möglichst vollständigen, breiten Verständnis des Klienten beruhen sollte, ist es nicht zu verantworten, nonverbale Verhaltensaspekte zu vernachlässigen“ (CASPAR 1996, 107–108).

Als auffällig wird das wahrgenommen, was sich abhebt von den *Erwartungen* des Analysierenden bzw. was sich vom „Durchschnitt“ abhebt. „Die Bewertung bleibt auf jeden Fall subjektiv: Sie hängt unter anderem von blinden Flecken, aber auch von Wahrnehmungsstärken des Therapeuten beziehungsweise Beobachters und von seinen Werten ab“ (CASPAR 1996, 109).

6. Darstellung und Diskussion relevanter Therapierichtungen

6.1 Kurzer Überblick über die Therapien allgemein im Hinblick auf psychomotorische und/oder systemische Relevanz

Vorweg bleibt die Frage unentschieden, ob eine „Einzeltherapie, die explizit systemische Rückkopplung in der Familie berücksichtigt und mit einplant, nicht berechtigter ‚systemisch‘ zu nennen wäre, als eine Therapie, in der zwar mit der ganzen Familie gearbeitet wird, die aber systemische Vernetzung nicht explizit zum Gegenstand der Reflexion und der Intervention macht“ (KRIZ, J. 2001, 241).

Bei der Durchsicht früherer Therapieansätze können systemische Ansätze vereinzelt gefunden werden, die nur anders zusammengesetzt mehr in den Blickpunkt gebracht wurden. TRECKMANN (1982) schreibt, dass schon im 18. Jahrhundert schriftlich festgehalten wurde, dass akut psychisch Kranke nicht genesen, wenn sie in ihren Familien gelassen werden. Dagegen wurde festgestellt, dass psychisch Kranke in fremden Familien eine rasche Heilung erfuhren. Dieses Phänomen fand in den damaligen Theorien keinen Platz. „In Belgien und in Schottland – an einzelnen Stellen auch in Deutschland – war solche Familienpflege psychisch Kranker im 19. Jahrhundert in erheblichem Ausmaß etabliert. In diesem Zusammenhang steht eine dritte ‚Anomalie‘, dass nämlich Psychosen von einer erkrankten Person auf eine zweite, in enger Gemeinschaft lebende, aber nicht blutsverwandte Person ‚übertragen‘ wurden [...]“ (KRIZ, J. 2001, 241).

Bereits Sigmund FREUD hat im Neuroseverständnis der Psychoanalyse systemische Aspekte berücksichtigt. Bei ihm ist das Symptom durchaus eine sinnvolle Leistung des Organismus, das nur im Kontext (!) der Rekonstruktion früher Eltern-Kind-Interaktion verstanden werden kann. Auch der Prozess zwischen Patient und Therapeut wurde beachtet.

Alfred ADLER hat schon Ende der zwanziger Jahre im Rahmen seiner Erziehungsberatung ganze Familien mit einbezogen. Zudem spielt der Gesichtspunkt der „Familienkonstellation“ im Gedankengebäude ADLERS eine wichtige Rolle (vgl. KRIZ, J. 2001, 241). „Die von ihm stark beeinflussten ‚Neo-Freudianer‘ – Horney, Fromm, Sullivan – betonten den Zusammenhang der Symptome mit soziokulturellen Faktoren und stellten die Mutter-Kind-Beziehung in den Vordergrund der Analyse“ (KRIZ, J. 2001, 241–242).

J. KRIZ gibt an, dass besonders SULLIVAN informationstheoretische Aspekte in den zwischenmenschlichen Beziehungen von Schizophrenen berücksichtigte. Dieser vertrat ein ökologisches Modell, das in hoher Übereinstimmung mit heutigen systemischen Vorstellungen ist (vgl. KRIZ, J. 2001, 242).

In der Transaktionsanalyse nach Eric BERNE finden sich sowohl in der Spielanalyse als auch in der Skriptanalyse systemische Perspektiven. Es wird aber mit dem Einzelindividuum gearbeitet. Die Sprache der Spielanalyse ist sehr linear und auf das Individuum bezogen. „In der Skriptanalyse spielt die Familie primär nur hinsichtlich ihrer Indoktrinationen in der Vergangenheit eine Rolle, als Urheber der zu neurotischen Kommunikationsmustern geronnenen Symptome. Dennoch enthält gerade die Herausarbeitung einer grundlegenden Spielstruktur ‚Opfer-Verfolger-Retter‘ und die Betonung, dass diese Rollen dynamisch wechseln, typisch systemische Bestandteile“ (KRIZ, J. 2001, 242).

Bei Viktor FRANKLS Logotherapie trifft man in seiner Erklärung der Erwartungsangst systemische Gesichtspunkte an. Seine Interventionsform der „paradoxen Intervention“ wurde leicht verändert als eine der relevantesten Interventionsmethoden in den systemischen Therapieansätzen eingeführt.

6.2 Motorische und sensorische Therapierichtungen

6.2.1 Von der psychomotorischen Übungsbehandlung (KIPHARD) zur klinischen psychomotorischen Therapie (JAROSCH/GÖBEL/PANTEN)

„Ausgehend vom humanistischen Bildungskonzept, welches von einem tiefen Respekt und Verständnis gegenüber dem Kind geprägt ist, vermittelt J. KIPHARD in seiner ‚Erziehung durch Bewegung‘ über das Medium Motorik einen Weg zur kindgemäßen Persönlichkeitsentwicklung“ (MEETH 1995, 30). Es geht um „die Auseinandersetzung mit Interaktionsprozessen des Individuums mit der Umwelt unter den Aspekten Wahrnehmen, Erleben und Bewegen. KIPHARD geht davon aus, daß die Persönlichkeitsentwicklung durch Wahrnehmung, Erleben und Bewegung in innerdifferenzierter Form aufgrund von Lernprozessen in Abhängigkeit von Wachstum und Reifung geschieht. Dabei bedeutet Förderung der Entwicklung und Behandlung von Störungen direkte Einflußnahme auf die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Kindes.“ (MEETH 1995, 30) Drei Erfahrungsbereiche stehen im Vordergrund:

- „Körper-Icherfahrung (mit sich selbst umgehen lernen, Ich-Kompetenz);
- materielle Handlungserfahrung (mit Umweltobjekten umgehen lernen, Sach-Kompetenz);
- soziale Handlungserfahrung (mit anderen umgehen lernen, Sozial-Kompetenz)“ (MEETH 1995, 30–31).

Das jeweilige Vorgehen wird durch die Klientel bestimmt. Abhängig von der Ausprägung der Störung gestalten sich die therapeutischen Zugänge bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, bei denen die Persönlichkeitsentwicklung und die Einheit von Wahrnehmung, Erleben und Handeln gestört ist. Manchmal reicht die Qualifikation des Therapeuten nicht aus, um die Gesamtheit der Klienten befriedigend zu behandeln. „So kommt es

zum zusätzlichen Angebot spezifischer Therapieverfahren wie z.B. Familientherapie, Psychodrama oder auch Gestaltherapie“ (MEETH 1995, 31–32).

In der psychomotorischen Übungsbehandlung soll der Zusammenhang zwischen Entwicklungsstörungen, seelischen Behinderungen und motorischen Retardierungen, der wechselseitigen Verknüpfung von psychischen Vorgängen mit motorischen Phänomenen aufgedeckt und bearbeitet werden. Es soll eine Therapie über Bewegung erfolgen, die die Entwicklung des Kindes über die Motorik fördert.

Die Klientel besteht vorwiegend aus Vorschulkindern, Schulkindern, Jugendlichen und Heranwachsenden mit Verhaltensstörungen auf organischer, seelischer und sozialer Grundlage. Dazu gehören Entwicklungsverzögerungen, Sprach-, Lern- und Bewegungsstörungen. Weitere Diagnosen der Kinder, die für diese Therapieform geeignet scheinen, sind Suchtprobleme, komplexe Lern-, Leistungs- und Verhaltensstörungen, Broken-Home-Situationen, gestörte Familiendynamik und Kinder mit Diagnosen wie MCD (Minimale Cerebrale Disfunktion), hyperaktive Kinder und solche mit Neurosen, Psychosen, autistischen, schizophrenen und/oder delinquenten Verhaltensweisen.

Ziel ist es, Hilfestellungen für eine möglichst selbstständige Umweltbewältigung, zur Handlungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung zu geben, wobei die Motorik sowohl Ziel als auch Medium zur Förderung ist. Hier zeigen sich die fließenden Übergänge zwischen Therapie und Pädagogik. Je nach individueller Problematik müssen im Zusammenhang mit der konkreten Gruppendynamik strukturierte und offene Lern-, Handlungs- und Erfahrungsangebote unterschiedlich gewichtet und berücksichtigt werden. Dabei geht es nicht um das Einüben von Fertigkeiten. Es sollen basale motorische, sensorische und vor allem psychisch-motivationale Voraussetzungen für spätere Transferleistungen geschaffen werden. Lernen, wie gelernt wird, ist wichtig.

Jedes Kind ist denk- und handlungsaktiv. Die Freude am Lernen, Neugier und Explorationsverhalten sollten wieder gefördert werden. Den Umgang miteinander zu lernen ist wichtig, die Gestaltung von Atmosphäre, der Räumlichkeit, der personalen Beziehungen und der Inhalte, z.B. das Beachten, Respektieren und Integrieren von Wünschen und Änderungsvorschlägen sowie von Kritik. Verständnis für das Fühlen, Denken, Erleben des Kindes, Geduld, Einfühlungsvermögen, Humor, aktives Mittun, Entgegenkommen und Hilfestellungen in Konfliktsituationen; Durchsetzungsvermögen, konsequente Haltung, das Festlegen und Einhalten von Abmachungen und Rahmenbedingungen als wesentliche Orientierungshilfen für die häufig in ihren Wahrnehmungsstrukturen desorientierten Kinder sind notwendig. Konstanz, Berechenbarkeit und Kongruenz der Persönlichkeit des Therapeuten geben den Kindern Sicherheit. Wichtige Voraussetzungen für die Arbeit sind differentialdiagnostische Ergebnisse, therapiebezogene Diagnostik und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die zeitliche Begrenzung der Therapie muss angemessen sein, und die räumlichen Verhältnisse sollten entsprechend für die Kinder passen. Spieltherapeutische, bewegungspsychotherapeutische und sporttherapeutische kindgerechte (entwicklungs-

bezogene und gruppenorientierte, funktionsbezogene und mehrdimensionale) Inhalte werden mit genutzt. Darüber gibt es, laut JAROSCH et al., eine Entwicklung des Selbstbewusstseins und eine Steigerung des Selbstwertgefühles. Bewegung ist besonders bei Kindern das primäre Medium der Kommunikation. Ein Kind reagiert leibhaftig, und deshalb kann darüber ein guter Zugang zum Psychischen erlangt werden. Das Spiel dient als natürliches Medium des Kindes, mit dessen Hilfe es angesammelte Gefühle von Spannungen, Frustrationen, Unsicherheit, Angst, Aggression und Verwirrung ausspielen kann. Die Form der Gruppentherapie ist sehr sinnvoll, so JAROSCH et al., da Kinder mit anderen Kindern anders und meist besser lernen. Im Zwei-Therapeuten-Modell (ZTM) ist gute Kooperation nötig. Die Eltern sollten bei Störungen der Familiendynamik evtl. auch zur Elternberatung oder zur (Familien-)Therapie geschickt werden. JAROSCH, GÖBEL und PANTEN halten ihren ganzheitlichen, handlungs- und kindorientierten Ansatz, wie er auch bei KIPHARD schon beschrieben wurde, für die Kinder für sehr hilfreich. Den Kindern müssen gute Bedingungen für ihre Entwicklung bereitgestellt werden, Hilfen für den Abbau von Entwicklungsbarrieren. Ziel ist es, dem Kind zu ermöglichen, dass es sich als sinnvoll erlebt. In und mit der Bewegung soll es befähigt werden, sich über die Interaktion mit seiner Umwelt selbst zu strukturieren (vgl. JAROSCH/GÖBEL/PANTEN 1989, 153).

6.2.2 Psychomotorische Entwicklungstherapie auf neurophysiologischer Basis (BURMEISTER)

Diese Methode stellt die Strukturen einer ganzheitlichen, entwicklungsorientierten, psychomotorischen Behandlungsweise auf dem Hintergrund einer systemisch-organischen Theorie da.

Die Fähigkeit zur Selbstregulation (SR) ist eine Grundvoraussetzung, um überleben zu können. Die Selbstregulation wird gesteuert durch Prozesse, die im inneren Organismus stattfinden und eigenen Gesetzen gehorchen. Die Steuerung der Entwicklungsprozesse erfolgt gemäß den Festlegungen durch den genetischen Code. Der Dialog und die Interaktion dienen als Brücke zwischen Umwelt und Programm. Um funktionsfähig zu bleiben, brauchen (offene) Systeme große Freiheitsspielräume und viel Eigenverantwortlichkeit. Ein dabei eine Rolle spielendes Prinzip ist das genetische Rückkopplungsprinzip: Jeder Entwicklungsschritt ist mit dem vorhergehenden rückgekoppelt.

Wenn in der Behandlung die neurophysiologischen Voraussetzungen für Handlungsfähigkeiten auf höheren Ebenen verbessert werden, so wird man damit einem Ganzheitlichkeitsanspruch gerecht. Dabei sind interaktive und kommunikative Prozesse Grundlage der psychomotorischen Entwicklungsbehandlung.

Die Eigenaktivität des Kindes soll gefördert werden, da sie die Lernvorgänge entscheidend verstärkt (MONTESSORI). Das neurophysiologische Gegenstück dafür ist in den Projektionen des beabsichtigten Handlungskonzeptes über refferente Bahnen in den Assoziationsfeldern des Gehirns abgebildet. Diese Erkenntnis wurde von PIAGET noch vernachlässigt,

während sie von PAPOUŠEK hervorgehoben wurde. Interaktionen im Kontext von Geborgenheit, Zuwendung und Akzeptanz sind die wesentlichen sozial-emotionalen Rahmenbedingungen für ganzheitliche Entwicklungsprozesse.

Die Entwicklungstherapie ist eine Interaktionstherapie mit viel Eigensteuerung. Die Grundlagen des psychomotorisch-therapeutischen Handelns sind die Fähigkeit zur Selbstregulation und die Darbietung der Basissinnesreize, die Fähigkeit, die Botschaft der Handlung intuitiv und bewusst zu empfangen und als Therapeut zu entschlüsseln. Die Körpersprache muss dabei klar sein.

Der Ablauf einer Schädigung kann folgendermaßen aussehen: Bei einer vestibulären Störung des Kindes kann das Kind ängstlich, schreckhaft und häufig schreiend sein. Dadurch kann die Mutter-Kind-Bindung gestört werden, da die Mutter eigentlich ein entspanntes, zum Dialog bereites Kind erwartet und frustriert ist, dass dies nicht so ist. Die Beziehung kommt in eine kritische Phase. In der Folge treten häufig sekundäre Probleme wie Verhaltensstörungen auf.

Der Begriff *Behandlung* steht hier für einen passiven Vorgang. Es ist also ein falscher Begriff für die neue Vorgehensweise: Kindern muss Raum geboten werden, der sie anspricht und selbsttätig werden lässt. Die räumlich-materiellen Bedingungen entsprechen denen der personenzentrierten Mototherapie und der „Sensorischen Integration“. Personale Bedingungen sind dafür: Der Therapeut sorgt für körperliche und psychische Sicherheit der Kinder, strukturiert den Raum und setzt Grenzen; im Dialog steht er mit dem Kind über persönlichen körperlichen Einsatz.

Aus systemischer Sicht ist es wichtig, Bewegung in das System zu bringen, um die festgefahrenen Strukturen zu sprengen und neue dynamische Prozesse aufkommen zu lassen. Je nach Situation sollten die Eltern und Lehrer mit eingebunden oder ausgegrenzt werden. Videodemonstrationen von den Behandlungsstunden auf den Elternabenden können dazu beitragen, auch die alltäglichen Erziehungsstrategien zu verändern, so dass sich die Kinder in ihren Lebensräumen besser selbst regulieren können.

Ziel ist es zu erreichen, dass sich jedes Kind auf seine Stufe begeben und sich von dort aus weiterentwickeln kann. In der Therapie sind von Seiten des Therapeuten ausgehende Ruhe, empathische Grundstimmung, helfen, schützen, animieren, Rollen übernehmen und sich wieder herausnehmen relevant. Methodisch-didaktisch gesehen sollen z.T. biologisch endogene Prozesse angestoßen werden, die sich weitgehend der Planbarkeit entziehen und aus dem Moment heraus geboren werden. Je mehr das Kind selbst das Geschehen lenkt, umso mehr ist es programmbezogen, d.h. in seinem Programm wirksam.

Die Zielgruppe setzt sich zusammen aus Kindern mit Störungen der Konzentrationsfähigkeit, Mängeln in der Handlungsorganisation, Problemen im Selbstwert, Problemen in der Selbstkontrolle, Störungen des Selbstvertrauens, Lernstörungen, Beeinträchtigungen des abstrakten Denkvermögens, Problemen mit der Lateralisation, mangelhaften Selbstregula-

tionsmöglichkeiten psychomotorischer und psychogener Probleme als Folge nicht mehr adaptierbarer Umwelteinflüsse.

Je jünger ein Kind ist, umso effektiver ist die Behandlung! Das Kind muss sich allerdings schon von der Mutter lösen können. Im Gegensatz zur stark lenkenden sensorischen Integrationsbehandlung verliert die Therapiestunde jegliche Symptomorientiertheit, und es wird zum Ziel, Situationen und Handlungen entstehen zu lassen, die Spaß bereiten.

6.2.3 Kindzentrierte psychomotorische Entwicklungsförderung (ZIMMER/VOLK-AMER)

Der Ansatz der kindzentrierten psychomotorischen Entwicklungsförderung – oder auch Mototherapie – ist nicht direktiv. Die Stärkung des Selbstbewusstseins wird als eine wesentliche Aufgabe angesehen. Die Entwicklung des Körperkonzeptes, der Körpermerkmale und körperlicher Fähigkeiten dient als Anker für die Entwicklung des Selbstkonzeptes. Bei neurotischen Personen ist die Diskrepanz zwischen der Idealvorstellung des Selbstkonzeptes und dem Tatsächlichen groß, abhängig vom Umweltkonzept. Emotional-affektive Bewertungsmuster spielen eine große Rolle für die Selbstwertschätzung.

Die Sicherheit im eigenen Körper zu spüren ist eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Selbstbewusstsein. Positive Erfahrungen mit dem Körper stärken deshalb das Selbst. Die Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls ist die grundlegendste Funktion des Selbstsystems.

Die Bedingungen für die Entwicklung einer positiven Selbstwertschätzung des Kindes sind: angemessenes Erziehverhalten, um positive Selbstwertschätzung aufzubauen, ein realistisches Selbstkonzept und Selbstakzeptanz, Verantwortlichkeit für das eigene Verhalten, Selbstständigkeit und Selbstkontrolle.

Eine Veränderung des Selbstkonzeptes wird nur erlangt, wenn das Kind es als selbst bewirkt ansieht, deshalb müssen aktive Situationen bereitgestellt werden. Es muss geschaut werden, welche internalen oder externalen Zuschreibungen oder Attribuierungsmuster bei den Kindern vorliegen und inwieweit sie verändert werden müssen.

Die Kinder, die hier zur Therapie kommen, haben meist zusätzlich zu den senso-motorischen Schwierigkeiten Verhaltensauffälligkeiten wie Hemmungen, Übervorsichtigkeit, Aggressivität, Hyperaktivität. Sie haben oft ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper und daraus resultierend wenig Vertrauen in ihre Fähigkeiten.

So ist eine Umstrukturierung der Selbstwahrnehmung unabdingbar. Das Kind muss sich körperlich, intellektuell und sozial wertvoll fühlen, wobei aber dem Kind keine übertriebene Rückmeldung gegeben werden sollte. Die Stärkung des Selbstbewusstseins sollte unabhängig von und trotz körperlicher und motorischer Mängel erreicht werden, d.h., die

therapeutische Aufgabe besteht darin, das Kind selbstbewusst, leistungszuversichtlich und gegebenenfalls unabhängig von der Bewertung durch die soziale Umwelt zu machen.

Vom Kind kommen vorrangig die Handlungsimpulse. Dem Kind wird die Möglichkeit gegeben, selbst aktiv zu werden; Aufforderungen zum Mitmachen gehen von motivierendem Material und dem Erlebnis intensiver Bewegungssituationen aus. Der Therapeut/die Therapeutin ist als unauffälliger und unaufdringlicher Spielpartner dabei.

Bewertungen der vom Kind gezeigten Handlungen durch das TherapeutInnenteam sollten möglichst vermieden werden. Leistungen sollten wertungsfrei erlebt werden, damit die Kinder nicht von den Bewertungen abhängig werden und die Sachen tun, weil sie den Therapeutinnen gefallen wollen. Die Kinder sollten spielen, weil es ihnen Spaß macht. Die Reaktionen sollten realistisch und leistungszuversichtlich sein, sonst wird das Selbstbild unrealistisch und bricht in Belastungssituationen zusammen. Vergleiche werden nur intraindividuell, aber nicht interindividuell gegeben. Grenzen werden nur dort gesetzt, wo sie zum Schutz der Gruppenmitglieder und des Materials notwendig sind und um die Mitverantwortung des Kindes zu verdeutlichen: Verboten sind mutwilliges Zerstören von Material und aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern. Gruppenerfahrungen können z. B. für gehemmte Kinder lebenswichtig sein, um erst stellvertretend andere für sie Erfahrungen machen zu lassen.

Parallelen zur nicht-direktiven Spieltherapie (AXLINE) bestehen, aber das Medium Bewegung bringt einige Besonderheiten mit sich. Verbale Anteile der Kommunikation zwischen Therapeutin und Kind werden zugunsten körperlicher Aktivitäten reduziert. Die Materialien sind bewegungsorientiert und lassen das Kind nicht nur vor dem Spielzeug sitzen. Parallelen sind sicher die vorbehaltlose Annahme der Kinder und die Schaffung einer Atmosphäre des Gewährens. Die Kinder können sich innerhalb weit gesteckter Grenzen nach eigenem Ermessen verhalten. Es wird Gelegenheit gegeben, mit Schwierigkeiten selbst fertig zu werden. Das Kind ist der Wegweiser, die Therapeutin folgt! Die Bewegung hat also eine große Bedeutung: Das Kind hat einen Körper. Zugleich ist es sein Körper, in dem es sich vorrangig ausdrückt. Er ist untrennbar mit dem Selbst verbunden (VOLKAMER/ZIMMER 1986). Dieser Ansatz wurde von ZIMMER in den folgenden Jahren weiterentwickelt (ZIMMER 1999).

6.2.4 Psychomotorik mit Erwachsenen: Konzept einer Bewegungstherapie in der Psychiatrie auf psychomotorischer und sportpädagogischer Basis (HÖLTER)

HÖLTER beschreibt, dass man sich in diesem Bereich zwischen den Polen der Bewegungsphysiotherapie und Bewegungspsychotherapie bewege. Denken und Fühlen werden in motorische Impulse umgesetzt. HÖLTER meint, dass sich im motorischen Ausdruck von Patienten nicht vornehmlich neurologisch feststellbare Abweichungen und Defizite offenbaren, sondern tiefer greifende Entwicklungs- und Beziehungsprobleme. Die Art der

Psychomotorik, die in Frankreich entwickelt worden sei, sei in dem Sinne auch mehr psychoanalytisch orientiert. In Deutschland zeige sich mehr eine neurologisch orientierte Therapie mit dem Ziel, Symptome zu beseitigen und gestörte Verhaltensweisen zu wandeln. In diesem Zusammenhang definiert HÖLTER vier Spannungsfelder der Therapie:

1. *Defektorientiertheit versus Entwicklungsförderung*: Hier soll gegenübergestellt werden, dass Symptome einmal vorrangig als „individueller Defekt“ interpretiert werden können oder als „Ausdruck komplexer psychosozialer Zusammenhänge“. Die Bewegungstherapie versucht ihre Maßnahmen in ein Teamkonzept einzubinden, um die Beachtung sozialer Ursachen und Folgen ihrer Tätigkeit und die Förderung von gesunden Anteilen der Leiblichkeit der PatientInnen zu fördern.
2. *Konflikt zwischen Rollenhierarchie und Selbstbestimmung*: „Therapie ist durch die Bezugsverhältnisse zwischen Fachmann/frau und Patient/in geradezu definiert. Die Unterstellung der Richtigkeit des Wissens und Handelns auf der einen Seite und die Hilfesuchende Abhängigkeit auf der anderen Seite bedingen nahezu zwangsläufig ein hierarchisches Verhältnis. [...] Durch eine solche eindeutige Rollenverteilung wird in den meisten Fällen die Eigenaktivität des Patienten eingeschränkt“ (HÖLTER 1990, 186). Der Selbsthilfegedanke ist für mich dagegen wesentlich als Hinführung zur eigenverantwortlichen Veränderung.
3. *Normensicherheit versus Normenreflexion*: Therapie ist in der Regel durch eine erstaunliche Normensicherheit gekennzeichnet. Diese sollte hinterfragt werden. Hier sind die Entwicklung einer Bewegungsempathie für den Therapeuten und eine kritische Überprüfung der mit Sport und Bewegung verbundenen Normen im Hinblick auf die Bedürfnisse des Patienten notwendig.
4. *"Körper haben versus Leib sein"*: Es besteht die Gefahr, den Körper zu instrumentalisieren. Der Leib sollte verstanden werden als Einheit von Körper und Ich. Nicht der Körper bewegt sich, sondern „Ich“ als Person bewege mich. Dies bedeutet eine „Abkehr von rein mechanischen oder physiologisch orientierten Körperübungen und eine Hinwendung zu einem Verständnis der Bewegung als sinnhafter Einheit von Wahrnehmen, Bewegen und Erleben.“ (HÖLTER 1990, 187)

Eine eindeutige Position ist schwierig, da z. B. ein Patient mit manischer Symptomatik ein größeres Maß an Hierarchie und Struktur braucht als ein zwanghafter Patient und die Normensicherheit auf Seiten des Therapeuten bei Psychotikern erheblich ausgeprägter sein muss als bei Neurotikern. Für das Konzept der Bewegungstherapie in der Psychiatrie sieht HÖLTER folgende Schwerpunkte:

1. „eine Verbindungslinie von individuellen Symptomen zu einer allgemeinen Entwicklungsförderung zu suchen,

2. eine Rollenhierarchie zwischen Patient/in und Therapeut/in möglichst in Richtung auf mehr Eigeninitiative und Selbsthilfe abzubauen,
3. Normen auf dem jeweiligen eigenen Lebenshintergrund und dem des Patienten/der Patientin zu reflektieren,
4. eine Verbindung von der Wahrnehmung des Körpers und seiner biologischen Funktion zum phänomenalen Leib herzustellen“ (HÖLTER 1990, 187).

Als Ziele für die Bewegungstherapie nennt HÖLTER die Aktivierung einmal in Bezug auf die allgemeine Aktivierung im Sinne der Überwindung von Passivität und die primäre Aktivierung im Sinne der Rehabilitation von einfachen Erfahrungen. Als zweiter Punkt ist ihm die Freizeitgestaltung sehr wichtig. Dann folgt die Vermittlung von Bewegungsfertigkeiten und -techniken. Dabei hält er es für notwendig, Sportarten zur Befähigung der Teilnahme an der Bewegungskultur, Bewegungsformen mit einem „Sinn in sich“ und körperbezogene Überlebenshilfen in Stresssituationen zu erlernen. Als Letztes möchte er die Bewegung als Element der Psychotherapie nutzen. Das bedeutet für ihn, die Bewegung als Vorbereitung und Begleitung einer verbalen Psychotherapie zu nutzen, aber auch als Bewegungstherapie im Sinne einer eigenen primärtherapeutischen Form. Bewegungstherapie soll bei ihm als psychotherapeutische Wirkungsannahme Verwendung finden, da sich in äußerlich erkennbaren Handlungen des Menschen sein besonderes „Weltverhältnis“ und seine Persönlichkeitsstruktur zeigen. Dabei ist eine unmittelbare oder symbolische Darstellung der Probleme möglich. Für die Bewegungstherapie ist es charakteristisch, Körperlichkeit und Bewegung von Patienten als möglichen Ausdruck von Problemlagen zu sehen, z.B. veränderte körperliche Zustände wie erhöhter Tonus, niedrige Atemfrequenz, große Schritte und hartes Auftreten, in Bewegung deutlich werdende soziale und emotionale Zustände wie Angst vor Nähe und Berührung, Distanzlosigkeit und Bedrohung. Es sollen also auch die bewussten Ausdrucksfunktionen der Bewegung und ihre Interpretationen Berücksichtigung finden. Für die Inhalte der Bewegungstherapie sind verschiedene Kriterien zu berücksichtigen wie der Bezug zu den Zielen, der Situationszusammenhang und die Betrachtungsweise bestimmter Spiele, bedingt durch das Alltagsverständnis psychisch kranker Menschen. Wenn diese sie zu sehr unter Leistungsaspekten sehen, ist ein Wohlbefinden sicher schwerer zu erreichen. Die Inhalte sind am Bedeutungsaspekt menschlicher Bewegungsbehandlung orientiert wie Gesundheit/Wohlbefinden, Spielen und Leistung, Entspannung/Kontemplation, Kommunikation/Interaktion, Exploration/Awareness, Expression/Gestaltung.

Für die PMFT-Stunden scheinen HÖLTERS Schwerpunkte des Konzeptes der Bewegungstherapie relevant zu sein und auch der Aspekt, die Ausdrucksfunktion der Bewegung zu beachten.

6.2.5 Sensorische Integrationstherapie nach Jean AYRES im Vergleich zur Frostigtherapie von Marianne FROSTIG

Die Frauen Marianne FROSTIG und Jean AYRES haben beide als zentrales Ziel ihrer Arbeit gehabt, den lerngestörten Kindern zu helfen, denen von den traditionellen Methoden der Pädagogik, Psychologie und Therapie zu ihrer Zeit keine entsprechende Hilfe zukam. Beide waren Ergotherapeutinnen und fühlten sich der humanistischen Psychologie zugehörig. Beide studierten noch Psychologie und beide sind Doktorinnen und Professorinnen der pädagogischen Psychologie. AYRES beschäftigte sich allerdings mehr mit der Hirnforschung. Sie befruchteten sich gegenseitig in ihrer Arbeit. Beide stießen unabhängig voneinander darauf, dass Wahrnehmungsstörungen als Ursache für bestimmte Lernstörungen zu sehen sind.

In FROSTIGS Institut hatte sie die Möglichkeit, in Untersuchungen die Erkenntnisse der Psychoanalyse und der neuen Methoden des Lernens durch Bewegung zusammenzubringen. Sie integrierte Pädagogik und Therapie in ihrem Konzept. Ihre Erkenntnis, „daß sich höhere corticale Leistungen aus der Wahrnehmung seiner selbst und der Umwelt entwickeln“ (SCHAEFFGEN 1993, 206), waren für sie dabei zentral. Ihr Vorgehen ist es, über die „Ermutigung zu kreativer Bewegung die Wahrnehmung zu verbessern und damit die Voraussetzung und Grundlage zum kognitiven Lernen zu schaffen“ (SCHAEFFGEN 1993, 207). Sie analysierte die Grund-Wahrnehmungsleistungen und versuchte, eine Hierarchie aufzuzeigen. Sie erstellte dabei einen Test zur Feststellung der Entwicklung der visuellen Wahrnehmung. Hierbei konnte ein Zusammenhang zwischen visuellen Wahrnehmungsstörungen und Lernstörungen nachgewiesen werden. Die visuelle Wahrnehmung wird dabei als sensomotorischer Regelkreis beschrieben, der jede neue Qualität auf die Funktion einer vorhergehenden stützt. Dadurch verbessert er sich. FROSTIGS Grundsatz dabei ist, „daß Lernen nur erfolgreich sein kann, wenn es mit Freude getan wird“ (SCHAEFFGEN 1993, 209). Sie meint, dass Lernen dem Kind dann Freude macht, wenn es etwas lernt, das seinem momentanen Entwicklungsstand entspricht. Das bedeutet, dass die Voraussetzungen zur Aufnahme des zu Lernenden vorhanden sind. Die visuellen Wahrnehmungsleistungen bauen wiederum auf anderen Wahrnehmungsleistungen auf wie der Körperwahrnehmung. FROSTIG betont später, dass die Elemente ineinander übergehen. Die kreative Bewegung wird von FROSTIG in Koordination, Beweglichkeit, Kraft, Gelenkigkeit, Schnelligkeit, Gleichgewicht und Ausdauer aufgeteilt. Diese sind in ihrem Motoriktest (Frostig Movement Skills Battery, kurz Frostig Test Movement – FTM) wiederzufinden.

Die Übungen zur Förderung der Wahrnehmung werden immer als kreatives Angebot und nicht als Funktionsübung beschrieben.

AYRES sah durch die Arbeit mit Hirnverletzten Parallelen der perzeptiven Störungen zu Lernstörungen. Sie konnte auch in ihrer Forschungsarbeit zentrale Lokalisierungen bestimmter Wahrnehmungsverarbeitungen in bestimmten Hirnebenen bestimmen. Sie untersuchte zudem den therapeutischen Einfluss bei gewissen Störungen. Sie konnte

tersuchte zudem den therapeutischen Einfluss bei gewissen Störungen. Sie konnte daraus „eine neurophysiologische Sichtweise und Behandlungsmethode von Kindern mit Hirnfunktionsstörungen entwickeln und erproben: Die sensorische Integrationstherapie als basale Wahrnehmungsbehandlung für perceptiv schwer gestörte Kinder, Jugendliche und Erwachsene“ (SCHAEFGEN 1993, 212). Die Wahrnehmungsfunktionen wurden bei AYRES wie bei FROSTIG faktorenanalytisch getrennt, um sie messen zu können, faktisch sind sie miteinander verbunden. AYRES hat den SCSI-Test (Southern California Sensory Integration Test) entwickelt, in dem visuelle Wahrnehmung gemessen wird. Beide Tests weisen Parallelen bei Definitionen und Umsetzungen auf, da sich die beiden Forscherinnen gut kannten. Ein besonderer Bereich, der bei AYRES Test zusätzlich enthalten ist, ist der taktil-kinästhetische Reize betreffende Wahrnehmungsbereich. Für diese Arbeit scheint mir eine Vertiefung in die beiden Tests aber nicht weiter nötig, so dass ich auf die Primärliteratur, die beiden Testverfahren, verweisen möchte. In diesem Zusammenhang erscheint mir relevant, dass AYRES und FROSTIG sicher für die psychomotorischen Verfahren gute Vorarbeit geleistet haben, was die Erklärung und die Erfassung der Wahrnehmungskomponenten angeht. Ein besonderes Forschungsgebiet von AYRES ist der Zusammenhang zwischen Augenbewegungen, Gleichgewicht und Lernstörungen. „Basale Perceptionsstörungen sind die wesentlichen Ursachen für die gravierenden Lernstörungen“ (SCHAEFGEN, in: DOERING/DOERING 1993², 214). In der sensorischen Integrationstherapie werden die Erkenntnisse in einer Behandlungsmethode umgesetzt. Bei AYRES erfolgt erst eine genaue Diagnostik, um die Ergebnisse dann für die Bewertung umzusetzen. „Die Behandlungsvorschläge für diese Bereiche sind sehr vielfältig sensorisch-integrativ, also Verbindung schaffend zwischen den basalen und Umweltwahrnehmungen“ (SCHAEFGEN in: DOERING/DOERING 1993², 214). Die Geräte und Methoden sind für die jeweiligen Altersstufen passend gemacht. Dem Kind werden immer neu variierende sensorische und sensomotorische Herausforderungen gestellt.

„Eine deutliche Übereinstimmung beider Konzepte liegt in der Grundlage, perceptive Störungen als Ursache von bestimmten Lern- und Verhaltensstörungen anzusehen“ (SCHAEFGEN, in: DOERING/DOERING 1993², 215). Gemeinsam ist die „Erkenntnis des Aufbaus der Wahrnehmung von der inneren Wahrnehmung taktil-kinästhetisch-vestibulär über die Umweltwahrnehmung visuell-auditiv zur Außenweltwahrnehmung als abstrahierende Integrationsleistung der sensorischen Systeme. Dies bedingt die übereinstimmend empfohlene therapeutisch-pädagogische Vorgehensweise, entwicklungsorientiert sensorisch basal zu beginnen und weitere Wahrnehmungsverbindungen“ aufzubauen. Die Entwicklung des Körperbewusstseins beschreibt FROSTIG als Erziehungsziel. Für AYRES ist dies die sensorische Integration der ästhetisch-vestibulären Basiswahrnehmungen. „Gemeint ist das gleiche und die Wege sind deshalb [...] verschieden, da [...] FROSTIG eher leichtere perceptive Störungen vorgefunden hat, die auch bis auf wenige Ausnahmen in Gruppen unterrichtet und behandelt wurden, und [...] AYRES gravierendere Störungen, die fast alle nur einzeln behandelt werden konnten“ (SCHAEFGEN 1993, 215).

Beide Therapierichtungen geben dem Kind die Möglichkeit zur Aufnahme von Reizen aus dem eigenen Körper, aus Berührung und Bewegung. Die kreative Interaktion zwischen Therapeut und Kind findet bei beiden Formen statt. Es wird bei beiden Raum gegeben für die spontane Neuentdeckung von Reizen von Materialien und Geräten. FROSTIGS Therapieform zeigt mehr verbale Instruktionen und eine festere Struktur. Da FROSTIG in Gruppen arbeitet, kann mehr das Element der Nachahmung zum Tragen kommen. Beide Therapieformen waren in ihrer Entwicklungszeit sehr hilfreich in der Praxis mit wahrnehmungsgestörten Kindern und sind auch heute noch relevante Methoden. Mit den Weiterentwicklungen der Methoden, dem Konzept der Psychomotorik und der Systemtherapie stellen sie eine hilfreiche Vorstufe dar, um das neue Setting der psychomotorischen Familientherapie zu entwickeln.

Ein zentraler Satz ist: „Das Kind dort abholen, wo es ist.“ Das wird allerdings nicht nur bei diesen beiden Therapierichtungen propagiert, sondern auch in psychomotorischen und anderen Verfahren.

Erreichen möchte die sensorisch-integrative Therapie mit ihrem neurophysiologischen Ansatz also „die Verbesserung und Optimierung des Zusammenspieles aller Sinneswahrnehmungen, wobei die niederen Sinne ihren ordnenden Einfluß auf die höheren Sinnesmodalitäten ausdehnen“ (KIPHARD 1990, 126). Es soll eine systematische Anregung für die körperliche Eigenwahrnehmung, die Raum- und Gleichgewichtssteuerung stattfinden. Es geht dabei vor allem „um die Erhöhung der Körperempfindungsfähigkeit und des Körpergedächtnisses als Voraussetzung zur allmählichen Herstellung einer stabilen Tonus- und Balanceregulation“ (KIPHARD 1990, 126). Es wird auf die kindlichen Bedürfnisse und die funktionellen Vorlieben eingegangen. Die Sensorische Integrations(SI)-Behandlung zeichnet sich durch ein hohes Maß an Kindgemäßheit aus. Es geht nach den Bedürfnissen des Kindes. Es sollte immer auf eine adäquate Reizdosierung geachtet werden. Störungssymptomatiken sind unter anderem: MCD (Minimale cerebrale Dysfunktion), Teilleistungsschwächen, motorische Koordinationsstörungen, Wahrnehmungs-, Lern- und Verhaltensstörungen.

Anfangs zählte das Verfahren noch zu den Beschäftigungstherapien und wurde viel funktionaler durchgeführt, mittlerweile ist die SI-Behandlung mehr ganzheitlich und kindgemäß-erlebnisorientiert in ihren Lernzielen und -inhalten. Es werden dabei aktiv eigene Möglichkeiten und Grenzen ausprobiert. Die Atmosphäre muss also kindgerecht sein und soll es ermöglichen, „die Fähigkeiten, mit der materiellen und sozialen Umwelt zu kommunizieren“, (KIPHARD 1990, 126) zu verbessern.

6.3 Ausgewählte Bewegungspsychotherapieverfahren

6.3.1 Konzentriative Bewegungstherapie

Die Konzentriative Bewegungstherapie (KBT), entwickelt von ELDA GINDLER (1926) und umgesetzt von STOLZE (1984) in den 50er-Jahren, ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, bei der Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln genutzt werden. Auf der Basis entwicklungs- und tiefenpsychologischer sowie lerntheoretischer Denkmodelle werden unmittelbare Sinneserfahrungen verbunden mit psychoanalytisch orientierter Bearbeitung. Es wurde als gruppodynamische Methode entwickelt. Da der Patient/die Patientin in sich einspüren und sein/ihr Körper-Ich erfahren soll, hat man es „konzentrativ“ genannt. GINDLER war mit dem Ausdruck nicht ganz zufrieden, wollte sie doch eigentlich in Ruhe und Bewegung die eigene Leib-Seele-Einheit erfassen wie auch die sozialen Beziehungen zur Umwelt. Dies, findet GINDLER, kommt in dem Wort ‚konzentrativ‘ wenig zum Ausdruck. „GINDLERS Leitidee war die, daß das Gewährwerden der eigenen Körperempfindungen, die recht eigentlich Schlüssel für unsere Gefühlsempfindungen sind, nicht durch gymnastisches Üben erreichbar ist, sondern allein durch ein Sich-Öffnen und Sensibel-Werden für die psychosomatischen Botschaften unserer Muskeln und Organe. Im Zuge dieses Akzeptierens seiner selbst verändert sich auch das Verhältnis zu seinen Mitmenschen“ (KIPHARD 1990, 180).

Die therapeutische Arbeit besteht aus Handlungsteilen zur körperlichen Wahrnehmung und Interaktion („Üben ohne Übungen“) sowie Gesprächsteilen, in denen das Erlebte angesprochen, seine Bedeutung reflektiert und durch Assoziationen vertieft wird. Es ist *kein* übendes Verfahren mit festgelegten Lerninhalten oder gemeinsamen Zielsetzungen. Es geht um die „Wahrnehmungen des eigenen Körpers in konzentrativer Ruhe wie auch in der Bewegung und um den Bezug zum Raum, zur materiellen und sozialen Umwelt“ (KIPHARD 1990, 180). Durch die konzentriative Beschäftigung mit frühen Erfahrungsebenen (einfühlend und handelnd) werden Erinnerungen belebt, die im körperlichen Ausdruck als Haltung, Bewegung und Verhalten erscheinen und die bis in die vorverbale Zeit zurückreichen können. Dabei können auch schwer beschreibbare Gefühle erst über den Körper ausgedrückt und so dann eher verbalisiert und bewältigt werden. Im Umgang mit Objekten (Materialien und Personen) wird, neben den realen Erfahrungen, ein symbolisierter Bedeutungsgehalt erlebbar. Die differenzierte Wahrnehmung ermöglicht ein Vergleichen eigener Einstellungen und eigenen Verhaltens zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Situationen, im Umgang mit verschiedenen Gegenständen und Partnern. „Im Miteinander-Agieren können im Laufe der KBT-Behandlung soziale Fehleinschätzungen, Kontaktbarrieren und angstbesetzte Abwehrhaltungen allmählich abgebaut werden“ (KIPHARD 1990, 180).

BECKER (1988) hat trotz gleicher Grundprinzipien eher eine analytisch orientierte KBT praktiziert als eine von den GINDLERSCHEN Prinzipien der psychosomatischen Selbstfindung geprägte.

Durch das Erproben neuer Wege können fixierte Haltungen und Fehlerwartungen abgebaut werden. Die Fähigkeit zu wählen und zu entscheiden wird wiedergewonnen und weiterentwickelt. In Abhebung von anderen psychotherapeutischen Verfahren ist dabei wesentlich, dass Leibliches die Grundlage und das Beziehungsfeld für individuell-eigen-gesetzliche physische, psychosomatische und psychische Abläufe bildet. Die aktualisierten Inhalte werden so konkret erfahrbar. Die Problematik wird „begreifbar“ und kann weiterbearbeitet werden. Dies kann durch Auseinandersetzung mit der Körpererfahrung im „Hier“ und „Jetzt“ geschehen oder durch verbale Interpretationen der aus bewusster und unbewusster Lebensgeschichte aufgetauchten Inhalte. Auf beiden Wegen können sich Veränderungen im Sinne einer Persönlichkeitserweiterung ergeben.

Bewährt hat sich KBT in erster Linie bei psychosomatischen Störungen und neurotischen Konflikten. Durch die Möglichkeit, über Körperwahrnehmung Entwicklungsdefizite der nonverbalen und vorverbalen Zeiten zugänglich zu machen, werden auch „frühe Störungen“ mit narzisstischer und Borderline-Symptomatik therapeutisch beeinflussbar. „Nach MEYER (1961) ist die Indikation für die KBT bei Angstzuständen (Phobien) und Zwangneurosen gegeben, während hysterische und insbesondere suizidale Patienten weniger gut darauf ansprechen. BECKER (1981) dagegen sieht die KBT bei schweren Phobien als kontraindiziert an. Das gleiche gilt für Patienten mit Kontaktängsten sowie für Psychotiker und Borderline-Patienten“ (KIPHARD 1990, 181). Es scheinen sich die Angaben in der Literatur über die Indikationen und Kontraindikationen zu widersprechen. Im Klinikalltag scheint aber auch bei Borderline-Patienten die KBT nach meinem Wissen erfolgreich angewendet zu werden. Es müsste untersucht werden, ob die Verträglichkeit vielleicht vom Borderline-Typus, z.B. des dependenten oder autonomen Typs (CASPAR 1996), abhängig ist.

Durch den „psychologischen“ Bewegungsansatz bei dieser Methode wird deutlich, dass es Sinn macht, die Erwachsenen, im Fall der PMFT die Eltern, in Bewegungsbezüge mit einzubeziehen. Auch sie müssen ihren Körper wieder mehr erspüren oder auf ihren Körperausdruck achten. Parallel zur „Spieltherapie der Erwachsenen“ (BECKER 1988, 86), wie die KBT genannt wurde, ist die PMFT eine „Spiel-,erspürens- und Ausdrucksmöglichkeit“ für die ganze Familie.

6.3.2 Integrative Bewegungstherapie

Die integrative Bewegungstherapie, von PETZOLD in den 60er-Jahren entwickelt, ist ein Teilgebiet der Integrativen Therapie auf der Grundlage der Gestaltherapie (nähere Erläuterungen dazu siehe Kapitel 6.4.2) und anderer Verfahren.

Bewegung wird bei PETZOLD (1994, 2) als „ein metatheoretisches Konzept aufgefaßt mit epistemologischen, ontologischen und antropologischen Implikationen“. Der Bewegungsbegriff bezieht sich also nicht nur auf die Lokomotion, auf die „Fortbewegung eines Dingkörpers von einer Stelle im Raum zu einer anderen“ (PETZOLD 1994, 2), sondern schließt

auch die emotionale, geistige, innere und soziale Bewegtheit mit ein, also auch die intrapersonale und die interindividuelle Ebene. „Bewegung wird gesehen als die, die begonnen hat, den Menschen als ganzen in seiner leiblichen Bewegtheit und seiner bewegten Leiblichkeit zu sehen und ernst zu nehmen, [...]. Bewegung heißt Aktivität in einer gegebenen Gegenwart, heißt immer auch Herkommen und stets auch Fortgang. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft kennzeichnen ‚Bewegung im Ablauf‘. [...] Der Bewegungsbegriff der integrativen Therapie ist daher nicht eindimensional auslegbar, sondern komplex und vielschichtig, ein Synergem, wie das Phänomen der Bewegung im ökologischen und sozialen Rahmen selbst. [...]“ (PETZOLD 1994, 3). Zudem sollte das Moment der kulturellen und sozialen Vielfalt von Bewegungsqualitäten berücksichtigt werden und nicht nur die Bewegung in Bezug auf ihre funktionelle Anatomie und Biomechanik.

PETZOLD (1994, 4) versucht sich „durch drei, bestimmte Aspekte betonende und sich ergänzende, teilweise überschneidende Definitionen dem Phänomen Bewegung anzunähern:

Menschliche Bewegung ist die aufgrund der genetisch vorgegebenen, sensumotorischen Organisation des Körpers und seinen ökologischen, sozialen und kulturellen Prägungen und Eingebundenheiten ausgebildete Lebens- und Ausdrucksform eines konkreten Subjekts, die es durch den Aufforderungscharakter (affordance) eines gegebenen Kontextes/Kontinuums in jeweils einzigartiger Weise aktualisiert. [...] In der Bewegung zeigt sich die Befindlichkeit der biographisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen im Zusammenspiel (commotilité) mit den Gegebenheiten seiner Situation und seiner Geschichte, an die er sich autoplastisch anpaßt, in die er sich ideoplastisch einpaßt oder die er kooperativ in alloplastischer Weise verändert. [...] In der Bewegung liegen die Möglichkeiten des Leibsubjektes, sich unter Ausschöpfung der Potentiale seiner Wahrnehmung, Mobilität, Expressivität, seiner Einbildungskraft, Gefühle, Stimmungen, Bedürfnisse im sozialen und ökologischen Kontext zu artikulieren, ja zu transzendieren, um die Welt – in Interaktion mit ihr – in funktionaler, kommunikativer und ästhetischer Hinsicht kokreativ zu gestalten.“

Die Therapie zeichnet sich dabei durch eine methodische Suchbewegung aus. Es besteht ein Prinzip der Korrespondenz, wobei ein komplexes Gebilde von Bezügen bewirkt wird: „durch Gedankenbewegungen, Gefühlsbewegungen, bewegtes Miteinander“ (PETZOLD 1994, 2).

„Die integrative Bewegungstherapie (IBT) ist ein psychodynamisch-orientiertes Verfahren mit phänomenologisch-hermeneutischer und leib-anthropologischer Ausrichtung. Es handelt sich um einen komplexen therapeutischen Ansatz, in welchem das körperliche Geschehen in den Vordergrund tritt, wobei gleichzeitig emotionales Erleben, kognitives Erfassen, sozialer Bezug und ökologische Einbettung bearbeitet werden“ (PETZOLD/RAMIN 1995). Das Ziel dieses holistischen, psychosomatischen Ansatzes ist es, leibliche Integrität und motorische Identität zu vermitteln. Ziel ist es außerdem, was durch die Vieltätigkeit der Methode schwierig ist, „die Behandlung seelischer Störungen über den

Körper, über die Sensibilisierung seiner Ausdrucks- und Entspannungsfähigkeit, über die Verbesserung der Sinneswahrnehmung, über Atembewußtsein und über ‚bewegungsimprovisatorische Selbsterfahrung‘ “ kompakt zu beschreiben (KIPHARD 1990, 182). Praktische Elemente aus vielen Verfahren werden genutzt, um die „Leib-Seele-Körpereinheit [zu; U. L.-R.] erreichen, die im Krankheitsfall immer wieder an irgendeiner Stelle gespalten ist“ (KIPHARD 1990, 182). „Dabei nehmen die Konzepte Gestalt, Ganzheit, Struktur, Figur/Grundrelation (= Kontext), Feld, Organismus und System eine zentrale Bedeutung ein. All diesen [genutzten; U. L.-R.] Konzepten [...] ist eigen, daß sie eine übergreifende Betrachtungsweise [...] anstreben, ohne daß dabei Teile [...] in ihrer Bedeutung verlorengehen“ (PETZOLD 1974, 298–299). Der Therapeut muss also ein großes Spektrum an Techniken und Praktiken aus verschiedenen Verfahren kennen und diese im Verlauf der Behandlung sehr flexibel handhaben können. Diagnostik und Therapie laufen parallel.

„Den Ausgangspunkt bilden die beim Patienten beobachtete Körperhaltung, seine Art sich zu bewegen wie auch seine psychische Befindlichkeit. Die eingeleiteten Sensibilisierungsprozesse sollen mit der Zeit eine Verhaltensänderung und eine positive Auseinandersetzung mit seinem Umfeld bewirken“ (KIPHARD 1990, 182).

Die Behandlungsmethode wurde speziell für Kinder und deren kindliche Entwicklungs- und Identitätsstörungen weiterentwickelt. PETZOLDS multimodale Arbeitsansätze werden genutzt, die funktional-übungsorientierte, erlebniszentriert-aktivierende und konflikt-zentriert-aufdeckende Arbeit zu integrieren.

Die Therapie soll durch Lernprozesse Verhaltensänderungen in Haltung und Bewegung, gefühlsmäßig und auf geistiger Ebene bewirken. Der therapeutische Prozess ist eingeteilt in: Initialphase (Kontakt finden), Aktionsphase (emotionale Erfahrung durch konfliktorientiertes Üben), Integrationsphase (Erfahrungsaustausch in der Gruppe, Feedback, rationale Einsicht) und Neuorientierungsphase (Erprobung der erreichten Verhaltensänderungen in Gruppensituationen) (vgl. KIPHARD 1999, 183).

Die Ganzheit des Menschen wird betont und der Mensch als „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ gesehen, der untrennbar in sein soziales und ökologisches Umfeld eingebunden ist. Der Mensch hat nicht seinen Körper, sondern ist der jeweilige Leib (vgl. MARCEL 1968).

„Der Leib, mit dem wir wahrnehmen und der wahrgenommen wird, mit dem wir berühren und der berührt werden kann, ist das Subjekt aller Wahrnehmungen, auch unserer Selbstwahrnehmung. Wir nehmen uns durch den Leib und als Leib wahr [...]. Der Leib als Grundlage allen Wahrnehmens und Handelns konstituiert durch diese beiden Modalitäten – die Welt wahrnehmen und in die Welt hineinwirken – unsere Identität als Leibsubjekt“ (PETZOLD 1978, 100).

Im Konzept von PETZOLD über die „commotilité“ ging er von der Beobachtung grundsätzlicher Lebensphänomene als Bewegungsaktionen aus, wie z. B. den nonverbalen Interaktionen zwischen Eltern und Kindern oder Spielsituationen von Kindern. „Die

Kommutilität ist nicht nur die in der Tat äußerst wichtige motorische Mitbewegung [...], sie ist auch Ausdruck eines ‚social interplay‘, das alle, die an ihm beteiligt sind, abstimmt und koordiniert. [...] Die Kommutilität findet sich als Grundphänomen bewegter Interaktionen zwischen Menschen“ (PETZOLD 1994, 5).

Da bei schweren psychischen und psychosomatischen Erkrankungen das herausstechende Faktum die Einschränkung, die Gestörtheit des bewegten Zusammenspiels, des Miteinanders in der Bewegung ist, wird deshalb in der Bewegungstherapie mit einer Vielfalt von Partnerübungen mit Imitation, Synchronisation, Spiegelung von Bewegung und Bewegungsabläufen gearbeitet, und die empathische Vorwegnahme von Bewegungssequenzen wird gefördert.

PETZOLD versteht die Bewegungstherapie auch als eine Leibtherapie, die Somato-, Psycho- und Nootherapie sowie soziale und ökologische Interventionen einschließt. „Beweglichkeit und Beweglichbleiben hat hier eine Schlüsselfunktion. Leib- und Bewegungstherapie will dazu beitragen, daß körperliche, seelische, geistige und soziale Beweglichkeit wiedergewonnen werden kann, vorhandenes Potential einer derartigen komplexen Mobilität erhalten bleibt, ja daß es sogar wachsen und sich entfalten kann“ (PETZOLD 1994, 6).

Die integrative Bewegungstherapie bezieht sich folgendermaßen speziell auf Kinder:

„Das Ich bildet sich [...] als ‚Körper-Ich‘ [...] dadurch, daß sich der Körper des Kindes in Abgrenzung zum Körper der Mutter erlebt [...]. Alle Lernerfahrungen, die durch Sozialisationsakte gemacht werden, werden über den Körper aufgenommen und von ihm cerebral verarbeitet und gespeichert“ (PETZOLD/BERGER 1977b, 453). So hat kindliches Tun immer etwas mit körperlicher Bewegung und körperlichem Ausdruck zu tun. Das Kind bewegt sich leib-körperlich bei allen Spielen. „Im Spiel bewegt sich das Kind, es bewegt sich selbst, d.h. sein Selbst bewegt sich in dieser Motion, die durch seinen Körper, seinen Leib in ihm und mit ihm stattfindet, erfahrbar, gefühlsmäßig erfaßbar wird – E-Motion (vgl. PETZOLD, H./ METZMACHER, B. 1984) [...] Der Leib wird als Grundlage aller Lernprozesse – auch der emotionalen, kognitiven und sozialen – zum Ausgangspunkt des therapeutischen Handelns in der integrativen Bewegungstherapie. [...] In unseren Bewegungen drücken wir immer etwas von dem aus, was wir gerade fühlen und wie unsere Gefühlswelt geprägt ist. In der Bewegungstherapie wird der Leib als Ort meiner Wahrnehmungen und Gefühle erlebbar. Die therapeutische Wirkung dieses Verfahrens ist auch deshalb so intensiv, weil sich die Arbeit in einem zunächst noch vorbewußten Bereich vollzieht, in dem es für die spontanen seelischen Heilungskräfte des Patienten oftmals leichter ist, zum Ausdruck und zur Wirkung zu kommen“ (METZBACHER 1995). Dieses Phänomen soll auch in der PMFT zum Tragen kommen. Ziel ist es ja auch, auf der Basis leiblicher Erfahrungen und durch anschließende Reflektion die personale, soziale und ökologische Integration des Kindes und der Familienmitglieder zu fördern wie bei der IBT. Der Körper soll also wieder wahrnehmungs-, kontakt- und handlungsfähig gemacht werden. Damit wird, wie PETZOLD es beschreibt, das *Leib-Subjekt* gestärkt. „In der therapeu-

tischen Arbeit mit Kindern greifen wir auf den Körper als frühestes Erlebnis- und Ausdruckselement zurück. ‚Bewegungstherapie ist Begegnungstherapie, dialogisches Geschehen und darüber hinaus ein basales Sich-in-Beziehung-Setzen, in Korrespondenz Stehen‘ (PETZOLD, H. 1978; 1980). [...] Die Erfahrung nonverbalen Erlebens des eigenen Körpers, seiner Grenzen und Funktionen, seiner Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeit, die über die bewegungstherapeutische Arbeit vermittelt wird, ist den spezifischen kindlichen Erlebensformen besonders gemäß. Kinder trauen oft den Worten nicht – weil sie zu viel davon hören, ohne sich angesprochen zu fühlen [...] Für Kinder zählt die erlebbare Tat‘ (METZMACHER 1995, 232). Das deckt sich mit meinen Annahmen, dass man mit den Kindern also in Bewegung tun und kommunizieren sollte. In der Bewegung drücken sie vermutlich eher das aus, was sie empfinden, als in dem, was sie verbal äußern. METZMACHER (1995, 232) schreibt, dass das, „was Kinder direkt sprachlich äußern, die Reproduktion von Außenmustern und erzwungenen Einsichten ist. Die über die Bewegung induzierte Erfahrbarkeit körperlicher Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten hat im Sinne von Nachreifung und Initiierung von Entwicklungsprozessen einen hohen therapeutischen Wert. [...] Durch das Wahrnehmen unseres Körpers und ihrer Verarbeitung und Speicherung werden Selbst und Ich immer differenzierter. Es bilden sich als miteinander verbundene Informationssysteme, somatische, emotionale und kognitive Strukturen.“

Die allgemeinen Ziele für die IBT sind folgende:

- „1. Pathologische Zustände (Defizite, chronische Störungen und akute Störungen) werden behandelt.
2. Gesunde Persönlichkeitsanteile (gesunde Verhalten, Wahrnehmungsvermögen, Erlebnisstrukturen, Ausdrucksfähigkeiten etc.) werden gestützt, und intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten werden stabilisiert.
3. Neue Verhaltensmöglichkeiten werden entwickelt und eingeübt“ (METZMACHER 1995, 232).

Diese Kriterien gelten im Rahmen der PMFT nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Eltern.

Das Setting scheint bei der IBT in Einzel- und Gruppenbehandlung möglich zu sein, die Dauer scheint variabel je nach Patient, Indikation und Prozess der Gesamtbehandlung. Es gibt verschiedene Arbeitsmodalitäten für die Behandlung:

1. Die funktional-übungszentrierte Arbeit strebt eine Verbesserung und Entwicklung der Funktionstüchtigkeit des Leibes an.
2. Die erlebniszentrierte Arbeit fördert die Kreativität, Sensibilität, Expressivität und Kommunikationsfähigkeit.
3. Die konfliktzentrierte Arbeit geht „vom offen beobachtbaren Verhalten, wie es sich in bestimmten Haltungen des Körpers, in Bewegungsabläufen, Spannungs- und

Verspannungs- und Erschlaffungszuständen des Körpers zeigt“ (PETZOLD/BERGER 1977, 457) aus. Dazu müssen therapeutische Ansatzpunkte gefunden werden.

Dem dynamischen Prozessgeschehen folgend, personale, mediale und lokale Spielräume schaffend, wobei sich latente oder manifeste Themen aktualisieren können, werden verschiedenste und vielfältige Techniken angewendet: freie Bewegungsimprovisation, Bühnenarbeit, dramatische und kreative Therapie und Interaktionsspiele usw. „Da in der (Gruppen-)Therapie mit Kindern der Anteil verbaler Bearbeitungsformen – im Vergleich zur Behandlung erwachsener Patienten – erheblich geringer ist und statt dessen nonverbale Formen Vorrang bekommen, eignet sich die IBT besonders als gruppentherapeutische Behandlungsform“ (METZMACHER 1995, 235). METZMACHER betont noch die Wichtigkeit, dass die „Leitung der Gruppe durch ein Therapeutenpaar (männlich und weiblich) übertragungsfördernd wirkt durch die symbolische Repräsentation der Elternfigur.“ Das macht sicher Sinn, ist im therapeutischen Rahmen allerdings leider nicht immer durchzuführen, wenn die männlichen Therapeuten fehlen. Bei der Erprobung der PMFT hatte ich das Glück, zwei männliche Cotherapeuten im Reflecting Team zu haben, so dass z. B. in der Familie E, die drei Söhne hat, wenigstens ein Mann im RT mit dabei war.

„Da die bewegungstherapeutische Arbeit direktes körperliches Geschehen beinhaltet und auslöst, ist mit der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik grundsätzlich besonders bewußt und vorsichtig umzugehen, da Interventionen am Körper unmittelbar an die Basis der Persönlichkeit gehen. ‚Das Ich kann deshalb durch Körperinterventionen massiv manipuliert werden, und zwar sowohl in Richtung der Labilisierung als auch positiv in Richtung von Stabilisierung und Wachstum‘ (PETZOLD 1977b, 482)“ (METZBACHER 1995, 237).

„Die bewußte Wahrnehmung des gegenwärtigen Augenblicks (*hier-und-jetzt*) mit seinen verschiedenen impliziten Erlebnisinhalten auf den Ebenen leiblich-geistig-seelischen Geschehens ist ein Prozeß der *Integration* und der *Kreation*, der Selbsterfahrung und der Selbstverwirklichung. Das spielende und sich bewegende Kind nimmt auf und *äußert* sich, weil es sein individuelles Erleben, seine Phantasien, seine geistigen Konstrukte mit Bewegung, Gefühl und Kreativität zum Ausdruck bringt, hier, jetzt in aller Erlebnisfülle (*Awareness*)“ (METZBACHER 1995, 239). Das Konzept „Ich“ ist mit der Awareness (Bewusstheit) noch durch die Consciousness (Bewusstsein) verbunden.

„Beim Spiel wird das Kind leiblich bewegt, und in der Regel ist die spielerische Aktivität des Leibes für das Kind mit Lust verbunden, mit dem leiblichen Erfahren und Erleben von Spannungsabfuhr, von Freude, mit dem Sich-selbst-Spüren und -Erleben, mit Funktionslust. – Hiermit wird eine *entscheidende therapeutische Funktion* des Spiels angesprochen, nämlich die dem Spiel immanente ‚heilende Kraft‘ des *Selbst*-Ausdruckes, der Selbsterfahrung und der leiblich-affektiven Bewegung und Bewegtheit (vgl. PETZOLD/METZMACHER 1984, [...]). Spielen setzt die aktive Beteiligung eines jeden Spielers voraus; vor allem bei Kindern ist Spielen fast ununterbrochenes, körperliches Handeln,

Bewegungshandeln. Die Spieltätigkeit ist ein ganzheitliches Geschehen: sinnliche Wahrnehmung, geistige und gefühlsmäßige Verarbeitung und deren Ausdruck in der ausführenden Motorik. [...] Für die bewegungstherapeutische Arbeit ergeben sich auf Grund der unterschiedlichen und vielschichtigen Potentiale von Spielen sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht vielfältige Möglichkeiten. So geben z. T. ganz einfache Ballspiele deutliche Hinweise auf Konflikte der beteiligten Spieler“ (METZBACHER 1995, 242–243). Dies kann ich nur bestätigen. Ich würde es aber nicht nur auf die Kinder untereinander beziehen, sondern im Spiel wird auch das Verhalten der ganzen Familie deutlich. So spielte Familie E miteinander Tischtennis, zuerst an mehreren Tischen und dann als Rundlaufspiel. Es wurde sofort deutlich, wer mit wem konnte und wer mit wem gerade Schwierigkeiten hatte, wer sich benachteiligt fühlte, wer sich in seinem Selbstwert auf Grund seines Könnens bzw. Nicht-Könnens bedroht fühlte.

„Spiele sind z.T. archaische Darstellungsformen, die symbolisch (d.h. verdichtet und stellvertretend) grundlegende, lebensbegleitende Themen und Probleme vermitteln: solche, die den eigenen Körper betreffen, die Beziehungen zu Familie und Geburt, Liebe und Tod u.a.m. In diesem Sinne haben gerade zahlreiche Bewegungsspiele wie Fangen-, Versteck-, Wurfspiele symbolischen Charakter. Verfolgen und fliehen, körperliche Berührung suchen und meiden, Verbotenes wegwerfen und einholen sind Variationen grundlegender, oft angstbesetzter Beziehungsmuster und Themen. [...]“ (BRINKMANN/TRESS 1980, 19 f.). Diese Art des „Bedeutungs-Spiels“ ist in der PMFT zu beobachten. Die Verwendung von Medien in der IBT fördert die intragruppale und zwischenmenschliche Kommunikation.

Noch ein Kommentar zu dem Raum, in dem die IBT stattfindet, da die Kinder, die an den PMFT-Stunden beteiligt waren, es als Vorteil empfanden, dass sie die Räume und Geräte durch die PMG schon kannten: „Mit Betreten des Raumes, mit dem Gebracht-Werden durch einen Erwachsenen, durch das In-Beziehung-Gesetzt-Werden mit räumlichen, medialen und personalen Angeboten, durch die Tatsache, Raum zu haben usw., setzt bei vielen Kindern sehr schnell konflikthafte Geschehen ein. [...] diese Gefühle werden dann gewöhnlich in der körperlichen Bewegung beantwortet oder abgewehrt, häufig aggressiv und der unbewußten Intention folgend, die äußere Situation der inneren entsprechend anzugleichen. Grenzen werden übertreten, Struktursetzungen boykottiert, Interventionen ignoriert. Die psychische Strukturlosigkeit und mangelnde Abgrenzungsfähigkeit werden nach außen hin ausgelebt“ (METZBACHER 1995, 247). Die Relevanz des Raumes findet sich auch in der PMFT wieder. Der Sohn in Familie A, der schon in der PMG seine angestammte Bank und Ecke hatte, setzte dieses Verhalten in der PMFT-Stunde zwar freier fort, aber erhöhte dort von Stunde zu Stunde seinen Bewegungsraum. Er setzte anfangs noch starke Abgrenzungen (Mauern), die seinen und den Raum der anderen Familienmitglieder und der Therapeutin trennten. Im Laufe der Behandlung wurden seine Grenzsetzungen und Abgrenzungen offener, je mehr er eigene Sicherheit empfand und seine Grenzsetzungen akzeptiert wurden.

„In ihrer Bewegung, ihrem körperlichen Ausdruck zeigen die Kinder recht genau, wo sie gerade ‚stehen‘, was für sie im *Vordergrund* steht“ (METZBACHER 1995, 247). Dies habe ich vor der Erprobung angenommen, fühle mich damit aber auch in der Arbeit bestätigt, und anscheinend zeigt es sich auch in der IBT.

Zu beachten ist sicher bei der IBT wie bei der PMFT, dass leiborientierte Therapien an der Basis der Existenz des Kindes oder auch zum Teil des Erwachsenen ansetzen. In der IBT wird der Leib des Menschen so berührt, dass seine Geschichte und auch seine Defizite, Traumata und Verletzungen mit berührt werden. „Während die verbale Sprache vieldeutig sein kann, zeigen sich uns der Leib und die Bewegung (eines Patienten) eindeutig“ meint METZMACHER (1995, 249). Ich glaube eindeutiger, aber ebenso auch der Gefahr der Fehlinterpretation unterliegend.

Interessant und beachtenswert erscheinen mir noch die beiden folgenden Aussagen von METZBACHER (1995, 250). In der Therapie ist „die für die therapeutische Situation als Widerstand definierte abwehrende und/oder blockierende Haltung eines Kindes [...] auf der anderen Seite häufig zugleich Ausdruck seiner Kraft und Fähigkeit, einem pathologischen Familiensystem und dessen negativen Zuschreibungen, Projektionen und Delegationen zu *widerstehen*. [...] Widerstandsphänomene bei Kindern [können; U. L.-R.] nicht allein Ausdruck der häufig von der Familie unbewußt nicht erteilten *Erlaubnis* von Veränderung [...; sein; U. L.-R.]“

6.3.3 Pessó Boyden System Psychomotor Therapie (PBSP)

„Das wesentliche Element der ‚psychomotorischen Therapie‘ ist, vor aller Konkretisierung, die mögliche Aufspaltung der frühen inneren oder äußeren Objekte in gute und böse Anteile und der Versuch, einen Neubeginn des seelischen Wachstums unter dem Schutz idealer Eltern einzuleiten“ (PESSO 1999, 8–9). Folgende Erkenntnisse sind für die PESSOS wesentlich:

- Durch die „Brille“ der Erinnerungen an die Vergangenheit werden die Erfahrungen der Gegenwart gesehen.
- „Ein beträchtlicher Teil dessen, was in die Gegenwart durchzusickern scheint, ist in Wirklichkeit ein Sich-wieder-Entsinnen und Erneut-Erleben der Vergangenheit.
- Erinnerungen an Vergangenes haben einen direkten Einfluß auf gegenwärtiges Handeln und Interagieren.
- Erwartungen an die Zukunft basieren weitgehend auf Annahmen, die sich auf Erfahrungen in der Vergangenheit gründen“ (PESSO 1999, 219).

In das Erleben der Gegenwart ist die Vergangenheit tief eingebettet und mit den Erwartungen an die Zukunft verknüpft.

Bei diesen Aussagen wird deutlich, dass ein psychoanalytischer Zugang für die PESSOS wesentlich ist. Was mich überrascht ist, dass ein wesentlicher Punkt ihrer Therapie, nämlich der psychomotorische Aspekt, offenbar weniger in der Literatur beschrieben wird, als man bei dem Therapienamen annehmen könnte. Zentrale Punkte dieser psychomotorischen Gruppentherapie sind die Nutzung des Körpers und die Deutung der Körpersprache. Es werden viele Erläuterungen, vor allem psychoanalytischer Art gegeben, welche Bewegungen oder Verspannungen voraussichtlich mit welchen Emotionen oder Affekten zusammenhängen. Strukturen werden aufgedeckt und andere Gruppenmitglieder können z. B. „ideale Eltern“ oder „negative Eltern“ oder andere Anteile derselben mit darstellen.

Keine absoluten Tatsachen sind die Erinnerungen an die Vergangenheit. Sie sind subjektive, emotionale Erfahrungen, die verbunden sind mit kognitiven Einschätzungen zwischenmenschlicher Ereignisse. Diese Erinnerungen „sind in unserem Nervensystem so verschlüsselt, daß sie das Erleben gegenwärtiger Ereignisse beeinflussen und sich auf zukünftige Pläne und Interaktionen auswirken.“

Eine Erinnerung ist keine bloße Kopie bzw. kein einfaches Verinnerlichen interaktiver Ereignisse, sondern eine *Übersetzung* dieser Ereignisse. Eine Erinnerung ist also nichts ‚Fixiertes‘, sondern eine ‚Nervenaufzeichnung‘ vieler Dinge. Ereignisse werden gedanklich ‚verdaut‘ und in eine ‚Bedeutung‘ konvergiert, die in neurologischen Mustern gespeichert wird. [...] In jedem Augenblick greifen wir auf diese Informationen zurück, um zu entscheiden, wie wir auf jüngste Herausforderungen oder Möglichkeiten, die von der Außenwelt an uns herangetragen werden, reagieren sollen“ (PESSO 1999, 220).

So gibt es nach PESSO eine individuelle Erinnerung in Körper und Nervenbahnen, aber auch eine „evolutionäre“ Erinnerung durch die Gene.

„Erinnerungen an Ereignisse in schweren Zeiten, in denen Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten, hinterlassen unweigerlich ihre negativen Spuren und bereiten die Menschen auf ähnliche in Gegenwart und Zukunft vor. [...] Werden die zur Reifung notwendigen genetischen *Bedürfnisse zum richtigen Zeitpunkt und von den richtigen Bezugspersonen* befriedigt, so ergeben sich solche glücklichen Zustände in der menschlichen Existenz ganz natürlich“ (PESSO 1999, 222–223). Mit dieser Therapie ist eine Technik entwickelt worden, „die es ermöglicht, die *symbolische* Befriedigung genetischer Entwicklungsbedürfnisse in einem genau konstruierten Ereignis, der sogenannten ‚Struktur‘ – einem hochkomplexen und klientengesteuerten Setting – zu erfahren. In einer Struktur erinnert sich der Klient an seinen emotionalen und physischen Zustand zum Zeitpunkt, als diese Bedürfnisse in der Vergangenheit befriedigt werden sollten, und erlebt diese gleichzeitig erneut. In diesem Sinne erlebt er sie *zum richtigen Zeitpunkt*. Vom Klienten ausgewählte Gruppenteilnehmer übernehmen die Rollen der ‚idealen Mutter‘, des ‚idealen Vaters‘“ (PESSO 1999, 224), wobei diese nichts mit den real existierenden Elternteilen zu tun haben müssen. Die Auswahl richtet sich nur nach den Bedürfnissen des Klienten/der Klientin.

„Die kinästhetische, sensomotorische und kognitive Aufzeichnung dieses symbolischen ‚Antwort‘-Ereignisses wird dann festgehalten und gespeichert, als hätte das Ereignis tatsächlich in einer weiter zurückliegenden Vergangenheit stattgefunden. Diese neu angelegten ‚virtuellen Erinnerungen‘ dienen als Alternativen, nicht als Ersatz, für die negativen ‚tatsächlichen Erinnerungen‘, die die Gegenwart und Zukunft stören. Strukturen können somit verwandelnde Erfahrungen sein.“ Die Arbeit, lebensverbessernde Strukturen aufzubauen, basiert auf vier wichtigen Konzepten (PESSO 1999, 224–225):

„[...] *Jedes Bedürfnis hat seine eigene ‚Gestalt‘* [in körperlichen und emotionalen Erfahrungen; U. L.-R.].

[...] *Die Erfüllung jedes Bedürfnisses hat eine eigene ‚Antwortgestalt‘* [in Bezug auf sensomotorische, kinästhetische, verbale sowie begriffliche bedürfnisspezifische Antworten; U. L.-R.].

[...] *Die Erfüllung jedes Bedürfnisses hat einen oder mehrere eigene ‚Erfüller‘* [bzw. bestimmte Bezugspersonen; U. L.-R.].

Für den Aufbau virtueller Erinnerungen muß eine spezifische Altersstufe in Erinnerung gerufen und der Kontakt zu ihr wiederhergestellt werden. *Die Erfüllung jedes Bedürfnisses besitzt einen eigenen ‚zeitlichen Rahmen‘* “ (PESSO 1999, 225).

Die PESSO-Therapie geht insbesondere auf folgende fünf Bedürfnisse ein:

1. Die Befriedigung des grundlegenden (Entwicklungs-)Bedürfnisses,
2. die Integration der Polaritäten unseres biologischen und psychischen Seins,
3. die Entwicklung unseres Bewusstseins: Erhöhung unserer Subjektivität und Objektivität, mit einer hochdifferenzierten inneren Welt an Bildern und Vorstellungen, die wir mit einem starken Gefühl für unsere eigene Identität und unser Ego verbinden,
4. die Entwicklung unseres „Piloten“ mit dem Ziel, ein starkes, aktives, selbstorganisiertes und eigeninitiatives Zentrum zu besitzen; damit nehmen wir unseren rechtmäßigen Platz als „Präsident“ unserer eigenen „vereinigten Staaten/Bereiche des Bewusstseins“ ein,
5. die Anerkennung unserer persönlichen Einzigartigkeit und Polarität: Wir sollen zur „Blüte“ kommen, heranreifen und die wertvolle „Frucht“ unserer Existenz in die Welt einbringen (vgl. PESSO 1999, 226–236).

Für meinen Zusammenhang erscheint mir wichtig, die verschiedenen Interpretationen bzw. Deutungen der Körperteile und Bewegungen im Hinterkopf zu behalten, um vor allem die Reaktionen der Erwachsenen, also Eltern oder familiären Bezugspersonen, im therapeutischen Rahmen deutlicher zu verstehen.

6.3.4 Feldenkrais-Methode

Moshe FELDENKRAIS' neue Methode hat zum Lernziel, den „vollkommenen“ Umgang mit dem eigenen Körper herzustellen. Der Patient oder auch Schüler, wie er von FELDENKRAIS genannt wird, soll seinen Körper und sich selbst über eine Sequenz aufbauender Übungslektionen genau kennen lernen. Körper- und Bewegungsbewusstsein sind Mittel dazu. Es geht um die Synthese körperlicher und geistiger Funktionen, wobei diese leichter vom Körper her anzubahnen sind. „Die intensive Bewußtseinslenkung auf körperlich-muskuläre Vorgänge schafft bei dem Üben mit der Zeit ein verbessertes Ich-Bild. Die Übungstechniken [...] versuchen dem Schüler beizubringen, wie er seinen Körper zu einer Gestalt organisiert“ (KIPHARD 1990, 171). Zuerst sollte eine körperliche Sensibilisierung stattfinden. Ein Großteil der Energie des Menschen gehe durch unnötige muskuläre Spannungen verloren. Er soll die nutzlosen körperlichen Anstrengungen auf ein Mindestmaß reduzieren. Dafür wird ein Gefühl für den eigenen Muskeltonus entwickelt. FELDENKRAIS findet, dass die „Haltung des Kopfes charakteristisch für die allgemeine Haltung wie auch für das Verhalten eines Menschen“ (KIPHARD 1990, 171) ist. FELDENKRAIS sagt: „Ich behandle niemals das kranke Glied oder Gelenk, bevor nicht eine Besserung der Kopf-Hals-Verhältnisse und der Atmung erreicht wurde“ (FELDENKRAIS 1974, 181). Für FELDENKRAIS ist die aufrechte Körperhaltung ein dynamischer Vorgang und nichts Statisches. In der Einzeltherapie werden auch Massage- und Dehntechniken angegeben. „Die Gruppentherapie kann sowohl therapeutisch als auch pädagogisch ausgerichtet sein. Sie wird in Form von Übungslektionen mit sukzessiven Sequenzen aufbauender Körper- und Bewegungsmeisterung ausgeführt“ (KIPHARD 1990³, 171).

Jeder und jede kann nach Ansicht von FELDENKRAIS lernen, „sein Potential voll auszuschöpfen, egal wie groß oder klein er ist – und das gilt vor allem für den Bereich der Bewegung“ (GROSS 1984, 112). Durch Erprobung neuer Bewegungsformen, Bewegungswege und Wiederholung wird das Bewegungsspektrum vergrößert, aber auch die Gehirnleistung erweitert. Er vermittelt also eine neue Art zu lernen, wobei gelernt wird, die Fähigkeiten und Möglichkeiten zu nutzen und nicht die Begrenzungen einfach so hinzunehmen. Die Veränderungsfähigkeit des Menschen wird dabei betont. Da der Mensch bei der Geburt seine Vernetzung des Nervensystems nicht abgeschlossen hat, geht FELDENKRAIS von einer unbegrenzten Lernfähigkeit des Menschen aus. „Er sieht also Probleme – seien sie körperlicher oder geistiger Art als eine zu starke Einengung unseres neurologischen Programmes auf zu wenige und habituell gewordene (eingefahrene und gewohnte) Verhaltens- und Empfindungsmuster und auch Denkstrukturen“ (GROSS 1984, 113). Meistens wird das Gängige als einzige Möglichkeit gesehen, als ob es keine Alternative gäbe. „Er läßt Leute gänzlich ungewohnte Bewegungen machen, von denen sie nicht einmal auf die Idee gekommen wären, daß man das so machen könnte. Damit erweitert er ihr Verhaltensprogramm und ihre neurologische Verkabelung. [...] Wer mit seinen Bewegungsmöglichkeiten experimentiert und nicht nur leistungsorientiert darangeht, sondern

aufmerksam darauf achtet, wie er bestimmte Bewegungen ausführt, der erlebt und erfährt diese neuen Möglichkeiten direkt und kann sie damit auch bewußt in seinem Alltag einsetzen. [...] Jedes menschliche Handeln, jedes Tun setzt sich für Feldenkrais aus vier Bestandteilen zusammen: 1. Bewegung, 2. Sinnesempfindung, 3. Gefühl, 4. Denken. [...] Feldenkrais begründet seinen Therapieansatz durch folgende Thesen, in denen es immer um die Bedeutung der Bewegung geht:

- a) Das Nervensystem ist vorwiegend mit Bewegung beschäftigt.
- b) Die Qualität von Bewegung ist leichter zu erkennen.
- c) Wir haben von Bewegung die größte Erfahrung.
- d) Daß einer sich bewegen kann, ist wichtig für seine Selbsteinschätzung.
- e) Jede Muskeltätigkeit ist Bewegung.
- f) Bewegungen spiegeln den Zustand des Nervensystems.
- g) Bewegung als Grundlage von Bewußtheit.
- h) Atmen ist Bewegung.
- i) Sinnesempfindung und Denken beruhen auf Bewegung“ (GROSS 1984, 113–114).

FELDENKRAIS legt wie FOERSTER („Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten sich erhöht.“) Wert darauf zu sagen, dass jeder viele Möglichkeiten hat, sich zu entwickeln. Der Bewegungsspielraum und unsere seelische Verfassung werden verbessert. Die Methode ist körperzentriert und funktional. Lernen ist hier Unterschiede wahrnehmen.

FELDENKRAIS geht von folgenden Annahmen aus: „Die Menschen unserer Zeit sind körperlich und seelisch auf bestimmte eng umgrenzte Verhaltensmuster festgelegt, die wir gelernt haben. Nach Feldenkrais ist der Mensch aber nicht nur durch Vererbung und Erziehung geprägt, sondern auch durch das, was er ‚Selbsterziehung‘ nennt“ (GROSS 1984, 114).

Im Blick auf die PMFT erscheint mir die Veränderungsmöglichkeit über Bewegung sehr zentral, und es ist mir wichtig, sie aus dieser Theorie aufzugreifen.

6.4 Ausgewählte psychologische Therapierichtungen: Grundkonzepte der Psychotherapie in Bezug auf systemische und vor allem psychomotorische Elemente und Zusammenhänge

6.4.1 Körpertherapie (W. REICH) und Bioenergetik (A. LOWEN)

Die Körpertherapie von REICH und die Bioenergetik von LOWEN verstehen sich als Körperbehandlung seelischer Ursachen. Bei den meisten Körpertherapien wird ein körper-

lich-seelisches Gleichgewicht angestrebt, das sowohl durch einen ausgeglichenen, nicht blockierten „Energiefluss“ als auch eine „normale“ Persönlichkeit gekennzeichnet ist. Die Behandlung des Körpers steht im Vordergrund.

Die *Körpertherapie* von Wilhelm REICH ist sozusagen ein Vorläufer der Psychomotorik, weshalb ich sie in diese Arbeit aufgenommen habe. Wesentlicher Anspruch der Körperbehandlungen ist die Verbindung von Geist, Seele und Körper. Der Mensch wird „ganzheitlich“, also als ein Organismus mit sowohl körperlichen als auch geistig-seelischen Anteilen gesehen. Seelische Zustände manifestieren sich körperlich (in Körperhaltung, Atmung und Bewegungsdynamik), wie auch umgekehrt die Körpererfahrung die seelische Verfassung beeinflusst. Sehr genau schilderte Wilhelm REICH die systemischen Vernetzungen zwischen Konflikten, abwehrend-bewältigenden Kommunikationsmustern (Charakterstrukturen) und entsprechenden verspannten Muskelsystemen, die sich wechselseitig aufrechterhalten: „So dient z. B. eine flache Atmung zur Unterdrückung bestimmter Gefühle; die Muskeln, die sich für und durch das verhaltene Atmen ausbilden, verhindern nun wiederum ein tieferes Atmen und damit auch intensivere Gefühle. Auch Sozialsysteme werden bei Reich [...] ausführlich berücksichtigt. Dennoch beschränkt sich Reichs Vegetotherapie auf die Intervention beim Individuum und an den organismischen Teilsystemen“ (KRIZ, J. 2001, 242). REICHS Therapie wird auch Orgontherapie genannt, der eine bioenergetische Theorie zugrunde liegt. „Sie besagt, daß Emotionen organismische Plasma-bewegungen sind, eine Energieform, die er Orgonenergie nennt. Sie manifestiert sich in zweierlei Bewegungsrichtungen: vom Zentrum nach außen als lustbetonte Hinausbewegung (Emotion) und von außen nach innen als von Lust begleitete Hineinbewegung (Remotion). Der Mensch beginnt schon in der frühen Kindheit sowohl Lust- als auch Unlustgefühle (Schmerz, Haß, Angst) zu verdrängen. [...] Die Folge dieser Verdrängungsmechanismen ist eine innere Konfliktspannung, die sich nach REICH (1976, 1978) in Dauerverspannungen ganzer Muskelkomplexe äußert. Es sind regelrechte ‚Muskelpanzerungen‘, die es therapeutisch ‚aufzuweichen‘ und zu lösen gilt. Sie sind segmental (abschnittsweise) angeordnet. Die Auflösung beginnt immer im Kopf- und Halsbereich (verkrampfte Augen- und Stirnmuskeln, Zungen-, Lippen-, Kau- und Schlundmuskeln sowie die Halsmuskeln Platysma und Sternokleidomastoideus)“ (KIPHARD 1990, 204). Des Weiteren gibt es die Brustpanzerung, die die Atmung verschlechtert und keine Gefühlsbewegtheit durchlässt, und Bauch- und Beckenpanzerungen. „Mit der sukzessiven Auflösung dieser oft breitharten muskulären Panzer können verdrängte Emotionen nach und nach ‚herausbewegt‘ werden, was auch dem Sinn des Wortes E-Motion entspricht“ (KIPHARD 1990, 204).

Bei der „*Bioenergetischen Therapie*“ beschränke ich mich auf die wesentlichen psychosomatischen und vor allem psychomotorischen Zusammenhänge. Die bioenergetische Analyse und Therapie wurde von den REICH-Schülern Alexander LOWEN (1967, 1971) und PIERRAKOS, auf den Erkenntnissen von REICH aufbauend, als körperorientierte Methode zur Behandlung seelischer Störungen entwickelt. „Bioenergetik ist ein Therapiemethode, die mit dem Körper wie auch mit dem Verstand arbeitet: nicht als getrennte Aspekte

einer Person, sondern als verschiedene aufeinander bezogene Formen der gleichen Person“ (Integrative Therapie 2/78, 128 f.). Bei der Arbeit mit dem Körper können gleichzeitig Probleme der Persönlichkeit erkannt werden, bei anderen Therapien werden diese aus den Erzählungen und Geschichten über das Leben der Personen deutlich.

PIERRAKOS beschreibt 3 Grundthesen als Grundlage für die Körpertherapien:

- „1. Die erste These besagt, daß der Mensch eine psychosomatische Identität ist.
2. Die zweite postuliert, daß die Quelle der Heilung im Selbst liegt und nicht etwas außerhalb wie in einem Gott, einem Arzt oder den Kräften des Kosmos.
3. Die dritte These besagt, daß alles Existierende eine Einheit bildet, die zur kreativen Entfaltung des Ganzen und dessen zahllosen Komponenten strebt“ (GROSS 1984, 49).

„Ziel der bioenergetischen Therapie ist die Lösung der chronischen Muskelverspannungen des Körpers und dadurch Wiederherstellung der natürlichen Motilität und Ausdruckskraft des Organismus“ (LOWEN, zitiert nach PETZOLD 1977, 52). Das freie Fließen im Körper soll wiederhergestellt werden. Dabei sind die spezifischen Ziele: Vergrößerung des Selbstbewusstseins, Förderung des Selbstausdrucks, Verbesserung der Selbstbeherrschung und Rückkehr zur ursprünglichen nichtneurotischen Natur des Menschen (vgl. GROSS 1984, 49).

Einige Kernsätze vorweg: „Die ‚Körpersprache‘, der ‚muskuläre Ausdruck‘ deckt seelische Probleme auf“ (KIPHARD 1990, 206). „Die Summe aller Spannungsmuster einer Person ergibt deren Charakterstruktur“ (LOWEN 1974, 217). „Ein Gefühl ist die Wahrnehmung einer Bewegung innerhalb des Körpers“ (LOWEN 1974, 220). „Ist der Mensch motorisch, d.h. in seinen Ausdrucksbewegungen eingeschränkt, so ‚mangelt es an emotionaler Qualität‘ (LOWEN 1974, 220).“ „Die Gefühlstiefe ist der Atmungstiefe ungefähr proportional“ (KIP-HARD 1990, 206).

„Bei Bioenergetik handelt es sich um ein System von Techniken, mit denen die Energien von Menschen wiederentdeckt und mobilisiert werden, deren emotionale Ausdrucksformen in irgendeiner Hinsicht blockiert oder zerstört wurden. Denn nach Lowens Ansicht hat jeder neurotische oder psychotische Mensch den vollen Umfang des menschlichen Gefühlsausdrucks verloren und in mehr oder weniger starkem Maß ist er an seiner Bewegungsfähigkeit behindert“ (GROSS 1984, 47).

Die Wiederherstellung eines gesunden bioenergetischen Niveaus im menschlichen Organismus ist das Therapieziel der Bioenergetischen Therapie (BT). Der Patient wird durch spezielle Übungen (Standard-, Ausdrucks- und sexuelle Übungen sowie Übungen mit dem bioenergetischen Hocker) zum spontanen Gebrauch seiner psychomotorischen Ausdrucksmöglichkeiten (rhythmisches Schlagen mit Händen und/oder Füßen, Hämmern mit den Armen etc.) und so zur psychophysischen Entkrampfung gebracht. Zudem wird seine Atmung intensiviert. Dadurch sollen Muskelverspannungen durchbrochen werden. Eine

zentrale Übung ist das „Grounding“, bei der eine bestimmte Stehhaltung eingenommen wird. „Grounding“ bedeutet, sich zu erden bzw. festen Boden zu finden. Um verdrängte Gefühle freizusetzen, werden manche Übungen in so genannten „Stresspositionen“ durchgeführt. Darunter versteht man ein möglichst langes Einnehmen unbequemer Körperhaltungen, bei denen es zu heftigen emotionalen Ausbrüchen kommen kann. Die „Stresspositionen“ sind z. T. aus krankengymnastischer Sicht – je nach körperlicher Vorschädigung – als risikoreich zu beurteilen. Beispielsweise ist die „Bogenübung“ (Stand mit starkem Hohlkreuz und nach hinten überhängendem Kopf) bei vorgeschädigter Bandscheibe durch das sehr lange Beibehalten der Hyperlordosierung der Lendenwirbelsäule sehr gefährlich bzw. gar nicht möglich. So müssen die Übungen sicher abhängig von der Verfassung und den Möglichkeiten des Patienten durchgeführt werden. „Das sogenannte ‚body reading‘ (Körper-Lesen) ermöglicht es dem Therapeuten schließlich, von der positiv veränderten Körperstruktur auf ebensolche Veränderungen in der Charakterstruktur zu schließen“ (KIPHARD 1990, 206).

LOWEN und REICH sehen den Körper beide als ein System an, das sich ständig rhythmisch ausdehnt und kontrahiert. In der Therapie wird bei REICH aber der Patient „scheibenweise“ analysiert und deblockiert, während LOWEN ganzkörperliche Phänomene der Strukturen beschreibt und löst.

Als Behandlungsprinzipien gelten, dass die Person der jeweilige Körper ist, dass die Einheit ein Phänomen des Organismus ist, dass das Leben wesensmäßig ein Erregungsprozess ist und dass die gesamten Spannungsmuster im Körper einer Person deren Charakterstruktur ergeben (vgl. GROSS 1984, 55–56).

Als psychosomatische Reaktionsmuster in Bezug auf einen entwicklungspezifischen Bedürfniskonflikt werden die Charakterstrukturen beschrieben. „Sie entsprechen unbewußten Handlungen und nonverbalen Aussagen, die durch Nachahmung von Vorbildern, Reaktionen auf die familiäre Atmosphäre (den ‚Körper der Familie‘) und durch Abwehr von traumatisierenden Informationen aus der Umwelt gelernt werden. Sie stellen die fleischgewordene Geschichte der Person dar, die man aus ihrem Körper“ (GROSS 1994, 61) ablesen kann.

Folgende Charakterstrukturen werden von LOWEN unterschieden: die schizophrene, schizoide, orale, psychopathische, masochistische, genitale und rigide Charakterstruktur. Die letztere wird noch einmal unterteilt in den passiv-femininen Mann, die maskulin-aggressive Frau, den phallisch-narzisstischen Mann und die hysterische Frau (vgl. GROSS 1984, 62).

Die Beschreibungen der einzelnen Charakterstrukturen sind bei GROSS (1984, 62–76) zu finden, wobei dieser betont, dass die Beschreibungen Idealtypen sind und in der Realität selten so getrennt existieren.

Bei der BT handelt es sich um eine Therapieform, die eher für Jugendliche oder Erwachsene geeignet ist. Ein Zusammenhang zwischen BT und Psychomotorik besteht in Bezug auf die Ziele: Verbesserung der Körperwahrnehmung, Entspannung und Veränderung der Bewegungsmuster.

Die Tatsache, dass Körperarbeit spontane Gefühlsfreisetzung bewirkt, sollte in anderen Bereichen mehr bedacht und beachtet werden, da dies zu einem sorgsameren Umgang mit manchen Bewegungen führen würde. Es wäre sinnvoll, die Gefühle und die Erinnerungen in einem anschließenden Gespräch zu reflektieren. Dies soll auch im Rahmen der PMFT ermöglicht werden. Nachdem das Reflecting Team zusammengesessen hat, können noch einmal alle zum Abschluss zusammenkommen. Dann sind solche Äußerungen möglich. Für die Eltern gibt es noch zusätzlich die Videokonsultation (siehe Kapitel 6.5.3) zum Austausch darüber.

6.4.2 Gestalttherapie (PERLS) und Integrative Therapie

Friedrich S. PERLS, Lore PERLS und Paul GOODMAN entwickelten die Gestalttherapie. Sie ist ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. Es fließen Erkenntnisse der Gestaltpsychologie, der Feldtheorie, Phänomenologie, Hermeneutik und östlicher Meditationsformen mit in die Therapieform ein. „Es ist ein holistisches Psychotherapiesystem, gekennzeichnet durch einen phänomenologischen, gegenwarts- und personenzentrierten Ansatz. Ziel dieses Verfahrens ist es, den Menschen in seiner Emotionalität, in seinen geistigen Strebungen und seiner Leib- und Körperlichkeit zu erfassen. Es ist darauf zentriert, Blockierungen im Erleben, Wahrnehmen und Handeln aufzulösen und die vorhandenen individuellen Potentiale freizusetzen“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 217 in: PETZOLD 1984). Zuerst wurden Einzeltherapien, später auch Gruppentherapien durchgeführt. „In Deutschland wurde die Gestalttherapie durch kreative Methoden und körperzentrierte Verfahren erweitert und zur Integrativen Gestalttherapie bzw. Integrativen Therapie weiterentwickelt“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 217).

Die interaktionale „Ich-Du-Beziehung“ und das „Hier-und-Jetzt-Prinzip“ scheinen wesentlich zu sein. Die Gestalttherapie arbeitet am Offensichtlichen, dem unmittelbaren Erfassen des Seienden, die Integrative Therapie geht noch weiter und versucht zu „verstehen“. Es spielt bei der Gestalttherapie die Bewusstheit und Aufmerksamkeit eine zentrale Rolle. Zudem gilt das Prinzip der Selbstregulierung. Der Mensch soll wieder Zugang zu seinen gesunden Selbstregulationsmechanismen finden, um „die Selbstwahrnehmung im ‚Sein zur Welt‘ zu steigern, in der Unmittelbarkeit im Hier-und-Jetzt“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 221). Die Bestrebung ist, die Kräfte in dem Individuum auszubalancieren. Gegenständliches und Gegensätzliches soll aufgehoben werden. Der Weg (Tao) ist das Ziel. In der Gestalttherapie ist das Ziel auch, die Prozesshaftigkeit psychischer Prozesse voranzubringen. Methoden, um das zu erreichen, bestehen darin, dass der Klient verunsichert wird. Es soll nicht theoretisiert werden, sondern auf das Hier-und-Jetzt eine Zentrierung stattfinden (vgl.

BÜNTE-LUDWIG 1984, 221). Es wird davon ausgegangen, dass alles Existierende von Polaritäten bestimmt wird, die einander definieren. „Gegensätze haben dadurch mehr miteinander zu tun als mit anderen Dingen: Sie haben durch ihren inneren Zusammenhang eine große Affinität zueinander. Die Differenzierung in Gegensätze geht stets von einem gemeinsamen ‚indifferenten‘ Punkt aus (‚predifference‘ oder ‚zero point‘ bei PERLS 1969, 44) [...] Für den Organismus ist der Nullpunkt bedeutungsvoll, da er den Zustand der Balance darstellt, den Ort, an dem Gleichgewicht herrscht“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 221).

Die „Gestalt“ wird definiert als „eine seelische Ganzheit mit den Eigenschaften der Summativität und der Transponierbarkeit. [...] Eine Gestalt entsteht durch die Gesamtheit der Beziehungen, der Elemente zueinander, der Teilganzen zum Ganzen und umgekehrt“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 222).

Als eine untrennbare Leib-Seele-Geist-Einheit wird die Gestaltarbeit gesehen. Das ist eine Parallelität zu dem psychomotorischen Gedankengut.

Die Gestalttheorie hat verschiedene Prinzipien, die ich aber nicht weiter erwähnen möchte. PERLS übernimmt von KÖHLER (1971) die These, „daß alle physischen Prozesse in Erlebnisqualitäten repräsentiert sind. Schon von daher ist die Auffassung naheliegend, daß sich psychische Vorgänge auch körperlich-physiologisch vermitteln, etwa in der ‚Körpersprache““ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 224). Die „Beobachtung der Atmung, Haltung, Koordination, Stimme, Sensibilität und Beweglichkeit“ (PERLS, L. 1978, 210) ist ein wesentlicher Teil in der therapeutischen Arbeit von Lore PERLS. „Die Gestalttherapie fokussiert von Anfang an auf die parallel verlaufende Dynamik der psychophysischen und psychosomatischen Zusammenhänge“ (HARTMANN-KOTTEK-SCHROEDER 1983, 290).

F. PERLS benutzt in seinen Vorstellungen biologische Analogien. In der Gestalttherapie nehmen die Sprache in ihrer Ausdrucksbedeutung und der differenzierte Umgang mit der Sprache einen relevanten Stellenwert ein. PERLS arbeitet unmittelbar an den Affekten, weil die Affekte nach seiner Ansicht einen direkten Weg zum neurotischen Konflikt weisen. „Perls leugnete nicht die frühkindliche Genese mancher neurotischer Konflikte, hielt aber den Rückgriff auf die frühen Beziehungen weder kognitiv im Erinnern noch in Form der Regression für unbedingt notwendig. Wenn Perls an vergangenen Szenen arbeitet, dann genügt ihm das aktuell zugängliche Material (Arbeit am Offensichtlichen), das ohne Nutzung regressiver Prozesse vom Patienten verbalisiert oder szenisch dargestellt werden kann. [...] In der Integrativen Therapie wird der Regression indikationsspezifisch größere Bedeutung zugemessen, und es werden verschiedene Ebenen der therapeutischen Tiefung unterschieden. Sowohl auf der Ebene der ‚Involvierung‘ als auf der folgenden Ebene der ‚autonomen Körperreaktionen‘ kann es zu mehr oder weniger starken Regressionen kommen“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 228). „Regression aber ist erforderlich, um an frühe Störungen, Traumatisierungen oder Konflikte heranzukommen. Nur so ist eine Nachsozialisierung auf der emotionalen oder somatomotorischen Ebene möglich [...]. Die Regression

muß deshalb, wo immer erforderlich, angesteuert werden, aber man darf nicht in der Regression verbleiben“ (PETZOLD 1977a, 283).

PERLS will auf jeden Fall, dass der Patient Verantwortung für sein eigenes Handeln und für sein Kranksein übernimmt. Der Patient soll in Kontakt sein mit dem Gegenwärtigen. Die Herstellung infantiler Übertragungen lehnt er ab, da sie nur Verantwortungsübernahme unwahrscheinlicher mache.

PERLS wollte immer gegenwartsorientiert sein und das Wachstum der Persönlichkeit in der Therapie fördern. PETZOLD erweiterte dies noch in der Integrativen Therapie durch den Zukunftsbezug. PERLS ging davon aus, dass der „Mensch von Natur aus gut sei und das Potential für seine Entwicklung in sich trage“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 230). Die Einflüsse von FERENCZI brachten in die Gestalttherapie die Ansicht, dass „eine Verständigung über Gesten und Gebärden, unter Umständen sogar über körperliche Berührungen mehr leiste, als das Worte vermögen“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 231). Dies lässt sich auch in der psychomotorischen Arbeit mit Kindern wiederfinden. Z. B. reagieren Kinder eher auf Worte, wenn man direkten Blickkontakt hat oder sie sanft berührt oder ihnen gestische Zeichen zusendet.

PERLS geht von den jeweiligen Störungen im „Hier und Jetzt“ aus und „er ist der Meinung, daß Störungen sich zu jeder Lebenszeit entwickeln können und ihre Quellen nicht nur in der kindlichen Entwicklung zu finden sind“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 232). PETZOLD betont, dass auch dem Klienten in der Neuorientierung Transferhilfen für den Alltag angeboten werden sollen. Das Konzept der Selbstverwirklichung basiert darauf, dass es die angeborene Tendenz des Individuums sei, seine Potenziale zu entfalten, entsprechend einer organismischen Weisheit. Therapeutische Hauptzielsetzungen sind die Förderung des Verantwortungsgefühls, die Spontaneität, das Selbstvertrauen und die Aufrichtigkeit.

Die Aufmerksamkeit für die Körperlichkeit des Klienten erfolgte durch den Einfluss von REICH. „Obwohl Perls [...] sich gegen ein Aufbrechen des ‚Charakterpanzers‘ wendet, stimmt er mit Reich überein, daß die psychischen Realitäten körperliche Spuren setzen“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 233). „Reichs wesentlicher Beitrag zur Entwicklung der Gestalttherapie ist seine Erkenntnis der Identität von Muskelspannung (Verkrampfung) und Charakterbildung“ (PERLS, L. 1980, 257).

F. PERLS nutzte die von der Berliner Atemlehrerin Elsa GINDLER entwickelten Atemübungen. Denn er übernahm die Auffassung von ihr, dass Aggressionen sowie Ängste die Atmung hemmen. Über die Arbeit mit der Atmung können diese Hemmung bzw. der gestörte Atemfluss wieder gelöst werden (vgl. BÜNTE-LUDWIG 1984, 233). In dem Konzept, in dem Angst als Katastrophenerwartung angenommen wird bei der eine Atemhemmung auftritt, besteht die Möglichkeit, direkter Körperinterventionen, die REICH – und über ihn und Lore PERLS auch F. PERLS – von E. GINDLER übernommen hat, anzu-

wenden (vgl. PETZOLD 1984c). L. PERLS betont, dass ihr Körperansatz vom „modern dance“ inspiriert würde.

Wie im Psychodrama wird das kreative Experimentieren und das Vergegenwärtigen pathogener Szenen gepflegt, und es werden Rollenspiel, Rollentausch und der „leere Stuhl“ genutzt. „H. Petzold, ein Schüler von Perls, Moreno und Iljine, verwendet in seiner *Integrativen Therapie* das Konzept der Bühne, der Szene und des Skripts“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 234).

Während Fritz PERLS eher ein unsteter, genialer Außenseiter war und seine Praxisarbeit und Lebensführung wechselte, er mehr im Ausbildungsbereich tätig war, blieb Lore PERLS den frühen Prinzipien der Gestalttherapie treu und arbeitete viel mit Patienten.

H. PETZOLD entwickelt in Deutschland die Integrative Gestalttherapie bzw. Integrative Therapie. „Übereinstimmend mit der klassischen Gestalttherapie verfolgt die integrative Therapie das Ziel, abgespaltene Persönlichkeitsanteile zu integrieren und vorhandene Potentiale zu fördern. Dies kann aber nur gelingen, wenn die soziale Wirklichkeit, der gesellschaftliche Bezug berücksichtigt wird“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 243).

Konfliktzentriert aufdeckendes Vorgehen wird mit *erlebniszentrierter* und *übungszentrierter funktionaler Arbeit* in der Integrativen Therapie verbunden. Das Hier-und-Jetzt-Prinzip klassischer Gestalttherapie wird ausgedehnt, indem „die Zeitperspektive [...] und die Verweisungshorizonte von Vergangenheit und Zukunft, das Zeitkontinuum und der soziale und ökologische Raum, der Kontext, mitberücksichtigt“ (PETZOLD 1978c, 225) werden.

Integrative Interventionen umfassen:

1. „Prophylaxe, d.h. präventive Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störungen von Kompetenzen und Performanz,
2. Erhaltung, d.h. konservierende bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Potentiale,
3. Restitution, d.h. reparative bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen und Performanz,
4. Entwicklung, evolutive Interventionen zur Entfaltung und Förderung von Potentialen,
5. Daseinsbewältigung, d.h. supportative Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen,
6. Repräsentation, d.h. politische Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext“ (PETZOLD 1980a, 226).

In der Gestalttherapie wird der Mensch als autonomes, aktives Selbst angesehen. Die Gestalttherapie vertritt eine holistische Auffassung vom Menschen. Dabei stehen Organismus und Umfeld in einem Interdependenzverhältnis zueinander. Der Mensch strebt nach der Verwirklichung seiner Potenziale. In der Integrativen Therapie (IT) ist der Mensch als „Leib-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld“ (PETZOLD

1974a) beschrieben. Er entwickelt durch Wahrnehmung, Erleben, Handeln und Kontakt mit seiner Leiblichkeit, den Dingen und den anderen Menschen seine Identität. „[...] der Therapeut ist ein Katalysator in offener Begegnung, er begleitet seinen Patienten/Klienten auf seinem Weg, hilft ihm, kontakt- und damit erlebnisfähiger zu werden und die Verantwortung für sein Handeln und Entscheiden übernehmen zu lernen“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 244).

„Der Organismus in seiner Ganzheit, mit seinen psychischen und leiblichen Aspekten, ist eingebettet in die umfassendere Totalität des Organismus/Umfeldes. Jedes Einzelereignis wird nur in Betrachtung des ganzen Feldes verständlich“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 246). So geht die Gestalttherapie von einer prozessualen Betrachtungsweise aus und kann mit jeder Altersstufe arbeiten. Sie arbeitet nicht nur konfliktlösend und reparierend, sondern auch, um gesunde Strukturen zu festigen und ungenutzte Potenziale auszunutzen.

GOODMANN brachte in die Gestalttherapie die Verbindung zwischen Individuum und Gesellschaft ein. Er nahm an, dass der von Natur aus soziale Mensch von den entfremdeten gesellschaftlichen Bedingungen eingeschränkt werden kann. So muss die Individuumszentriertheit in der Therapie erweitert werden auf einen gesellschaftlichen Zusammenhang.

Typische Vermeidungsverhalten sind nach PERLS Introjektion, Projektion, Retrofektion und Konfluenz sowie Blockierungen. PERLS brachte diese in sein Schichtenmodell der neurotischen Einschränkungen mit ein. PETZOLD (1977a) unterscheidet folgende pathogenen Konstellationen: Defizite, Störungen, Traumatisierungen und Konflikte.

„Die Diagnostik in der Gestalttherapie geht von den Phänomenen aus, vom Vordergrund des Offensichtlichen. Es wird zunächst betrachtet, was der Klient im ‚Hier-und-Jetzt‘ an der Oberfläche zeigt [...] Der Leib und das Gedächtnis werden als Reservoir derartiger Strukturen bzw. Szenen aufgefaßt. Impliziert ist, daß im Körper als gelebter Zeit im jeweiligen Moment die gesamte Lebensgeschichte anwesend ist (PETZOLD 1981a)“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 266). In der Diagnostik werden mehrere Ebenen der Analyse erfasst: Eigenressourcen, Fremdressourcen, Bedürfnisanalyse, Interessenanalyse, Lebensweltanalyse und die Analyse des Lebenskontinuums. Die Kompetenz und Performanz im personalen, sozialen und lebenspraktischen Bereich werden dabei verdeutlicht. In der Gestalttherapie soll der Klient lernen, seine gegenwärtigen und zukünftigen Probleme alleine zu lösen. Er soll an Reife zunehmen, Verantwortung für sein eigenes Handeln und Leben übernehmen, seine Bedürfnisse in Handlung umsetzen, unabhängig werden von den kindlich-abhängigen Erlebens- und Handlungsweisen und verantwortlich am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Die Ziele der Integrativen Gestalttherapie sind: „Bildung von Inter-Subjektivität, eine Haltung des inneren Beteiligtseins und des persönlichen Interesses an anderen [...], die Verringerung von Entfremdung, das Sich-Öffnen-Können gegenüber Berührung, eine Zunahme der Begegnungsfähigkeit, die frei ist von Projektionen und Übertragungen. [... Weiter

geht es; U. L.-R.] um die Restitution, Erhaltung und Entwicklung von Identität, die aus einer persönlichen und gemeinschaftlichen Sinnfindung erwächst. (PETZOLD 1984, 1978c)“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 268). Das sind sicher auch für die PMFT berechnete Ziele.

Die Phasen des therapeutischen Prozesses beschreibt F. PERLS mit Klischeephase, Rollenspielphase, Blockierungs- und Implosionsphase und kathartische Explosionsphase.

Die Phasen des tetradischen „Therapieprozesses nach H. PETZOLD werden als: Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase und die Phase der Neuorientierung beschrieben. Bei den Realitätsebenen der Therapie wird von der Ebene des Realen, des Imaginären der Repräsentation oder Gegenwärtigkeit und des Symbolischen gesprochen. In der Ebene der therapeutischen Tiefung gibt es die Ebene der Vorstellungen und Affekte bzw. des Bilderlebens, der Involvierung. Dabei tragen zur Vertiefung auch Körperinterventionen bei. „Auf der Ebene der autonomen Körperreaktionen fehlt die kognitive Kontrolle fast vollständig, außer daß ein Bezug zum Therapeuten noch bestehen bleibt. Die im Leib archivierten alten Szenen brechen auf einer präverbalen Stufe mit mehr oder weniger großer Intensität hervor. Oft verlaufen die Prozesse auf dieser Ebene zyklisch. Intensive Prozesse werden von ruhigeren Phasen abgelöst. [...] der regressive Zustand kann als therapeutisch induzierte Krise bezeichnet werden, aus der von der Ebene der autonomen Körperreaktionen beginnend jede vorhergehende Ebene wieder durchlaufen werden muß“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 274). Körperreaktionen werden hier oft mit Erinnerungen aus der frühen Lebenszeit, den ersten drei Lebensjahren, bzw. mit traumatischen Erlebnissen des Körpers wie bei Operationen und Unfällen in Verbindung gebracht und wieder durchlebt.

Interventionspraktiken sind:

1. *Support*: Es ist ein stützenden Vorgehen, das versucht, ein Geborgenheitsgefühl entstehen zu lassen. Gleichzeitig soll die Fähigkeit des Patienten verbessert werden, seinen eigenen Fundus des Supports zu entwickeln.
2. *Experimentieren*: Es geht darum, nicht nur zu reden, sondern das, was tiefer dringt, unmittelbar zu erleben und dann zu handeln. Diesem stimme ich zu und möchte es auch in der PMFT mit nutzen, vor allem die Arbeit mit der Imagination (mit unerledigten Situationen, nicht erreichbaren Personen und angstbesetzten Gefühlen Kontakt aufnehmen) und Phantasie (Unbekanntes erforschen). In der PMFT wird dies im Bewegungsspiel umgesetzt. „Experimente oder gezielte Stimulationen dienen der Verdeutlichung des aktuellen therapeutischen Prozesses oder der Erweiterung und Vermittlung neuer Erfahrungen beim Klienten. Durch Ausprobieren und Durchleben neuer Situationen sammelt der Klient an den Grenzen des bisher gelebten Erfahrungen und findet einen neuen Zugang zu seiner Persönlichkeit (Schneider 1979)“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 275).

3. *Konfrontation*: Gearbeitet wird an dem verbal oder nonverbal Offensichtlichen. „Die Konfrontation besteht in dem Aufweisen von Widersprüchen, z. B. durch die Aufforderung, Unvollendetes (Sätze, Bewegungen etc.) abzuschließen oder ausgelassene Schritte nachzuvollziehen“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 275). Eine Möglichkeit besteht darin, mit dem leeren Stuhl zu arbeiten. Dabei wird mit einem problematischen Anteil von sich oder problematischen Personen in einen Dialog eingetreten. Dies kann in der PMFT für die Kinder in Form des Bewegungsspiels mit Gegenständen umgesetzt werden. Dabei findet ein Rollentausch statt. Das Kind muss sich mit dem Gegenüber identifizieren und mit vermiedenen Anteilen und Personen in Kontakt treten.
4. *Paradoxe Interventionen und Provokationen*: Sie dienen dazu, lähmende oder manipulative Blockaden zu lösen. Vermeidungsmuster werden verdeutlicht und Eigeninitiative wird gefördert.
5. *Verstärken und Erleichtern*: Verstärkung bewirkt die Bestätigung erwünschter Verhaltensweisen. Dies wird in der PMG auch angewendet.
6. *Stimulieren und Evozieren*: Fehlt der Antrieb oder ist er eingeschränkt, wird der Patient angeregt.

Die Therapie wird hier also als ein dialogisches Geschehen gesehen. Das ist sie in der PMFT auch. In der Gestalttherapie will der Therapeut die „awareness“ des Patienten fördern. Dabei soll dieser seine Widerstands- und Abwehrphänomene erkennen und abbauen. In der Integrativen Gestalttherapie wird der Schwerpunkt auf die „selektive Offenheit“ und „partielle Teilnahme“ gelegt (vgl. PETZOLD 1980a, 253).

„Neben dem Ziel, Defizite und Störungen zu mindern (*reparativer* Anteil der Therapie), gilt es, an die gesunden Anteile des Klienten anzuknüpfen, sie zu stabilisieren, zu erhalten (*konservierende* Arbeit) und ungenutzte Anteile zu erschließen und auszuschöpfen (*evolutionäre* Arbeit, vgl. Petzold 1980a; Petzold, Berger 1977)“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 280).

Die Gestalttherapie will ein symmetrisches Verhältnis zwischen Patient und Therapeutin herstellen und intensiv die nicht verbalen Mitteilungen des Klienten nutzen. Dies entspricht der Anweisung für die PMFT-Durchführung, mehr mit den nonverbalen Mitteilungen zu arbeiten. Auch die Idee, die Art, Form, Häufigkeit und Länge der Sitzungen an den Bedürfnissen des Patienten (und bei der PMFT der Familie) zu orientieren, sollte in dem anfangs festgeschriebenen Ablauf der PMFT-Stunden (siehe Kapitel 7) etwas gelockert werden. Die Anwendung der IT kann bei BÜNTE-LUDWIG (1984, 284 ff.) nachgelesen werden. Das körperorientierte Vorgehen ermöglicht auf jeden Fall eine Therapie der Störungen im präverbalen und präsenilen Zeitraum. Insbesondere ist körperorientiertes Vorgehen für psychosomatische Erkrankungen hilfreich. Auch bei psychiatrischen Patienten scheinen nonverbale Verfahren hilfreich zu sein (vgl. BÜNTE-LUDWIG 1984, 284).

In der Gestalttherapie für Kinder „sollen Kinder und Jugendliche lernen, sich selbst besser gewahr zu werden und in einen direkten Kontakt mit der Umwelt zu treten. Sie sollen eine Stärkung ihrer Identität erfahren und werden darin gefördert, ihre Gefühle zu erkennen und adäquat auszudrücken“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 285).

Ob mit den Kindern oder mit der ganzen Familie gearbeitet wird, sollte schon im ersten gemeinsamen Gespräch geklärt werden, bei dem möglichst alle anwesend sein sollten. Dem Kind soll gezeigt werden, dass es in seiner Eigenständigkeit respektiert wird. „Eine Kindertherapie ohne die Beteiligung der Eltern ist nur dann angebracht, wenn die familiären Kommunikationsstrukturen geklärt sind und das Kind nicht länger der Symptomträger der Familie ist, oder wenn die Eltern bzw. ein Elternteil sich weigert, in das therapeutische Geschehen einbezogen zu werden. [...] die Regeln der gestalttherapeutischen Arbeit mit Familien ähneln sehr dem familientherapeutischen Konzept von V. Satir (1973, 1975). Ziel der Arbeit ist, die *familiäre Kompetenz* zu fördern, so daß es den Familienmitgliedern gelingt, aus ihrer festgefahrenen Struktur heraus zu einem lebendigeren Zusammenleben zu finden. Die vorhandenen Ressourcen der Familie werden gestützt; erst nachrangig liegt der Fokus der Therapie auf den Störungen“ (BÜNTE-LUDWIG 1984, 286). Dies entspricht sicher auch dem psychomotorischen Gedankengut, erst die Stärken des Kindes oder der Familie zu verdeutlichen und dann an die Schwierigkeiten heranzugehen. Zentral ist einerseits das Anliegen, die Aufmerksamkeit der Familienmitglieder füreinander und den Kontakt zueinander zu fördern, und andererseits der Wunsch, die Eigenverantwortung jedes Einzelnen in der Familie zu erweitern und die erstarrten Kommunikationsstrukturen zu lösen. Als Ganzes soll die Familie ein neues, positives Selbstbild entwickeln, jedes einzelne Mitglied eine eigene Identität. Dies ist für die PMFT auch ein wichtiges Ziel.

Ein Problem der Gestalttherapie stellt die Zusammensetzung aus sehr verschiedenen Theorien und Konzepten dar, die sich zuweilen zu widersprechen scheinen. Trotz der theoretischen Widersprüche zeigt sich indes ihre Wirksamkeit. Sollte sie deshalb nicht genutzt werden?

In der Integrativen Therapie werden Bewusstseins- und Erkenntnisprozesse mit der Neugier auf Unerforschtes und mit dem Spielerischen verbunden. Dabei wird besonders bei Kindern Wert auf das Spiel, das gemeinsame Tun, das kreative Gestalten und auf die Inszenierung gelegt. Durch zugewandte lebendige Interaktion kann vertrauter Kontakt mit dem Kind entstehen, menschliche Begegnung, Sicherheit in der Beziehung und eine klare Identität. Die Therapeutin muss die Fähigkeit besitzen, an dem Milieu der Lebenswelt („social world“) des Kindes und der Familie teilzuhaben. Die Eltern und Therapeuten müssen die Fähigkeit besitzen, sich in ihr eigenes „Kinderland“ zu versetzen, um die Kinder und deren kindliches Fühlen verstehen zu können. Und sie müssen die Lebenssituation der Kinder heute kennen und begreifen können. Das geht nur, wenn sie ihre Archive des Leibesgedächtnisses zur Verfügung haben. „Er [der Elternteil oder der Therapeut; U. L.-R.] ist Erwachsener und Kind zugleich und vermittelt für das Kind beständig zwischen diesen

beiden Welten, weil sein reifes und flexibles Ich in der Lage ist, diese beiden Welten zu verbinden. [...] Sie [die Eltern oder Therapeutinnen; U. L.-R.] sind besonders kompetent, wenn sie an der Lebenswelt der Kinder, ihrer Erlebenswelt, ihren sozialen Welten partizipieren können, ohne dabei ihr Erwachsensein, auf das die Kinder ja angewiesen sind, aufzugeben oder sich in permanenten Regressionen zu verlieren“ (RAMIN/PETZOLD 1995, 361). Eine wesentliche Aufgabe der Kindertherapie ist das Finden von praktikablen Interventionen, um die unterschiedlichen sozialen Welten verbinden zu können. Auch hier gibt es Einzel- und Gruppentherapien. Die Praxis muss kindgerechte Materialien haben wie Spielmaterialien, Sand, Wasser, Ton usw. Es muss bedacht werden, dass Kinder sich anfangs mehr im Tun äußern als mit Worten. Als Begleiter, Hilfs-Ich und Projektionsfigur fungiert der Therapeut. Er verkörpert das, was vorher gefehlt hat. „Er muß selbst in das Kinderland hinabsteigen, um empathisch erfassen zu können, was der Patient braucht. Er muß gleichzeitig Erwachsener bleiben, um den Patienten zu sichern und den Anforderungen des Feldes begegnen zu können. Es ist also eine Haltung vonnöten, die kompetente Eltern kennzeichnet: ein partielle Teilnahme, die das Miterleben und Mitvollziehen des Kindlichen ermöglicht, ohne dabei die Fähigkeiten des Erwachsenen einzutrüben oder zu beeinträchtigen“ (RAMIN/PETZOLD 1995, 384–385).

Die Therapie soll ein „facilitating environment“ bereitstellen. Die intersubjektiven Beziehungen stehen in der Therapie im Zentrum. „Die leibliche Awareness entfaltet sich im Kontakt, vertieft sich im Angeschautwerden zur Begegnung“ (RAMIN/PETZOLD 1995, 372). Die Kindertherapie versucht, „das expressive, künstlerische Element im Kinde zu fördern und zu entwickeln und, wo es schon eingeengt und beschränkt wurde, es wieder zu wecken und zur Entfaltung zu bringen“ (RAMIN/PETZOLD 1995, 377). Es werden eine Vielzahl kreativer Medien genutzt wie Musik, Ton, Bewegung, Farben, Rollenspiele. Es wird versucht, die kindgemäßen Ausdrucksformen zu bewahren, „um einen Entwicklungsprozeß zu begleiten, aus dem integrierte erwachsene Persönlichkeiten hervorgehen können, die sich ihre Kindlichkeit bewahrt haben“ (RAMIN/PETZOLD 1995, 377).

Ein wichtiger Punkt in Bezug auf psychomotorische Zusammenhänge erscheint mir folgende Aussage von RAMIN: „Das Unbewußte ist nicht nur das leiblich Mitgegebene, es ist auch das Verdrängte. Im Prozeß der Sozialisation werden die Ereignisse, die dem Körper durch Einwirkung der Außenwelt widerfahren, im Gedächtnis des Leibes als Atmosphären, Szenen und Szenengeschichten archiviert. Das Leibgedächtnis verliert nichts; und so würden schmerzliche Erfahrungen von Traumatisierungen, Defiziten, Störungen leidvoll im Erleben bleiben, wenn nicht die Möglichkeit der Verdrängung Schutz böte. Die Verdrängung ist eine positive Möglichkeit des Organismus und wird [...] als solche gewertet. [...] In der Therapie haben wir es häufig mit Kindern zu tun, deren unbewußte Reservoir mit zu vielen traumatischen Ereignissen gefüllt sind und bei denen die Archive des Leibes überquellen von Kränkungen und Erfahrungen der Entbehrung“ (RAMIN/PETZOLD 1995, 378–379). Dann entstehen z. B. Verhaltensauffälligkeiten.

Bei der Kindertherapie muss man sich vor unreflektierter Überidentifikation mit dem Kind hüten. Die Eltern sollten nicht entwertet werden. Körperkontakt ist allerdings in der Kindertherapie unumgänglich.

6.4.3 Psychodrama (MORENO)

Das Psychodrama wird als direktives Verfahren benannt, in dem sich die Kreativität des Therapeuten genauso verwirklichen kann, wie die des Patienten gefördert wird. Für MORENO ist seine Therapie „angewandte Anthropologie“ (PETZOLD 1984, 131). Er geht von einem positiven Gesundheitsbegriff aus: „Für *Moreno* ist das Individuum gesund, das zur Begegnung und spontanem, kreativem und angemessenem Handeln in seinem sozialen Umfeld in der Lage ist“ (PETZOLD 1984, 131). MORENO, als Begründer der Gruppenpsychotherapie, vertrat die soziale Bestimmtheit des Individuums mit äußerster Radikalität. Der Mensch war für ihn vorrangig „Mitmensch“.

MORENO gab Kindern die Möglichkeit, ihre häuslichen Probleme in einem improvisierten Stegreifspiel darzustellen. Durch dieses Spiel sollten die Kinder sich innerlich von der Problematik befreien. Da MORENO mehr ein Pragmatiker war, hat er sich nicht so um die theoretische Fundierung seiner Methode gekümmert. „Im Psychodrama spielen die Beteiligten ihr Leben durch alle Stationen wie in einem Zeitraffer nach, wobei es wichtig ist, daß sie nichts für sie persönlich Bedeutsames auslassen“ (KIPHARD 1990, 191). So ist im Stegreifspiel alles möglich, vom Schlafen bis zum Trinken usw. „In einem ersten therapeutischen Schritt werden dadurch innerste Wunden aufgerissen und können ungehindert nach außen bluten. Werden nun die gleichen konfliktträchtigen Szenen in der Wiederholung gespielt, so bahnt sich in diesem zweiten Schritt eine Befreiung, eine Überwindung des Konfliktes an. In der mehrmaligen Wiederholung werden die eigenen Probleme nicht nur entschärft, sondern möglicherweise lächerlich gemacht. Dadurch gewinnt der Patient Abstand von ihnen und lächelt darüber“ (KIPHARD 1990, 191). Der Rollenwechsel ist auch ein wichtiges psychotherapeutisches Element. Jeder Spieler bekommt ein Hilfs-Ich zugeordnet, das jederzeit für ihn einspringen kann. Die Mitpatienten, die Zuschauer sind, identifizieren sich häufig mit dem Darsteller. Jeder trägt das Problem jedes Einzelnen mit und gemeinsam sucht man nach Lösungsmöglichkeiten. Der Therapeut braucht große Erfahrung und Empathie. Erfolg versprechend ist diese Methode vor allem, wenn die Patienten ähnliche Problematiken haben.

MORENOS Therapiemethode wurde durch das kindliche Spiel inspiriert. Die Therapie war aber erst nur für Erwachsene gedacht. Durch das Psychodrama wollte MORENO die schöpferische Fähigkeit, kreativ zu sein, wieder wecken, die vorher in ihrem Ausdruck behindert wurde. Die Rolle, als Gesamtheit konkreter Verhaltensweisen, erworben in einem komplexen Sozialisationsprozess, soll keine Rollenkonserve, sondern ein lebendiges Spiel sein. Durch die Entwicklung der Rolle entwickelt sich die Persönlichkeit des Klienten. Die Therapie ist als Gruppentherapie konzipiert. Wesentlich dabei ist die therapeu-

tische Interaktion. Es agiert die Sprache des Handelns bzw. das szenische Handeln, was es besonders Kindern leicht macht, sich auszudrücken. Diese Fähigkeit soll auch in der PMFT genutzt werden. In dem Psychodrama in der Kindertherapie wird eine Warm-up-Phase (Aufwärmungsphase) eingefügt, damit die Kinder eingestimmt werden, Spielhemmungen verlieren und ihr Thema wählen. Dabei geht es inhaltlich von der Realebene auf die Symbolebene. Der Protagonist beschreibt und bestimmt das Spiel genau. „In der Spielphase [= Aktionsphase; U. L.-R.] stellt das Kind das Problem dar und kann aufgestaute Emotionen ausagieren. Durch die psychodramatischen Techniken (Rollentausch, Doppeln, Spiegeln) soll über eine emotionale Erfahrung sein bisheriges Rollenverhalten korrigiert und ein effektiveres und befriedigenderes Rollenverhalten gefunden werden. In der Nachbesprechungsphase [= Abschlussphase; U. L.-R.] bekommen die Kinder Rückmeldungen zu den Rollen, die sie übernommen haben, und teilen im Sharing ähnliche Probleme mit“ (AICHINGER 1995, 275).

Für MORENO gab es verschiedene Rollentypen: Die psychosomatische Rolle, mit der psychophysische Handlungsweisen benannt werden, die psychodramatische Rolle, in der ein Individuum soziale Wirklichkeit selber auslegt, und die soziodramatische Rolle, bei der eine sozial vorgegebene Rollenvorstellung verkörpert wird.

Der Therapeut kann aus verschiedenen Positionen intervenieren (Beta-Position: Position des Beobachters; Omega-Position: Außenseiter oder Sündenbock; Gegnerposition: um die Gruppenkohäsion zu stärken; Hilfs-Ich: Rolle des stützenden Doppels als Verbündeter der verdrängten Triebregungen). AICHINGER beschreibt folgende Probleme: „Der Versuch, Probleme oder Konflikte der Kinder psychodramatisch zu rekonstruieren, belastete diese, verstärkte eher ihren innerpsychischen Konflikt und lähmte sie in ihrer Spontanität. Störungen, die in der präverbalen Phase der Entwicklung stattgefunden hatten und bei den Kindern nur ungenügend oder gar nicht in Sprachsymbole übersetzt waren, konnten nicht bearbeitet werden, da sie ja von den Kindern nicht benannt werden konnten“ (AICHINGER 1995, 277). In der PMFT nahmen die Kinder auch Themen auf, wie mir scheint, die sie so nicht hätten verbalisieren können. Kinder konnten aber sonst auf kindgerechte Weise im psychodramatischen Spiel ihre Konflikte auf Symbolebene darstellen. Das Spiel ist allerdings nicht nur Ausdruck des Unbewussten, sondern auch ein Weg zur sozialen Interaktion. Im Gegensatz zu den PMG stehen den Kindern im Psychodrama nur wenige Materialien wie Decken, Kissen, Polster, Verkleidungsutensilien zur Verfügung. Die Sitzungsdauer ist verschieden, aber bei AICHINGER auf 60 Minuten festgesetzt. Die Gruppengröße liegt bei ungefähr 6 Kindern, während es bei den PMG 10–12 Kinder sind.

Die zentralen psychodramatischen Handlungstechniken wurden im Kinderpsychodrama abgeändert. In der Doppeltechnik, bei der hinter dem Protagonisten der Platz eingenommen wird, um dessen Körperhaltung anzunehmen sowie seine Empfindungen nachzuspüren und zu artikulieren, „übernimmt der Therapeut [...] Rollen und versucht, in diesen Rollen stützendes, explorierendes oder symbolisches Doppel des Kindes zu werden“

(AICHINGER 1995, 287). Statt einem angeordneten Rollentausch wird ein spontaner durchgeführt. Bei der Spiegeltechnik stellt üblicherweise der Cotherapeut den Protagonisten auf der Bühne dar, so dass dieser sich selbst betrachten kann. Bei den Kindern setzt der Therapeut sich z.B. als Rundfunk- oder Fernsehreporter ein, der in der Spiegelrolle durch die Bericht-erstattung dem Kind sein Spiegelbild auf der symbolischen Ebene zeigt (vgl. AICHINGER 1995, 287).

Therapieziel ist neben der Heilung von Krankheiten die Förderung gesunden Verhaltens. In der Behandlungsmethodik wird beachtet und sollte auch bei der PMFT Beachtung finden, dass Szenen ganzheitlich gespeicherte Gedächtnisinhalte sind, „die durch Auslösereize in aller Erlebnisintensität evoziert werden können“ (PETZOLD 1984, 159). Es geht in der Behandlung also nicht nur um „*Einsicht*, es geht um *Integration* und um *kreative Neusetzung* von Möglichkeiten durch das Spiel“ (PETZOLD 1984, 159). Es geht nicht nur um Abreaktion in der Behandlung und auch nicht um „die Behebung oder Minderung von Störungen und die Kompensation von Defekten [...], sondern [darum; U. L.-R.] daß es, wie die anderen Verfahren der humanistischen Psychologie, auf die Entwicklung der Persönlichkeit gerichtet ist, auf die Gestaltung ihrer körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Potentiale [...] im aktuellen, biographischen und prospektiven Lebenszusammenhang. [...] Die soziale Kompetenz wird durch die Interaktion in der Gruppe entwickelt, und das bloße Faktum der Gruppe führt dabei zu einer Bereicherung defizitärer sozialer Atome“ (PETZOLD 1984, 160). Diese Gruppenwirkung ist bei den PMG auch gegeben. Folgende Elemente werden beim Psychodrama benötigt: Bühne oder Spielfläche, Protagonist (realisiert auf der Bühne das Konfliktgeschehen, wobei der ganze nonverbale Ausdruck mit genutzt werden kann), Leiter (tritt nicht ins Spiel), Hilfstherapeuten oder Assistenten (übernehmen Rollen aus dem Konfliktgeschehen), Teilnehmer der Gruppe (sie bieten Sharing/Anteilnahme, Feedback und Analyse der im Spiel erkennbar gewordenen Verhaltensmuster) und die Techniken des Psychodramas. PETZOLD hält das Spiel als kindliche Ausdrucksform für optimal und findet deshalb die nonverbalen Elemente des Psychodramas für Kinder im Vorschulalter einen ausgezeichneten therapeutischen Zugang (vgl. PETZOLD 1984, 179).

MORENO führte, lange bevor die Systemtherapie für Paare und Familien eingeführt wurde, diese auf seine Art durch. „Die Beziehungen und Rollenkonfigurationen in der Familie werden psychodramatisch exploriert und den Familienmitgliedern verdeutlicht. Dabei werden Doppel-Ich, Rollentausch u. a. Psychodramatechniken verwandt, um die Situation des anderen besser verstehen zu lernen. Psychodramatische Techniken haben heute in der Familientherapie ihren festen Platz. Sie erlauben die Repräsentation abwesender Familienmitglieder, was besonders für die Mehrgenerationen-Familientherapie [...] Bedeutung gewinnt. Weiterhin können alternative Verhaltensweisen erprobt und eingeübt werden. Die spielerische Komponente vermag besonders die Kinder in den Prozeß einzubeziehen“ (PETZOLD 1984, 180). Die PMFT soll hier eine Erweiterung der Möglichkeiten bringen.

„Auch das Psychodrama von MORENO enthält viele systemische Momente: Zwar wird das Psychodrama gewöhnlich nicht in dem sozialen System arrangiert, in dem sich die Symptome ergeben (z. B. Familie), sondern in der Therapiegruppe. Aber es kann gerade dadurch, dass die Positionen der anderen im System (z.B. ‚Vater‘, ‚Mutter‘ usw.) nur durch Mitspieler rollenhaft besetzt werden, leicht experimentiert werden: Probeweise lassen sich andere Strukturen des Systems arrangieren und erfahren (freilich eben nur in Bezug auf einen Patienten). Ende der dreißiger Jahre machte Moreno allerdings sogar schon Versuche, mit Paaren und Familien unter systemischen Aspekten zu arbeiten“ (KRIZ, J. 2001, 242).

Dieses Verfahren ist ein reiches und komplexes Verfahren mit einer differenzierten Behandlungsmethodologie und fußt nicht auf FREUD. „Die Stärken des Verfahrens liegen in der Einbeziehung des sozialen Kontextes, der Nonverbalität und der Muster konkreten Alltagsverhaltens. Seine Schwächen liegen in einer noch nicht ausreichend entwickelten Krankheitslehre und seinen eingeschränkten Verwendungsmöglichkeiten als Form der Einzeltherapie“ (PETZOLD 1984, 188). Sinnvoll erscheint es, wo Therapien mit „verba-lem Schwerpunkt und einseitig introspektionistischer Orientierung nicht mehr greifen können“ (PETZOLD 1984, 188).

MORENOS Methode wurde auch in der Familientherapie bei der Skulpturarbeit und zum Beispiel beim „Familienbrett“ genutzt.

6.4.4 Die nicht-direktive Spieltherapie (AXLINE) und die klientenzentrierte Spieltherapie (SCHMIDTCHEN) im Vergleich

Beiden Therapien liegt die Persönlichkeits- und Gesprächspsychotherapie von Carl ROGERS zugrunde. Virginia M. AXLINE (1947) war Doktorandin von ROGERS, der auch schon versuchte, seine Therapie auf Kinder zu übertragen. Sie führte dies fort. Stefan SCHMIDTCHEN orientierte sich an dem klientenzentrierten Konzept von ROGERS.

GOETZE (1981) beschreibt die Gesprächspsychotherapie nach C. ROGERS in 3 Phasen:

- 1.) *Die nicht-direktive Phase:* Der Klient ist selbstverantwortlich, und im Vertrauen auf seine gesunden Kräfte muss der Therapeut diese nur aktivieren. Der Therapeut zeigt Wärme und ist empfänglich. Der Therapeut erfasst den Bedeutungsgehalt des Gesagten des Klienten und gibt diesen Inhalt wieder (nicht-direktiv).
- 2.) *Die klientenzentrierte Phase:* Der Therapeut verhilft dem Klienten zu der Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Gefühlswelt, indem er die Gefühle des Klienten verbalisiert. Die drei Basisvariablen (Selbstkongruenz/Echtheit, positive Wertschätzung und einführendes Verstehen/Empathie) sind dabei notwendig für den therapeutischen Erfolg.

3.) *Die Personenzentriertheit*: Die Gefühle werden nicht nur benannt, sondern auch ihr emotionaler Bedeutungsgehalt erarbeitet. Die Therapie als Prozess wird gestaltet durch die Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

Die nicht-direktive Spieltherapie nach V. M. AXLINE unterscheidet sich von der GT (Gesprächspsychotherapie) vor allem darin, dass die Beziehung in der Spieltherapie hauptsächlich durch Handlungen und nicht durch Worte gestaltet wird. In dieser Spieltherapie überlässt der Therapeut dem Kind die Führung. Das Kind übernimmt somit die Verantwortung für sein Handeln. Das Kind soll immer reiferes Verhalten zeigen. Nach AXLINE entsteht unangepasstes Verhalten durch die Blockierung der Reifung und des Selbstständigwerdens. In der Spielsituation soll dem Kind die Möglichkeit gegeben werden, unter günstigen Bedingungen zu wachsen und zu reifen. Als natürliches Mittel zur Selbstdarstellung dient dabei das Spiel. Die durch Blockierungen angestauten Gefühle können spielerisch ausgedrückt werden und es kommt zur psychischen Druckentlastung. Die Gefühlswelt des Kindes wird offenbar und vom Therapeuten gespiegelt. Das Kind darf es selbst sein, angenommen so, wie es ist. Keine Wertung und kein Druck belasten die Beziehung. Es entsteht eine Atmosphäre des Gewährenlassens. Die Spielwahl liegt beim Kind und so drückt es sich frei aus unter dem Vertrauen des Therapeuten, dass das Kind nicht auf seine Probleme angesprochen werden muss, sondern sich selber den richtigen Zeitpunkt aussucht, sein Problem zu bespielen. Diagnostik hält AXLINE unter diesen Bedingungen für unnötig. Begrenzungen durch den Therapeuten sind sehr eingeschränkt auf materielle Zerstörung oder das Angreifen des Therapeuten bezogen, aber auch dann wird die Grenze nur verbal gesetzt. Raum und Zeit der Spielstunde sind klar vorgegeben. AXLINE hat Grundprinzipien für den Therapeuten/die Therapeutin zusammengestellt (vgl. SCHMIDTCHEN 1991, 73). Der Therapeut soll eine wärmende Beziehung aufbauen, das Kind annehmen, wie es ist, eine gute Atmosphäre aufbauen, wachsam sein für die Gefühle des Kindes, die Fähigkeiten des Kindes achten, das Kind nicht beeinflussen, keine Therapiebeschleunigung anstreben, die Grenzen nur dort setzen, wo sie wirklich nötig sind. Dabei gibt es gewährende und nicht-direktive Anteile des therapeutischen Verhaltens.

Bei der klienten- oder auch personenzentrierten Spieltherapie nach S. SCHMIDTCHEN muss eine Therapiediagnostik durchgeführt werden. Z. B. muss geklärt werden, welche Familienmitglieder das gestörte Verhalten des Klienten mit beeinflussen. Davon sind die Indikationsempfehlung und die Behandlungsart abhängig (Einzel-, Paar-, Großeltern-, Eltern-, Kind-, Familientherapie oder Kombinationen). Also steht nicht nur das verhaltensauffällige Kind im Blickpunkt des Therapeuten. Das Spiel in der Spieltherapie hat laut SCHMIDTCHEN (1991) zwei wichtige Funktionen: die Informationsübertragung wichtiger intern ablaufender Prozesse und die spielerische Selbstkommunikation, verarbeitet durch Assimilation oder Akkommodation. Diese Informationen werden im Spiel sicher auch in der PMFT zu nutzen sein. In der Spielhandlung kann das Kind seine Handlungsdurchführungen verbessern. Ziele für die Spieltherapie und die parallel laufende Familientherapie sind:

1. Die Förderung des seelisch-geistigen Wachstumsverhaltens: Die emotionalen, sensorischen, instrumentellen, sozialen und kognitiven Handlungsfertigkeiten des Kindes sollen in der Spieltherapie geübt werden, um Umwelanforderungen selbstständig begegnen zu können. Im Spiel kann das Kind das Als-ob-Spiel erproben. Das Kind braucht Kompetenzen, um physiologische Bedürfnisse, Sicherheits- und Ordnungsbedürfnisse, Bedürfnisse nach Empathie, Bindung und Liebe, Bedürfnisse nach Wertschätzung und Eigenständigkeit, Bedürfnisse nach Leistung in Spiel und Arbeit, nach Ich-Wirksamkeit, Bedürfnisse zur Bildung von Selbstkonzeptannahmen und zum Erwerb metaphysischer Erfahrungen (vgl. SCHMIDTCHEN 1991, 20 f.) zu erwerben.
2. Die Förderung des Störungsbewältigungsverhaltens: Das Kind wird genau aufgeklärt über seine Störungen und zur Bewältigung aufgefordert. Falsche Selbstkonzepte sollen verändert werden. Der Therapeut muss beim Klienten Inkongruenzen zwischen mehreren Handlungsimpulsen aufspüren.

SCHMIDTCHENS Angaben für das Therapeutenverhalten sind Strategien, komplexe Handlungsprogramme, die unter bestimmten Bedingungen zielgerichtet eingesetzt werden sollen. Er beschreibt A-Strategien, die der Gestaltung einer heilungsfördernden Beziehung dienen (wie engagierte Fürsorge für den Klienten und Schaffung eines anregenden, freundlichen, gefühlsoffenen und Angst abbauenden psychologischen Klimas, Achtung und Wertschätzung des Klienten, Bemühungen um ein selbstkongruentes Therapeutenverhalten, Bemühungen um eine dialogische Kommunikation), B-Strategien, die einer generellen Förderung von Selbstheilungsprozessen nützlich sind (Markierung von heilungsfördernden und -hindernden Prozessen; Bemühungen um ein Bedeutungs-Verstehen heilungswichtiger Klientenerfahrungen, bewusst machende Reflexion der Klientenerfahrungen, Regulierung der räumlichen Nähe) und C-Strategien, die einer speziellen Förderung von Selbstheilungshandlungen dienen (Vorschläge und Anweisungen, Verhinderung eines gestörten Verhaltens durch Grenzsetzung, Zeigen eines Modellverhaltens und Bedeutungsumformung unangenehmer Erfahrungen, Hilfe durch körperbezogene Interventionen). SCHMIDTCHEN beschreibt, dass Wachstums- und Verhaltensstörungen sich auch im Körper ausdrücken wie bei Muskelspannungen. So gibt es auch körperbezogene Interventionen, wenn das Kind durch belastende körperliche Reaktionen am Selbstheilungsprozess gehindert wird. SCHMIDTCHEN geht dabei aber nicht so weit, wie es in der PMFT vorgesehen ist, nämlich deshalb mehr mit Bewegung zu arbeiten. Er nennt körperbezogene Interventionen: Atmungs- und Entspannungshilfen, Bewegungsberatung oder Ernährungsberatung. Die erlebnismäßige körperliche Fokussierung von Affekten (vgl. GENDLIN 1981) kann eine Hilfe sein, um heilungsfördernde Handlungsprozesse zu finden.

Im Spielzimmer sollte Spielzeug sein, das zur realen oder symbolischen Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse dient. Der Therapeut muss das Spiel des Kindes vor Unterbrechungen schützen. Der Therapeut darf auch mitspielen, wenn es den Therapiezielen dienlich ist.

AXLINE verzichtet auf Diagnostik, während es SCHMIDTCHEN und LICHER-RÜSCHEN (1998) für nützlich halten, diese vorwegzuschicken. SCHMIDTCHEN bindet im Gegensatz zu AXLINE die Eltern mit in das therapeutische Geschehen ein, was ich auch für sinnvoll halte. SCHMIDTCHEN erweitert die Zielsetzung des allgemeinen Wachstums um das Finden von Störungsbewältigungsverhalten. AXLINE traut dem Kind die eigenständige Problemlösung zu. Die Verfasserin nimmt an, dass Hilfestellungen für die Kinder gegeben werden müssen. SCHMIDTCHEN konzentriert sich auf das Spiel, während sich AXLINE auf die verbale Interaktion verlässt. Auch darf bei ihr der Therapeut nicht mitspielen. Ich halte das Mitspielen aber manchmal für erforderlich, z.B. um in bestimmte Rollen zu schlüpfen. Das Ausmaß der Grenzsetzung differiert. AXLINE handelt wieder streng nicht-direktiv, während SCHMIDTCHENS Ansatz ein breites Handlungsspektrum bietet. AXLINES Ansatz scheint mir zu einengend. Für mein Verfahren scheint der Ansatz von SCHMIDTCHEN mehr Anregungen in Bezug auf das Spielgeschehen zu geben.

Während in der Klientenzentrierten Kindertherapie (KZK) immer parallel Familienberatung/Familientherapie und Spieltherapie stattfinden, werde ich hier ein Setting vorstellen, in dem Ideen der Familientherapie, der Spieltherapie und psychomotorisches Gedankengut in der psychomotorischen Familientherapie zusammengefasst werden. Dabei ist bei den Kindern angestrebt, was auch die Klientenzentrierte Kindertherapie als Zielentwicklungen für die Kinder beschreibt: Förderung seelischer Wachstumspotenziale, Nachreife von Entwicklungsverzögerungen (bei der PMFT allerdings auch im motorischen und sensorischen Bereich mitbedacht), Verbesserung der allgemeinen Lern- und Leistungsfähigkeit. Der letzte Punkt wird sich allerdings bei Stabilisierung der anderen Ziele mitregulieren. Zudem sollte, was bei der KZK fehlt, auch eine Stabilisierung der familiären Situation stattfinden. Das Haupthandlungsmedium der Spieltherapie, das Spiel, ist in der PMFT vorrangig das Bewegungsspiel. Das Spiel bietet sicher bei beiden die Möglichkeit der Erlebnisaktivierung, die Symbolisierung von Konflikten, die Katharsis von Affekten und die Verarbeitung von Problemen. Die Therapeuten schwingen mit auf der Spielebene, bei der PMFT wird aber zudem noch reflektiert. Der Schwerpunkt der Spieltherapie wie der PMFT liegt auf dem nicht-verbale Erfahrungslernen. „Die Bewegung im Raum, die nicht-verbale Kommunikation durch Gestik, Mimik und Haptik, der Umgang mit den Spielsachen zum Zwecke der Erreichung wichtiger psychischer Ziele, die Betonung des Hier und Jetzt als der allein gültigen Zeit und die zwischenmenschliche Beziehung und emotionale Atmosphäre zwischen Klient und Therapeut (und der der Klienten untereinander in einer Gruppentherapie) sind die wichtigsten inhaltlichen und formalen Variablen einer Klientenzentrierten Spieltherapie“ (SCHMIDTCHEN 1995, 207). Dies entspricht auch einigen Zielen der PMG, wobei diese den Schwerpunkt auf die Entwicklung der motorischen und sensorischen Fähigkeiten legt. In der PMFT sind diese Variablen alle mitangebracht, weiten sich aber auch noch auf das familiäre Netz aus. In der Spieltherapie soll der Therapeut offen, identisch, spontan und spielrollenzentriert sein, nicht distanziert. „Eine kommunika-

ve Metaposition, wie z.B. in der systemischen Familientherapie von *Palazzoli* üblich, ist in der klientenzentrierten Spieltherapie nicht angemessen“ (SCHMIDTCHEN 1995, 218).

Was das Spielzeug betrifft, ist das der PMG und PMFT mehr bewegungsorientiert als das der KZK. Bei allen genannten Therapieformen dieses Teilkapitels muss das Augenmerk auf nichtsprachliche Prozesse gelegt werden. Dazu zählen: Blickkontakt, Stimme, Mimik, Gestik, Körperbewegungen (Haptik), die Bewegungen im Raum, die Atmung, der Verhaltensfluss der Spielhandlung. „Der Spieltherapeut muß ähnlich wie der Hypnotherapeut oder der Körpertherapeut lernen, eine analoge [= also in ihrem übertragenen Sinngehalt bzw. Bedeutungsgehalt verstandene; U. L.-R.] Kommunikation zu ‚verstehen‘ und selber analog zu beantworten“ (SCHMIDTCHEN 1995, 223). Bei AXLINES Verfahren wirkt es so, als ob detaillierte Eltern- und Umweltbeeinflussung außerhalb der Therapie nicht notwendig sei. Die Praxis widerlegt dies jedoch. So scheint auch manchmal die PMG für die Kinder nicht auszureichen, was mich bewog, das neue Setting um die PMFT herum aufzustellen. „Da das Kind noch sehr stark in das familiäre Interaktionssystem eingebettet ist, hat jede Störung der elterlichen Systeminteraktion Einfluß auf das Kind. Insbesondere dauerhafte, belastende Transaktionen zwischen den Eltern strahlen mittelbar oder unmittelbar auf das Kind aus. Insofern sollte jeder möglichen Spieltherapie eine Analyse der familiären Interaktion vorausgehen“ (SCHMIDTCHEN 1995, 224). Vielleicht kann auch geschaut werden, ob bei gravierender Störung des familiären Systems und der Psychomotorik des Kindes eine psychomotorische Familientherapie angebracht ist.

6.4.5 Die Kinderpsychotherapie (KPT) im Vergleich zur Familientherapie

Geschichtlich gesehen ist die Kinderpsychotherapie aus der Psychoanalyse FREUDS entstanden, die sich dann in verschiedene psychotherapeutische Schulen aufgezweigt hat. Hier sollen die beiden Vorreiter der Kinderpsychotherapie, Anna FREUD und Alfred ADLER, herausgegriffen werden.

Die Kinderpsychotherapie will das ganze Tun und Treiben der lebendigen Wirklichkeit eines Kindes in ihrer Behandlung berücksichtigen. Ihr geht es um das Verstehen und die Förderung des Kindes in seiner Welt: seiner Körperlichkeit, seinem Verhalten, seinen Gefühlen, seiner Sprache. Es geht auch um das noch sehr plastische kindliche „Bild vom Eigenen“, das als Selbstkonzept bezeichnet wird (vgl. SWILDENS 1989). Dabei wird die Fähigkeit des Kindes vorausgesetzt, zu wachsen und sich selbst zu lenken.

Die Grundpositionen des/der Therapeuten/in sind bei der personenorientierten KPT interessiertens Hören, Anteilnehmen, wissendes Verhalten, reale Begegnung, Vermittlung von notwendigen Grenzen, das Wertschätzen des Kindes, die Anerkennung der Bemühungen und das Lob konkreter Handlungen. Diese auf die Entwicklung der Person hin orientierte KPT versteht sich als Weg zur Heilung von neurotischen Fehlhaltungen und Verhaltensstörungen.

Man nimmt an, dass Ängstlichkeit, Hilflosigkeit, Aggressivität und auffälliges Verhalten dem Kind vor allem zur Sicherung und Vermeidung dienen. Neurotische Verhaltens- und Erlebensweisen erlauben es so, auf indirektem Wege wichtige eigene Bedürfnisse, Impulse und Gefühle zu befriedigen. Die Wurzeln der Entstehung dieser Therapieform werden bei Anna FREUD, der Vertreterin der psychoanalytisch orientierten Richtung der KPT, eher im Innerpsychischen gesehen. ADLER, der Vertreter der Individualpsychologie, sieht den Konflikt mehr „am Rande der Person“, da die Person ein soziales Wesen sei. Die personenorientierte KPT sieht die Wurzeln des neurotischen Konflikts in den familiären Beziehungen, wenn auch z. T. unbewusst. Alfred ADLER (1980, 1983) hebt besonders hervor, dass, abhängig von der Reaktion der Eltern, das Kind Verhaltensweisen entwickelt, die kurzfristig Erfolg bringen, ihm eine gewisse Kontrolle einräumen, in ihrer langfristigen Wirkung aber zerstörerisch bzw. selbstzerstörerisch sind.

Das Spiel – allgemein ein wichtiger Faktor im menschlichen Leben – dient in der KPT als eine besondere Form der Kommunikation, des Lernens und der therapeutischen Arbeit. Statt mit Einfällen und Worten wird mit Gegenständen und mit den damit verbundenen Gefühlen und Phantasien der Kinder gespielt. Spielzeuge werden zu Hilfsmitteln für das praktische Experimentieren des Kindes, für sein Suchen nach besseren Wegen der Gestaltung seiner Beziehungen zu Erwachsenen und nach besseren Wegen der Bewältigung seiner inneren Probleme. Das Kind nutzt also auch andere Ausdrucksmittel als ausschließlich die Sprache (Zeichnen, Modellieren, Spielzeug usw., die im denkerischen, technisch-konstruktiven, motorischen, entspannenden, sensorischen, sozialen oder kreativen Bereich liegen können). Weiter sind Rollenspiel und Phantasiereisen übliche Methoden. Das Kind soll hier die Probleme mehr oder weniger unbewusst in das Spiel einbringen. Dazu soll dem Kind oder den Kindern auch in der Bewegungsspielphase der PMFT Gelegenheit gegeben werden.

Der therapeutische Prozess dient letztlich dem Ziel, dem Kind den Zugang zu sich selbst zu eröffnen, zu seinen Gefühlen und Bedürfnissen, seinen Gedanken und Phantasien, seinem Körper, seinen Sinnen, seinen Bewegungen und seinem Rhythmus.

Die ursprüngliche KPT ist als eine Einzelbehandlung konzipiert, aber heutige Bestrebungen beziehen die Familie schon wesentlich mehr in die Behandlung mit ein. Es wird mindestens eine begleitende Erziehungsberatung empfohlen. Dies erscheint auch notwendig, da das Kind innerhalb der Therapie Erfahrungen machen kann, die denjenigen in seinem Elternhaus zum Teil widersprechen und so dort Veränderungen fordern.

Anna FREUD interessierte sich vorrangig für den neurotischen Konflikt des Kindes und sein Unbewusstes. Das Kind steht im Zentrum der Betrachtungen. Seine Symptome werden als Ausdruck eines seelischen Konfliktes gesehen, der z.B. zwischen Trieb und Über-Ich, also innerpsychisch, entstehen kann. Alfred ADLERS individualpsychologische KPT orientiert sich mehr an der „pädagogischen Psychologie“. Die zentralen Konzepte der Individualpsychologie sind „Minderwertigkeitsgefühl“, dem das „Geltungsbedürfnis“

gegenübersteht, „Lebensstil“ und „Lebensplan“, in welchem sich die unbewussten Strategien des Individuums in der Auseinandersetzung mit der Umwelt ausdrücken. Zielvorstellung ist das „Gemeinschaftsgefühl“, das am Ende einer geglückten psychosozialen Entwicklung bzw. auch einer Psychotherapie steht.

Das Minderwertigkeitsgefühl wird zunächst noch verstärkt, je mehr das Kind lernt, zwischen sich und den Objekten zu unterscheiden und die Außenwelt zu begreifen: Immer häufiger erlebt es, dass seine Mittel nur selten ausreichen, sich dieser Objekte im gewünschten Umfang zu bedienen. Im Vergleich mit den Erwachsenen erfährt es dann seine Schwäche und seine Abhängigkeit. Dieses Gefühl kann durch eine materiell dürftige Situation und einen geringen gesellschaftlichen Status der Familie verstärkt werden. Von Bedeutung ist aber auch die Stellung des Kindes in der Familie, in seiner Geschwister- und Geschlechterrolle. Für ADLER ist die subjektive Erfahrung dieser Konstellationen wichtiger als die objektive Situation. Aus diesen Konstellationen in der frühen Kindheit bilden sich dann die Grundmuster und Grundvorstellungen, sich der Welt zu stellen, und die Chancen, das primäre Minderwertigkeitsgefühl entsprechend den gegebenen Möglichkeiten zu überwinden. Nach ADLER werden bis zum 4./5. Lebensjahr Grundmuster und Grundvorstellungen festgelegt. Er nennt das Lebensstil (vgl. KRIZ, J. 1991, 50–63).

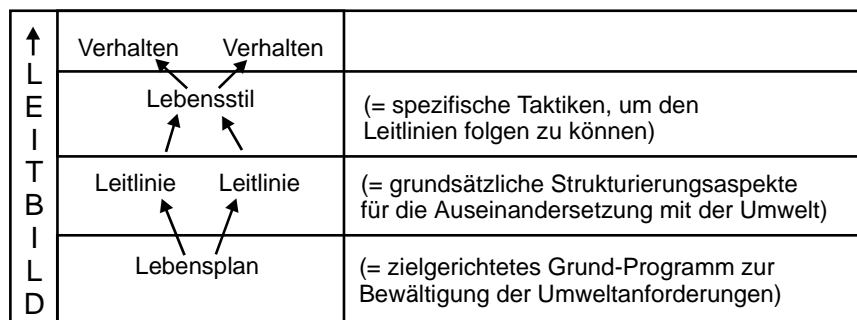


Abb. 21: Das Leitbild (aus KRIZ, J. 1991, 54)

Ausgehend von dem in früher Kindheit erworbenen Lebensplan, mit dem das Kind zum Gesamtkomplex seiner körperlichen Bedingungen und seines Milieus Stellung bezieht, entwickelt der Mensch „in seinem nie ruhenden Streben nach Überlegenheit“ (ADLER 1927) Leitlinien für sein Verhalten. Sehr wesentlich dafür ist das Gemeinschaftsgefühl. Die Möglichkeiten zu seiner Entwicklung sind nach ADLER in der Seele jedes Kindes gegeben. Hierfür ist zunächst die Beziehung zur Mutter ausschlaggebend, die das erste „DU“ darstellt, zu dem das Kind eine soziale Beziehung aufbaut. Es muss einen vertrauenswürdigen Mitmenschen erfahren und Interesse am anderen bekommen. Kinder, die dies nicht erlernt haben und evtl. dann Therapie benötigen, sind vernachlässigte und überstrengt erzogene Kinder, doch sind auch Kinder mit stark „minderwertigen“ (also nicht voll funktionstüchtigen) Organen und verzärtelte Kinder oft mangelhaft für das Leben vorbereitet. Das Kind entwickelt dann Verhaltensmuster, die ADLER dem „Konzept der Hilflosigkeit“ zuordnet.

In den folgenden Abschnitten möchte ich die *Unterschiede und Ähnlichkeiten der Therapierichtungen Familientherapie (FT) und Kinderpsychotherapie (KPT)* näher beleuchten:

Die Unterschiede der Familientherapie und der KPT werden in Abb. 22 skizziert. Die FT ist in vier (mittlerweile mindestens sechs, die zwei neueren und weitere lasse ich aber aus diesem Vergleich heraus) Richtungen gegliedert; aus der KPT habe ich vorrangig zwei Richtungen ausgewählt, die von Anna FREUD und von ADLER.

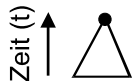
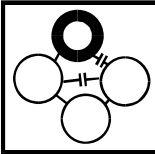

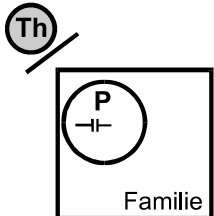
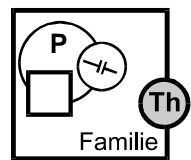
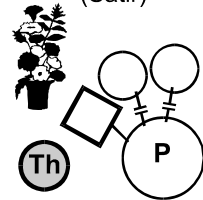
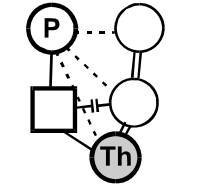
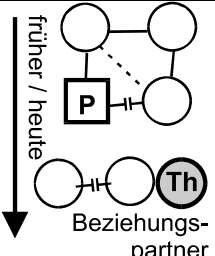
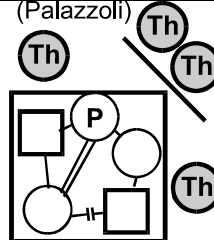





















Das erste Unterscheidungskriterium ist in der *Konstellation und „Anzahl der Sitzungsmglieder“* zu sehen. In der KPT ist vorwiegend nur der/die Klient/in mit seinem/r Therapeuten/in allein, in der Familientherapie sollte ursprünglich das ganze System bzw. die ganze Familie anwesend sein. Inzwischen kann aber auch mit Einzelnen familientherapeutisch gearbeitet werden.

In der *konkreten Problembearbeitung* wird in der KPT ein eher lineares System genutzt. Vergangenes wird in der Gegenwart verarbeitet bzw. aufgearbeitet. Die FT arbeitet eher mit einem zirkulären System. Bearbeitet wird der momentane Zustand des Systems, der Familie.

Wird nun der *„Ort“ des Konfliktes* gesucht, kann eine schrittweise Verschiebung des Konfliktortes in den einzelnen Therapierichtungen aufgezeigt werden.

In der analytischen KPT wird die „erkrankte“ Person gesehen, der Ort also innerpsychisch gesucht. In der individualistischen KPT verlagert sich der Konflikt schon an den „Rand“ der Person; er ist nicht mehr rein innerpsychisch, da die Person als soziales Wesen gesehen wird. Die erfahrungs- und wachstumsorientierte FT siedelt den Konflikt direkt zwischen den Individuen an. Bei der strukturellen FT erweitert sich das Bild, da die Betrachtung nicht mehr nur auf das Individuum bezogen ist, sondern auf die Subsysteme, in deren unklaren Grenzen der Konflikt begründet liegt. Mit der psychoanalytischen FT rückt wieder mehr auch der zeitliche Aspekt in den Blickpunkt, wie bei der analytischen KPT. Sie sieht als wesentlichen Konflikt die „Delegationen an die jüngeren Generationen“ an. Bei der strategischen KPT liegt der Konflikt ganz im System oder im Familiensystem. Nur über eine Änderung des Systems ändert sich auch das Individuum. Diese Auffassung steht also im krassen Gegensatz zur These der psychoanalytischen KPT, dass der Konflikt im Individuum selbst gelöst werden müsse.

Abb. 22: Grober Überblick über die verschiedenen Kinderpsycho- und Familientherapierichtungen

<p>(1) Konstellation und Anzahl der Personen (2) Art der Problembearbeitung und Zeitraum</p>	<p>Kinderpsychotherapie (KPT) ☹️</p> <p>lineares System  Wirkung Zeit ↑ Ursache</p>		<p>Familientherapie (FT)</p> <p>zirkuläres System </p>		<p> Momentaufnahme einer Gruppe</p>										
	<p>1) analytische KPT</p>	<p>2) Individual-KPT</p>	<p>3) erfahrungs- und wachstumsorientierte FT</p>	<p>4) strukturelle FT</p>	<p>5) psychoanalytisch orientierte FT</p>	<p>6) strategische FT</p>									
<p>(3) Konflikt„ort“: Verständnis für den Ort der Schädigung</p>	<p> innerpsychischer Konflikt</p>	<p> Konflikt ist nicht mehr rein innerpsychisch, da die Person als soziales Wesen gesehen wird</p>	<p>(Satir)</p> <p> konkrete Beziehungsperson Konflikt besteht zwischen den Individuen</p>	<p>(Minuchin)</p> <p> Subsysteme Konflikt liegt in unklaren Grenzen der Subsysteme → Einarbeitung ins Familiensystem</p>	<p> Beziehungspartner Konflikt liegt an der Delegation an die jüngere Generation</p>	<p>(Palazzoli)</p> <p> Konflikt liegt im System bzw. im „Familienspiel“ (Mailänder Gruppe)</p>									
<p>(4) identifiziertes Krankes</p>	<p>Individuum „krank“</p>		<p>System oder Interaktionen als gestört angesehen</p>												
<p>(5) Therapieform</p>	<p>Einzeltherapie</p>		<p>Gruppentherapie</p>												
<p>(6) Hilfsmittel</p>	<p>Spielzeug</p>		<p>Skulpturen</p>												
<p>(7) Kommunikationsmittel</p>	<p>Spiele, Gegenstände, Phantasie...</p>		<p>Worte / Sprache</p>												
<p>Legende:</p> <table border="0"> <tr> <td> männlich</td> <td> identifizierter Patient</td> <td> konflikthafte,</td> </tr> <tr> <td> weiblich</td> <td> Therapeut(in)</td> <td> lose und</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> feste Beziehung</td> </tr> </table>							 männlich	 identifizierter Patient	 konflikthafte,	 weiblich	 Therapeut(in)	 lose und			 feste Beziehung
 männlich	 identifizierter Patient	 konflikthafte,													
 weiblich	 Therapeut(in)	 lose und													
		 feste Beziehung													

Betrachtet man die *Stellung der TherapeutInnen*, so fungiert der/die Therapeut/in in der psychoanalytischen KPT in einer „Abseitsstellung“, während er/sie in der FT zum Teil in das System integriert ist. In der psychoanalytischen KPT hält die TherapeutIn Abstand vom Klienten. In der Individual-KPT nähert er/sie sich dem Individuum an. Die erfahrungsorientierte und die psychoanalytische FT sehen den Therapeuten als Beziehungspartner an. In der strukturellen FT ist er/sie vollständig in das Familiensystem eingegliedert, andere TherapeutInnen sind außerhalb des Systems als Beobachter des Geschehens und Berater der Therapeuten im Raum eingesetzt. In der PMFT soll der Therapeut zwar in das Geschehen des Bewegungsspiels eingebunden sein, aber noch kenntlich machen, dass er nicht in das familiäre System gehört, es sei denn, er/sie übernimmt Rollen z.B. für andere nicht anwesende Personen. Beim Reflecting Team wird dies sehr deutlich, da er dann zu den anderen Therapeuten geht und aus dem Bewegungsgeschehen aussteigt.

KPT und FT unterscheiden sich auch in Bezug auf ihr Verständnis vom „*Ort der Schädigung*“ (Was ist krank?). In der KPT ist es das Individuum, in der FT wird das System als krank angesehen und der „Kranke“ ist nur ein identifiziertes Individuum. So muss in der KPT auch nur das Kind anwesend sein und behandelt werden, während in der FT – soweit möglich – das ganze System bzw. die ganze Familie anwesend sein sollte. Dies wird je nach familientherapeutischer Richtung unterschiedlich beurteilt.

Während in der KPT „spielerisch“ gearbeitet wird und damit über die Gegenstände die Anregungen von Gefühlen, Erinnerungen, Phantasien aufkommen, wird in der FT mit bestimmten Techniken (wie Skulpturen aufbauen) und besonders mit dem Wort, mit Einfällen und verbalen Techniken gearbeitet. In der PMFT wird sowohl das Spiel mit seiner nonverbalen Kommunikation genutzt als auch im Reflecting Team die Kraft der Worte.

Bei der FT reduzieren sich die „*Hilfsmittel*“ vorrangig auf das Wort und die anwesenden Personen, während bei der Kinderspieltherapie zahlreiche Gegenstände, Spielzeuge usw. vorhanden sind. Man könnte sagen, dass das Kind sich in der Kinderspieltherapie sein „Spielzeug“ zum Aufarbeiten sucht, während das Kind und die Familie sich in der FT ihr „Problemthema“ wählen. In der PMFT soll das Spiel auf symbolischer Ebene ermöglicht werden, aber auch die Psychomotorik zum Ausdruck, zur Weiterentwicklung kommen, und im Reflecting Team oder der Videokonsultation wird die Möglichkeit der Problembesprechung gegeben.

Ein entscheidender Unterschied zwischen Individual- und Familientherapie besteht darin, dass es sich um Interventionsansätze für unterschiedliche Organisationsebenen handelt.

Im Lichte einer systemischen Erkenntnistheorie wird die Frage nach der Ursache der Störung für deren Vertreter bedeutungslos, für mich allerdings nicht ganz, da ich eine gründliche Diagnostik des Kindes bzw. des Klienten trotzdem für relevant halte. Die Systemtherapie leitet weder eine Behandlung der Ursachen noch eine Behandlung der Symptome ein, sondern gibt lebenden Systemen Anstöße. LUDEWIG spricht von „gezielter

Ver-störung“, durch die ein System eine neue Organisationsgestalt annimmt, die mehr Wachstum ermöglicht.

Unter dem Blickwinkel des Konzepts ökologischer Gültigkeit erscheinen Einzel- und Familientherapie nicht mehr zwingend als unvereinbare Gegensätze. So ist die FT nicht die einzige Anwendungsform systemischen Denkens. Auffällig ist, dass beide „Grobrichtungen“, FT und KPT, sich in ihren „Unterrichtungen“ aufeinander zu bewegen und methodisch übergreifend in den jeweils anderen Ansatz arbeiten, nicht mehr nur allein mit einem Klienten oder nur mit dem ganzen System, sondern mit fließenden Übergängen.

Ob man auf innerpsychische Beschreibungen großen Wert legt oder nur auf Familieninteraktionen: „Jedes Verhalten macht Sinn, wenn man den Kontext kennt!“ (SATIR 1981).

Hier soll allerdings betont werden, dass die Beschreibung des Menschen auf individueller Ebene, auch einer systemischen, nicht ausreicht. Nicht der Organismus ist als die Grundeinheit des Lebens anzusehen, sondern der Organismus in Beziehung. „Die Dyade ist der Baustein der ökologischen Struktur, d. h. dass wir den Fokus unserer Bemühungen von der Betrachtung dysfunktionaler Situationen ausdehnen müssen“ (MINUCHIN/FISHMAN 1981).

Das gilt dann auch für das Ökosystem, das aus dem Organismus selbst, dem sozialen Kontext und der physikalischen Umwelt besteht. Es ist eingebettet in einen makrosystemischen Kontext von gesellschaftlicher und internationaler Vernetzung.

Unter einer „ganzheitlichen“ Sichtweise ist vor allem das Bewusstsein bedeutsam, dass auf jeder Ebene der Systemorganisation begonnen werden kann, Änderungen zu bewirken, sofern mit zentralen Systemkomponenten gearbeitet wird. Genauso wichtig ist die Erkenntnis, dass nichts zu bewirken ist, wenn mit peripheren Systemkomponenten gearbeitet wird. So kann eine Kindertherapie sinnvolle Systemtherapie sein, wenn sie eingesetzt wird, um z. B. die Grenzen zwischen dem heranwachsenden Kind und den Eltern klarer hervortreten zu lassen. Sie kann schädlich sein, wenn die Rolle des/der Indexpatienten/in als ‚Krankem/r‘ gefestigt wird und so den pathologischen Prozess verewigt; und schließlich kann sie wirkungslos sein, wenn Änderungen, die das Kind in der Therapie erreicht, nicht ins Familiensystem integrierbar sind und verloren gehen.

6.4.6 Systemische Ansätze außerhalb der Familientherapien

Mittlerweile wird der Begriff „Familientherapie“ (vgl. ausführlicher zur Familientherapie im engeren Sinne in 6.5.1) zunehmend durch den umfassenderen Begriff „systemische Therapie“ ersetzt. Die Therapie mit den Familien wird dabei nur als ein Anwendungsbereich gesehen. Systemische Therapie kann bei Paaren, Einzelpersonen, Teams, Arbeitsgruppen und anderen durchgeführt werden. In den letzten Jahren wurde der enge Blick auf die familiären Interaktionsmuster erweitert. „Berücksichtigt wird nun weit stärker die Interdependenz dieser Muster zu gemeinsamen und persönlichen Sichtweisen von ‚Realität‘

und den damit verbundenen Sinnfragen sowie ‚Welt- und Menschen-Bildern‘. [...] Konkretes therapeutisches Vorgehen ist aus dieser Perspektive eher als eine Mischform der ehemaligen Grundkonzepte und praktischen Handlungsweisen zu verstehen“ (KRIZ, J. 2001, 273).

6.4.6.1 Grundlegende Aspekte systemischer Therapie

Die verbale Kommunikation ist eines der wesentlichen Medien, um sich zu verständigen. Kommunikation wird beschrieben als jegliches Verhalten in einer zwischenmenschlichen Situation (z.B. Worte und „paralinguistische Aspekte“ wie Tonfall, Betonung, Modulation, Geschwindigkeit, Pausen, Lachen, Mimik, Gestik und Körperhaltung). Die Semiotik, die Wissenschaft von den Zeichen, teilt diese in Pragmatik (die Beziehung der Zeichen zu ihren Benutzern), Semantik (die Beziehung der Zeichen zu den bezeichneten Objekten) und Syntaktik (die Beziehung der Zeichen zueinander) auf. „Gegenstand der Analyse sind somit der Verwendungszweck und die Wirkung der Zeichen (z.B. Sprache im Hinblick auf die Kommunikation“ (KRIZ, J. 1994, 247). Wird die Kommunikation zum Gegenstand der Kommunikation gemacht, nennt man dies Metakommunikation.

WATZLAWICK beschreibt fünf Axiome der Kommunikation:

Axiom 1: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (WATZLAWICK 1969). „Alles Verhalten in einer zwischenmenschlichen Situation ist Kommunikation. [...] Der Mensch als soziales Wesen kann sich dem sozialen Kontext nicht entziehen [...]“ (KRIZ, J. 1994, 247).

Axiom 2: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart dass Letzterer den Ersten bestimmt und daher eine Metakommunikation ist“ (KRIZ, J. 1994, 248). Sprache stellt vor allem Beziehung her und teilt nicht nur Sachverhalte mit. Die Aspekte „Selbstoffenbarung des Senders“ und „Appell an den Empfänger“, die SCHULZ VON THUN (1981) mit bedenkt, vernachlässigt WATZLAWICK. Bei Störungen werden Inhalts- und Beziehungsebene vermenget.

Axiom 3: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktionsabläufe seitens der Partner bedingt“ (KRIZ, J. 1994, 247).

Axiom 4: „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikation hat eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehung unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber der für eindeutige Kommunikationen erforderlichen logischen Syntax“ (KRIZ, J. 1994, 249). Mit „digital“ ist „die künstliche, per Konvention erlernte Zuordnung von Zeichen zu Inhalten gemeint [...] ‚Analog‘ hingegen ist eine Zuordnung dann, wenn eine ‚grundsätzliche Ähnlichkeitsbeziehung‘ zwischen dem Inhalt und dem (Kenn-)Zeichen besteht [...]“ (KRIZ, J. 2001, 249).

Axiom 5: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht“ (KRIZ, J. 1994, 250). Dieses Axiom ist der so genannten „positiven Rückkopplung“ (Feedback) sehr ähnlich.

Eine Paradoxie in der Kommunikation wird definiert als ein Widerspruch, „der sich durch Deduktion aus widerspruchsfreien Prämissen ergibt“ (KRIZ, J. 2001, 254).

WATZLAWICK et al. (1974) haben festgestellt, dass Probleme manchmal erst in dem Versuch seiner Lösung bestehen. Die Person befindet sich dann in einer Zwangslage, da sie nun wirklich ein Problem hat. Jeder Problemlösungsversuch manifestiert es. Um aus der Problemlösungsfalle zu kommen, muss der Lösungsversuch auf der Metaebene (Lösung zweiter Ordnung) stattfinden.

In diesem Zusammenhang ist die paradoxe Intervention von Bedeutung. „Ein wesentliches therapeutisches Mittel, solche Lösungen zweiter Ordnung zu erreichen, ist die ‚therapeutische Doppelbindung‘ (paradoxe Intervention, Symptomverschiebung), die praktisch strukturgleich zum [...] pathologischen ‚double-bind‘ ist“ (KRIZ, J. 2001, 257). Die Beschreibung dafür ist: „Sie setzt eine enge Beziehung voraus, in diesem Fall die psychotherapeutische Situation, die für den Patienten einen hohen Grad von Lebenswichtigkeit und Erwartung hat. In dieser Situation wird eine Verhaltensaufforderung gegeben, die so zusammengesetzt ist, dass sie

- das Verhalten verstärkt, das der Patient ändern möchte,
- diese Verstärkung als Mittel der Änderung hinstellt und
- eine Paradoxie hervorruft, weil der Patient dadurch aufgefordert wird, sich durch Nichtändern zu ändern.

Damit kommt er mit seiner Pathologie in eine unhaltbare Situation. Wenn er die Aufforderung befolgt, so zeigt er, dass er das Verhalten zumindest teilweise unter bewusster Kontrolle hat, es also auch ändern kann. Wenn er der Aufforderung Widerstand leistet, so kann er das nur durch nicht-symptomatisches Verhalten tun, womit der Zweck der Behandlung ebenfalls erreicht ist“ (KRIZ, J. 2001, 257). Der Patient muss aber an der Lösung (erster Ordnung) gehindert werden, da diese das Problem ist.

Der Einsatz von Lösungen zweiter Ordnung wird wie folgt empfohlen:

- „Lösungen zweiter Ordnung werden auf Lösungen erster Ordnung angewendet, wo diese nicht nur keine Lösungen herbeiführen, sondern selbst das zu lösende Problem sind.
- Während Lösungen erster Ordnung sich meist auf ‚gesunden Menschenverstand‘ gründen, scheinen Lösungen zweiter Ordnung häufig absurd, unerwartet und vernunftswidrig; sie sind ihrem Wesen nach überraschend und paradox.

- Dass Lösungen zweiter Ordnung sich auf problemerzeugende Pseudolösungen beziehen, bedeutet ferner, dass damit die zu lösenden Probleme jetzt und hier angegangen werden. Was dabei verändert wird, sind die Wirkungen und nicht die vermeintlichen Ursachen der betreffenden Situation; die entscheidende Frage ist daher ‚was?‘ und nicht ‚warum?‘.
- Lösungen zweiter Ordnung heben die zu lösende Situation aus dem paradoxen, selbst-rückbezüglichen Teufelskreis heraus, in den die bisherigen Lösungsversuche geführt haben, und stellen sie in einen neuen, weiteren Rahmen“ (KRIZ, J. 1994, 258).

6.4.6.2 Systemische Spieltherapie

„Je intensiver sich die systemischen Therapeuten [...] der Ressourcenaktivierung im parentalen System widmeten, desto mehr bekamen sie das Gefühl, dass angesichts begrenzter Zeitressourcen die Bedürfnisse der Kinder zu kurz kamen“ (PLEYER in ROTTHAUS 2001, 127). In der Spieltherapie, die „nur“ als begleitende und unterstützende Maßnahme genutzt wurde, wurden die Kinder über Monate mindestens einmal in der Woche in einem Therapieraum therapiert, der Spielzeug enthielt, wobei über das Spielzeug etwas über das Kind erfahren wurde. Oft erfuhren die Eltern zu wenig über das Geschehen in den Spieltherapiestunden, wenn überhaupt nur Vermutungen über Diagnosen bzw. Probleme der Kinder aus Therapeutesicht. „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“ (PLEYER 2001, 128). PLEYER gibt an, dass die Themen im Spielzimmer zu oft zu weit entfernt waren von den direkten Problemen mit den Eltern. Die Eltern warten auf konkrete Handlungsmöglichkeiten, um ihre Hilflosigkeit im normalen alltäglichen Umgang mit den Kindern zu verringern und bekommen sie nicht. Sie erwerben neue Sichtweisen, aber bleiben im Alltag oft in den eingefahrenen Mustern. Dies Problem soll möglichst in der PMFT nicht mehr auftreten, da beide „Behandlungen“, die Behandlung des Indexpatienten und die des Familiensystems, verbunden werden. Zudem wird den Eltern während der Videokonsultation noch die Gesprächsebene angeboten.

Die Zielsetzung einer „systemischen Spieltherapie“ versucht, unter der Berücksichtigung des Behandlungsauftrages und Bedürfnisses des Kindes gleichzeitig die Unterstützung der Eltern nicht zu vergessen, die als Kooperationspartner der Kinder Lösungen erarbeiten. Das therapeutische Setting soll das gemeinsame Handeln in den Vordergrund stellen. Das entspricht auch dem Ansinnen der PMFT. Die Therapien sollten handlungsorientiert sein. Die Handlungskompetenz muss gefördert werden.

Wie bei der PMFT versucht die systemische Spieltherapie über das gemeinsame Spielen der Eltern und Kinder gleichermaßen eine Haltung der Kooperation zu erreichen. In der Kooperation müssen Problemlösungsmuster erarbeitet werden. So kann eine neue Eltern-Kind-Beziehung entstehen. „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 [...], die es im Sinne der Selbstregulierung 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“ (PLEYER 2001, 130). Das ist auch ein Grund, in der PMFT das Spiel, da aber vorrangig das Bewegungsspiel, zu nutzen. „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“ (PLEYER 2001, 130). Als fundamentale Handlungsmöglichkeit der kindlichen Entwicklung beschreibt WINNICOTT (1989) das Spiel, das, falls es gestört ist, zuerst regeneriert werden muss. „Spieltherapie unterstützt so nicht allein die Selbstheilungskompetenz des Kindes. Sie schließt die Bemühungen mit ein, Eltern (oder andere Erziehungsverantwortliche) in ihrer parentalen 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 erreichen. [...] Das Fehlen des Spielerischen wird gesehen als ein Zeichen von Stillstand, möglicherweise als ein Hinweis auf einen destruktiven Prozess“ (PLEYER 2001, 130 f.). Im Spiel kann man so tun als ob und Möglichkeiten ausprobieren. Die ganze Bandbreite kindlich-spielerischer Aktivitäten kann man in der Arbeit mit Kindern nutzen, um alle Problemformulierungen durchzuspielen. Kinder können Problemspiele in Lösungsspiele umwandeln.

„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 die Probleme gelöst zu haben“ (PLEYER 2001, 132). Beim Eintritt von „Problemen“ in die Eltern-Kind-Beziehung kommt es allerdings oft dazu, dass Spiel und Spaß auch verschwinden. In einem spielerischen Miteinander werden lebenslang stabile Beziehungsmuster aufgebaut. Jeder Neukonstruktion von Beziehungen geht „eine spielerische Phase voraus, und jede

Beziehung hat, da sie Wachstum und Wandel unterworfen ist, ihre spielerische Seite. Die systemische Spieltherapie nutzt aus dieser Sicht gemeinsames Spielen zur Konstruktion neuer Beziehungsrealitäten zwischen Eltern und Kind“ (PLEYER 2001, 134–135). Bei Kindern kann eher ein unbekümmerter Neubeginn kommen als bei den Eltern, die die Vergangenheit in der Erinnerung belastend bei sich tragen.

Systemische Spieltherapie konzentriert sich nicht auf die Reparatur alter Beziehungen, sondern versucht, gemeinsame schöne Erlebnisse zwischen Eltern und Kindern zu schaffen mit dem Ziel, eine hoffnungsvolle Beziehung neu zu konstruieren. Dies versucht die PMFT in dem gemeinsamen Bewegungsspiel. Gleichzeitig versuchen beide Richtungen, parentale Selbstwirksamkeit, also die Fähigkeit des Erkennens, die Freiheit des Entscheidens und Möglichkeiten des Handelns, zu erzeugen. Die Eltern müssen ihr Gefühl für Erziehungs- und Lösungskompetenz wiedererlangen. „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 Eltern und Kind die Möglichkeit bereitstellen, sich selbst und die anderen Familienmitglieder zu beobachten und das Beobachtete mit Blick auf Lösungsmöglichkeiten zu reflektieren“ (PLEYER 2001, 137). Dies entspricht auch den Vorgaben der PMFT, soweit es sich auf das Bewegungsspiel bezieht, da es auch für Familien mit jüngeren Kindern geeignet sein soll und Kinder unter sieben Jahren sich viel bewegen und viel über die Bewegung ausdrücken. Der Spielraum sollte ein reichhaltiges Sortiment an Spielzeug haben. „Systemische Therapie 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“ (PLEYER 2001, 137). In der PMFT-Stunde sollte eine Menge an psychomotorischen Spielzeugen vorhanden sein. Spielzeug soll natürlich auch wie bei der systemischen Spieltherapie dazu dienen, Beziehungen und die mit ihnen verbundenen Problemdefinitionen und Sichtweisen abzubilden. Auch in der Spieltherapie wurde nach einiger Zeit die Videotechnik genutzt, um die Videobänder der Spielstunde mit den Kindern und Eltern zu besprechen. Dies wird bei der PMFT während der Videokonsultation nach dem abgewandelten Konzept von MARTE-MEO vorrangig mit den Eltern gemacht. Nur ein siebenjähriger Junge wollte seine Eltern zur Videokonsultation begleiten, und das auch nur einmal. Er hatte aber viel Spaß dabei. Ansonsten gaben die Kinder ihre Zustimmung, dass die Therapeutin die Videobänder mit den Eltern, wobei vorrangig die Mütter kamen, besprechen dürfe. Bei der systemischen Spieltherapie erweist sich die Videotechnik als starkes Instrumentarium – wie auch bei dem Setting der PMFT. Bei der Spieltherapie wird der Umgang mit den Videoaufzeichnungen variiert: Mal ist nur die Kamera im Raum bei dem Kind, mal ist das Kind mit Therapeut im Raum mit der Kamera, mal befinden sich welche zum beobachten hinter der

Einwegscheibe (Eltern, andere Therapeuten) oder hinterher wird das Video mit den Beteiligten betrachtet. Die Spielstunden können diagnostischen Zwecken dienen, zur Lösung von Problemen, zum experimentierenden Spiel oder zu Übungszwecken eingesetzt werden. Videobetrachtung führt auf jeden Fall zu neuen Wahrnehmungen. Deshalb ist sie in das neue Setting der PMFT eingebaut.

„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 Verantwortung als Problemlösende auf der Erwachsenenenebene. Entworfenen 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“ (PLEYER 2001, 139). Dem kann ich nur zustimmen und es wird in dem neuen Setting der PMFT auch so während der Videokonsultation praktiziert.

Die Spieltherapie variiert auch in den Teilnehmenden und Beobachtenden. „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“ (PLEYER 2001, 139). Sie haben neue Hoffnung, etwas für die Kinder zu bewirken.

Kinder nutzen zum Finden von Problemlösungen am liebsten das Rollenspiel, wobei sie den Erwachsenen darin oft überlegen sind. Die Therapeuten müssen manchmal den Erwachsenen dabei helfen, sich in solche Rollen einzufinden zu können. Auch das spielerische Trainieren wird hier mit genutzt. Wie in den PMG bei den Kindern wird hier bei den Eltern auf dem Gelungenen aufgebaut und auf das Ausbaufähige geschaut. Den Eltern wird deutlich, dass sie zwar eine Starthilfe bekommen haben, aber dann wieder selber dem Kind gegenüber wirksam sind, und dass sich die Verbesserungen auch in anderen Bereichen zeigen. Das nehme ich auch für die PMFT an. Manchmal wird auch die Methode des gemeinsamen Externalisierens von Problemen genutzt. „Eltern können durch Aufbau von Kooperation mit ihren Kindern im gemeinsamen Spiel von sich aus die neue Sichtweise gewinnen, [...und es geht um die Erfahrung; U. L.-R.] gemeinsam Wege zu finden, wie Spannungen durch Kooperation wieder auflösbar sind“ (PLEYER 2001, 145).

Der Spieleffekt sollte auch Auswirkungen auf das Zuhause haben. Je mehr Einfluss auf das häusliche Geschehen genommen wird, „umso mehr verdichtet sich die gemeinsame Wahrnehmung des Veränderungsprozesses“ (PLEYER 2001, 146). Eine Methode ist auch, das Problem „auszulachen“. Viel wird die Funktion der Sprache genutzt, wobei zu bedenken ist, dass jede Beziehung sich eine unverwechselbare Subsprache angeeignet hat. Anfangs wird versucht zu erforschen, mit welchen sprachlichen Besonderheiten das Problem aufrechterhalten wird. „In der gemeinsamen Problemsprache dominieren in der Regel Fremd-

und Selbstabwertung in Tonfall und Idiomatik“ (PLEYER 2001, 148). Die systemische Spieltherapie ist um eine Neukonstruktion einer lösungsfördernden Sprache zwischen den Beteiligten bemüht. Hier wird die Sprache mehr als bei der PMFT genutzt.

Ein Kriterium ist auch, einen verbreiterten Änderungskontext herzustellen und nicht nur symptomorientiert zu schauen. Bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung muss beachtet werden, dass bei der Beziehungsaufnahme zum Kind nicht eine Distanz zwischen Kind und Eltern erzeugt werden darf. Die systemische Spieltherapie sieht den Therapeuten an der Seite der Eltern. Die Eltern sollen nach Meinung von PLEYER (2001, 152) im Therapieraum für die Lenkung und Grenzsetzung zuständig sein, „aber auch für die Förderung und Unterstützung der Kinder [...], eine für Eltern und Kind unmissverständliche Markierung der Generationsgrenze und ihrer stützenden und Halt gebenden Funktion für die Regulierung der Verantwortlichkeit in der Familie“. Die Verantwortung für das Kind bleibt bei den Eltern auch in der Sitzung, wobei hilflose Eltern diese gewohnheitsmäßig schnell abgeben und der Therapeut aufpassen muss, dass keine Verschiebung auftritt. Elterliche Autorität als Ressource nehmen Kinder nach PLEYER dankend an.

Der Therapeut muss die aktive Kommunikation moderieren und sollte eng am Problem und seiner Lösungsentwicklung bleiben. Er kann aktive Vorschläge für das Spielgeschehen machen. Bevorzugen sollte er aber Vorschläge und Ideen der Eltern und Kinder. Das entspricht auch eines Aspektes der Therapeutenrolle während der PMFT. Die ganze Aufmerksamkeit richtet sich bei der systemischen Spieltherapie darauf, „wie Eltern selbst [..., ihre Fähigkeiten und Stärken; U. L.-R.] herausfinden und wie sie ihre eigenen Talente in der Beziehungsgestaltung zum Kind besser nutzen können“ (PLEYER 2001, 154).

„Akzeptanz, Wertschätzung und das Schutzgewähren als Kriterium für die Beziehungsgestaltung richten sich in der systemischen Spieltherapie nicht einseitig auf das Kind, sondern sind respektvoll auf das Gesamtsystem Familie und seine Selbstorganisation orientiert“ (PLEYER 2001, 155).

Als Verhaltensregeln im Therapieraum werden folgende erstellt: „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, [...; wobei die; U. L.-R.] Auseinandersetzung über die Regeln des respektvollen Miteinanders das wesentliche Moment der Therapie“ (PLEYER 2001, 156) zu sein scheint.

6.4.6.3 Systemische Kinderpsychotherapie

Es wird aus der Geschichte der Psychotherapie deutlich, dass alle wichtigen Therapien nach einiger Zeit auch spezielle Kindertherapien hervorgebracht haben. Die analytische Kindertherapie wurde von Anna FREUD und Melanie KLEIN vorangetrieben. In Deutschland haben Franz und Ulrike PETERMANN die Kinderverhaltenstherapie vorgebracht.

Was ist mit den systemischen Therapien? Ist die systemische oder Familientherapie sowie so schon eine Therapie für Kinder? Meiner Meinung nach nicht, weshalb ich hier auch wie BURR (2001 in ROTTHAUS, 78) eine Lücke sehe. Sie wird einerseits mit der zuvor beschriebenen systemischen Spieltherapie geschlossen, aber auch mit der in dieser Arbeit beschriebenen psychomotorischen Familientherapie.

BURR versucht diese Lücke mit einer Lösungskonstruktionstherapie zu schließen. Er beschreibt die Besonderheiten einer Psychotherapie mit Kindern anhand zweier Kriterien: an der theoretischen Fundierung und dem Anwendungsfeld.

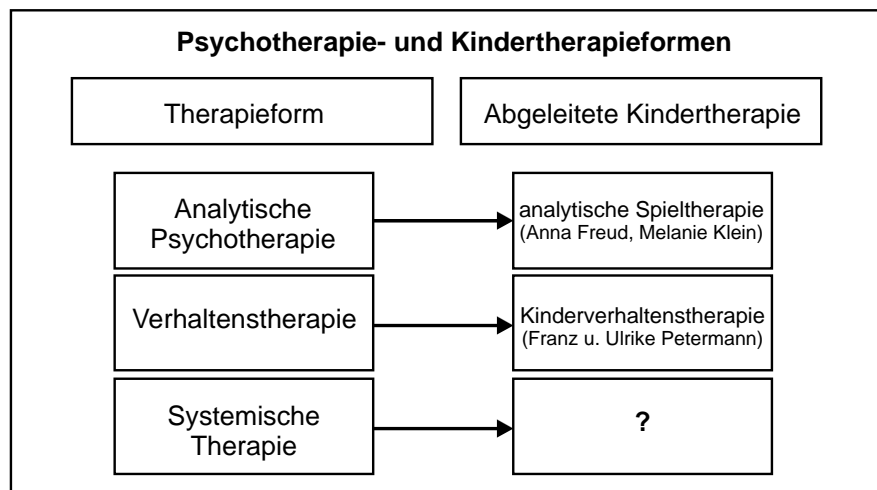


Abb. 23: Psychotherapie- und Kindertherapieformen (aus BURR 2001, 79)

Psychoanalyse und Verhaltenstherapie haben sich als Einzeltherapie entwickelt, später kam erst die Gruppentherapie dazu. Die systemische Therapie hat sich aus der Familientherapie entwickelt. Die Familientherapie konnte anfangs nicht durchgeführt werden, wenn Eltern nicht bereit waren, mit in die Praxis zu kommen, Kinder in Heimen lebten, wenn Eltern es als unmöglich ansahen, dass Veränderung des kindlichen Verhaltens durch ihr Verhalten erreicht werden könne.

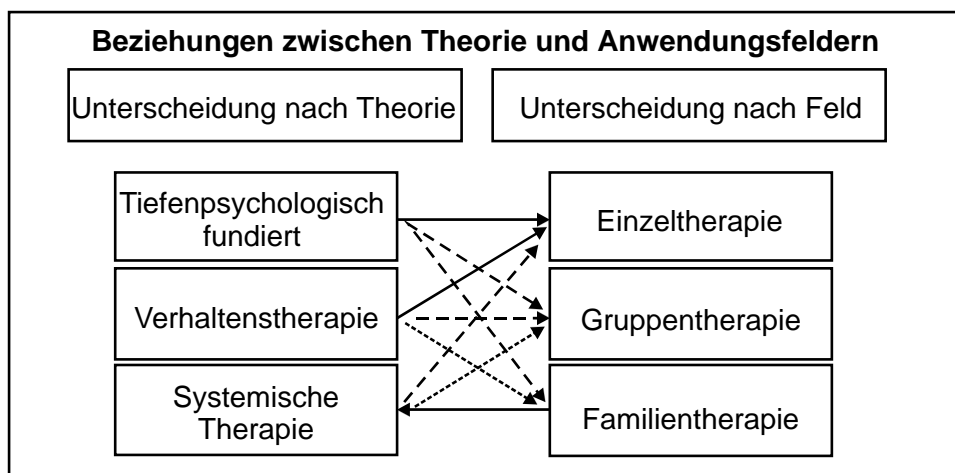


Abb. 24: Beziehungen zwischen Theorie und Anwendungsfeldern (aus BURR 2001, 80)

Im Familientherapiekontext wurde es schwierig, Veränderung zu initiieren, wenn „Eltern besonders sensibel mit Schuldgefühlen im Hinblick auf die Symptomatik reagieren; Kinder in außerfamiliären Kontexten, wie Kindergarten und Schule, Schwierigkeiten haben, die von den Eltern nicht wahrgenommen und für behandlungswürdig angesehen werden“ (BURR 2001, 819). Es wurde aber auch mit der Zeit deutlich, dass nicht die ganze Familie anwesend sein muss. BURR (1993) stellte fest, dass er mit Kindern ab 12–14 Jahren ohne Probleme systemisch-lösungsorientiert arbeiten konnte, mit jüngeren Kindern allerdings nicht. Die Grenzen sah BURR in den Besonderheiten kindlicher Entwicklung.

BURR beschreibt folgende Unterscheidungen der Besonderheiten in Abb. 25:

Kind	Erwachsener
bewegungsorientiert	sprachorientiert
hohes Entwicklungstempo	langsame Entwicklung
flexibles Glaubenssystem und Selbstkonzept	feste Glaubenssätze und festes Selbstkonzept
wenig Erfahrungen	zahlreiche Erfahrungen
orientiert im Hier und Jetzt	vergangenheits- und zukunftsgerichtet
kontextbezogenes Denken, einfach, konkret	kontextübergreifendes Denken, komplex, abstrakt
phantasievoll und hohe Imaginationsfähigkeit	realitätsbezogen und rational
großer Einfluss körperlicher Entwicklung	körperliche Entwicklung relativ abgeschlossen
große Abhängigkeit von Umweltbedingungen	relative Autonomie von Umweltbedingungen
große Akkomodationsfähigkeit	geringe Akkomodationsfähigkeit

Abb. 25: Unterschiede zwischen Kind und Erwachsenen (aus BURR 2001, 82)

„Besonders die mangelnde Sprachorientierung und mangelndes kontextübergreifendes Denken verhindert bei jüngeren Kindern den Einsatz der Standardtechniken lösungsorientierter Kurztherapie“ (BURR 2001, 83). BURR meint, dass sie mit Wunderfragen und Skalierungsfragen überfordert sind. Kinder handeln lieber kreativ. BURR machte die Erfahrung bei Kindern, dass diese begeistert waren vom spielerischen Tun. Sie hatten im Therapieraum allerdings keineswegs die Idee, dies könnte einmal aufhören. Also ist keine Kurzzeittherapie mit Kindern möglich? Zudem waren sie nur bedingt bereit, sich mit Sorgen zu beschäftigen. BURR nutzt „Ideen aus der klassischen Hypnose, aus der Hypnose MILTON ERICKSON, aus dem NLP und die Berücksichtigung von Möglichkeiten aus der Psychomotorik (BURR-FULDA 1999)“ (BURR 2001, 83). Für die Kinder werden Visionen eines Zieles erzeugt. Zudem werden kleine beobachtbare Schritte in kindgerechter Form visualisiert. Diese Techniken mussten im lösungsorientierten Rahmen auf die Handlungsebene übersetzt werden. „Therapeutische Aufgabe ist es [...], durch Anregungen das System zu ‚verstören‘, um zu erreichen, dass ein Attraktor wirksam wird, der nicht mit einer Beschwerde verbunden ist“ (BURR 2001, 86). Das System mit Beschwerde wird angeregt zu einem Zustand kritischer Instabilität. An einem neuen Attraktor erreicht das System einen

Zustand der Stabilität. „Lösungsorientierte Therapie, die dem Lösungskonstruktionsmodell folgt, geht einen Schritt weiter: Sie versucht von Beginn der Therapie an, den Klienten darin zu unterstützen, eine Zielprojektion oder Vision von einem Leben ohne die geklagte Beschwerde zu generieren und in inneren Bildern möglichst konkret werden zu lassen“ (BURR 2001, 86). Der Therapeut und die Therapeutin müssen, was ihre eigenen Zielvorstellungen angeht, sehr zurückhaltend sein. Nach dem Lösungskonstruktionsmodell hat eine Therapie zwei Schritte:

1. *Zielkonstruktion*: Das Verhaltensmuster „Tue etwas völlig anderes, etwas, das mit dem, was du bislang getan hast, nichts zu tun hat.“ (BURR 2001, 87) ist mit diesem Schritt verbunden.
2. *Zielverfolgung*: „Dieser Schritt ist verbunden mit dem Verhaltensmuster: „Tue mehr von dem, was dich vorangebracht hat“ (BURR 2001, 87).

Die Zielkonstruktion fällt den Kindern schwerer. In Form von aufgemalten oder gestalteten Treppen oder Leitern, mit Farben und Symbolen lassen sich Therapiefortschritte hervorragend kindgerecht darstellen. Mit Hilfsmitteln zur Konkretisierung können Kinder Fortschritte in Bezug auf ein Ziel gut erkennen und beschreiben. Das Hinlenken auf die Wahrnehmung von Ressourcen ist für die Kinder verstehbarer (siehe Abbildung 26).

Bei der Therapie mit Kindern muss darauf geachtet werden,

- dass sich ein Eindruck vom Entwicklungsstand des Kindes verschafft wird,
- dass dem Kind Rückmeldung über seine Ressourcen gegeben wird,
- dass kreative Medien zur Erzeugung von klaren Zielen genutzt werden.

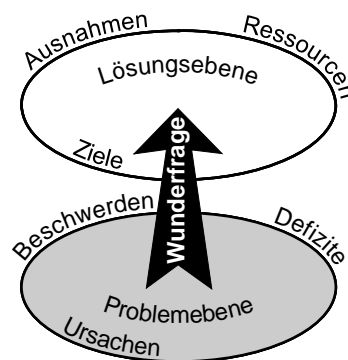


Abb. 26: Unterscheidung einer lösungszentrierten und problemzentrierten Interaktion (aus BURR 2001, 87)

Für jüngere Kinder sollen vor allem Techniken genutzt werden, die Ressourcen wahrnehmbar machen, das Ziel präsent machen und vorstellen, und die eine schrittweise Zielannäherung ermöglichen.

6.4.6.4 Kurzzeitpsychotherapie auf der Basis systemischer und konstruktivistischer Annahmen

Hier sollen kurz die Ansätze des Mental Research Institute und des Brief Family Therapy Centers gegenübergestellt werden, um einige Verwendungsmöglichkeiten für die PMFT aufzuzeigen. Interessant sind die Kurzzeittherapien, weil sie in kurzer Zeit den Klienten von seinem Leiden befreien und für das Gesundheitssystem kostengünstiger sind, was in der heutigen Zeit auch relevant ist. Bei der PMFT kommt der Gedanke hinzu, je früher eine Regulierung des Familiensystems und eine Gesundung des Kindes stattfinden, umso geringer sind die Spätfolgen und damit auch die Gesamtkosten des Therapieverfahrens. Allerdings ist für mich nicht die Kostenreduzierung der Hauptgrund, sondern die Verkürzung der Leidenszeit sowohl für das Kind als auch für die Familie. Der kurzzeittherapeutische Ansatz des Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto (vgl. FISCH/WEAKLAND/SEGAL 1987; WEAKLAND et al. 1980; WATZLAWICK 1988) und des Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee (vgl. DE SHAZER 1992; DE SHAZER 1993; BERG 1992) arbeiten mit einer Anzahl von maximal 10 Sitzungen pro Klient. Beide Richtungen haben Vorteile und Schwächen, die Ansätze können aber unter deren Berücksichtigung sinnvoll genutzt werden. Gemeinsame theoretische Annahme des MRI und des BFTC ist ihre Form der Kurzzeittherapie als Konzentration auf das Wesentliche einer wirkungsvollen Psychotherapie. Sie (und ich auch) sehen es als Vorteil an, dass sie sich mehr mit den Lösungen als mit den Problemen beschäftigen. Ihre Konzepte könnten helfen, egal um welches Problem es sich handele und wie lange es schon bestehe.

Die *systemischen Annahmen* beruhen darauf, dass die klinischen Erscheinungen als Aspekte von Vorgängen im Beziehungssystem des Klienten und nicht als Anzeichen intrapsychischer Defekte angesehen werden. Die Beobachtung liegt im „Hier und Jetzt“ und nicht so sehr in der Vergangenheit. Das Problem wird auf der Verhaltensebene im Interaktionskontext neu definiert und das Ziel der Therapie liegt in einer beobachtbaren Verhaltensänderung. So sollen utopische Zielvorstellungen vermieden werden. Zudem wird davon ausgegangen, dass verändertes Interaktionsverhalten eines Interaktionspartners Rückwirkungen bei den anderen Interaktionspartnern hat. Kleine Veränderungen in der Therapie können große Auswirkungen im Interaktionssystem haben. Ein Wandel ist denkbar, sobald eine Person sich in einem Interaktionskontext anders verhält. Weder die ganze Familie noch der identifizierte Patient müssen an der Therapie teilnehmen. Trotzdem wird es Auswirkungen auf das System haben, in dem der Klient ist bzw. die Klienten sind, wenn nur die kommen, die an einer Veränderung interessiert sind. Der Therapeut übernimmt eine aktive Rolle und gibt Verhaltensaufgaben.

Die *konstruktivistischen Annahmen* beinhalten die Unterscheidung der zwei Ebenen der Wirklichkeit. WATZLAWICK (1988) bezeichnet als Wirklichkeit erster Ordnung, was man als unveränderbare Tatsache ansehen muss, während die Wirklichkeit zweiter Ordnung sich auf die Deutung der Tatsachen bezieht, die oft das Verhalten der Menschen

bestimmen. In der Therapie wird also eine neue Wirklichkeitsansicht entwickelt, die aber einer Lösung des Problems entgegenkommt. Es wird nicht versucht, beim Klienten eine Einsicht in die „Wirklichkeit“ seiner Störung zu erzielen und eine bestimmte Norm als Ziel zu setzen. Die Einsichten und Ziele vom Klienten werden akzeptiert, und dadurch wird Widerstand vermieden.

Der *kurzzeittherapeutische Ansatz am MRI* beschäftigt sich mit der Entstehung, Aufrechterhaltung und Lösung von Problemen. Die Annahme ist, dass Probleme entstehen, wenn bei Schwierigkeiten Lösungsversuche fehlschlagen. Beim Festhalten an diesen Lösungsversuchen führt es zu einer Verschärfung des Problems im Sinne der positiven Rückkopplung, so dass sich ein Marginalisationskreislauf aus Problem und inadäquatem Lösungsversuch entwickelt. Die Probleme in Interaktionssystemen treten häufig auf, wenn eine Veränderung der Interaktionsregeln durch Umweltveränderungen nötig wird, aber an ehemals erfolgreichen Lösungen festgehalten wird. Pathologische Familien beschreibt WATZ-LAWICK (1988) als Interaktionssysteme mit wenigen und eher starren Interaktionsregeln, die sich an notwendige Änderungen nicht anpassen können. Die Klienten nehmen oft an, dass ihre alten Lösungsversuche noch Schlimmeres verhindert haben. Bei der Entstehung von Problemen spielen Paradoxien eine wichtige Rolle. FISCH, WEAKLAND und SEGAL (1987) beschreiben typische pathologische Teufelskreise aus Problem und Lösung, welche auf paradoxen Lösungsversuchen der Klienten basieren.

Ziele des therapeutischen Vorgehens sind es, den Veränderungsdruck, aus dem heraus der Klient seine Lösungsversuche startet, zu verringern und dem Klienten zu verdeutlichen, dass die Problemsituation als kontrollierbar angesehen werden kann, wenn er seine ineffektiven Lösungsversuche zugunsten eines anderen Verhaltens ablegt.

Für die Therapie muss geschaut werden, wie die alten problematischen Interaktionsmuster und Lösungsversuche aussehen. Das Ziel auf der Verhaltensebene muss klar bestimmt werden. Therapieende ist dann, wenn dieses Ziel erreicht wird.

Charakteristische Interventionen sind:

- 1.) *Umdeutungen*, die der Verminderung des Änderungsdrucks und der Implizierung der aktiven Kontrolle des Klienten über sein Symptom dienen.
- 2.) *Positive Konnotationen*, die den Änderungsdruck des Klienten vermindern. Es werden keine guten Ratschläge gegeben, sogar der Rückfall wird positiv umgedeutet.
- 3.) *Symptomverschreibungen*, durch die die Fortsetzung des von den Klienten für spontan gehaltenen symptomatischen Verhaltens unmöglich wird.
- 4.) *Verhaltensaufgaben*, bei denen der Klient genau das Gegenteil von dem machen soll, was er bisher zur Lösung seines Problems getan hat.

- 5.) *Erzeugung von Widerstand*, z. B. durch Warnung des Therapeuten vor einer zu schnellen Veränderung, was bewirkt, dass der Klient seinen Leidensdruck und Veränderungswillen betont.
- 6.) *Widerstand umgehen*, Verschreibungen so vermitteln, dass sie in das Wertesystem des Klienten passen.

Die allgemeinen Annahmen des kurzzeittherapeutischen Ansatzes am BFTC, wobei DE SHAZER auf eine Theorieaufstellung verzichtete, sind, dass sich Probleme in der Interaktion in einem bestimmten Kontext aufrechterhalten. Die Klienten sehen oft nicht, wenn ein Problem nicht immer vorhanden ist. Sie nehmen also das Problem als immer vorhanden wahr und nicht die Ausnahmezeiten, in denen das erwartete Problem nicht auftritt. Irgendjemand im Interaktionssystem muss in der Problemsituation also etwas anders machen als sonst. Der Therapeut muss dem Klienten diese Ausnahmesituation verdeutlichen und aufzeigen, dass diese Situation kontrollierbar ist. Die Ausnahmemuster sollen vermehrt werden, wodurch sich das Problem ausschleichen kann. Das Problem wird als leicht lösbar und der Klient als kompetent dargestellt. Beim BFTC wird mit dem Klienten ein Therapieziel auf der Verhaltensebene bestimmt. Zu Beginn der Therapie müssen die Ausnahmen vom Problem erfasst werden und der Beitrag, den der Klient dazu geleistet hat. Die Fokussierung auf die Ausnahmesituation verbessert die optimistische Sichtweise, sich auf dem Weg der Lösung zu befinden.

Charakteristische Interventionen des BFTC sind:

- 1.) *Nicht-bewusste Ausnahme*: Alles fördern, was dem Klienten gut tut.
- 2.) *Nicht-kontrollierbare Ausnahme*: Der Klient soll für jeden Tag am Vortag eine Prognose über die Ausnahmesituation abgeben und danach schauen, warum die Ausnahme stattgefunden hat.
- 3.) *Kontrollierbare Ausnahmen*: Bei bewusster Kontrolle wird dem Klienten verschrieben, das Ausnahmeverhalten öfter zu zeigen.
- 4.) „*So tun, als ob ein Wunder geschehen sei*“: Der Klient soll versuchen, sich so zu verhalten, als wenn das Wunder schon geschehen sei.
- 5.) *Umdeutungen*, um das Problem in einen weniger belastenden Rahmen zu stellen und für den Klienten lösbarer erscheinen zu lassen.
- 6.) „*Mach was anderes*“: Alles soll gelassen werden, was schon zum Nichterfolg beigetragen hatte. Der Klient soll in der Problemsituation etwas anders machen. Die Problemsituation wandelt sich durch das Ausnahmeverhalten eines Interaktionspartners in eine Ausnahmesituation.
- 7.) *Skalen*: DE SHAZER arbeitet mit abgestuften Skalen, um Fortschritte der Klienten zu messen sowie subjektive Gefühlszustände und alle unklaren Ideen und Konzepte zu

bearbeiten, ohne diese gleich auf der Verhaltensebene definieren zu müssen. So wird Veränderung in kleinen Schritten möglich. DE SHAZER hat viel Vertrauen in seine Klienten.

- 8.) *Komplimente*: Jede Abschlussintervention wird mit Komplimenten darüber eingeleitet, was der Klient bereits Positives erreicht hat bzw. dass er verhindert hat, dass nicht alles noch schlimmer gekommen ist. Dadurch werden die Klienten für die Verhaltensaufgabe zugänglicher. Das Selbstbewusstsein steigert sich in Bezug auf die Eigenwirksamkeit.

Beim Vergleich der Ansätze des MRI und des BFTC wird deutlich, dass, wenn am MRI das entgegengesetzte des bisherigen Lösungsversuchs und am BFTC das Ausnahmeverhalten verschrieben wird, hieraus letztendlich die gleiche Verhaltensaufgabe resultiert.

Die Vorteile des BFTC-Ansatzes sind, dass durch die Fokussierung der Ausnahmen die Arbeit ressourcenorientiert ist. Der MRI-Ansatz führt eher dazu, dass die Klienten sich an bereits fehlgeschlagene und zum Teil paradox anmutende Lösungsversuche klammern. DE SHAZER geht davon aus, dass jeder Klient durch die Ausnahme schon etwas richtig macht. Bei dem Ansatz am BFTC kann sich das Symptom von allein ausschleichen, ohne dass der Klient mit etwas aufhören oder etwas völlig anders machen muss, er muss nur von dem Ausnahmeverhalten mehr durchführen. Beim MRI müssen die Patienten eher das Gegenteil des Bisherigen tun. Die Verhaltensaufgaben müssen dadurch komplizierter umgedeutet werden. Die Klienten kommen sich z. T. so vor, als ob sie Theater spielen müssten, da sie das Gegenteil ihres bisherigen Lösungsverhaltens verschrieben bekommen. Die BFTC-Annahmen für die PMFT zu verwenden erscheint mir sinnvoller, da die Ressourcen der Klienten mehr genutzt werden. Durch die Fokussierung auf Ausnahmesituationen kann DE SHAZER auch mit vagen Problemen oder mit einer Vielzahl von Problemen gleichzeitig hantieren. Das MRI dagegen hat eine genaue Beschreibung des Problems auf der Verhaltensebene nötig und muss bis zur Bearbeitung des nächsten Problems eine Therapiepause einlegen. Durch die Wunderfrage werden beim BFTC weiter gefasste Ziele des Klienten thematisiert. Die Beschäftigung mit anderen Lebensmöglichkeiten wird angeregt. Die Zieldefinition ist beim MRI enger an die Problembeseitigung gekoppelt. Das Symptomenverhalten soll einem neuen Verhalten weichen. DE SHAZERS Lösungskonzept, auf Ausnahmen zu achten, scheint für den Klienten transparenter, klarer und einfacher. Es kann eher auf neu entstehende Probleme übertragen werden. DE SHAZER hat ein klar strukturiertes Konzept zur Anwendung der Interventionen, was das Erlernen dieses Ansatzes in der Praxis vereinfacht.

Ein Vorteil des Ansatzes am MRI ist im Gegensatz zur schwierigen Rückfallprophylaxe bei DE SHAZER, dass man mit Rückfällen wesentlich realistischer umgeht, indem man Rückfälle von vornherein annimmt und als positiv konnotiert verschreibt. Der Klient würde also auch im Falle des Rückfalls die Kontrolle behalten. Bei DE SHAZER muss sicherlich beachtet werden, dass die Lösungsversuche nicht den alten erfolglosen Lösungsversu-

chen zu ähnlich sind. Bei DE SHAZER müssen die Klienten eine schnelle Veränderung wollen. Beim MRI ist auch die Ambivalenz des Klienten zu bearbeiten, z.B. durch positive Konnotation, so dass es nicht zum Widerstand kommt.

Ihre Vor- und Nachteile haben beide Ansätze, wie auch andere. So kann aus beiden das Passende bei Bedarf, auch bei der PMFT, ausgewählt werden, wenn man es in Ordnung findet und nicht nur von einem stringent fundierten Therapiemodell ausgeht. Zentrale Aussagen bleiben dabei in der Therapie die Berücksichtigung der Ressourcen des Klienten, die gleichwertige Arbeit an der Kontrollierbarkeit der Ausnahmesituation und der Problemsituation, die Anpassungsfähigkeit des Therapeuten an den Klienten, egal ob mit schnellem Änderungswunsch oder Widerstand zur Veränderung. RETZER (1994) ist der Meinung, dass das MRI die Problemseite, d.h. die Vorzüge der Symptomatik, zu sehr heraushebt und kritisiert DE SHAZER darin, dass er die Lösungsseite, also das Herausstellen der Vorteile der Lösung, überbetont. Beide Extreme sollten Beachtung finden, so dass der Klient seine Veränderungsgeschwindigkeit selbst bestimmen kann.

Die Erwartungen mancher Klienten, dass sie mehr möchten als die reine Problemlösung, muss Beachtung finden, wenn sie z.B. ihre Vergangenheit aufarbeiten oder ihre Gefühlswelt besprechen wollen oder eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten aufbauen möchten. Das kann hierbei nicht geschehen, aber der Klient muss es ansprechen können.

So würde ich für die PMFT die jeweils passenden Interventionen der Kurzzeittherapien mit nutzen.

6.5 Für das neue Setting vorrangig genutzte psychologische Therapie-methoden

Im psychomotorischen Gedankengut bildet die Kindzentrierte Psychomotorische Entwicklungsförderung von VOLKAMER und ZIMMER die Grundlage für das neue Setting. Im systemischen und familientherapeutischen Bereich setzen sich die Akzente mehr aus verschiedenen Therapien zusammen.

6.5.1 Familientherapie und ihre verschiedenen groben Richtungen

Der Begriff „Familientherapie“ ist mittlerweile ein Sammelbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher Vorgehensweisen geworden. Sie haben ein gemeinsames Konzept, das aber genau besehen auch nicht von allen geteilt wird. „Die größte Gemeinsamkeit besteht darin, dass sich die Hauptperspektive therapeutischen Handelns auf Inhalt und, mehr noch, Strukturen der familiären Interaktionsprozesse richtet“ (KRIZ, J. 2001, 273). Familientherapie wird gesehen als „psychotherapeutischer Zugang zu sozialen Systemen, die aus der Begrenzung des Denkens, Fühlens und Handelns eine Erweiterung ihrer Möglichkeiten suchen. Durch neue Interpretationen der Lebensgegenwart und Vergangenheit eines Systems werden der Prozeß seiner Bewußtwerdung und neue Handlungsmöglichkeiten gefördert

und die Lebensqualität gesteigert“ (Informationsbroschüre 1994, Weinheim). Das Denken ist nicht mehr kausal, sondern vernetzt. Die sonst oft „in traditionellen Kategorien gesehene psychischen und psychosomatischen Symptome werden nicht mehr isoliert als gestört oder krank betrachtet, sondern als Lösungsmöglichkeiten eines Systems, mit seinem Gewordensein und seinen Begrenzungen kreativ umzugehen. Symptome können dann ausreichend verstanden und gewürdigt werden, wenn wir sie in einen größeren Sinnzusammenhang stellen, der das vergangene und gegenwärtige Familiensystem sowie gesellschaftliche Bedingungen umfasst. Diese erweiterte, vernetzte Sichtweise ermöglicht es, die Gegenwart eines Systems neu zu interpretieren und so verändernd einwirken zu können“ (Informationsbroschüre 1994, Weinheim).

In der Familientherapie werden im Gegensatz zu anderen Therapieformen stärker der Kontext und die systemische Vernetzung von Kommunikation (im weitesten Sinne) berücksichtigt, die den Rahmen abgeben, in dem das Symptom der/des identifizierten Patienten/in seine Funktion erfüllt.

Relevante Interventionskonzepte sind:

- *Joining*: Darunter versteht man ein therapeutisches Arbeitsbündnis.
- *Reframing*: Hiermit ist eine Umdeutung und Umdefinierung der Sichtweise der Probleme und der damit verbundenen ganzen familiären Wirklichkeit gemeint. Die Probleme müssen in einen veränderten Rahmen gestellt und das pathologische Familienbild aufgehoben werden. Das pathologische Familiensystem wird in einer Homöostase des Systems „Familie“ gesehen, in einer starren Perpetuierung pathologischer Kommunikations-, Definitions-, Erwartungs- und Interpretationsmuster.

Die Mailänder Gruppe, eine familientherapeutische „Therapieschule“, versucht, das Familienspiel und die Lebensbedingungen durch äußere Umstände zu durchbrechen. Anzuwendende Techniken sind:

Die positive Konnotation: Das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder, auch des/der identifizierten Patienten/in hinsichtlich seiner/ihrer Symptome, wird positiv gedeutet.

Die paradoxe Intervention, auch „therapeutische Doppelbindung“ genannt: Sie wurde auch schon von ERICKSON und FRANKL genutzt und ist ein wesentliches therapeutisches Mittel, die Lösungen zweiter Ordnung zu erreichen. Die Lösungen erster Ordnung, die das Problem sind, werden durch die Lösungen zweiter Ordnung aufgelöst. Es folgt die Beschreibung der paradoxen Doppelbindung nach KRIZ (2001, 257), der paradoxe Intervention, Symptomverschreibung und therapeutische Doppelbindung synonym verwendet. Die paradoxe Intervention „setzt eine enge Beziehung voraus, in diesem Fall die psychotherapeutische Situation, die für den Patienten einen hohen Grad von Lebenswichtigkeit und Erwartung hat. In dieser Situation wird eine Verhaltensaufforderung gegeben, die so zusammengesetzt ist, dass sie

- das Verhalten verstärkt, das der Patient ändern möchte,
- die Verstärkung als Mittel der Änderung hinstellt und

- ein Paradoxie hervorruft, weil der Patient dadurch aufgefordert wird, sich durch Nichtändern zu ändern.

Damit kommt er mit seiner Pathologie in eine unhaltbare Situation. Wenn er die Aufforderung befolgt, so zeigt er, dass er das Verhalten zumindest teilweise unter bewusster Kontrolle hat, es also auch ändern kann. Wenn er der Aufforderung Widerstand leistet, so kann er das nur durch nicht-symptomatisches Verhalten tun, womit der Zweck der Behandlung ebenfalls erreicht ist. [...] Der Patient kann nicht nicht reagieren – doch gleichzeitig kann er auch nicht in seiner üblichen, symptomatischen Weise darauf reagieren.“

Die Symptomverschreibung: Sie versetzt den Klienten in eine „Sei-spontan“-Paradoxie. Durch die Verschreibung des Symptoms wird die Fortsetzung des von den Klienten für spontan gehaltenen symptomatischen Verhaltens unmöglich. Der Klient behält jetzt bei einer Wiederkehr des symptomatischen Verhaltens seine Kontrolle, da ihm dieses Verhalten ja verschrieben wurde.

Hypnotherapeutische Interventionen: Dabei werden die Patienten in einen Trancezustand versetzt, und es werden suggestive Umdeutungen der Symptome angeboten.

NLP (Neurolinguistische Programmierung von BANDLER und GRINDLER): Der Therapeut kann aus bestimmten Hinweisen in Sprache und Motorik des Patienten Rückschlüsse über dessen Repräsentationssystem ziehen, ob z.B. eine Erfahrung als auditive, optische oder kinästhetische Erfahrung abrufbar ist.

- *Arbeit an den Grenzen:* Eine Abgrenzung einer Person oder Personengruppe gegenüber der jeweiligen „Umwelt“ findet statt. Nur da, wo eine Grenze ist, kann auch Kontakt stattfinden. Die Grenze ist gleichzeitig der Ort der Begegnung und der Trennung. Kontakt ist also kein Zustand, sondern ein Zyklus. Kontaktvermeidung kann negativ sein, da sie die volle Entfaltung des Organismus behindern kann, aber auch positiv, wenn sie vor „schlechten“ Kontakten schützt. Kontaktvermeidung dient hier also als Verteidigungsmanöver gegen zu starke Bedrohung.

Es gibt Störungen an den Kontaktgrenzen in Form von vier verschiedenen Mechanismen:

- *Introjektion:* ungeprüftes „Hineinstopfen“ (KRIZ, J. 1991, 189) von Material, das nicht assimiliert wird.
- *Projektion:* unerwünschte Teile der eigenen Person werden als etwas außerhalb des Organismus Liegendes angesehen.
- *Retrofektion:* Impulse (Aggressivität), die normalerweise nach außen, gegen ein bestimmtes Objekt, gewendet werden, richten sich auf sich selbst. Ein Korrelat äußert sich häufig in Muskelverspannungen.
- *Konfluenz:* Kontakte, die den Klienten mit der Umwelt verschmelzen lassen, sind wichtiger als die eigene Identität. Hierbei sind die Ich-Grenzen aufgeweicht.

Als noch gravierendere Kontaktstörungen gelten:

- *Deflektion:* Nahezu jeder engere Kontakt mit der Außenwelt wird vermieden.
- *Desensitivierung:* Gewahrsein und Empfinden sind auf ein Minimum reduziert.

- *Familienskulptur (V. SATIR), Familienaufstellung:* Von den Familienmitgliedern werden in Form eines pantomimischen Bildes bestimmte familiäre Beziehungen und Haltungen dargestellt. Ein Familienmitglied fungiert dabei als „Bildhauer“, d.h. die anderen Personen müssen sich seinen Anweisungen entsprechend aufstellen und bestimmte Haltungen einnehmen. Es werden Bedeutungen und Strukturen körperlich dargestellt und sinnlich erfahren. Neue Perspektiven des Verstehens und Erlebens werden auf scheinbar Bekanntes gerichtet. Bei der Familienaufstellung, die sehr kontrovers diskutiert wird, werden „Familien- oder Problemstrukturen mit einer Anzahl anwesender Teilnehmer von einem Protagonisten aufgestellt und die Aufgestellten gebeten, ihre Wahrnehmungen und Empfindungen mitzuteilen. Auf symbolische Weise wird dadurch oft ein möglicher Kern der Gesamtproblematik in den Aufmerksamkeits- und Arbeitsfokus gerückt; Veränderungen in den Aufstellungen und deren Wirkungen auf alle Beteiligten können ausprobiert werden, Einsichten werden durch Rituale prägnant unterstützt“ (KRIZ, J. 2001, 276 f.).
- *Familienanamnese und Genogramm:* Alle Informationen der Familie werden in einem „Genogramm“ zusammengestellt und graphisch dargestellt. Die Beteiligung aller Mitglieder hierbei und die Konzentrierung auf zunächst recht „sachliche“ Informationen wirken oft angstreduzierend. VON SCHLIPPE weist darauf hin, dass besonders der identifizierte Patient sich bei dieser Anamneseform nicht, wie befürchtet, auf der Anklagebank sitzend sieht, sondern in eine Geschichte familiärer Ereignisse eingebettet wird (KRIZ, J. 1992, 269–272).
- *Systemisches Fragen:* Es ist die „Aufgabe von Therapeuten, diese einengenden Konstruktionen über Wirklichkeitsdeutungen zu erweitern und den durch rigide Interpretationen beschränkten Verständnis- und Handlungsraum zu erweitern. Besonders Narrationen mit engen, starren Alternativen wie ‚gesund–krank‘, ‚schuldig–unschuldig‘, ‚Täter–Opfer‘, ‚gut–böse‘ verhindern, oft vorhandene Möglichkeiten zu Veränderungen umzusetzen. [...] Statt vieler Belege für die Verhaltensstörung ist dann eine große Vielfalt an unterschiedlichen Handlungen und Motiven erfahrbar. [...] Systemisches Fragen dient daher der Verstörung und Verflüssigung von verkrusteten und interaktiven Strukturen. [...] Fragen können daher Unterschiede verdeutlichen, vorhandene einengende Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen hinterfragen bzw. erweiternde Konstruktionen fördern. Ebenso können Problem- und Lösungsszenarien in ihren vorhandenen Beschränkungen sichtbar gemacht werden und um erweiternde und verflüssigende Möglichkeiten bereichert werden. Eine besondere Frageform ist das zirkuläre Fragen, bei dem in Anwesenheit der anderen Familienmitglieder aufgefordert werden, ihre Vermutungen darüber zu äußern, was eine bestimmte Handlung wohl für einen Dritten bedeutet“ (KRIZ, J. 2001, 275 f.).

Im Folgenden sollen noch vier „alte“ ausgewählte Familientherapiekonzepte, das psychoanalytisch orientierte Familientherapiekonzept, das strukturelle Familientherapiekonzept, das erfahrungszentrierte Familientherapiekonzept und das strategische Familientherapiekonzept, beschrieben und erläutert werden sowie die etwas „jüngere“ Richtung des narrati-

ven Familientherapie-Konzeptes. Dies möchte ich tun, obwohl sie heute nicht mehr strikt getrennt werden, da es so deutlicher wird, aus welchen ursprünglichen Richtungen, wie z.B. der Psychoanalyse, sich die Familientherapieströmungen entwickelt haben.

(1) Die psychoanalytisch orientierte Familientherapie

Der Hauptfokus der psychoanalytisch orientierten Familientherapie liegt auf dem Inhalt der familiären Interaktionsprozesse, also auf der Beziehung zwischen den Familienmitgliedern. Das Verbindungsglied zwischen der individuellen Psychodynamik klassisch-psychoanalytischer Konzeption und den sozialen Beziehungen ist die FREUDSCHE Theorie der Objektbeziehungen – die Interaktion zwischen Personen wird also als Manifestation der internalisierten frühen Mutter-Kind-Beziehung gedeutet. Ivan BOSZORMENY-NAGY verwendet im Zusammenhang mit Schuldverschreibungen den Begriff „Konto-Buch“, in dem Schuld und Sühne vermerkt sind, z.T. sogar über mehrere Generationen. Pathologische Symptome stehen seiner Meinung nach im Zusammenhang mit einer zu großen Anhäufung von Ungerechtigkeiten auf dem „Konto“ des/der identifizierten Patienten/in. Für ihn liegt ein wesentlicher Aspekt der Therapie in der Vergebung.

Nach Murray BOWEN (1978) ist es eine Voraussetzung für psychische Gesundheit, durch weitgehende Lösung von der Ursprungsfamilie zu einer Differenzierung des Ichs zu gelangen. Die Symptome sind für ihn ein Zeichen mangelnder Individualisierung, die wiederum mit starren Interaktions- und Koalitionsmustern zusammenhängt.

Es folgt nun eine kurze Darstellung der „dynamischen Familientherapie“ von H. STIERLIN. STIERLINS Konzept enthält sowohl „horizontale“ – auf die Beziehung zwischen Mitgliedern der gleichen Generation bezogene – als auch „vertikale“ Aspekte – auf Beziehungen zwischen unterschiedlichen Generationen bezogen. Für seine Arbeit zieht er fünf Hauptgesichtspunkte heran:

A) Die *bezogene Individuation*: Sie ist ein „allgemeines Prinzip, dem zufolge ein höheres Niveau an Individuation auch jeweils ein höheres Niveau an Bezogenheit auf andere sowohl verlangt als auch ermöglicht“ (KRIZ, J. 2001, 279). Dabei wird unter „Individuation“ verstanden „die Entfaltung einer individuellen Identität und die Ausbildung von psychischen Grenzen. Es geht dabei also um ‚Ko-Individuation‘, d.h. um die systemisch-wechselseitige Bedingtheit der Individuation der Familienmitglieder.“ Oft ist eine mangelnde Fähigkeit und Bereitschaft zum Dialog vorhanden. Unterindividuation bedeutet, dass die notwendige Abgrenzung misslungen ist. Die Überindividuation ist gekennzeichnet durch zu starre und dichte Grenzen.

B) Die *Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung*: Diese Perspektive thematisiert die Trennungsdynamik zwischen den Generationen, d.h. den Prozess der Ablösung im Jugendalter.

C) *Delegation*: Aufträge und Vermächnisse werden oft über Generationen hinweg wirksam.

D) *Vermächtnis und Verdienst*: „Unter dieser Perspektive wird die Mehrgenerationsdynamik hinsichtlich der Delegationen ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt“ (KRIZ, J. 2001, 281).

E) *Status der Gegenseitigkeit*: Es zeigt sich eine Starrheit der Homöostase bzw. des Familiengleichgewichtes.

Vier Aspekte werden als allgemeine Grundlage therapeutischer Intervention von STIERLIN hervorgehoben:

- Die *Allparteilichkeit*: Der Therapeut hat das „Bemühen und die Fähigkeit, sich aktiv in die Position eines jeden Familienmitgliedes einzufühlen“ (KRIZ, J. 2001, 281).
- Die *Aktivität*: Es ist notwendig, dass der/die Therapeut/in häufiger eingreift, um immer wieder aufflammende Machtkämpfe zu unterbrechen.
- Die *Betonung des Positiven*: Die „Funktionalität der Symptome und deren Beitrag für die Familie“ (KRIZ, J. 2001, 281) werden in den Vordergrund gestellt.
- Die *Mobilisierung der Ressourcen der Familie*.

Ein wesentlicher Teil der STIERLINSCHEN Interventionen ist „Begegnungsarbeit“. Dabei geht es darum, einen befreienden innerfamiliären Dialog in Gang zu bringen (KRIZ, J. 1991, 275–278).

H. E. RICHTER entwickelte eine Rollentheorie für die Analyse der Eltern-Kind-Beziehung, wobei es 5 Klassen gibt: die Rolle eines Partnersubstituts (Stellvertreter aus der infantilen Vorgeschichte), eines Abbildes (Kopie des Selbstbildes des anderen), des idealen Selbst (das Ideal, was dem anderen misslungen ist), des negativen Selbst (den schwachen Teil der Persönlichkeit des anderen übernehmen als Sündenbock) und des Bundesgenossen (bei äußeren Kämpfen mitwirken für den anderen). Dies ist sicher bei der PMFT auch relevant zu betrachten, welche Rolle das Kind für einen der Erwachsenen übernehmen muss.

(2) *Erfahrungszentrierte Familientherapie, speziell der Ansatz Virginia SATIRS: die entwicklungs- und erlebnisorientierte integrative Familientherapie*

Die erfahrungszentrierte Familientherapie ist eine humanistisch orientierte Therapierichtung. Carl WHITAKER, Virginia SATIR, Walter KEMPLER und Peggy PAPP können dieser Richtung zugeordnet werden.

Im Zentrum dieser Ansätze steht nicht die Struktur der Familie, noch die Strategie des therapeutischen Vorgehens oder psychodynamische Theorievorstellungen, sondern die gegenseitige Erfahrung der Familienmitglieder in ihren Interaktionen (Aktionen und Reaktionen) und emotionalen Äußerungen im Hier und Jetzt, aber auch die bisherige Erfahrung (individuell wie familiär), die als kontextueller Hintergrund des jetzigen Geschehens und der weiteren Erfahrungsmöglichkeiten mit einbezogen wird. Es wird trotz der systemischen Perspektive durchaus die Veränderung der einzelnen Person angestrebt.

Personen geraten in ihrer Entwicklung oft in einen Konflikt in Bezug auf die Loyalität gegenüber der (Ursprungs-)Familie versus der Loyalität gegenüber sich selbst. Es entsteht ein „emotionaler Tod“ der Familie, eine Starrheit in den Kommunikations- und Erlebensmustern und Angst vor Veränderung. Dies hängt mit dem „Überlebensmythos“ zusammen, der beinhaltet, dass die Person ihre bestehenden familiären Beziehungen aufrecht erhalten muss, um psychisch überleben zu können; dieses Umklammern verschlimmert aber eher die Situation (vgl. KRIZ, J. 1991, 278–281).

V. SATIR selbst hebt den „Selbstwert“ als zentralen Faktor hervor, der im Hinblick auf die Kommunikationsstrukturen in der Familie besondere Bedeutung hat, da er dort erlernt wird. Ein geringer Selbstwert führt zu dysfunktionaler Kommunikation, weil dann, um den Selbstwert zu schützen, auf bestimmte starre Reaktionsmuster zurückgegriffen werden muss. Darüber gelingt SATIR eine Mehr-Ebenen-Perspektive: „Kommunikation, etwas Interpersonales als Kennzeichen des Systems ‚Familie‘, wird unmittelbar in Bezug gesetzt zu etwas Intrapersonalem, dem Selbstwert“ (KRIZ, J. 2001, 286). Es besteht dabei eine Zirkularität zwischen der Kommunikation und dem Selbstwert (vgl. KRIZ, J. 1991, 280).

Dieser Ansatz ist besonders interessant, weil dem emotionalen Erleben, den Körperreaktionen sowie der nonverbalen Kommunikation der einzelnen Familienmitglieder ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Körperreaktionen und nonverbale Kommunikation sind im Zusammenhang mit dem psychomotorischen Gedankengut relevant, da sie die Brücke zwischen den psychischen und motorischen Ebenen schaffen. Denn nicht nur die Beobachtung, wie die einzelnen Familienmitglieder miteinander kommunizieren, gibt Aufschluss über Dysfunktionen und Dysharmonien, sondern manchmal mehr die Körperreaktionen und nonverbale Kommunikation, die zum Teil nicht unterdrückt werden können und eventuell dem Gesagten sogar widersprechen.

Angst vor Liebesentzug oder Angst vor Verletzlichkeit können eine klare stimmige Kommunikation über Gefühle und persönliche Probleme verhindern. V. SATIR bringt das Selbstwertgefühl eines Menschen mit seiner Art zu kommunizieren in Beziehung. Bei geringem Selbstwertgefühl nimmt sie z.B. an, dass in der Kommunikation Angst, etwas von sich zu zeigen, die Hauptsorge sei. Es kann eine inkongruente Kommunikation entstehen, d.h. Verhalten und Gefühl stimmen nicht überein. „Das systemische Denken erfährt Ganzheiten und nicht Individuen. Es achtet auf die in diesen Ganzheiten geltenden Regeln und die zwischen ihnen herrschenden Wechselwirkungen. Das systemische Denken verläßt somit die Kategorien von Ursache und Wirkung zugunsten einer zirkulären Sichtweise. [...] Jeder einzelne ist dem anderen in einer Weise verbunden, daß eine Änderung des einzelnen automatisch eine Veränderung des gesamten Systems mit sich bringt“ (MEETH 1995, 35).

Nach V. SATIR hängen das Wachstum und damit auch die Entwicklung des Individuums von der genetischen Ausstattung (physische, intellektuelle und emotionale Potenziale) ab, von dem Resultat dessen, was ein Mensch gelernt hat und von der Interaktion zwischen Körper und Psyche. Dieses Potenzial ist natürlich bei jeder/jedem verschieden, und die

Entwicklung dementsprechend auch. In diesem Wachstumsmodell wird Veränderung als permanenter Lebensprozess angesehen, der sich auf verschiedenen Ebenen abspielt wie im Mikro- und Makrokosmos. Ein Mensch mit geringem Selbstwert, also dem Wert, den sich jeder/jede selbst zumisst, ist voraussichtlich ängstlich und abhängig davon, was andere von ihm denken. Dies unterbricht seinen/ihren „Lebensfluss“. „Die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles, aus welchen Gründen auch immer, ist eine unangenehme bis unheimliche Erfahrung, die das physische und psychische Überleben bedroht. Wenn man sich als Betroffener nicht bewußt darüber wird, was innerlich abläuft, wehrt man sich gegen dieses Gefühl, anstatt es zu akzeptieren: Man klagt an, beschwichtigt, rationalisiert im Übermaß oder lenkt ab“ (MEETH 1995, 36). Fünf Kommunikationsformen, wie sich Menschen in der Interaktion mit anderen schützen, wenn sie sich bzw. ihr Selbstwertgefühl bedroht fühlen, hat V. SATIR zusammengestellt. Jede dieser Formen ist über eine gekennzeichnete Körperhaltung, beschrieben durch Gestik, begleitendes Körpergefühl und bestimmten Satzbau, definiert. Diese werden in verschiedenen Stressreaktionen benutzt, aber immer, weil ein verletzter Mensch seine Schwäche und Befindlichkeit verbergen will.

SATIR hat nun fünf „universelle“ Reaktionsmuster bzw. Kommunikationsformen herausgearbeitet, die Menschen gebrauchen, um eine Minderung ihres Selbstwertes gegen Bedrohung abzuwehren.

1. *Versöhnlich, besänftigend, placing, beschwichtigend*: Die Person versucht zu erreichen, dass der andere nicht ärgerlich wird. In der Therapie ist die Arbeit am Ärger, die Selbstwertsteigerung, die Differenzhervorhebung nötig; Veränderungen müssen anerkannt werden. Förderlich für den Klienten ist es zu lernen, Entscheidungen zu treffen, „Nein“ zu sagen, Forderungen zu stellen, Wünsche zu äußern, Verantwortung übernehmen zu können.
2. *Anklagend, fordernd, blaming*: Man versucht, von der Umwelt als „stark“ angesehen zu werden. Therapieschwerpunkte sind: eigene Grenzen setzen, klare Regeln einführen, destruktive Abläufe unterbrechen, mit Nähe und Distanz experimentieren, schnell und energisch reagieren lernen. Gefördert werden sollen Ich-Botschaften, Zuhören, Anklagen in Bedürfnis zu übersetzen.
3. *Intellektualisierend, rationalisierend, computing*: Das Rationalisieren soll beweisen, dass die empfundene Bedrohung als „harmlos“ angesehen wird; der Selbstwert soll über den Gebrauch großer Worte gefestigt werden. In der Therapie wird sehr langsam gearbeitet, auf Nuancen geachtet, die Sprache wird dem gegenüber angepasst, d.h. es wird viel Gefühl angeregt, nonverbaler Selbstaussdruck wird gefördert.
4. *Ablenkend, ausweichend, irrelevant*: Der Betroffene ignoriert die Bedrohung, als sei sie nicht da. Therapieschwerpunkte sind: Leiten, Hilfe für vollständige Transaktionen, zu Ende bringen, klar bleiben, wenn möglich, körperlichen Kontakt aufnehmen (KRIZ, J. 1991, 281–283). Die Therapeutenhaltung ist getragen von der Haltung der Begegnung, Einzigartigkeit, Ganzheit usw.. Wichtig ist die Spontanität des Therapeuten in der existenziellen Begegnung, weniger wichtig sind spezielle Techniken. Ziel der Therapie ist es aber auf jeden Fall, die erstarrten Wünsche wiederzubeleben und den Erfahrungs-

prozess der einzelnen Personen in der Familie für ihre eigenen Wünsche und Gefühle und die der anderen zu fördern, z.B. durch Findung von Bedürfnissen der Einzelnen.

5. *Kongruent, fließend*: Bezüglich „kongruenter Kommunikationsformen“ i.S. SATIRS gibt J. KRIZ folgende Kriterien an: Kontakt zu sich selbst, auf allen Ebenen übereinstimmende Botschaften, Wahrnehmung und Ansprache von Diskrepanzen, auf Wertschätzung beruhende Interaktion, Selbstwert, klare Regeln, Realitätsbezogenheit, Zuverlässigkeit und Zuversichtlichkeit (J. KRIZ 1991, 283).¹

„Die allgemeine Haltung der Therapeuten entspricht dabei natürlich den Grundprinzipien der humanistischen Psychologie – ist also getragen von Aspekten wie Begegnung, Einzigartigkeit, Ganzheit usw.“ (KRIZ, J. 2001, 289).

„Ziel war es, die erstarrten Kommunikationsstrukturen ins Fließen zu bringen, das Problem umzudefinieren und den Erfahrungsprozess der einzelnen Personen in der Familie für ihre eigenen Wünsche und Gefühle und die der anderen zu fördern“ (KRIZ, J. 2001, 290).

(3) Strukturelle Familientherapie

Der strukturelle Ansatz ist mit dem Namen Salvador MINUCHINS verbunden. „Der Begriff ‚Struktur‘ in MINUCHINS Ansatz bezieht sich insbesondere auf die Gliederung der Familie in Subsysteme (einzelne Personen, Kinder/Eltern usw.), auf das Ausmaß an Starrheit bzw. Flexibilität dieser Subsysteme, auf die Transaktionen zwischen ihnen sowie auf Aspekte der Abgrenzung und der Durchlässigkeit solcher Grenzen“ (KRIZ, J. 2001, 281).

MINUCHIN geht von einem „normativen Familienmodell“ aus. Dort existieren klare Grenzen zwischen den Subsystemen. Grenzen sind wichtig, denn sie haben die „Funktion, die Differenzierung des Systems zu bewahren“ (KRIZ, J. 1991, 286). Die Grenzen sollten weder starr noch diffus sein, sondern klar.

Drei charakteristische Subsysteme werden hervorgehoben: das eheliche, das elterliche und das geschwisterliche Subsystem. Das eheliche Subsystem ist ihm dabei sehr zentral, es hat lebenswichtige Funktion, schon als Gründerin.

Um die Struktur der Familie, die Grenzen, Subsysteme, Koalitionen usw. zu erfassen, hat MINUCHIN ein Notationssystem vorgeschlagen. Daraus kann ein „Lageplan“ einer Familie in einem Schema dargestellt werden; dieses Schema ist aber „immer nur als vorläufige Hypothese im Sinne der Prozessdiagnostik zu verstehen“ (KRIZ, J. 2001, 283), da sich die Struktur ja in der Therapie ändern soll.

¹ Eine gute Beschreibung der Kommunikationsformen findet sich bei Arist von SCHLIPPE in dem Buch: „Familientherapie im Überblick, Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten“. Junfermann-Verlag, Paderborn 1993, 10. Auflage.

Aufgabe des Therapeuten ist es nun, pathogene bzw. dysfunktionale Strukturen aufzudecken. Diese entstehen am ehesten, wenn das System Familie auf Veränderung nicht flexibel reagiert, sondern mit Stereotypisierung seiner Funktionsweise und starren Transaktionsmustern reagiert. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Konzept der Triangulation (Dreiecksbildung); d. h., „eine Erweiterung einer konflikthaften Zweierbeziehung um eine dritte Person, die den Konflikt verdeckt und/oder entschärft“ (SIMON/STIERLIN 1984, 366). Koalitionen können offen und verdeckt in unterschiedlichen Variationen sein. Eine pathologische Familienstruktur würde so gesehen, wenn das elterliche Subsystem gegenüber den Kindern sich nur diffus abgrenzt, ein anderer Punkt ist, wenn die Mitglieder der Kernfamilie isoliert sind.

Der „Grundgedanke der Therapie lautet, dass eine Veränderung dadurch zustande kommt, dass der Therapeut sich der Familie anschliesst und sie nach einem sorgfältigen Plan neu strukturiert, so dass die dysfunktionalen Transaktionsmuster umgewandelt werden“ (MINUCHIN 1977, 117). Der Therapeut greift also in das „Gleichgewicht“ der Familie ein. Er schafft Krisen, um die Familie in Richtung auf ein neues Gleichgewicht zu führen. MINUCHIN nennt hierzu drei Hauptstrategien:

1. Herausforderung des Symptoms des identifizierten Patienten, Ziel ist eine Umdefinition der Sichtweise der Familie.
2. Herausforderung der Familienstruktur, indem der Therapeut Bündnisse und Koalitionen offen darlegt; Ziel ist es, das Gleichgewicht der Familie so zu erschüttern, dass eine Kalibrierung stattfindet.
3. Herausforderung der Familienrealität. „Die Symptome zeigen [...], dass die Familie mit der Realität, die sie geschaffen hat, nicht mehr fertig wird. Minuchin verweist darauf, dass die Realitätserfahrung der Menschen in der Familie von den Transaktionsmustern abhängig ist – sicher gilt im systemischen Sinne gleichzeitig auch das Umgekehrte“ (KRIZ, J. 2001, 284).

„Die Planung der Behandlung spielt sich vor dem Hintergrund dreier ‚Axiome‘ ab:

1. Die Familienstruktur beeinflusst als Kontext die inneren Prozesse des Individuums (und umgekehrt).
2. Veränderungen in diesem Kontext bewirken Veränderungen im Individuum.
3. Das Verhalten des Therapeuten wird Teil des Kontextes“ (KRIZ, J. 2001, 283).

Diese Strategien und Axiome sehe ich auch in der PMFT gegeben. Auch die folgenden Schritte der Therapie passen dazu:

- Der Therapeut schließt sich „der Familie an und nimmt eine Führungsrolle ein (z. B. laufen wichtige Kommunikationen über ihn; er hat die Verantwortung für das, was ge-

schiebt), [in der PMFT hat allerdings nicht der Therapeut/die Therapeutin immer die Führungsrolle, sondern diese variiert je nach Situation und abhängig von den Personen, manchmal übernimmt auch das Kind zeitweise die Führung; U. L.-R.]“.

- Er hat „die zugrunde liegende Familienstruktur aufzudecken“
- Es soll „die Umstände schaffen, die eine Transformation der Struktur möglich machen“ (KRIZ, J. 2001, 284).

(4) Strategische Familientherapie:

Im Ansatz von HALEYS und PALAZZOLI wird das Problem der einzelnen Personen unberücksichtigt gelassen. Man befasst sich nur mit der Familie als kommunikativem System. Eine „pathologische“ Familie reguliert sich demnach durch Transaktionen, die die Art der Symptome widerspiegeln. Es werden also bewusst alle psychischen Phänomene vernachlässigt, wie individuelle Konflikte, Bedürfnisse, Schicksale, Motivation, körperliche Dispositionen. Im Zentrum stehen die Möglichkeiten, direkten Einfluss auf Personen und das System zu nehmen, um Änderungen zu induzieren.

Der Hauptaspekt liegt also auf der Dysfunktionalität des Familiensystems und den Möglichkeiten der Veränderungen induzierenden Intervention. Die eingefahrenen, starren Strukturen werden so zerstört, dass das System sich neu kalibrieren bzw. ein neues dynamisches Gleichgewicht finden muss. Eine typische Strategie ist die paradoxe Intervention. Dabei geht es darum, die Logik des Spiels zu unterbrechen. Die strategischen Therapeuten beginnen auf der spezifischen Ebene und arbeiten sich zu einer Gesamtsicht der Familie vor.

„Es ging nun nicht mehr darum, der Familie rational ihre Situation verstehen zu helfen, zu erklären oder zu interpretieren. Vielmehr ging es darum, so schnell wie möglich das Spiel der Familie zu erfassen, das zur Aufrechterhaltung der Symptome beiträgt“ (PALAZZOLI et al. 1977).

„Allen Konzepten therapeutischer Intervention im Mailänder Modell liegt die Perspektive zugrunde, dass nicht das einzelne Familienmitglied, auch nicht der identifizierte Patient und nicht einmal die Familie selbst Objekt dieser Interventionen ist, sondern das ‚Familienspiel‘. Jede Familie konstituiert sich in einem gewissen Zeitraum, Transaktionen werden quasi experimentell erprobt, bis das System zu einer Struktur findet, die durch Regeln gesteuert wird“ (KRIZ, J. 2001, 293).

Es sollte also möglichst das „Spiel der Familie“ (PALAZZOLI 1985) erfasst werden, das zur Aufrechterhaltung der Symptome beiträgt. Dieses „Spiel“ muss unterbrochen werden. Das bedeutet, dass die gegenwärtige Struktur der Transaktionen, ihre Bedeutung für die Homöostase des Familiensystems und Strategien, diese Homöostase zu „verstören“, herausgearbeitet werden müssen. „Die Verordnung unterbricht offenbar das laufende Spiel,

ohne dass es für den Therapeuten notwendig ist, zuvor zu verstehen, welches Spiel abgelaufen ist“ (PALAZZOLI/PRATA 1985, 279). Der strategische Ansatz zielt darauf ab, eine „Familie zum Handeln zu bringen, anstatt zum Reden“ (PALAZZOLI/PRATA et al. 1985, 281). Dies entspricht auch der Idee der PMFT. Reden wird hier aber im Sinne von Klagen und Erklären, nicht von Kommunizieren gebraucht.

Die Mailänder Gruppe legt also der Therapie die Perspektive zugrunde, dass das Objekt dieser Intervention das „Familienspiel“ ist. Sie sieht es als ein „absurdes Spiel“, bei dem die Spieler sich vornehmen zu gewinnen: Die oberste Regel des Spiels ist das Verbot zu verlieren (vgl. PALAZZOLI 1985, 41).

Das spezielle Setting der Therapie ist so aufgebaut, dass zwei Therapeuten mit der Familie arbeiten und zwei weitere den Prozess durch einen Einwegspiegel beobachten. Zur besseren Hypothesenbildung besteht zwischen den beiden Teilteams reger Kontakt. Dieser Kontakt hat den Nebeneffekt, dass die Familienmitglieder spüren, dass sie die Therapeuten im Raum nicht in ihr „Spiel“ integrieren können. Der Familie werden zumeist noch eine Definition der Situation und eine Aufgabe gegeben, um die Veränderung zu Hause anzuregen. Die Sitzungen finden in mehrwöchigen Abständen statt, damit die Familie auch in der Zwischenzeit die Möglichkeit zur Veränderung hat.

Eine zentrale Therapietechnik ist das „Paradoxon“. Eine andere geläufige Technik wird Gegenparadoxon genannt. „Es geht im Sinne der paradoxen Intervention darum, die Logik des paradoxen Spiels außer Kraft zu setzen“ (KRIZ, J. 2001, 294). Es hilft, die Selbstdefinition der Familie umzuformulieren. Das Mittel ist die „positive Konnotation“ (PALAZZOLI). „Sowohl das symptomatische Verhalten des identifizierten Patienten als auch das Verhalten der anderen Familienmitglieder, die dies [...] unterstützen, wird positiv für die dynamische Stabilität des Familien-Systems definiert“ (KRIZ, J. 2001, 294).

Für die strategische Familientherapie gibt es drei Grundregeln und Methoden des Arbeitens in der Sitzung:

1. *Hypothesisieren*: Die komplexen Daten in Bezug auf das Symptom müssen in systemische Hypothesen gebracht werden. Man nimmt an, schon durch die Benennung verändere sich das System.
2. *Zirkularität*: Diese ist zu verstehen als die „Fähigkeit des Therapeuten, sich selbst in seiner Befragung von Feedback leiten zu lassen, das sich ihm aus dem Verhalten der Familie darbietet, wenn er um Informationen über ihr Verhalten untereinander, d. h. über die Unterschiede und Veränderungen, bittet“ (PALAZZOLI 1981, 131). Eine spezifische Technik besteht darin, reihum jedes Familienmitglied über bestimmte Beziehungsaspekte zwischen zwei anderen differenziert zu befragen (zirkuläres Fragen). Dadurch erhält der/die Therapeut/in über die Familie detaillierte Informationen. Ein differenziertes Denken und die Unterscheidung zwischen den Familienmitgliedern können entstehen.

3. *Neutralität*: Die pragmatische Wirkung der Therapeutin ist gemeint. Die Therapeuten sollen unbeteiligt und kühl wirken. Sie sollen auf der Metaebene des Gespräches bleiben. „Wichtig ist nur, ihr Spiel zu begreifen, damit man [die TherapeutInnen; U. L.-R.] sich entsprechend verhalten kann/[können]“ (PALAZZOLI 1977, 121).

Mittlerweile hat sich das Mailänder Team aufgelöst. Besonders die „Metaphern des kalten Krieges“ wurden kritisiert. PALAZZOLI selbst sprach später „von familiärem Reduktionismus und [...] bezeichnet; U. L.-R.] es inzwischen als Irrtum, den Hypothesen über das Beziehungssystem die ausschließliche Aufmerksamkeit zuzuwenden. [Sie fordert; U. L.-R.] Modelle, die es ermöglichen, biologische, individuelle, familiäre und soziale Ebenen zu integrieren“ (KRIZ, J. 2001, 292).

(5) Narrative Familientherapiekonzepte

Im Gegensatz zu den vorher beschriebenen Richtungen werden hier stärker die konstruktiven Aspekte der Realität berücksichtigt.

„Die Interdependenz zwischen ‚individuellen‘ und ‚familiären‘ Wirklichkeiten wurde wieder entdeckt und das von vielen als ‚Relikt einer antiquierten epistemologischen Sichtweise‘ diskreditierte Subjekt konsequenterweise wieder stärker in die Betrachtungen und Interventionen einbezogen“ (KRIZ, J. 2001, 296). Sinndeutungen, verwoben in Geschichten, wurden als Realität aufbauend wieder entdeckt, wobei der Therapeut in die Geschichten und ihre Veränderungen eingewoben sein kann. „Beobachter bzw. Intervenierender und das Beobachtete bzw. das System, in das interveniert wird, sind nicht mehr streng trennbar. Die Sichtweise ging somit von der distanzierten Intervention zur gemeinsamen Konversation – dem therapeutischen Gespräch aller Beteiligten über eben solche Sinndeutungen in Form von Problemen, Lösungsmöglichkeiten, Erklärungen usw.“ (KRIZ, J. 2001, 296). Die Kompetenz für den Prozess der Veränderung wird wesentlich. Die Geschichten führen zu neuen Perspektiven und eröffneten neue Ideen, Sicht- und Handlungsmöglichkeiten. Die Ressourcen werden in den Mittelpunkt gestellt (vgl. Steve DE SHAZER mit seiner lösungsorientierten Kurztherapie, Abschnitt 6.4.6.4) sowie die situativen Ausnahmen. Es geht dabei um die Situation und die Umstände, unter denen diese Probleme nicht auftreten. Die Aufmerksamkeit liegt bei den Lösungswegen. Sie sind schon vorhanden und werden zu wenig beachtet. Therapieziele werden vereinbart. Dies „schärft die Wahrnehmung für die kleinen Veränderungen in Richtung auf das Ziel [...]“ (KRIZ, J. 2001, 297). Hausaufgaben sollen dies unterstützen und „sowohl die Beobachtungsfähigkeit für Veränderungen als auch die Aufmerksamkeit für kleine Verhaltensänderungen“ (KRIZ, J. 2001, 297) dabei schärfen. Die Realität soll neu definiert werden.

DE SHAZER (1997) schreibt, dass die Familientherapie ihre Sicht ändern muss, dass es eine unabhängige beobachtende Realität von außen gibt. GOOLISHIAN und ANDERSON (1997) beschreiben, dass es hilfreich ist, die menschliche Gemeinschaft wahrzunehmen als

ein System, das vor allem Bedeutung erzeugt, praktiziert durch sprachlichen und kommunikativen Austausch. Manchmal bringt nur das Problem diese Menschen zusammen. In der Therapie werden dann eine neue Konversation, neue Sprache und neue Realität erkundet. Der Therapeut sollte ein guter Zuhörer sein und einen Kontext bieten, „in dem alle Beteiligten Gelegenheit zu einem dialogischen Austausch haben“ (KRIZ, J. 2001, 298).

„Durch Respekt und Neugier gegenüber Menschen und ihren Ideen, gegenüber uns selbst und unseren Klienten, durch Offenheit und Flexibilität gegenüber der Entwicklung neuen Sinns und Verstehens in dieser therapeutischen Haltung wird weder das Erleben von Sinn noch die Integrität irgendeines der Beteiligten angefochten“ (GOOLISHIAN/ANDERSON 1997, 270).

Auch Tom ANDERSEN hat diese Einstellung. Er würde mit seinem reflektierenden Team zwar auch hier eingeordnet, aber ich möchte seinem Verfahren einen eigenen Abschnitt widmen, da das RT in der PMFT einen großen Stellenwert am Ende der PMFT-Stunde einnimmt.

6.5.2 Das Reflecting Team nach Tom ANDERSEN

Das „Reflecting Team“ stellt ein zentrales Konzept dar, welches ich am Ende jeder einzelnen Psychomotorischen Familientherapie-Stunde nutze.

Ich durfte Tom ANDERSEN zum Glück auf einem Kongress kennen und schätzen lernen. Vor allem seine Einfühlsamkeit und seine treffenden Fragen haben mich fasziniert.

ANDERSEN gibt dem Wort ‚reflektieren‘ „die Bedeutung, wie sie [...] aus dem Norwegischen ‚refleksjon‘: etwas aufnehmen und überdenken, bevor eine Antwort gegeben wird“ (ANDERSEN 1996, 28) kommt.

HARGENS beschreibt in seiner Vorbemerkung zu dem Buch von ANDERSEN: „Es gibt weder den richtigen noch den falschen Weg zu arbeiten – es gibt sowohl den einen wie auch andere Wege. Tom bezieht unsere Sprache mit ein – von ‚entweder-oder‘ zu ‚sowohl-als- auch‘, um so den Kundinnen und Kunden ihre Kompetenz und ihr Wissen zurückzugeben“ (ANDERSEN 1996, 13).

Für das Reflektieren in diesem Sinne gibt es Regeln, die besagen, dass nur positive Beschreibungen abzugeben sind. Weggelassen werden sollen Ausdrücke von Konkurrenz und Kritik. Es sollen Beschreibungen und Optionen im Kommentar angeboten werden. Zudem sollen keine Vorstellungen beschrieben werden von dem, was man für falsch hält. Es herrscht Gleichheit und Gleichberechtigung zwischen Therapeutin und Klient.

J. KRIZ (2001, 299) beschreibt die Aspekte, durch die sich die Arbeit mit dem „reflektierenden Team“ kennzeichnen lässt, folgendermaßen:

- „Vielfalt der Konnotationen/Semantiken: Es gibt nicht eine Wahrheit, sondern viele Standpunkte – und die damit möglichen Perspektiven bereichern den ‚Betrachtungsgegenstand‘.
- Positive Konnotationen: Jedes Handeln macht ‚Sinn‘ – und zumindest dort, wo bewusst gehandelt wird, ist dieser Sinn letztendlich positiv. [...] Positive Konnotation meint aber nicht Vernebelung, Verleugnung, Beschwichtigung ‚negativer‘ Aspekte – vielmehr schafft ggf. erst die klare Konfrontation damit ein Gefühl für die Achtung des letztendlich positiven und sinnvollen Bedeutungs-Wesens hinter diesen Erscheinungen.
- Deutungsalternativen dürfen nicht auf Kosten des (Gesamt-)Selbstwertes irgendeiner Person gehen, wenn sie hilfreich sein sollen.
- Deutungsalternativen und ‚Lösungen‘, die bereits vorhandene Tendenzen aufgreifen und verstärken, sind wahrscheinlich erfolgreicher als ‚Lebensweisheiten‘ der Therapeuten.
- Explizites Reden über die jeweiligen Gedanken, Vermutungen, Deutungen schafft gegenüber den starren impliziten Erwartungsstrukturen stets neue Wirklichkeiten.
- Es ist besonders sinnvoll, aktuelles Handeln (hier und jetzt im Raum) neu zu konnotieren (denn dies ist jetzt erfahrbar).“

Im Mittelpunkt steht also die Art, wie über etwas gesprochen wird und mit welchen Geschichten (Narrationen).

Für Familien scheint es sehr interessant zu sein, die Konversationen des RT über sie selbst zu verfolgen. Gleichzeitig wird deutlich, dass „die geschützte Kommunikation, die das Reflektierende Team anbietet, überaus nützlich ist, Leuten die Freiheit zu geben, einen Gedanken oder eine Idee anzunehmen oder zu verwerfen, sogar die Freiheit, überhaupt zuzuhören“ (ANDERSEN 1996, 10). Bei der Arbeit mit dem RT fällt auf, dass die Personen, die dabei zuhören, schneller Elemente, die sie gehört haben, aufgreifen und benutzen (vgl. ANDERSEN 1996, 11).

Grundlegende Ideen und Konstruktionen sind folgende:

1. Einen Unterschied aufzeigen oder herstellen, der einen Unterschied macht (vgl. BATESON 1981, 453). „Etwas als von seiner Umgebung verschieden zu definieren, nennt BATESON ‚eine Unterscheidung treffen‘. [...] Sich ein Bild von einer Situation machen, heißt, gewisse Arten von Unterscheidungen treffen. Da es stets weitere Möglichkeiten der Unterscheidung gibt, ist das Bild, das man erhält, ein Ergebnis von Unterscheidungen, die dieser Beschreibende trifft. Anders gesagt, es gibt immer mehr zu sehen, als man sieht. Daher gibt es viele un-gemachte Bilder (sich bewegende Bilder) verschiedener Situationen. Und noch wichtiger ist vielleicht, daß zwei Personen höchstwahrscheinlich in derselben Situation verschiedene Unterscheidungen herstellen – oder verschiedene ‚Karten‘ desselben ‚Territoriums‘, wie BATESON es nennt“ (ANDERSEN 1996, 31–32). Es ist also sehr interessant zu erfahren, was eine andere Person in der Situation sah, hörte, roch, schmeckte oder fühlte, was man selber nicht bemerkt hat. „Diese neuen Aspekte des sich

bewegenden ‚Bildes‘ der Situation werden zu anregenden Unterschieden für sein/ihr sich entwickelndes ‚Bild‘. Diese Unterschiede tragen dazu bei, daß die Person sein/ihr eigenes sich bewegendes Bild abstuft“ (ANDERSEN 1996, 32).

BATESON gebraucht das Wort „Unterschied“ in zwei Bedeutungen: „Erstens, wenn etwas als getrennt von seinem Hintergrund unterschieden wird; zweitens ist eine Veränderung ein Unterschied in Zeit, die durch einen Unterschied hervorgebracht wurde“ (ANDERSEN 1996, 32). Zentral sind nun Fragen zu stellen, die nach Unterschieden suchen, die einen Unterschied machen. Sie sind auf Veränderung gerichtet. Durch die Ideen von BÜLOW–HANSEN, die eine physiotherapeutische Methode für Menschen entwickelte, die unter Muskelverspannungen leiden, ist ANDERSEN auf seine drei Arten von Unterschieden gekommen. Wie BÜLOW–HANSEN feststellte, dass zu viel Druck und zu wenig Druck durch ihre Hand auf die Muskeln sich ungünstig erwiesen und nur der angemessene Druck hilfreich für die Muskelreaktion war, so wandelte ANDERSEN BATESONS „Unterschied, der einen Unterschied macht“ ab. „Es gibt drei Arten von Unterschieden, von denen aber nur einer einen Unterschied macht, nämlich der angemessenen unterschiedliche“ (ANDERSEN 1996, 34). ANDERSEN tauschte das Wort ‚Unterschied‘ gegen das Wort ‚ungewöhnlich‘ ein. „Wenn Menschen dem Gewohnten ausgesetzt sind, bleiben sie meistens dieselben. Wenn sie aber etwas Ungewöhnlichem begegnen, könnte dieses Ungewöhnliche eine Veränderung auslösen“ (ANDERSEN 1996, 35). Die Therapeuten, als potenzielle Helfer, sollten den Klienten etwas Ungewöhnliches, aber nicht zu Ungewöhnliches bieten. Diese Regel umfasst das Setting, in dem Therapeuten den Klienten treffen.

2. *Man selbst sein*, sollte man nach ANDERSEN. MATURANA und VARELA (1987) beschreiben, dass ein Individuum stark strukturdeterminiert ist und sich trotzdem ununterbrochen in seinen biologischen Strukturen verändert. ANDERSEN versteht das so, „daß ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt nur der Mensch sein kann, der er/sie ist. Das bedeutet, daß er/sie einer bestimmten Situation nur mit einer der Reaktionsweisen begegnen kann, die er/sie in seinem/ihrerem Repertoire hat. Dieses Repertoire kann allerdings im Laufe der Zeit verändert werden, indem alte Wege verblassen und neue entstehen. Wenn eine Situation eine Perturbation (man könnte auch ‚Störung‘ sagen) mit sich bringt, für die der Mensch nichts im Repertoire hat, kann er nur auf eine von zwei Arten reagieren. Er kann sich vor der Störung verschließen und sich dadurch schützen, oder, wie VARELA und MATURANA es ausdrücken, die Organisation aufrechterhalten, die er repräsentiert. Klinisch ausgedrückt hieße das, seine Integrität zu bewahren. Gestattet er aber einer solchen Perturbation, in die von ihm repräsentierte Organisation einzudringen, desintegriert er“ (ANDERSEN 1996, 35–36). Wichtig ist jedenfalls, bei einer Konversation darauf zu achten, ob sie zu ungewöhnlich wird, und vor allem langsam vorzugehen, damit die Klienten Zeit haben, ihre Antworten zu formulieren.

3. *Verbinden mit anderen*: Während des Treffens zweier Menschen möchten immer beide ihre Integrität behalten. Was jemand sagt und tut, löst die Reaktion beim anderen aus, ob

dieser für eine Unterhaltung offen ist oder sich ihr gegenüber verschließt. Beide Gesprächspartner beobachten sich dabei. Dabei treten Probleme durch die Sprache auf. Wenn ein Sprecher ein Wort an einen Zuhörer übermittelt, muss man mit beachten, dass bei demselben Wort von dem Sprecher und dem Zuhörer etwas Verschiedenes assoziiert wird bzw. eventuell verschiedene Bedeutungen für den jeweiligen dahinter stehen. „Eine Bedeutung umfaßt ‚Beschreibung‘ und ‚Erklärung‘, aber sie ist noch mehr, nämlich daß die Beschreibung und Erklärung eine bestimmte Bedeutung für die Person hat“ (ANDERSEN 1996, 38).

Dabei ist jemand für seine Beschreibungen verantwortlich und auch für die Bedeutungen, mit denen er seine Beschreibungen versieht. Allerdings kann er nicht für jede Beschreibung und Bedeutung verantwortlich sein, die bei einem anderen ausgelöst wird. Ein Vorgang des Beschreibenden ist sicher das Herstellen von Unterscheidungen. Dabei muss beachtet werden, dass zwei verschiedene Beschreiber voraussichtlich in derselben Situation verschiedene Unterscheidungen aufstellen. Dabei liefern sie verschiedene Beschreibungen und verschiedene Erklärungen. Es sollte daher nicht vergessen werden, dass bei jeder Beschreibung einer Person viele andere mögliche Beschreibungen weggelassen werden. So sind auch viele andere Unterscheidungen nicht getroffen worden. Unterscheidungen werden in einem Gespräch am ehesten über das Stellen von Fragen getroffen.

ANDERSEN (1996, 40) stellt dabei drei Schritte in den Vordergrund, um den Vorgang des Unterscheidens zu beschreiben: Wahrnehmen, Erkennen und Handeln. Dabei ergänzt er die verschiedenen Phasen des Prozesses von VARELA und MATURANA um den der Wahrnehmung. „Dieses Ganze genügt zwei Anforderungen: sowohl der Bewahrung der Organisation und Integrität der Person als auch der Teilnahme an der Wechselwirkung mit der Umgebung“ (ANDERSEN 1996, 40). Was ich besonders spannend fand an den Beschreibungen der Vorgänge von ‚Wahrnehmen, Erkennen und Handeln‘ war, dass der Körper auch funktioniert bzw. reagiert, ohne dass der Geist es wahrnehmen muss. „Der Geist war noch nicht in der Lage zu erkennen, was das sein könnte. Aber der Körper war es. Der Körper signalisiert, daß die Situation etwas beinhaltet, wovor die Person zu diesem Zeitpunkt geschützt werden sollte. Der Körper hat eine Idee erfaßt, der Geist noch nicht“ (ANDERSEN 1996, 41). Hier erscheint es mir wichtig zu betonen, dass die Kinder dieses Phänomen sicher noch häufiger aufweisen, dass der Körper es spürt und reagiert, auch wenn der Geist es nicht bzw. noch nicht formulieren kann. Diesem Phänomen sollte in der PMFT-Stunde Ausdrucksmöglichkeit gegeben werden.

Jede Beschreibung und Erklärung erscheint also weitgehend beobachterabhängig, da auch z. B. individuelle neurologische Aufmachungen den Akt des Beschreibens beeinflussen. Jeder liefert eine eigene Version. „Keine Beschreibung ist besser als jede andere: Alle sind gleichermaßen ‚gültig‘. Für die klinische Arbeit ergibt sich als Konsequenz, nach allen bestehenden Beschreibungen und Erklärungen einer Situation zu suchen, sie zu akzeptie-

ren und die Suche nach weiteren, noch nicht aufgestellten Erklärungen und Definitionen zu fördern“ (ANDERSEN 1996, 42).

„Jeder Mensch besitzt eine Wahrnehmung (eine konstruierte Wahrnehmung) der Situation, der der Mensch ‚angehört‘. Diese Wahrnehmung ist die ‚Realität‘ dieses Menschen. Ein anderer Mensch hat in derselben Situation ebenfalls eine Wahrnehmung von ‚Realität‘, die aber wiederum die ‚Realität‘ jenes spezifischen Menschen ist. ‚Realität‘ existiert nur als ‚Realität‘ des Wahrnehmenden. Dieselbe ‚äußere‘ Situation kann sich in vielen ‚Realitäten‘ erweisen. Keine kann als besser als die übrigen bezeichnet werden. Sie sind alle gleich ‚wirklich‘“ (ANDERSEN 1996, 42).

Veränderung kann nun durch Beschränkung und durch Entwicklung auftreten. „Die erste Art der Veränderung bezieht sich auf das Handeln (Verhalten) einer Person, wenn diese Veränderung von außerhalb instruiert oder auferlegt wird. Die zweite Art von Veränderung kommt von innen, wo die Prämissen des Handelns (Verhaltens), nämlich die Aspekte des Erkennens und Wahrnehmens, erweitert werden“ (ANDERSEN 1996, 44). Bei der ersten Art kommt es leicht vor, dass die Betroffenen ihre Integrität als bedroht ansehen. Zudem führen Instruktionen leicht zur Einschränkung des Handlungsrepertoires. Bei der zweiten Art wird die Integrität gewahrt. Die Veränderungen können dabei von der betroffenen Person in Bezug auf den Weg und die zeitliche Durchführung ausgewählt werden. Die Veränderung „kann die Fähigkeit zu beschreiben, zu erklären und zu handeln entweder begrenzen oder erweitern“ (ANDERSEN 1996, 45).

In der Therapie soll den Klienten immer die Möglichkeit gegeben werden, auch zu etwas „Nein“ zu sagen! „Jede Konversation fordert unsere Sensibilität heraus – alle die kleinen Hinweise in den Worten oder kleinen Körperäußerungen herauszupicken, die anzeigen, daß es in der Konversation etwas gibt, das die Person nicht mag oder als nicht angenehm empfindet. Wir betrachten Konversation als wichtige Quelle für den Austausch von angemessen ungewöhnlichen Beschreibungen, Erklärungen, Definitionen und Bedeutungen“ (ANDERSEN 1996, 45). Hier würde ich weiter gehen und sagen, dass es in den PMFT-Stunden die Möglichkeit gibt, diese Beschreibung der Konversation auszudehnen über angemessen ungewöhnliche Handlungen hinaus, um eine Veränderung anzuregen. Zwei interessante Aspekte erwähnt ANDERSEN in diesem Zusammenhang noch: „Beim Konversationszyklus benötigt man auch eine kleine Pause vor dem Reden (Handeln) und eine kleine Pause vor dem Zuhören (Wahrnehmen). Die Pause vor dem Reden könnte dafür verwendet werden, sich zu fragen: ‚Was hat er wirklich gesagt?‘ Harold Goolishian [...] sagte immer: ‚Du mußt darauf hören, was sie wirklich sagen, und nicht auf das, was sie wirklich meinen.‘ [...] Konversationen brauchen Pausen, die ausreichen, um über den Prozeß der Konversation nachzudenken. Und sie sollten langsam genug verlaufen, so daß der Geist genügend Zeit hat, die Ideen auszuwählen, an die er gern angeschlossen ist, und um die Worte zu finden, die diese Anknüpfung ausdrücken können“ (ANDERSEN 1996, 47).

Die Geschwindigkeit und der Rhythmus der Teilnehmer, in diesem Fall auch in Bezug auf die PMFT-Stunde gemeint, müssen Beachtung finden.

Fragen stellen ist ein wichtiges Mittel im Reflecting Team. „Angemessen ungewöhnliche Fragen, die mehr als zwei Antworten (ja/nein) ermöglichen, führen oft zu weiteren Fragen. In der Regel bestehen unsere Beiträge aus Fragen; es sind oft solche Fragen, die unsere Gesprächspartner sich gewöhnlich nicht stellen und die viele Antworten ermöglichen, welche wiederum neue Fragen hervorbringen“ (ANDERSEN 1996, 49). Es sollten vor allem Fragen sein, die noch nicht gestellt worden sind. Es gibt Ausnahmen, wann Fragen stellen unpassend ist. Das ist dann der Fall, wenn die Klienten es für ungewöhnlich halten, „ihnen keinen Rat oder keine Interpretation zu geben“ (ANDERSEN 1996, 49). Bei dem Sprechen der Klienten wird auf die Stimmlage, die Wortwahl und die Körperbewegungen geachtet. Im Reflecting Team wird meistens das aufgegriffen, worüber die Klienten gerade sprachen. Es wird an das Wichtigste angeknüpft. Die Konversation im RT wird als Austausch von Ideen aufgefasst. Als Problem wird in diesem Zusammenhang etwas verstanden, das man nicht verlassen kann und bei dem das Bedürfnis entsteht, es zu verändern. „Das Problem ist das Bedeutungssystem, das das Leiden (er-)schaffen hat, und die Behandlungseinheit ist jeder, der zu diesem Bedeutungssystem beiträgt“ (HOFFMANN 1985, 381–396).

„Jeder neigt dazu, an einer Beschreibung des Problems festzuhalten und eine entsprechende Erklärung dafür zu haben und eine Meinung darüber, wie es gelöst werden kann. Wenn jeder Beteiligte Ansichten hat, die sich irgendwie von den Ansichten und Bedeutungen der übrigen unterscheiden, können sich neue Ansichten und Bedeutungen entwickeln, wenn sie im Verlauf der Konversation ausgetauscht werden. Gibt es keine Konversation, liegen die Ansichten leicht fest. Konversationen kommen meistens dann zum Stillstand, wenn die Ansichten der verschiedenen Menschen sich zu sehr voneinander unterscheiden. Wenn Prestige eine Rolle spielt, wie das bei jeder intensiven Erörterung der Fall ist, halten die Menschen noch stärker an ihren Ansichten fest. In solchen Situationen neigen die Leute dazu, auf ihre eigene Ansicht über die Ansicht der anderen zu hören, anstatt der Ansicht der anderen zuzuhören“ (ANDERSEN 1996, 52). Aus diesen Gründen vermeidet es ANDERSEN, Ansichten zu äußern. Wenn es einem dann doch passiert, gibt es leicht Bündnisse mit denen, die ähnlicher Meinung sind, und Schwierigkeiten mit denen, die anderer Ansicht sind.

Ein RT läuft unterschiedlich ab. Es kann einer reden und die anderen hören zu. Es kann sein, dass alle reden bzw. ihre Meinung kundtun. Es kann eine enge Zusammenarbeit sein. Einzelne Mitglieder aus dem Team können ersetzt werden. Ein gemeinsames Interesse muss auf jeden Fall bestehen. Dabei sollte beachtet werden, wann mit welcher Gruppe zu welcher Zeit über welches Thema gesprochen werden kann. Zudem bleibt zu berücksichtigen, dass jede Person ihre Version einer Situation erstellt. Das sollte besonders Beachtung finden, wenn man auf festgefahrene Systeme trifft. Dann versuchen die Therapeuten, noch nicht betrachtete Beschreibungen und Erklärungen zu geben.

Das Setting lässt sich nach J. KRIZ (2001, 298) folgendermaßen beschreiben (ANDERSEN selbst beschreibt es variabler): „Es wird zwischen zwei Gruppen getrennt:

- Die Familie (bzw. das Paar, das Arbeitsteam oder andere Konstellationen von Menschen, in deren alltäglichem Miteinander Probleme auftreten) zusammen mit einem oder 2 Therapeuten, deren Hauptaufgabe es ist, möglichst viel Information über die Sichtweise und Problemdefinitionen der Familie explizit zu machen.
- Im selben Raum anwesend, aber deutlich abgerückt davon, befindet sich ein weiteres Team von ca. 2–4 Therapeuten, die den Prozess aufmerksam verfolgen, aber nicht eingreifen. Allerdings wendet sich die Familie mit ihren Therapeuten nach ca. 15 min – dann nochmals nach rund weiteren 20 bzw. 45 min – diesem Team zu, das nur über das wahrgenommene miteinander ‚reflektiert‘, während nun die anderen nur zuhören und nicht eingreifen.“

In der PMFT-Stunde wird nach 45 min, in denen ein Therapeut mit der Familie arbeitet, einer hinter der Kamera steht und beobachtet und eventuell noch einer nur beobachtet (je nach Familiengröße), nur ein Wechsel durchgeführt. Dann beginnt das RT (bestehend aus Therapeutin und vorheriger Kamerafrau sowie Beobachter) zu diskutieren. Dabei ist es den Familienmitgliedern, vor allem den Kindern, freigestellt, ob sie zuhören oder weiter spielen. Nur zur eventuell durchzuführenden Abschlussintervention müssen alle zusammenkommen. Ein mehrmaliger Wechsel ist nicht vorgesehen, da für jüngere Kinder dies schwierig zu verstehen ist, und es ist sicher auch ungünstig, sie mehrfach in ihrem Spiel zu unterbrechen.

Das *methodische Vorgehen* des RT ermöglicht es den Klienten, neue Fragen zu stellen. Beim Zuhören können von den Klienten neue Unterscheidungen getroffen werden. Das festgefahrene System kann aus einer oder mehreren Personen zusammengesetzt sein. Diesem System wird ein Interviewer zugeteilt. Zusammen bilden sie das Interview-System. „Das reflektierende Team befindet sich oft hinter einer Einwegscheibe und besteht meistens aus drei Personen. Eine Einwegscheibe ist nicht notwendig, und die Anzahl der Teammitglieder beträgt nicht immer drei. [...] Das Interview-System wird als autonomes System angesehen, das selbst bestimmt, worüber und wie darüber gesprochen werden soll. [...] Jedes Mitglied des Reflektierenden Systems hört der Konversation schweigend zu. Die Mitglieder sprechen nicht miteinander, sondern jeder redet mit sich selbst, indem er sich Fragen stellt. Sie fragen sich, wie die Situation oder das Problem, das das System vorstellt, ergänzend zur vorgetragenen Beschreibung beschrieben werden kann. Nach einiger Zeit bietet das Team seine Ideen an, wenn das Interview-System daran interessiert ist. Dann reden die Teammitglieder miteinander über ihre Einfälle und Fragen zum dargestellten Problem, während die Mitglieder des Interview-Systems ihnen zuhören. [...] Jedes Teammitglied liefert seine/ihre Version der definierten Probleme. Wenn die verschiedenen Versionen nicht zu unterschiedlich sind, werden sie sich als Perspektiven ergänzen und zwei oder mehr Versionen werden dann weitere Versionen erschaffen, solange das Team auf befragende Art miteinander spricht“ (ANDERSEN 1996, 55). Die Reflektionen werden

nur in der Möglichkeitsform dargestellt. Das Interview-System kann sich während des Gespräches des RT unterhalten. Wenn das RT fertig ist, können die Mitglieder des Interview-Systems sich über ihre Einfälle zu den Reflektionen austauschen. Sie führen sozusagen eine Unterhaltung über die Konversation des RT über die Konversation des Interview-Systems. „Der Interviewer, der sich zurückhält, Meinungen zu äußern oder Ratschläge zu erteilen (wenn das nicht zu ungewöhnlich für das System ist), stellt nur Fragen“ (ANDERSEN 1996, 56). Zum Teil werden solche Sitzungen auf Video aufgenommen. So können einzelne Szenen noch einmal angeschaut und noch weiter reichender reflektiert werden. Bei dem Setting der PMFT erfolgen auch eine Videoaufnahme und eine weitere Reflektion über einzelne Videoszenen mit den Eltern. Diese Videokonsultation findet an einem extra Termin ungefähr zwei Wochen später statt.

Richtlinien der praktischen Arbeit: Die wichtigste Frage ist, wie das festgefahrene System und die Therapeuten gemeinsam ein bedeutsames Gespräch führen. Die schon geführten Konversationen werden abgefragt und die noch ausstehenden werden erörtert. Das Reflecting Team kann aus einer Person oder zwei bis vier Personen bestehen. Manchmal werden auch die schon beteiligten Fachleute mit einbezogen. Andere finden es wichtiger, dass es neue Personen sind, weil sie davon ausgehen, dass das festgefahrene System dann leichter zu lockern ist.

Meistens nimmt ein Mitglied des Problemsystems Kontakt zu den Personen, die das RT durchführen, auf. Oft, so meint ANDERSEN, ist dies ein Fachmann. Telefonisch oder schriftlich melden sie sich an. Beim Telefonat sollte abgeklärt werden, wer beim ersten Treffen dabei sein sollte, jeder also, der zur Klärung des Problems beitragen kann. Falls der Fachmann nicht mit zum ersten Treffen kommt, sollte klar sein, dass es gut ist, mit ihm in Verbindung zu bleiben. In einem Antwortbrief sollte auch verdeutlicht werden, dass wiederum die kommen sollten, die wollen und die zur Lösung des Problems beitragen können. Es sollte also die Möglichkeit geschaffen werden, dass so viele Mitglieder des Problemsystems wie möglich an dem Treffen mit den Therapeuten des Reflecting Teams teilnehmen können (vgl. ANDERSEN 1996, 58).

Vor dem ersten Treffen mit dem Reflektierenden Team erfolgt eine Klärung darüber, ob die Fachleute das Team vorher über einige nötige Angaben informieren wollen oder ob sie es in Anwesenheit der Klienten tun möchten. Alle sollten nur das tun, womit sie sich wohl fühlen. Der Fachmann hat die Wahl, im Interviewsystem, im RT zu sitzen oder nur als Beobachter da zu sein. Der Interviewer klärt mit den Mitgliedern des feststeckenden Systems, dass sie sich aussuchen können, ob sie einen oder zwei Interviewer haben möchten oder mit dem Interviewer und einem Team (als RT) arbeiten wollen. Der Fachmann kann zum feststeckenden System dazugehören, wenn er sich dort eingeordnet hat. Die Klienten bekommen erklärt, dass sich das Reflecting Team im Nebenraum hinter einer Einwegscheibe befindet. Zumindest gab es am Anfang der Entwicklung des RT eine derartige räumliche Abgrenzung. Mittlerweile kommt es auch vor, dass das RT im selben Raum mit Abstand

vom Interviewsystem sitzt. Den Klienten wird erklärt, „daß allen Personen, die eine Konversation verfolgen, sei es als Teilnehmer oder Zuhörer, meistens etwas zu dem einfällt, worüber gesprochen wird. Solche Ideen sind es oft wert, besprochen zu werden, weil sich herausgestellt hat, daß sie sich positiv auf den Dialog über das vorgebrachte Problem auswirken. Deswegen wird das Team öffentlich über seine Einfälle sprechen, so daß jeder Anwesende sie hören kann“ (ANDERSEN 1996, 59).

Bei ANDERSEN können die Klienten die Angebote selber abwägen und entscheiden, wie der Therapiestundenverlauf aussieht. Auch der Wunsch der TherapeutInnen, ein Video davon aufzeichnen zu lassen, ist von dem Einverständnis der Teilnehmer abhängig. Dem festgefahrenen System wird auch gezeigt, wer zu den Teammitgliedern gehört und wo sie sitzen, und es wird gefragt, ob sie in den Interview-Raum zur Besprechung kommen sollen oder ob sie wieder gehen sollen.

Es wird vorgeschlagen, nach einiger Zeit des Gespräches des Interviewers mit den Klienten das Gespräch zu unterbrechen und dann darüber im Reflektierenden Team zu sprechen. Während der Reflexionen ist es wichtig, dass die Therapeuten untereinander Blickkontakt haben und nicht mit den Klienten, damit diese sich ihre Art der Zuhörerrolle aussuchen können und dem Gespräch mit genug Abstand lauschen oder nicht zuhören können.

„Aufgabe dieser ‚Reflexionen‘ ist es, möglichst viele Deutungen, Lösungsentwürfe, Ideen, Perspektiven zu entwickeln, die folgende Bedingungen erfüllen: es sollen wertschätzende, positive Konnotationen sein – wobei ‚positiv‘ nicht bedeutet, ‚alles gutheißen‘ zu sollen, sondern die Äußerungen können durchaus auch Konfrontationen derart enthalten, dass daraus ein Bemühen um Begegnung und Verständnis erfahrbar wird [...] sie sollen in der Konjunktiv-Form geäußert werden und sie sollen insgesamt nicht ‚auf Kosten‘ einer oder weniger Personen geschehen“ (KRIZ, J. 2001, 298).

Es gibt bestimmte Hauptfragen, die der Interviewer im Kopf haben sollte, mit Inhalten wie: „Welches Interesse haben die Anwesenden an diesem Treffen? Wer hatte als erster die Idee zu diesem Treffen? Mit wem hat diese Person zuerst über diesen Einfall geredet? [...] Wer fand die Idee gut? Wer hatte Vorbehalte? [...] Wenn die Person, die dieses Treffen vorschlug, das nicht getan hätte, hätte es jemand anderer getan? Wer wäre das gewesen?“ (ANDERSEN 1996, 60–61). Die Idee ANDERSENS, die hinter den Fragen steckt, ist, Kontakt zu denen zu bekommen, die dem Zusammenkommen am zurückhaltendsten gegenüberstehen. Er sieht sie als die Bewahrer des Systems an, und ihnen muss viel Beachtung geschenkt werden, ob sie signalisieren, dass das gewählte Thema das ist, was sie zurzeit als angemessen in dieser Umgebung empfinden. Feste Regeln darüber, welche Frage wann kommt, gibt es nicht. Sinn macht es sicher, erst nach der Geschichte zu fragen, wie man zu dem Zusammentreffen gekommen ist, und dann, wie die Sitzung genutzt werden sollte. „Alle Anwesenden erhalten die Möglichkeit zu sagen, über welches Thema sie reden möchten“ (ANDERSEN 1996, 62). Die Frage nach den Rahmenbedingungen darf auf

keinen Fall vergessen werden, auch wenn ein neues Problem angesprochen wird und eventuell die Bedingungen dann geändert werden sollen.

Bei den Antworten oder bei dem Gesagten behält der Interviewer meistens eine besondere Äußerung im Kopf. Solche Äußerungen werden von BOSOLO, CECCHIN, HOFFMANN und PENN (vgl. 1988, 253–254) ‚Anknüpfungen‘ genannt. Sie sollten als Einladungen zur Fortsetzung des Meinungs austausches dienen. Meist bieten die Klienten mehrere Anknüpfungen, wobei der Interviewer intuitiv sich für eine entscheidet bzw. diejenige wählt, die bei ihm am meisten Neugier erweckt. Eine wichtige Regel beschreibt ANDERSEN (1996, 64): Es sollten keine Anknüpfungen aufgegriffen werden, bei denen der Interviewer sich unwohl fühlt, denn diese schränken die Neugier meist ein.

Zentrale Fragen des Interviewers, die anscheinend weiterführen, sind Fragen, die mehr Anknüpfungen erzeugen. Dies tun sie, wenn sie angemessen ungewöhnlich sind. Dies scheint man an der Reaktion des Empfängers zu erkennen, wenn er/sie z.B. einen Aktivitätswechsel vollzieht, Änderungen der Körperhaltung auftreten. Zu ungewöhnliche Fragen bewirken bei den Personen dagegen oft Unaufmerksamkeit, Distanzierung, Desinteresse, kurze Antworten. Die Beugemuskeln werden stärker. Der Gesprächsfluss leidet. ANDERSEN meint, je weniger unsere Fragen ankommen, umso stärker drängeln die Interviewer. So sollte auch dieser auf seine Körperanspannung achten und während des Gespräches für seinen eigenen Zustand sensibel sein.

Hier eine Ansammlung von Fragen, die ANDERSEN für ungewöhnlich halten würde. Dazu gehören Fragen zu *Beschreibungen der Tätigkeiten*, die um das dargestellte Problem herumragen, Fragen, die sich auf die *Erklärung dieser Tätigkeiten* beziehen, und Fragen, die darauf abzielen: Wenn sich etwas an den *Aktivitäten ändert, was man sich dann vorstellen kann, was sich geändert hat*. „Der Wechsel von einer Art Frage zur nächsten, den der/die Interviewer/in entsprechend seiner/ihrer Intuition vollzieht, heißt, Beschreibungen von Erklärungen zu trennen und umgekehrt. Menschen, die sich in einer problematischen Lage festgefahren haben, bringen diese Ebenen in ihren Aussagen leicht durcheinander. Alle Fragen basieren auf dem entscheidenden Gedanken, daß Menschen sich nicht auf die problematische Angelegenheit ‚dort draußen‘ beziehen, sondern auf ihre Auffassung der problematischen Angelegenheit“ (ANDERSEN 1996, 66).

Es wird also gefragt, „Was hast **du** wahrgenommen?“ und nicht „Was ist los?“ usw. Bei *Fragen nach Beschreibungen* ist es zentral, sie so zu stellen, dass sie doppelte Beschreibungen erzeugen. Dadurch werden in dem Sachverhalt mehrere Perspektiven deutlich. Die Unterscheidungen werden durch Worte wie „im Vergleich zu“, „in Bezug auf“ oder „anders als“ (z. B. vor oder nach einem bestimmten Zeitpunkt) erzeugt. „Wenn die Fragen nach Unterschieden zurückgewiesen werden, könnte man nach der Tendenz fragen, sich ähnlich zu sein“ (ANDERSEN 1996, 68). Wenn Unterschiede deutlich werden, können *Fragen nach Erklärungen* ausgeführt werden. Die *Fragen nach den verschiedenen Konversationen*, ein Austausch von Gedanken über Beschreibungen, dienen dazu, doppelte und

vielfältige Beschreibungen entstehen zu lassen. Fragen nach den vergangenen, gegenwärtigen und wahrscheinlich künftigen Konversationen sind bedeutsam. Zudem sollte man versuchen, zu den gängigen Beschreibungen und Erklärungen alternative Beschreibungen und Erklärungen zu finden, z. B. durch Zukunftsfragen, die dann die vorherrschenden Kommunikationsregeln der Familie durchbrechen können. „Wiederholtes hypothetisches Fragen nach Konsequenzen, wenn dieses oder jenes der Fall wäre [...], vermittelt der Familie einen Eindruck von ihren eigenen Problemlösungskapazitäten“ (PENN 1985, 300). Dadurch wird ein Prozess der Vorwärts-Kopplung, wie PENN es nennt, in Gang gebracht.

Wenn das Gespräch über Tote aufkommt, ist es wichtig zu klären, ob dieser noch vermisst wird und ob eine Kommunikationsform mit diesem Verstorbenen noch existiert.

„Befindet sich jemand in einer zuhörenden Position, nimmt er/sie lediglich am inneren Dialog teil. Zirkuläres Fragen [...] hat einen sehr machtvollen Einfluß auf das innere Gespräch der Person, mit der die Frage verbunden ist, und die sich eigentlich in einer zuhörenden Position befindet“ (ANDERSEN 1996, 72).

Die Rahmenbedingungen des Reflektierenden Teams sind folgende: Das Team kann aus einer Person, die sowohl die Rolle des Interviewers (Interview-System) als auch des „Reflektierenden Teams“ übernimmt, bestehen oder aus 2–5 Personen, wobei es einen Interviewer gibt, und die anderen bilden das Reflektierende Team.

„Die Teammitglieder blicken sich gegenseitig an, während sie sprechen, und sehen nicht die Mitglieder des festgefahrenen Systems an. Wenn man sie ansieht, lädt man sie auf der analogen Ebene leicht ein, sich an der reflektierenden Diskussion zu beteiligen und nimmt sie dadurch aus der vorteilhaften Mit-Abstand-Zuhören-Position heraus“ (ANDERSEN 1996, 72). Das RT sitzt meist hinter der Einwegscheibe, wenn es aus mehr als einer Person besteht. Je nach Einrichtung muss der Raum gewechselt werden, oder die Vorrichtungen mit doppelten Mikrofon- und Lautsprecheranlagen werden umgeschaltet. Der Interviewer ist immer im selben Raum wie das feststeckende System. Ist in dem Raum, in dem die PMFT durchgeführt wird, keine Einwegscheibe vorhanden, so sitzt das RT am Rand des Raumes.

Das zuhörende RT stört den Interviewer zwischendurch nie, um Fragen zu stellen, und die Teilnehmer sprechen auch nicht während des Interviews miteinander. „Wenn sie nicht miteinander sprechen, werden sie höchstwahrscheinlich mehr Einfälle hervorbringen, und diese Ideen werden wahrscheinlich unterschiedliche Ideen sein. [...] es gibt keine Regel dafür, wie ein Teammitglied aus der Zuhörerposition an einer Anknüpfung arbeiten sollte“ (ANDERSEN 1996, 73).

„Es gibt zwei Möglichkeiten, die Position zu wechseln. Einmal kann der Interviewer um die Ideen des Reflektierenden Teams bitten, zum anderen kann das Team mitteilen, daß es Ideen verfügbar hat“ (ANDERSEN 1996, 74). Hat einer Ideen, werden alle Teammitglieder gefragt, ob diese eingebracht werden sollen; wenn ja, wird im Interviewraum ange-

fragt, ob die Interviewer interessiert sind. Gewöhnlich kündigt der Interviewer den Wechsel an, damit klare Grenzen gesetzt werden. Jeder hat eine Version, die sich von den anderen unterscheidet. Bei den Vorstellungen seiner Versionen sollte vorsichtig formuliert werden, indem Wortpaare wie „sowohl als auch“ verwendet werden.

Es gibt wenige Regeln, die jeweils beschreiben, was nicht getan bzw. getan werden soll:

- Es soll nicht über etwas anderes reflektiert werden als über die Unterhaltung des Interview-Systems.
- Es soll zuerst der relevanteste Gedanke oder Eindruck diskutiert werden.
- Spekulative Konversationen finden im RT statt. „Einer stellt dem anderen eine Frage, der sie beantwortet, indem er neue Fragen aufwirft“ (ANDERSEN 1996, 76).
- Wenn im Interview-System mehr monologisiert wurde, können auch Metaphern zur Klärung angeboten werden.
- Es wird beratschlagt, welche Konversationen für die verschiedenen Probleme hilfreich sein können.

Das RT redet ungefähr 5–10 Minuten. Manchmal folgt noch ein Interview-System über das Gespräch des RT. In der Regel findet ein- bis zweimal ein Wechsel statt, wobei das Interview-System immer das letzte Wort in einer Sitzung hat. Zum Abschluss der Sitzung wird über das weitere Vorgehen debattiert.

Bei der Nachuntersuchung wird gefragt, woran die Teilnehmenden sich am stärksten erinnern, um zu erkennen, was für sie die größte Bedeutung hatte. Fehlschläge entstehen, wenn zu wenig der Rahmen der Sitzungen besprochen wird oder zu wenig Kontakt zu dem gefühlsmäßig beteiligten (nicht professionellen) Teil des festgefahrenen Systems (Familie, Freunde, Nachbarn etc.) aufgenommen wurde. Schwierig ist es sicher für einige Klienten, von den Fragen im Rahmen einer „Kybernetik erster Ordnung“ zu den Fragen der „Kybernetik zweiter Ordnung“ überzutreten und damit zurechtzukommen.

Auf jeden Fall sind folgende Kriterien zu beachten: „Das Team muß positiv, zurückhaltend, respektvoll, sensibel, einfallsreich und schöpferisch frei sein“ (ANDERSEN 1987, 424). Damit ist gemeint: „Wenn Zeit und Territorium es ermöglichen, möge man eine Frage oder Bemerkung bringen, die ein bißchen ungewöhnlich ist. So ungewöhnlich, daß sie eine Überraschung ausmacht“ (ANDERSEN 1996, 81–82).

Viele Klienten möchten in der Therapie Urteile und Kommentare von den Experten. Hier sollen sie, die Klienten, aber ihre eigenen Gedanken und Urteile einbringen. „Die einzige Wahrheit in einem absoluten Sinne ist die Wahrheit, die die Sache selbst hergibt, wenn wir dicht genug herankämen, was uns aber nie gelingen kann“ (BATESON, G./BATESON, M. C. 1987, 151). Es soll also nicht die absolute „Wahrheit“ gesucht werden, sondern es sollen neue Aspekte und Möglichkeiten entdeckt werden. Es wird versucht, „sich selbst mit den Augen der anderen [zu] sehen“ (FOERSTER, in: SEGAL 1986, 166).

Die Therapeuten-Sichtweise muss flexibel bleiben bzw. offen sein für neue Aspekte. Die neuen Ansichten des Klienten müssen auch mit Berücksichtigung finden. Es sollte ein Austausch von Perspektiven stattfinden. „Das Reflektierende Team ist eine Möglichkeit, eine bestimmte zweckorientierte Konversation zu führen – einen Dialog, der zum Vergleichen unterschiedlicher Sichtweisen einlädt. Dabei haben sowohl die Klienten als auch das Team genügend Zeit, zuzuhören und aktiv teilzunehmen [...]“ (ANDERSEN 1996, 112). Es findet also ein Wechsel vom Zuhören zum aktiven Teilnehmen und vom Sprechen zum Hören statt.

„Jede Beschreibung bietet die Möglichkeit zum Vergleich und die Gelegenheit, neue Ideen und unterschiedliche Perspektiven im Hinblick auf ein Problem zu entwickeln. Gewöhnlich stellt das subtile Bewußtsein für Unterschiede selbst schon einen Unterschied dar (BATESON 1980). Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Entwicklung von Ideen über ein ‚Problem‘ im Verlauf der Zeit und im Rahmen der jeweiligen Konversation mit dem Interviewer, so daß eher eine ko-evolutionäre Sicht als eine Fixierung auf ein Problem entsteht. Dem Interviewer gelingt es am besten, einen Kontakt für solche Gespräche herzustellen, wenn er multiplen Sichtweisen Raum einräumt, statt nach absoluten Wahrheiten zu suchen“ (KATZ 1996, 113) (vgl. GOOLISHIAN/ANDERSON 1987; ANDERSON/GOOLISHIAN 1988; HOFFMAN 1987).

Wenn man dem Reflektierenden Team zuhört, vollziehen sich innere Gespräche. Manche Klienten empfinden es so, dass man über sich nachdenken kann, ohne sich bedroht zu fühlen. Es werden durch das Reflecting Team andere Beschreibungen gegeben, die man mit seinen eigenen vergleichen kann. Das Selbstgespräch erweist sich als rekursiv. Die Ideen informieren das Tun und dieses informiert die Ideen. Durch die Erfahrung im RT, anderen Ideen Raum zu schaffen, bekommen die Klienten auch die Chance, neue Möglichkeiten in ihrem Familiensystem zu betrachten. Was sicher manche Klienten beim RT beeindruckt, ist, Experten zuzuhören, die offen über sie sprechen, dass das RT aber auch deutlich macht, dass ihre Meinung hörenswert und genauso wichtig ist. „Wenn man Worte als Bausteine betrachtet und sich nicht mehr auf den automatischen Gebrauch der Sprache verläßt, dann kann man auf eine andere Ebene wechseln – zur Konversation“ (KATZ 1996, 137). Wenn Kinder über die Aussagen des RT befragt werden, scheint es oft hilfreich, wenn sie sagen „Ich habe nicht zugehört“ oder „Ich weiß nicht mehr“, ihnen den Inhalt zu wiederholen. So fällt es ihnen zumindest leichter, überhaupt etwas dazu zu sagen.

Hier setzt aber auch die Idee der „Psychomotorischen Familientherapie“ an, die Form bzw. das Setting des Reflecting Teams als Therapieform für Kinder zugänglicher zu gestalten. So wird nicht im Kreis auf Stühlen gesessen mit dem Interviewer, sondern es wird spielerisch sich bewegend im Raum agiert mit einem Interviewer, der gleichzeitig das familiäre System anregt, den Gesprächs- und Bewegungsraum selbst zu gestalten. Nach einer Anfangsrunde in Anlehnung an das Vorgehen mit psychomotorischen Kindergruppen wird bewegend spielerisch agiert, und dann tritt in dieser Form der PMFT der agierende

Therapeut aus dem familiären System heraus zu seinen Therapeuten, die am Rande sitzen. Diese bilden dann für ungefähr die nächsten 10 Minuten das Reflecting Team, nach denselben Regeln stattfindend, wie ANDERSEN es beschreibt, nur liegen in den Fragen sicher mehr Inhalte zu Spiel- und Bewegungsinteraktionen, aber auch zu den Beschreibungen und Erklärungen dieser Bewegung-Spiel-Inhalte. Auch hier hält man den Familienmitgliedern die Möglichkeit offen, ob sie zuhören oder weiter ihrem Bewegungsspiel nachgehen. Dabei bleibt es sicher jedem einzelnen Familienmitglied noch einmal extra offen, sich für das Zuhören oder dagegen zu entscheiden.

Ein interessanter Aspekt zu einer Parallele zwischen den RT-Gedanken und den von FELDENKRAIS ist, dass das RT versucht, viele Sichtweisen deutlich zu machen, während bei FELDENKRAIS versucht wird, viele Bewegungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Letztendlich bewirkt aber sicher beides eine veränderte Denkweise in dem Sinne, dass wir unsere Möglichkeiten nicht unnötig verengen und mehr Möglichkeiten in unserem Wirken sehen und zulassen.

6.5.3 Videokonsultation: das MARTE-MEO-Konzept von Maria AARTS

„Beginne dort, wo sie sind, und baue auf das, was sie haben!“ (nach Lao Zi, ca. 300 v. Chr.)

Ideen zu diesem Ausspruch sind nicht nur in der Physiotherapie und der Psychomotorik, sondern auch in der Psychologie beheimatet. Insbesondere das MARTE-MEO-Konzept von Maria AARTS basiert auf diesem Ansatz.

Ausschlaggebend dafür, mich mit diesem Konzept auseinander zu setzen, war eine Begegnung mit ihr auf einem psychologischen systemischen Kongress, wo sie durch ihre Lebendigkeit und Offenheit auffiel. Die Vorstellung des Konzeptes vermittelte den Eindruck, dass dies eine angemessene und anschauliche Form ist, um mit den Eltern von Indexpatienten über das alltägliche Verhalten zu sprechen. So sollte in dem neu erstellten Setting auch den Eltern eine Videokonsultation ermöglicht werden. Es erschien mir sinnvoll, diese praxisnahe Auswertungsmethode auf die Nutzung der Videos der psychomotorischen Familientherapie zu übertragen.

„MARTE MEO“, das Motto des Arbeitskonzeptes von Maria AARTS, ist vom Lateinischen „mars/martis“ abgeleitet und bedeutet so viel wie „aus eigener Kraft erreichen“. Zentrales Ziel ist es, die Betroffenen anzuleiten, ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entdecken und diese so zu aktivieren und zu entwickeln, dass die Betroffenen zu konstruktiven Interaktionen gelangen und damit unterschiedliche Entwicklungsprozesse vorantreiben können. Auf den Alltag des Kindes bezogen soll das MARTE-MEO-Konzept das Kind befähigen, sich in Interaktionen planvoll weiterzuentwickeln.

Als Betroffene sind aber durchaus nicht nur Kinder zu sehen, sondern ebenso Eltern, professionelle Erzieher und alle diejenigen, die die Entwicklung ihrer eigenen Potenziale

forcieren wollen. Denn unter *den* Erwachsenen, die Schwierigkeiten mit der Erziehung ihrer Kinder haben oder hatten, finden sich zahlreiche, die selbst einer so genannten Problemfamilie entstammen. Doch trotz des festen Vorsatzes, ihre Kinder besser erziehen zu wollen, gelingt es ihnen allzu häufig nicht. AARTS fiel bei unzähligen Eltern ein erhebliches Informationsdefizit über Erziehungsmittel und -möglichkeiten zur Entwicklung elterlicher Fähigkeiten auf. Ihr Ziel war es, den Eltern mehr lösungsorientierte Informationen zukommen zu lassen.

Das MARTE-MEO-Konzept gliedert sich in zwei Abschnitte:

1. Es sollen konkrete Informationen über Gelegenheiten gegeben werden, die es ermöglichen, Entwicklungsprozesse zu fördern.
2. Es soll der Blick auf den Transfer der Informationen an die Adressaten gerichtet werden.

Das führt zu der Erkenntnis, dass die Einübung der kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Therapeuten von großer Bedeutung ist.

Die grundlegenden Informationen des MARTE-MEO-Konzeptes sind den natürlichen entwicklungsunterstützenden Dialogen abgeschaut. „Die Natur eröffnet uns alle Informationen über Entwicklungsprozesse“. AARTS meint damit, dass Veränderung in Momenten des Handelns und nicht nur im Geiste stattfinden kann. Diese Aufforderung zu mehr Handeln, als über den Umgang mit Kindern nur zu reden, deckt sich mit meinen Ansichten.

„Im natürlichen Entwicklungsprozess ist es von herausragender Bedeutung, den Entwicklungsschritten der Kinder zu folgen. Ebenso ist es bei der professionellen Arbeit von Bedeutung, jeden Entwicklungsschritt eines Kindes, einer Familie oder eines professionellen Helfers wahrzunehmen und ihn als Anreiz zu nehmen, den natürlichen Entwicklungsprozess wieder möglich zu machen“ (aus dem Handzettel von AARTS, übersetzt von Christian HAWELLEK, auf dem Symposium „Intuition“ in Osnabrück, 2001). AARTS ist davon überzeugt, „dass die meisten Personen und Familien über das Potential verfügen, ihre eigenen Probleme zu lösen und ihre eigene Entwicklung zu schützen oder wieder möglich zu machen. Manche Menschen verlieren zeitweise die Sicht auf ihr eigenes Potential, das ihnen bei der Problembewältigung nutzen könnte“ (AARTS 2001, 2). So sollten Therapeuten lernen, günstige Startbedingungen zu finden, die Entwicklungsprozesse wieder ermöglichen. Mit dem Hinweis, dass Probleme auch eine „Gelegenheit zu Wachstum“ in verschiedenste neue Richtungen sein können, stellt AARTS auch eine andere Sichtweise von Problemen dar. „Probleme werden normalerweise als ‚schwierig‘ betrachtet, dabei sind sie zugleich Chancen, sich neue Fähigkeiten anzueignen. Probleme helfen Menschen, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Probleme zeigen auch, welche Fähigkeiten noch nicht angemessen entwickelt wurden, um die eigene Situation konstruktiv zu bewältigen“

(AARTS 2001, 2). Hier wird also der Blick von den Problemen auf die Lösungen gerichtet. „Zur Unterstützung bei der Entwicklung neuer elterlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten werden im MARTE-MEO-Ansatz Videos als Werkzeuge genutzt“ (AARTS 2001, 2).

Videoaufzeichnungen helfen den Betrachtern, einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus zu schaffen. Die Videotechnik bietet zusätzlich die Möglichkeit der Mikrospektion der normalen Erlebenszeit durch Dehnung des Tempos oder durch Anhalten der Bildersequenzen. Aber auch eine Raffung der Darstellung ist möglich.

„Jedes Tempo ermöglicht die Entdeckung von etwas anderem:

- ◆ Die normale Zeitperspektive korrespondiert mit dem Alltagserleben und ermöglicht den Perspektivenwechsel vom Teilnehmer einer Interaktion zu deren Beobachter [...]. Sie bildet sozusagen die Mesoebene (= mittlere Ebene) des dokumentierten Prozesses. Die gedehnte Zeitperspektive verlangsamt Prozesse, die in der normalen Erlebenszeit ‚blitzschnell‘, quasi automatisch ablaufen und der normalen Wahrnehmung verborgen sind. Auf diese Weise kann ein Beobachter z. B. fehlende ‚Passungen‘ auf der Mikroebene der Interaktion entdecken.
- ◆ Die geraffte Zeitperspektive ermöglicht die Wahrnehmung ‚grober‘ Bewegungen in einem längeren interaktionalen Geschehen. Sie kann z.B. deutlich machen, an welchen Punkten des Prozesses ‚Bewegung‘ ins Geschehen kommt, bzw. wann ein Prozess zur Ruhe kommt. Durch die Zeitraffung – und das ist sicherlich ein Unterschied zum Mikroskop – bietet die Videotechnik auch die Möglichkeit eines Gesamtüberblicks, sozusagen einer Makrospektion zeitlicher Abläufe“ (HAWELLEK 1/1995, systema).

Auf das Thema der Dissertation bezogen, die Entwicklung einer PMFT-Stunde, stellen Videoaufzeichnungen also ein Feedback für die in Problemsituationen steckenden Personen dar. Die Kamerafrauen- und -männer haben für das Filmen der PMFT-Stunde einen speziellen Merkzettel, welche Szenen besonders gefilmt bzw. Beachtung finden sollen (siehe Anhang I/4).

Während der PMFT-Stunde im Beisein auch der zweiten TherapeutIn wird in Anlehnung an das „Reflecting Team“ aus der Familien- und Systemtherapie ein Feedback durchgeführt. Ein weiteres Feedback wird ungefähr zwei Wochen später, also *nach* der PMFT-Stunde, mittels der speziell ausgewählten Videoausschnitte aus dieser PMFT-Stunde mit den Eltern bzw. einem Elternteil angeboten.

„Das Video einer Eltern-Kind-Interaktion ist ein dokumentarisches Medium. Als ein Medium ist es zwischen Klienten und Therapeuten etwas Drittes im therapeutischen Prozess. [...] Der Platz von Videokonsultationen in der systemtherapeutischen Landschaft lässt sich in der Nähe lösungs- und aufgabenzentrierter kurztherapeutischer Verfahren ausmachen,

wie sie etwa in den Arbeiten der Gruppe um de Shazer formuliert wurden“ (HAWELLEK, 1/1995, systema).

Eine der Möglichkeiten des Videoeinsatzes liegt darin, Verhalten, das sich als sehr instabil erweist und dadurch in seinen Prozessen der Interaktion sehr komplex ist, in der Form festzuhalten, dass es in Ton, Bild und Zeitstruktur des ursprünglichen Verhaltens bestehen bleibt. Günstig ist, dass die subjektive „Einfärbung“ des Beobachters nicht die Speicherung des Verhaltens verändern kann. Das Video sollte dazu beitragen, neue Interpretationsmöglichkeiten aufzuzeigen und Ressourcen für neue Handlungsmuster freizulegen. Interessant für den Betrachter ist es sicherlich – wenn er vorher am Geschehen, das in dem Video gezeigt wird, beteiligt war – sich nun als Beobachter einem Perspektivenwechsel zu unterziehen, der ihm mehr Distanz zum Geschehen ermöglicht.

In dem neuen Setting soll in der Videokonsultationsstunde zwei Wochen nach der PMFT-Stunde das Video gezeigt werden. Die Teilnehmer sollen voraussichtlich die Eltern oder ein Elternteil sein. Passagenweise werden Filmausschnitte gezeigt, die nach bestimmten Kriterien ausgewählt werden, die AARTS aufgestellt hat. Dabei können z. B. Betrachtungen wiederholt werden, Szenen je nach Relevanz verlangsamt oder beschleunigt durchgesehen werden. So können kleinste und genaueste Verhaltensweisen beim Ablauf der Interaktion veranschaulicht werden. Jeder betrachtenden Person springt eventuell auch noch etwas anderes Wesentliches ins Auge.

Bedient man sich des Videos als Interventionsmaßnahme, soll es z. B. die positive Interaktion zwischen zwei Personen oder die Problemsituation wieder lebendig machen (vgl. HAWELLEK 1997), die eventuell so vorher im Geschehen nicht wahrgenommen wurde. Der Effekt des gemeinsamen Videobetrachtens scheint manchmal intensivere Wirkung zu haben als das bloße Sprechen darüber. Handlungen im Video können von den Akteuren im Nachhinein noch erläutert werden, bzw. diese bekommen von anderen Feedback darüber, und es kann dadurch über Verhaltensveränderungen nachgedacht werden (vgl. HAWELLEK 1995). In den Psychomotorikgruppen der Kinder wird die Videoaufnahme eher dafür genutzt, den Eltern auch die positive Entwicklung der Kinder aufzeigen zu können. Gleichzeitig kann sie dazu dienen, Erfolge zu überprüfen (vgl. AARTS 2000). Manche Studien geben an, dass der Einsatz von Videos einen hohen didaktischen Wert besitzt. Ein hoher Effekt zur Verbesserung der Interaktionsqualität wird angegeben (vgl. ZELENKO/BENHAM 2000). Gleichzeitig kann das Video einem helfen, wieder genauer zu beobachten, was denn passiert ist; es reduziert vorschnelle Ansätze der Interpretation (vgl. STERN 1998). Sicher können die einzelnen Interaktionen der Familienmitglieder besser beobachtet und wiederholt angeschaut werden. Ein Problem ist allerdings, dass, je mehr Familienmitglieder vorhanden sind, nicht mehr alle gleichzeitig aufgenommen werden können. In einem Rahmen, der mit Bewegung zu tun hat, wie in der PMFT, bedeutet die Aufnahme selbst daher schon eine Beobachtungsselektion, wer wie wo wie lange in welcher Interaktion oder alleine gefilmt wird. Bei der Videoaufnahme der PMFT-Stunde wird

sich die Beobachtung und Auswertung zwar wie bei AARTS auch vorrangig auf die Analyse und Besprechung der Interaktionen beziehen, dabei dürfen die Bewegungselemente und spielerischen Ausdrucksweisen nicht vergessen werden. Dadurch soll den jungen Familien bzw. bei der Videokonsultation den Eltern frühzeitig geholfen und die Möglichkeit gegeben werden, ihre Probleme nicht allein bewältigen zu müssen. VON SCHLIPPE (2001) beschreibt nämlich, dass gerade junge Familien mit ihren Problemen oft allein gelassen werden. Zum Teil scheint in der Gesellschaft der Blick dafür zu fehlen (FRIES 2001). Die Störungen der frühen Kindheit werden heruntergespielt, oder den Eltern wird vorgeworfen, zu versagen, was ihnen dann so aber auch nicht weiterhilft. Kinder unter sechs Jahren rücken erst in den vergangenen Jahren mehr in den Blickpunkt der Beratungsstellen (SCHLIPPE, A. v. 2001).

Im Rahmen der Videokonsultation sollen die Eltern die Wahrnehmung und Interpretation kindlicher Signale lernen, aber auch die zugrunde liegenden Bedürfnisse der Einzelnen wahrnehmen. Oft ist genau das für Eltern mit Kindern, die Probleme in der Verhaltensregulation zeigen, schwierig. Den Eltern sollte auf jeden Fall, wie AARTS es beschreibt, in dem Videomaterial aufgezeigt werden, wo die Interaktionen schon angemessen vollzogen werden. Denn: „Eine ungestörte Interaktion mit dem Kind kann eine Quelle schier unendlicher glücklicher Erfahrungen sein und durchaus geeignet, mögliche Störungen auf der einen oder anderen Seite zu kompensieren“ (PAPOUŠEK 1984, 198). Nehmen die Eltern diese Augenblicke allein nicht wahr, kann es ihnen wenigstens auf dem Video gezeigt werden und dadurch ein positives Gefühl und ein positiver Ansporn vermittelt werden, da weiter anzusetzen.

Das VIDEO-HOME-Training, das dem MARTE-MEO-Konzept sehr ähnlich ist, beruht ebenfalls auf einem praxisorientierten Arbeitsmodell, durch das die Ressourcen von familiären Systemen aufgedeckt werden sollen. Als Anwendungsbereiche des MARTE-MEO-Konzeptes und des VIDEO-HOME-Trainings sind z. B. soziale Entwicklungsprobleme (Schulprobleme), Erziehungs- und Kommunikationsprobleme und psychosomatische Beschwerden angegeben (BIEMANS 1989, SIRRINGHAUS-BÜNDER et al. 2001). Während SCHEPERS und KÖNIG (2000) von einem Höchstalter der Kinder von 12 Jahren ausgehen, andere keine Altersangaben machen, würde ich dafür plädieren, das Konzept ab dem Alter, in dem die Kinder in den Psychomotorikgruppen sind, also ab 4 Jahren, zu nutzen. Bei manchen ist dies sicher auch schon früher möglich, bei anderen ist es eventuell unpassend. Das hängt sicher vom einzelnen Familiensystem ab und dessen Umgang mit dem Setting sowie der Beobachtungsfähigkeit und Aufnahmefähigkeit der Eltern, was die Videokonsultation angeht, da die Zielgruppe ja insbesondere die Eltern der Kinder sind, die eine Alternative zum „normalen“ Beratungsgespräch benötigen, um zu einer Problemlösung zu gelangen (vgl. SIRRINGHAUS-BÜNDER et al. 2001).

Ziel der Methode ist es sicher, über das gemeinsame Betrachten der Videobänder und deren Besprechung den (Konflikt-)Umgang und den Austausch in den Familien zu verbes-

sern. Ein weiteres Ziel ist es, die Fähigkeiten der Eltern beim Aufbau einer guten Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern, besonders den Kindern, zu stärken.

Es ist sicher noch einmal wichtig zu betonen, dass die Aufnahmen bei dem VIDEO-HOME-Training und dem MARTE-MEO-Konzept zu Hause, in der PMFT-Stunde in der Turnhalle aufgenommen werden.

Das Ablaufschema für MARTE-MEO wird von SIRRINGHAUS-BÜNDER et al. (2001) so gegliedert: In der *Klärungsphase* wird den Eltern erklärt, was sie erwartet, und am Schluss wird schriftlich versichert, dass die Videos nur für ihre Beratung verwendet werden. Die Diagnose des Entwicklungsstandes des Kindes wird aus dem ersten Video gezogen bei der *Videobeobachtung* (vgl. AARTS 2000). Wie schon erwähnt, ist dann das Ziel der *Videointeraktionsanalyse*, die Fähigkeiten und Fertigkeiten für eine gute Wechselbeziehung zu entdecken und zu mobilisieren. Im Hintergrund steht das Anliegen der Eltern, dem entsprechend die folgenden gelungenen Gesprächsszenen herausgesucht werden. Als Letztes findet dann eine *Videoberatung*, ungefähr ein Woche später, statt. Gezeigt werden soll den Eltern, wo sie schon unterstützendes Verhalten für ihre Kinder aufweisen. Zur Not werden auch Szenen genommen, bei denen die Eltern die Möglichkeit, förderliches Verhalten zu zeigen, nicht anwenden. Am Schluss werden immer wieder die Anliegen der Eltern erfragt, die sich ja im Laufe der Zeit ändern können. Danach werden auch die Inhalte, also welche alltägliche Situation gefilmt wird, z. B. beim Essen oder beim Spielen, entschieden.

Bei speziellen Schwierigkeiten der Kinder mit besonderen Behinderungen sollte es Anliegen der Therapeuten sein, spezifische Informationen über helfende Möglichkeiten zu sammeln und den Eltern darzustellen, also z.B. Informationen aus wissenschaftlichen Erkenntnissen mit zu verwenden. AARTS hat für verschiedene Störungsbilder wie Schreibabys, isolierte Kinder und hyperaktive Kinder Checklisten zusammengestellt (siehe AARTS 2000). Diese sind auf Grund entwicklungspsychologischer Erkenntnisse aufgestellt und sollen helfen, eine Orientierung zu geben, um den Entwicklungsstand des Kindes einschätzen zu können. Dieses Wissen sollte aber auch so an die Eltern weitergegeben werden, dass es in veranschaulichte problemlösende Handlungsalternativen umgesetzt werden kann. AARTS beschreibt, dass dies in kleinen praktischen und konkreten Schritten stattfinden sollte. Die Verbindung zwischen akademischen Informationen und alltäglicher Sprache beschreibt AARTS als „Missing Link“ (AARTS 2000). Es sollte also eine einfache und verständliche Darstellungsweise bei der Besprechung der Videoszenen, die alltägliche Interaktionen im eigenen Wohnraum zeigen, verwendet werden. Probleme werden bei AARTS, wie erwähnt, nicht als Schwierigkeit, sondern als Wachstumschance angesehen, so ist ihr Konzept auch lösungsorientiert aufgebaut. Das bedeutet, dass konkrete Lösungsschritte entwickelt werden sollen. Nicht die Problemanalyse steht im Mittelpunkt (Problemorientierung), sondern die Wachstumsmöglichkeit und die Lösungsorientierung (vgl. AARTS 2000).

In der PMFT-Stunde werden vermutlich die alltäglichen Konflikte auch mit auftreten, so dass sie in der ungefähr zwei Wochen später folgenden Videokonsultation besprochen werden können. Gleichzeitig werden aber auch die „Bewegungskonflikte“ deutlich. Z. B. kann es sein, dass ein Kind Höhenangst hat und erst im gemeinsamen Bewegungserleben deutlich wird, dass ein Elternteil seine Angst auf das Kind übertragen hat und ihm deshalb z. B. verschiedene Klettervarianten verbietet.

Das Ritual, um Kontakt aufzunehmen, beschreiben SCHEPERS und KÖNIG im Bereich des VIDEO-HOME-Trainings folgendermaßen: Eröffnung, Aufrechterhalten und Abschluss der Interaktion. Dabei geben sie fünf gelungene Interaktionen der Eltern an: Folgen der Initiative der Kinder, Bestätigung des Empfanges der Initiative der Kinder, Aufbau einer positiven Interaktion, Sorgen für wechselseitige Aufmerksamkeit, Leiten der Interaktion. Dies sind auch Kriterien, mit denen die Videos bei der PMFT-Stunde mit ausgewertet werden sollen. Die Eltern sollen vorrangig auch positive Szenen gezeigt bekommen, damit sie sehen können, wo sie bei ihren Kindern angemessene Reaktionen bewirken können bzw. dass sie als Eltern schon Wirkung zeigen.

Im Konzept von MARTE-MEO geht man von der Grundannahme aus, dass Eltern und Kinder „intuitive Kompetenzen“ haben. Diese befähigen sie, entwicklungsfördernd miteinander zu sprechen. ØVREEIDE und HAFSTAD (1996) beschreiben drei Phasen eines entwicklungsunterstützenden Dialogs: Anfangsphase, Interaktionsphase und deutliches Kommunikationsende. Als Basis für eine Analyse kindlicher Bedürfnisse und elterlicher Kompetenzen dienen dabei sieben grundlegende Elemente kommunikativer Entwicklungsförderung. Diese werden folgendermaßen beschrieben:

1. „Der Erwachsene lokalisiert den Aufmerksamkeitsfokus des Kindes.
2. Der Erwachsene bestätigt den Aufmerksamkeitsfokus des Kindes.
3. Der Erwachsene wartet aktiv darauf, wie das Kind auf ihn reagiert.
4. Der Erwachsene benennt die ablaufenden Ereignisse, Erfahrungen und Gefühle. Darüber hinaus antizipiert er nahe liegende Erfahrungen.
5. Der Erwachsene bestätigt erwünschte Verhalten unmittelbar.
6. Der Erwachsene setzt das Kind in Beziehung ‚zur Welt‘, indem er dem Kind Personen, Objekte und Phänomene vorstellt.
7. Der Erwachsene sorgt für angemessene Anfangs- und Endsignale der Situation“

(nach ØVREEIDE/HAFSTAD 1996; deutsch: SIRRINGHAUS-BÜNDER 2001 et al.; MEYER ZU GELLENBECK 2003, 25).

Die Anforderungen an den Therapeuten sind es, mit Technik, Kommunikation und Informationen gut zu jonglieren und dabei den Eltern das Kommunikationsverhalten vorbildhaft

aufzuzeigen. Er sollte die Interaktionsprinzipien nicht nur kennen, sondern möglichst selbst auch umsetzen können. Zentral ist sicher auch, dass er die Fähigkeit besitzt, die förderlichen Interaktionssequenzen auszusuchen. Diese beinhalten, in der Reihenfolge der Relevanz gegliedert: 1.) Szenen, in denen die Eltern spontan das gewünschte Verhalten zeigen, 2.) Videoausschnitte, in denen die Notwendigkeit einer speziellen Unterstützung beim Kind deutlich wird, und 3.) Momente, in denen Eltern die Chance hatten, unterstützende Verhaltensweisen zu präsentieren, es aber nicht getan haben. AARTS (2000) beschreibt drei Ebenen, auf denen Initiative unternommen werden kann: Handlungs-, Gefühls- und verbale Ebene. Die Beziehungen der Familienmitglieder stehen im Mittelpunkt des Verfahrens und nicht die Symptome einzelner.

AARTS versteht ihr Konzept als offenes Konzept, das nur als Basis zur Vergrößerung des therapeutischen Arbeitsbereiches dient und durch eigene Ideen, Erfahrungen usw. erweitert werden kann.

Der Videoeinsatz hat auch seine Schwierigkeiten in dem Sinne, dass sich vor allem Erwachsene in der Zeit des Filmes verstellen können. Dies scheint aber nur kurzfristig aufrechtzuerhalten sein. Bei den Psychomotorikgruppen und den Familien, die bei der Erprobung teilgenommen haben, fällt auf – und zum Teil beschreiben die Teilnehmenden es auch –, dass ihnen am Anfang die Videokamera noch präsent ist und sie befangen sind, die Kamera aber mit der Zeit vergessen wird. Dies gilt vor allem für die Kinder, aber auch für die Eltern, wenn die Kinder ihre Aufmerksamkeit fordern. Es bleibt dennoch wohl zu berücksichtigen, dass es dem einen mehr, dem anderen weniger angenehm ist, sich vor der Kamera bewegen zu müssen. Sicher ist aber der Vorteil schwerwiegender, dass die Interaktionsprozesse so objektiver und von außen Stehenden wiederholt betrachtet werden können. Zudem ist es vorteilhaft, dass die Anfälligkeit der Therapeuten für Aufmerksamkeits- und Ermüdungseffekte sowie subjektive Verzerrungen verringert wird (PAPOUŠEK 2000). Manche Eltern haben sogar beschrieben, dass sich in den PMFT-Stunden die alltäglichen Konflikte schnell widerspiegeln und in der Auseinandersetzung damit auch z. T. die Kamera vergessen wird. Eine Dame beschrieb allerdings, dass sie episodisch wieder an die Kamera dachte, besonders, wenn der PMFT-Stundenverlauf nicht so war, wie sie es sich wünschte, und z. B. Konflikte auftraten, in denen sie ihr eigenes Verhalten kritisch betrachtete. So lassen sich Faktoren wie Vorführeffekte, Beobachtungssituation und Selektivität der Aufzeichnungen in Bezug auf die Validität nicht ausschließen. Nach den einzelnen PMFT-Stunden fanden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Verhalten immer weniger von der Kamera beeinflusst.

Eine Möglichkeit der Validitätseinschätzung könnte durch die Frage an die Eltern gewonnen werden, ob die Videoaufnahme typisches Verhalten in der Familie erfasst. In den PMFT-Stunden ist die Frage mehr auf die Interaktionssituation bezogen als auf die Spiel- und Bewegungssituation.

Was bisweilen auch noch Schwierigkeiten macht, ist die Tatsache, überhaupt sich selbst auf einem Video hinterher betrachten zu müssen. Es ist für manche Klienten doch ein sehr belastendes Erlebnis, sich auf ungewohnte Art ihr Verhalten und ihre Defizite ungefiltert anschauen zu müssen. Wenn auch bei MARTE-MEO und in der Videokonsultation nach der PMFT-Stunde vorrangig die positiven Sequenzen herausgenommen werden, bleibt es nicht aus, sich auch in kritischen Situationen betrachten zu müssen, vor allem auch, wenn die Eltern das ganze Video sehen wollen und nicht nur Ausschnitte. Es muss sehr aufgepasst werden, dass die intensiven Gefühle, die ausgelöst werden können, aufgefangen werden. Auch auf ein ohnehin verunsichertes Selbstwertgefühl des betrachtenden Klienten muss sehr viel Acht gegeben werden (PAPOUŠEK 1998). Die Videoszenen sollten sicher auch so gezeigt und kommentiert werden, dass das Selbstwertgefühl besonders der Mütter und Väter gesteigert wird und nicht ihre Ängste geschürt werden. Doch sicher sind die emotionalen Prozesse, die ein Video auslöst, auf dem man sich selbst wiederfindet, nicht endgültig geklärt. Veränderliche und flüchtige Merkmale werden per Video in einer momentanen Ausprägung dargestellt, dies muss dem Klienten auch verdeutlicht werden. Zudem sollte mit ihm erarbeitet werden, wie er es besser ertragen kann, das Video anzuschauen, falls da Probleme auftreten.

Weitere Entwicklungen zur Auswertung des Videomaterials sind bei MEYER ZU GELLENBECK (2003) zu finden. Zum einen war die Entwicklung des an das MARTE-MEO-Konzept orientierten Analyseschemas zu Beginn meiner Erprobung noch nicht abgeschlossen, zum anderen erscheint es mir für die Praxis zu aufwändig in der Auswertung. Eine Weiterentwicklung erfolgt in der Diplomarbeit von GROBEL (2004). Für weitere Erprobungen wäre es sicher ratsam, diese Auswertungsmethoden mit in Betracht zu ziehen.

Wichtige Beobachtungskriterien für die PMFT-Videos bestehen darin, die Reaktionen auf positive Signale sowie Reaktionen auf Distresssignale zu beobachten. Wie die einzelnen Personen sich steuern lassen, erscheint auch relevant zu beschauen. Wie HAWELLEK (1995) beschreibt, sollten die *Initiative der Kinder* und die *Strukturierung der Situation durch die Eltern* nicht aus dem Blick fallen, wobei nicht unbeobachtet bleiben darf, wie AARTS es beschreibt, wie die Eltern die Initiative des Kindes benennen bzw. dem Kind verdeutlichen, dass sie seinen Ausdruck wahrgenommen haben (Empfangsbestätigung durch die Eltern). Wichtig ist zu beobachten, ob die Eltern angemessen reagieren auf das Kind und ob sie steuernd in die Interaktion eingreifen. Nähe-Distanz-Regulierung und Körpersprache dürfen nicht in Vergessenheit geraten. Vokalisation und Blickrichtung werden von PAPOUŠEK (1996) hervorgehoben und sollten bei der Auswertung der PMFT-Videos mit im Hinterkopf behalten werden. Am Wesentlichsten sind also die Interaktionen der Familienmitglieder untereinander und zum Therapeuten, nicht nur auf verbaler, sondern auch auf nonverbaler Ebene und durch Bewegung, Körpersprache und Spielthemen ausgedrückt. Maria AARTS regt noch die Unterscheidung in Initiative auf der Handlungsebene, der Gefühlsebene und auf verbaler Ebene an.

Ein von der Autorin aufgestelltes Auswertungsschema mit den Auswertungsinhalten von Handlungen, auch motorischen Besonderheiten, Initiativen, Spielinhalten, verbalen und nonverbalen Interaktionen, mit dem Versuch, es in beschreibende und interpretierende Anteile zu trennen, wurde als zu schwierig verworfen, allerdings auch durch die Beobachtung, dass Psychologen und Psychologinnen ohne physiotherapeutische oder sportwissenschaftliche Vorerfahrungen Schwierigkeiten haben, bestimmte motorische Bewegungsauffälligkeiten wahrzunehmen bzw. ausdrücken zu können. Auch hierbei schien die Auswertung für den Praxisgebrauch zu umfangreich.

Bei der hier durchgeführten Erprobung ist es sicher ein Problem, dass die Therapeutin, die die Videos ausgewertet hat, auch mit den Familien die PMFT-Stunde durchführt bzw. durchgeführt hat. Dadurch kann es passieren, dass unbewusst Eindrücke und Interpretationen in die Bildszenen gelegt werden, die aus der Zusammenarbeit in der PMFT-Stunde kamen. Andererseits kann es hilfreich sein, da nur bestimmte Momente gefilmt werden und nicht alle Interaktionen gleichzeitig erfasst werden können, die parallel zu dem Gefilmten aufgetreten sind, so dass diese auch in der Erinnerung der Therapeutin sind. Je mehr Familienangehörige beteiligt sind, umso mehr muss auch eine Selektion der Interaktionen und des Bewegungsspiels durch die Kamerafrau stattfinden.

Es wird deutlich, dass noch kein Instrument existiert, das die Auswertung durch verschiedene Auswerter einheitlich macht, also mit hoher Übereinstimmung gewährleistet. Dies scheint auch bei MEYER ZU GELLENBECK (2003) noch nicht der Fall zu sein. MARTE-MEO scheint allerdings ein Konzept zu sein, das nicht beabsichtigt, eindeutige Diagnosekriterien aufzustellen, sondern dem Therapeuten/der Therapeutin seinen/ihren Handlungsspielraum erweitern möchte. Zentral ist, dass positive förderliche Interaktionssequenzen gefunden werden und nicht wie viele. Dem konzeptionellen Hintergrund des MARTE-MEO-Verfahrens entspricht es mehr, pragmatisch an die Auswertung heranzugehen, was auch bei der PMFT-Videoauswertung sinnvoll erscheint. Die Auswertung der Szenen und die Vorstellung einzelner Szenen sollen ja einen verbesserten Umgang zwischen den Eltern und den Kindern gewährleisten und positives Verhalten sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern anstoßen. Dies soll durch eine verständliche Alltagssprache überbracht werden und darf sicher auch für die Familien und besonders für die Kinder, falls sie auch vereinzelt an der Videokonsultation teilnehmen wollen, nicht zu kompliziert und unverständlich sein. Im Anhang I/4 ist, wie schon erwähnt, ein Merkblatt für die Kamerafrauen und -männer zu finden, das ihnen helfen sollte, Schwerpunkte beim Filmen zu finden.

6.5.4 Elterliche Präsenz nach Haim OMER

Dieses Konzept sollte im neuen Setting der PMFT während der Videokonsultationen und in Einzelgesprächen mit den Eltern genutzt werden. Da der Ansatz auf den Ideen GANDHIS fußt, der mich schon immer mit seinem gewaltlosen Widerstand fasziniert hat, ist

dieser Ansatz für mich besonders ansprechend. Als ich Arist von SCHLIPPE erzählte, dass ich für Eltern mit aggressiven Kindern ein „effektives Vorgehen ohne Gewalt und ohne dass sie hilflos werden“ in dem therapeutischen Rahmen vermisse und dass so etwas entwickelt werden müsste, berichtete er mir von HAIM OMER aus Israel. Auf zwei Kongressen durfte ich diesen später in seiner angenehmen Art, mit Klienten umzugehen, erleben.

Es werden zwei Arten der Eskalation von OMER (2002 und 2003, 3) unterschieden:

1. die „Feindseligkeit, die Feindseligkeit fördert“. Diese wird „*wechselseitige Eskalation*“ genannt und geschieht, „wenn Eltern ihre Autorität mit Gewalt durchsetzen wollen“.
2. die „Feindseligkeit, die Kapitulation fördert“. Sie wird „*komplementäre Eskalation*“ genannt und entsteht, „wenn die Eltern dem Kind nachgeben“. Sie signalisieren, sie seien unfähig, ihrem Kind etwas entgegenzuhalten.

Wenn eine dieser Formen von Eskalation bei aggressiven und übermächtigen Kindern oder Jugendlichen auftritt, ist es angemessen, OMERS Verfahren anzuwenden.

Eine Methode ist die des „*gewaltlosen Widerstandes*“: Die Eltern sollen befähigt werden, „die Gewalt des Kindes zu blockieren, ohne weitere Eskalationen zu verursachen. Das Ziel ist die Wiederherstellung der Verbindung zum Kind und das Wiedererlangen eines Zustandes, in dem die Eltern ihre Rolle als Eltern und das Kind seine kindliche Rolle wieder annehmen können“ (OMER 2003, 4). Es wird keinerlei verbale oder körperliche Gewalt von den Eltern ausgeübt, es werden keine Beleidigungen und keine Demütigungen dem Kind gegenüber geäußert.

„Gewaltloser Widerstand lässt sich durch vier Prinzipien charakterisieren:

- Hartnäckigkeit und Standhalten gegenüber aggressiv gestellten Forderungen sowie die Bereitschaft, alles zu unternehmen, um schädlichen Handlungen des Kindes vorzubeugen.
- Die absolute Bereitschaft, auf physische oder verbale Gewalt zu verzichten, der Verzicht auf Schläge, Flüche, Drohungen oder Beschuldigungen.
- Der Versuch, eine Lösung zu finden, in der das Kind sich weder gedemütigt noch besiegt fühlt.
- Die Bereitschaft, bei körperlichen Auseinandersetzungen sich nur zu verteidigen, also Schläge abzuwehren und nicht zurückzuschlagen, soll der Beruhigung des Konfliktes dienen“ (OMER 2003, 4–5).

Die Eltern sollen dadurch ein hohes Maß an elterlicher Präsenz zeigen und die Kontrolle über die Situation erlangen. Die elterliche Autorität soll wiederhergestellt werden, um ein stabiles neues Beziehungssystem aufzubauen. Je mehr die Eltern ihre Präsenz vergrößern, umso eher gibt das Kind seine gewaltsamen Verhaltensmuster auf.

Die Eltern sollen versuchen, überflüssige Eskalationen zu vermeiden. Die Eskalationsgewohnheiten können durch folgende Verhaltensweisen der Eltern verringert bzw. beendet werden: Der Therapeut gibt folgende Hinweise für die nächste Eskalation, wo die Eltern leicht geneigt waren, mit Reden, Drohen, Schreien usw. zu reagieren.

- „Jede dieser Reaktionen bedeutet ein Hineingezogenwerden.
- Jede dieser Formen des Hineingezogenwerdens führt zur Eskalation!“ (OMER 2003, 5).
- „Zu viel zu reden ist eskalierend.
- Zu viel zu reden entspringt der Hilflosigkeit.
- Äußerungen eines klaren Verbots führen zu weniger Eskalationen als [...] Versuche, zu überzeugen, zu predigen und zu debattieren. [...]
- Einem übermächtigen Kind Bedingungen zu stellen, um eine gewünschte Handlung zu erreichen, führt zu der Gefahr, dass sich die Eskalation weiter verschärft. Es antwortet dann immer mit neuem Stellen von Bedingungen.
- Bei solchen Kindern ist alles Stellen von Bedingungen (wenn ... dann) zu vermeiden.
- Vermeiden [...] das Hineingezogenwerden, das Schreien, das Predigen“ (OMER 2003, 6).

Eine gute Hilfe ist auch, *Aufschub* akzeptieren und durchführen zu können.

Die Hinweise für die Eltern sind:

„– Schieben Sie Ihre Reaktion auf! Nehmen Sie sich Zeit, um Ihre Reaktion zu planen!

Im Zweifelsfall schweigen und nicht reagieren. Schweigen ist keine Kapitulation!“ (OMER 2003, 7).

Die Eltern sollen dem Kind nur sagen, dass sie erst darüber nachdenken wollen. Durch das *Nichthineinziehenlassen* und den *Aufschub* wird der „normale“ Eskalationsablauf schon unterbrochen.

Eine weitere effektive Methode, die den Eltern beigebracht werden kann, falls erforderlich, ist das „Sit-in“. Ohne hineingezogen zu werden soll es den Eltern ermöglichen, extreme elterliche Präsenz in einer ruhigen Situation, nicht nach einer Eskalation, zu zeigen. Es soll für sie eine stabile Haltung sein, die dem Kind zeigt, dass die Eltern nicht mehr bereit sind, die Gewalttätigkeit zu akzeptieren. Eine genaue Beschreibung des „Sit-in“ ist bei OMER (2003, 8) und bei OMER 2002 zu finden. Die Eltern bitten um einen Vorschlag für Veränderung. Kommt ein konstruktiver Vorschlag, können die Eltern den Raum verlassen und sagen, dass dieser erprobt werden kann. Wenn keiner kommt, gehen sie erst nach einer Stunde und signalisieren, dass noch keine Lösung gefunden ist. Das Sit-in wird dann später

wiederholt. Die Eltern sollen das konkrete veränderungswürdige Verhalten benennen und sich gegebenenfalls Dritte zu Hilfe holen. „Ziel ist es, das aggressive Verhalten im Alltag zu verändern“ (OMER 2003, 10).

Da Geheimhaltung als Nährboden von Gewaltzuständen in der Familie angesehen wird, werden die Eltern angeregt, Unterstützung zu mobilisieren und die Öffentlichkeit einzuschalten. „Die Geheimhaltung aufzubrechen und eine Unterstützung von außen zu mobilisieren, unterbricht den Kreislauf der Gewalt“ (OMER 2003, 10). Es können Freunde, Nachbarn oder anderen Personen von außerhalb sein. Das Kind muss erfahren, dass das Geheimnis gelüftet ist, dass diese Personen Bescheid wissen und das Verhalten ablehnen. Das Kind soll registrieren, dass die Eltern nicht mehr allein sind.

Eine Methode eher für ältere Kinder, noch nicht so anzutreffen bei Kindern aus den PMG und damit bei der PMFT, ist das Rundtelefonieren, das das Ziel hat, den Widerstand bei Kindern und Jugendlichen gegen häufiges Verschwinden oder bei Beteiligung an zerstörerischen Handlungen zu bremsen. Ich möchte es hier nicht weiter ausführen.

Wichtig sind Versöhnungsschritte bzw. -aktivitäten wie positive Aussagen, Verwöhnungs-extras, gemeinsame Aktivitäten, Bedauern, die den gewaltlosen Widerstand (GLW) nicht ersetzen, sondern ergänzen als Gesten guten Willens. Sie bedeuten auch eine Verstärkung und Wiederherstellung der elterlichen Präsenz.

Eine Methode für jüngere Kinder ist sicher noch zu erwähnen, sie heißt „*Bärenumarmung*“. Nach einem Wutanfall wird das Kind fest umarmt. Es wird auf den Schoß gesetzt, so dass das Gesicht von einem weg zeigt, es den Festhaltenden nicht anspucken kann. Dies soll eine Stunde lang durchgeführt werden. Es wird die Stärke und Wärme des Elternteils gezeigt, keine Gewalt oder Drohungen sollen stattfinden.

Ein unterstützendes verhaltenstherapeutisches Verfahren gibt es auch noch für die Eltern: das „Positive Parenting Program“ (Triple-P) von SANDER (beschrieben bei MILLER/HAHLWEG 2001), das beeindruckende Nachweise der Effektivität aufweist. Dies könnten die Eltern auch, falls erforderlich, parallel als Hilfestellung bekommen. Ich möchte es hier aber nicht weiter vertiefen.

6.5.5 Auftragskarussell nach Arist von SCHLIPPE und Jürgen KRIZ

Das Auftragskarussell soll im Erstgespräch bzw. in der ersten Videokonsultation des neuen Settings mit genutzt werden, wenn es angebracht ist.

Ein wesentliches Element der systemischen Therapie ist die Klärung der Auftragssituation. Dieses Analyseinstrument kann sowohl in einer Gruppe als auch in der Eigensupervision und bei einzelnen Klienten eingesetzt werden. Theoretisch fußt es auf der „personenzentrierten Systemtheorie“ (KRIZ, J. 1990). Sie befasst sich mit der „Frage, wie Prozesse, die auf analytisch unterscheidbaren Systemebenen jeweils selbstorganisiert Muster oder

Regeln ausbilden, miteinander verbunden sind“ (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996, 107). Solche Prozessmuster werden auf verschiedenen Ebenen thematisiert. „Von der Vielzahl möglicher (Teil-)prozesse und Systemebenen fokussiert die personenzentrierte Systemtheorie dabei auf die ‚Person‘ – betont somit im Gegensatz zur Fokussierung der Interaktionsmuster üblicher systemtherapeutischer Ansätze den Aspekt, daß solche Interaktionen stets das ‚kognitive Nadelöhr‘ passieren müssen und nur durch diesen überhaupt aneinander anschließen können“ (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996, 107).

Da Aufträge oft nicht nur von Personen erteilt werden, die direkt an der Beratung teilnehmen, sind oft „unsichtbare“ Dritte und Vierte mit dabei, deren Phantasien und Wünsche über das Therapieschehen mit eingehen. Es kann sein, dass dadurch die Bewegungsmöglichkeiten der Gesprächspartner erheblich eingeschränkt sind (vgl. SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996).

Führt ein Therapeut selber das Auftragskarussell durch, ergibt sich manchmal die Situation, dass eine Therapie mit einem Klienten festgefahren ist und er die Vorgehensweise des Auftragskarussells nutzt, um sich die Fähigkeit zu erhalten, angemessen wahrzunehmen, unbeeinträchtigt zu denken und kongruent zu kommunizieren und nicht in die Wirklichkeitsdefinitionen des Problemsystems zu geraten bzw. sich in dieses zu verstricken. „Der therapeutische Prozeß besteht in einem gemeinsamen Ringen aller Beteiligten um Wirklichkeitsdefinitionen bzw. um die Veränderung von einschränkenden Definitionen in solche, die mehr Bewegungsspielraum für die Betroffenen ermöglichen [...] Alle psychologischen Maßnahmen verändern [...] also die gemeinsamen Sinnstrukturen der Betroffenen im Kontext eines jeweiligen Systems. Therapie bedeutet daher, [...] eine bedeutsame Unterscheidung anzubieten, [...] in respektvoller Weise etwas Neues hinzuzufügen. [...]“ (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996, 106).

Es geht um drei Phänomenbereiche, wenn man auf die Person schaut:

- „Eindrücke (Wahrnehmungen, sog. ‚afferente Kommunikationen‘);
- Ausdrücke (kommunikative Angebote, kommunikative Handlungen, sog. ‚efferente Kommunikationen‘);
- Bewußtseinsinhalte (Gedanken, Gefühle, jeweils moderiert durch andere körperliche Prozesse wie z. B. Muskelverspannungen o.ä. – insbesondere auch kognitive, aber nicht bewußte Verarbeitungsprozesse im ZNS – sog. ‚selbstreferentielle Kommunikationen‘).

Kommunikationen [...] sind stets auch Ausdruck der beteiligten Personen und sind damit von den jeweiligen (ggf. höchst selektiven) Eindrücken und deren Verarbeitung und sinnhaften Deutung abhängig“ (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996, 107). Die Grundlage der Regeln liegt also in der kognitiven Regelbildung der Individuen mit begründet. „Daher ist eine zentrale Frage bei der Einschätzung von Interaktionen, wie stark die beteiligten Individuen

ihr Wahrnehmungsfeld kategorial vereinfachen“ (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996, 107). Aufgepasst werden muss dann sicher, wenn Äußerungen nicht mehr differenziert genug wahrgenommen werden und die Reaktionen eher auf den eigenen Erwartungen beruhen, ohne dies bewusst zu registrieren. „Gerade in Familien mit Syptomträgern entwickeln sich Muster der Interaktion, die den Beobachter erstaunen lassen, wenn er wahrnimmt, welche Handlungen und Kommunikationen jeweils aufeinander folgen“ (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996, 108). Dies wird als Beschränkungen der Freiheitsgrade im kommunikativen Verhalten der Familienmitglieder angesehen („Trivialisierungen“). „Aufgabe der Therapie ist es, Menschen, die sich im Kontext ihrer sozialen Bezugssysteme übermäßig eingeschränkt erleben, zu helfen, den Zugang zu ihrer ‚potentiellen Komplexität‘ (v. FOERSTER 1988) wiederzufinden“ (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1996, 108). Als Therapeutin muss man sicher aufpassen, dass man nicht zu sehr ins Problemsystem verstrickt wird. Da es offene und versteckte Aufträge im Problemsystem gibt, ist die Klärung der Auftragsituation sicher noch erschwert. Das Auftragskarussell soll helfen, dies aufzudecken. Dabei steht nicht die „Wirklichkeit“ in der Diskussion, sondern wie der Betreffende das Auftragsgeflecht wahrnimmt und erlebt. Bei diesem Klärungsversuch ist der Betroffene entweder allein oder er ist zusammen mit einem Helfer oder mit einer Gruppe.

Für die Durchführung muss erst einmal Raum geschaffen werden, da es etwa eine Stunde dauert. Es werden Stühle und Zettel mit Stift benötigt. Dann soll sich der Betreffende auf die am Prozess beteiligten Personen konzentrieren, auch auf die, die nicht im direkten Kontakt dabei sind. Das äußere (Gesprächsteilnehmer und/oder Zuweisungskontexte) und innere Problemsystem (eigene kritische, kreative und unterstützende Anteile) wird erstellt. Jeder/jede bekommt für sich einen Zettel, der entweder auf dem jeweiligen Stuhl oder auf dem Boden um den Betreffenden herum mit den anderen Zetteln platziert ist (1. Schritt). Die Aufträge werden nun im nächsten Schritt fokussiert (2. Schritt). Mit all diesen aufgeschriebenen Personen soll nun nacheinander in Kontakt gekommen werden. Am intensivsten ist es, wenn man sich auf den jeweiligen Stuhl setzt. Die Identifikation ist höher, und man deckt so eher auch verdeckte Aufträge auf und nicht nur die offenen. Auf jeden Namenszettel wird dazu ein prägnanter Satz für den offenen oder verdeckten Auftrag geschrieben. Ein Helfer kann dabei Unterstützung bieten. Nun muss die Fülle der Aufträge differenziert werden (3. Schritt). Ist sie sehr diffus, sollte man sich auf seinen Stuhl oder auf den Boden vor dem jeweiligen Zettel als Identifikation für die jeweilige Person oder bestimmte Personenanteile setzen. Bei der Gegenüberstellung wird der Auftrag des jeweiligen, der auf dem jeweiligen Zettel steht, beschaut und überlegt, ob oder wie er angenommen oder abgelehnt wird. Durch die Durchführung des Auftragskarussells bekommt derjenige, der das Auftragskarussell durchführt, oft schon wieder Zugang zur eigenen Handlungsvielfalt. Neue Ideen kommen auf und führen zu verändertem Handeln. Das wirkt sich im System aus, und neue Interaktionsmuster entstehen.

Im neuen Setting ist das Auftragskarussell für die Erwachsenen eingesetzt worden, die es am Anfang der ersten Videokonsultation oder bei einem Erstgespräch durchführen. Es ist

vorrangig auf ihr familiäres System und deren verschiedene Aufträge bezogen. Es stellte sich heraus, dass es für die Mütter, die sich alleine dazu bereit erklärten, eine gute Form war, für sich Klärung zu schaffen in Anbetracht der vielen verschiedenen Aufträge, die sie empfangen, überforderten und z. T. zerrissen. Vor allem brachte es z.B. die für sie erleichternde Sichtweise, dass sie nicht mehr für alles verantwortlich und zuständig sein müssen.

6.6 Begründung der Zusammenführung des psychomotorischen und des systemisch-therapeutischen Ansatzes

Die wesentlichen Argumente für die in dieser Untersuchung vorgenommene Zusammenführung des psychomotorischen mit dem systemisch-therapeutischen Ansatz sind im Verlauf des vorangegangenen Kapitels bereits ausgeführt worden. Sie sollen jedoch an dieser Stelle noch einmal schwerpunktbezogen zusammengefasst werden.

Das Anliegen meiner Arbeit besteht darin aufzuzeigen, wie es durch die Verbindung von Psychomotorik und Familientherapie möglich wird, dass die Familientherapie schon mit jüngeren Kindern durchgeführt werden kann, indem im Bewegungsspiel und in der Bewegungsförderung, auf verbaler wie nonverbaler Ebene, ein diesen Kindern angemessener bzw. für sie geeigneter kommunikativer Zugang geschaffen wird. Auf diese Weise erhalten auch jüngere Familien bzw. Familien mit sehr jungen Mitgliedern eine Chance, ihre gestörten Interaktions- und Bewegungsmuster wieder neu zu strukturieren und in ein Gleichgewicht zu bringen. Dies ist insbesondere darum wünschenswert, da die Ausgangsbedingungen umso günstiger sind, früher eine Therapie durchgeführt werden kann. Je jünger Kinder sind, wenn sie in die Therapie kommen, desto mehr besteht die Aussicht, dass sich die Symptome und Verhaltensmuster der kindlichen Inexpatienten und -patientinnen noch nicht verfestigen konnten. Da die Familientherapie gewöhnlich auf der Ebene der sprachlichen Interaktion operiert, geht es bei dem hier vorgestellten Verfahren darum, den nonverbalen Elementen mehr Beachtung zu schenken. Die Kinder sollen in der Interaktion ihre kindliche Bewegungsausdrucksweise mit einsetzen können sowie ihre vorrangige Tätigkeit in jungen Jahren, das Spiel – insbesondere das Bewegungsspiel –, nutzen können.

Darüber hinaus wurde in den Psychomotorikgruppen deutlich, dass die Therapiefähigkeit mancher Kinder, deren familiäres Umfeld im Ungleichgewicht steht, in der PMG an ihre Grenzen stößt. Mit der vorliegenden Neukonzeption kann in solchen Fällen auch das familiäre System mit einbezogen werden, um den Inexpatienten von seinen Symptomen befreien zu können. Ein Kind, das an Höhenangst leidet, kann beispielsweise besser davon befreit werden, wenn es ein Elternteil beim Klettern miterlebt, das ebenfalls unter Höhenangst leidet, jedoch langsam versucht, diese abzubauen. Wenn das Kind erleben kann, dass die Familie sich gegenseitig beim Klettern und Überwinden der Höhenangst Hilfestellung

gibt, ist dies eine wesentlich günstigere Situation, als wenn es sich selbst nur als defizitär erleben würde.

Insbesondere soll das Bewegungsspiel gerade jenen – jüngeren – Kindern Ausdrucksmöglichkeiten innerhalb der Therapie bzw. des familiären Systems eröffnen, die ihre Perspektiven und Probleme noch nicht verbal äußern können bzw. deren verbales Ausdrucksvermögen für differenziertere Mitteilungen darüber noch nicht ausreicht. Den anderen – älteren – Familienmitgliedern wird damit nicht nur eine Gelegenheit eröffnet, mit dem Indexpatienten in eine für diesen adäquatere und intensivere Interaktion zu treten, ihn zu fördern und zu integrieren, sondern sie können auch selbst ihre Wahrnehmungsfähigkeit bzw. ihr Ausdrucks- und Interaktionsrepertoire im familiären System erweitern.

¹ Eine gute Beschreibung der Kommunikationsformen findet sich bei Arist von SCHLIPPE in dem Buch: „Familientherapie im Überblick, Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten“. Junfermann-Verlag, Paderborn 1993, 10. Auflage.

7. Psychomotorische Familientherapie – ein neuer Zugang

7.1 Die Verbindung von Theorie und Praxis in einem neuen Setting

Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nimmt in der systemischen Therapie einen großen Stellenwert ein. „Ihre Wirksamkeit gerade bei dieser Klientel ist inzwischen durch zahlreiche Studien bestätigt worden. Von den 27 kontrollierten Wirksamkeitsstudien, die in der ‚Stellungnahme zum Fragenkatalog `Psychotherapieverfahren´ in Ergänzung zum Antrag auf Anerkennung der Systemischen Therapie‘ von Günter SCHIEPEK (1998) aufgeführt wurden, betrafen 18 Studien Kinder und Jugendliche, ggf. noch Heranwachsende, als identifizierte Patienten, während in sieben Studien Patienten aller Altersgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) die Problemträger waren“ (ROTTHAUS 2001, 9).

Es ist sicher ein großer Fortschritt, dass heute die Familie oder das Problemsystem als Ganzes in Augenschein genommen werden und dass auch der Blick mehr auf die Beziehungen, Muster und Handlung leitenden Prämissen und Glaubenssätze im System gerichtet wird. Das Setting der Familientherapie ist in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in vielen Fällen eine gute Wahl. Ergänzend dazu möchte ich besonders den jüngeren Kindern (vorrangig von 4–8 Jahren) die Möglichkeit geben, ihre nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten mehr einzusetzen bzw. diese als Therapeutin nutzen. Es fällt nämlich bei den „alten“ familientherapeutischen Settings zuweilen auf, dass es nicht so gut gelingt, die jüngeren Kinder aktiv mit einzubeziehen. „Gerade in Familien mit einer langen Problemgeschichte haben die Eltern oft ein hohes, auch verständliches Bedürfnis, ausführlich über die schlimmen Probleme mit den Kindern zu berichten; das Kind, der Sündenbock, sitzt dann häufig unglücklich daneben und schweigt“ (ROTTHAUS 2001, 10). Dieses Redebedürfnis bzw. Informationsbedürfnis der Eltern wird im neuen Setting durch ein Erstgespräch ohne die Kinder vor der ersten PMFT-Stunde abgedeckt. Zentral ist es nun, die entwicklungspsychologischen Besonderheiten der Kinder zu berücksichtigen. „In Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand haben Kinder spezielle Formen und Wege des Kommunizierens. Ihre Sprache ist vorwiegend konkret, anschaulich und reich an Bildern. In ihren Gedanken sind sie (noch) freier und flexibler. Viele Kinder sind voll von kreativen Ideen, wenn man sie denn anzusprechen weiß. Kinder lieben Ausflüge in imaginäre Welten und schätzen es, eigene Gefühle, Ängste und Befürchtungen, Hoffnungen und Erwartungen, eigene Schwächen und Stärken in Geschichten über Tier- und Menschengestalten gespiegelt zu sehen. Kinder verfügen häufig über sehr eigene Denkmuster und Bewältigungsstrategien. Ihre Motivation zur therapeutischen Arbeit hängt davon ab, ob es gelingt, ihre speziellen Kinder- und Jugendlichenressourcen anzusprechen und zu wecken“ (ROTTHAUS 2001, 10). Die jüngeren Kinder sollen die Möglichkeit haben, diesen Fähigkeiten in den PMFT-Stunden freien Lauf zu lassen.

Bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern sollten entwicklungspsychologische und entwicklungspsychopathologische Kenntnisse mit einbezogen werden. Die Kinder sollten das Recht haben, auch ihre Meinung äußern zu dürfen, auch wenn sie manches noch nicht wissen oder können. Vor allem müssen sie respektvoll und als gleichwertige Partner behandelt werden.

Für die Arbeit mit Kindern werden spezielle pädagogische Erfahrungen und Kenntnisse, aber auch Wissen über die typischen Auffälligkeiten des Kindes und spezielle Probleme der jeweiligen Altersstufe benötigt. Gleichzeitig sollte man sich mit den typischen Konflikten im Lebensumfeld des Kindes auskennen und spezielle therapeutische Techniken und Vorgehensweisen beherrschen (vgl. ROTTHAUS 2001, 11).

Die Grundannahmen der systemischen Psychotherapie, dass „Individuen sich sowohl aktuell als auch lebensgeschichtlich in einem Möglichkeitsraum verhalten, der durch die Handlungen der relevanten Bezugspersonen bestimmt wird“ (ROTTHAUS 2001, 11), sollte Beachtung finden. „Die individuelle Entwicklung z. B. von Selbstkonzepten, von persönlicher Identität, von Kompetenzen u. a. ebenso wie die Entstehung und Aufrechterhaltung von seelischen Krankheiten findet innerhalb sozialer Interaktionsprozesse und gegenüber relevanten Bezugspersonen statt. Das Menschenbild ist geprägt von der Sicht, dass der Mensch zwar ein autonomes Wesen ist, aber gleichzeitig von der Umwelt abhängig ist. [...] Die autopoietische Struktur jedes Lebewesens und die Tatsache, dass es nicht zielsicher beeinflusst werden kann, sind notwendige Voraussetzungen dafür, dass diese Lebewesen nicht Manipulationen jedweder Art hilflos ausgesetzt sind, ist somit Voraussetzung für Identitäten und Identitätserleben auf der einen Seite. Zugleich aber wird auf der anderen Seite ebenso deutlich gemacht, dass das Lebewesen Mensch, gerade als ein Wesen mit Sprache, ohne Bezug auf den anderen nicht lebensfähig ist und dass es eine im Grunde unzulässige Abstraktion darstellt, den Menschen als Individuum zu denken. Erst im Bezug auf den anderen kann der Mensch Ich-Bewusstsein entwickeln. In der immer wieder unsicheren Balance zwischen diesen Polen Autonomie und soziale Gebundenheit entwickelt sich der ‚gesunde‘ Mensch“ (ROTTHAUS 2001, 11–12).

Die in Kapitel 6 erwähnten Aspekte und Kriterien für die PMFT-Stunde bei der parallelen Darstellung anderer Therapieformen werden nicht alle wieder hier aufgeführt, sollen aber mit bedacht werden. Grundsätzlich sollten im neuen Setting die Schwerpunkte der systemischen Kinder- und Jugendtherapie mit hineinspielen, und zwar die Stärkung des Selbstwertgefühls und die Förderung der Selbstverantwortung.

In der „Psychomotorischen Familientherapie“ soll die Wirkung dadurch erzielt werden, dass die Kommunikations- und Interaktionsmuster innerhalb der Familie aufgedeckt oder auch überhaupt erst entdeckt werden. Es sollte angeregt werden, über Neues nachzudenken, Alternativen im gemeinsamen Spiel zu entwickeln und zu überlegen, wie diese im alltäglichen „Familienspiel“ übertragen werden können. Die PMFT ist also, wie HAMMER und PAULUS (2002, 16–17) es passend ausdrücken, „eine erlebniszentrierte Arbeit

mit dynamischen Skulpturen, bei der die Familie in Bewegung, vor allem aber auch ins Spielen gebracht wird. Hier besteht die Möglichkeit, sich und die anderen innerhalb der Familie in neuen Situationen zu erleben und damit auch einen neuen Blick zu wagen – verstört zu werden durch die Ereignisse des Spieles selbst und durch den mitspielenden Therapeuten.“

Es sollte, wie DURRANT (1996) es schreibt, nicht das Versagen Thema der Gespräche bzw. im neuen Setting des Bewegungsspiels sein, sondern ein Kontext des Gelingens und ein Kontext der Kompetenz: statt „problem talk“ mehr „solution talk“.

Eine systemische Therapie mit Kindern scheint sinnvoll zu sein, da alle Familienmitglieder bzw. Bezugspersonen als Ressourcenpersonen einbezogen werden. Dies ist dann als Mehr-Personen-Setting möglich (ROTTHAUS 2001, 15) oder in der PMFT-Stunde in der Weise, dass die Therapeutin eine Personenrolle aus der Familie oder eine imaginäre Rolle, die das Kind braucht, übernimmt. Die Therapie sollte geringe Anforderungen an die Kommunikations- und Reflexionskompetenzen der jungen Patienten stellen, gleichzeitig den Erwachsenen aber Kommunikationsmöglichkeiten bieten in der PMFT-Stunde während des Reflecting Teams. Sie sollte kontext- und zukunftsorientiert sein.

Was man z. B. bei älteren Geschwisterkindern beachten muss, ist, dass das therapeutische Setting kurzzeittherapeutisch ausgerichtet wird, um möglichst wenig mit den Entwicklungsaufgaben des Jugendlichenalters in Konflikt zu kommen, nämlich dem Bestreben nach Eigenständigkeit, Autonomie und vor allem Erwachsenenunabhängigkeit. Das nun vorgestellte Setting muss sicher mit hoher Flexibilität der TherapeutInnen in der Gestaltung des Settings im Verlauf der Therapiestunden und im Verlauf der Gesamtbehandlung gehandhabt werden.

7.2 Begründung der Zusammenstellung der neuen Vorgehensweise

Für dieses Konzept der PMFT finden sich erste Ansätze bei OLBRICHT und ECKERT (ECKERT 1992), die in die psychomotorische Förderung die Mütter mit einbeziehen. Dabei soll deutlich werden, dass die Entwicklung der Kinder sehr stark mit der engsten Bezugsperson zusammenhängt. Die systemische Sicht- und Arbeitsweise wird von KLAES und SCHURRENBERGER (1997) schon mit der bewegungstherapeutischen Praxis verbunden.

Eine Voraussetzung der Familien für die Teilnahme am neuen Setting ist die Bewegungsfähigkeit der Familienmitglieder. Ohne diese ist gemeinsames Tun und Spielen in Bewegung sehr eingegrenzt, zudem sind die Motivation, Bereitschaft und Neugierde nötig, sich auf eine neue Art des gegenseitigen Erfahrens in Bewegung, des Spielens und des „Ken-nenlernens“ einzulassen. Dieser Prozess ist für die Familien eine spannende Erfahrung, wie es sich in der Erprobung zeigte (siehe Kapitel 8: Auswertung und Anhang II mit den Fallbeschreibungen).

Das neue von mir entwickelte Setting enthält drei Hauptkomponenten:

- die Grundideen der Psychomotorik als Basis,
- die familientherapeutischen Techniken und Elemente aus dem Vorgehen der Reflecting Teams nach Tom ANDERSEN und
- in den Einzelsitzungen mit den Eltern die Videokonsultation in Anlehnung an das MARTE-MEO-Konzept von Maria AARTS mit Filmmaterial aus den PMFT-Stunden.

Diese drei Hauptkomponenten sollen einerseits die Wechselwirkung zwischen Psyche und Motorik berücksichtigen bzw. ihr Ausdrucksmöglichkeit geben und zum zweiten die familiäre Situation mit einbeziehen, wodurch das Kind in seinem Kontext Beachtung findet. Das Reflektieren ermöglicht es, mit mehr Abstand die familiäre und persönliche Situation zu betrachten. Auch die Videokonsultation ermöglicht dies, aber mit einem noch größeren Abstand und den in Kapitel 6 schon genannten Vorteilen des Videos.

Im Allgemeinen werden 5–6 PMFT-Termine vereinbart, eventuell auch mehr, wenn es notwendig erscheint; im Vergleich zu anderen gängigen Therapiemethoden aber deutlich weniger.

Die „psychomotorische Familientherapie“ findet in der Turnhalle statt mit einer Therapeutin, die mit der Familie arbeitet, und mit einer Therapeutin, die filmt und am Ende das reflektierende Team mit gestaltet. Die Kinder können ihre Bewegungsfähigkeiten ausnutzen. Dabei machen die Kinder in der PMFT-Stunde eine ganz neue Erfahrung, wenn sie, wie die Kinder aus meiner Erprobung, vorher schon an den Psychomotorikgruppen teilgenommen haben und dadurch schon „Experten“ für das Vorgehen und Bauen in der Turnhalle sind. Die Eltern dagegen wissen oft nicht, wo die Geräte sind und sind motorisch in ihrem Alltag nicht mehr so gefordert. Sie bewegen sich dadurch viel unsicherer, da ihnen alles noch „fremd“ ist. „Ein völlig neues Erlebnis stellt sich dar – wobei dieses neue Setting (Familientherapie in Gymnastikhosen in der Turnhalle!) an sich schon eine ‚Verstörung‘ des Familiensystems darstellt. Die Kinder können den Eltern nicht nur zeigen, was sie schon alles beherrschen, sie können ihnen sogar noch neue Bewegungsfertigkeiten beibringen: Eine Vertauschung der sonst üblichen Rollen, die das Familiensystem zusätzlich ‚verstört‘“ (HAMMER/PAULUS 2002, 16). Bei Familie E (siehe Anhang II) ging es sogar so weit, dass der jüngste Sohn, der anfangs selbst unter Höhenangst litt, in einer Stunde mit seiner Mutter alleine vorschlug, einen Affenkäfig mit einer ganz hohen und steilen Rutsche zu bauen (an einer Sprossenwand wird sehr hoch eine Langbank eingehängt). Er benutzte sie sofort, während er feststellen musste, dass seine Mutter panische Angst bekam. Er begann ihr zu erklären, wie er die Angst überwunden hatte und was sie Schritt für Schritt tun müsse, um diese Aufgabe zu bewältigen. So arbeitete die Mutter sich unter verbaler Anleitung des Sohnes langsam vor. Sie verkündete zwischendurch ihre Angst, war aber sehr glücklich, als sie es geschafft hatte. Der Sohn ließ nicht locker, dass sie es weiter

ausprobierte, bis es für sie geläufiger und entspannter wurde. Am Ende waren sie beide sehr glücklich. Diese verbale Begleitung kannte der Junge aus den Psychomotorikgruppen, und es war erstaunlich, wie exakt und motivierend er sie für seine Mutter einsetzen konnte.

In dem neuen Setting findet vorweg ein Einführungsgespräch mit Mutter, Vater oder den Eltern zusammen statt. Dabei wird ein Genogramm erstellt, und es wird die derzeitige Situation beschrieben und geklärt.

Die PMG für das Kind finden unabhängig davon regelmäßig wöchentlich mit zwei Therapeutinnen statt. Eine Therapeutin ist Frau Prof. Dr. ZIMMER, die andere ist die Verfasserin (Ursula Licher-Rüsch). Zeitweise helfen ein oder zwei Studentinnen dabei mit.

Ungefähr zwei Wochen nach der jeweiligen PMFT-Stunde findet ein Einzelgespräch mit den Eltern bzw. einem Elternteil statt, wobei in der Zwischenzeit Veränderungen der Familie besprochen werden und weiter familientherapeutisch gearbeitet wird. Im ersten Einzelgespräch mit den Eltern, meist den Müttern, wird das „Auftragskarussell“ von JÜRGEN KRIZ und ARIST VON SCHLIPPE durchgeführt (siehe Kapitel 6.5.5). Ansonsten finden in den Einzelgesprächen die Videokonsultationen nach MARTE-MEO (siehe Kapitel 6.5.3) statt, wobei die Beobungskriterien auf die hier genutzte Hallensituation für das Filmen abgewandelt wird (siehe Anhang I/4), und/oder spezielle momentane Probleme werden angegangen.

7.3 Welche Elemente aus anderen Therapierichtungen und Therapieformen sind hilfreich?

Die meisten wichtigen Gesichtspunkte wurden schon in Kapitel 6, besonders unter 6.5, den vorrangig genutzten Therapiemethoden für das neue Setting, bei den einzelnen Verfahren mit genannt. Die wichtigsten Funktionen des Therapeuten, wie sie im verstehenden Ansatz erwähnt werden (siehe Kapitel 4.1.5), möchte ich zusammenfassen, soweit sie auch in der psychomotorischen Therapie und für die PMFT relevant erscheinen:

- „Er schafft eine entspannte, positiv annehmende Atmosphäre.
- Er bietet Sicherheit, indem er Strukturen schafft, Freiräume eröffnet und eingrenzt, je nach den Möglichkeiten und Bedürfnissen des Kindes.
- Er steht als Spielpartner zur Verfügung und macht Vorschläge, die zur Thematik des Kindes [und der Familie; U. L.-R.] passen. Er nutzt dazu sein Wissen um symbolische Bedeutung und den Appellcharakter von Medien, Materialien und Räumen.
- Er erlaubt, dass Wünsche geäußert werden, und nimmt Schuldgefühle.
- Er hilft dem Kind bei der Verarbeitung von Erlebnissen, indem er zur symbolischen Darstellung auffordert [...]. Dabei enthält er sich [in der Spielphase] jeder Deutung. [Das Bewegungsspiel soll; U. L.-R.] vergegenwärtigen, was man erlebt hat“ (SEEWALD, 1993, 192).

Die Vorteile des verstehenden Ansatzes liegen

- „[...] in der Verstehbarkeit der Bewegung im Kontext der Lebens- und Beziehungsgeschichte,
- in der Entstehung eines echten nicht-sprachlichen und sprachlichen Dialogs, auf Grund der Gleichheit der Absichten des Therapeuten [...] des Klienten [und der Familie],
- in der Mitreflexion der Beziehungsebene [...],
- in der Mitbestimmung des Inhalts und Tempos des Prozesses durch die Kinder,
- in der Animation zu mehr Geduld und weniger Aktionismus von Seiten des Therapeuten.“

Die Nachteile liegen

- „[...] in der Gefahr, primär organisch bedingtes Verhalten als symbolischen Ausdruck zu betrachten,
- in der Verleitung zu [...] unangemessener Interpretation,
- in der begrenzten Eignung als alleiniges Konzept,
- in der mangelnden Reflektion der gesellschaftlichen Dimension, die die Klienten mitbringen und die auch die Psychomotorik als ‚Reparatur-Konzept‘ betrifft“ (SEEWALD, 1993, 192).

7.4 Wie soll die Durchführung aussehen? – Beschreibung

7.4.1 Gesamtablauf des Settings

a) Die „Symptomkinder“ der Psychomotorikgruppen (PMG) bzw. die „Indexpatienten/innen“ der PMFT

Die an den PMG teilnehmenden Kinder weisen aus psychologischer Sicht überwiegend folgende Symptome auf: Aggressivität, Autoaggressivität, soziale Unsicherheit und Ängstlichkeit (Kinder mit Rückzugsverhalten; gehemmte, schüchterne, sozial isolierte und hilflose Kinder), Essstörungen (z.B. Fettsucht), Antriebsarmut, gesteigerte Aktivität, z. T. „Hyperaktivität“ genannt, Außenseitertum, Störungen mit Trennungsangst (DSM–III R 309, 21), Störungen mit Überängstlichkeit (DSM–III R 313, 00), Störungen mit Kontaktvermeidung (DSM–III R 313, 21), elektiver Mutismus (DSM–III R 313, 23).

Kinder mit diesen Symptomen in den PMG sind sicher mit ihren Familien für die Teilnahme an der psychomotorischen Familientherapie (PMFT) geeignet.

b) Die systemischen Beobachtungsparameter für die Evaluationsstudie an der psychomotorischen Familientherapie (PMFT)

Bei der Beobachtung und Beschreibung von Verhaltensänderungen der Kinder und Familien sind in der psychomotorischen Familientherapie (PMFT) verschiedene Parameter von

Bedeutung. Durch die in den folgenden vier Abschnitten nach ihrer Herkunft und Zugehörigkeit gegliederten Parameter werden sie vorgegeben:

1. Die zwei zentralen Dimensionen für die Beschreibung von Familienbeziehungen bei dem Familiensystemtest (FAST) sind:

- **KOHÄSION** (die Beschreibung der emotionalen Bindung zwischen den Familienmitgliedern, dargestellt durch die Distanzen zwischen den Figuren)
- **HIERARCHIE** (die Darstellung der gegenseitigen Einflussmöglichkeiten von Familienmitgliedern mittels Erhöhung der Klötzchen)

Sie sollen für die Veränderungsbeschreibung durch die PMFT-Stunden genutzt werden. Der FAST wird vor und nach dem Gesamtverlauf der PMFT-Stunden durchgeführt und erfasst dabei die Kohäsion und hierarchische Verhältnisse der Familien.

2. Die sechs zentralen Kriterien zur Beschreibung von Familienbeziehungen bei dem „Family Assessment Device“ (FAD) sind:

- PROBLEMLÖSUNG/KONFLIKT
- KOMMUNIKATION
- ROLLEN
- EMOTIONALITÄT
- AFFEKTIVE BEZIEHUNGSaufNAHME
- VERHALTENSKONTROLLE (CIERPKA 1996, 441).

3. CIERPKA nennt in seinem „Handbuch der Familiendiagnostik“ (1996, 449) als wesentliche Dimensionen zur Erfassung der Familiendynamik (in Anlehnung an FISHER 1976):

- STRUKTURELLE KRITERIEN (Kommunikation, Rollenverhalten, Grenzen)
- MACHT UND KONTROLLE (Regeln)
- KOHÄSION/AFFEKTE
- KULTURELLE KRITERIEN (Werte und Normen)
- PROBLEMLÖSEORIENTIERUNG

4. Ebenfalls in seinem „Handbuch der Familiendiagnostik“ (1996, 319) schlägt CIERPKA als beobachtungsnahe Familiensystemparameter folgende Kategorien vor:

- DIE OFFENHEIT DER FAMILIE GEGENÜBER DER AUSSENWELT

Der Austausch der Familie mit dem sozialen Umfeld; die Offenheit der Familie im Interview (in diesem Zusammenhang müsste es dann abgewandelt heißen „in der PMFT“ oder „im Gespräch bei der Videokonsultation“)

- DIE EMOTIONALE DICHTE
- DIE KOHÄSION DER FAMILIE

Der funktionale Zusammenhang des Systems, bindende Familienregeln, das Familiengeheimnis, Normenrigidität, die Starrheit der Beziehungsstruktur

5. Im Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen in den „Familienbögen“ von Manfred CIERPKA und Gabriele FREVERT werden folgende Parameter erfasst:

- **AUFGABENERFÜLLUNG**
- **KOMMUNIKATION**
- **ROLLENVERHALTEN**
- **KONTROLLE**
- **EMOTIONALITÄT**
- **WERTE UND NORMEN**
- **AFFEKTIVE BEZIEHUNGSaufNAHME**

Sie entstammen dem Familienmodell in Anlehnung an das „Process Model of Family Functioning“ von STEINHÄUER (1984). Auch diese Parameter sollen in dem Vergleich der Familien vor und nach dem Gesamt-Behandlungsverlauf genutzt werden.

Die fett gekennzeichneten **PARAMETER** sind die für die Erprobung verwendeten und erhobenen systemischen Variablen.

Gleichzeitig sollen aber auch die Parameter auf der Ebene der Sensomotorik weiter erfasst werden. Dabei werde ich mich wie bisher an die Dimensionen des MOT für 4–6-Jährige (siehe: MOT 4–6) oder des KTK (Körperkoordinationstest) halten, da die neue MOT-Entwicklung zur Zeit meiner Erprobung noch nicht abgeschlossen ist.

c) **Zur Veränderungsregistrierung**

Für die anfangs geplante Evaluationsstudie habe ich zahlreiche psychologische Tests und Fragebögen durchgesehen, um dabei immer wieder festzustellen, dass bis auf den FAST (soll ab 6 Jahren anwendbar sein) die meisten Verfahren erst ab einem Alter von 12 Jahren geeignet sind. Hier in der Untersuchung beschränke ich mich auf eine Beschreibung der Veränderungen bei den einzelnen Familien. Ich habe mich entschlossen, den FAST zur Überprüfung der Familienstrukturen mit einzusetzen, da in der Literatur beschrieben ist, dass er „notfalls“ schon bei Kindern im Vorschulalter eingesetzt werden kann. Voraussetzung bei den Tests ist oft ein gewisser kognitiver Stand und eine erhöhte Fähigkeit zum Perspektivenwechsel. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Ansichten über die „soziale Perspektivität“ (LIEBISCH 1984) bei verschiedenen Autoren auseinander klaffen. So habe ich es, allerdings bei Einzelproben, erlebt, dass auch schon Vierjährige fähig waren, sich in die Positionen der anderen zu versetzen. Dies ist nicht repräsentativ, so stellt sich mir die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, die Vorstellungen von LIEBISCH zu überprüfen

bzw. gegebenenfalls zu revidieren. Andererseits bieten seine Vorstellungen sicher einen guten Anhaltspunkt, auch wenn die Fähigkeiten der Kinder sich möglicherweise gewandelt haben.

Als sinnvolle Gliederung (die Altersangaben mögen schwanken) hat sich erwiesen:

- ⇒ Ebene 0: Egozentrische oder undifferenzierte Perspektiven (Alter 3–6 Jahre)
- ⇒ Ebene 1: Subjektive oder differenzierte Perspektiven (Alter 5–9 Jahre)
- ⇒ Ebene 2: Selbstreflexive oder reziproke Perspektiven (Alter 7–12 Jahre)
- ⇒ Ebene 3: Wechselseitige Perspektiven oder Perspektiven der dritten Person (Alter 10–15 Jahre)
- ⇒ Ebene 4: Sozial-konventionelle Perspektiven oder Tiefenperspektiven (Alter ab ca. 12 Jahren)

Das bedeutet, dass die Indexpatienten, die hier meist im Alter zwischen 4–8 Jahren sind, erst langsam eine differenziertere Perspektive entwickeln und noch keinen wechselseitigen Perspektivenwechsel zeigen.

Für die Veränderungsregistrierung bei den einzelnen Familien ist von mir vor Beginn der Erprobung ein Ablaufplan erstellt und eine einzelne PMFT-Stunde skizziert worden. Hier erfolgt nun die Skizzierung des Gesamtablaufes und dann eine erklärende Beschreibung:

Erste Phase
<ol style="list-style-type: none"> 1. Einsatz des von mir erstellten Frage- und Anamnesebogens für Kinder in den Psychomotorikgruppen (PMG) 2. PMG mit zwei TherapeutInnen mit Aufnahme von Videoausschnitten über die Kinder und mit Nutzung des Beobachtungsbogens für PMG 3. MOT 4–6- oder KTK-Durchführung mit dem Kind, je nach Alter 4. Videoauswertung der PMG-Sequenzen durch die TherapeutInnen 5. Elterngespräch (evtl. mit Zeigen von prägnanten Videoausschnitten) mit einer TherapeutIn und Besprechung des durchgeführten Testverfahrens MOT 4–6

Zweite Phase
<ol style="list-style-type: none"> 1. Durchführung von Tests (z.B. dem FAST), Ausfüllen von Fragebögen (z.B. den „Familienzusammenhängen“ und den „Familienbögen“ von CIERPKA und FREVERT). In Zukunft sollte für weitere Erprobungen auch an die Erstellung eines Elternmerkblattes gedacht werden. Dies ist in Arbeit. 2. PMG mit zwei TherapeutInnen mit Videoaufnahmen wöchentlich.

3. Einmal im Monat (je nach Notwendigkeit 6–12-mal) findet die PMFT-Stunde mit einer Therapeutin, die mit der Familie arbeitet, und mit Videoaufnahmen durch eine andere Person statt. Dazu kommt das „Reflecting Team“, das sich aus der Therapeutin, die mit der Familie zusammenarbeitet, und der Therapeutin, die filmt, zusammensetzt. Bei einer Familie, die z.B. 5 Familienmitglieder besitzt, ist noch ein weiterer Therapeut dabei.
4. Videoauswertung durch eine oder beide TherapeutInnen (ähnlich der Videotransaktionsanalyse nach dem MARTE-MEO-Video-Training von AARTS, abgewandelt für die Hallensituation).
5. Videokonsultation: Elterngespräch incl. Vorführen prägnanter Videoausschnitte mit einer TherapeutIn. Diese Videokonsultation mit ausgewählten Videoausschnitten aus der PMFT-Stunde findet zeitversetzt alle zwei Wochen nach der Durchführung der PMFT-Stunde statt. Es kann auch ein sehr akutes Thema im Elterngespräch besprochen werden. Die ein- oder zweimalig durchgeführten motorischen Tests für die Kinder können während dieser Treffen mit den Eltern besprochen werden.

Die erste Phase im Gesamtablauf beschreibt das Vorgehen, wie es derzeit bereits Verwendung findet. Die Psychomotorikgruppen, an denen 10–12 Kinder teilnehmen, werden von zwei Therapeutinnen (Frau Prof. Dr. ZIMMER und der Verfasserin) geleitet. Zeitweise nehmen zusätzlich StudentInnen teil, die im Rahmen ihrer Examensarbeiten spezielle Einzelfallbeobachtungen durchführen. Gleichzeitig werden Videoaufnahmen erstellt, die den Eltern in Ausschnitten gezeigt werden, um ihnen den Verlauf der Entwicklung ihrer Kinder aufzeigen und ihnen gleichzeitig Sinn und Wirkungsweise der psychomotorischen Therapie darlegen zu können. Entsprechend dem Alter wird bei den Kindern zwischen vier und sechs Jahren der „MOT 4–6“ (Motoriktest für Vier- bis Sechsjährige) von ZIMMER und VOLKAMER und bei den älteren Kindern zwischen sechs und acht Jahren der „KTK“ (= Körperkoordinationstest) von KIPHARD und SCHILLING durchgeführt. Die Tests werden in drei- bis sechsmonatigem Abstand wiederholt. Den Eltern wird hinreichend Gelegenheit gegeben, sich die Ergebnisse erläutern zu lassen.

Neu ist bei den Kindern, deren Familien für die PMFT in Frage kämen, dass der von mir erstellte Beobachtungsbogen für PMG (mit sensorischen, motorischen und psycho-sozialen Variablen, siehe LICHER-RÜSCHEN 1998 Anhang II) zum Einsatz kommt.

Neu ist auch der Einsatz des Frage- und Anamnesebogens über sensorische, motorische, psycho-soziale und medizinische Vergangenheit (siehe LICHER-RÜSCHEN 1998 Anhang I) zusätzlich zu dem zurzeit genutzten, von Frau ZIMMER erstellten Fragebogen.

Die Familien, die zur PMFT geeignet scheinen und sich dazu bereit erklärt haben, können zunächst den von mir erstellten Fragebogen „Familienzusammenhänge“ (siehe Anhang I/1) ausfüllen und zudem den FAST (Auswertungsbogen siehe Anhang I/2) durchführen, der Familienkohäsion und Hierarchie erfasst, Aussagen über die Familienmuster und Bindungen macht und der – wie bereits oben erwähnt – als einziger der bekannten Tests mit Vorschulkindern durchführbar ist. Bei dem Versuch, ihn mit jüngeren Kindern durchzuführen, gab es Schwierigkeiten, sodass die Durchführung nicht ausgewertet werden kann, weil die Kinder keine drei Aufstellungsformen durchgeführt haben und vor der Behandlungsreihe zum Teil nicht gewillt oder fähig waren, den Test durchzuführen.

Die Eltern sollen außerdem die „Familienbögen“ von CIERPKA und FREVERT ausfüllen (die drei Formularbögen siehe Anhang I/3: a) FB-Allgemeiner Familienbogen, b) FB-Selbstbeurteilungsbogen, c) FB-Zweierbeziehungsbogen) sowie den FAST vor und nach der Behandlungsphase.

Die PMFT-Stunde war fünf- bis sechsmal für jede Familie in Abständen von ca. einem Monat vorgesehen. Es stellte sich aber während der Erprobungsphase heraus, dass diese doch häufiger nötig war. Bei den Familien, die die Erprobung mitmachten, wurden zwischen 7 und 9 Stunden durchgeführt.

Für das „Symptomkind“ findet – wie bisher – wöchentlich die PMG statt. Individuelle Abweichungen sind dabei denkbar. Bei Familie E hatte der Indexpatient schon die PMG beendet, während die PMFT-Stunden erst kürzlich gestartet waren.

Die PMFT-Stunde sollte mit der Familie von einer Therapeutin durchgeführt werden, in diesem Falle von mir. Leider stand mir keine weitere Person zur Verfügung, die diesen Part zeitweilig hätte übernehmen können, auch wenn dies untersuchungstechnisch sinnvoller gewesen wäre. Die zweite Therapeutin sollte sich sowohl im familientherapeutischen als auch im psychomotorischen Rahmen auskennen und die PMFT-Stunde filmen. Das Filmen könnte, bei genügend Personal, auch von einer anderen Person durchgeführt werden, die sich gut mit der Videotechnik auskennt. Aus personellen Gründen und sicher auch aus ökonomischen und Kostengründen ist dies nicht so durchgeführt worden. Die Suche nach geeigneten Co-Therapeuten mit den mehrfachen Spezialisierungen auf Familientherapie, Psychomotorik und der Fähigkeit, eine Kamera gut zu führen, erwies sich als nicht ganz einfach. Es bedurfte einiger Einarbeitungszeit, besonders, was die Kameraführung betraf.

Die Videos sollten nach einem Kategoriensystem ausgewertet werden, das allerdings zur Zeit der Erprobung noch nicht fertig erstellt worden war (vgl. MEYER ZU GELLENBECK 2003 bzw. GROEBELS Überarbeitung (2004)). Die Videoauswertung der TherapeutInnen sollte nach der Videoauswertung bzw. nach dem abgewandelten MARTE-MEO-Videotraining von Maria AARTS ablaufen. Diese Techniken konnte ich im März 2002 auf

dem 4. Weinheimer Symposium „Intuition, der sechste Sinn in der systemischen Therapie – zwischen Wissenschaft, Kunst und Spiel“ bei Frau M. AARTS kennen lernen.

Das ursprünglich geplante Expertenrating der Videoaufnahmen muss hier entfallen. Es soll in einer gesonderten Studie nachgeholt werden, insbesondere um Übereinstimmungen in der Videoauswertung abzuprüfen und zu systematisieren.

In den Elterngesprächen mit einer TherapeutIn sollte anhand prägnanter Videoausschnitte speziell der Fokus auf Verhaltensweisen gerichtet werden. Die Vorgehensweise beschreibt das MARTE-MEO-Konzept.

Die durchgeführten Tests sollten ebenfalls besprochen werden.

7.4.2 Der Ablauf der Psychomotorischen-Familietherapie-Stunde (PMFT-Stunde)

Wie erwähnt, soll die Bewegungsstunde in der Turnhalle mit der Videokamera verfolgt werden. Der Film wird anschließend nach bestimmten Kategorien ausgewertet, die die Kommunikationen sowohl auf verbaler Ebene als auch im Medium Bewegung erfassen. In Zukunft könnte eventuell mit dem Kategorienraster von GROBEL (2004) gearbeitet werden. Das Raster für die Bewegungselemente muss allerdings auch in der Version von GROBEL für die hier dargestellten Anliegen noch erweitert werden.

Die Therapiephase sollte den Zeitraum einer Stunde nicht überschreiten, da sonst die Aufnahmefähigkeit und die Konzentrationsfähigkeit der jüngeren Kinder erschöpft sind und Schwierigkeiten entstehen, die Kinder zum Mitmachen zu motivieren.

Skizzierung des PMFT-Stundenablaufes

Anfangsrunde (ungefähr 5–10 Minuten):

- Wie geht es Ihnen/Euch? (Die Spannweite von Angaben zwischen „Es geht mir gut.“/„Es geht mir schlecht.“ kann auch durch ein Maßband von z. B. 1 m Länge anschaulich und anfaßbar symbolisiert werden.)
- Wer ist da? Was ist seit dem letzten Termin für Sie/euch Wichtiges passiert?
- Über welche Freuden oder welchen Ärger/welche Konflikte möchtet ihr/möchten Sie berichten?
- Welche Spielvorschläge habt ihr/haben Sie? Was soll heute hier gespielt werden?
- Können sie/könnt Ihr euch auf einen gemeinsamen Spielvorschlag einigen?



Spielphase: (ungefähr 40 Minuten)

Eine Therapeutin spielt mit der Familie bzw. begleitet sie beim Spiel und beobachtet dabei:

- Welche Beziehungs-Konstellationen werden deutlich?
- Wie gestaltet sich der Handlungsablauf?
- In welchen Abständen agieren die Personen zueinander?
- Welche psychischen Verfaßtheiten der Personen kommen wie zum Ausdruck?
- Welches Thema wurde gewählt und wie wird es umgesetzt, in gemeinschaftlichen oder Einzelhandlungen?



Kurze Pause für die Familie (ungefähr 5–10 Minuten):

Die beiden Therapeutinnen besprechen sich als „Reflecting Team“, das heißt, die Familie kann, wenn sie möchte, (z. B. auf einer oder mehreren Matten liegend oder sitzend,) zuhören oder aber auch weiter spielen.

(Dieses Vorgehen war natürlich bei der Erprobung nur dadurch möglich, dass ich Co-Therapeuten und Co-Therapeutinnen fand, die über familientherapeutisches Wissen verfügten. Es waren in diesem Fall PsychologiestudentInnen aus dem Hauptstudium, die bei den Kollegen Arist von SCHLIPPE und J. KRIZ studierten.)



Abschlussrunde: (ungefähr 5 Minuten)

- Die Familie und die Therapeuten reflektieren die Ereignisse der Stunde gemeinsam.
- Eventuell formuliert die leitende Therapeutin einen resümierenden Abschlusssatz oder Auftrag für die Familie.

Die Stunde ist also unterteilt in eine Anfangsrunde, eine Spielphase, eine reflektierende Phase und eine Abschlussrunde. Der Abschlussrunde wird eine kurze Pause für die Familie von 5–10 Minuten vorangestellt, in der die beiden TherapeutInnen die Spielphase reflektieren (siehe Kapitel 6.5.2). Für die Spielphase stehen viele Materialien aus dem Repertoire der psychomotorischen Arbeit zur Verfügung, bspw. Rollbretter, Schaumstoffteile, Schwungtuch, Hengstenberg-System usw., aber auch Alltagsmaterialien können benutzt werden. Zudem sind Techniken der Familientherapie wie Reframing (Umdeuten), vereinfachtes zirkuläres Fragen, Familienskulpturen usw. sehr hilfreiche Elemente (siehe Kapitel 6.5.1). Der Gesamt-Ablauf wird in Abbildung 27 übersehbar.

Thema:

**Konzeption und Erprobung einer
„PSYCHOMOTORISCHEN FAMILIENTHERAPIE“ (PMFT)**

I. Ablauf einer PMFT-Stunde

PMFT-Stunde	60 min	
„Anfangsrunde“	5 min	
Spielphase	40 min	
Reflecting-Team		10 min
Abschlussintervention		5 min

II. Monatlicher Ablauf des neuen Settings (Gesamtdauer ca. 6–12 Monate)

	1. Woche							2. Woche							3. Woche							4. Woche							
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Psychomotorikgruppe																													
Psychomotorische System- und Fam.-therapie/ PMFT																													
Videokonsultation/ VK <small>(beim ersten Mal mit Auftragskarussell)</small>																													

Licher-Rüschin 2000: Zeitrahmenplan für die „psychomotorische Familientherapie“

Abb.27: Überblick des Ablaufes einer PMFT-Stunde und des monatlichen Ablaufes des neuen Settings

7.4.3 Genutzte Techniken

Hier soll erläutert werden, aus welchen Bereichen der Psychotherapie Techniken genutzt werden können, welche Komponenten verbunden werden sollten und welche sich als praktikabel erwiesen, soweit sie nicht in Kapitel 6 bereits als relevante Therapiemethoden oder Elemente einzelner Therapiemethoden dargestellt sind.

Die zentralen Komponenten der *Gesprächspsychotherapie* wie Empathie, Kongruenz, unbedingte Wertschätzung, Verbalisierung (bzw. bei Kindern: körperliches Zeigen) emotionaler Erlebnisinhalte (BIERMANN-RATJEN/ECKERT/SCHWARTZ 1992; Thema Kongruenz: S. 28 f., Thema Wertschätzung: S. 20 f., Thema Verbalisierung: S. 39 f.) sollten auch in der PMFT beachtet werden.

GORDON (1972) erklärt das Prinzip in seinem Buch, dass es nützlich ist, keine DU-Botschaften, sondern ICH-Botschaften auszusenden. Dies erscheint mir als Maxime für die TherapeutInnen beachtenswert, aber auch vermittelenswert gegenüber den Klienten.

Das von GORDON (1972, 210) als III. Methode bzw. als „*niederlagelose*“ Methode der Konfliktbewältigung bezeichnete Verständigungsmuster bietet für den gegenseitigen Umgang Hilfestellungen. „Elternteil und Kind stehen vor einer Bedürfniskonflikt-Situation. Der Elternteil bittet das Kind, sich gemeinsam mit ihm an der Suche nach einer für beide annehmbaren Lösung zu beteiligen. Einer oder beide können mögliche Lösungen vorschlagen. Sie beurteilen sie kritisch und entscheiden sich schließlich für eine für beide annehmbare, endgültige Lösung. Nachdem man sich für eine Lösung entschieden hat, braucht keiner sie dem anderen schmackhaft zu machen, denn beide haben sie bereits akzeptiert. Machtanwendung ist nicht notwendig, um eine Einwilligung zu erzwingen, denn keiner von beiden sträubt sich gegen die Entscheidung“ (GORDON 2000, 212). GORDON sieht in dieser Vorgehensweise, „eine Möglichkeit, zu irgendeiner Lösung zu kommen, und keine Methode, um eine einzige, für alle Familien ‚beste‘ Standardlösung zu finden“ (GORDON 2000, 215). Diese Methode „ist also eine Methode, mit deren Hilfe jeder individuelle Elternteil und jedes individuelle Kind jeden ihrer individuellen Konflikte lösen können, indem sie ihre eigenen, individuellen, für beide annehmbaren Lösungen finden“ (GORDON 2000, 216).

Folgende Elemente aus der *Familietherapie* (FT) erscheinen mir für die Durchführung der PMFT-Stunde wesentlich: In der strukturellen FT wird z.B. mit der Sitzordnung experimentiert, in der PMFT ist es sicher sinnvoll zu schauen, wie wer mit wem z.B. auf dem Rollbrett fährt. Z. B. ist zu beobachten, ob die Teilnehmenden auf mehreren, zusammen, mit welchem Abstand fahren und welches Kind mit welchem Elternteil. Möglich ist es auch, mit Mitspielern zu experimentieren. Beobachtenswert sind auch verschiedene veränderte Konstellationen, z.B. beim Bauen mit den großen Schaumstoffteilen durch Ändern

und Offenlegen, Definieren und Infragestellen bisheriger Grenzziehungen (ähnlich bei SCHLIPPE, v. 1999, 60).

In der systemischen Familientherapie wird häufig die „Verstörung des Systems“ durch zirkuläre Fragetechnik oder paradoxe Interventionen erreicht. Bei den Kindern ist der Weg über den Intellekt häufig versperrt. Die eigene Erfahrung im gemeinsamen Spiel ist für die Kinder dafür lebensnaher und eingängiger.

Eine sehr hilfreiche Technik aus der Familientherapie ist die *Familienskulptur* (SCHLIPPE, v. 1999, 164 ff.): „Über die Aufgabe, die Beziehung der Familie in Haltung und Position darzustellen, wird ein ganzheitlicher Zugang zu dem komplexen System Familie auf unterschiedlichen Ebenen ermöglicht. Die auf diese Weise geschaffene symbolische Repräsentation der Familienbeziehungen geschieht ohne Rückgriff auf die digitale Sprache und wird daher meist sehr schnell verstanden (SCHLIPPE, v./KRIZ, J. 1993). Damit bietet sich die Skulptur als Technik an, die in ihrer Handlungssymbolik (DUHL 1992) unabhängig von der jeweiligen Altersstufe, der Schichtzugehörigkeit und den damit verbundenen Sprachproblemen sowie unabhängig von der jeweiligen Problematik einsetzbar ist. Sie umgeht Rationalisierungen und führt daher oft schneller zu den wesentlichen Themen der Familie. Gleichzeitig ist die Skulptur eine Technik, die es ermöglicht, familiäre Abläufe in ihrer Gleichzeitigkeit und gegenseitiger Bezogen- und Bedingtheit der Teilprozesse darzustellen“ (SCHLIPPE, v./SCHWEITZER 1999, 164).

Für Familien mit jüngeren Kindern, wie in meinen Fällen, ist es sinnvoll, den „Skulpturbau“ durch die Spielidee des Bildhauers, der aus einem Stein die Familie meißelt, zu untermauern. Die ganze Darstellung kann nicht sehr lange durchgehalten werden, da jüngere Kinder nicht in einer Position verharren können oder wollen. Trotzdem sollten die Elemente des räumlichen Abstandes als Symbol für emotionale Nähe oder oben und unten als Symbole der hierarchischen Strukturierung, Gestik und Mimik Beachtung finden. Diese können aber auch im Bewegungsspiel mit Beachtung finden. Die Familienmitglieder sollen ihre Empfindungen dazu schildern oder ihre Änderungswünsche einbringen; dabei ist zu beachten, dass die Kinder nicht überfordert werden, und zu schauen, ob sie sich dazu artikulieren können oder nicht und vielleicht mit ihren Gesten und Handlungen schon „Aussagen“ machen. Erleichterung schafft schon der frühzeitige Einsatz von Bewegung. Inside- (durch Familienmitglied) und Outside-Perspektiven (durch die TherapeutIn) sind sicher beide zu realisieren und sollten genutzt werden. Mitglieder der erweiterten Familie können spielerisch mit einbezogen werden, zum Beispiel durch Kästen, Schaumstoffteile, Rollbretter oder andere aus der PMG vorhandene Gegenstände, die das Kind mit der jeweiligen Person verbindet. Durch den Einsatz von symbolischen Gegenständen kann der Grad der Involvierung noch gesteigert werden. Es können z.B. Bänder und Schnüre verwendet werden, die den Personen um Hand oder Fuß gebunden werden, (natürlich nur, wenn die Kinder es ertragen können,) um den persönlichen Raum zu markieren, den eine Person für sich beansprucht (vgl. MÜLLER 1992). Auf der Suche nach den familiären Ressourcen kann es

sinnvoll sein, die Teilnehmenden aufzufordern, innerhalb der Skulpturen eine Haltung, einen Platz zu suchen, bei der/auf dem sie sich wohler fühlen, oder eine Wunschskulptur zu erstellen (vgl. SCHLIPPE, v./SCHWEITZER 1999). Für die PMFT-Stunden besonders mit jüngeren Kindern ist es eine interessante und sinnvolle Variante, die Skulptur lebendig werden zu lassen, indem Bewegungsabläufe gespielt werden (vgl. SCHLIPPE, v./SCHWEITZER 1999). Ob die Idee der beiden Autoren, bestimmte redundante Verhaltenssequenzen in Szene zu setzen und mehrfach zu wiederholen, möglich ist, muss wohl von den Kindern und der jeweiligen Situation abhängig gemacht werden. Ich glaube aber, dass solche Handhabung für kleine Kinder eher eine Überforderung ist, wie auch die Idee, seinen Impulsen in „Slow-Motion“ nachzugehen und gleichzeitig auf die Veränderung der anderen Familienmitglieder zu reagieren. Die Verwendung muss aber auf jeden Fall von der Struktur der einzelnen Familie abhängig gemacht werden, und es muss geschaut werden, ob sie zum gegebenen Zeitpunkt für die jeweilige Familie angemessen ist.

Ritualisierte Bewegungen können durch Wiederholungen Emotionen auslösen. Auch dies muss besonders bei jüngeren Kindern mit Vorsicht genutzt werden. Positive Konnotationen sind vorrangig einzusetzen. Zirkuläres Fragen ist während des Bewegungsspiels vereinzelt anwendbar, muss allerdings dem Alter angepasst werden.

Es sollen nun weitere Anregungen für die Durchführung des neuen Verfahrens gegeben werden:

Im Anfangskreis mit der Familie bzw. mit dem familiären System sollte erfragt werden, was die Beteiligten sich wünschen, was gespielt bzw. was aufgebaut werden soll oder welches Thema für die Bearbeitung zentral ist.

Es soll sich möglichst auf ein Thema konzentriert werden, bei Streitsituationen ist darauf zu achten, dass Versöhnung möglich ist, aber auch die Standpunkte dargelegt werden können, die Einzelmeinungen, die Gefühle und Einzelinteressen (NOAK 1998, 183). Mögliche Streitlösungen sind Kompromisse zu finden, abwechselnd die Spielsituation bestimmen zu lassen, alle mitentscheiden zu lassen oder die Streitparteien mit einer ganz anderen Variante des Therapeuten zu erfreuen. Weitere Lösungen sind der gemeinsame Verzicht oder das Ausprobieren mehrerer Lösungen nacheinander (vgl. NOAK 1998, 184).

„Was es den Geschicklichkeitsspielen in Sachen Familienharmonie so schwer macht, zum eingespielten Team zu werden, ist nicht zuletzt eine Zeitfrage. [...] Die Zeitspanne für Gemeinsamkeiten, für das Ausleben und Ausprobieren von Familienbeziehungen ist daher eng begrenzt“ (NOACK 1998, 65–66). Hier soll eine gemeinsame Zeit verbracht werden, um miteinander umzugehen bzw. den Umgang miteinander und das Kommunizieren und Bewegen miteinander wieder zu lernen. Es sollen Gesprächs- und Kompromissbereitschaft gelernt werden, es soll Konflikten auf die Spur gekommen und es sollen Lösungen gefunden werden, auch bei Bewegungs- und Wahrnehmungsschwierigkeiten und nicht nur in Bezug auf psycho-soziale Komponenten.

Es sollte zur Veränderung des Sprechens aufgefordert werden, hin von „Du bist“ zu „Ich bin wütend, weil ...“ (vgl. NOAK 1998, 121). In der Sprachformulierung sollte deutlich gemacht werden, was sich auf die Handlung bezieht und was auf die Person (NOAK 1998, 121).

Die Therapeutin muss während der PMFT-Stunde schauen, wie mit Konflikten umgegangen wird. Wird die Verantwortung für irgendetwas auf andere geschoben oder lernen die Kinder oder Erwachsenen, ihre eigene Beteiligung an einem Konflikt anzusehen (NOAK 1998, 121)? Es erscheint NOAK, wie auch mir, wichtig, dass die einzelnen Familienmitglieder „Urvertrauen lernen“ (NOAK 1998, 128), z.B. als praktisches Beispiel durch Führen eines „Blinden“ (ein Familienmitglied hat die Augen verbunden und wird vorsichtig dabei von einem anderen Familienmitglied geführt).

Es sollten während der PMFT-Stunde klare Regeln aufgestellt werden sowie verbindliche Absprachen stattfinden und feste Grenzen als Orientierungshilfen für die Kinder geboten werden (NOAK 1998, 128). Grenzen können so neu in Anerkennung neuer Fähigkeiten des Kindes gesteckt werden. Grenzen können z.B. durch Schaumstoffteilmauern gekennzeichnet werden, um dann Grenzüberschreitungen zu vermeiden bzw. zu lernen, selbst keine Grenzen zu überschreiten. Familienmitglieder sollten gebremst werden, wenn jemand zu schnell für die anderen ist und von ihnen verborgene Anklagen vorgebracht, unverbindliche Bitten geäußert, falsche „Wir-Formeln“ und Pauschalisierungen gebracht werden.

Vorgänge des Ablösens und des Aushandelns von Spielräumen müssen als wichtig und normal anerkannt werden und es muss gelernt werden, damit umzugehen (NOAK 1998, 149).

Eltern sollen lernen, auch dem Kind bzw. den Kindern „Mitentscheidung, den selbstbewussten Vortrag seines Willens oder Ideenlösungen für seine Wünsche mit einzuräumen“ (NOAK 1998, 150). So werden Konflikte reduziert.

Oft wird geredet statt gehandelt (vgl. NOAK 1998, 152), hier soll mehr gehandelt als geredet werden. „Kinder lernen – wie Menschen jeden Alters – vor allem durch aktives Handeln und weniger durch sprachliche Anweisungen“ (NOAK 1998, 161). Vieles, was sie tun, ist Nachahmung von Gesehenem! „Wie leicht ließe sich das Lernen durch aktives Handeln in den Dienst der Gemeinschaft stellen, würden Erwachsene nicht so unerschütterlich auf die Macht der Worte und endlose Wiederholungen vertrauen“ (NOAK 1998, 161).

„Statt ein Minimum zu fordern und festzustellen, dass dieses Ziel gut erreicht wird, werden unglaubliche Leistungen verlangt, die das Kind gar nicht erbringen kann, und es kommt deshalb immer wieder zu machtvollen Auseinandersetzungen.“ (NOAK 1998, 150) Eltern sollen lernen, was notwendige und was verhandelbare Forderungen sind.

Innere Distanz und Nähe können während der PMFT-Stunde räumlich dargestellt werden (NACK 1998, 117). Verschiedene Bewegungsmöglichkeiten sollten ausprobiert werden: Wie kann ich das Gleiche erreichen über verschiedene Bewegungswege (siehe FELDENKRAIS 1987).

Den Eltern soll deutlich gemacht werden, wie sie Grenzen setzen können.

Vor der Endbesprechung findet das „Reflecting Team“ statt, bei dem die Therapeuten und Therapeutinnen die Spielphase mit der Familie reflektieren. Die Vorgehensweise und die Kriterien für das Reflektieren sind schon in Kapitel 6.5.2 (Reflecting Team nach TOM ANDERSEN) beschrieben.

Bei der Endbesprechung soll erfragt werden, wie es jedem heute ergangen ist, was gefallen und was gestört hat. Wenn es angebracht ist, wird der Familie in der Endbesprechung eine Abschlussintervention für zu Hause mitgegeben.

Um einerseits eine klarere Zielsetzung und Fragestellung für die Therapiestunde zu erhalten, andererseits aber auch durch die PMFT erzielte Veränderungen erkennen zu können, halte ich den Einsatz von drei Bögen zur Informationssammlung für sinnvoll:

- einem Fragebogen und einem Beobachtungsbogen für die Psychomotorikgruppen (siehe LICHER-RÜSCHEN 1998 Anhang I und II),
- einem Fragebogen über Familienzusammenhänge (siehe Anhang I/1)
- und einem Beobachtungsbogen für die „Psychomotorische Familientherapie“ bzw. Filmkriterien für die Kamerafrau (siehe Anhang I/4).

7.5 Vergleich mit dem Konzept von HAMMER und PAULUS (2002)

Hier nun ein Kapitel, das ich erst im Nachhinein einfüge, das aber sicher nicht fehlen darf. In die Entwicklung meiner eigenen Ideen (Konzeptentwurf 2000, siehe Abb. 27) und deren Erprobung (Erprobungsbeginn Mai 2001) vertieft, stellte ich zu meiner Überraschung (2002) fest, dass auch andere ähnliche Ideen, wie sie in meinem neuen Konzept beschrieben sind, entwickelt haben. So hatte ich auf dem Kongress „Bewegte Kindheit“ in Osnabrück 1996 das erste Mal von meinen Ideen in meiner Arbeitsgruppe „Motodiagnostik für Kinder im Vorschulalter“ mit berichtet, dass ich eine Beschränkung der Diagnostik auf die Indexpatienten, bei uns also vorrangig die Kinder in den Psychomotorikgruppen von Frau ZIMMER und mir, nicht für ausreichend halte und eine umfassendere Diagnostik nötig finde. Dies beschrieb ich in meiner Diplomarbeit (Fertigstellung 1998), in der ich darauf hinwies, dass die Notwendigkeit der Erstellung nicht nur eines umfassenderen Diagnostikums (wie in der Diplomarbeit entwickelt), sondern auch die Entwicklung einer „psychomotorischen Familientherapie“ (siehe LICHER-RÜSCHEN 1998) für manches junges Klientel vonnöten ist.

Während sich meine Ideen durch die Arbeit in den Psychomotorikgruppen mit jüngeren Kindern im Vorschul- oder Grundschulalter entwickelt haben, hat sich HAMMER mehr im Bereich der psychomotorischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der Erziehungshilfe diesem Thema angenähert und PAULUS durch seine Arbeit in einem Zentrum für Frühförderung. HAMMER und PAULUS haben dann gemeinsam ihr Konzept erarbeitet.

Gemeinsam scheint den beiden Richtungen zu sein, dass weder die Psychomotorik noch die Familientherapie für bestimmte Klienten ausreichend Hilfestellung bieten.

Als theoretische Grundlage bedienen sich beide Richtungen, auf der einen Seite mein Konzept und auf der anderen Seite das von HAMMER und PAULUS, der gemeinsamen Betrachtung der Systemtheorie und des psychomotorischen Gedankenguts von BALGO. BALGO erschien es wesentlich, „daß hier *nicht* von einem Instrumentarium von Interventionstechniken die Rede ist, sondern von einer veränderten Perspektive für das therapeutische Beobachten und Handeln, in welcher die vielfältigen, nützlichen, praktischen Elemente der Psychomotorik je nach Bedarf ihre Anwendung finden“ (BALGO 1997, 14).

Gemeinsam scheint beiden Richtungen auch das Ansinnen zu sein, dass Kinder, die in die psychomotorische Behandlung kommen, auch als Indexpatienten im ganzen System gesehen werden und nicht nur als individuelle Problemfälle, die „repariert“ werden müssen.

Gemeinsam scheint uns auch VOSSLERS (2000, 444) Aussage anzusprechen, die besagt: „Besonders jüngere Kinder scheinen demnach in Familiensitzungen zum Teil inhaltlich und/oder physisch ausgegrenzt zu werden“, ihren spezifischen Anliegen und Sichtweisen wird wenig Gehör gegeben und „sie empfinden die Familiengespräche oft als erwachsenorientiert und sehen ihre Bedürfnisse und Sichtweisen nur wenig berücksichtigt. Als mögliche Ursachen hierfür werden eine emotionale und/oder kognitive Überforderung besonders jüngerer Kinder durch familientherapeutische Methoden (z.B. zirkuläres Fragen) sowie Defizite in der Ausbildung von Familientherapeuten diskutiert“ (VOSSLER 2000, 436). Es wird damit deutlich, dass es auch nicht ausreicht, Familien mit jüngeren Kindern, deren Teilnahme an den Psychomotorikgruppen nicht im gewünschten Sinne fruchtet oder den gewünschten Erfolg bringt, in die „normale“ Familientherapie zu schicken.

„Kann Familientherapie gänzlich ohne Kinder zum Standard werden? Nun gibt es sicherlich auch gute Gründe, bei bestimmten Themen, Konflikten oder Therapiephasen eine Familientherapie ohne Kinder durchzuführen. Andererseits sollten kindgerechte Ansätze im Rahmen der systemischen Familientherapie verfügbar sein, damit auch Kinder über rein sprachliche Methoden hinaus gestalterisch an der Therapie teilnehmen können. Dafür sind die bewegungs- und spielorientierten Methoden der Psychomotorik bestens geeignet“ (HAMMER/PAULUS 2002). Dem kann ich voll zustimmen.

In der Realisierung unterscheidet sich hingegen mein Ansatz z. B. durch die Frage, wie weit Kinder alle Gespräche mitbekommen sollten. Es findet bei beiden Therapiemethoden, die PMFT in der Turnhalle statt. Allerdings können bei mir die Familien ihr Thema selbst

in der Anfangsrunde entwickeln, während dieses bei HAMMER/PAULUS vorgegeben wird. Es müssen bei mir nicht immer alle Familienmitglieder anwesend sein. Vor der sehr kurzen gemeinsamen Besprechung der Stunde findet in meinem Setting noch das „Reflektierende Team“ statt, wobei die Familienangehörigen selbst entscheiden können, ob sie zuhören, weiterspielen oder sich am Schluss einschalten. Bei HAMMER/PAULUS sitzen alle in einer Endrunde gemeinsam zusammen.

Bei meinem Setting findet die Videokonsultation nach zwei Wochen statt und nur mit den Eltern, es sei denn, ein Kind möchte auch dabei sein, was aber nur einmal in der Erprobungsphase vorgekommen ist. Zudem haben die Kinder den Eltern immer erlaubt, alleine mit der Therapeutin das Video bzw. die ausgewählten Videoausschnitte anzuschauen. Bei HAMMER/PAULUS findet die Videokonsultation direkt vor der nächsten PMFT-Stunde statt. Meine Überlegungen, eine zeitliche und räumliche Trennung zu schaffen, waren dabei, den Eltern alleine ohne Kinder Raum zu geben, wo sie spezielle akute Probleme, z. B. Erziehungsprobleme, Paarprobleme, eigene Probleme ansprechen können, die nicht für die Kinder geeignet sind. Gleichzeitig können ihnen mit Hilfe der Videoaufnahmen Erziehungshilfen vermittelt werden, ohne dass sie sich vor den Kindern dafür schämen müssen.

Bei der Videoauswertung stützen sich HAMMER/PAULUS mehr auf das VIDEO-HOME-Training (nach wem, wird in ihrem Artikel in *Motorik* 25/Heft 1 2002 nicht erläutert, auch nicht in HAMMERS Vortrag auf dem Kongress „Kindheit in Bewegung“ 2003), während ich mich mehr an dem MARTE-MEO-Konzept von AARTS (2000) orientiere, die sich allerdings recht ähnlich sind.

HAMMER und PAULUS haben sicher recht, dass durch eine gezielte Auswahl der Videos „Beziehungsmuster innerhalb des familiären Kontextes deutlich zu machen [sind; U. L.-R.], die über das Wort nur schwer zu vermitteln sind. Im eigenen Erleben, und der darauf folgenden Bewusstmachung über das vorgeführte Bild, werden für die Eltern und Kinder wesentliche Prozesse ihrer Beziehungsgestaltung deutlich und damit auch einer Veränderung zugänglich“ (HAMMER/PAULUS 2002, 16).

Bei beiden Konzepten ist der Ort der Durchführung der PMFT-Stunde eine Turnhalle, und die Stunde wird gefilmt, bei mir auch das RT, da es manchmal noch Sinn macht, die Kommentare mit Abstand anzuhören oder zu sehen, was während des Gesprächs die anderen tun.

Der Stundenaufbau der PMFT-Stunde ist bei beiden Konzepten ähnlich. Es gibt eine Anfangsrunde, bei der, wie schon erwähnt, die Themenauswahl bei mir von der Familie und bei HAMMER/PAULUS von ihnen erstellt wird. Vorgeschaltet ist bei ihnen die Videokonsultation. Einige Kinder bei meinen Erprobungsfamilien mit z. B. 4 Jahren wären dadurch überfordert und in ihrer Konzentration überstrapaziert. Die PMFT-Stunde war für sie zeitweise sehr anstrengend, obwohl es auch Stunden gab, in denen sie lieber weitergemacht hätten. So halte ich die Aufteilung für meine Klientel für angemessener.

Während der Stunde findet bei mir ein „Reflecting Team“ statt, das besonders die Eltern sehr hilfreich finden. Die Kinder hatten eher ihre eigene Art, darauf zu reagieren. Z. B. schuf sich ein Kind die Möglichkeit des unbeobachteten Zuhörens, indem es um sich ein geschlossenes Haus aus Schaumstoffteilen baute und dadurch nicht sichtbar war, aber gut zuhören konnte. Bei diesem Jungen fiel z. B. auf, dass er es erst lernen musste, andere positiv über ihn sprechen zu hören. Wollte er das Reflecting Team in der ersten PMFT-Stunde noch abbrechen, genoss er es in manch anderer Stunde (siehe Anhang II, Familie A). So würde ich es im Nachhinein als ein sehr positives Settingselement betrachten.

Aber auch die gemeinsame Reflexion wie bei HAMMER und PAULUS direkt im Anschluss an das gemeinsame Erleben macht sicher Sinn, da dort Gefühle deutlich werden können, die für das Beziehungsgeschehen innerhalb der Familie neu sind oder vielleicht erst dann bewusst werden. Diese Phase erfolgt bei HAMMER und PAULUS ausführlicher, bei der kurzen gemeinsamen Abschlussrunde in meinem Setting wurde aber deutlich, dass die jüngeren Kinder eher kein Interesse an solchen Gesprächen hatten.

Ein Vorteil des RT ist sicher noch einmal die bewusst ausgesuchte Außenansicht, während bei HAMMER/PAULUS die „Sitzung mit einer Reflexion des Erlebten (15–30 min)“ endet (HAMMER/PAULUS 2002, 18).

Wie bei der von mir entwickelten Vorgehensweise analysieren auch hier die Therapeuten das Videoband und wählen Sequenzen zur Besprechung aus.

In der Erprobung habe ich gemerkt, dass 5–6 Stunden für die Familien mit jüngeren Kindern nicht ausreichen, und habe die Stundenanzahl der PMFT-Stunden noch, von der jeweiligen Familie abhängig, gesteigert, während HAMMER und PAULUS nur 3–6 Termine annehmen.

Abschließend kann durch beide Settings bestätigt werden, dass es sinnvoll ist, mit den jüngeren „Indexpatienten“ und ihren Familien als Gesamtheit im Bewegungsspiel zu arbeiten. So können neue Feststellungen über innerfamiliäre Beziehungsstrukturen erzielt werden. Diese wirken selbst wieder verändernd. HAMMER und PAULUS (2002, 18) sagen dazu: „Dabei sind dem jeweiligen Familiensystem auf der Basis der bisher vorhandenen Informationen über die Familie und auf der Basis der vermeintlich vorliegenden Konflikte und konfliktiven Beziehungsmuster in der Familie (Hypothesen der Therapeuten) je spezifische Bewegungsaufgaben zu stellen, welche ‚system-passend‘ sind. Neben der beschriebenen Aufgabe ist eine breite Palette von klar strukturierten (Bewegungs-)Aufgaben denkbar, auch unter Einbezug von Rollenspielen (z. B. Materialerfahrungen mit Pezzibällen, Fußballspiel, eine Zirkusvorstellung planen und vorführen etc.).“ In meinem Setting wird der Familie ihr Tun nicht vorgegeben. Meine anfänglichen Befürchtungen, dass die Familien überfordert sein könnten, sich auf ein „system-passendes“ Bewegungsspiel zu einigen, haben sich schnell gelegt, zumindest bei den Familien in der Erprobung erwiesen sich diese als unbegründet. Anfängliche Uneinigkeiten schienen mehr etwas mit dem familiären Kommunikationsmuster zu tun zu haben und trugen insofern zu einer

Kommunikationsmuster zu tun zu haben und trugen insofern zu einer Weiterentwicklung derselben im Konfliktfall bei. Als Therapeutin habe ich allerdings schon Hilfestellungen oder vereinzelt Vorschlagsvarianten ergänzt, wenn z.B. den Familienangehörigen nicht klar war, welche Materialien vorhanden sind. Oder ich habe schon „passende“ Geräte aus anderen Räumen geholt, die für das Thema, das die Familien manchmal schon frühzeitig in der Stunde vorher, durch Telefonate oder am Rande der PMG-Stunde angekündigt hatten, sinnvoll erschienen. Diese Geräte wurden aber nur genutzt, wenn die Familie oder einzelne Familienmitglieder es wirklich wollten. Nur in einem Fall wurde von dem Vater in Familie E geäußert, dass er in einer PMFT-Stunde fand, dass die Geräte schon so auffordernd da bereit lägen, dass man sie nehmen müsse. Dann wurde aber noch einmal geklärt, dass es nur ein Angebot sei und die Lauferei in andere Räume, um Geräte zu holen, verkürzt werden solle.

HAMMER und PAULUS (2002, 18) schreiben, dass es relevant ist, „entlang des familiären und therapeutischen Entwicklungsprozesses passend dosierte Aufgaben zu stellen, die Familien angemessen anzuregen, aber nicht zu unter- oder überfordern.“ Sicher ist es als Therapeutin wichtig, die Familie so zu begleiten, dass es zum familiären und therapeutischen Entwicklungsprozess passt, aber nur begleitend für das, was die Familie bestimmt. Ich halte es für sinnvoll, nur Vorschläge zu machen, wenn die Familie Hilfestellungen braucht. Z. B. musste ein kleiner Junge, der anfangs Höhenangst hatte, in den Stunden mit seinen viel älteren Geschwistern bei einem sehr mutigen, aber sicher für seine Gelenke zu hohen Sprung von einem Klettergerüst aufgefangen werden, wenn seine Eltern diese Aufgabe nicht erfüllten. Der Junge war zum Glück trotz des Auffangens sehr glücklich über seine Leistung und seinen Mut, was die Therapeutin auch unterstützte. Gleichzeitig muss die Therapeutin dafür sorgen, dass nicht zu gefährliche Konstruktionen für alle Beteiligten aufgebaut werden. Sicher ist es wichtig, im Stundenverlauf für jedes Familienmitglied die richtige „Dosierung“ zu finden.

HAMMER und PAULUS (2002, 18) „denken, allein die Tatsache, dass sich eine Familie gemeinsam bewegt, miteinander spielt, ist schon ein Gewinn und hat auch wesentliche Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zwischen den Partnern, zwischen Eltern und Kindern und zwischen den Kindern untereinander. Ob – und wenn ja – in welche Richtung sich ein ‚psychomotorisch verstörtes‘ Familiensystem verändert, lässt sich nicht vorhersagen.“ Dieser Anschauung kann ich nur beipflichten. Ein 12-jähriger Sohn aus Familie E, der sich schon länger danach sehnte, einmal mit dem Vater etwas zu machen, zeigte eine sehr intensive, länger anhaltende fröhliche Interaktion mit seinem Vater, als sie abwechselnd die Wirkungen des Varussels ausprobierten. Sie schienen die gemeinsame Zeit sehr zu genießen. In welche Richtung einer Verstörung es geht, ist sicher leider nicht vorherzusagen. Auch bei meiner Erprobung ist es wie bei HAMMER und PAULUS (2002) noch nicht abzusehen, inwieweit Veränderungen in der Familie dauerhaft sind. Das wird sich hoffentlich bei weiteren ausführlicheren Erprobungen erweisen, die aber nicht mehr im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt werden können.

„Das Gemeinschaftserlebnis kann für die Familie schon ‚heilende Kräfte‘ entfalten. Hinzu kommt, dass in kurzen Gesprächsrunden während der Stunde immer wieder Gefühle und Erlebnisse angesprochen werden können“ (HAMMER/PAULUS 2002, 18–19). Diese Möglichkeit der zwischengeschalteten Gesprächsrunden ist in meinem Setting nicht gegeben. Ich halte es für mein Setting auch nicht für sinnvoll, da die Kinder sehr jung sind und sie nicht gerne in ihrem Spielfluss gestört werden. Das wurde manchmal schon deutlich, wenn die mit agierende Therapeutin in das Reflecting Team überwechselte oder wenn die Stunde beendet werden sollte. Noch häufigere Unterbrechungen halte ich nicht für angemessen. Die ungefähr 4–6-Jährigen genossen häufig die Stunde so, dass sie nicht wollten, dass die Therapeutin oder die Eltern ihre Aufmerksamkeit jemand anderem zuwandten oder überhaupt die Stunde beendeten.

Wie schon erwähnt, werden die Videosequenzen ressourcen- und kompetenzorientiert ausgewählt wie bei HAMMER und PAULUS (2002, 19), es werden bei mir aber auch wie bei AARTS vorrangig positive Interaktionssequenzen herausgesucht. Die Videobesprechung findet einzeln mit den Eltern und nicht wie bei HAMMER und PAULUS mit der ganzen Familie statt. Trotzdem findet dabei in beiden Settings eine weitergehende Hypothesenbildung statt.

In der Videokonsultation ist es bei beiden Verfahren möglich, „die im Spiel beobachteten Verhaltens- und Beziehungsmuster deutlich zu machen, [...] Hypothesen zu überprüfen und über die Generalisierung neuer Verhaltensmuster in den Alltag und das Erproben solcher Handlungsalternativen zu sprechen“ (HAMMER/PAULUS 2002, 19).

Gemeinsam gilt sicher für beide Modelle: „Die Grenzen dieser Methode werden vergleichbar mit denen einer ‚verbalen Familientherapie‘ gezogen. Familien, deren Mitglieder nicht bereit sind, sich auf einen Bewegungsdialog einzulassen und bei entsprechendem Angebot durch ‚Verletzungen‘ oder Müdigkeit und Ähnlichen ihre Widerstände signalisieren, sind dieser Methode (noch) nicht zugänglich.“ So wollten bei Familie D die Indexpatientin, ein 6-jähriges Mädchen, und die Mutter sehr gerne das Verfahren mit den PMFT-Stunden mitmachen. Das Mädchen freute sich sehr, ihren kleinen Bruder und die Eltern mitbringen zu dürfen. Die Mutter musste der Therapeutin dann aber kurz vor Beginn der ersten PMFT-Stunde mitteilen, dass ihr Mann plötzlich gegen das Mitmachen sei und finde, dass die Tochter „spinne“ und sie gleich „richtig“ mit Psychopharmaka behandelt werden solle. So musste die Zusammenarbeit mit der Familie leider abgebrochen werden. Die Therapeutin und besonders die Tochter waren sehr traurig darüber. Die Mutter war zwar auch betrübt darüber, aber auch froh, nicht noch mehr Termine zu haben, und so wehrte sie sich nicht groß gegen ihren Mann, da sie den kleinen Sohn in der Zeit auch noch zur Sprachtherapie bringen musste. „Andererseits sollten die Therapeuten auch (misslungenes) Ankoppeln [...] reflektieren – nicht immer ist alles Widerstand der Klienten“ (HAMMER/PAULUS 2002, 19). Voraussetzung ist sicher bei beiden Settings nicht nur die Bereitschaft mitzumachen, sondern sich auch auf Bewegung und Spiel mit der ganzen Familie einzulassen. Manchmal

lie einzulassen. Manchmal kommt das Vergnügen erst beim Spiel und „weckt damit neue Lebensgeister in der Familie, die sich fruchtbar auf das gemeinsame Zusammenleben auswirken“ (HAMMER/PAULUS 2002, 19). Besonders bei den älteren Geschwisterkindern (12 und 16) war die Motivation, z.B. samstags um 9.00 Uhr in der Turnhalle zu stehen, verständlicherweise nicht so groß, wenn sie aber erst gestartet hatten, waren sie voll dabei.

Lassen wir uns gegenseitig mit unseren Erfahrungen der Settings befruchten und, um mit von FOERSTER zu sprechen: Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst!

Kurze Gegenüberstellung der Unterschiede zwischen den PMFT-Konzepten:

Konzept PAULUS/HAMMER (2002)	Setting LICHER-RÜSCHEN (2000)
Anfangsrunde mit Bekanntgabe des Bewegungsspielthemas der Therapeuten	Anfangsrunde mit Besprechung des Bewegungsspielthemas der Familie und der Therapeutin, die das Bewegungsspiel begleitet
Spielphase wird durch Gesprächsrunden unterbrochen	Nach der nicht unterbrochenen Spielphase wird ein Reflecting Team durchgeführt, wobei die Familienmitglieder wählen können, ob sie zuhören oder weiter sich bewegen und spielen
Abschlussgespräch über die Stunde	Kurze Abschlussrunde mit Gespräch und mit Abschlussintervention, wenn angebracht
Videokonsultation vor der nächsten PMFT-Stunde mit allen Familienangehörigen	Videokonsultation ungefähr nach zwei Wochen vorrangig mit den Eltern

7.6 Vergleich mit der systemischen Bewegungstherapie von BALGO und VOSS

Vorweg noch einmal eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten systemischen Grundpositionen für einen Perspektivenwechsel:

- „Der **Wahrnehmende** (Beobachter) und das **Wahrgenommene** (Beobachtete) sind **untrennbar miteinander verbunden**.
- Dies zeigt sich, wenn wir **wahrnehmen, wie wir wahrnehmen**.
- Der **Beobachter** („System“) beobachtet dabei **sich selbst** und **beschreibt** seine ‚Teile‘: Körper, Wahrnehmung/Bewegung, Affektlogik (Psyche), seine soziale und natürliche Umwelt“ (BALGO/VOSS 1995, 173).

- „Der Beobachter als ein **lebendes System** ist ein **autopoietisches, strukturdeterminiertes, operational geschlossenes nicht-triviales, autonomes System**.
- Auch das Nervensystem ist ein **operational geschlossenes, zirkuläres, zelluläres Netzwerk**. Es kann **nicht** zwischen **Innen** und **Außen** unterscheiden.
- **Wahrnehmung** und **Halluzination** („Falsch-nehmung“) sind **Unterscheidungen eines Beobachters** in einem von ihm definierten Interaktionsbereich“ (BALGO/VOSS 1995, 175).
- „Wahrnehmung/Bewegung sind Phänomene im **Interaktionsbereich** eines lebenden Systems, im besonderen in einem sozialen Bereich.
- Durch die **untrennbare, rekursive, operative Einheit** von Wahrnehmung/Bewegung werden **Unterscheidungen** erzeugt, Wirklichkeiten (Bedeutungen) **konstruiert**.
- Die Wirklichkeitskonstruktionen sind weder richtig noch falsch, im Sinne eines richtigen Erfassens einer objektiven, unabhängigen Außenwelt. Sie sind lediglich **möglich, gangbar, passend, viabel**“ (BALGO/VOSS 1995, 175).
- „Psychische Strukturen und Prozesse resultieren aus dem Wechselspiel zwischen dem System des Fühlens und dem System des Denkens.
- Durch **repetitive Aktion** bzw. **sensomotorische Erfahrungen** verbinden sich beide zu konstanten, funktionell integrierten, **affektiv-kognitiven Bezugssystemen** (affektlogischen System). Sie sind Niederschlag der erfahrenen Lebensgeschichte.
- Es besteht ein enger **Zusammenhang** zwischen den **Affekten** und dem **Gedächtnis**“ (BALGO/VOSS 1995, 180).
- „Soziale Systeme bestehen **nicht** aus psychischen Systemen, sondern sie sind durch **Sinn** definierte **kommunikative Handlungssysteme**.
- Ein Mensch wird allenfalls als eine ‚**Verkörperung**‘ von **Mitgliedschaften** in sozialen Systemen betrachtet. Ein Mitglied wird durch die **Handlungserwartungen** durch das soziale System erzeugt und bringt seinerseits das soziale System durch seine **kommunikativen Beiträge** hervor.
- Wenn ein soziales System ein **Problem** zu seinem **Thema** macht, entsteht ein **Problemsystem**. In diesem Sinne ‚**hat**‘ ein soziales System (z. B. Familie) **kein** Problem, sondern ein Problem **schafft** ein soziales System (Problemsystem)“ (BALGO/VOSS 1995, 180).
- „Das (Bewegungs-)Verhalten und die Wahrnehmungen eines Kindes lassen sich nur bei Kenntnis seines **Interaktionsbereiches**, seines **Lebenskontextes** bewerten.

- Körperliches Funktionieren ist zwar **Voraussetzung** für ‚normales‘ Wahrnehmen und Bewegen, **erklärt** dies aber **nicht**, d.h. es kann nicht daraus abgeleitet bzw. darauf reduziert werden.
- Wahrnehmungen/Bewegungen sind in ihrem interaktionellen und sozialen Kontext **viabile** Wirklichkeitsbeschreibungen und **weder richtig noch falsch**. Da ihre Bewertungen als ‚gestört‘ **soziale** Definitionen sind, wird der Kontext relevant, in dem sie **sich zeigen**. Sie sind **Ausdruck** einer gesamten Ökologie **von Beziehungen**“ (BALGO/VOSS 1995, 185).

Unter „systemischer Bewegungstherapie“ verstehen BALGO und VOSS eine Durchführung der therapeutischen Praxis aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Sie orientiert sich an den am Werden ausgerichteten Zielvorstellungen des Heilens und dem Interaktionskonzept der Autonomie. Gesundheit ist damit kontextabhängig und kein absoluter Wert. Krankheit wird begriffen als eine Anpassungsform eines fortschreitenden Lebensprozesses. Der aktuelle Zustand des Kindes wird dabei auf die Geschichte seiner strukturellen Koppelungen bezogen. Es geht also darum, einen dem Kind möglichen Zustand zu erreichen, der nicht als krank bezeichnet wird. Das Ziel der systemischen Bewegungstherapie orientiert sich an dem jeweiligen Kind in seinen Lebensbezügen. Der Therapieprozess wird dabei fortlaufend der Entwicklung des Kindes angepasst. „Systemische Bewegungstherapie wird als ein Prozeß zwischen autonomen, voneinander unabhängigen, gleichberechtigten Menschen (Kind/Helfer) verstanden. Hierbei stellt der Therapeut seine Erfahrungen, sein Können und sein Wissen zur Verfügung, um in einer partnerschaftlichen, dialogischen **Kooperation** das Kind beim Auffinden und Ausprobieren von Alternativen zu **unterstützen**“ (BALGO/VOSS 1995, 185). Dabei sind gezielte Veränderungen mit Hilfe von kausalen Maßnahmen unmöglich, da von operationaler Geschlossenheit ausgegangen wird. Das relativiert die standardisierten diagnostischen und therapeutischen Strategien und bestreitet die Planbarkeit von Therapie. Diagnostik soll hier angesehen werden als Erkundung von **Kompetenzen** und **Ressourcen** des Kindes. „Therapie heißt die **Schaffung von Rahmenbedingungen**, in denen sich das Kind seinen Möglichkeiten und Wünschen entsprechend verändern kann. Dabei geht es um die Verwirklichung einer Haltung des Therapeuten, diese Veränderungen von Seiten des Kindes nicht zu behindern, sondern zu ermöglichen und zu fördern“ (BALGO/VOSS 1995, 187). Der Therapeut wird bei der systemischen Bewegungstherapie eher gebremst und muss nicht wissen, was für das Kind das Beste ist. „Systemische Bewegungstherapie versteht sich als ein dialogischer, kooperierender Prozeß, bei dem der Therapeut aktive Schritte zur strukturellen Kopplung mit dem Kind unternimmt, das Kind aber lediglich ‚perturbiert‘, anregt, verstört bzw. irritiert“ (BALGO/VOSS 1995, 187). Die wirksame Orientierung des Kindes ist von den aktuellen Strukturen, Regeln, Ordnungsmustern, d. h. der Selbststeuerung des Kindes abhängig. Das Kind soll soviel Bestätigung bekommen, dass es für seine Selbstsicherheit und eine vertrauensvolle Kooperation ausreicht. Durch das Angebot von Erstmaligem,

Unterschiedlichem, Unerwartetem kann eine neue Art von Veränderung auftreten. In dieser Therapie wird also weniger das Defizit bekämpft, sondern an der Bekräftigung der Kompetenzen und Ressourcen des Kindes gearbeitet. Zwischen neuen Angeboten und reiner Bestätigung soll ein Gleichgewicht behalten werden. Ein Angebot ist optimal, das den Unterschied macht, der einen Unterschied macht. Der explizite Inhalt des Angebotes sollte stimmen und dessen Form, die impliziten Regeln der konkreten Interaktionen. „Damit systemische Bewegungstherapie ‚verstört‘, ohne dabei die Integrität und Autonomie des Kindes zu zerstören, muß die Beziehung zwischen Therapeut und Kind eine ‚Spielbeziehung‘ sein, [...]“ (BALGO/VOSS 1995, 187).

Hier noch eine kurze Zusammenfassung von BALGO und VOSS:

- „Systemische Bewegungstherapie orientiert sich an den am Werden ausgerichteten Heilzielen sowie am Interaktionskonzept der Autonomie. Es geht um das Erreichen eines dem Kind individuell möglichen Zustands und nicht um einen kontextunabhängigen Sollwert von Gesundheit. Sie ist ein Prozeß zwischen autonomen, voneinander unabhängigen, gleichberechtigten Menschen in einer partnerschaftlichen, dialogischen Kooperation, in der das Kind beim Auffinden und Ausprobieren von Alternativen unterstützt wird.
- Ausgangspunkt ist die Eigenstruktur, die Eigenleistung, der ‚Eigensinn‘, die Kompetenzen und Ressourcen des Kindes.
- Das empathisch geleitete Angebot von ‚Unterschieden, die einen Unterschied machen‘ bewegt sich zwischen den beiden Aspekten der Erstmaligkeit und Bestätigung. Die therapeutische Beziehung ist eine Spielbeziehung, geprägt durch ‚Liebe und Spiel‘“ (BALGO/VOSS 1995, 188).

Wenn das Kind nicht mehr als Opfer der Körper- oder Stigmatisierungsprozesse angesehen wird, hat es große Auswirkungen auf die Art der Therapie. Die Einheit des Kindes im Kontext seiner ganzheitlichen Lebenssituation steht im Vordergrund. Diese Behandlung kann, so meinen VOSS und BALGO, nur ein multiprofessionelles Team leisten.

„Die Abkehr von einer Position, in der **nicht** mehr das **Kind**, **nicht** mehr die ‚**Störung**‘, sondern die **Einheit des Kindes im Kontext seiner ganzheitlichen Lebenssituation** im Zentrum der Betrachtung steht, erfordert eine Behandlung über ein **multiprofessionelles Team**“ (BALGO/VOSS 1995, 191).

„Ein interaktionelles Verstehen von ‚Störung‘ verdeutlicht somit den sich vollziehenden Paradigmawechsel in den Humanwissenschaften: **vom Individuum zum Kontext, vom ‚Defizit‘ zur Kompetenz, vom ‚Macher‘ zum Team**. Eine Perspektive der systemischen Vernetztheit des Kindes erfaßt bezüglich einer umfassenden Theorie im Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Verhaltensbereich die individuelle [...], die lebensweltliche [...] sowie lebensgeschichtliche Ebene [...] und ihre **Relationen als systemische Einheit**“ (BAL-

GO/VOSS 1995, 189). Es muss beachtet werden, dass das jeweilige System, die Familie, in einen gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen eingebunden ist. Es ist also eine lebensweltorientierte und professionsübergreifende Entwicklungsförderung vonnöten, die lang andauernde Therapien vermeidet.

„Es geht um eine lebensweltbezogene Entwicklungsförderung durch systempädagogische und -therapeutische Erfahrungen, multi- bzw. interprofessionelle, selbsthilfe- oder netzwerkorientierte Förderkonzepte“ (BALGO/VOSS 1995, 191).

Die systemische Familientherapie geht gegenüber der systemischen Bewegungstherapie noch weiter, sie nutzt nicht nur die systemisch-konstruktivistische Position, sondern arbeitet mit der ganzen Familie bzw. Teilen der Familie und nutzt die Möglichkeiten des Reflektierens.

8. Erprobung an einzelnen familiären Systemen

8.0 Methodisches Vorgehen: Mögliche Tests und Fragebögen

Zuerst geht es darum, aus standardisierten Verfahren Veränderungsparameter festzulegen, die voraussichtlich Veränderungen der Familien in ihrer Struktur nachweisen und anzeigen.

Die motorischen Veränderungen werden über den MOT, allerdings nur am Indexpatienten, erfasst. Die bei Frau Prof. Dr. R. ZIMMER und einer Arbeitsgruppe, an der die Verfasserin mitbeteiligt ist, in der Entwicklung befindliche Neufassung enthält auch sensorische Variablen. Sie ist leider noch nicht fertig gestellt und konnte so im Rahmen der Erprobungsphase dieser Arbeit nicht zur Anwendung kommen.

Die *sensorischen Variablen* aus dem von der Verfasserin in der Diplomarbeit erstellten Test (LICHER-RÜSCHEN 1998, im Anhang III: Rohentwurf des Testverfahrens) sollten erst genutzt werden; da sie aber noch nicht standardisiert sind, können sie nur als Beobachtungsindikatoren eingesetzt werden. Sie wurden zwar in der Erprobung mit erfasst, werden aber nicht weiter in die Auswertung einfließen.

Der *Fragebogen* aus der Diplomarbeit der Autorin (LICHER-RÜSCHEN 1998, im Anhang I), der bei den Eltern motorische, sensorische, psychische und medizinische Stärken und Schwächen und die familiäre Situation abfragt, wird nur in der Weise genutzt, dass eventuelle Besonderheiten dadurch bekannt werden. Er wird aber nicht in die Auswertung mit eingehen, da er sehr viele Variablen erfasst, die nicht operationalisiert sind. Dieser Bogen wurde den Eltern am Anfang der Erprobung gereicht, wenn sie sich entschieden hatten, am Forschungsprojekt „Psychomotorische Familientherapie“ teilzunehmen.

Zudem sollten beim ersten Zusammentreffen und nach Abschluss des Verfahrens ein *Familienbrett* oder der *FAST* und ein *Fragebogenverfahren* durchgeführt werden. Welche Variablen/Parameter erfasst werden, wurde in Kapitel 7 geklärt.

8.1 Familientests

8.1.1 Familienbrett

Das **Familienbrett** von K. LUDEWIG und U. WILKEN (1983) ist ein Brett, auf das Holzfiguren gestellt werden können, die stellvertretend für Familienangehörige stehen. Sie werden in der Form aufgestellt, wie deren Nähe und Distanz von einzelnen Familienmitgliedern zueinander empfunden werden. Es erscheint mir sehr einfach in der Handhabung, wobei keine Altersangaben aufgeführt werden, ab wann ein Kind diese Zusammenhänge der Familienbeziehung realisieren kann. Nach LIEBSCH (1984) mit Bezug auf SELMANS (1976/1982) Personen- und Beziehungskonzepte ist dies für ein

(1976/1982) Personen- und Beziehungskonzepte ist dies für ein Kind zwischen 3 und 6 Jahren durch seine egozentrische oder undifferenzierte Perspektive nicht möglich. In Einzelfällen habe ich aber bei Kindern in diesem Alter andere Erfahrungen gemacht. Sie können es vielleicht nicht so artikulieren, aber doch durch Bewegungen und Symbolik verdeutlichen. Die Frage war, ob trotz dieser reduzierten Perspektivenübernahme, wenn sie denn so stimmt, die Aufstellung durch die ganze Familie auch dem Kind in dem Alter zwischen 4 und 6 Jahren den Zugang eröffnet, diese mit zu gestalten und seine Ansichten bzw. Empfindungen mit einzubringen.

8.1.2 FAST (Familiensystemtest)

„Der FAST ist kein normatives Verfahren im Sinne der klassischen Testtheorie, sondern vielmehr ein Instrument zur metaphorischen Beschreibung von Familiensystemen durch deren Mitglieder oder Außenstehende. Mit dem FAST wurde der Versuch unternommen, ein vielseitig anwendbares, darstellendes Verfahren zu entwickeln, welches eine quantitative und qualitative Analyse von Beziehungsmustern auf einfache Weise ermöglicht“ (GEHRING 1992, 11). Zentrale Dimensionen für die Beschreibung von Familienbeziehungen sind hier *Kohäsion* und *Hierarchie*. Der Begriff Kohäsion wird definiert als „emotionale Bindung zwischen Familienmitgliedern“ und in Bezug auf das Familiensystem, „um zu beschreiben, inwiefern sich die Familienmitglieder als zusammenhängendes Ganzes erleben“ (GEHRING 1992, 12). Der Begriff Hierarchie wird hier benutzt, um die gegenseitigen Einflussmöglichkeiten von Familienmitgliedern z.B. in Bezug auf Entscheidungsmacht, Dominanz zu klären. „Der Begriff Grenze wird für die Beschreibung der Beziehungen von Familien zu ihrer sozialen Umwelt sowie denjenigen zwischen familiären Subsystemen (z.B. Individuum, Dyade, Triade) verwendet. Familientherapeuten betrachten die Entwicklung von Grenzen als wichtigen Parameter für die Beurteilung von Familienstrukturen“ (GEHRING 1992, 12).

Es können zwei Typen von familiären Subsystemen differenziert werden: Mitglieder derselben Generation (Eltern- und Geschwistersubsysteme) und aus zwei Generationen (Eltern-Kind-Subsysteme). Im Familienmodell wird beschrieben, dass nicht klinische Familien die Fähigkeit besitzen, ihre unterschiedlichen Bedürfnisse und Wahrnehmungen kohärent zu äußern und einen Kompromiss zu finden. „Die Beziehungsmuster von Familien mit psychosozialen Problemen werden vor allem [...] als extrem zentripetal (wenig extrafamiliäre Orientierung) oder stark zentrifugal (wenig intrafamiliäre Orientierung) beschrieben (BEAVERS & VOELLER, 1983). In Bezug auf die Kohäsion beschreiben sie Bindungen, die verstrickt („enmeshed“) sind bis hin zur Ausstoßung eines Familienmitgliedes (MINUCHIN & FISHMAN, 1981). Des Weiteren wird die Kohäsions- und Hierarchiestruktur häufig entweder als rigid (wenig Transformation) oder als chaotisch (wenig Stabilität) beschrieben (GREEN, KOLEVZON & VOSLER, 1985). Auf der Interaktionsebene kann sich dies in Schwierigkeiten der Familienmitglieder manifestieren, ihre unterschiedlichen Bedürfnisse und Wahrnehmungen der gegenseitigen Beziehungen kohärent zum Ausdruck

zu bringen (SELVINI-PALAZZOLI, 1986). Es wird angenommen, dass solche Beziehungsmuster die Entwicklung der Familienmitglieder einschränken und die Entstehung psychosozialer Probleme begünstigen“ (GEHRING 1992, 13). Es kann gesagt werden, „[...] dass Familien mit psychosozialen Problemen im Vergleich zu nicht-klinischen Familien häufiger wenig kohäsive und hierarchisch unbalancierte (egalitäre oder sehr hierarchische) Beziehungsstrukturen sowie undeutliche Generationsgrenzen (intergenerationelle Koalitionen und Hierarchieumkehrungen) aufweisen“ (GEHRING 1992, 14).

„Figurentechniken, mit welchen die Familienbeziehungen räumlich dargestellt werden, ermöglichen sowohl eine kombinierte Analyse individueller und gemeinsamer Wahrnehmungen von Familienstrukturen als auch eine standardisierte Interaktionsbeobachtung. Zudem können diese Verfahren schon bei Kindern im Vorschulalter angewendet werden“ (GEHRING 1992, 14). Das wäre für mein Anliegen nützlich, da die meisten Kinder, die an der Erprobung teilnehmen, im Vorschulalter sind. Die Figurentechniken, entstanden aus den Familienskulpturen, messen Kohäsion mittels Distanzen zwischen den Figuren, die Familienmitglieder darstellen. Die Distanzen zwischen den Figuren scheinen in Abhängigkeit von der Wahrnehmung der Beziehungen beziehungsweise der dargestellten Situation gewählt zu werden. „Familienmitglieder porträtierten ihre Beziehungen in der Regel kohäsiv und zeigten mehr Distanz in Konflikt- oder Streßsituationen (GERBER & KASWAN, 1971; GUARDO & MEISELS, 1971)“ (GEHRING 1992, 15).

„Hierarchie wurde gemessen, indem individuelle Darstellungen von Kohäsion mit der Gruppendarstellung (gemeinsame Darstellung der Familienmitglieder) hinsichtlich ihrer Übereinstimmung verglichen wurden [...]“ (GEHRING 1992, 15).

Der FAST besitzt eine 3-dimensionale Figurentechnik. „Mit diesem Verfahren werden Kohäsion mittels der Distanzen zwischen den Figuren und Hierarchie mittels deren Erhöhung mit Klötzchen synchron und separat dargestellt“ (GEHRING 1992, 15).

„Der FAST dient der quantitativen und qualitativen Erfassung von individuellen und gemeinsamen Wahrnehmungen familiärer Beziehungsstrukturen in verschiedenen Situationen durch Personen ab dem sechsten Lebensjahr“ (GEHRING 1992, 16). Auch Kinder sollen nach GEHRING im Vorschulalter das Testprinzip schon verstehen. Das Testmaterial sind eine quadratische Platte, Figuren, Klötzchen und Testformulare. Die Versuchsperson muss drei Formen von Familienbeziehungen darstellen, und zwar die typischerweise, idealerweise und in einer Konfliktsituation bestehende Beziehung zu den einzelnen Familienangehörigen. Nach jeder Familiendarstellung folgt eine Nachbefragung. Zuerst stellen die Familienmitglieder einzeln ihre Repräsentationen auf, ohne Ansicht der Aufstellungen der anderen Mitglieder. Dann wird noch einmal gemeinsam aufgestellt. Die unterschiedlichen Einschätzungen sollten später diskutiert werden, und es sollte sich auf eine gemeinsame Darstellung geeinigt werden. Die Auswechslung der Holzfiguren durch Farbfiguren erfolgt erst im dritten Schritt nach der Aufstellung der Figuren mit bestimmten Abständen (erster Schritt) und nach Stellen der Figuren auf verschieden hohe Klötzchen. Je nach

Annahme der Einflussnahme der jeweiligen Figur sollen die Figuren hoch oder niedrig gestellt werden. Nach der Fertigstellung der ersten Darstellung werden noch Fragen gestellt. Dann folgt nach der typischen Aufstellung das Ganze noch einmal in einer idealen Vorstellung und als Letztes in der Vorstellung einer Konfliktsituation. Bei der Testauswertung werden Berechnungsmodi für die Kohäsion, für die Hierarchie, für die Flexibilität und die Wahrnehmungsunterschiede aufgezeigt. Zudem erfolgt eine Klassifizierung von Beziehungsstrukturtypen.

Die Anwendungsmöglichkeit bei meinem Vorhaben ist sicher gegeben, allerdings mit Einschränkungen, da die Kinder, besonders die Vorschulkinder, nicht so differenziert betrachten können und noch mehr von den momentanen Ereignissen abhängig sind. Der FAST soll hier gebraucht werden, um dialogische Konzepte zu entwickeln und klinische Problemlösungsprozesse zu evaluieren, um so zum differenzierten Verstehen von Familiensystemen beizutragen.

Dieses Verfahren wird bei der Erprobungsphase zur Anwendung kommen, da es im deutschen Sprachraum als einziges ein quantitatives Auswertungsschema enthält, was z. B. bei dem Familienbrett nicht der Fall ist. Andere Verfahren liegen nur im englischen Sprachraum vor. Bei der Auswertung stellen sich allerdings einige Probleme in der Bewertung, was als günstige Konstellation bzw. Positionierung der Familien angesehen wird. Auf der Familienebene halte ich die Bewertung für angemessen. Ich habe zumindest mit der Bewertung der Unterkategorien in der Subsystemebene Schwierigkeiten. So wird z. B. bei der Elternbeziehung, wenn die tiefe Hierarchie sich zur mittleren entwickelt oder tiefere zu mittlerer Kohäsion, aus der unbalancierten eine labil-balancierte Beziehung in der Bewertung. Die Beziehung der Eltern zueinander bei erhöhter Hierarchie als balanciert zu bewerten, halte ich für problematisch im Blick auf die Gleichberechtigung von Mann und Frau bzw. Mutter und Vater. Es könnte auch besser sein für die Familie, wenn beide die gleiche Entscheidungsmacht oder gegenseitige Einflussmöglichkeiten haben. Problematisch finde ich es auch, wenn z. B. unter 3 Geschwistern bei der Bewertung die Hierarchie von tief auf mittel steigt, wobei hohe Kohäsion gilt, dass dann die Bewertung von unbalanciert zu balanciert wechselt. Dies bedeutet, dass die Beziehung besser bewertet wird, wenn die Geschwister hierarchisch zueinander stehen. Dabei wird es kritisch, wenn bei der Bewertung nicht deutlich wird, dass z.B. der kleine 6-jährige Bruder mehr Dominanz hat als die beiden älteren Brüder von 12 und 15 Jahren. Dies halte ich nicht für angemessen, auch wenn in der Familiensituation eventuell eine vorübergehende Überbeachtung des Jüngsten sinnvoll sein mag, wenn dieser vorher kaum Beachtung im Familiensystem fand (vergleiche Fallbeispiel Familie E!).

In der Abbildung 28 werden die Typen der familiären Beziehungsstrukturen miteinander in Beziehung gesetzt, um aufzuzeigen, wann eine Beziehungsstruktur bei tiefer, mittlerer oder hoher Hierarchie und bei tiefer, mittlerer oder hoher Kohäsion als balanciert, labil-balanciert oder unbalanciert bewertet wird.

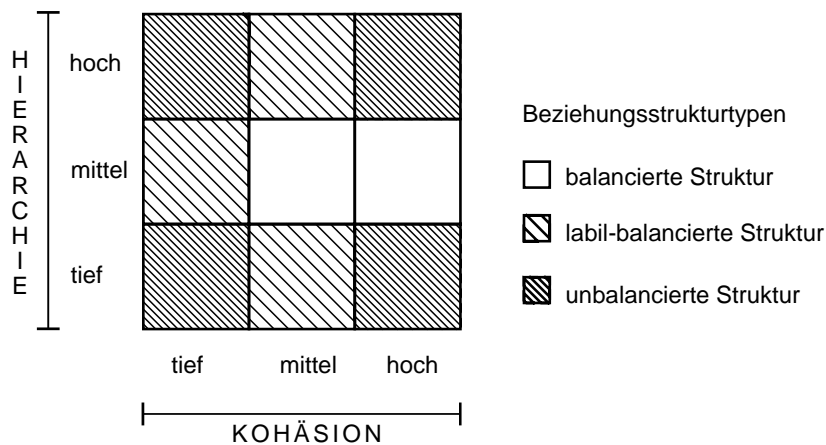


Abb. 28: Typen familiärer Beziehungsstrukturen (aus GEHRING 1992, 30)

8.2 Prozessmodelle und Ratingskalen

Die drei nun beschriebenen theoretischen Modelle „untersuchen Familienprozesse mit dem Ziel, verschiedene klinische und empirische Befunde mit unterschiedlichem theoretischem Hintergrund zu integrieren. Die Modelle ermöglichen die Erfassung und Beschreibung von günstigen und weniger günstigen Mustern von Familienbeziehungen und -strukturen. Im Einklang mit den Grundprinzipien der Systemtheorie versuchen alle Modelle, die Familie als Ganzes zu begreifen und ihre Strukturen zu analysieren. [Sie; U. L.-R.] ermöglichen die Kategorisierung von Familien gemäß theoretischer Konzepte, die sich empirisch als messbar und klinisch als nützlich herausgestellt haben“ (CIERPKA 1996, 414).

8.2.1 Circumplex Model of Marital and Family Systems (OLSON et al. 1979)

„Das Modell basiert auf den Dimensionen Kohäsion und Adaptabilität, später (OLSON et al.) wurde die ‚unterstützende‘ Dimension Kommunikation hinzugefügt. Diese wurde jedoch nicht in das zweidimensionale Grundmodell eingeschlossen.

Kohäsion ist definiert als das ‚Ausmaß emotionaler Verbindung, die Familienmitglieder miteinander haben‘ (OLSON et al. 1983, 70)“ (CIERPKA 1996, 415). Diese wird eingeteilt in niedrige (losgelöste, getrennte) oder hohe (verbundene, verstrickte) Kohäsion.

„Olson definiert Adaptabilität als die Fähigkeit eines Paares bzw. Familiensystems, seine Machtstrukturen, Rollenbeziehungen und Beziehungsregeln entsprechend den situativen und entwicklungsbedingten Belastungen zu verändern“ (CIERPKA 1996, 415). Niedrige Adaptabilität wird als rigide bezeichnet, während hohe Adaptabilität als chaotisch definiert wird. Adaptabilität reflektiert also die Veränderungsfähigkeit der Familie.

„Das Circumflexmodell arbeitet also mit der Hypothese, dass sowohl Morphogenese als auch Morphostase notwendig sind für die Lebensfähigkeit eines Familiensystems. Zu viel

Veränderung, die zum Chaos führt, oder zu wenig Veränderung, die Rigidität nach sich zieht, werden als dysfunktional für das Familiensystem angesehen (vgl. OLSON et al. 1983, 77)“ (CIERPKA 1996, 416).

8.2.2 OLSONS klinische Ratingskala (OKRS)

Die OKRS operationalisiert die drei Dimensionen des Circumplexmodells. Kohäsion besteht aus sieben, Adaptabilität aus sechs und Kommunikation aus weiteren sechs Skalen. Ein klinisches Interview mit der Familie oder eine 30-minütige Videoaufzeichnung davon, wie die Familie bestimmte Fragen diskutiert, dient als Grundlage für die Bewertung.

8.2.3 BEAVERS Systems Model (BEAVERS et al. 1990)

Das Modell soll zwischen klinischen und „normalen“ Familien unterscheiden. Die grundlegenden Dimensionen sind: Familienkompetenz und Familienstil. „Familienkompetenz beschreibt, wie sich eine Familie als interaktionelle Einheit organisiert.“ (CIERPKA 1996, 420) Das Konzept des Familienstils bezieht sich auf die zentrifugalen (ausstoßenden) und zentripetalen (bindenden) Kräfte in einer Familie. „Das Modell faßt die beiden Dimensionen Kompetenz und Stil in einer Weise zusammen, daß der Funktionsgrad einer Familie über den Entwicklungsprozeß hinweg verfolgt werden kann. So gelangen die Autoren zu fünf Klassen von zentripetalen (gebundenen), zentrifugalen (ausgestoßenen) oder gemischten Familienstilen in gradueller Abstufung der Familienkompetenz (schwer gestört, ‚borderline‘, durchschnittlich, angemessen, optimal)“ (CIERPKA 1996, 420–421).

8.2.4 Die BEAVERS Interaktionsskalen: I Familienkompetenz und II Familienstil

BEAVERS et al. haben ein zweiteiliges Beobachtungsinstrumentarium vom BEAVERS Systems Model abgeleitet:

- die Familienkompetenzskalen (FKS) mit sechs Skalen und 13 Items: Familienstruktur, Realitätsbezug, zielgerichtete Verhandlungsfähigkeit, Autonomie, Familienaffekt, allgemeine Befindlichkeit
- und die Familienstilskalen (FSS) mit acht Skalen, die mit den Items identisch sind. Sie lauten: Abhängigkeitsbedürfnisse, Konflikt zwischen Erwachsenen, körperliche Nähe, soziale Präsentation und Auftreten, Ausdruck von gefühlsmäßiger Nähe, Aggressivität, globaler Familienstil (vgl. CIERPKA 1996, 423).

„Die Einschätzung der Beobachter sollte nach Angaben der Autoren auf der Grundlage eines 15-minütigen Videos vorgenommen werden“ (CIERPKA 1996, 424), auf dem die Familie vorgegebene Fragen diskutiert. Die vorgegebenen Fragen scheinen mir für meine Altersgruppe von Kindern noch eine Überforderung zu sein, z. B. die Bedeutung von gefühlsmäßiger Nähe. Die Diskussion der Planung eines Ausfluges wäre sicher möglich oder das Reden darüber, was der Familie zurzeit die größten Sorgen bereitet bzw. welche Stärken die Familie hat. Da noch eine Viertelstunde lang darüber geredet werden soll, was in

der Familie verändert werden soll, erscheint mir das ein zu langer Zeitraum für 4- bis 8-jährige Kinder, um konzentriert und motiviert mitarbeiten zu können, gerade bei Kindern, die z. B. wegen ihrer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten kommen. Das Modell ist komplex in seiner Anwendung, aber auch in der Auswertung und Wertberechnung sehr kompliziert und aufwändig.

8.2.5 McMASTER Model of Family Functioning (EPSTEIN et al. 1978)

„Das Modell hat Prozesscharakter, indem es durch unterschiedliche Normen je nach dem Entwicklungsstand der Familie im Lebenszyklus gekennzeichnet ist“ (CIERPKA 1996, 425). Das Modell umfasst sechs Dimensionen, die gleichberechtigt nebeneinander stehen: Problemlösung (die Fähigkeit der Familie, Probleme in einem Grad zu lösen, welcher die Funktionsfähigkeit der Familie aufrecht erhält), die Kommunikation (gekennzeichnet durch den Austausch von Informationen innerhalb der Familie), Rollen (als sich wiederholende Verhaltensmuster, durch welche die Familienmitglieder ihre Funktionen und Aufgaben wahrnehmen), Emotionalität (beinhaltet die Fähigkeit der Familienmitglieder, mit einem angemessenen Ausmaß an Gefühlen – „Versorgungsgefühle und Notfallgefühle“ – aufeinander zu reagieren und aufeinander einzugehen), affektive Beziehungsaufnahme (bezeichnet das Ausmaß, in dem Familienmitglieder an den Aktivitäten und Neigungen anderer Familienmitglieder Interesse zeigen) und Verhaltenskontrolle.

„Die sechs Dimensionen bilden die Vielfalt und Reichhaltigkeit der Familieninteraktionen in all ihrer Komplexität ab, erlauben jedoch deswegen keine graphische Repräsentation des Modells“ (CIERPKA 1996, 425). „Das Modell scheint besonders gut geeignet, den Funktionsgrad von Familien mit Kleinkindern zu messen (MAZIADÉ et al. 1985)“ (CIERPKA 1996, 426).

8.2.6 McMASTER Klinische Ratingskala (MKRS) (EPSTEIN et al. 1982)

Da die MKRS keine Standardisierung besitzt, wird sie nicht allzu häufig benutzt. Aus sechs Modelldimensionen besteht die Skala. Diese sind: Problemlösung, Kommunikation, Rollen, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme und Verhaltenskontrolle. „Die sieben Items werden auf einer Antwortskala gemessen, die von eins – schwer gestört – bis sieben – hervorragend – reicht. Eine Bewertung zwischen eins und vier zeigt an, daß die Familie therapeutische Behandlung benötigt“ (CIERPKA 1996, 427). Es wird genau beschrieben, was eine gesunde Familie ist und was auffällige klinische Familienmuster sind. „Als Grundlage für die Einschätzung der Beobachter dient ein klinisches Interview, das sich an den sechs Master-Modell-Dimensionen orientiert“ (CIERPKA 1996, 427). „Die Einfachheit des Modells ist gleichzeitig seine größte Stärke und Schwäche. Die Bewertung der Familie ist schnell vorgenommen, jedoch ist das Ergebnis für sich genommen wenig aussagefähig, da jeglicher Bezug zu Normen fehlt“ (CIERPKA 1996, 428).

„Erst die Anwendung von multiplen Methoden (Selbsteinschätzung via Fragebögen in Kombination mit der Fremdbeobachtung via Ratingskalen) ‚konstruiert‘ die klinische Realität einer Familie so vollständig, wie dies unter den gegebenen Umständen möglich ist. Die Anwendung einer Methode allein liefert ein unvollständiges Bild, das leicht zu Trugschlüssen führen kann. Solche Trugschlüsse können dazu beitragen, daß die Relevanz von familiendiagnostischen Instrumenten in Frage gestellt wird“ (CIERPKA 1996, 429).

8.3 Theoriegebundene Fragebogenverfahren

8.3.1 Structural Family Interaction Scale (SFIS)

„Perosa versucht mit der SFIS, Minuchins (1977) strukturelles Modell als Fragebogen zu operationalisieren. Sie übernahm die beiden zentralen Dimensionen: die Grenzen, die entlang dem Kontinuum zwischen diffus (losgelöst) und rigide (verstrickt) operationalisiert wurden, und die Dimension, wie sich eine Familie an Streß und Konflikte anpassen kann. In diesem 85-Item-Fragebogen ergaben sich 13 Subskalen, die alle ebenfalls vor dem theoretischen Hintergrund der strukturellen Therapie formuliert wurden“ (CIERPKA 1996, 434 bis 435).

8.3.2 Personal-Authority-in-the-Family-System-Questionnaire (PAFS-Q)

„Mit dem PAFS-Q wird versucht, speziell die mehrgenerationale Perspektive [...] in der Familienforschung und -therapie zu erfassen. Der Fragebogen operationalisiert die Beziehungen innerhalb der Familie über die Generationsgrenzen hinweg, so wie sie von den einzelnen Familienmitgliedern wahrgenommen werden. [...] Der PAFS-Q umfaßt acht Subskalen mit insgesamt 132 Items. [...] In diesen Skalen fehlen jedoch so wesentliche Dimensionen wie die Affekte, die affektive Beziehungsaufnahme (für die SFIS) oder auch die Werte und Normen (für den PAFS-Q)“ (CIERPKA 1996, 435).

8.4 Fünf theorieübergreifende Fragebogeninstrumente

8.4.1 Family Environment Scale (FES) (dt.: Familienklimaskalen FKS)

Die FKS dienen „der Ermittlung der perzipierten Familienumwelt, d.h. wie der Mensch seine Umwelt subjektiv erlebt, und nicht, wie diese objektiv gestaltet ist. [...] Die FES basiert damit nicht auf einem familientherapeutischen, sondern auf einem sozialpsychologischen Modell“ (CIERPKA 1996, 436). Es ist laut Autor erst für Kinder ab 14 Jahren geeignet, zudem ist es sehr umfangreich und zu aufwändig für die Familienmitglieder, daher für meine Zwecke nicht zu gebrauchen.

8.4.2 Family Assessment Device (FAD)

„Der FAD basiert auf dem McMaster Model of Family Functioning von Epstein et al. (1978)“ (CIERPKA 1996, 441). Er besteht aus sechs theoretisch abgeleiteten Dimensionen wie Problemlösung, Kommunikation, Rollen, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Verhaltenskontrolle. „Familienmitglieder ab 12 Jahren sind in der Lage, die Fragen zu verstehen“ (CIERPKA 1996, 442). So scheidet dieser Fragebogen leider auch für die von mir angestrebte Familienklientel aus. Zudem liegt er nur in englischer Sprache vor.

8.4.3 Familienbögen von CIERPKA/FREVERT

Die Familienbögen (FB) sind ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Sie sind „ein familiendiagnostisches Instrument zur Erfassung von Stärken und Problemen in ‚familialen Lebensformen‘“ (CIERPKA/FREVERT 1994, Vorwort). Dies entspricht sicher auch dem psychomotorischen Gedankengut, nicht nur die Schwächen, sondern auch die Stärken zu erheben. „Aus der subjektiven Sicht der Familienmitglieder wird die Familie als Ganzes, einzelne Zweierbeziehungen und die eigene Stellung in der Familie mit drei verschiedenen Fragebogenmodulen erfaßt“ (CIERPKA/FREVERT 1994, Vorwort). Die FB sind „ein Selbstberichtsinstrument, das für die Familiendiagnostik und Familientherapie entwickelt wurde. Die Fragebögen können sowohl im klinischen Setting als auch in der Forschung eingesetzt werden“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 1).

Die FB zeichnen sich durch drei Schwerpunkte aus:

- „1. Die Familienbögen basieren auf einem Prozessmodell, das erklären kann, wie eine Familie ‚funktioniert‘.
2. Der familiäre Prozeß wird aus drei Perspektiven beschrieben: der individuellen, der dyadischen und der gesamtfamiliären Perspektive.
3. Für 5 lebenszyklische Phasen [(1) werdende Familie: Paare, die ihr erstes Kind erwarten; (2) Familie mit einem Säugling; (3) Familie mit jüngeren Kindern (1–11 J.); (4) Familie mit Kindern in der Pubertät und Adoleszenz (ältestes Kind mindestens 12 J.); (5) Paare in der Lebensmitte nach Auszug der Kinder; U. L.-R.] wurden Referenzwerte erarbeitet, die eine entwicklungsorientierte Familiendiagnostik ermöglichen.

In der Familiendiagnostik [...] werden Strukturaspekte einer Familie berücksichtigt, um den Status quo im Querschnitt zu erfassen. Die o.g. ersten beiden Charakteristika des Instruments sind Strukturparameter. Mit dem dritten Punkt wird der longitudinalen Betrachtung des Familienprozesses mit seinen notwendigen Veränderungen und Anpassungsleistungen Rechnung getragen“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 1).

Anhand von vorgegebenen Items kann jedes Familienmitglied aus seiner Sicht seine Familie beschreiben. „Die Einschätzungen in den Familienbögen machen Aussagen über die perzipierten Familienprobleme“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 1). Die folgenden theoretischen Dimensionen des Familienmodells werden in den FB als Skalen operationalisiert:

1. *Aufgabenerfüllung*: Biologische, soziale und psychologische Entwicklungsaufgaben müssen bearbeitet werden. Es gibt basale, Entwicklungs- und Krisenaufgaben, wobei „die Fähigkeit einer Familie, sich gerade in Krisensituationen flexibel an die veränderten Umstände anzupassen, das Ausmaß ihrer Funktionalität kennzeichnet“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 4). „In der Analyse der familiären Situation sollte [...] darauf geachtet werden, wer die Familienaufgabe definiert, wer welche Ansätze vertritt und wo die Unterschiede liegen und außerdem, wer die Verantwortung für die Durchführung der Aufgaben übernimmt“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 5).
2. *Rollenverhalten*: Durch sich wiederholende Verhaltensmuster ist eine Rolle bestimmt, aber auch durch den Aushandlungsprozess zwischen Rollenzuweisung und Rollenübernahme. Rollen verändern sich abhängig von Lebenszyklen. Wenn sich eine Rolle einer Person ändert, kann das Auswirkungen auf die Rollen der anderen haben.
3. *Kommunikation*: Ein gegenseitiger Informationsaustausch sollte das Ziel der Kommunikation sein, wobei die Störungen an verschiedenen Stellen auftreten können: beim Sender, Empfänger, in der Botschaft inhaltlich, instrumentell und z. B., wenn der verbale und nonverbale Kanal (Stimmlage, Gesichtsausdruck, Gestik, Körpersprache) sich widersprechen. „Indirekte und verschleierte Kommunikationsvorgänge führen zu Kommunikationsstörungen zwischen den Familienmitgliedern“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 6).
4. *Emotionalität*: „Die beiden affektiven Dimensionen [4 und 5; U. L.-R.] der Familienbögen beziehen sich auf das Ausmaß und die Qualität des Interesses der einzelnen Familienmitglieder füreinander. Familienmitglieder sollten sich in ihren emotionalen Bedürfnissen ergänzen, um ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, der Sicherheit und der gegenseitigen Wertschätzung zu erreichen. [...] Das Ausmaß der Gefühle, das gezeigt und zugelassen wird, wird ‚Emotionalität‘ genannt“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 7). Die Operationalisierung dieser Dimension ist an die Konzeptualisierung der interpersonellen Grenzstörungen angeknüpft. „Bei diffusen Grenzen sind die Beziehungen als involviert bis intrusiv zu kennzeichnen, bei rigiden Grenzen als uninteressiert bis isoliert“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 7).
5. *affektive Beziehungsaufnahme*: „Das Familienmodell geht von einer dialektischen Beziehung beider Prozesse aus, der Sicherheit der Gesamtfamilie einerseits und der Autonomie jedes einzelnen Familienmitgliedes andererseits. Die Unterscheidung der Qualität in der Affektivität von Beziehungen führt zu verschiedenen Familientypen [...]“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 8) wie verstrickten Familien (= „enmeshed families“) und losgelösten Familien (= „disengaged families“), wie MINUCHIN (1977) es beschreibt.
6. *Kontrolle*: „Das Kontrollverhalten kann in einem ersten Ansatz in die Aufrechterhaltung von bestimmten Funktionen und andererseits in Anpassungsprozesse unterschieden werden. Die Funktion der Aufrechterhaltung trägt dafür Sorge, daß jedes Familienmitglied die instrumentellen Aufgaben erfüllt, also die Rollenanforderungen des täglichen Lebens zuverlässig und regelmäßig bewältigt.“ Da sich „die Anforderungen an die einzelnen Familienmitglieder ständig verändern, sind besonders die Anpassungsfunktionen im Kontrollprozeß wichtig. Der Anpassungsprozeß ist davon abhängig, wie

sehr sich die einzelnen Familienmitglieder gegenseitig beeinflussen, so daß die an die Familie gestellten Forderungen erfüllt werden können. [...] Mit den Dimensionen der Vorhersagbarkeit und der Konstruktivität in den Interaktionsprozessen lassen sich jene vier prototypischen Familien, die in der familientherapeutischen Literatur immer wieder genannt werden, beschreiben: die rigiden, die flexiblen, die laissez faire und die chaotischen Familien“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 8–9).

7. *Werte und Normen*: „Jede dieser beschriebenen Dimensionen wird von Wertvorstellungen und Normen beeinflusst. [...] Die über die Generationen tradierten Wertbegriffe sind familiär und natürlich gesellschaftlich determiniert. Dies gilt insbesondere für die moralischen und religiösen Maßstäbe, welche festlegen, was moralisch akzeptabel oder im ethischen Sinne wertvoll ist. Die Zielvorstellungen und Standards der Familie gehen daraus hervor. Viele dieser moralischen oder religiös beeinflussten Wertvorstellungen finden sich in den (explizit oder implizit formulierten) Regeln der Familie wieder. Die Normen einer Familie beschreiben querschnittsmäßig die Summe der Wertvorstellungen, die in derselben als akzeptabel gelten“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 9). Alle anderen Dimensionen werden von den Werten und Normen beeinflusst.

Die Beschreibung, was unter diesen Dimensionen zu verstehen ist, findet sich im Manual von CIERPKA und FREVERT (1994, 4–10).

„Über die sieben Skalen läßt sich graphisch ein Profil der Familie erstellen, das die Probleme in den einzelnen Skalen ausweist. Hierzu können die Rohwerte der Skalen in T-Werte überführt werden. Die Profile lassen sich für die Familie als Ganzes, verschiedene Zweierbeziehungen oder getrennt für die Familienmitglieder erstellen“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 1).

Das Testsystem besteht aus drei Teilen, auch Modulen genannt:

- I) *Allgemeiner Familienbogen* mit 28 Items für die 7 Skalen und 12 weiteren Items für die Kontrollskalen „Soziale Erwünschtheit“ und „Abwehr“ (Die Familie wird als System angeschaut.) (FB–A)
- II) *Zweierbeziehungsbogen* mit 28 Items (Betrachtung der Beziehungen zwischen bestimmten Dyaden) (FB–Z)
- III) *Selbstbeurteilungsbogen* mit 28 Items (Befragung nach der Funktion des einzelnen Familienmitgliedes in der Familie) (FB–S)

„Der modulare Aufbau ermöglicht es, je nach Fragestellung nur einen bestimmten Bogen herauszugreifen oder verschiedene Bögen miteinander zu kombinieren. Dies gewährleistet eine ökonomische und problemadäquate Familiendiagnostik“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 1).

„Die Einschätzung der Items erfolgt auf einer 4-stufigen Ratingskala. Die Items werden nachträglich so gepolt, daß angegebene Probleme zu einer Erhöhung des Skalenwerts führen. [...] Die Handauswertung der Familienbögen ist mit [...] Auswerteschablonen möglich“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 2).

Bei der Auswertung erfolgt eine Berücksichtigung der Veränderung der Familie im Verlauf des Lebenszyklus, weil je nach Entwicklungsphase andere Schwerpunkte z.B. beim Rollenverhalten relevant sind. „Bei der Erstellung der Referenzwerte wird außerdem die unterschiedliche Wahrnehmung des familiendynamischen Prozesses von Müttern, Vätern und Kindern berücksichtigt“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 3).

Das *Familienmodell* (siehe Abb. 29), ausschlaggebend für die 7 Dimensionen in den FB, ist eine Weiterentwicklung des „Family Categories Schema“ von EPSTEIN et al. (1962) und eine überarbeitete Version des „Process Model of Family Functioning“ von STEINHAUER und Mitarbeitern (1984). Das Problemlöseverhalten der Familien soll durch die Dimensionen erfasst werden. „Jede Problemlösung erfordert eine Definition der anstehenden Aufgaben und deren Erfüllung. [...] Das Familienmodell beschreibt das Interagieren von relevanten Variablen, die die Organisation und das Funktionieren einer Familie erklären können“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 4). Es gibt allerdings „keine Aussagen über die Qualität der Einbindung der Familie in das soziale Umfeld. Es konzentriert sich auf die innerfamiliären Parameter“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 4).

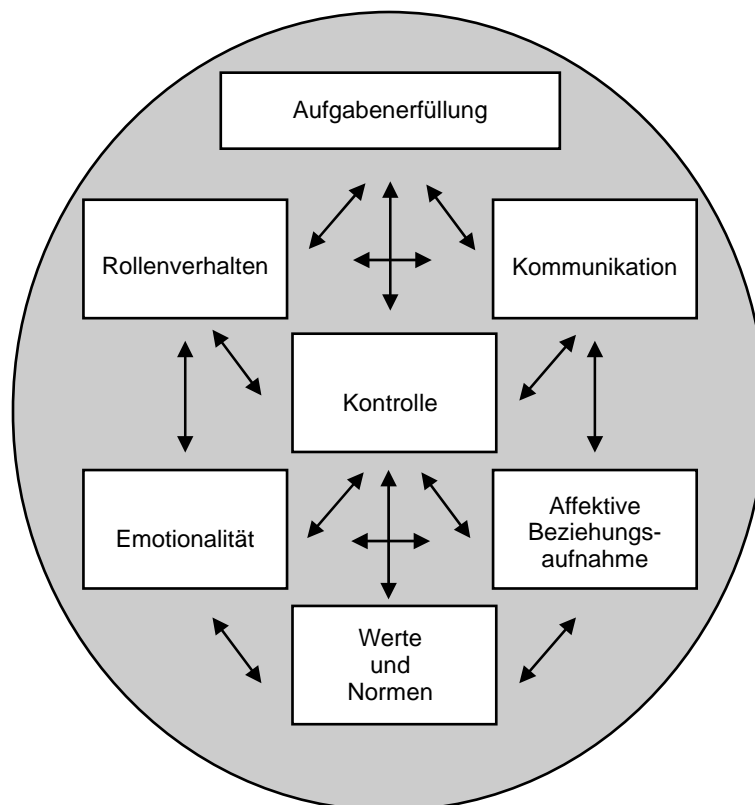


Abb. 29: Das Familienmodell (aus CIERPKA/FREVERT 1994, 5)

„Das *Familienmodell* bietet die Gelegenheit, die Familiendynamik auf dem Hintergrund einer integrierten theoretischen Konzeption besser zu verstehen. Da das Familienmodell den Anspruch erhebt, einen systemischen Überblick über die basalen Funktionen einer Familie zu liefern und die Wirkgrößen zu beschreiben, können die Stärken und Schwächen in der Familie als Teilfunktionen eines Ganzen geortet und analysiert werden.

Im systemtheoretischen Sinne müssen Veränderungen an diesen einzelnen Wirkgrößen Veränderungen an den anderen Funktionen hervorrufen“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 10).

Auch dieser FB ist leider erst für Kinder ab 12 Jahren geeignet, kann aber in der Erprobung von den Erwachsenen genutzt werden. Ich habe dieses Verfahren für meine Untersuchung genutzt, indem die Mütter die Bögen vor und nach der Behandlungszeit der Familie ausgefüllt haben. Leider waren die Väter, falls die Eltern nicht sowieso getrennt lebten, nicht motiviert, diese Bögen auszufüllen.

Die Angaben über die Itemstatistiken, Skalenkonsistenz, Skaleninterkorrelationen, die Validität sind im Manual nachzulesen (siehe CIERPKA/FREVERT 1994).

8.4.4 Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)

Die FACES sind die bekanntesten Fragebogeninventare im Bereich der Familiendiagnostik. FACES III basiert auf dem Modell von OLSEN, dem Circumplex Model of Marital and Family Systems. Die Familie wird durch die Dimensionen Kohäsion (familiärer Zusammenhalt, mit sechs Subskalen) und Adaptabilität (Anpassungsfähigkeit der Familie, mit vier Subskalen) beschrieben. Je 10 Items sind pro Dimension vorhanden. Der Blick liegt auf der ganzen Familie. Für diesen Test wird sogar das Alter von 12 Jahren von CIERPKA (1996) als zu früh angesehen.

8.4.5 Self-Report Family Inventory (SFI)

Das SFI basiert auf dem BEAVERS Systems Model of Family Functioning. Die Dimensionen „Familienkompetenz“ und „familiärer Stil“ werden in fünf Skalen operationalisiert: Gesundheit/Kompetenz, Konflikt, Kohäsion, Führung, emotionaler Ausdruck. Frühestes Nutzungsalter ist wie bei den Vorhergehenden 12 Jahre. Somit ist es für jüngere Kinder nicht geeignet.

Die Verfasserin entschied sich für deutschsprachige Versionen, da eine Übersetzung, wenn auch guter Verfahren, ins Deutsche den Aufwand zu sehr erhöht hätte, aber auch die Übertragung der Normwerte aus Amerika auf die deutsche Population schwierig ist.

Sie entscheidet sich bei den Testverfahren für den **FAST**, da er im Gegensatz zum Familienbrett eine „objektivere“ Auswertungsmöglichkeit besitzt.

Bei der Auswahl der psychischen Fragebögen entscheidet sich die Verfasserin für die **Familienbögen** von CIERPKA/FREVERT (1994). Die Familienklimaskalen scheinen zwar sehr aussagekräftig, aber auch sehr umfangreich. Um die mitmachenden Familien nicht zu sehr zu strapazieren, wählte ich für die „Ausfüller“ und „Ausfüllerinnen“ zeitlich kürzere, aber sehr aussagekräftige Verfahren. Selbst diese wesentlich geringere Fragebogenanzahl bei den Familienbögen war für manche Mütter im Nachhinein schon sehr zeitaufwändig.

8.5 Methodisches Vorgehen

Zu Beginn werden den Müttern einige Fragebögen vorgelegt. Die Väter haben sich bis auf einen aus Familie E nicht an den PMFT-Stunden beteiligt, und dieser eine wollte auch keine Fragebögen ausfüllen.

◆ Fragebogen von URSULA LICHER-RÜSCHEN (1998, Anhang I):

Vor Beginn der Durchführung des neuen Settings wurde der Fragebogen den Müttern zum Ausfüllen gegeben. Der Fragebogen enthält Fragen zu familiären Besonderheiten, zur gesundheitlichen und senso-motorischen Entwicklung des Kindes, zum Schwangerschaftsverlauf, zum Bewegungs- und Sozialverhalten und zum psychischen Zustand des Indexpatienten. Auch das Verhalten im Kindergarten oder in der Schule wird untersucht. Vorlieben und Stärken werden abgefragt. Der Fragebogen wird seit einigen Jahren in verschiedenen Psychomotorikgruppen eingesetzt, auch an der Grundschule. Er wird sowohl von der Verfasserin als auch von den Eltern/Bezugspersonen als sinnvoll und hilfreich angesehen. Da er sehr viele Variablen besitzt, hat die Verfasserin nur die relevantesten für jede Familie als Vorinformation genutzt. In den Vergleich der Familien „vorher und nachher“ wird er aber nicht mit eingehen, da die Parameter nicht alle zu vergleichen und auch zu vielfältig sind.

◆ Familienzusammenhänge von URSULA LICHER-RÜSCHEN (Anhang I/1)

Auf dem Hintergrund der qualitativen Sozialforschung und mit Hilfe der Parameter der Familienklimaskalen wurde von der Verfasserin ein weiterer Fragebogen erfasst. Der Fragebogen „Familienzusammenhänge“ sollte zu Beginn der PMFT durch die Eltern ausgefüllt werden. Er enthält Fragen über die wichtigsten Familienangehörigen in drei Generationen, zum Familienklima in den Ursprungsfamilien väterlicher- und mütterlicherseits, über die positiven und negativen Eigenschaften des Indexpatienten, welche Ereignisse am meisten erinnert werden mit dem Indexpatienten oder mit Vorfahren. Ein Endogramm soll von der Familie erstellt werden. Welcher soziale Kontakt besteht zu der Verwandtschaft? Fragen über Gefühle, Werte und Normen, über Regeln in der Familie, über den Einfluss der einzelnen Familienmitglieder, über Konstellationen werden gestellt. Zuletzt wird gefragt, was man gern zusammen macht.

Der Fragebogen dient nicht für einen Vergleich vor und nach dem Therapieverfahren, sondern lediglich, um eventuelle Besonderheiten mit zu erfassen und zu beachten.

Für die Registrierung der Veränderungen in den Psychomotorikgruppen liefern folgende Verfahren Hilfestellung:

◆ **MOT 4–6 von ZIMMER/VOLKAMER** (vgl. LICHER-RÜSCHEN 1998)

Der Motoriktest für 4–6-Jährige wird zu Beginn der psychomotorischen Therapierreihe durchgeführt, ungefähr nach einem halben Jahr und kurz vor Ende der Therapierreihe.

Der Motoriktest für 4–6-jährige Kinder von ZIMMER und VOLKAMER (1984) erlaubt die Beurteilung des motorischen Entwicklungsstandes schon im frühen Alter. Er entstand vor dem Hintergrund, dass zwar die Bedeutung der Motorik für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern inzwischen erkannt war, dass aber für den Bereich des Vorschulkindes geeignete diagnostische Verfahren zur motorischen Entwicklung ausstanden. Er soll durch seine spielerische Form den Bewegungsbedürfnissen der Kinder Rechnung tragen, andererseits auch testtheoretischen Ansprüchen genügen (BÖS 1987). Der Test umfasst 18 heterogene Aufgaben. Diese wurden von den Autoren den 7 Dimensionen der allgemeinen motorischen Grundfähigkeiten der Motorik zugeordnet. Diese sind: gesamt-körperliche Gewandtheit und Beweglichkeit, feinmotorische Geschicklichkeit, Gleichgewichtsvermögen, Reaktionsfähigkeit, Sprungkraft und Schnelligkeit, Bewegungsgenauigkeit und Koordinationsfähigkeit. Die Begründung für die vorgeschlagenen 7 Dimensionen erfolgt primär auf der Plausibilitätsebene. Die Testaufgaben sind komplex strukturiert und erfordern nach BÖS (1987) die altersgemäße Ausprägung sportmotorischer Fertigkeiten. Der Test soll qualifizierte Informationen über die motorische Entwicklung im Vorschulalter enthalten. BÖS gibt an, dass er auch die Effizienz von „Bewegungsprogrammen“ und Spielangeboten überprüfbar macht sowie es ermöglicht, Leistungen und Fähigkeiten von unterschiedlichen Gruppen zu vergleichen (BÖS 1987). Er schreibt, dass ein Teil der Testaufgaben demonstriert werden sollte. Die Autoren geben im Manual vor, dass es erforderlich ist, einige Aufgaben zu demonstrieren, bei anderen stellen sie es frei. Bei eigenen Durchführungen hat es sich für mich als sinnvoll erwiesen, *alle* Aufgaben zu demonstrieren oder je nach Auffassungsgabe des Kindes einige auszuwählen. Die Bewertung des MOT erfolgt vor allem nach quantitativen, aber auch nach qualitativen Kriterien und geht von 0–2 Punkten je Aufgabe aus.

„Die bisher vorliegenden Testanalysen bestätigen nach Autorenangaben eine hinreichende Objektivität, Reliabilität und Validität des Testverfahrens. Der Gesamtwert des Tests kann als Index für den Stand der motorischen Entwicklung im Vorschulalter und als Indikator für die allgemeine sportmotorische Leistungsfähigkeit in dieser Altersstufe angesehen werden. Das bestätigt sich auch durch die Korrelation von $r = 0.68$ mit dem Koordinations-test KTK“ (BÖS 1987, 34).

Für den Summenscore liegen Normwerte (inzwischen über 10 Jahre alt) in Halbjahresschritten vor. Neben der Punktauswertung sind auch Anmerkungen zum Verhalten des Kindes während der Testdurchführung vorgesehen, die bei der Einschätzung des Testergebnisses wichtige Hilfen liefern können.

Gegenüber dem KTK zeichnet sich der MOT durch spielerischere, kindgerechtere Aufgaben (ZIMMER 1984) und durch einen höheren Aufforderungscharakter aus (BÖS 1987). Auch das Material kommt dem kindlichen Bedürfnis nach Abwechslung entgegen. Als vorteilhaft erweist sich die Möglichkeit, die unterschiedlichen Aufgaben in verschiedene Spielideen oder kleine Geschichten für die Kinder einzubinden. Gruppentestungen zu je 2 Kindern mit einer Testleiterin und einer Beobachterin haben sich als sinnvoll erwiesen. Allerdings kann der Test nach einiger Übung auch gut von einer Person durchgeführt werden.

Spezielle Testleiterhinweise wie z.B. Spielvorschläge wären hilfreich. Die Skala verschenkt leider wesentliche Informationen bezüglich der Qualität der Aufgabendurchführung. Ein von mir zum MOT erstellter Beobachtungskatalog mit Kategorienregister für psychische, motorische und sensorische Kategorien kann zur gleichzeitigen Beobachtung bei den Aufgaben sehr hilfreich sein (vgl. LICHER-RÜSCHEN 1998). Weitere anwendungsorientierte Evaluationen bzw. Validitätsnachweise stehen noch aus. „Die ausführlichen Testbeschreibungen, die befriedigende teststatistische Überprüfung sowie die vorliegenden Normierungstabellen lassen die Anwendung des MOT empfehlenswert erscheinen“ (BÖS 1987, 34). Ich halte den MOT für gut und das beste auf dem Markt erhältliche Bewertungsverfahren, wenn auch mittlerweile für veränderungsbedürftig.

„Wünschenswert wäre dazu zum einen eine bessere Verankerung der Anforderungsprofile der Testaufgaben in bestehende theoretische Konzepte zur Entwicklung motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten und daraus abgeleitet eine theoretische Schwierigkeitsreihung der Aufgaben, zum anderen aber auch eine umfangreiche Publikation von Erfahrungen bei der Testanwendung, um eine Einordnung und Beurteilung von Testergebnissen zu ermöglichen“ (BÖS 1987, 34).

Veränderungsvorschläge bzw. Stellungnahmen zu den einzelnen Aufgaben des MOT auf Grund eigener Erfahrungen bei deren Durchführung sind bei LICHER-RÜSCHEN 1998 zu finden. Die Beschreibungen der 18 Aufgaben sind im Manual bei ZIMMER/VOLKAMER (1987) zu finden. Die Überarbeitung war leider zur Zeit der Erprobung noch nicht fertig gestellt. Leider konnte das von der Verfasserin entwickelte Verfahren mit sensorischen, motorischen und psychischen Variablen nicht genutzt werden, da es noch nicht standardisiert ist.

Einige MOT-Testergebnisse der Indexpatienten und Indexpatientinnen sind im Anhang III/B zu finden.

◆ **Beobachtungsbogen von der Verfasserin (vgl. LICHER-RÜSCHEN 1998, Anhang I)**

Der Beobachtungsbogen für Kinder von 4–8 Jahren in den PMG sollte während der PMG am Anfang und am Schluss der Erprobungsphase über die Kinder ausgefüllt werden. Er wird allerdings nicht zum Vorher-nachher-Vergleich mit genutzt.

Der Beobachtungsbogen erfasst motorische, sensorische und psycho-soziale Variablen. Zudem werden Hauptstärken und -schwächen erfasst.

Als Hilfestellung, um zu schauen, ob und in welcher Weise sich die Familienstrukturen verändert haben, sollen folgende Verfahren mit fest definierten Parametern dienen:

◆ **FAST (Familiensystemtest) von GEHRING**

Der FAST (Beschreibung siehe Abschnitt 8.1.2) soll zu Beginn der PMFT evtl. durch die ganze Familie erstellt werden und am Schluss erneut durchgeführt werden. In der Durchführung hat sich allerdings herausgestellt, dass den Familienangehörigen die Zeit fehlt, gemeinsam am Testverfahren teilzunehmen. Die Durchführung wurde vorrangig mit den Müttern alleine durchgeführt, sowohl vor der Durchführung der PMFT-Stunden-Serie als auch danach. Nur ein Bruder in Familie E, der in der Zeit schon 12 war, erklärte sich bereit, das Verfahren durchzuführen. Die 6-jährigen Indexpatienten und -patientinnen wirkten eher überfordert, deshalb wurde eine Wiederholung unterlassen. Die Aufstellung der Indexpatienten geht nicht in den Vergleich mit ein.

◆ **Familienbögen von CIERPKA und FREVERT (1994)**

Die Familienbögen (Beschreibung siehe im Abschnitt 8.4.3) sollen zu Beginn und am Schluss des Arbeitens mit den Familien von den einzelnen Familienmitgliedern ausgefüllt werden. Es waren allerdings auch nur die Mütter bereit, diese Fragebögen auszufüllen. Es scheint so, dass die Mütter einen höheren Leidensdruck haben und so eher gewillt sind, für die Veränderungen auch zunächst zusätzliche zeitliche Belastungen hinzunehmen. Zumindest in den in der Erprobung mitwirkenden Familien war es so. Vielleicht sind die Frauen und Mütter auch eher bereit, den Tatsachen ins Auge zu sehen. Vielleicht fällt es ihnen als Frauen und Mütter generell leichter, überhaupt solche Beobachtungen anzustellen und wiederzugeben. Allerdings äußerten einige Mütter schon, dass sie an manchen Fragen länger gesessen hätten und manche eigentlich so nicht zu beantworten wären.

8.6 Bestimmung der relevanten Parameter zur Erkennung von Veränderungen

Da ich die beiden Verfahren **FAST** und **Familienbögen** ausgewählt habe, geben diese auch die *Parameter* vor, die für den Vergleich vor der Durchführung der PMFT-Stunden und nach der Durchführung der PMFT-Stunden erhoben worden sind.

Beim FAST sind die zentralen Dimensionen für die Beschreibung von Familienbeziehungen *Kohäsion* und *Hierarchie*.

- *Kohäsion*: Wie ist die emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern und wie kann das Familiensystem als zusammenhängendes Ganzes erlebt werden?
- *Hierarchie*: Wie sind die gegenseitigen Einflussmöglichkeiten der Familienmitglieder z.B. in Bezug auf Entscheidungsmacht, Dominanz? Wie sind die Grenzen zwischen den Familienmitgliedern? Wie sind die Grenzen zwischen familiären Subsystemen (z.B. Individuum, Dyade, Triade)?

Bei den Familienbögen werden folgende *Parameter* erfasst:

- *Aufgabenerfüllung*: Dabei soll erfasst werden, ob die Familien fähig sind, „sich gerade in Krisensituationen flexibel an die veränderten Umstände anzupassen, [was] das Ausmaß ihrer Funktionalität kennzeichnet“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 4). Zudem soll aufgezeigt werden, wer welche Aufgaben wie erfüllt und ob sich eine Verbesserung zeigt, die Aufgaben zu erfüllen, die jedem zugeordnet sind.
- *Rollenverhalten*: Es soll gezeigt werden, ob Familienmitglieder wiederholende Verhaltensmuster zeigen und wenn welche. Gleichzeitig soll geschaut werden, wie flexibel Rollenverhalten geändert werden kann, wenn es in bestimmten Lebenszyklen oder Lebenssituationen angebracht ist. Wie verändern sich die Rollen der anderen, wenn sich die Rolle einer Person verändert? Verbessert sich das Rollenverhalten der Familienangehörigen zueinander?
- *Kommunikation*: Verbessert sich der gegenseitige Informationsaustausch? Werden die Kommunikationsvorgänge direkter und durchsichtiger?
- *Emotionalität*: Was für ein Ausmaß der Gefühle und welche Qualität des Interesses der einzelnen Familienmitglieder füreinander sind vorhanden? Ergänzen sich die Familienmitglieder in ihren emotionalen Bedürfnissen? Was für Grenzen bzw. Grenzstörungen bestehen? Können sie sich positiv verändern?
- *Affektive Beziehungsaufnahme*: Wie ist die affektive Beziehungsaufnahme der Familienmitglieder untereinander? Kann sich z.B. eine verstrickte Familie lösen oder eine losgelöste Familie wieder mehr Verbindung zueinander finden?
- *Kontrolle*: Können bestimmte Funktionen aufrechterhalten werden, so dass jedes Familienmitglied seine Aufgaben erfüllt? Können die Familienmitglieder lernen, sich so zu

beeinflussen, dass die an die Familie gestellten Forderungen erfüllt werden können? Ist die Familie rigide, flexibel, laissez faire oder chaotisch? Kann sie sich entwickeln?

- *Werte und Normen*: Welche Regeln, Werte und Normen bestehen und inwieweit sind sie hilfreich für das Familiensystem, wie müssen sie verändert werden, damit sie hilfreich werden?

Die Operationalisierung der Skalen in den Familienbögen (aus: CIERPKA/FREVERT 1994, 47 bis 48) wird in Abbildung 30 beschrieben.

1. Aufgabenerfüllung (AE)	
Niedrige Werte (<50), Stärke	Hohe Werte (>60), Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilität und Anpassungsfähigkeit in bezug auf entwicklungsbedingte Anforderungen - Funktionale Muster der Aufgabenerfüllung werden selbst in Streßsituationen beibehalten - Die Festlegung von Aufgaben erfolgt in Übereinstimmung mit den anderen Familienmitgliedern und Alternativlösungen werden gesucht und ausprobiert. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unfähigkeit, auf Veränderungen im familiären Lebenszyklus angemessen zu reagieren - Probleme bei der Festlegung von (bestimmten) Aufgaben, bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten oder bei der Verwirklichung von Veränderungen - Kleinere Streßsituationen können eine Krise verstärken
2. Rollenverhalten (RV)	
Niedrige Werte (<50), Stärke	Hohe Werte (>60), Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Die Rollen sind gut in den Familienverband eingefügt: die Familienmitglieder verstehen, was von ihnen erwartet wird. Sie sind damit einverstanden, die ihnen zugeteilten Aufgaben zu erledigen, und tun dies auch - Die Familienmitglieder passen sich neuen Rollen an, die im Verlauf der Familienentwicklung gefordert werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Rollen sind ungenügend in den Familienverband eingefügt. Es herrscht mangelnde Übereinstimmung in bezug auf die Rollenerwartungen - Unfähigkeit, sich an neue Rollen, die im Verlauf des familiären Lebenszyklus gefordert werden, anzupassen
3. Kommunikation (KOM)	
Niedrige Werte (<50), Stärke	Hohe Werte (>60), Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Die Kommunikation stellt einen ausreichenden Informationsaustausch sicher - Die Mitteilungen sind direkt und klar verständlich - Verwirrungen können geklärt werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Mangelnder Informationsaustausch unter den Familienmitgliedern - Die Verständigung in der Familie ist ungenügend, verschoben oder verdeckt - Unfähigkeit, bei Verwirrung eine Klärung zu erreichen
4. Emotionalität (E)	
Niedrige Werte (<50), Stärke	Hohe Werte (>60), Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Die Interaktion zeichnet sich durch eine große Bandbreite des Gefühlsausdrucks bei angemessener Intensität aus - Adäquater Ausdruck von Gefühlen in bezug auf eine Situation 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Interaktion zeichnet sich durch einen unzulänglichen Ausdruck von Gefühlen und/oder einer unangemessenen Intensität aus - Unterdrückung oder Übertreibung von Gefühlen in bezug auf eine Situation
5. Affektive Beziehungsaufnahme (AB)	
Niedrige Werte (<50), Stärke	Hohe Werte (>60), Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Empathie - Die gegenseitige Fürsorge der Familienmitglieder führt zu einer Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen (z.B. Sicherheit) und fördert eine autonome Lebensgestaltung - Die Beziehungen wirken wachstumsfördernd und unterstützend 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlen von Empathie unter den Familienmitgliedern oder Zeigen von Interesse ohne jegliches Gefühl - Die Beziehungen können narzißtisch oder in einem extremen Maß symbiotisch sein - Die Familienmitglieder zeigen Unsicherheit und einen Mangel an Autonomie
6. Kontrolle (K)	
Niedrige Werte (<50), Stärke	Hohe Werte (>60), Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Die Formen der Beeinflussung lassen zu, daß das Familienleben in einer mit den Vorstellungen aller Familienmitglieder vereinbarten Art und Weise abläuft - Das Kontrollverhalten ist vorhersagbar und trotzdem flexibel genug, Spontaneität wird in einem bestimmten Rahmen zugelassen - Kontrollversuche wirken konstruktiv, lehrreich und wachstumsfördernd 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Formen der Beeinflussung gestatten es der Familie nicht, die Anforderungen des täglichen Familienlebens zu meistern - Das Kontrollverhalten ist äußerst genau vorhersagbar (keine Spontaneität) oder es kann chaotisch sein - Kontrollversuche wirken destruktiv oder beschämend - Der Kontrollstil kann zu starr oder zu unstrukturiert („laissez-faire“) sein - Das Kontrollverhalten ist gekennzeichnet durch offene oder verdeckte Machtkämpfe
7. Werte und Normen (WN)	
Niedrige Werte (<50), Stärke	Hohe Werte (>60), Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Übereinstimmung und Kohärenz im familiären Wertesystem - Die Familienmitglieder können den vorhandenen Spielraum nutzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Mangelnde Übereinstimmung und Kohärenz in familiären Wert- und Normvorstellungen - Der vorhandene Spielraum ist unangemessen

Abb. 30: Die Operationalisierung der Skalen in den Familienbögen (aus: CIERPKA/FREVERT 1994, 47 bis 48)

8.7 Effektivitätsüberlegungen bzw. Design für den Effektivitätsnachweis

Vorher:	Nachher (nach ungefähr einem Jahr PMFT-Setting mit Videokonsultation):
FAST	FAST
Familienbögen	Familienbögen
MOT beim Indexpatienten	MOT beim Indexpatienten

Zur Überprüfung der Parameter wird der FAST mit der Mutter der jeweiligen Familie durchgeführt, da die anderen bis auf einen älteren Bruder in Familie E nicht bereit sind, ihn auszufüllen, oder es zeitmäßig oder intellektuell für sie überfordernd ist. Die Durchführung ist einmal vor Beginn der PMFT-Phase mit Videokonsultation und einmal danach vollzogen worden.

Die Fragebögen von CIERPKA/FREVERT werden auch vor und nach dem Ablauf ausgefüllt. Der MOT wird sowieso im Rahmen der Psychomotorikgruppen von der Verfasserin durchgeführt, wobei die beteiligten „Indexkinder“ zum Teil schon länger an der Psychomotorikgruppe teilnahmen und damit der Test zum Teil schon durchgeführt worden war. Besser wäre z.T. eine direkte nochmalige Überprüfung der Kinder vor Beginn des PMFT-Settings gewesen, was allerdings organisatorisch schwierig war oder für die Mütter und Kinder zeitlich und seelisch zu belastend war, so dass die Verfasserin davon Abstand genommen hat und es nicht wiederholt durchgeführt wurde. Darunter leidet allerdings die genaue Veränderungserfassung der motorischen Variablen. Es fiel insgesamt auf, dass die Familien schon unabhängig von dieser Untersuchung viele Termine haben.

Um nachweisen zu können, dass sich in der Familie etwas positiv geändert hat, hatte ich noch die Idee, ein „*Expertenrating*“ durchzuführen. Es sollten je Zehn-Minuten-Sequenzen (z. B. 30. bis 40. Minute) aus jeder PMFT-Stunde genommen und für verschiedene Experten (4–5) in der Reihe der Darbietung anders gemischt werden. An festgelegten Beobachtungskriterien in Bezug auf Motorik, Sensorik und psycho-sozialem Verhalten sollten dann Veränderungen dargestellt werden einschließlich der nonverbalen Kommunikation. Es stellte sich aber schon bei den ersten Proben heraus, dass psychologische Experten sich mit den motorischen, sensorischen und nonverbalen Beobachtungen nicht für kompetent genug hielten, aber auch mit der Vielfalt des zu Beobachtenden ihre Schwierigkeiten hatten. Auch wenn jede Kategorie einzeln durchleuchtet wird, ergibt sich das Problem, dass die Kategorien miteinander verwoben sind und so eine Trennung wieder falsche Eindrücke bringt. Die Ratingskalen und Kategorien müssen also weiter verändert werden, sodass sie eine gemeinsame Struktur bekommen. Es könnte z.B. in der Beziehung zwischen den einzelnen Personen (Vater–Sohn, Mutter–Sohn) erfasst werden, wie sich das Verhalten geändert hat. Von diesem Verfahren hat die Verfasserin dann allerdings wieder Abstand

genommen, da es so in dem Zeitraum und unter den vorhandenen Bedingungen nicht zu realisieren war.

8.8 Erprobung an einzelnen familiären Systemen

Die Familiennamen und Vornamen sind zum Schutz der Familie verändert, und auch die Berufsangaben wurden modifiziert, aber so, dass zentrale Zusammenhänge kenntlich bleiben.

Die Zusammenfassungen der einzelnen Familienfallbeispiele sollen die **Kurzbeschreibung der Familie** beinhalten, die **Systemzusammensetzung** verdeutlichen und vor allem die **Familienentwicklung** aufzeigen. Falls erfolgt, sollen auch die **Veränderungsbeschreibungen** aufgeführt werden anhand der durchgeführten Befragung durch die **Familienbögen** vor und nach den PMFT-Stunden und dementsprechend die Veränderungen, die durch die Durchführung des **FAST** vorher und nachher zu erkennen sind.

- **Erläuterungen zum FAST:**

In der FAST-Beschreibung gliedert sich die Befragung in die typische (TR), ideale (IR) und Konflikt-Repräsentation (KR) auf, wobei die Abkürzung TR-1 bedeuten soll, dass die „typische Repräsentation“ vor der Erprobung aufgestellt wurde. TR-2 bedeutet, dass die Ausstellung und Befragung nach der Erprobung erfolgte. Für die ideale und typische Repräsentation gilt dies entsprechend. Dabei liegt zwischen der ersten und zweiten Durchführung des FAST mindestens ein Jahr.

Zum besseren Verständnis der Auswertung des FAST möchte ich eine verkürzte Auswertungsbeschreibung geben:

Der FAST hat drei Auswertungsschwerpunkte, die für diese Auswertung von Bedeutung sind: A) den Berechnungsmodus für *Kohäsion*, B) den Berechnungsmodus für *Hierarchie* und C) den Berechnungsmodus für *Flexibilität*. Die D) Bestimmung von *Wahrnehmungsunterschieden* zwischen den Familienmitgliedern kann nicht oder bei Familie E nur teilweise durchgeführt werden, da meist nur ein oder zwei Familienmitglieder den FAST durchgeführt haben.

A) Berechnungsmodus für *Kohäsion*:

Unter Kohäsion wird die emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern verstanden. Es werden die Familienebene und die Subsystemebene betrachtet. Bei der Familienebene werden alle Familienmitglieder einbezogen, während die in der Subsystemebene aufgeführten Ebenen die Elternsystem- und die Geschwistersystemebene beinhalten. Andere Subsystemaufteilungen gehen leider nicht in die Bewertung ein, z.B. das Verhältnis eines Elternteiles zu einem Kind. Die Eltern-Kind-Dyaden-Bewertung fehlt somit.

Familienebene:

Die Kohäsion auf der *Familienebene* wird in tief, mittel und hoch kohäsiv eingeteilt. Es soll ein Quadrat von drei mal drei Kleinquadraten, die auf dem Aufstellungsbrett vorgegeben sind, eingezeichnet werden, und zwar in der Form, dass möglichst viele Personen aus der Familie darin enthalten sind. Dabei ist leider nicht ersichtlich, wie man mit Personen aus dem Freundeskreis oder Nachbarn usw. umgeht. Werden sie mit in die Berechnung einbezogen oder nur die wichtigsten, wie grenzt man die Situation ein? Die Frage stellt sich besonders bei Familie E in der ersten Aufstellung mit sowieso schon vielen Familienmitgliedern, den vielen mit aufgenommenen FreundInnen und Verwandten. Außerdem ist auch das Quadrat variierbar, was bei der Auswertung Verunsicherung schafft.

Tiefe Kohäsion: Es bedeutet, dass z.T. Personen außerhalb der Grenzen des Quadrates stehen.

Mittlere Kohäsion: Die Figuren befinden sich innerhalb des 3 x 3 Felder großen Quadrates. Sind in der Familie mehr als vier Personen beteiligt, darf bei 5 Personen einer außerhalb des Quadrates, aber direkt benachbart zu einer Figur sein. Bei 6 Personen dürfen zwei außerhalb des Quadrates sein, aber ohne Zwischenräume horizontal oder vertikal.

Hohe Kohäsion: Die Figuren stehen innerhalb des Quadrates und in unmittelbar benachbarten Feldern.

Subsystemebene:

Es werden zwei *Subsystemebenen* aufgestellt: die *Elternsystemebene*, also die Eltern untereinander, und die *Geschwistersystemebene*, die Geschwister untereinander. Dabei gilt bei beiden, dass eine Beziehung als *hoch kohäsiv* angesehen wird, wenn die Personen (also die Eltern untereinander oder nur die Kinder untereinander) in *direkt* benachbarten Feldern stehen. Als *mittel kohäsiv* wird es bewertet, wenn die Personen in *diagonal* benachbarten Feldern stehen. Als *tief kohäsiv* wird es verstanden, wenn die Figuren *weiter auseinander* stehen. Die Position jeweils eines Elternteils zu einem Geschwisterteil wird leider nicht bewertet. Sind auf der Geschwisterebene 3 und mehr Geschwister vorhanden, fällt die Bewertung wie auf der Familienebene aus. Die Positionen gelten als hoch kohäsiv bei unmittelbar benachbarten Feldern, mittel kohäsiv innerhalb des Quadrates und tief kohäsiv bei außerhalb des Quadrates stehenden Figuren.

Hier kann auch eine *intergenerationelle Koalition* deutlich werden. Dabei wird die Kohäsion im Elternsystem mit der Kohäsion der Eltern-Kind-Beziehungen verglichen. Während die Kohäsion des Elternsystems schon vorher erfasst wird, muss die Kohäsion der Eltern-Kind-Beziehungen, die sonst nicht in die Bewertung eingeht, neu erfasst werden. Es besteht eine intergenerationelle Koalition, wenn die Elterndyade weniger kohäsiv ist als eine der Eltern-Kind-Dyaden.

B) Berechnungsmodus für *Hierarchie*:

Hierarchie wird als gegenseitige Einflussmöglichkeit oder Macht von Familienmitgliedern definiert. Es wird der Höhenunterschied zwischen den Figuren bewertet, wobei es um die Anzahl bzw. die Größe der verwendeten Klötzchen geht.

Es werden die Familienebene und die Subsystemebene betrachtet. Bei der *Familienebene* wird die Beurteilung der Familienhierarchie bewertet. Das bedeutet, dass die Machtunterschiede zwischen dem Elternsystem (Elternfiguren) und dem Kindersystem (Kinderfiguren) betrachtet werden in der folgenden Weise: Sofern „innerhalb dieser beiden Subsysteme die Figuren *nicht* gleich erhöht sind, wird der Hierarchieunterschied zwischen dem weniger mächtigen Elternteil (d.h. der weniger erhöhten Elternfigur) und dem mächtigsten Kind (d.h. der am meisten erhöhten Kinderfigur) berücksichtigt“ (GEHRING 1992, 29).

Als *hohe Hierarchie* wird ein Unterschied bezeichnet, der zwischen der weniger mächtigen Elternfigur (EF) und der mächtigen Kinderfigur (KF) 3 oder mehr kleine Klötzchen (kleines Klötzchen entspricht 1,5 cm) beträgt. *Mittlere Hierarchie* besteht, wenn die weniger mächtige EF und die mächtigste KF einen Unterschied von 1 oder 2 kleinen Klötzchen aufweisen. *Tiefe Hierarchie* besteht, wenn zwischen mächtiger EF und dem mächtigsten Kind kein Höhenunterschied besteht.

Als *Hierarchieumkehrung* wird die Tatsache definiert, wenn eine Kinderfigur höher als eine Elternfigur ist.

Es werden zwei *Subsystemebenen* aufgestellt: die *Elternsystemebene*, also die Eltern untereinander, und die *Geschwistersystemebene*, die Geschwister untereinander. Bei der *Elternsystemebene*, also der Elterndyade, gibt es wieder eine Unterteilung in *hoch hierarchisch* (der Höhenunterschied zwischen den Eltern beträgt 2 oder mehr kleine Klötzchen), *mittel hierarchisch* (der Unterschied liegt bei einem kleinen Klötzchen) und *tief hierarchisch* (kein Höhenunterschied). Die Bewertung auf der Geschwistersystemebene entspricht der Bewertung auf der Elternebene. Vermisst wird von mir die Betrachtung und Bewertung des Verhältnisses von einem Elternteil zu einem Geschwisterteil. Diese findet nur statt in Bezug auf die Hierarchieumkehrung.

C) Berechnungsmodus für *Flexibilität*:

„Die Bestimmung der Flexibilität von *Kohäsion* und *Hierarchie* basiert auf dem Vergleich der Ausprägung der jeweiligen Dimensionen (Familien- und Subsystemebene) in verschiedenen Darstellungen eines Probanden. Die Berechnung erfolgt mittels Subtraktion der Punktwerte für die Ideale Repräsentation beziehungsweise Konfliktrepräsentation von denjenigen für die Typische Repräsentation“ (GEHRING 1992, 30).

Bei einer Punktdifferenz von 0 (= gleiches Feld) und 1 Punkt (= direkt nebeneinander liegende Felder) gibt es 1 Endpunkt. 2 Differenzpunkte (= die Felder liegen diagonal benachbart oder horizontal bzw. vertikal mit einem Feld Zwischenraum angeordnet) geben 2 Endpunkte. 3 Punkte werden bei allen restlichen Figuren-Feld-Kombinationen gegeben. Nur bei der diagonalen Stellung mit mindestens einem Feld Abstand gibt es 4 Punkte. 3 und 4 Differenzpunkte werden zu 3 Endpunkten zusammengefasst.

D) Bestimmung von Wahrnehmungsunterschieden:

Unter der Bestimmung von Wahrnehmungsunterschieden wird die Differenz von Kohäsion und Hierarchie verstanden. Diese Auswertung wird hier allerdings nicht angewendet, da in den Familien fast immer nur ein Familienmitglied (nur in Familie E zwei Familienmitglieder) den Test durchgeführt hat und so kein Vergleich zu den anderen Familienmitgliedern erstellt bzw. deren Wahrnehmungsunterschiede erfasst werden können. Sonst würden 2 Diskrepanzanalysen erstellt mit Erfassung der

„a) Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen einzelnen Familienmitgliedern [und der; U. L.-R.]

b) Unterschiede zwischen der Wahrnehmung einzelner Mitglieder und der Gruppenwahrnehmung [...]“ (GEHRING 1992, 30).

Die Klassifizierung von Beziehungsstrukturen erfolgt in der Kombination von Kohäsion und Hierarchie. Es gibt drei Haupttypen von Mustern oder Strukturtypen: balanciert, labil-balanciert und unbalanciert. Balanciert gilt bei mittlerer und hoher Kohäsion und mittlerer Hierarchie. Labil-balanciert gilt bei mittlerer Kohäsion mit tiefer und hoher Hierarchie und bei tiefer Kohäsion mit mittlerer Hierarchie. Unbalanciert gilt bei hoher Kohäsion mit hoher Hierarchie und bei tiefer Kohäsion mit tiefer Hierarchie, bei hoher Kohäsion mit tiefer Hierarchie, bei tiefer Kohäsion mit hoher Hierarchie. Dies ist in Abb. 30 mit den 3 Hauptgruppen von Mustern (balanciert, labil-balanciert und unbalanciert) nachzuschauen.

Ein Problem bei der Auswertungsbeschreibung, wie schon erwähnt, ist auch, dass nicht deutlich wird, wie man mit Außenstehenden wie Nachbarn und Freunden umgehen soll, besonders wenn sehr viele Personen mit in die Aufstellung aufgenommen werden. Es kann sein, dass sich darüber das Auswertungsergebnis verändert, ob man wirklich alle mit einbezieht oder nur die zum engeren Familiensystem Gehörigen nimmt.

Bei der Auswertung der Beziehungsstrukturen (BST), der Flexibilität (FLEX) und der Generationsgrenzen (GG) erfolgt bei den Familien A, B und C eine Auswertung der Angaben jeweils der Mutter und bei Familie E der Angaben der Mutter und des zweiten Sohnes. Außerdem wird ein kurzer Auswertungsvergleich der ersten Auswerterin (AW1, die Therapeutin U. L.-R.) und der zweiten Auswerterin (AW2, eine unabhängige Auswerterin aus dem Fachbereich Psychologie) aufgestellt. Ein zweiter Auswertungsvergleich bezieht sich auf die Testdurchführung und -ergebnisse des FAST vor und nach der Durchführung des PMFT-Verfahrens.

Auswerterin 1 wie auch Auswerterin 2 fanden die Auswertungsbeschreibung nicht besonders zugänglich und unübersichtlich. Auswerterin 1 hat sich deshalb eine eigene übersichtliche Auswertungszusammenfassung erstellt. Auswerterin 2 fand das Auswertungsschema besonders für die Flexibilität schwer zu überschauen.

Bei der Erfassung des FAST habe ich von jeder aufgestellten Repräsentation ein Photo gemacht und während der Durchführung gefilmt. So konnte einmal die notierte Aufstellung auf Fehler kontrolliert werden, und das Video konnte noch einmal angehört werden, um zu überprüfen, ob man wesentliche Aussagen nicht notiert hat oder vielleicht einiges im Nachhinein anders versteht.

- **Erläuterungen zu den Familienbögen:**

Die Familien bekommen drei Formen von Familienbögen:

- 1.) den **allgemeinen Familienbogen (blau)**, um die Familie einzuschätzen,
- 2.) den **Zweierbeziehungsbogen (gelb)**, um die Beziehung zu einem anderen Familienmitglied einzuschätzen; für jede Dyade muss jeweils ein Bogen ausgefüllt werden: je mehr Familienmitglieder, desto mehr Bögen müssen ausgefüllt werden.
- 3.) Der **Selbstbeurteilungsbogen (grün)** wird ausgefüllt, damit die ausfüllende Person beschreibt, wie sie sich selbst als Familienmitglied in ihrer Familie wahrnimmt.

Angekreuzt werden kann: stimmt genau, stimmt ein wenig, stimmt eher nicht, stimmt überhaupt nicht.

Bei den Familienbögen wurden bei den Familien A, B, C und E von der Mutter die Fragebögen ausgefüllt. Dabei fand einmal der Auswertungsvergleich der ersten Auswerterin (AW1, die Therapeutin U. L.-R.) und der zweiten Auswerterin (AW2, eine unabhängige Auswerterin aus dem Fachbereich Psychologie) statt. Als zweiter Auswertungsvergleich fand eine Auswertung der Fragebögen, die einmal vor und einmal nach der Durchführung des PMFT-Verfahrens ausgefüllt worden sind, statt. Die Auswertung erfolgte von Hand mit den vorgegebenen Schablonen, auf denen vorgedruckte Punktwerte stehen, die bereits die Polung des Items berücksichtigen und für die Summierung der Rohwerte genutzt werden. Das Computerprogramm FB-PC stand der Verfasserin nicht zur Verfügung.

„Die Handauswertung erfolgt für alle Bögen in drei Schritten: 1. Berechnen der Rohwerte für die einzelnen Skalen, 2. Transformation der Rohwerte in T-normierte Werte, 3. graphische Darstellung der T-Werte in einem Profil“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 43).

„Die Familienbögen werden ausgewertet, indem für die sieben Standardskalen und für die beiden Kontrollskalen ‚Soziale Erwünschtheit‘ und ‚Abwehr‘ des Allgemeinen Familienbogens die individuellen Itembeantwortungen ausgezählt werden“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 44). Dafür gibt es dann einen Itemschlüssel und eine Polung der Items, die im Manual nachzusehen sind. „Der Rohwert jeder Skala ergibt sich aus der Summe der Itemscores“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 45).

Anhand der Tabellen im Anhang des Manuals können die so ausgezählten Rohwerte in T-Werte transformiert werden. Diese werden auch im Auswertungsblatt eingetragen. Dann kann ein Profil auf diesem Blatt erstellt werden.

„Um den Vergleich mit der Referenzstichprobe zu ermöglichen, sind die Scores der FB-Skalen T normiert.

$$T = 50 + 10 \cdot ((\text{Referenzmittel}_{(\text{Mitglied, Phase})} - \text{Rohwert}) / \text{Referenzstreuung}_{(\text{Mitglied, Phase})})$$

Die T-Werte haben einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10. Die Mehrheit der T-Werte fällt für klinisch-unauffällige Familien also zwischen 40 und 60. T-Werte über 60 zeigen, relativ zu“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 45) den Referenzstichproben von CIERPKA und FREVERT, kritische Bereiche. Die Angabe „Mitglied“ in der Gleichung steht dafür, dass der Referenzwert für jeweils ein Familienmitglied z.B. des Indexpatienten genommen wird. Die „Phase“ gibt an, in welcher Situation die jeweilige Familie steht. Die beiden hier relevanten Phasen sind 3 und 4. In Phase 3 geht es um Familien mit jüngeren Kindern, deren ältestes Kind im Haushalt 1–11 Jahre ist. In Phase 4 geht es um Familien mit Kindern in der Pubertät und Adoleszenz: ältestes Kind im Haushalt mindestens 12 Jahre.

Die Auswertungsblätter der Familienbögen der Familien A, B, C und E sind im Anhang III/B zu finden.

Für die Familien in dieser Erprobung mussten die T-Werte-Tabellen aus den Phasen 3 (Familien mit jüngeren Kinder: ältestes Kind im Haushalt 1–11 Jahre) für Familie A, B und C genutzt werden, während bei Familie E die Tabellen der Phase 4 (Familien mit Kindern in der Pubertät und Adoleszenz: ältestes Kind im Haushalt mindestens 12 Jahre) zu nutzen waren. Für jeden der drei Bögen sind die T-Werte für die jeweilige lebenszyklische Phase und die verschiedenen Familienmitglieder in den Tabellen im Anhang des Manuals der FB aufgeführt. Dann können die T-Werte in einem graphischen Profil dargestellt werden. „Die Profile der Familienbögen machen Aussagen über die Funktionalität einer Familie. Die Stärken und Schwächen verschiedener Dimensionen des Prozeßmodells werden dargestellt“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 46). Ein erhöhter Wert in einem Bereich sagt aber nichts darüber aus, was in der Dimension genau gestört ist. Zudem muss die Situation dessen, der ausfüllt, Beachtung finden.

Der Normalbereich für die T-Bewertung liegt zwischen 40 und 60, über 60 geht es in den Problembereich, unter 40 zeigt er besondere Stärken an.

Die Motoriktest-Ergebnisse der Indexpatienten und -patientinnen sind in Anhang III/B zu finden.

8.8.1 Familie A: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen

Zusammenfassung:

Der Indexpatient Markus ist anfangs sehr ängstlich. Er kann sich nur schwer von seiner Mutter trennen, geschweige denn auf andere zugehen. Anfangs liegt er bei den PMG vorrangig auf der Turnhallenbank am Rand der Halle und macht nichts mit. Aber er beobachtet viel und anscheinend sehr genau.

Die Familie besteht aus 5 wichtigen Personen:

- 1.) der Mutter, die sich überlastet fühlt und die Initiative ergreift, damit sich etwas ändert;
- 2.) dem Vater, der von morgens bis abends spät arbeitet; seine Frau findet, damit er sich nicht um die Probleme zu Hause kümmern muss;
- 3.) dem älteren Sohn, vom Vater adoptiert, aus einer Beziehung der Mutter mit einem vorhergehenden Freund; er hat schon Therapieerfahrung auf Grund von Schulproblemen und Eifersuchtsproblemen, als der Bruder in sein Leben kam;
- 4.) Markus als Indexpatient hat Höhenängste, Trennungsangst von der Mutter, ist sehr isoliert, nimmt kaum Kontakt zu anderen Kindern auf und zeigt motorische Hypotonie.

Die PMFT-Stunden verliefen zusammengefasst folgendermaßen (ausführlichere Beschreibung des Verlaufs im Original Anhang II unter Fallbeispiel Familie A entfällt hier in der Internetversion zum Schutze der beteiligten Familien):

In den ersten PMFT-Stunden kamen nur der Indexpatient Markus und die Mutter. Markus war erst sehr zurückhaltend und ließ über seine Mutter sprechen und handeln. Sie versuchte, ihn mehr bestimmen zu lassen und hielt sich sehr zurück im Bewegen und Handeln, allerdings nicht als „Übersetzerin“ oder „Sprachrohr“. Thematisch schien Markus sich in den ersten Stunden von seiner Umgebung durch eine Burg abzugrenzen in seiner Lieblingsecke. Dort durfte anfangs nur seine Mutter herein. Auch die Therapeutin, erst recht in der Vaterrolle, durfte nicht herein (eindringen). Als sein Bruder in der 2. PMFT-Stunde mit anwesend war, ignorierte er ihn erst und genoss seinen eigenen Wissens- und Handlungsspielraum in diesem Rahmen. Dann ließ er sich von seinem Bruder unterstützen, als dieser es weniger durch Worte als durch Taten durchführte. Der Vater war wieder nicht mitgekommen, trotz der Terminlegung auf Samstag, an denen er eigentlich nicht arbeiten musste. Er musste dann plötzlich arbeiten oder auf den Neubau.

Markus „Schutzwälle“ wurden von Stunde zu Stunde durchlässiger und durchgängiger. Während seine Ängstlichkeit abnahm, nahmen seine geäußerten Aggressionen dem „Vater“ gegenüber (gespielt von der Therapeutin) zu. Die reduzierten sich aber, nachdem er auf den Vater „geschossen“ (durch Herausrecken des Armes und Zielen auf den „Vater“ sowie signalisiert durch Schussgeräusche) hatte und dieser mehr seine Grenzen akzeptierte, z. B. indem er nicht mehr unerlaubt in Markus Bereich hereintrat.

Die Mutter wurde im Laufe der Stunden aktiver und offener. Sie zeigte auch stärker die eigenen Bedürfnisse auf.

Motorisch gesehen bewegten sich Markus und auch seine Mutter immer geschickter. Besonders Markus genoss es sehr, geschickt und flink auf dem lenkbaren Rollbrett zu fahren. Die beiden schienen mehr Mut zu gewinnen, und Markus schien seine Höhenangst zu verlieren, da er anfangs, auf höhere, durch Latten verbundene Leitern und hohe Mattenberge zu steigen. Erst nach vorherigem Vormachen und Animieren traute er sich, um dann von ganz allein sein Spiel als Dachdecker zu beginnen. Die Mutter schaute auch nicht mehr so ängstlich und passiv zu, sondern traute ihrem Sohn mehr zu. Sie sagte auch, dass er anfangs, zu Hause auf Bäume zu klettern, und dass er zu anderen Kindern Kontakt aufbaue, was er früher nie getan habe. Sonst habe er nur allein zu Hause gespielt.

Als Veränderung nach einem Jahr kann Folgendes festgestellt werden:

- 1.) Markus hat sich motorisch gesteigert z. B. in Bezug auf Koordination, Gleichgewicht und Reaktionsfähigkeit, er hat seine Höhenangst verloren, kann sich von seiner Mutter ohne Verlustängste trennen. Er hat Freunde gewonnen. Er macht in der PMG ohne Probleme mit, ist selbstbewusster, weniger ängstlich, z.T. in Zwischenphasen aggressiver und motorisch in der Kraftdosierung noch etwas überdosiert, nun ausgeglichener geworden.
- 2.) Die Mutter erklärt mehr ihre Wünsche, ist konsequenter und zeigt klare Grenzen. Die Beziehungen zueinander haben sich laut Aussagen der Mutter verbessert.
- 3.) Der Vater kann zwar nie mitkommen, scheint sich aber mehr um die Familie zu kümmern.
- 4.) Der ältere Sohn steht morgens früh besser auf. Er hat einen Ausbildungsplatz bekommen und äußert klarer seine Wünsche und Probleme. Er grenzt sich mehr altersgemäß von der Familie ab und ist selbstständiger geworden.

I) FAST – Auswertung der Familie A:

Es fand ein Durchgang des FAST vor der Durchführung der PMFT-Stunden mit der Mutter statt. Der Vater ließ ausrichten, dass er keine Zeit dafür habe, und der ältere Sohn hatte keine Lust, den FAST durchzuführen.

Der jüngere Sohn stellte nur zwei Figuren, sich und seine Mutter, direkt auf die Mitte des Brettes eng aneinander. Dann nahm er viele Klötzchen und packte sie unter beide Figuren so darunter, dass beide bis zu 6 Stufen erhöht waren. Andere Figuren wollte er nicht aufstellen, und dann wollte er gar nicht mehr. Während des ganzen Geschehens saß er auf dem Schoß seiner Mutter und wollte anfangs, dass sie das Aufstellen für ihn mache. Zudem machte die Mutter eine Bemerkung in dem Sinne, dass er das wohl nicht richtig verstanden habe. Da hatte er dann erst recht keine Lust mehr. Auch als die Therapeutin ver-

suchte, die Aussage abzuschwächen, indem sie klar machte, dass es da nicht um richtig oder falsch ginge, sondern um die eigene Sichtweise, nützte dies nichts.

Die Mutter ist also die einzige, die den Test vollständig und zweimal durchgeführt hat. Sie war allerdings auch von Anfang an die Motivierte, die an Veränderung Interesse hatte. Sie litt sehr unter den Schwierigkeiten mit den Kindern.

A-TR 1:

Die Familie steht mit den Großeltern in einem engeren Bereich zusammen. Die Mutter steht in der Mitte (4/6 = entspricht der vertikalen/horizontalen Position, der jeweiligen Person auf dem Familienbrett) der Personen, während die anderen sich um sie herumgruppieren. Markus steht direkt neben ihr, während ihr anderer Sohn diagonal zu ihr und ihr Mann (5/4) weiter von ihr entfernt stehen. Der Großvater grenzt diagonal an die Mutter, während die Großmutter diagonal den älteren Sohn kontaktiert. Die Mutter gibt sich und der Großmutter den größten Einflussbereich auf der zweiten Stufe. Der Vater bekommt nur einen Klotz. Die anderen gar keinen. Die Mutter beschreibt die Probleme mit den Kindern als belastend und dass der Vater sich dabei ziemlich heraushalte. Das ginge schon seit einem halben Jahr so. Vorher haben sich die Eltern auch besser verstanden. Die Blickrichtung der Kinder geht zur Mutter, da sie die Ansprechpartnerin ist. Die Mutter guckt zum Vater in Erwartung von Hilfe und Unterstützung. Die Mutter hat sich violett gegeben, weil sie im Mittelpunkt steht. Der ältere Sohn bekommt Blau, weil er für sie die dunkle Problemzone darstellt, aber auch gleichzeitig, weil er sich vom Jungen zum Mann entwickelt. Der kleine Sohn bekommt Orange als Zeichen dafür, dass kein unbeschwertes Aufwachsen durch die Probleme möglich ist, aber gleichzeitig eine helle Farbe, da er zu Hause ein fröhliches Kind ist. K1, der ältere Sohn, möchte dominieren, während sich der Vater eher zurückhält und distanziert und hilflos wirkt, meint die Mutter.

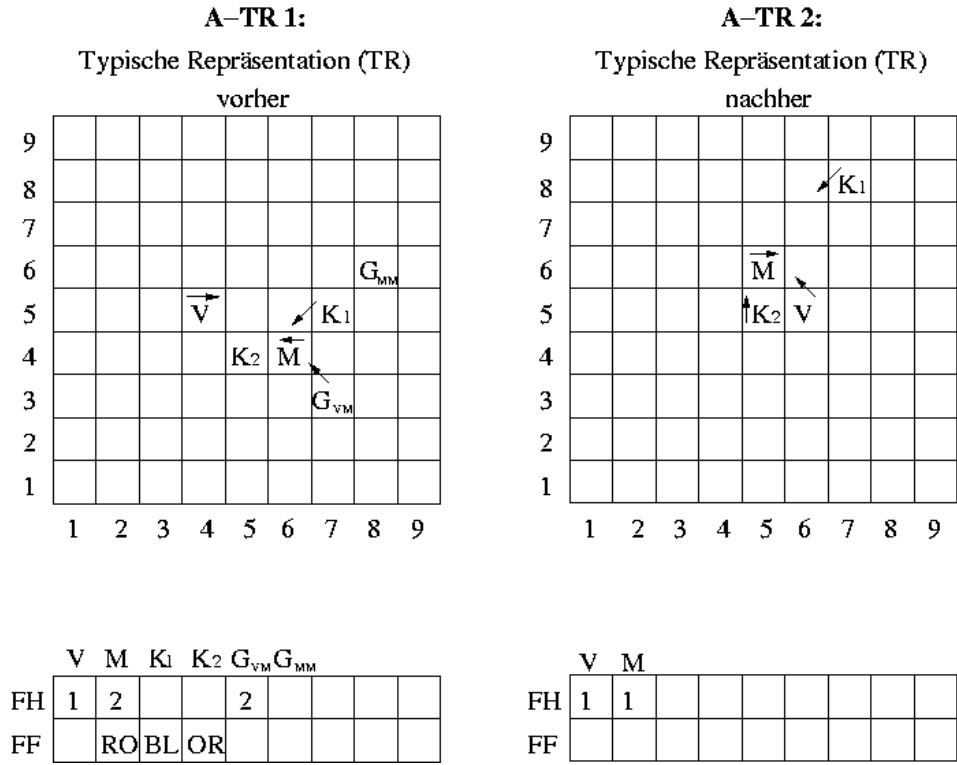
In der ersten typischen Repräsentation (TR) werden die Großeltern noch mit aufgeführt. Die Großmutter steht dicht (diagonal zu ihm) bei dem älteren Sohn, allerdings für die Mutter mehr als bedrohliche Ersatzmutter. Der Großvater steht dicht bei seiner Tochter, als Helfer und Stütze für die Mutter, in mittlerer Kohäsion und gleichwertiger Hierarchie zu seiner Tochter. Die Großeltern wurden allerdings nachträglich ergänzt. K2 und M stehen direkt nebeneinander, was ihre enge Bindung zeigt. Der Vater steht diagonal davon von seinem jüngeren Sohn entfernt. Der zweite Sohn steht noch weiter entfernt in der anderen Richtung.

A-TR 2:

In der zweiten aufgestellten TR fällt auf, dass Mutter (6/5) und Vater (5/6) wieder enger zusammen stehen, und zwar direkt diagonal zueinander. Der Vater scheint mehr Zugang zu seinem jüngeren Sohn (5/5) bekommen zu haben, während der ältere Sohn (8/7) eine größere Loslösung besonders von der Mutter erreicht hat, die in seinem Alter sicher angemessen ist. In der TR 2 werden die Großeltern nicht mehr mit aufgeführt. Die Eltern haben beide ein Klötzchen und die Kinder gar keine. Der Hausbau bringt die Eltern mehr zu-

sammen. Mit den beiden Söhnen hätte es sich sehr gebessert, nur jetzt nach den Zeugnissen sei ihr älterer Sohn wieder etwas unzuverlässiger bei seinen Verabredungen. Das Interesse aneinander wäre gestiegen, und auch die Kommunikation untereinander wäre besser geworden.

Graphische Gegenüberstellung der typischen Repräsentationen:

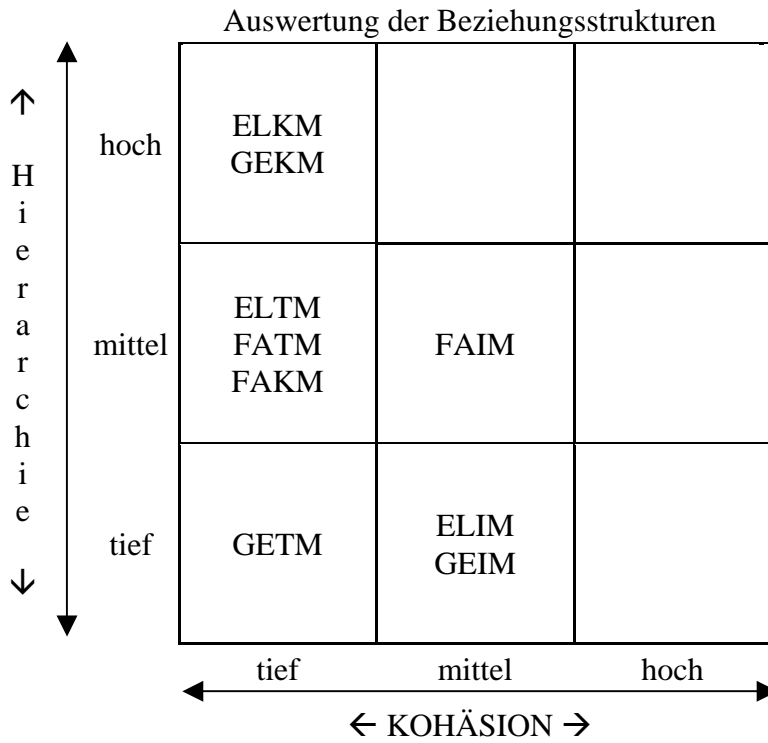


Vergleich der TR vorher (A-TR 1) zu nachher (A-TR 2):

Wie schon zum Teil in der TR 2 vorweggenommen, sind mehrere Unterschiede festzustellen. Es werden keine weiteren außen stehenden Personen mit aufgeführt. Der Vater scheint eine engere Beziehung zu seinem jüngsten Sohn (K2) bekommen zu haben. Der ältere Sohn (K1; zur Zeit der PMFT-Stunden 16 bzw. 17 Jahre alt) hat sich etwas von seiner Familie entfernt. Da die Mutter die Situation beschreibt, kann ich verstehen, dass es sie traurig macht, ich würde es aber als altersentsprechende Abnabelung von der Familie deuten und als angemessen empfinden, zumal er zeitweise sogar an den PMFT-Stunden teilgenommen und mit zur Klärung der Familiensituation beigetragen hat. Der Vater scheint seine Stellung trotz Abwesenheit bei den PMFT-Stunden verändert zu haben in eine für die Frau und den jüngeren Sohn positive Richtung. Der Sohn K2 und die Mutter hatten anfangs in Gesprächen oder Spielsituationen deutlich gemacht, dass sie unter der Abwesenheit des Vaters leiden. Jetzt scheinen sie wieder mehr zueinander gefunden zu haben.

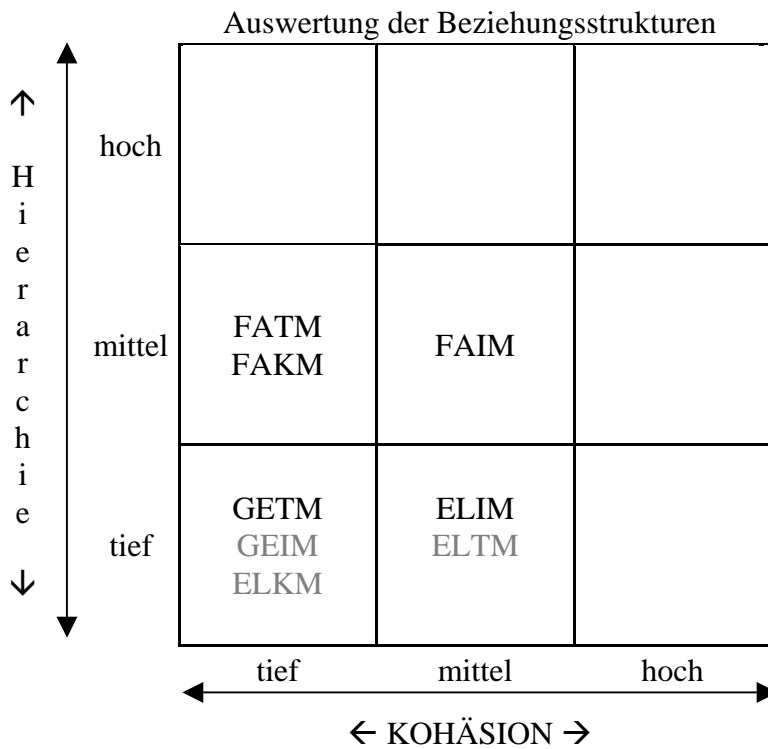
Auswertung der Beziehungsstrukturen:

Vorher:



(Erklärung: vorher: schwarz; hinterher: grau bei Veränderung)

Nachher:



Vergleich der Beziehungsstruktur der Familie A von AW1 und AW2 zu Beginn (vor der Durchführung des PMFT-Settings = vorher):

Bei dem Vergleich des A-TR 1 durch AW1 und AW2 stimmen alle Auswertungen bis auf eine überein, die FATM (auf Familienebene Erfassung der typischen Repräsentation durch die Mutter). AW1 stellte die FATM in das Feld mittlere Hierarchie (MH) und tiefe Kohäsion (TK), während AW2 mittlere Kohäsion (MK) und auch mittlere Hierarchie (MH) angab. Bei der Überprüfung, ob man die Großeltern nun mit in die Bewertung hineinnimmt oder nicht, würde ich bei der Bewertung von A1 bleiben auf Grund folgender Manualbeschreibung von GEHRING: „[...] Bei 5 Figuren darf *eine* außerhalb des Quadrates sein. Das Feld dieser Figur muß jedoch demjenigen einer Figur innerhalb des Quadrates *direkt* (nicht diagonal!) [dies scheint mir der zentrale Hinweis; U. L.-R.] benachbart sein. Entsprechend dürfen bei 6 Figuren *zwei* außerhalb des Quadrates liegen. Schließlich werden auch Darstellungen, bei welchen die Figuren in einer horizontalen oder vertikalen Reihe (ohne Zwischenräume!) aufgestellt sind, als mittel-kohäsiv bewertet“ (GEHRING 1992, 28). Für mich bedeutet dies, dass nur zwei Figuren außerhalb des Quadrates liegen dürfen und die außerhalb liegenden Figuren direkt neben einer anderen Figur innerhalb des Quadrates liegen müssen. Das tun sie in diesem Fall aber nur diagonal, von daher würde ich mich für die Bewertung als tiefe Kohäsion (TK) aussprechen.

Vergleich der Beziehungsstruktur der Familie A von AW1 und AW2 am Ende (nach der PMFT-Stundenreihe = nachher):

Die Bewertung der BST ist bei AW1 und AW2 identisch.

BST in Typischen Situationen im Vergleich (Beziehungsstrukturtypen):

Für vorher A1-FATM 1, A-ELTM 1 und A-GETM 1 und nachher A-FATM 2, A-ELTM 2 und A-GETM 2

Vorher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Nachher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

So wäre die abschließende Bewertung bei AW1 für FATM eine labile Beziehungsstruktur, was mir bei der sonstigen Familienbeschreibung der Mutter bei Familie A einleuchtend erscheinen würde, während bei AW2 die Bewertung balanciert wäre (siehe Diskussion

unter Vergleich AW1 und AW2, vorher A-TR 1 zu nachher A-TR 2). Das wiederum würde ich bei der Beschreibung der Familiensituation schon für ungewöhnlich halten.

Die A-FATM 1 nehme ich also als labil an. Die ELTM 1 wird auch als labil angegeben und die A-GETM 1 als unbalanciert. Nachher werden die typische Familiensituation A-FATM 2 und die elterliche Beziehungsstruktur A-ELTM 2 wie auch vorher als labil beschrieben, während die Geschwistersituation auch wie vorher als unbalanciert angegeben wird (A-GETM 2). An dem Bewertungsergebnis scheint sich nichts verändert zu haben, während ich aus der Situation und Beschreibung des Alltags der Familie zu erkennen vermute, dass es der Familie als Ganzer in ihrem Miteinander besser geht und die Mutter und der kleine Sohn zufriedener und glücklicher sind. Zumindest ist offensichtlich, dass die Symptome des Jungen verschwunden sind und er altersgemäße Kontakte zu Gleichaltrigen auch außerhalb des Hauses aufnimmt. Er kann in eine normale Grundschule eingeschult werden, was unter den Anfangsbedingungen wohl nicht möglich gewesen wäre.

A-IR 1:

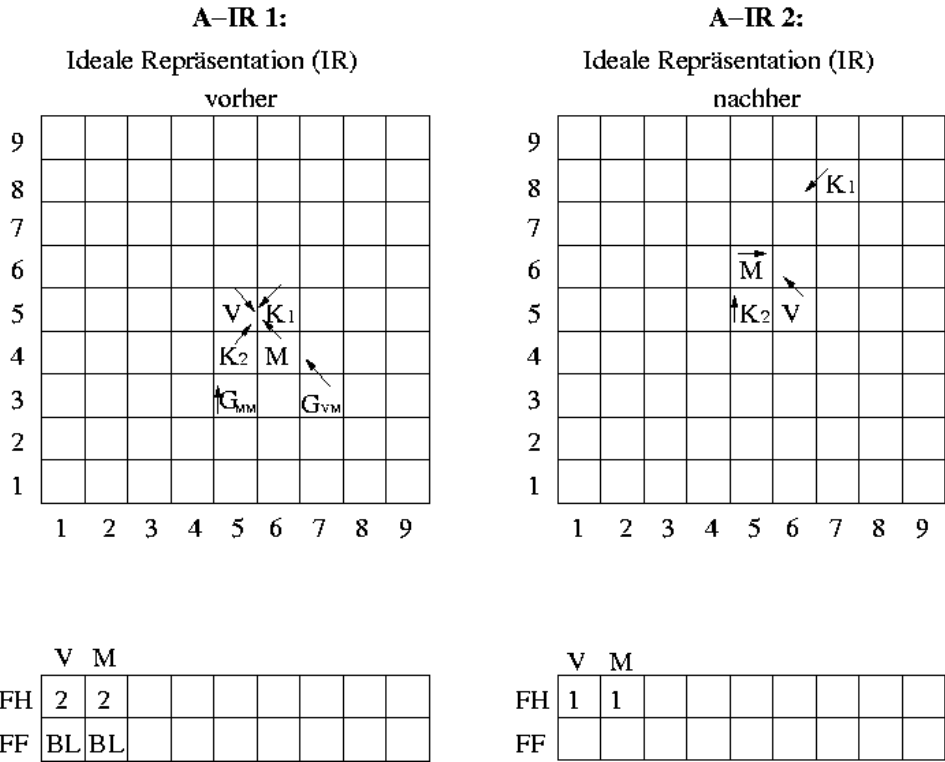
Der Wunsch der Mutter ist eine gute emotionale Bindung der Kernfamilie ohne äußere Mitglieder wie Großeltern. Die Familienmitglieder stehen bis auf die Großeltern direkt in vier Feldern zusammen. Die Großmutter steht direkt neben dem jüngeren Sohn und diagonal zu der Mutter. Der Großvater steht diagonal von der anderen Seite her zu ihr. Die Mutter und der Vater erhalten jeweils 2 Klötzchen.

Die ideale Situation ist vor einem halben Jahr das letzte Mal aufgetreten, als der ältere Sohn noch nicht so gravierende Schulprobleme hatte. Alle sollen in eine Richtung blicken, was so viel bedeutet wie, dass sie alle gemeinsam in eine Richtung arbeiten, gemeinsam den Problemen begegnen und sich besser verstehen. Die Eltern haben die Farbe Pink bekommen; dies soll symbolisieren, dass sie gemeinsam miteinander arbeiten und die anderen zu ihnen aufsehen können.

A-IR 2:

Der ältere Sohn hat die altersgemäße Ablösung von der Familie erreicht und trotzdem noch Zugang zur Familie. Die Stellung ist fast der TR 2 entsprechend, nur dass der Sohn noch etwas näher wieder herangeholt wird (7/7). Mutter (6/5), Vater (5/6) und jüngerer Sohn (5/5) stehen wieder direkt dicht nebeneinander. Die drei eng nebeneinander Stehenden sind mittlerweile in einer stabilen Situation, während der Ältere noch etwas ambivalent in seiner Position ist, eventuell auf Grund des Loslösungsproblems der Mutter von ihrem Kind. Die Eltern behalten ihren Einfluss mit einem Klötzchen. Die Mutter scheint also fast mit der Situation zufrieden zu sein, bis auf die noch nicht ganz gefestigte, aber gebesserte Situation mit ihrem älteren Sohn.

Graphische Gegenüberstellung der idealen Repräsentation:



Vergleich der IR vorher (A-IR 1) zu nachher (A-IR 2):

Während bei der A-IR 1 noch die Großeltern als Stützen wirken, die Großmutter für den älteren Sohn und der Großvater für die Mutter, scheint dies nun nicht mehr nötig zu sein, und die vier Familienmitglieder haben eigene Stabilität. In der A-IR 1 stehen noch alle direkt nebeneinander in einem Vier-Kästchen-Quadrat. Bei A-IR 2 scheint die Mutter es schon als IR zu akzeptieren, dass der ältere Sohn sich langsam von der Familie ablöst, und sie gesteht ihm etwas mehr Abstand zu. Dies ist sicher für beide wichtig. Die Mutter gibt sogar an, dass diese Situation schon alltäglich ist und immer häufiger vorkommt; anfangs gab sie dagegen an, dass die IR sehr selten aufträte. Zudem gibt sie bei den Eltern nur noch ein Klötzchen jeweils an, während sie anfangs meinte, dass die Eltern 2 bräuchten. Früher meinte sie also, nur mit mehr Einfluss zurechtzukommen. Jetzt scheint es auch so zu gehen, wie es auch in der TR ist (1 Klötzchen für jedes Elternteil).

BST in Ideal-Situationen im Vergleich:

Für vorher A-FAIM 1, A-ELIM 1 und A-GEIM 1 und nachher A-FAIM 2, A-ELIM 2 und A-GEIM 2

Vorher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x	x <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x

Nachher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK	
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	
M	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

entfällt

Die A-FAIM 1 ist nachher bei A-FAIM 2 auch in einer balancierten Beziehungsstrukturbewertung geblieben. Die elterliche Repräsentation wird in beiden Situationen vorher (A-ELIM 1) und nachher (A-ELIM 2) als labil beschrieben und hat sich zumindest in der Testbewertung nicht geändert, während die Mutter eigentlich am Ende schildert, dass sich ihr Mann wieder mehr um die Familie kümmert. Die geschwisterliche Situation scheint sich aus einer labilen Situation in eine unbalancierte Situation verändert zu haben (A-GEIM 1 und A-GEIM 2). Die beiden Jungen haben mit ihren 10 Jahren Altersunterschied sicher nicht dieselben Interessen. Mich wundert allerdings diese Bewertung, da in der beschriebenen Situation die Jungen besser miteinander zurechtkommen und es auch heißt, dass der Jüngere jetzt mehr Beachtung findet. Zudem war es doch sehr erstaunlich, dass der ältere Sohn extra für seinen kleinen Bruder einige der PMFT-Stunden mitgemacht hat. Ich habe den Eindruck, dass durch die altersgemäße Loslösung des älteren Bruders die Bewertung schlechter ausfällt, die Situation sich aber dennoch verbessert hat. Die subjektive Beschreibung der häuslichen Situation ist jedenfalls viel positiver, besonders dem Jüngsten gehe es jetzt so gut.

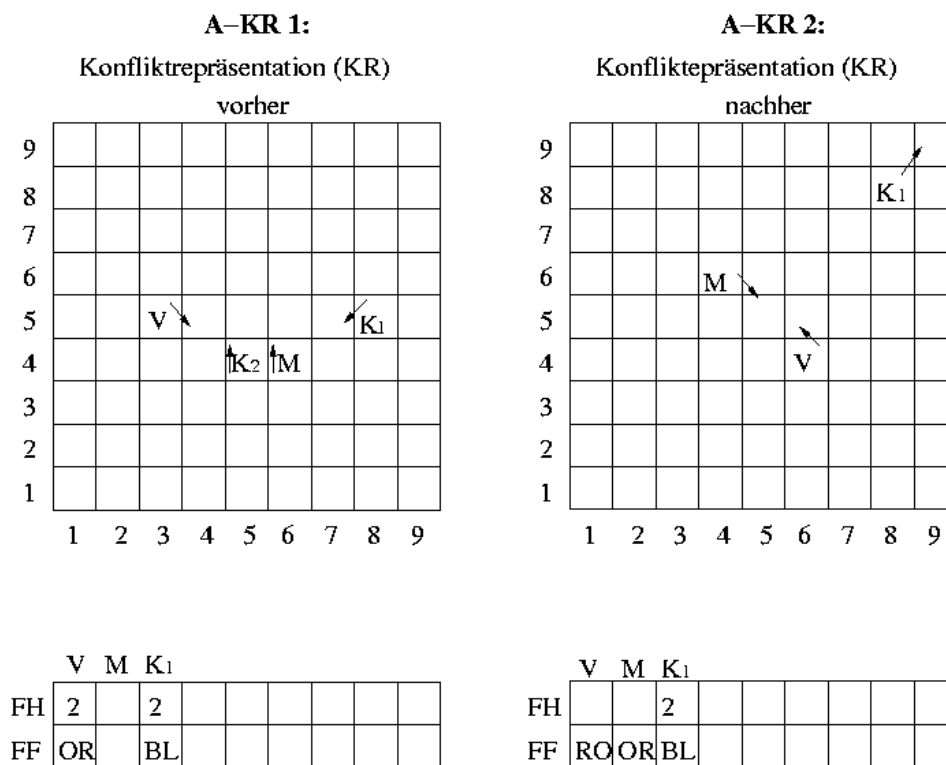
A-KR 1:

Hier geht es um einen Konflikt (schulische Probleme), der vorrangig zwischen dem Vater und dem älteren Sohn ausgetragen wird. Dieser Konflikt tritt häufiger auf und ist für alle sehr belastend. Die Mutter möchte vermitteln, und der Jüngere (Markus; K2) (4/5) hält sich heraus. Der Vater und der ältere Sohn stehen beide auf der Stufe 2. Die Mutter (4/6) schätzt die Situation also so ein, dass der ältere Sohn mehr Einfluss hat in der Streitsituation als sie selbst (Hierarchieumkehrung). Markus steht direkt neben seiner Mutter, während der Vater (5/3) und der ältere Sohn (K1; 5/8) eine Reihe höher stehen: der Sohn einmal mehr nach rechts versetzt und der Vater einmal mehr nach links. Somit stehen die beiden am weitesten voneinander entfernt. Der Vater erhält Orange; das soll bedeuten, dass er sich eigentlich heraushalten will und keine richtige Hilfe anbietet, im Höchstfall seine Meinung sagt. Der Ältere will dominant sein und sich durchsetzen. Das wolle der Vater zwar auch, aber die Mutter findet, dass er nicht viel dafür tut. Die Angaben der Mutter sind da etwas widersprüchlich; eigentlich soll es ein Konflikt zwischen Vater und Sohn sein, andererseits findet sie, dass ihr Mann nichts tut. Trotzdem wird beiden ein hoher Einfluss zugesprochen (beide haben zwei Klötzchen mehr als die Mutter). Zudem würde ich sagen, dass sie an dem Konflikt auch beteiligt ist, da sie jeden Tag ihren Sohn auffordern muss, dass er Hausaufgaben macht, und sich danach sehnt, dass ihr Mann sich darum kümmert.

A-KR 2:

Der Indexpatient Markus spielt in dem Konflikt keine Rolle mehr. Konflikte mit dem Älteren sind schulische Probleme, kein Einfügen in die Familie und Über-Grenzen-Hinwegsetzen oder Zu-wenig-zu-Hause-Helfen. Es wird mittlerweile mehr darüber diskutiert. Der Junge bekommt Blau, was für die Mutter Eigensinn und Dominanz bedeuten soll. Er steht auch als Einziger auf zwei Klötzchen und die Eltern auf gar keinem. Die Mutter gibt sich Orange, eine helle Farbe, die bedeutet, dass sie sich schwächer und hilfloser fühlt als ihr älterer Sohn. Der Vater bekommt noch eine andere Farbe (Rosa, weil keine andere Farbe da ist). Das soll aufzeigen, dass jeder im Konflikt seine eigene Meinung hat und darstellt.

Graphische Gegenüberstellung der Konfliktrepräsentation:



Vergleich KR vorher (A-KR 1) zu nachher (A-KR 2):

Ist in der KR vorher der jüngere Sohn, der Indexpatient, noch mit aufgestellt, ist er das zweite Mal gar nicht erst dabei. Die Konfliktsituation ist dieselbe geblieben, und zwar eine Streitsituation um die schulischen Leistungen des älteren Sohnes. Die Mutter gab allerdings an, dass es viel besser geworden wäre, nur ein paar Tage vorher habe es seit Längerem wieder einen heftigeren Streit darüber gegeben, deshalb diese negative Beschreibung auf Grund der aktuellen Situation. Sie findet sich zwar schon konsequenter in ihrem Verhalten, aber noch nicht genug, während dies bei dem Vater der Fall wäre. Der Sohn hat 2

Klötzchen, die Eltern gar keine, was nach wie vor noch auf eine Hierarchieumkehrung hinweist. Als positive Entwicklung beschreibt die Mutter, dass die Familie jetzt mehr darüber spreche und der Vater mehr Einsatz zeige. Das spiegelt sich aber auch nicht in der Bewertung wieder. Die Mutter möchte mit ihrem Sohn noch einmal zu seiner früheren Therapeutin gehen. Der jüngere Sohn, nun symptomlos, lässt sich anscheinend nicht mehr so von diesen Streitsituationen zurückwerfen.

BST in Konfliktsituationen im Vergleich (Beziehungsstrukturtypen):

Für vorher A-FAKM 1, A-ELKM 1 und A-GEKM 1 und nachher A-FAKM 2, A-ELKM 2 und A-GEKM 2

Vorher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Nachher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

entfällt

A-FAKM 1 und A-FAKM 2 sind beide in labil-balancierter Beziehungsstruktur angegeben, wobei sicher der weiter anhaltende Konflikt mit dem älteren Sohn ausschlaggebend ist. A-ELKM 1 und nachher A-ELKM 2 sind beide in unbalancierter BST angegeben, so dass auch da keine Änderung angezeigt wird. A-GEKM 1 wurde als unbalanciert angegeben, während die Bewertung in der zweiten Form A-GEKM 2 nicht möglich ist, da dort der jüngere Bruder nicht mit aufgeführt wurde.

FLEX (Flexibilität):

Vorher:

Typisch zu Ideal

	FA	EL	GE
	1 2 3	1 2 3	1 2 3
M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Typisch zu Konflikt

	FA	EL	GE
	1 2 3	1 2 3	1 2 3
M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nachher:

		Typisch zu Ideal								
		FA			EL			GE		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
M		x			x			x		

		Typisch zu Konflikt								
		FA			EL			GE		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
M		x			x					

entfällt

Hier sollen die Unterschiede zwischen zwei Repräsentationen aus der Sicht der Mutter dargestellt werden.

Vorher ist die Flexibilität auf der Familienebene von typisch zu ideal als klein (1) angegeben. Auf der Elternebene ist sie als mittel (2) und auf der Geschwisterebene als klein (1) angegeben. Hinterher ist der Unterschied auf der Familienebene von typisch zu ideal auch als klein (1) angegeben. Auf der Elternebene ergab es eine Flexibilitätsveränderung von mittel (2) zu klein (1), und auf der Geschwisterebene blieb eine kleine (1) Flexibilität. Nach dem PMFT-Stundenablauf gibt es also nur noch einen kleinen Unterschied zwischen der typischen und idealen Repräsentation.

Vorher ist die Flexibilität auf der Familienebene im Vergleich von der typischen Repräsentation zur Konfliktrepräsentation auf der Familien- und Elternebene klein (1) und auf der Geschwisterebene mittel (2). Nach der Durchführung des PMFT-Settings nach erneuter Durchführung des FAST ist die Flexibilität (1) bei Eltern- und Familienebene gleich geblieben. Die Geschwisterebene konnte nicht ermittelt werden, da ein Geschwisterkind bei der zweiten KR nicht mit aufgeführt worden ist.

GG (Generationsgrenzen):

		vorher:					
		Intergenerationelle Koalition:					
		TR		IR		KR	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein
M		x		x		x	

		Hierarchieumkehrung:					
		TR		IR		KR	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein
M			x		x	x	

nachher:

Intergenerationelle Koalition:

	TR		IR		KR	
	ja	nein	ja	Nein	ja	nein
M	X		X			X

Hierarchieumkehrung:

	TR		IR		KR	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
M		X		X	X	

Es wird das Vorhandensein von *intergenerationellen Koalitionen* und *Hierarchieumkehrungen* angegeben in der TR, IR und KR. „Die Bestimmung von intergenerationellen Koalitionen basiert auf einem Vergleich der Kohäsion im Elternsystem mit derjenigen in den Eltern-Kind-Beziehungen. Eine Koalition existiert, wenn die Elterndyade weniger kohäsiv dargestellt wird als eine der Eltern-Kind-Dyaden“ (GEHRING 1992, 29). Wenn das zutrifft, wird dies ja auf dem Formular angekreuzt. Wenn eine Kinderfigur höher steht als eine Elternfigur, nennt man dies *Hierarchieumkehrung*; dies wird ebenfalls angegeben (Entscheidung zwischen ja und nein möglich).

Die Übereinstimmung der Auswerterinnen besteht nur zu 8/12 (66,6 %). Bei zwei Angaben unterscheiden sie sich beim Vorher und bei zweien beim Nachher.

Intergenerationelle Koalition (IK):

A-TR 1: Die Eltern weisen eine tiefe Kohäsion auf, während der Vater zu K2 eine mittlere Kohäsion aufweist. Die Mutter hat zu K1 eine mittlere und zu K2 eine hohe Kohäsion. Das bedeutet, dass mehrere intergenerationelle Koalitionen bestehen.

A-IR 1: Im Gegensatz zu meiner Kollegin bin ich der Ansicht, dass vier intergenerationelle Koalitionen bestehen. Denn während die Eltern nur eine mittlere Kohäsion aufweisen, besteht bei den Eltern-Kind-Dyaden Mutter zu K1, Mutter zu K2 und Vater zu K1 sowie Vater zu K2 eine hohe Kohäsion. Viermal ist also die Eltern-Kind-Dyade höher bewertet als die der Eltern untereinander.

A-KR 1: Hier tritt eine IK auf, die zwischen der Mutter und K2 besteht (hohe Kohäsion), während die Kohäsion zwischen den Eltern tief ist.

Hierarchieumkehrung (HU):

A-TR 1: keine HU

A-IR 1: keine HU

A-KR 1: Hier besteht meiner Meinung nach, im Gegensatz zu meiner Kollegin, eine HU, zwar nicht zwischen dem Vater und dem Sohn K1, aber zwischen der Mutter und dem

Sohn K1, da er zwei Klötzchen höher steht, also viel mehr Einfluss hat als sie, zumindest nach den Angaben der Mutter.

Intergenerationelle Koalition (IK):

A-TR 2: Die Elternkohäsion ist zwar zur A-TR 1 von tief auf mittel kohäsiv angestiegen, trotzdem besteht meiner Meinung nach noch eine IK, da die Kohäsionen Mutter – K2 und Vater – K2 hoch sind, hier hat auch eine Verbesserung der Verbindung stattgefunden. War bei A-TR 1 die Verbindung zwischen Sohn K2 und Vater noch mittel kohäsiv, wird sie jetzt als hoch kohäsiv angegeben. Hier spiegelt sich ein bisschen die Beschreibung der Mutter wider, dass der Vater sich jetzt mehr um den jüngeren Sohn kümmert und sich ihr Verhältnis verbessert hat.

A-IR 2: Auch hier in der IR findet sich weiterhin eine IK, da die Stellungen von V, M und K2 bestehen geblieben sind. Die Kohäsion der Eltern ist weiterhin mittel und jeweils zu K2 weiterhin hoch.

A-KR 2: Hier hat sich etwas verändert: Die IK besteht jetzt nicht mehr, aber wohl eher, weil der K2 nicht mehr aufgeführt ist. Hier sind alle Kohäsionen als tief anzusetzen. Vorher gab es durch die Person K2 noch eine hohe Kohäsion der Mutter zu ihm, ansonsten waren die Kohäsionen der anderen zueinander auch schon vorher jeweils tief.

Hierarchieumkehrung (HU):

Hier sind die Angaben von mir und der Kollegin bei der Auswertung gleich.

A-TR 2: keine HU, wie auch vorher.

A-IR 2: keine HU, wie auch vorher.

A-KR 2: Die Mutter stellt in ihren sonstigen Beschreibungen nach dem PMFT-Verlauf dar, dass sich die familiäre Situation wesentlich verbessert habe. Im Gegensatz dazu besteht eine HU ihrem älteren Sohn gegenüber weiter, aber jetzt auch dem Vater gegenüber. K1 bekommt zwei Klötzchen und die Eltern jeweils keine. Wie passt das zusammen? Eine Erklärung kann sein, dass sie sich ein paar Tage vorher wieder etwas extremer mit ihrem älteren Sohn wegen der Schule gestritten hatte und noch sehr ärgerlich war, während die Beziehung sich aber insgesamt wohl viel besser entwickelt hatte. So findet aber der aktuelle Eindruck in der Bewertung Ausdruck.

Resümee:

Subjektiv hat die Mutter ein starkes Veränderungsgefühl innerhalb der Familie, das allerdings in Bezug auf den Älteren nicht ganz stabil ist, je nach aktuellem Alltagsverhalten. Sie zeigt sich aber sehr glücklich darüber, dass ihr Mann wieder aktiver am Familiengeschehen teilnimmt. Am allermeisten freut sie sich aber darüber, dass der Indexpatient mittlerweile keine Probleme mehr macht und in eine normale Schule eingeschult werden

konnte. Gleichzeitig erwies sich der Umzug als neue Chance für den Jüngsten, sein neues Verhalten in Bezug auf Kontakt zu anderen Kindern zu festigen. Er geht frei nach draußen und nimmt immer mehr Kontakt zu den Kindern in seiner neuen Straße auf. (Keiner weiß, das ist das „Kind, was so komisch ist“, wie es an seinem vorherigen Wohnort war.) Er zeigt keine Höhenangst mehr, ist viel selbstbewusster und zeigt keine Trennungsängste mehr. Motorisch hat er große Fortschritte gemacht, sowohl in Bezug auf Gleichgewicht, Koordination (Arme – Beine, Augen – Hand), Schnelligkeit als auch Reaktionsfähigkeit. Auch die Mutter hat an Bewegungsfähigkeit gewonnen, sowohl in Bezug auf Koordination als auch Gleichgewicht. Markus macht es jedenfalls nichts mehr aus, in Höhen zu klettern. Der Vater scheint sich, obwohl er sich von den Stunden fern hält, von dem therapeutischen Geschehen mit in die Veränderung einbeziehen zu lassen. Besonders seinem jüngeren Sohn kommt es zugute, dass er sich mehr um ihn kümmert. Der große Sohn hat das therapeutische Geschehen unterstützt, sich aber auch in angemessener Weise um seine Eigenständigkeit bemüht. Seine schulischen Leistungen sind besser geworden, so dass er nicht von der Schule gehen muss. Zum Glück hat er schon Aussichten auf einen Ausbildungsplatz.

II) Familienbögen – Auswertung der Familie A:

Das Auswertungsformblatt ist im Anhang I/3 und die Auswertung der Daten in tabellarischer und graphischer Darstellung in Anhang III/A zu finden. A1–FB fand im Juni 2001 und A2–FB im Juli 2002 statt. Die Familienbögen sind von der Mutter ausgefüllt worden.

Vergleich AW1 und AW2:

AW2 hatte sich bei den Rohdaten von A1 bei K (Kontrolle) und WN (Werte und Normen) im Familienbögen-Selbstbeurteilungsbogen (FB–S) jeweils um einen Rohpunkt (RP) verrechnet. Bei der Kontrolle konnte festgestellt werden, dass die Daten von AW1 vollständig stimmen. Bei A2 stimmt die Auswertung von AW1 und AW2 überein. Dabei ist zu bemerken, dass es sicher sinnvoll ist, die Daten noch einmal zu überprüfen. AW2 hatte auch erst die Auswertungs-T-Werte der Phase 3 statt 4 genommen, was zur Ergebnisfälschung geführt hätte, wenn der Datenvergleich dies nicht an den Tag gebracht hätte. Bei der Tabellenutzung muss also immer wieder geschaut werden, dass die T-Werte aus den korrekten Tabellen herausgeholt werden und dass man die Altersstruktur der Kinder kennt, da man nur so weiß, in welcher Phasen-Tabelle die Daten nachgeschaut werden müssen.

Vergleich vorher und nachher der einzelnen FB-Skalenrohwerte und T-Werte :

Allgemeiner Familienbogen der Familie A:

A–Aufgabenerfüllung (AE) [Das A vorweg steht für die Familie A]:

Der Rohwert ist von 9 auf 8 gesunken. Das bedeutet, dass sich die Aufgabenerfüllung im familiären System etwas verbessert hat. Der T-Wert ist von 78 auf 73 gesunken, liegt somit immer noch im problematischen Bereich.

A–Rollenverhalten (RV):

Das Rollenverhalten zeigt keine Veränderung. Der Skalenrohwert ist vorher wie nachher bei 8 geblieben. Der T-Wert bleibt bei 60 und liegt damit an der Grenze vom normalen zum kritischen Bereich.

A–Kommunikation (KOM):

Der Wert ist von 7 auf 5 abgefallen, was bedeutet, dass der T-Wert von 74 auf 63 abgefallen ist und somit vom problematischen Bereich schon fast an die Grenze zum normalen Bereich gelangt ist. Es scheint eine Verbesserung im Kommunikationsverhalten eingetreten zu sein, was die Mutter auch so beschrieben hat.

A–Emotionalität (E):

Die Bewertung der Emotionalität ist bei 3 Rohpunkten und 54 im T-Wert geblieben, also keine Veränderung in der Emotionalität, die allerdings auch vorher wie nachher im normalen Bereich liegt.

A–Affektive Beziehung (AB):

Die affektive Beziehung ist im Rohwert von 8 auf 6 gesunken, was bedeutet, dass der T-Wert von 79 auf 69 gesunken ist und die Werte sich dem normalen Bereich annähern, aber noch etwas fehlt.

A–Kontrolle (K):

In diesem Bereich ist der Rohwert von 6 auf 3 gefallen und der T-Wert von 61 auf 48, bewegt sich also jetzt im Normalbereich und weist schon in Richtung Stärken. Vorher lag er nur leicht im Problembereich, hat sich aber jetzt gravierend verbessert.

A–Werte und Normen (WN):

Der Bereich Werte und Normen ist bei 5 Rohpunkten (RP) bei dem T-Wert von 62 geblieben. Er liegt damit zwar noch etwas im Problembereich, aber ganz dicht an der Grenze zum Normalen.

A–Summenwert (S):

Der S ist von 46 RP/74 TW (= T-Wert) auf 38 RP/69 TW abgefallen. Die ganze Familiensituation hat sich also etwas verbessert, liegt noch im Problembereich, aber näher an dem normalen Bereich.

A–Soziale Erwünschtheit (SE):

Die SE lag vorher bei 1 RP/27 TW im Stärkenbereich, danach liegt sie mit 3 RP/33 TW auch weiterhin im Stärkenbereich. So können die Angaben als realistisch angesehen

werden und die Validität der anderen Skalen muss nicht bezweifelt werden wie bei einem Wert über 60, bei dem Verzerrungen angenommen werden müssen. Bei solch einem niedrigen Wert unter 40 sind allerdings z.B. Projektionen oder andere Einflüsse nicht ganz auszuschließen.

A–Abwehr (A):

Die Bewertung der Abwehr bewegt sich mit dem vorherigen Wert 6 RP/47 TW und hinterher mit den Werten 8 RP/53 TW im Normalbereich. Über 50 muss man beachten, dass die Validität der anderen Skalen vermutlich verschlechtert ist. Aber bei 53 ist das noch zu tolerieren.

A–Selbstbeurteilungsbogen der Mutter von Familie A:

A–Aufgabenerfüllung (AE):

Die Bewertung der AE hat sich nicht verändert; sie ist bei 4 RP/59 TW geblieben.

A–Rollenverhalten (RV):

Das RV ist von 9 RP/68 TW auf 8 RP/64 TW gesunken und hat sich damit dem Normalbereich angenähert, ihn aber nicht ganz erreicht.

A–Kommunikation (KOM):

Der Wert 2 RP/53 TW ist auf 4 RP/67 TW angestiegen. Genau bei den beiden Fragebogenfragen, bei denen es darum geht, ob die anderen verstehen, was die Ausfüllerin, in diesem Fall die Mutter, meint, hat sich die Bewertung geändert („Wenn ich etwas sage, versteht meine Familie, was ich meine.“) Die Bewertung geht von „stimmt ein wenig“ zu „stimmt eher nicht“, und bei „Oft verstehe ich nicht, was andere Familienmitglieder meinen.“ ist die Bewertung von „stimmt eher nicht“ zu „stimmt ein wenig“ verschoben. Es scheint der Mutter bewusst geworden zu sein, dass sie doch nicht immer ihre anderen Familienmitglieder richtig versteht, und sie hat wohl auch gemerkt, dass diese sie zeitweise falsch verstehen. Die Bewertung ist etwas in den problematischen Bereich gegangen. Allerdings muss man zu bedenken geben, dass es ein paar Tage vorher einen Streit mit ihrem älteren Sohn gab, was lange nicht mehr der Fall gewesen war; und unter diesem Eindruck stand sie doch merklich.

A–Emotionalität (E):

Die E ist von 3 RP/51 TW auf 1 RP/42 TW sogar an den Grenzbereich vom Normalen zu den Stärken verschoben.

A–Affektive Beziehung (AB):

Die AB ist von der vorherigen problematischen Zone bei 2 RP/TW 61 in die Mitte des Normalbereiches mit 1 RP/51 TW getreten.

A-Kontrolle (K):

Die Kontrolle hat sich von 3 RP/43 TW auf 4 RP/49 TW verschoben, ist aber im normalen Bereich geblieben.

A-Werte und Normen (WN):

Die WN sind bei 2 RP/45 TW im Normalbereich geblieben.

A-Summenwert (S):

Der Summenwert geht von 25 RP/57 TW zu 24 RP/55 TW über und liegt damit auch in dem Normalbereich.

A-Zweierbeziehungsbogen (FB-S) der Mutter (M)**mit dem Vater (V), Sohn 1 (K1) und dem Indexpatienten Sohn 2 Markus (K2) :***A-Aufgabenerfüllung (AE):*

Die Mutter hat vorher bei dem FB-S M/V 10 RP/74 TW, bei dem FB-S M/K1 für den Sohn K1 sogar 11 RP/74 TW angegeben. Bei dem FB-S M/K2 ergibt sich ein RP-Wert wie bei dem Vater von 10 RP, aber eine bessere Bewertung im T-Wert von 70. Nach der Behandlung weist die Bewertung der AE beim Vater einen verringerten RP von 6 auf, was einen verbesserten T-Wert von 59 mit sich bringt. Dies liegt von der Bewertung her schon im Bereich des Normalen. Während bei K1 der Wert von 11 RP/74 TW beibehalten wurde, hat sich der PR von 10 auf 8 erniedrigt und ist damit von 70 TW auf 62 TW gefallen, womit der Wert fast den Normalbereich erlangen konnte. So konnte sich die AE nach Ansicht der Mutter bei dem Vater und K2 verbessern, aber bei dem Sohn K1 nicht.

A-Rollenverhalten (RV):

Das RV wurde von der Mutter vorher bei dem Vater mit 7 RP/67 TW, bei K1 mit 10 RP/70 TW und bei K2 mit 4 RP/48 TW angegeben. Während die Werte von Vater und K1 beide im Problembereich liegen, lag die Bewertung von K2 schon vorher im unproblematischen Bereich, zumindest aus Sicht der Mutter liegt er im Normalbereich. Die Rollenprobleme von K2 lagen mehr im außerfamiliären Kontakt, der hier nicht mit erfasst wird. Nachher verringerte sich der RP des Vaters von 7 auf 6 und liegt mit dem TW von 62 fast im Normalbereich, aber noch etwas in der problematischen Zone. K2 liegt nachher mit 5 RP und einem TW von 51 im Normalbereich, während die Werte von K1 sich verschlechtert haben von 10 auf 11 (TW von 70 auf 73). Es ist zu bedenken, dass dies die Bewertung aus der Sicht der Mutter ist. Die Bewertung von K1 über sich wäre sicher anders ausgefallen. Er versucht sich verständlicherweise mehr von der Familie zu lösen. Seine Schul- und Ausbildungssituation ist verbessert. Ein paar Tage, bevor die Mutter den Bogen ausfüllte, gab es aber wieder Streit darüber, dass er zu Hause in den Ferien mehr mithelfen sollte, und er fand, dass von ihm zu viel Mithilfe verlangt werde.

A-Kommunikation (KOM):

Sicher ist auch die verschlechterte Kommunikationsbewertung von K2 unter den Nachwirkungen des eben beschriebenen Streites zu sehen. Zudem rührt sie sicherlich auch daher, dass die Mutter andere Vorstellungen hat als er. K2 hat anfangs 7 RP/74 TW und später 9 RP/85 TW. Bei V und K2 verbessert sich die Sichtweise der Mutter in Bezug auf deren Kommunikationsverhalten zu ihr. V hat erst einen RP von 5 und einen TW von 62, wobei der RP auf 3 sinkt und der TW auf 52. So geht die Bewertung aus dem problematischen Bereich in den Normbereich. Bei K2 verbessert sich die Bewertung innerhalb des Normbereiches von 4 RP/58 TW auf 2 RP/47 TW.

A-Emotionalität (E):

Bei dem Vater und bei K1 verbessert sich die Emotionalitätsbewertung der Mutter von vorher beim Vater von 3 RP/51 TW auf 1 RP/40 TW und bei K1 von 6 RP/71 TW auf 5 RP/ 65TW. Dabei gelangt die Bewertung über den Vater in den Normal-, fast schon Stärkenbereich, und der Sohn K1 gelangt fast in den Normalbereich, ist aber noch minimal im problematischen Bereich. K2 bleibt im guten Normalbereich mit der Bewertung 2 RP/48 TW.

A-Affektive Beziehung (AB):

Die AB hat sich bei M/V und M/K2 sehr positiv entwickelt. Während K2 von 2 RP/48 TW auf 0 RP/37 TW vom Normalbereich sogar in den Stärkenbereich wechselte, hat die Beziehung der Eltern aus Sicht der Mutter gewonnen, indem der Vater für die Familie, besonders für die Kinder, mehr Fürsorge zeigt und so bei der Mutter zu einer Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen sorgt, die ihre Bewertung von anfangs 5 RP/70 TW auf 0 RP/42 TW fallen lässt. Die Bewertung geht aus dem Problembereich sogar fast schon an die Grenze zum Stärkenbereich im Normalbereich. K1 bleibt mit 7 RP/76 TW im kritischen Bereich.

A-Kontrolle (K):

In diesem Bereich liegen die Bewertungen alle im Normal- bis Stärkenbereich, vorher wie nachher, bei dem V und K2 sind sie besser als bei K1. Der Vater hat vorher 1 RP/44 TW, später 0 RP/40 TW, K2 liegt vorher bei 1 RP/43 TW und nachher bei 0 RP/37 TW (Bereich: Stärken!). K1 liegt vorher bei 3 RP/54 TW und nachher bei 4 RP/59 TW, also eine leichte Verschlechterung. Trotzdem scheint die Situation der Familie so zu sein, dass das Familienleben in einer mit den Vorstellungen (hier durch die Bewertung der Mutter erfasst) der Mutter vereinbarten Art und Weise abläuft.

A-Werte und Normen (WN):

Die Bewertungen der Werte und Normen durch die Mutter scheinen aus ihrer Sicht mit dem Vater und K2 übereinzustimmen. Die Bewertungen zum Vater und zum jüngeren

Sohn haben sich im Laufe der Zeit sehr verbessert. Beim V ging die Bewertung von 7 RP/69 TW im kritischen Bereich auf 3 RP/50 TW in den Normalbereich. Die Bewertung von K2 ging von 5 RP/49 TW im Normalbereich auf die Grenze zum Stärkenbereich mit 3 RP/40 TW. Nur bei K1, der zu dem Behandlungszeitpunkt 16 Jahre alt ist und eigene Wertvorstellungen zu entwickeln beginnt, hat sich die Situation bzw. Bewertung verschlechtert, und zwar von 9 RP/67 TW vorher auf 10 RP/72 TW nachher.

A-Summenwert bei den 3 FB-S:

An den Summenwerten wird deutlich, was sich vorher schon zeigte: Der Indexpatient ist nicht das größte Problem. Die Situation scheint sich für die Mutter beim Vater und beim Sohn K2 sehr verbessert zu haben, die Situation mit K1, unter Berücksichtigung des gerade erfolgten Streites, nicht. Bei K1 geht der Summenwert von 53 RP/76 TW in die Höhe auf 57 RP/80 TW. Der Summenwert hat sich bei M/V FB-S von vorher 38 RP/67 TW zu RP19 verringert mit TW 50 im Normalbereich, bei K2 von 28 RP/53 TW zu 20 RP/46 TW optimiert.

Vergleich der Profile von den FB-A, FB-Z und FB-S vorher zu nachher:

Es fällt auf, dass der Indexpatient K2 sowohl vorher als auch nachher im familiären System in der Bewertung am unproblematischsten ist und bis auf die Aufgabenerfüllung immer im Normbereich liegt. Die Aufgabenerfüllung verbessert sich nach der Behandlung so, dass auch sie im Normbereich liegt.

Die Bewertung von K1 verschlechtert sich, sicher nicht nur durch den vorhergehenden Streit, auch wenn die Mutter das Verhältnis außerhalb des Testverfahrens insgesamt als besser beschrieben hat. Es liegen sicher starke Unterschiede in den Ansichten über Rollenverhalten und Werte und Normen vor. Das Kommunikationsverhalten macht nach wie vor Schwierigkeiten, während der Ausdruck der Gefühle zugenommen hat.

Das Verhältnis zum Vater scheint sich gegenüber der Mutter besonders verbessert zu haben. So scheint er sich auch verändert zu haben, was sein Engagement zu Hause angeht. Der Vater erfährt daher Bewertungsverbesserungen, etwas in den Bereichen AE, RV, K, besonders in den Bereichen KOM, E, WN und vor allem im Bereich AB.

8.8.2 Familie B: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen

Zusammenfassung:

Die Familie B besteht eigentlich aus 4 Personen, wobei der Vater getrennt von den Übrigen lebt, da die Mutter mit den Kindern ausgezogen ist. Die drei sind mit einer anderen Familie zusammen in eine andere Kleinstadt in ein gemeinsames Haus gezogen. Diese

andere Familie besteht aus 2 Erwachsenen und 2 Kindern, jeweils im Alter der Kinder dieser Familie. Die Indexpatientin Bella, die auch an den Psychomotorikgruppen teilnimmt, ist sehr ängstlich in Bezug auf fremde Personen und auf bestimmte Bewegungsformen wie Drehen oder In-die-Höhe-Klettern. Sie hat starke Trennungsängste und lässt die Mutter erst gar nicht, dann relativ schwer gehen. Am Ende der Behandlungszeit gibt es in der Hinsicht keine Schwierigkeiten mehr. Auf Grund der Trennungsgeschichte der Eltern ist diese Problematik nicht verwunderlich (Das Verlaufsprotokoll von Familie B wird in der Onlinversion dieser Arbeit zum Schutze der Familie ausgelassen, ist allerdings im Original in Anhang II zu finden).

Die kleine Schwester Nina ist auch sehr zurückhaltend, besonders was Fremde angeht. Die Motorik ist bei beiden zurückgeblieben. Bella hat vor allem Schwierigkeiten, was das Gleichgewicht angeht. Die Koordination der Arme und Beine muss auch noch verbessert werden.

Die PMFT-Stunden gefallen den Kindern sehr gut. Thematisch haben sie anfangs mit der Familie zu tun und wer wie wo wohnt. Bella zeigt, dass sie gerne Grenzen setzen möchte: wer zu ihr gehört und wer nicht und wo der Vater steht.

Zur Situation der Familie: Die Übergaben bei den Besuchstagen des Vaters gehen allen an die Nieren, da er beim Abholen immer neue Streitereien provoziert. Er versucht, Bella dafür einzuspannen, wieder zur Mutter Kontakt zu bekommen. Hat er Kontakt bei der Übergabe, wirft er der Mutter dann aber immer vor, dass alle Probleme um die Trennung nur ihre Schuld seien, und versucht dies auch den Töchtern einzureden, während die Mutter das Verhalten im vorherigen Zusammenleben dafür verantwortlich macht. Sie beschreibt es so, dass er sich vorher nie um seine Kinder gekümmert, sondern entweder gearbeitet oder sich hinter seinem Computer versteckt hat. Die Kinder würden sehr unter den Wochenenden bei dem Vater leiden. Sie sind danach sehr zerrissen und aggressiv. Sie wollen z.T. gar nicht mehr zu ihm, trauen es sich aber auch nicht, dies dem Vater zu sagen, und so gibt es regelmäßig bei den Übergaben lautstarke Eskalationen der Eltern. Als die Therapeutin vorschlägt, bei der Übergabe eine Person zwischenschalten, damit die Mutter nicht mehr den konflikthaften Kontakt hat und die Übergabe für die Kinder leichter ist, bricht der Vater den Kontakt plötzlich ganz ab, ist für einige Zeit verschwunden und meldet sich gar nicht mehr. Er ist einfach bei den Übergaben nicht da und holt die Kinder nicht mehr ab, ohne Bescheid zu sagen. Die Mutter ist froh, dass diese ständigen Eskalationssituationen für die Kinder und sie aufhören, andererseits aber ist sie verunsichert, was weiter passiert. Sie kann den Kindern auch nicht sagen, was los ist, da sie es selbst nicht weiß. Die Kinder erleben das Fernbleiben des Vaters ohne Abmeldung als Bestrafung und nicht nur als Erleichterung. Auch wenn sie ihn als Konfliktperson empfanden, registrieren sie jetzt auch den Liebesentzug. Der Mutter wird gerichtlich das volle Sorgerecht übertragen. Sie ist darüber sehr froh, weil Entscheidungen als Eltern gemeinsam nur noch sehr schwer waren. Gleichzeitig hätte sie es gerne, dass die Kinder einen Vater haben. Sie hatte zeit-

weise die Vorstellung, dass es möglich ist, als Eltern noch “zusammenzuarbeiten“, auch wenn keine Paarbeziehung mehr vorhanden ist. Dies hat sich allerdings nicht realisiert.

In den PMFT-Stunden drückten die Kinder ihre Familiensituation im Bewegungsspiel sehr gut aus, z. B. schien Bella in einer der PMFT-Stunden eine größere Abgrenzung zu ihrer Mutter zu schaffen, indem sie sich allein ein eigenes Haus baute. Anschließend fertigte sie auch ihrer Mutter und der Schwester ein eigenes Haus, aber ein Stück entfernt von ihrem auf der anderen Längsseite der Halle. Diese beiden Häuser wurden noch durch einen breiten Weg (Turnmatten) verbunden. Es schien zu zeigen, dass sie sich mehr von ihrer Mutter trennen konnte. In einer Stunde vorher hatte sie sich noch durch eine gebaute Grenze von den Therapeutinnen abgegrenzt und ihre Mutter noch einmal extra neben sich eingegrenzt, so dass diese nicht wegkonnte und sich sehr beengt fühlte.

Die Kinder wurden immer selbstbewusster und motorisch sicherer. Am Ende der Behandlungszeit zeigte Bella keine Angstsymptome mehr. Bella kann ohne weitere Probleme eingeschult werden. Während Bella die PM-Gruppen am Ende der PMFT-Stunden-Reihe verlassen kann, kommt ihre Schwester, die noch mehr motorische und psychische Sicherheit braucht, neu in die PMG. Z. B. vergisst sie beim Fallen, sich abzufangen, um sich zu schützen. Sie war gestürzt, hatte sich dabei nicht abgefangen und schlug sich einen Schneidezahn aus.

In ihrem neuen Heim fühlt sich die Familie sehr wohl, und alle sind froh, dort mit der anderen Familie zusammen in einem Haus zu wohnen. So haben die Kinder immer Spielpartner.

In der Zwischenzeit ist die Scheidung der Eltern vor Gericht vollzogen worden. Die Mutter hatte verhindern können, dass die Kinder vor Gericht aussagen müssen, damit sie nicht noch mehr leiden müssen.

Die Mutter ist sehr froh über die Entwicklung ihrer Kinder. Bella ging es immer besser, und sie besuchte einmal die PM-Gruppen und erzählte, dass sie sehr gut in der Schule zu Recht kommt. Ihre Schwester entwickelte sich gut in den PMG-Stunden und konnte nach einem halben Jahr die Behandlung beenden. Die Mutter selbst hat eine Therapie angefangen und fühlt sich dadurch gut weiterbegleitet, falls es noch Eskalationen mit dem Mann geben wird.

I) FAST – Auswertung der Familie B:

B 1: Der FAST ist von der Mutter durchgeführt worden. Beim ersten Termin konnte er nicht durchgeführt werden, da die Mutter sich durch den – wie sie es nannte – „Psychoterror“ des getrennt lebenden Mannes zu labil und angeschlagen fühlte, so wurde die Durchführung verschoben. Die Mutter ist bei der Durchführung emotional sehr bewegt.

B 2: Die Mutter ist ausgeglichen und erscheint offen (1 Jahr später).

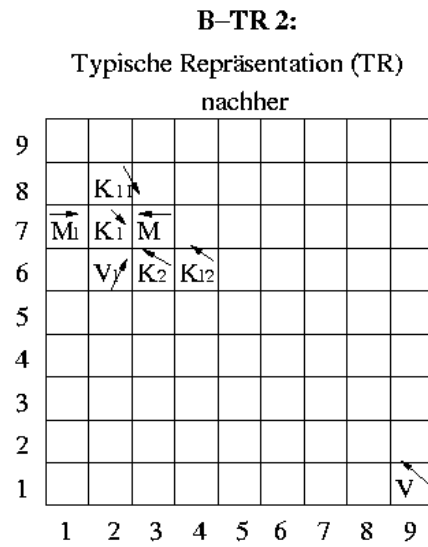
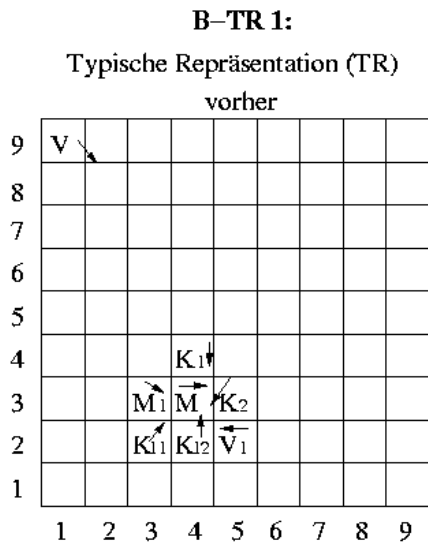
B-TR 1:

Es fällt auf, dass die Familienmitglieder, die Mutter (3/4) und die beiden Töchter (4/4; 3/5), sehr dicht in benachbarten Feldern nebeneinander stehen. Zugleich steht aber die andere Familie, die mit ihnen in einem Haus wohnt, genauso dicht bei ihnen. Nur der Vater (9/1) ist ganz weit entfernt in die äußerste Ecke gestellt worden, trotzdem erhält er noch die gleiche Klötzchenzahl 3 wie die Mutter, was den Einfluss in der Familie beschreibt. Die Eltern der anderen Familie erhalten beide Stufe 2 und alle vier Kinder je 1 Klotz. Der Vater wirkt mit seiner blauen Figur als Einziger farblich abgehoben. Die blaue Figur für ihren Mann hat die Frau genommen, weil das Blau für sie etwas Dunkles, Negatives und Beziehungsloses ausdrückt. Er wirkt sehr abseits und abgetrennt. Die Frau meint, der Mann wäre sehr egoistisch. Der Kinderkontakt werde nur genutzt, um zu ihr Kontakt zu haben und einen Racheakt gegen sie vorzunehmen. Gleichzeitig versuche er, die Kinder mit in die Verantwortung zu ziehen, besonders Bella, dass diese vermitteln müsse. Die Mutter empfindet ihrem Mann gegenüber eine dauerhafte Konfliktsituation, die schon seit zwei Jahren in dieser schweren Form existiert. Vor 6 Jahren war die Beziehung zu ihrem Mann noch enger, aber die Beziehung des Mannes zu den Kindern wäre immer sehr gering gewesen. Leider habe der Mann, auch durch das gemeinsame Sorgerecht (zu diesem Zeitpunkt), noch sehr viel Einfluss und würde vieles boykottieren.

B-TR 2:

Der Vater (1/9) kann nur noch aus der Erinnerung Beachtung finden, da es keinen Kontakt mehr zu ihm gibt. Er steht weit entfernt mit abgewendetem Blick. Die Mutter (7/3) hat ihre Kinder direkt zu sich hingestellt ((7/2) und (6/3)). Die befreundeten Kinder (K_{11} und K_{12}) und die Eltern (M_1 und V_1) sind darum herum platziert, aber nicht mehr ganz so dicht und umkreisend. Es gibt keine Machtstufungen bzw. die Mutter wollte keine Klötzchen dafür verteilen. Alle haben eine gute Beziehung zueinander, außer dem Vater. Der befreundete Vater übernimmt mittlerweile etwas die Rolle des Ersatzvaters. Er steht enger bei dieser Familie als bei seiner eigenen Frau und seinen Kindern.

Graphische Gegenüberstellung der typischen Repräsentation:



	V	M	K ₁	K ₂	K ₁₁	K ₁₂	M ₁	V ₁
FH	3	3	1	1	1	1	2	2
FF	BL							

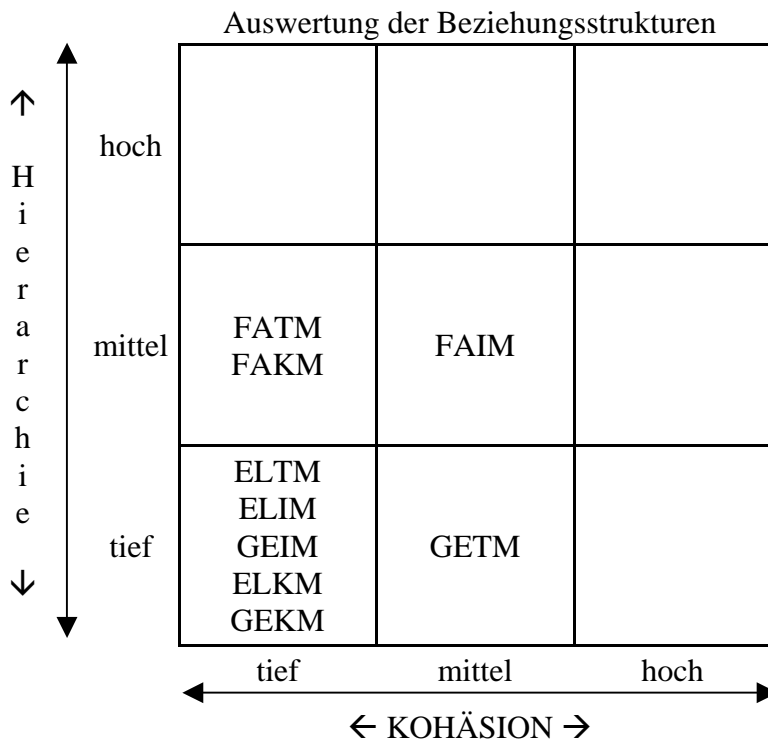
FH								
FF								

Vergleich der TR vorher (B-TR 1) zu nachher (B-TR 2):

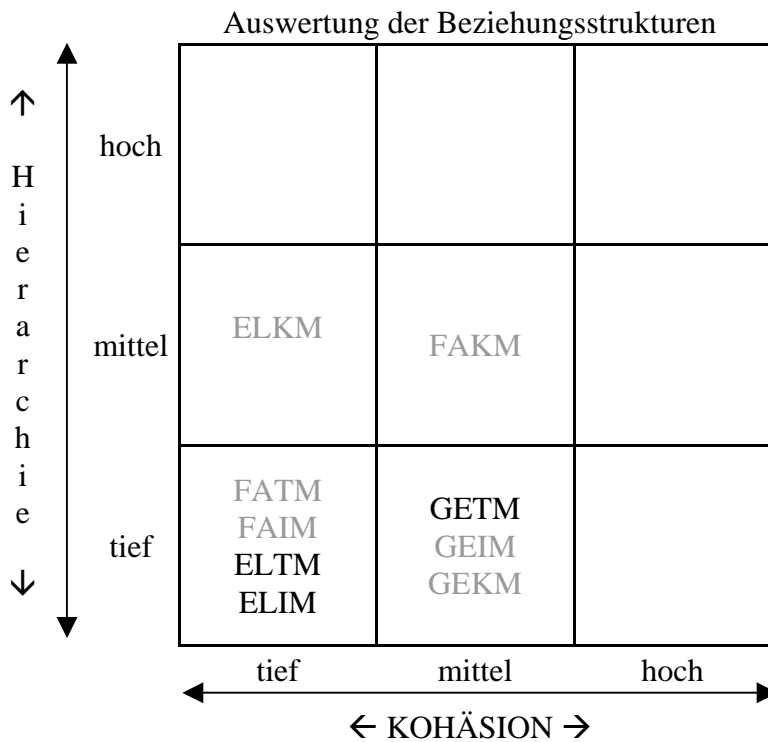
In der TR-1 ist der Vater in die linke obere Ecke gequetscht, und die Mutter ist in der Mitte in der Nähe des unteren Randes umringt von den Kindern und der anderen Familie; da passt fast keiner mehr darum herum. In der TR-2 ist der Vater in die andere Ecke rechts unten (1/9) gedrängt. Der Abstand zur Familie wurde durch diagonale Abstandsvergrößerung noch erhöht.

Auswertung der Beziehungsstrukturen:

Vorher: B-BST 1:



Nachher: B-BST 2:



Vergleich der Beziehungsstruktur der Familie B von AW1 und AW2 zu Beginn (vorher):

Die Auswertungen von AW1 und AW2 stimmen überein.

Vergleich der Beziehungsstruktur der Familie B von AW1 und AW2 am Ende (nachher):

Die Auswertungen stimmen überein.

Manche Bewertungen kann ich nicht nachvollziehen. Sicherlich sind dem Auswertungsschema Grenzen gesetzt, so dass meine für die Familie speziellen Anmerkungen nicht mit einfließen können. Eine grundsätzliche Kritik ist eher: Warum soll es besser sein, wenn z.B. bei den Eltern verschiedener Einfluss ist und nicht gleicher? Ist er gleich, was ich für besser halte (hier in der Bewertung tiefe Hierarchie), geht die Bewertung nicht aus dem Bereich labil-balanciert bis unbalanciert heraus.

Ein weiteres Problem ist sicherlich, dass es ab einem bestimmten Abstand nicht mehr in die Bewertung mit eingeht, ob nun 2 oder 5 Felder dazwischen liegen. Es ist nur an der Skizze zu sehen, macht jedoch m.E. einen gravierenden Unterschied aus. So geht der Konflikt der Eltern nicht genug in die Bewertung ein.

BST im Vergleich (Beziehungsstrukturtypen):

Für vorher B-FATM 1, B-ELTM 1 und B-GETM 1 und nachher B-FATM 2, B-ELTM 2 und B-GETM 2

Vorher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Nachher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bei B-FATM 1 ist die Bewertung labil-balanciert, während die B-FATM 2 als unbalanciert gilt. Aus meiner Sicht finde ich es gut, dass die Mutter nicht mehr ganz so von der anderen Familie eingekreist wird, so dass die drei wieder unabhängiger von der anderen Familie werden. Allerdings geht dieser leichte Abstand der anderen Familie formal bei dieser Bewertungsmethode eher negativ in die Bewertung ein, während ich ihn als Lernfortschritt zur eigenen Selbstständigkeit sehen würde, so wie ich auch wahrgenommen

habe, dass die Mutter wieder an Eigenstabilität gewonnen hat. Sie äußerte es auch selbst im Gespräch.

B-ELTM 1: Dass die Elternkohäsion als unbalanciert gilt, daran liegt sicher kein Zweifel. Sie blieb auch weiterhin (B-ELTM 2) so, da die Mutter keinen weiteren Kontakt mit dem Vater hatte als anfangs die konflikthafte Übergabe der Kinder und später nur noch die Gerichtstermine. In so einer Situation ist eine veränderte Sichtweise nicht zu erwarten.

B-GETM 1 gilt als labil-balanciert und ist bei B-GETM 2 so geblieben.

B-IR 1:

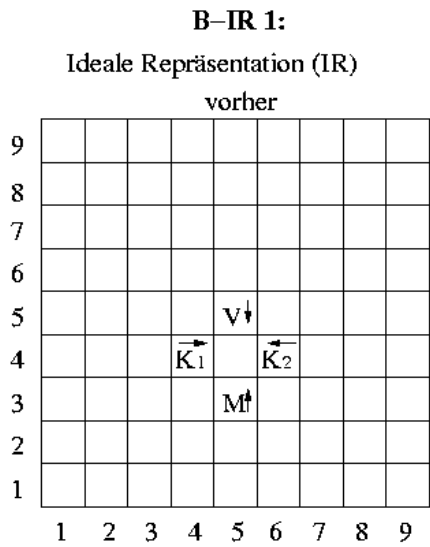
Die ideale Repräsentation der Mutter lässt ihre Wunschvorstellung durchscheinen, dass es möglich sein müsste, die Paarbeziehung und die Elternbeziehung zu trennen. Wohl auch den Kindern zuliebe möchte sie gerne ein ausgewogenes Verhältnis der Kinder zu dem Vater, weil sie der Meinung ist, dass die Kinder einen Vater bzw. eine männliche Bezugsperson brauchen. Die Aufstellung zeigt den Vater (5/5) und die Mutter (3/5) sich gegenüberstehend mit einem Feld Abstand. Die Kinder stehen dabei rechts (4/4) und links (4/6) neben dem Feld, das die Eltern voneinander trennt, bzw. erst stehen sie rechts (3/4) und links (3/6) neben ihr, und dann erinnert sie sich, dass es die Idealaufstellung sein soll, und es wird deutlich, dass sie sich ein idealeres Verhältnis aller 4 Familienmitglieder wünscht. Sie bezieht die Aufstellung aber nur auf die gemeinsame Kindererziehung. Sie sagt dabei, dass sie sich wünscht, dass die Kommunikation und Akzeptanz zwischen ihr und ihrem Mann in der Form sein sollte, dass sie die Kinder gemeinsam „sinnvoll“ großziehen. Sie möchte natürlich, dass die Kinder sowohl einen liebevollen Vater als auch eine liebevolle Mutter haben. Die Paarbeziehung scheint jedoch so zerrüttet zu sein, dass sie sich diese nicht einmal im Ideal vorstellen kann, da sofort irgendwelche schlechten Erlebnisse in ihr hochkommen. In dieser Darstellung braucht sie die Aufstellung ihrer befreundeten Familie nicht. Vater und Mutter stehen wieder auf 3 Klötzchen, während die Kinder jeweils ein Klötzchen haben. Ihre Vorstellung ist, dass nicht vor Gericht gegangen werden müsste und jedes Elternteil das Eigenleben des anderen akzeptieren sollte. Nicht die gemeinsame Partnerschaft steht für sie im Mittelpunkt, sondern zentral wäre für sie die gemeinsame Elternschaft, damit die Entwicklung der Kinder, die ihr am meisten am Herzen liegen, gut verläuft. Die Eltern haben beide Orange bekommen, was für sie etwas Positives bedeutet, dass die Eltern gemeinsam die Kinder erziehen. Orange symbolisiert für sie, dass die Kinder im Mittelpunkt stehen, sowie Einigkeit und Akzeptanz des Andersseins des Partners. Sie hofft auf ein positives Familienklima.

B-IR 2:

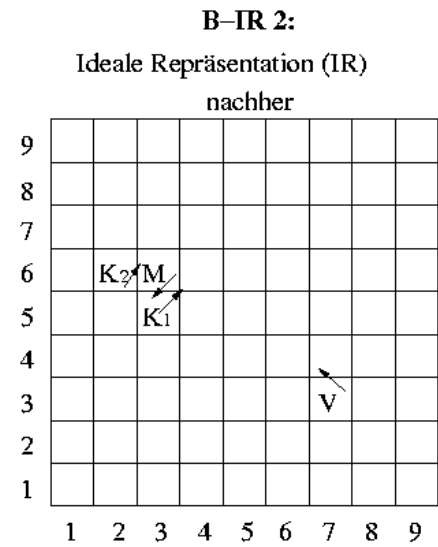
In der IR steht die Mutter auf 6/3, und die Kinder stehen jeweils direkt daneben. Der Vater ist etwas näher gestellt als in der TR auf 3/7, aber nicht mehr so idealistisch wie bei B-IR 1, wo nur ein Feld zwischen Vater und Mutter war. Er ist den dreien mit dem Blick

zugewandt im Gegensatz zu der TR, wo er seinen Blick abgewandt hält. Diese Situation könnte nach Meinung der Mutter nur entstehen, wenn der Vater wirklich Interesse an den Kindern hätte, das bestreitet sie aber. Zudem müssten die Eltern auf Elternebene miteinander umgehen können, auch das ist zurzeit nicht der Fall, da die Eltern gar keinen Kontakt mehr haben. Es wäre ausschlaggebend, dass der Vater die Kinder gut behandelt und die Mutter respektvoll, so dass die Kinder wüssten, da ist jemand, der sie mag. Wichtig wäre natürlich, dass sie überhaupt einen Vater hätten, der sie liebt. Die Farbe Pink soll dies ausdrücken, dass der Vater sich in der idealen Situation freundlich verhalten müsste. Pink soll die Liebe zu und das Interesse an den Kindern symbolisieren und die Freude, sie zu sehen. Es sollen keine Klötzchen verteilt werden als Zeichen dafür, dass keine Machtspielchen vollzogen werden. Die Farbänderung von Blau bei der TR zu Pink hier wäre eine starke Veränderung der Person des Vaters, so wäre auch eine Beziehung zwischen den Eltern wieder möglich. Der Wunsch der Mutter wäre vor allem, dass die Kinder auch beide Elternteile hätten, dass sie über den Wunsch reden könnten und mit beiden Eltern eine gute Kommunikation möglich wäre.

Graphische Gegenüberstellung der idealen Repräsentation:



		V	M	K1	K2				
FH	3	3	1	1					
FF	OR	OR							



FH									
FF									

Vergleich der IR vorher (B-IR 1) zu nachher (B-IR 2):

Anfangs hat die Mutter noch die Illusion, es könne eine Elternbeziehung ohne Paarbeziehung stattfinden, so stellt sie den Vater zu sich und den Kindern, während sie später

einsieht, dass bei dieser Paarsituation eine „funktionierende“ Elternbeziehung nicht durchzuführen ist. Sie rückt in der B-IR 2 die Kinder wieder näher an sich heran und den Vater weiter von sich entfernt. Die Mutter vergibt in der ersten IR-Aufstellung noch den gleichen Einfluss an ihren Mann wie an sich selbst und den Kindern viel weniger (1 Klötzchen gegenüber 3), aber in der neuen Situation verteilt sie gar keine Klötzchen und erklärt dabei, dass sie sich in der IR keine Machtspielchen wünscht und die Klötzchen das für sie ausdrücken würden.

In der Bewertung der Beziehungsstruktur findet das allerdings wieder keinen Eingang und führt von einer anfänglich „positiv“ balancierten BST zu einer unbalancierten BST. Nach außen hin sieht es nach einer negativen Entwicklung aus, wenn man nur das Auswertungsregister beachtet. Schaut man aber die Umstände an, ist es sicher jetzt eine günstigere Vorstellung, die ihr auf Dauer mehr Schutz gibt, da sie nicht immer wieder unrealistische Vorstellungen bzw. Träume ihrem Mann gegenüber hat und so nicht so verletzt wird, wenn er wieder einen seiner „unberechenbaren Übergriffe“ startet. Es ist sicher besser, dass alle denselben Einfluss haben, als wenn z. B. der Vater diesen alleine hätte. In der Bewertung würde dies allerdings positiver ausfallen, aber für die anderen drei sicher schädlich sein.

BST im Vergleich:

Für vorher B-FAIM 1, B-ELIM 1 und B-GEIM 1 und nachher B-FAIM 2, B-ELIM 2 und B-GEIM 2

Vorher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Nachher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Die B-FAIM 1, als balanciert bewertet, wird in B-FAIM 2 unbalanciert. Meine Kritik daran steht schon bei den IR beschrieben.

B-ELIM 1 gilt als unbalanciert und bleibt in B-ELIM 2 so. Da mit dem Vater so gut wie kein Kontakt mehr war, konnte auch kein verändertes Verhalten der Mutter und Kinder auf ihn Auswirkungen haben. Die Verhaltensänderung der Mutter, die bei den Übergaben jemanden zwischenschalten wollte, war möglicherweise schon Auswirkung genug, dass es sich für ihn nicht mehr lohnte, den Kontakt zu halten, und er verschwand. Vielleicht stimmt die These der Mutter, dass er nur so lange Interesse am Kontakt zu den Kindern hatte, solange diese ihm den Zugang zur Mutter ermöglichten. B-GEIM 1 ist unbalanciert,

da die Kinder um ihre als einziges Elternteil gebliebene Mutter konkurrieren. Unter B–GEIM 2 verbessert sich die Beziehungsstruktur, da die Kinder mittlerweile mehr zur Ruhe gekommen sind, selbstbewusster wurden und sich ihrer Mutter sicher sind, sodass ihre Verlustängste – zumindest auf die Mutter bezogen – überwunden sind. Außerdem konkurrieren sie mittlerweile weniger.

Im FAST-Manual steht: „Familien sind komplexe, biopsychosoziale Systeme, die sowohl durch individuelle als auch soziokulturelle Einflüsse geprägt sind. Dementsprechend wandeln sich familiäre Organisationsmuster auch im Zusammenhang mit politischen und historischen Veränderungen. In diesem Sinne muss betont werden, dass die theoretischen Ausführungen über Familiensysteme auf Wertvorstellungen basieren, wie sie in den westlichen Industrieländern zur Zeit vorherrschen und dementsprechend zu relativieren sind“ (GEHRING 1992, 11). Leider sind sie nicht weiter erläutert. So sind die Wertvorstellungen in westlichen Ländern auch nicht überall gleich und zudem wäre es interessant, was damit gemeint ist. Bert HELLINGER z. B. vertritt zumeist, eine Rangreihe im familiären System, bei der der Vater, wie hier in der Bewertung, mehr Einfluss haben sollte als die Mutter. Die Kinder sind dann je nach Alter untergeordnet. Ich dagegen finde es sinnvoller, wenn die Eltern gleichberechtigt sind. Durch die Akzeptanz der individuellen und soziokulturellen Einflüsse müsste GEHRING auch eine andere Bewertungsstruktur akzeptieren. Für die andere Anschauung müsste eine andere Bewertungsstruktur erstellt werden.

B–KR 1:

In der Konfliktsituation stehen alle Beteiligten sehr dicht beieinander (in den Feldern 6–8 horizontal wie vertikal), außer dem Vater (1/1), der weit davon entfernt steht. Beteiligt sind nicht nur die Mutter und die beiden Kinder, sondern auch die befreundeten Kinder aus dem Haus, die nach Aussage der Mutter für die Kinder wichtig sind, um einen Ausgleich zu der Konfliktsituation der Eltern zu schaffen, wobei die ältere Tochter aber von dem Vater in die Konfliktsituation hereingezogen wird. Die Mutter ist auf 7/7 platziert, die Kinder diagonal zu ihr auf 6/6 (Bella) und die jüngere auf 8/6. Die befreundeten Kinder stehen direkt auf parallelen Feldern zu den Kindern direkt neben der Mutter, die befreundete Frau dazu direkt hinter der Mutter und diagonal im Feld daneben der befreundete Vater, also alles sehr dicht in 3x3-Feldern. Der Einfluss der Eltern scheint bei Konfliktsituationen gleichermaßen eingeschätzt zu werden, und zwar bei der Stufe 3, die befreundeten Eltern stehen auf der Stufe 2 und alle Kinder auf der Stufe 1. Die Mutter beschreibt, dass sie versucht, bestimmte Regeln durchzubekommen, der Vater diese aber boykottiert. An Bella stellt er hohe Anforderungen, um sie gegen die Mutter aufzuhetzen. Der Vater bringe durch seinen Einfluss immer Unruhe in die Familie. Zudem findet er den Einfluss der anderen Familie schlimm. Der Vater habe versucht, vor den Kindern die andere Familie schlecht zu machen, und den Kindern gesagt, dass nicht nur ihre Mutter, sondern auch diese Familie böse sei.

Der Vater zeigte sich sehr ambivalent in seinem Verhalten den Kindern gegenüber, mal nett, mal stark beschuldigend, was die Kinder enorm verunsicherte. Die Eltern seien sich bei den Erziehungsmethoden schon immer uneinig gewesen. Sie habe den Kindern Grenzen gesetzt, und diese mussten auch schon mal in ihr Zimmer, wenn sie es zu weit trieben. Bella habe ihrem Vater auch schon erzählt, dass sie als Mutter zu streng sei. Gleichzeitig ist sie verärgert über die entgegengesetzte Struktur des Vaters, z.B. dass er die Kinder mit Süßigkeiten überschüttet, was doch ungesund sei. Manche Konflikte zieht der Vater aus den Aussagen der Kinder. Er versucht, seine Vaterposition gut darzustellen und die der Mutter schlecht. Er behauptet auch, es wäre alles noch gut, wenn die Mutter nicht ausgezogen wäre. So schildert es zumindest die Mutter.

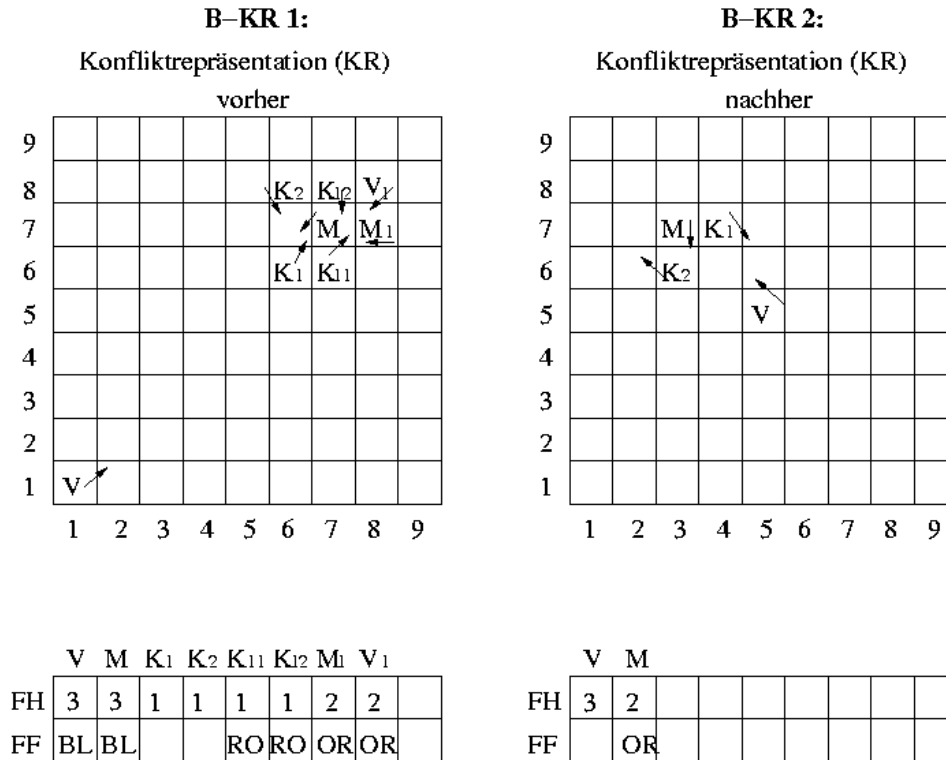
Der Vater wird als Figur wieder blau dargestellt, was sie mit dunkel, egoistisch und negativ verbindet, gleichzeitig als in Konflikten vertrauensunwürdig und unberechenbar. Die andere Familie hat die Farben Orange und Rosa bekommen, weil sie positiv unterstützend wirke. Das Leben wäre für die Kinder in dieser Lebens- und Wohnsituation durch die Unterstützung der anderen Familie gut.

B-KR 2:

Erst fällt ihr keine akute Situation ein. Dann nimmt sie einen Vorfall, der schon fast ein Jahr her ist. Damit fällt er eigentlich in die Kategorie „vorher“ und ist keine reale „Nachher“-Situation. Damals mussten die Kinder jedes zweite Wochenende zu ihrem Vater und wollten zum Teil nicht. Die Konfliktsituation ist die Abholzene, als der Vater die Kinder bei der Mutter abholt. Bella geht zum Auto, obwohl sie vorher geäußert hat, dass sie nicht zum Vater und auch nicht einsteigen will. Die kleine Schwester läuft weg und muss von der Mutter ins Auto getragen werden. Es ist eine große Traurigkeit bei der Verabschiedung. Eine große Frage steht immer im Raum. Wie kommen die Kinder wieder? Die Mutter hat erneut versucht, in der Szene mit Freundlichkeit aufzutreten (deshalb die Farbe Orange für sie) und die Form zu wahren, aber dann „schießt“ ihr Mann verbal dazwischen. Der Vater hat so großen Einfluss auf die Situation. So hat er zum Beispiel den Urlaub der anderen drei blockiert, indem er auf seinem Besuchswochenende bestanden hat. Damals kam der Konflikt bei jeder Übergabe vor. Einmal wollte er die Kinder sogar einfach vor der Tür absetzen, obwohl er wusste, dass seine Exgattin arbeiten musste. Er wollte nicht, dass sie überhaupt arbeitet. Die Mutter hatte auch Angst, dass der Vater sie in die alte Rollenverteilung zwingen könnte. Eigentlich spielen die Kinder nach Meinung der Mutter keine Rolle bei der Konfliktlösung, sondern nur die Eltern. Die Mutter gab sich Orange, was ausdrücken sollte, dass sie versucht, die Situation positiv zu beeinflussen. Sie fühlte sich damals sehr klein, wie ein Hund an der Leine. Jetzt fühlt sie sich besser, auch seitdem sie das alleinige Sorgerecht hat. Sie hat nicht mehr das Gefühl des Ausgeliefertseins. Heute spricht sie von einer viel größeren Stabilität ihrer selbst und der Kinder. Sie hat das Gefühl, dass sie zu dritt gut zurechtkommen. Die Einflussbeschreibung ist im Gegensatz zu damals, als sie ihnen, den Eltern, noch beiden 3 Klötzchen gab, verschoben, sie hat nur

zwei und er drei. Sie hatte wohl noch im Nachhinein das Gefühl, dass er die Situation mehr beeinflussen konnte, besonders bei der Übergabe, als sie selbst.

Graphische Gegenüberstellung der Konfliktrepräsentation:



Vergleich KR vorher (B-KR 1) zu nachher (B-KR 2):

Es geht beide Male um einen Konflikt mit dem mittlerweile geschiedenen Mann und auch beide Male um die Situation vor einem Jahr. Es ist also keine Vorher-Nachher-Situation. Interessant ist, wie die Mutter mit einem Jahr Abstand die Situation beschreibt. Bei der zweiten Beschreibung wird die befreundete Familie nicht mit aufgestellt. Der Vater, der damals ganz in der Ecke stand, die anderen fast am anderen Ende der Diagonale des Feldes, steht in diesem Fall (5/5) relativ nah bei der Mutter (7/3) und den Kindern (K2 6/3 und K1 7/4), wobei K2 ganz entgegengesetzt vom Vater wegguckt und K1 zu ihm hinschaut, die Mutter blickt auch zum Vater. Der Vater schaut zu den dreien. Damals guckten alle um die Mutter. Stehenden sie an, nur sie blickte zu dem Vater, der wiederum sie anschaute.

Positiv ist sicher zu sehen, dass die Mutter in der Situation „nach dem PMFT-Stundenverlauf“ keine akute Konfliktsituation nennen kann, die sie momentan stark belastet.

Der Vater steht bei B2 in der TR und IR weit weg, während er in der KR dicht an den anderen Familienmitgliedern ist.

BST in Konfliktsituationen im Vergleich:

Für vorher B-FAKM 1, B-ELKM 1 und B-GEKM 1 und nachher B-FAKM 2, B-ELKM 2 und B-GEKM 2

Vorher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Nachher:

	FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Die familiäre Beziehungsstruktur im Konflikt B-FAKM 1 wird als labil angegeben, bei B-EAKM 2 hat sie sich in eine positive Beziehungsstruktur bei Konflikten entwickelt. Auch wenn das schön klingt, möchte ich zu bedenken geben, dass man der FAST-Theorie bzw. den Auswertungsrichtlinien zufolge als Außenkriterium auch den unterschiedlichen hierarchischen Einfluss der Eltern als positiv ansehen soll, was ich nicht tue.

Auf Elternebene B-ELKM 1 ist die Beziehungsstruktur vorher unbalanciert und nachher B-ELKM 2 labil-balanciert. So hat sich die Mutter durch mehr Distanz doch etwas mit der Situation abfinden und besser stabilisieren können.

Die Geschwisterebene B-GEKM 1 ist vorher und nachher B-GEKM 2 labil-balanciert geblieben.

FLEX (FLEXIBILITÄT):

Vorher:

	Typisch zu Ideal								
	FA	EL	GE						
	1 2 3	1 2 3	1 2 3						
M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	Typisch zu Konflikt								
	FA	EL	GE						
	1 2 3	1 2 3	1 2 3						
M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

Nachher:

Typisch zu Ideal									
	Fa			El			Ge		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
M	x			x			x		

Typisch zu Konflikt									
	Fa			El			Ge		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
M	x			x			x		

Bei der Berechnung der Flexibilität wird deutlich, dass die Unterschiede zwischen zwei Repräsentationen in B1 alle klein (1) sind, sowohl bei typisch zu ideal bei FA, EL und GE als auch bei typisch zu Konflikt bei FA, EL und GE. Genauso sieht es bei B2 aus, alle Unterschiede zwischen den Repräsentationen sind auch dort klein (1).

GG (Generationsgrenzen):

vorher:									
Intergenerationelle Koalition:									
	TR		IR		KR				
	ja	nein	ja	nein	ja	nein			
M	x		x		x				
Hierarchieumkehrung:									
	TR		IR		KR				
	ja	nein	ja	nein	Ja	nein			
M		x		x		x			

nachher:									
Intergenerationelle Koalition:									
	TR		IR		KR				
	ja	nein	ja	nein	ja	nein			
M	x		x		x				
Hierarchieumkehrung:									
	TR		IR		KR				
	ja	nein	ja	nein	Ja	nein			
M		x		x		x			

Intergenerationelle Koalition (IK):

Der Vergleich AW1 und AW2 bringt einen Unterschied hervor. AW1 sagt, dass bei IR eine IK besteht, und AW2 gibt an, dass keine IK besteht bei B-IR1. Ich meine, dass eine besteht, die Elterndyade tief kohäsiv ist, während alle Eltern-Kind-Dyaden mittel kohäsiv

sind. Es gilt bei der IK ja, dass eine intergenerationelle Koalition besteht, wenn die Eltern-dyade weniger kohäsiv ist als eine Eltern-Kind-Dyade. Das ist der Fall.

Bei B–TR1 und B–KR1 besteht bei AW1 und AW2 übereinstimmend eine IK. Diese besteht meistens zwischen der Mutter und beiden Kindern, aber bei der IR auch zwischen dem Vater und den Kindern.

Hierarchieumkehrung (HU):

Bei B1 besteht keine HU, weder bei TR oder IR noch bei KR.

Die Angaben bei B2 von AW1 und AW2 in Bezug auf die HU und IK sind identisch.

Intergenerationelle Koalition (IK):

In allen drei Bereichen TR, IR und KR bestehen, wie auch schon bei B1, IKs, was nicht wundert, da die Beziehung der Kinder zur Mutter viel intensiver ist als die zerstörte Beziehung des Elternpaares.

Hierarchieumkehrung (HU):

Es besteht keine HU in allen drei Bereichen.

Resümee:

Es ist schön zu sehen, dass es den beiden Mädchen und der Mutter wieder besser geht und dass sie es alle drei auch so wahrnehmen. Schade ist, dass es auf eine Trennung zum Ehemann hinauslaufen musste. Die drei haben sich sowohl im motorischen als auch im psychosozialen Bereich gut entwickelt. Nicht nur das subjektive Empfinden der Mutter zeigt an, dass es ihr besser geht. Auch der FAST zeigt Verbesserungen, auch wenn ich nicht bei allen Ergebnissen mit ihm übereinstimme. Die Mutter braucht nicht mehr in jeder Situation die Unterstützung der anderen Familie, sondern hat sich selbst stabilisiert. Sie hat von ihrer Illusion Abstand genommen, mit ihrem Mann noch als Elternpaar funktionieren zu können. In Konfliktsituationen scheint sich die labil-balancierte Situation in eine balancierte Situation entwickelt zu haben, jedenfalls der FAST-Auswertung zufolge bzw. wenn man die Bewertung des FAST-Autors übernimmt.

II) Familienbögen – Auswertung der Familie B:

Das Auswertungsformblatt ist im Anhang I/3 und die Auswertung der Daten in tabellarischer und graphischer Darstellung von B1 und B2, auch im Vergleich, sind im Anhang III/A zu finden.

Die Auswertungen von AW1 und AW2 stimmen überein bis auf die Paarauswertungen, die bei AW2 korrigiert werden mussten, da sie aus der falschen Tabelle (Phase 4 statt 3) gezogen wurden, dies konnte aber leicht nachkorrigiert werden.

Vergleich vorher und nachher der einzelnen FB-Skalenrohwerter und T-Werte:

B-Allgemeiner Familienbogen:

Bei der Auswertung ergibt sich eine Schwierigkeit. Die Mutter hat vor der Behandlung (Juli 2001) aus eigenem Antrieb zwei FB-A ausgefüllt. Bei einem Bogen berücksichtigt sie alle vier Familienmitglieder, also auch den Vater. Der allgemeine Familienbogen, bei dem der Vater mit in die Bewertung eingeht, fällt viel schlechter aus als der allgemeine Familienbogen, bei dem nur die Mutter und die beiden Töchter berücksichtigt werden. Den anderen Bogen hat sie nur für die Kinder und sich ausgefüllt. Nach der Behandlung (Nov. 2002) hat sie nur einen Bogen ausgefüllt, man merkt aber, dass sie dabei mit den Vorstellungen springt, wer dazugehört.

B-Aufgabenerfüllung (AE):

Vorher hat die Bewertung des Bogens mit 4 Personen, also mit dem Vater, 5 RP/57 TW und mit 3 Personen ohne den Vater 2 RP/45 TW eine bessere Bewertung. Hinterher taucht dieselbe Bewertung auf von 2 RP/45 TW, was im positiven Normalbereich liegt, wobei der Vater auch nicht in die Bewertung mit einging. Auf die 3 Personen bezogen gibt es sicherlich aus Sicht der Mutter eine Festlegung von Aufgaben in Übereinstimmung mit den beiden Kindern. Manchmal werden auch Alternativlösungen gesucht und ausprobiert.

B-Rollenverhalten (RV):

Beim Rollenverhalten gibt die Mutter in der Dreierkombination 3 RP/46 TW an, mit allen 4 Familienmitgliedern im Blick 6 RP/56 TW. Die Werte liegen alle noch im Normalbereich. Hinterher scheint die Bewertung mal von der Dreier- und mal von der Viererkonstellation auszugehen bei einem RP von 4 und einem T-Wert von 49. Da sie lange keinen Kontakt mehr zu ihrem Mann hatte und zu dem Zeitpunkt der zweiten FB-Durchführung die Scheidung vollzogen ist, ist der Blick auf die Familie mit dem Vater etwas entspannter, obwohl sie sonst beschreibt, dass sie ihn nicht mehr zur Familie dazurechnet.

B-Kommunikation (KOM):

Bei der KOM wird bei FB-A mit 3 Personen (3P) 1 RP/46 TW und bei FB-A mit 4 Personen (4P) 4 RP/67 TW angegeben, dies scheint die Mutter nachher auch vor Augen zu haben, denn es werden wieder 4 RP/67 TW angegeben. Das liegt also schon und immer noch im problematischen Bereich. Dazu muss man sich vergegenwärtigen, dass lange – außer

vor Gericht – kein Kontakt mehr zwischen den Eltern bestand, als der Bogen das zweite Mal ausgefüllt wurde und sie die Bewertung mehr an den früheren Erinnerungen festmachte, wie auch schon beim FAST. Die niedrigen Angaben wundern mich aber zumindest in Bezug auf den Vater.

B–Emotionalität (E):

Bei FB–A mit 3 Personen (3P) wird 0 RP/37 TW und bei FB–A mit 4P 2 RP/48 TW angegeben. Hinterher findet sich wieder der gleiche Wert wie in der Dreierkonstellation, also ohne Beachtung des Vaters ist das Gefühl der Mutter zu den Kindern weiterhin sehr gut.

B–Affektive Beziehung (AB):

Hier scheint sich die Einfühlsamkeit der Mutter für die Kinder zu zeigen mit 1 RP/42 TW, was hinterher genauso angegeben wird. Bei der FB–A mit 4P wird es wieder etwas schlechter mit 2 RP/48 TW, was aber trotzdem noch in einem sehr guten normalen Bereich liegt, wenn auch nicht so gut wie bei der Dreierkonstellation.

B–Kontrolle (K):

Dieses Ergebnis verwundert mich etwas, da es schon vor der Behandlung im Normalbereich ausfällt. Die Werte sind bei FB–A mit 3P 3 RP/51 TW, bei der FB–A mit 4P sogar noch besser mit 2 RP/45 TW. Das würde nach den Angaben bedeuten, dass die Formen der Beeinflussung zulassen, dass das Familienleben in einer mit den Vorstellungen aller Familienmitglieder vereinbarten Art und Weise abläuft. Die Mutter beschrieb vorweg, dass die Reaktionen und Aktionen des Vaters unberechenbar wären und er damit die ganze Familie durcheinander brächte. Die Eltern steckten in Machtkämpfen fest und hatten sehr verschiedene Erziehungsstile.

B–Werte und Normen (WN):

Hier zeigt sich eher der Unterschied der beiden Versionen: FB–A mit 3P 3 RP/52 TW, bei der FB–A mit 4P 7 RP/74 TW. Hinterher wird die Bewertung anscheinend wieder nur auf die Mutter mit ihren Kindern bezogen, da dieselbe Bewertung vorliegt wie vorher mit den 3 Personen. Liegt die Dreier-Bewertung im normalen Bereich, so liegt die Vierer-Bewertung im Problembereich.

B–Summenwerte (S):

Die Summenwerte werden zuerst folgendermaßen angegeben: bei FB–A mit 3P 13 RP/43 TW im Normalbereich, bei der FB–A mit 4P 28 RP/74 TW im Problembereich. Hinterher findet sich anscheinend eine Mischung aus beiden Bewertungen: 15 RP/45 TW, wobei ersichtlich ist, dass die positiven Aspekte mit den Kindern überwiegen und der Vater anscheinend nicht mehr so viel Gewicht hat. Sein bedrohlicher Eindruck verblasst, je länger der Kontakt mit ihm her ist und eher das gute Verhältnis der Kinder zu der Mutter gesehen wird.

B-Soziale Erwünschtheit (SE):

Bei FB-A mit 3P werden 9 RP/49 TW angegeben im Normalbereich, bei der FB-A mit 4P werden nur 4 RP/35 TW angegeben, was man wohl so deuten kann, dass sie über ihren Mann die Meinung sagen mag und sich nicht danach richten möchte, was andere dazu sagen oder ob man schlecht über den Mann sprechen darf, wenn er sich schlimm verhält. Hinterher gibt sie 10 RP/52 TW an, wobei man bedenken muss, dass je mehr die Werte für ‚Soziale Erwünschtheit‘ und ‚Abwehr‘ in den Skalen über 50 hinausgehen, desto mehr die Validität der anderen Skalen bezweifelt werden muss. Mit 52 liegt diese wohl noch im Grenzbereich und kann toleriert werden.

B-Abwehr (A):

Beim FB-A mit 3P werden 6 RP/46 TW angegeben im Normalbereich, wobei eine Frage vergessen wurde zu beantworten, und zwar: „Wir werden nie wütend in unserer Familie“. Bei der FB-A mit 4P werden nur 5 RP/42 TW angegeben. Hinterher werden 8 RP/52 TW beschrieben, wobei 52 wieder an der 50er Grenze liegt, aber wie bei SE noch in Ordnung zu sein scheint.

B-Selbstbeurteilungsbogen der Mutter:*B-Aufgabenerfüllung (AE):*

Vorher ergab es 6 RP/71 TW, hinterher sind es nur noch 3 RP/54 TW. Es scheint eine extreme Verbesserung stattgefunden zu haben, wobei z. B. funktionale Muster der Aufgabenerfüllung selbst in Stresssituationen besser beibehalten werden können.

B-Rollenverhalten (RV):

Das RV wurde vorher mit 5 RP/55 TW und hinterher mit 2 RP/44 TW bewertet. Eine Optimierung des Verhaltens ist eingetreten, wobei sich beides im Normalbereich abspielt.

B-Kommunikation (KOM):

In diesem Fall scheint ein krasser Wechsel stattgefunden zu haben; wurde früher 8 RP/96 TW im starken Problembereich angesiedelt, liegt KOM jetzt schon an der Grenze zu den Stärken mit 0 RP und dem T-Wert von 40.

Emotionalität (E):

Bei der Emotionalität gibt es auch einen krassen Wandel: Von den früheren 4 RP/68 TW im Problembereich wandert es mit 0 RP und einem niedrigen T-Wert von 35 in den Bereich der Stärken. Ohne den Vater kann die Mutter anscheinend besser in den Interaktionen die Bandbreite des Gefühlsausdruckes bei angemessener Intensität zeigen.

B–Affektive Beziehung (AB):

Auch hier findet ein positiver Wandel von den 4 RP/72 TW aus dem kritischen Bereich in den unauffälligen Bereich mit 0 RP und einem T-Wert von 44 statt. Die Fürsorge der Mutter für die Kinder scheint zu einer Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen zu führen und eine autonome Lebensgestaltung zu fördern. Die Beziehungen wirken nach Ansicht der Mutter ohne den Vater wachstumsfördernd und unterstützend.

B–Kontrolle (K):

Die Kontrolle steigt von 4 RP/52 TW auf 5 RP/59 TW und bleibt damit gerade noch im Normalbereich.

B–Werte und Normen (WN):

War früher durch die mangelnde Übereinstimmung und Kohärenz der Eltern in familiären Werte- und Normvorstellungen der Rohwert mit 12 RP extrem hoch und der T-Wert krass bei 100, so ist er nun mit 3 RP niedrig und mit dem T-Wert von 58 wieder im normalen Bereich. Das zeigt eine enorme Wandlung zum Positiven.

B–Summenwert (S):

Vorher sind 43 RP und ein T-Wert von 87 zusammengekommen, während die Bewertung hinterher auf nur noch 13 RP und einen T-Wert von 46 abgesunken ist. S hat sich also aus dem extrem kritischen Bereich in den normalen Bereich entwickeln können. Die Selbstbeurteilung der Mutter hat sich gravierend gesteigert. Sie erscheint im Gespräch viel ausgeglichener, stabiler und selbstbewusster.

B–Zweierbeziehungsbögen:

Vor dem Behandlungsverlauf hat die Mutter (M) 4 FB–Z ausgefüllt, davon einen für den Vater (V), einen für die ältere Tochter (B oder K1), einen für die jüngere Tochter (N oder K2) und sogar einen für die befreundete Familie im Haus. Es war ihr eigenes Anliegen, die andere Familie mit dazuzunehmen. Nach der Behandlung hat sie nur noch je einen Bogen für den Vater, K1 und K2 ausgefüllt. Die andere Familie war nicht mehr so stark im Gespräch als nötige Unterstützung.

Es werden die Daten gegenübergestellt, beschrieben und interpretiert:

B–Aufgabenerfüllung (AE):

Vorher: *M/V*: 12 RP/92 TW; *M/B*: 6 RP/63 TW; *M/N*: 8 RP/73 TW; *M/F*: 1 RP/39 TW

Nachher: *M/V*: 12 RP/92 TW; *M/B*: 4 RP/53 TW; *M/N*: 9 RP/77 TW

Während der Vater vorher wie nachher sehr mit seiner extrem problematischen Bewertung herausfällt, scheint die befreundete Familie genau den Gegenpol zu bilden, und zwar unproblematische AE. Die Stärke der anderen Familie liegt in der Unterstützung und in der

Erfüllung ihrer Aufgaben dieser Familie gegenüber. Dabei scheinen deren Mitglieder sehr flexibel und anpassungsfähig zu sein.

Die jüngere Tochter hat mehr Schwierigkeiten in der AE als K1. Während sich bei K1 die Fähigkeit noch verbessert, so dass sie hinterher im Normalbereich liegt, verschlechtert sich diese bei K2.

B–Rollenverhalten (RV):

Vorher: *M/V*: 7 RP/65 TW; *M/B*: 5 RP/57 TW; *M/N*: 4 RP/53 TW; *M/F*: 1 RP/41 TW

Nachher: *M/V*: 11 RP/82 TW; *M/B*: 2 RP/45 TW; *M/N*: 6 RP/61 TW

Hat die Mutter doch das Rollenverhalten des Vaters immer bemängelt, wundert es, dass dieses zwar als problematisch bezeichnet wird, aber dass er erst beim zweiten Mal des Bogenausfüllens extrem kritisiert wird. Die Mutter schilderte, dass ihr beim zweiten Mal beim Ausfüllen der Bögen, erst durch den Abstand zu der Krisensituation mit ihrem Mann z. B. beim Abholen der Kinder, ein realistischer Blick möglich wurde. Durch die direkten Fragen zu ihrem Mann im FB–Z wurde ihr noch einmal sein Verhalten klarer vor Augen geführt, kurz vorher wäre es ihr nicht mehr ganz so präsent gewesen, da sie seit einigen Monaten keinen direkten Kontakt mehr gehabt hätten. So fällt die Bewertung dem Vater gegenüber hinterher extremer aus als vorher. Während sich Bella besser in die neuen Rollen im Verlauf der Familienentwicklung anpassen kann, bekommt ihre Schwester mehr Schwierigkeiten. Die Indexpatientin ist unauffällig geworden, und die Schwester entwickelt Symptome. Deshalb konnte Bella die PMG verlassen, während ihre Schwester dort aufgenommen wurde, um ihr die Möglichkeit zu bieten, mehr motorische und psychische Stabilität zu entwickeln. Die befreundete Familie stellt mit ihrem positiven Rollenverhalten wieder einen ausgleichenden Gegenpol dar.

B–Kommunikation (KOM):

Vorher: *M/V*: 11 RP/95 TW; *M/B*: 2 RP/49 TW; *M/N*: 3 RP/54 TW; *M/F*: 0 RP/39 TW

Nachher: *M/V*: 11 RP/95 TW; *M/B*: 0 RP/39 TW; *M/N*: 2 RP/49 TW

Der Vater fällt wieder aus der Bewertung heraus mit einem sehr problematischen Kommunikationsverhalten aus Sicht der Mutter. Es scheint nach wie vor ein mangelnder Informationsaustausch unter den Eltern zu herrschen, die Verständigung scheint verschoben und verdeckt zu sein. Zudem haben sie kaum noch Kontakt gehabt bzw. nur noch einmal vor Gericht. Die Kinder und die befreundete Familie zeichnen sich dagegen durch eine Kommunikation aus, die einen ausreichenden Informationsaustausch sichert und Mitteilungen direkt und klar verständlich darlegt. Das scheint eine besondere Stärke der befreundeten Familie und hinterher auch von Bella zu sein.

B–Emotionalität (E):

Vorher: *M/V*: 10 RP/100 TW; *M/B*: 1 RP/44 TW; *M/N*: 1 RP/44 TW; *M/F*: 1 RP/44 TW

Nachher: *M/V*: 11 RP/100 TW; *M/B*: 0 RP/37 TW; *M/N*: 1 RP/44 TW

Die Interaktion der Eltern zeichnet sich sicher durch gestörte Gefühle zueinander aus, während die Interaktionen der Kinder und der anderen Familie aus Sicht der Mutter eine große Bandbreite des Gefühlsausdrucks bei angemessener Intensität aufzeigen. Zudem erfolgt bei ihnen ein adäquater Ausdruck von Gefühlen in Bezug auf bestimmte Situationen im Gegensatz zum Vater, wo die Gefühlsausdrücke sehr unangemessen scheinen. Blieb die Einschätzung für K2 und F gleich, hat sich bei Bella diese Fähigkeit sogar noch vertieft und zu einer Stärke entwickelt.

B–Affektive Beziehung (AB):

Vorher: *M/V*: 11 RP/100 TW; *M/B*: 1 RP/48 TW; *M/N*: 1 RP/48 TW; *M/F*: 0 RP/41 TW

Nachher: *M/V*: 12 RP/100 TW; *M/B*: 2 RP/55 TW; *M/N*: 3 RP/61 TW

Scheint dem Vater nach wie vor jegliche Empathie von der Mutter abgesprochen zu werden, so weisen sich die Kinder und die befreundete Familie durch hohe Empathie aus. Die gegenseitige Fürsorge scheint zur Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen zu führen. Die starke affektive Beziehung der Mutter zu den Kindern scheint hinterher etwas nachzulassen und wird bei K2 sogar etwas problematisch.

B–Kontrolle (K):

Vorher: *M/V*: 11 RP/100 TW; *M/B*: 3 RP/59 TW; *M/N*: 5 RP/70 TW; *M/F*: 0 RP/42 TW

Nachher: *M/V*: 12 RP/100 TW; *M/B*: 4 RP/65 TW; *M/N*: 5 RP/70 TW

Die Mutter beschreibt die Kontrollversuche des Vaters als sehr destruktiv und gekennzeichnet durch starke Machtkämpfe. Die andere Familie wird dagegen dadurch hervorgehoben, dass sie Beeinflussung unterlasse und dass das Familienleben der Mutter und der beiden Kinder und der anderen Familie in einer mit den Vorstellungen aller vereinbarten Art und Weise ablaufen kann. Die Kinder unterscheiden sich dahingehend, dass K1 anfangs unauffällig ist und K2 schon Schwierigkeiten aufzeigt, die bestehen bleiben, während sie sich bei K1 erst mit der Zeit entwickelt haben. K1 muss sich sicher erst daran gewöhnen, auch trotz ihrer gestiegenen eigenen Sicherheit und ihres gestiegenen Selbstbewusstseins nicht alles bestimmen zu können.

B–Werte und Normen (WN):

Vorher: *M/V*: 12 RP/100 TW; *M/B*: 2 RP/48 TW; *M/N*: 5 RP/65 TW; *M/F*: 2 RP/48 TW

Nachher: *M/V*: 12 RP/100 TW; *M/B*: 3 RP/54 TW; *M/N*: 4 RP/59 TW

Es scheint keine Übereinstimmung der Wert- und Normvorstellungen der Eltern zu geben, und das ist sehr problematisch. Die Kinder haben sich vorher wie nachher im Normalbereich eingependelt, während K2 anfangs etwas Schwierigkeiten mit den verschiedenen Regeln, Werten und Normen der Eltern zu haben schien. Die andere Familie scheint sehr ähnliche Vorstellungen wie die Mutter zu haben, was sicher das gute Zusammenwohnen im gemeinsamen Haus fördert.

B-Summenwert:

Vorher: *M/V*: 74 RP/100 TW; *M/B*: 20 RP/55 TW; *M/N*: 27 RP/63 TW; *M/F*: 5 RP/38 TW

Nachher: *M/V*: 81 RP/100 TW; *M/B*: 15 RP/49 TW; *M/N*: 30 RP/66 TW

Im Summenwert lassen sich bei dem Vater und K2 keine Verbesserungen zeigen, eher leichte Verschlechterungen. Das resultiert sicher aus der Tatsache, dass es zum Vater außer vor Gericht in der letzten Zeit keinen Kontakt gab und die schlechten Erinnerungen überwiegen. Bei K2 liegt es sicher daran, dass im Kontrast dazu, dass K1 ihre Symptome verlor und unauffällig wurde, zum Teil sich sogar sehr positiv entwickelte, K2 im Kindergarten symptomatisch auffällig wurde, was auch zu der Aufnahme in die PMG führte. Da K2 sich zwar schon verbessert hat, aber sich die Situation noch nicht ganz gelegt hat, bewertet die Mutter sie sicher aus ihrem sorgenvollen Blick heraus. In den PMG kam sie schnell aus ihrer Isolationsrolle heraus und konnte nach Überwindung ihrer psychischen und motorischen Unsicherheit als ein fröhliches, aufgewecktes Kind im Sommer 2003 aus den PMG entlassen werden.

Profilbeurteilung:

Bei der Profilbetrachtung fällt auf, dass der Vater nach wie vor den vorgegebenen problematischen Bereich sogar übersteigt. Die Mutter scheint sich sehr stabilisiert zu haben und kommt bei der Eigenbewertung aus dem problematischen Bereich durchgängig in den Normal- oder sogar Stärkenbereich. Die Kinder bewegen sich vorrangig vorher wie nachher im Normalbereich. Bei den problematischen Stellen wie bei der AE hat sich die Situation von K1 verbessert, während sich in Bezug auf Kontrolle bei ihr leichte Probleme eingestellt haben. K2 hat etwas mehr Schwierigkeiten mit der AE, RV, AB als vorher, gebessert haben sich KOM und WN. Die anderen Bereiche sind geblieben. Die Mutter hat in der ersten Durchführung noch die andere Familie angegeben, die ein starkes, normales Profil zeigt. Diese scheint sie beim zweiten Mal nicht mehr als Ausgleich zu brauchen.

8.8.3 Familie C: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen

Zusammenfassung:

Die Mutter ist schon früh nach der Geburt ihrer Tochter Mechthild von ihrem Mann verlassen worden. Zwischendurch hatte er immer mehrere andere Frauen nebenbei. Es ist erstaunlich, dass sie das so lange mitgemacht hat. Der Vater hat ein immer wieder verändertes Besuchsrecht, das vom Jugendamt festgesetzt wurde. Die Tochter geht zum Teil mit Widerwillen dorthin. Seit der Halbbruder geboren wurde und er größer ist, anfangs war er mehr Konkurrent, ist er jetzt Spielpartner. Der Vater kümmert sich selbst sehr wenig um seine Tochter. Er lässt die Betreuung eher von seiner jetzigen Frau durchführen und ist selbst oft nicht da. Im Bestimmen wäre er sehr groß, so wollte er seiner früheren Frau sogar den Ablauf ihres Umzuges vorschreiben, mit dem er nur insofern zu tun hatte, als er das Auto stellte und mit tragen wollte. Wohnen tun sie schon seit Jahren nicht mehr zusammen.

Bestimmt habe er – so die Mutter – schon immer sehr gerne. Allerdings hat die Mutter sich auch nicht gewehrt. Die Mutter meinte, dass Mechthild das Bestimmen leider von ihm gelernt habe, auch die abschätzige Art, über sie zu reden oder sie lächerlich zu machen.

Nachdem Mechthild in den PMFT-Stunden erst blockiert, macht sie immer besser mit und entwickelt sich sowohl im motorischen und sensorischen Bereich als auch im psychischen. Sie hört auf, so viel über die Mutter zu lästern. Die Tochter fängt an, sie mehr zu respektieren und ihr nicht mehr vorzuschreiben, was sie zu tun hat. Sie lässt sich mehr auf Kompromisse ein. Sie ist fröhlicher, nicht mehr so brummelig und ambivalent. Die Tochter scheint auch durch die konsequentere Art ihrer Mutter und durch deren Steigerungen im Bewegungsbereich mehr Respekt vor ihr zu haben.

Auch die Mutter scheint sehr in ihrem Selbstbewusstsein gesteigert zu sein. Es wird ihr deutlich, dass sie sowohl im Motorischen dazugelernt hat als auch im Psychischen. Sie kann mehr ihre Meinung sagen und vertreten, ist konsequenter in der Erziehung und setzt klarere Grenzen. Zudem sorgt sie mehr für sich selbst.

Sie sagt, sie wäre mit der Situation ihrer Tochter und sich sehr zufrieden. Die Konflikte hätten abgenommen, auch die Probleme mit dem Exmann und der Oma wären besser geworden. Sie wäre vollauf zufrieden, dass sie es so weit geschafft habe. Auch wäre sie froh, dass sie durch die Umschulung wieder eine neue berufliche Perspektive habe.

Beide wirken ausgeglichener als vor Beginn der PMFT-Stunden. Die Mutter stottert nicht mehr und nimmt ihre Rolle als Mutter klarer wahr. Die Tochter hat akzeptiert, dass sie nicht die Bestimmerin und auch kein Partnerersatz ist.

I) FAST – Auswertung der Familie C:

FAST 1:

Obwohl der Vater, der Exmann, für die Mutter in ihren Beschreibungen eine große Rolle spielt, da er, obwohl sie geschieden sind, sie noch versucht sehr zu dominieren und vor der Tochter schlecht zu machen, ist er nicht auf dem Brett mit aufgestellt. Ständige Konflikte seien nach der Beschreibung der Mutter: Tochter-Mutter-Konflikte, Mutter-Vater-Konflikte und Mutter-Oma-Konflikte.

C-TR 1:

Die Mutter (5/6) stellt sich direkt neben ihre Tochter (5/7). Die Großmutter (G_M, 3/7) wird in etwas größerer Entfernung dazugestellt. Der Vater wird nicht aufgestellt. Die Oma bekommt drei Klötzchen, die Mutter und Mechthild, die Tochter, je 1 Klötzchen. Die Tochter braucht die Nähe der Mutter und bestimmt, dass sie bei der Mutter mit schläft. Die Tochter möchte auch nicht mehr mit der Großmutter zusammen sein. Nach den Beschreibungen zu der Aufstellung müsste die Tochter eigentlich einen viel höheren Klotz bekommen, da schon deutlich wird, dass sie vieles bestimmt, auch Dinge, die die Mutter eigentlich als Erwachsene bestimmen müsste. Gleichzeitig wird beschrieben, dass der Vater kein verlässlicher Partner ist. Die Großmutter versuche, Macht auszuüben und das Enkelkind über Geld an sich zu binden, sie würde gern wieder die Enkelbetreuung übernehmen. Als die Mutter arbeitete, hatte sie es häufiger machen müssen, als Mechthild noch nicht im Kindergarten war. Jetzt ist es auch nicht mehr nötig, da die Mutter nur noch stundenweise arbeitet. Mechthild bekam die Farbe Orange, da das ihre Lieblingsfarbe sei. Die Mutter versteht darunter etwas Warmes und Lebendiges. Rosa bekam die Mutter zugeordnet, sie wollte Weiblichkeit darstellen. Blau bekam die Großmutter als Symbol für ihre Kälte und ihre Machtausübung. Später stellte die Mutter noch eine Figur für die „Berufstätigkeit“ (1/6) auf. Der Blick der Mutter ist nicht beim Kind, sondern auf die Berufstätigkeit und Ernährerinnenrolle gerichtet, die sie sehr belastet. Das Kind schaut die Mutter an und die Oma das Kind. Keiner hat so Blickkontakt.

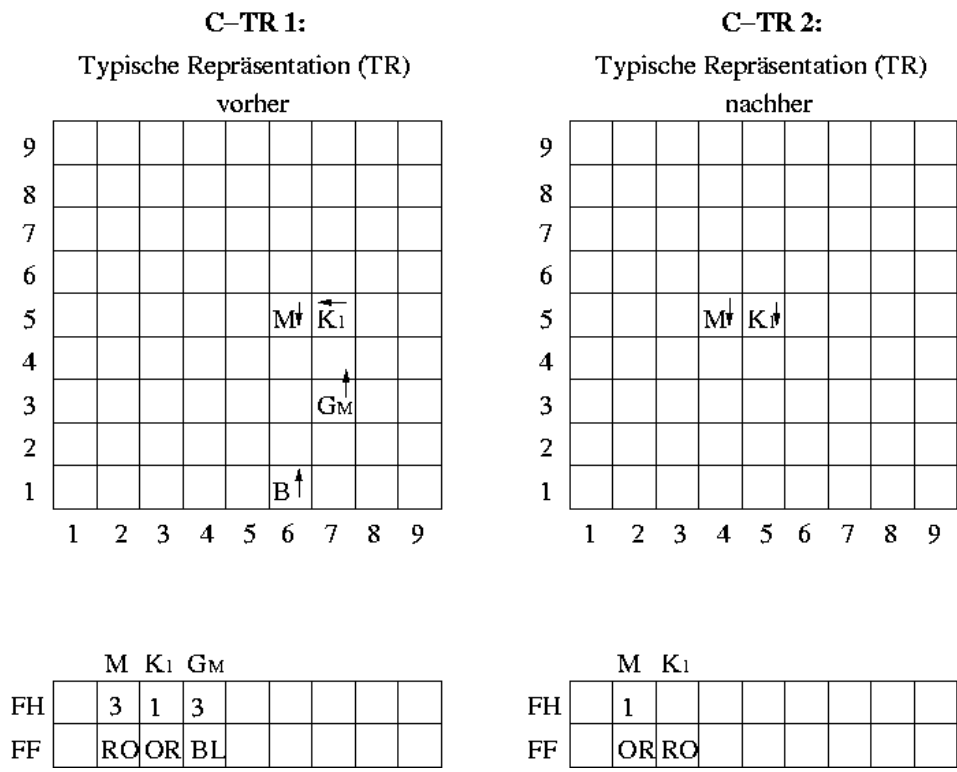
C-TR 2:

Nur Mutter und Tochter stehen da. Der Blick geht in die gleiche Richtung. Zuerst wurde die Familie des Exmannes auch noch aufgestellt, aber dann wieder entfernt. Die Großmutter ist nicht wieder mit aufgestellt. Die Mutter gibt keine Machtunterschiede an und findet das sehr gut. Ich würde das allerdings für ein 6-jähriges Kind nicht für altersgemäß halten. Ich denke, die Mutter müsste schon mehr Einfluss haben. Die Mutter verbindet mit dieser Angabe allerdings mehr, dass es keine Machtspielchen gibt.

Es soll die Situation auf dem Weg zur Schule dargestellt sein. Sie gehen gemeinsam in eine Richtung, aber jeder kann in Gedanken seinen eigenen Interessen nachgehen. Der verbesserte Zustand wäre schon seit fast einem Jahr immer besser geworden. Mechthild

würde nicht mehr so klammern, und sie wären sich zwar zugewandt, aber jeder hätte seine Interessen und Mechthild nun auch mehr Kontakt zu Gleichaltrigen. Früher war nur Klammern angesagt, jetzt gäbe es ein realistisches Maß an beiderseitiger Eigenständigkeit und angenehmem Zusammensein. Die Mutter hat die Farbe Orange bekommen, was aufzeigen soll, dass sie Wärme hat und mehr Energie und Kraft als früher. Rosa für Mechthild soll bedeuten, dass sie mädchenhafter wurde. Sie wäre sonst so burschikos gewesen und hätte sich nicht für typische Mädchendinge interessiert, sondern eher für Klettern, Natur (warum soll sich ein Mädchen nicht für Natur und Klettern interessieren?), Harry Potter usw. Außerdem wäre Rosa mehr eine kindliche Farbe. Die Tochter wäre wieder kindlicher und nicht mehr so Ersatzerwachsene. Die Mutter nimmt für sich mehr die „Erwachsenenfarbe“ Orange in Anspruch.

Graphische Gegenüberstellung der typischen Repräsentationen:

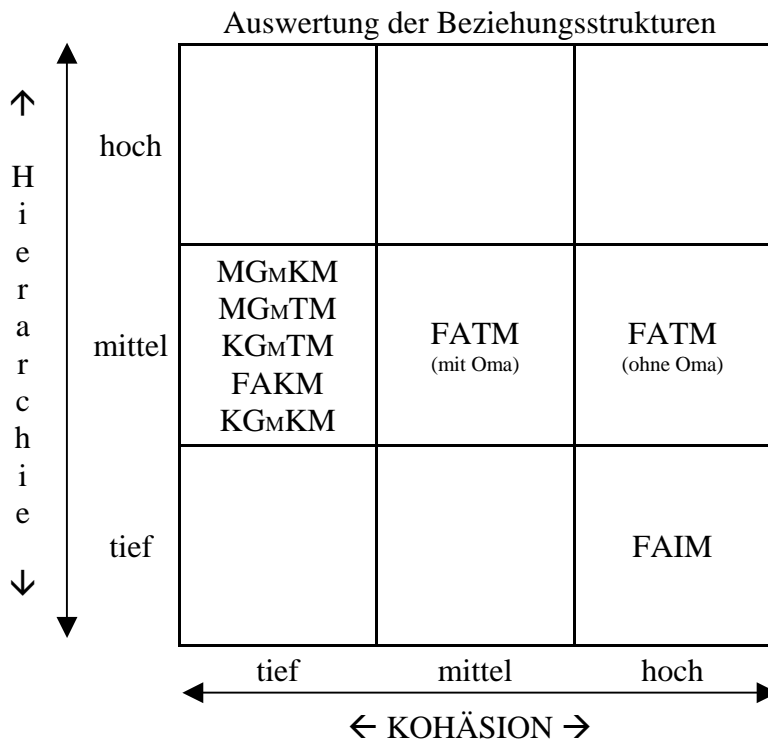


Vergleich der TR vorher (C-TR 1) zu nachher (C-TR 2):

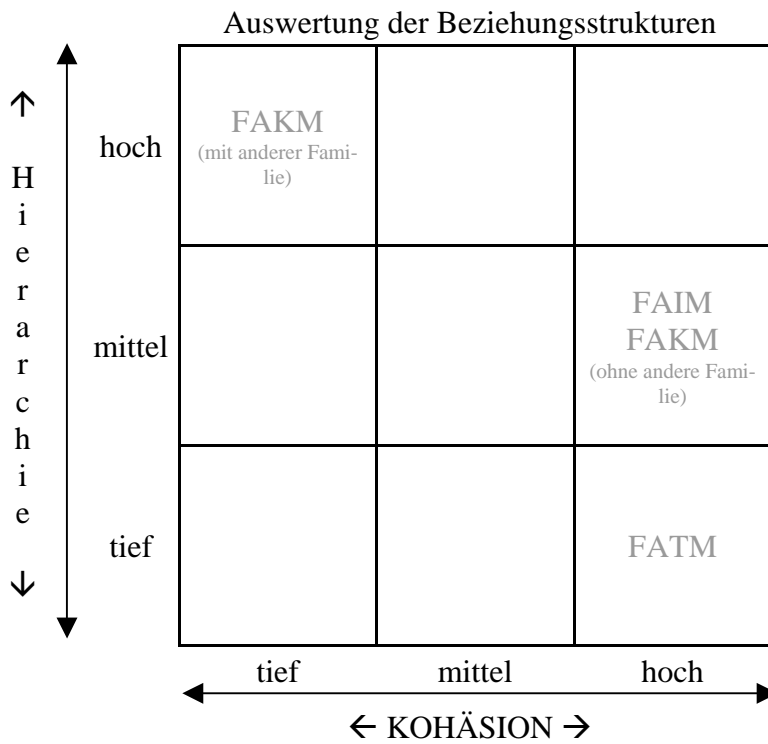
Wie zum Teil schon erwähnt, sind Mutter und Kind zwar noch eng miteinander verbunden, aber jede hat mehr ihre eigenen Interessen und Freiräume. Die Großmutter spielt im Gegensatz zum Anfang keine Rolle mehr. Sie hat keine Macht mehr über das Mutter-Kind-System.

Auswertung der Beziehungsstrukturen:

Vorher: C-1:



Nachher: C-2:



Vergleich der Beziehungsstruktur der Familie C von AW1 und AW2 zu Beginn (vorher):

Die Beziehungsstrukturbewertung in der Familienaufstellung stimmt bei AW1 und AW2 in den Bereichen FAT, FAI und FAK überein. Die anderen Bewertungen sind nicht möglich, da der Vater nicht in der Aufstellung mit gestellt ist. So ist keine Bewertung von ELT, ELI und ELK möglich. Es gibt auch keine direkten Geschwisterkinder, bzw. der Halbbruder findet keine Erwähnung. So gibt es auch keine Bewertung von GET, GEI und GEK. AW1 hat noch die Bewertung zur Großmutter durchgeführt, was zeigt, dass die Mutter zu der Großmutter eine unbalancierte Beziehungsstruktur aufweist, vermutlich da diese sie dominieren will. Ein Vergleichswert zu dem Zustand hinterher besteht nicht, da die Großmutter nach dem Therapieverlauf beim 2. FAST nicht mehr aufgeführt wird. Dies kann allerdings auch bedeuten, dass die Mutter es geschafft hat, sich von der Großmutter abzunabeln und sie unabhängig, eigenständig und handlungsfähig geworden ist.

Vergleich der BST der Familie C von AW1 und AW2 am Ende (nachher):

Auch hier können nur FAT, FAI und FAK berechnet werden. AW1 und AW2 stimmen bei FAT überein, sodass die Situation unbalanciert ausgewertet werden muss. AW1 gibt aber zu bedenken, dass die Mutter keine Klötzchen verteilt hat, um zu zeigen, dass keine Machtspielchen mehr zwischen Mutter und Tochter stattfinden wie noch vor einem Jahr. Das kann man allerdings nicht in das Bewertungsschema einbringen. Bei FAI stimmt die Bewertung nicht überein. Während AW2 die Situation als unbalanciert bewertet, gibt AW1 die Situation als balanciert an. K1 und M stehen direkt nebeneinander, was als hoch kohäsiv gilt, sie passen auch in ein Quadrat, und die Hierarchiebewertung ist mittlere Hierarchie, da die weniger mächtige Elternfigur, in diesem Fall die Mutter, 1 Klötzchen hat und die mächtigste Kinderfigur, in diesem Fall Mechthild, keine Klötzchen besitzt. Es besteht also ein Klötzchen Unterschied, was als mittlere Hierarchie bewertet wird. Mittlere Hierarchie und hohe Kohäsion werden als balanciert definiert. Das würde bedeuten, dass die Beziehung zwischen Mutter und Tochter von einer unbalancierten BST sich sogar zu einer balancierten entwickelt hat. Bei der FAK-Bewertung stimmen die Bewerterinnen wieder überein.

Auswertung der Beziehungsstrukturen:

BST im Vergleich für C-FATM 1 (vorher) und C-FATM 2 (nachher):

Vorher:

	FAT	G _M /M _T	G _M /K _T	FAI			FAK	G _M /M _K	G _M /M _K
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	x	x	x	x			x	x	x

Nachher:

	FAT			FAI			FAK											
	B	L	U	B	L	U	B	L	U	B	L	U	B	L	U			
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BST im Vergleich für C-FATM 1 (vorher) und C-FATM 2 (nachher):

C-FATM 1 gilt als balanciert und ist in der Bewertung von C-FATM 2 als unbalanciert. AW1 gibt bei dieser angeblichen Verschlechterung der Situation zu bedenken, wie schon erwähnt, dass dies eine Fehlbewertung zu sein scheint, da keine Klötzchen verteilt wurden. Die Mutter hat ausdrücken wollen, dass es keine Machtspielchen, untereinander mehr gebe, nicht dass sie keinen höheren Einfluss habe als ihre Tochter. Dass die Mutter erkennt, dass sie in ihrer Erwachsenenrolle als Elternteil mehr Einfluss braucht, sieht man an ihren Beschreibungen in C-IR 2 und C-KR 2, wo sie auch aufzeigt, dass sie mehr Einfluss als ihre Tochter hat und haben muss. Unter C-KR 2 z. B. zeigt sich, wie die Mutter Mechthild vor schlechtem Einfluss beschützen muss, auch einmal gegen den Willen der Tochter.

C-IR 1:

Die ideale Vorstellung der Mutter ist es, mit ihrer Tochter ungestört ohne Oma und Vater zu agieren und im gleichen Machtverhältnis. Beide stehen auf der Stufe zwei der Klötzchen. Das ist für mich allerdings fraglich, ob das von außen gesehen für die beiden die optimale Beziehung wäre. Es wäre sicher besser als der aktuelle Zustand, da es im Augenblick den Eindruck macht, als ob die Tochter die Mutter in der Hand hat und als kleiner Tyrann zu Hause auftritt. Aber vor allem macht es den Anschein, als ob die Tochter Mechthild das nachmacht, was der Vater in seinem Verhalten gegenüber der Mutter vorgemacht hat oder noch vormacht, obwohl sie getrennt sind.

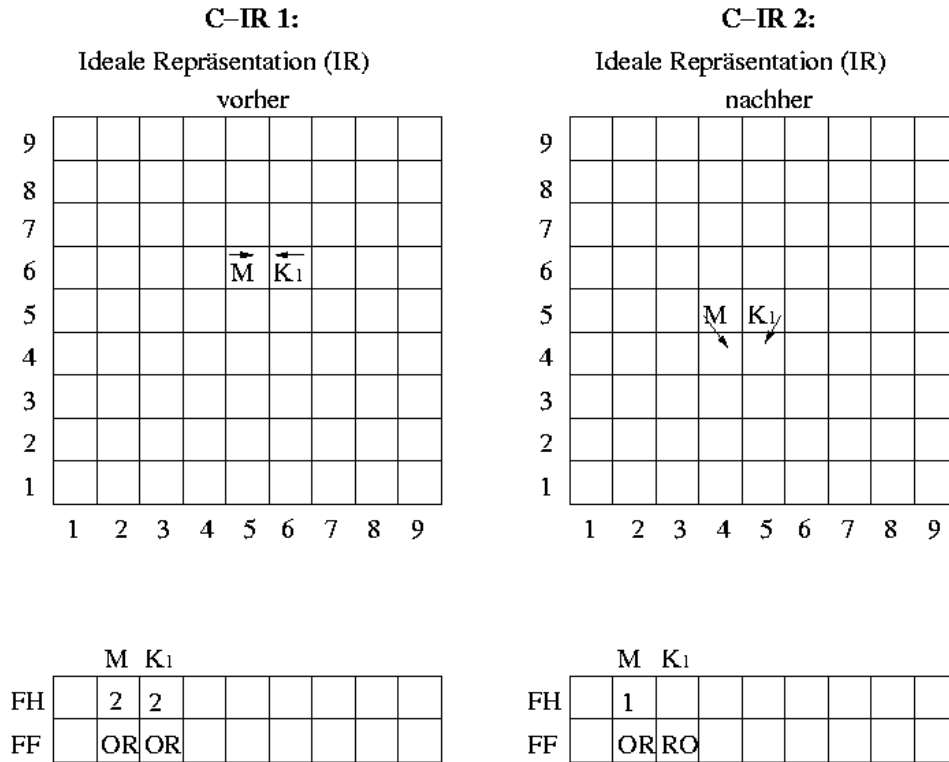
Die beiden Mutter und Tochter, gucken einander an. Die Mutter wäre gern wie Mechthild im Spiel manchmal sorgenfrei und fröhlich. Beide haben die Farbe Orange bekommen, die für die Mutter für Wärme, Freundlichkeit und Energiefülle steht.

C-IR 2:

Die beiden stehen wieder allein auf dem Brett direkt nebeneinander. Sie sind zusammen (Mu: 5/4, K1: 5/5), aber auch eigenständig, stehen zwar noch nebeneinander, aber kleben nicht mehr so dicht zusammen. Sie gucken sich etwas an, aber auch etwas in seitliche Richtung, was bedeuten soll, dass sie Kontakt haben, aber jeder seine Interessen haben soll. Die Mutter steht auf einem Klötzchen und die Tochter auf gar keinem. Die Mutter hat eingesehen, dass sie als Erwachsene manchmal mehr Einfluss haben muss als das Kind, auch weil Kinder noch nicht alles so überschauen können wie Erwachsene. Die Mutter freut sich, dass sie dies gelernt und erfahren hat. Sie hat gemerkt, wenn sie aktiver wird, dann bestimmen auch nicht immer andere über sie. Sie wünscht sich wieder ein bisschen

mehr Gemeinsamkeit, ein bisschen mehr Einfluss und dass sie ein bisschen mehr von ihrer Tochter mitbekommt und manches steuern kann. Das Kind kann Kind sein (rosa), und sie kann erwachsen sein. Sie erinnert sich noch an eine Situation vor einem Jahr, als sie versuchte, ihrer Tochter zu sagen, dass sie etwas nicht bestimmen könne, und die Tochter nur sagte: „Nicht jeder kann der König sein“. Nach dem Motto: Hier bin ich es. Die Mutter ist froh und stolz, dass sie es geschafft hat, die Situation zu verändern.

Graphische Gegenüberstellung der idealen Repräsentationen:



Vergleich der IR vorher (C-IR 1) zu nachher (C-IR 2):

Wie eben erwähnt, stehen bei beiden Aufstellungen nur Mutter und Tochter direkt nebeneinander. Es gibt aber doch Unterschiede bzw., wie ich finde, positive Entwicklungen zu registrieren. Die beiden blicken sich in der ersten Aufstellung noch direkt an, während sie in der zweiten idealen Repräsentation nicht mehr nur auf sich fixiert sind. Sie sehen sich zwar an, aber haben auch den Blick noch für anderes frei. Deshalb sind die beiden Figuren mit den Gesichtern nur halb zueinander gewandt. Zudem hat sich der Hierarchiewunsch geändert. Meinte die Mutter anfangs, sie müssten gleich viel Einfluss haben, so gibt sie sich jetzt im Nachher ein Klötzchen mehr als ihrer Tochter, was ihrer Elternrolle sicher mehr entspricht. Dies ist ihr möglich, da sie mittlerweile Elternentscheidungen treffen kann, ohne sich von ihrer Tochter beirren zu lassen. Bekamen sie anfangs noch dieselbe Farbe, die ihre enge Verbundenheit unterstrich, gibt sie jetzt dem Kind eine „Kinderfarbe“ (Rosa) und sich eine andere Farbe als „Elternfarbe“ (Orange) sowie als Unterstreichung

ihrer beidseitigen Eigenständigkeit. So kann man schon von einer Weiterentwicklung auch der Vorstellungen der Mutter sprechen.

Auswertung der Beziehungsstrukturen:

BST im Vergleich für C-FAIM 1 (vorher) und C-FAIM 2 (nachher):

Vorher:

	FAT	G _M /M _T	G _M /K _T	FAI		FAK	G _M /M _K	G _M /M _K	
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	
M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nachher:

	FAT			FAI		FAK			
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C-ELIM 1, C-GEIM 1, C-ELIM 2 und C-GEIM 2 sind nicht auszuwerten, da kein Vater und kein Geschwisterkind auf dem Brett erscheinen.

Man könnte es allerdings auch so interpretieren, dass die Mutter so viel Abstand von ihrem Mann empfindet, dass er noch nicht einmal mehr Platz auf dem Brett hat.

Die BST gilt vorher (C-FAIM 1) als unbalanciert und ist nach AW1 nachher (C-FAIM 2) zu einer balancierten Beziehungsstruktur geworden.

C-KR 1:

In der Konfliktsituation werden die Mutter, die Tochter und die Großmutter (G_M) sowie verspätet auch noch die Berufstätigkeit aufgeführt, wobei diese sogar auf einem Sockel von drei Klötzchen steht. Die Mutter und die Großmutter stehen auf einem und die Tochter auf zwei Klötzchen, was eine Hierarchieumkehrung bedeutet. Es sollen drei Konfliktherde aufgezeigt werden: erstens der der Berufstätigkeit, Stress mit der Tochter und Streit mit der Großmutter um die Tochter und die richtigen Erziehungsmethoden ihr gegenüber. Die Mutter möchte aufzeigen, dass sie sich zerrissen fühlt zwischen Kind und Berufstätigkeit. Der Streit mit der Großmutter um das Kind strengt sie sehr an. Der Streit geht schon seit Mechthilds Geburt so.

Die Mutter möchte beim Aufstellen keine Farben verteilen.

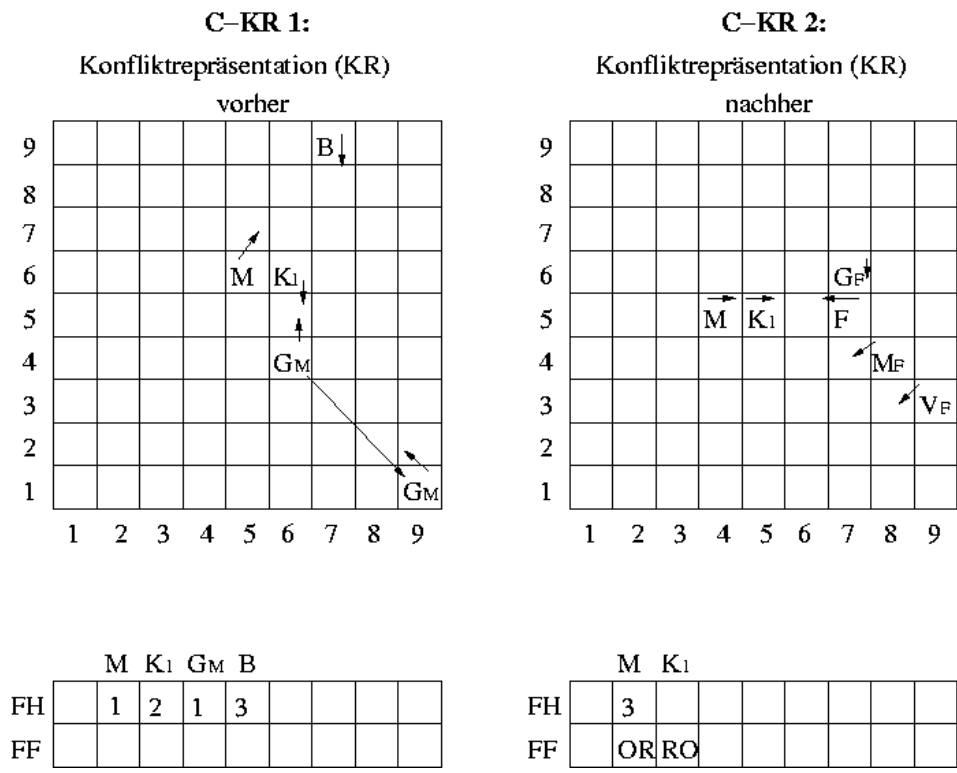
C-KR 2:

Spontan sagt die Mutter, dass es keine bzw. kaum Konfliktsituationen mehr gebe, mit ihrer Tochter und mit der Oma wäre es viel besser geworden. Auch der Vater würde sie als Mutter jetzt mehr in Ruhe lassen, wohl auch, weil er merkt, dass die Mutter sich nicht mehr so

bestimmen lässt und mehr Eigeninitiative entwickelt hat. Dann fällt ihr die Situation ein, in der sie erstmals stark Einfluss genommen hat. Sie bezieht sich auf eine „Freundin“ von Mechthild, die in schwierigen Verhältnissen aufwuchs.

Die Mutter stellt sich auf 5/4, die erstmalig auf drei Klötzchen steht, und Mechthild auf 5/5. Die Freundin (F) von Mechthild steht auf 5/7, die Oma (G_F) der Freundin auf 6/7 daneben. Die Mutter der Freundin (M_F) steht diagonal zur Freundin 4/8 und der Vater der Freundin (V_F) dazu diagonal (3/9). Wieder bekommen die Mutter Orange und Mechthild Pink. Mechthild guckt ihre Freundin an, und die Mutter steht hinter Mechthild und guckt zu ihr und der Freundin. Die Mutter möchte die Freundschaft ihrer Tochter zu diesem Mädchen nicht mehr. Die Oma der Freundin ist ausfallend und würde das Kind schlagen. Die Mutter der Freundin wäre Alkoholikerin. Mechthilds Mutter hat sich das erste Mal durchgesetzt, dass diese Freundschaft nicht aufrechterhalten wurde. Es war für sie sehr bedeutend, sich durchzusetzen, und Mechthild war erst auch sauer, hat es aber dann akzeptiert. Sie hat akzeptiert, dass die Mutter ihr Kind schützen wolle. Zurzeit gingen sie und ihre Tochter sehr friedlich miteinander um.

Graphische Gegenüberstellung der Konfliktrepräsentationen:



Vergleich KR vorher (C-KR 1) zu nachher (C-KR 2):

Die Auswertung der C-KR 1 gestaltete sich etwas schwierig, da die Mutter die Großmutter noch weiter entfernte und sie noch eine Extrafigur „Berufstätigkeit“ aufstellte. Die Bewertung bezieht die zweite Stellung der Großmutter ein, und auch die Figur „Berufstätigkeit“

wird berücksichtigt; sie ist zu wichtig für die Mutter, als dass man sie in der Beschreibung unbeachtet lassen könnte. Aus dem Manual wird nicht ersichtlich, wie man solche Dinge bewerten soll, ob man sie mit einbeziehen oder lieber weglassen soll.

C–KR 1 zeigt in der Bewertung, dass das Verhältnis zur Oma von Mutter oder Tochter unbalanciert ist. Das Verhältnis zur Berufstätigkeit ist bei der Mutter unbalanciert. Die Beziehungsstruktur zwischen Mutter und Tochter ist hoch kohäsiv. In der C–KR 2 scheint die Oma kein Konfliktthema mehr zu sein, da die Mutter sich nicht mehr von ihr bestimmen lässt. Das Thema Berufstätigkeit ist für sie auch keine so große Belastung mehr, da sie in eine Umschulung einsteigen konnte und so neue Perspektiven hat. Sie scheint fähig zu sein, alte Probleme hinter sich zu lassen und neue selbst anzugehen. Hatte unter C–KR 1 die Berufstätigkeit die meiste Macht, so hat sie jetzt unter C–KR 2 die Mutter selber. Sie, die Mutter, ist selber aktiver geworden.

BST in Konfliktsituationen im Vergleich vorher (C–FAKM 1) und nachher (C–FAKM 2):

Vorher:

	FAT	G _M /M _T	G _M /K _T	FAI			FAK	G _M /M _K	G _M /M _K
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nachher:

	FAT			FAI			FAK		
	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Die C–FAKM 1 ist labil, wenn man die Oma und die Berufstätigkeit mit in die Bewertung einbezieht in puncto Kohäsion. Lässt man bei C–FAKM 2 nur Mutter und Tochter in die Bewertung eingehen, ist die Kohäsion hoch und die Hierarchie mittel, was eine balancierte BST anzeigt, die ich auch bestätigen kann. Mit der anderen Familie berechnet, wäre es unbalanciert, aber auf Grund der anderen Familie.

C–FLEX:

Vorher:

Typisch zu Ideal

	FA					
	1	2	3	1	2	3
M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Typisch zu Konflikt

	FA								
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
M	x	x							

Nachher:

Typisch zu Ideal

	FA			EL			GE		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
M	x								

Typisch zu Konflikt

	FA								
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
M	x								

Hier kann nur die C-FA betrachtet werden. Bei C-FA 1 unterscheidet sich die typische zur idealen Repräsentation mit 1 Punkt (ohne Oma) und mit 2 Punkten (mit der Oma in der Bewertung), also liegt sie im mittleren bis kleinen Bereich. Typisch zu Konflikt bei C-FA 1 weist einen kleinen (1) Unterschied auf, wenn die Oma mit einbezogen wird. Wird sie nicht mit einbezogen weist es einen mittleren Unterschied von 2 Punkten auf. Bei C-FA 2 besteht ein kleiner Unterschied von der typischen zur idealen Repräsentation (1). Typisch zu Konflikt bei C-FA 2 weist einen kleinen (1) Unterschied auf, wenn man nur Mutter und Tochter betrachtet, bei Einbeziehung der anderen Familie tritt ein großer Unterschied auf, meiner Meinung nach auf Grund der Situation der anderen Familie.

GG (Generationsgrenzen):

Vorher:

Intergenerationelle Koalition:

	TR		IR		KR	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
M	x		x		x	

Hierarchieumkehrung:

	TR		IR		KR	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
M		x		x	x	

Nachher:

Intergenerationelle Koalition:

		TR		IR		KR	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein
M							

Hierarchieumkehrung:

		TR		IR		KR	
		ja	Nein	ja	nein	ja	nein
M		x			x		x

Intergenerationelle Koalition: C1

Obwohl der Vater für sie ein großes Problem ist (geschieden und trotzdem noch sie bestimmend), ist er nicht auf dem Brett aufgestellt. Unter der Annahme, dass die Vaterfigur gar nicht mehr auf das Brett passt, wären bei TR, IR und KR (bei AW1 und AW2 gleichermaßen angegeben) intergenerationelle Koalitionen (dreimal ja) gegeben.

Hierarchieumkehrung: C1

AW1 und AW2 stimmen in der Auswertung überein. Bei TR und IR ist keine HU, während im Konflikt eine HU auftritt bei KR.

Intergenerationelle Koalition: C2

Unter der Annahme, dass die Vaterfigur gar nicht mehr auf das Brett passt, wären bei TR, IR und KR (bei AW1 und AW2 gleichermaßen angegeben) IK (dreimal ja) vorgegeben.

Hierarchieumkehrung: C2

AW1 und AW2 stimmen in der Auswertung überein. Bei TR, IR und KR ist keine HU; Während sie bei C1 im Konflikt noch auftrat, konnte diese Hierarchieumkehr des Kindes der Mutter gegenüber aufgehoben werden.

Resümee:

Dies anfangs sehr verwobene Mutter-Kind-Verhältnis, bei dem die Rollen manchmal getauscht schienen oder sie als Paarbeziehung wirkten, konnte sich zu einem „wirklichen“ Mutter-Kind-Verhältnis entwickeln, als die Mutter merkte, dass sie aktiver und initiativer werden muss und vor allem ihre Erwachsenen- und Mutterrolle in Angriff nehmen muss. Das heißt allerdings auch, Verantwortung zu übernehmen. Die Mutter hat sich gut entwickelt. Aus einer Frau, die anfangs stotterte und sich von ihrer Tochter tyrannisieren ließ, ist eine Frau geworden, die ihre Wünsche klarer äußert und mehr durchzusetzen versucht. Sie achtet aber immer noch genug auf die Bedürfnisse des Kindes, das nicht mehr die Partnerrolle einnehmen muss.

II) Familienbögen – Auswertung der Familie C:

Das Auswertungsformblatt ist im Anhang I/3 und die Auswertung der Daten in tabellarischer und graphischer Darstellung im Anhang III/B zu finden. AW1 und AW2 haben die gleichen Ergebnisse bis auf eine Tabellenverwechslung auf Grund der falschen Alterseinstellung von TW 2 und eine falsche Zusammenzählung von AW2, wobei sie einmal bei dem FB–A einen Wert von AB zu AE zugezählt hat, was bei den ähnlichen Abkürzungen leicht passieren kann. Wiederholtes Auswerten und nochmaliges Nachzählen sind sicher bei diesem Verfahren ratsam.

Vergleich vorher und nachher der einzelnen FB-Skalenrohwerte und T-Werte:

C–Allgemeiner Familienbogen:

Hier muss ich vorwegschicken, dass die vor der Behandlung gemessenen Werte besonders unter dem Gesichtspunkt, dass in der Abwehr 11 RP und ein T-Wert von 61 angegeben werden, kritisch zu betrachten sind. „Je mehr die Werte für ‚Soziale Erwünschtheit‘ und ‚Abwehr‘ in den Skalen über 50 hinausgehen, umso mehr muß die Validität der anderen Skalen bezweifelt werden. Werte über 60 [wie hier bei der Abwehr; U. L.-R.] zeigen Verzerrungen an. Zwei Typen der Verzerrung sind möglich: a) das ganze Profil kann durch die Verzerrung erniedrigt sein [das scheint hier der Fall zu sein; U. L.-R.] und b) der Kurvenverlauf des Profils kann verzerrt sein“ (CIERPKA/FREVERT 1994, 49).

C–Abwehr (A) (vorweggenommen):

Die Mutter scheint bei den ersten Fragebogen sehr positiv gestimmt auszufüllen, allerdings mit 11 RP und einem T-Wert von 61 in der Skala ‚Abwehr‘. Eventuell werden mehr ihre Wunschvorstellungen deutlich als die Realität. Beim zweiten Ausfüllen der FB ist die Abwehr nicht ganz so hoch bei 9 RP und einem T-Wert von 55, aber immer noch im kritischen Bereich, so dass die Skalen mit Vorsicht betrachtet werden müssen.

Durch die Verzerrung ist kaum eine klare Veränderungsangabe für die folgenden Skalen zu machen.

C–Aufgabenerfüllung (AE):

Vorher: 1 RP/41 TW; nachher: 4 RP/53 TW.

Anfangs ist die Bewertung im Normalbereich, ja fast schon als Stärke angegeben, hinterher liegt sie im realistischeren normalen Bereich. Hatte die Familie anfangs noch Probleme bei der Festlegung von bestimmten Aufgaben und bei der Bearbeitung von Lösungsmöglichkeiten, war es hinterher schon viel besser. Dies findet sich allerdings so nicht in den Daten wieder.

C-Rollenverhalten (RV):

Vorher wurden 2 RP/42 TW und nachher 3 RP/46 TW angegeben. Beides liegt im Normalbereich.

Die Angaben vorher passen nicht zu dem, was ich bei den beiden Familienmitgliedern wahrgenommen habe. Meiner Meinung nach hatten sie kaum eine Übereinstimmung in Bezug auf die Rollenerwartung. War die Tochter für die Mutter erst Partnerersatz, wollte die Tochter am liebsten Bestimmerin sein. Hinterher schienen die Rollen neu definiert zu sein. Die Mutter traf mehr Erwachsenenentscheidungen und ließ das Kind nur die für das Kind angemessenen Entscheidungen treffen. Beide erledigten hinterher mehr die für sie angemessenen Aufgaben. Auch dies spiegelt sich so nicht in den Daten wieder.

C-Kommunikation (KOM):

Vorher wurden 1 RP/46 TW vergeben und nachher 3 RP/60 TW. Die Verständigung war sicher vorher sehr schwierig, hinterher schien sie verbessert. Auch dies spiegelt sich so nicht in den Daten wieder durch die anfänglich verzerrte Sichtweise und damit verzerrte Daten (siehe den Kommentar über die soziale Erwünschtheit und die Abwehr).

C-Emotionalität (E):

Vorher wurden 1 RP/43 TW vergeben und nachher 5 RP/64 TW.

Vorher wirkte die Mutter steif in ihrem Gefühlsausdruck, und die Tochter war brummelig oder übertrieb es mit Wut- und Trotzausbrüchen. Jedenfalls wirkten die Reaktionen sehr unangemessen im Verhältnis zu den Situationen. Hinterher schien die Mutter in Gestik und Mimik, was Gefühle angeht, mehr Bewegung zu zeigen und die Tochter reagierte nicht mehr emotional unangemessen und überschießend. Auch dies spiegelt sich so nicht in den Daten wieder, da die Mutter vorher eine zu hohe innere Abwehr hatte, um ihre Situation realistisch wahrzunehmen. Emotional waren sie vorher nicht ausgeglichen, aber im Vergleich zu dem Ausdruck vorher wirken sie hinterher viel freier.

C-Affektive Beziehung (AB):

Vorher wurden 2 RP/48 TW vergeben und nachher 5 RP/65 TW. Die Daten vorher wirken unrealistisch, da die Beziehung von Mutter und Tochter vor der Behandlung in einem extremen Maß symbiotisch wirkte, die Tochter klammerte sich wörtlich genommen an ihre Mutter, hielt ihren Pullover oder ein Bein fest. Gleichzeitig machte es den Eindruck, als sei die Mutter sehr unsicher. Beide legten kein Autonomieverhalten an den Tag. Die Mutter zeigte keine große Spannbreite an Gefühlsregungen. Später waren sie eigenständiger und zeigten mehr Gefühlsvarianten, wobei sie mehr Gestik und Mimik einsetzten. Leider ist das auch so nicht in den Rohdaten durch die Verzerrung wiederzufinden bzw. durch die anfänglich starke Abwehr der Situation nicht realistisch wahrzunehmen. Die beiden hatten sich sicher verbessert. Die hinterher erhobenen Daten sind realistisch.

C-Kontrolle (K):

Vorher wurden 1 RP/39 TW vergeben und nachher 3 RP/51 TW. Die Daten bewegen sich wieder im Normalbereich. Das Kontrollverhalten der Mutter schien vorher destruktiv und beschämend und von starken Machtkämpfen gekennzeichnet zu sein. So hatte ich den Eindruck, dass die Tochter meistens mit ihren Wutanfällen durchkam und ihre Mutter kontrollierte und nicht umgekehrt. Später wurden die Kontrollversuche der Mutter konstruktiver, lehrreicher und wachstumsfördernd, z. B. als sie die Tochter vor der schwierigen Familie der Freundin der Tochter schützte und aktiv in die Situation eingriff. Auch in den PMFT-Stunden machte die Mutter viel mehr ihren Einfluss deutlich, so dass beide damit zurechtkommen konnten. Leider spiegelt sich das nicht so in den Daten wieder durch die anfänglich verzerrten Werte.

C-Werte und Normen (WN):

Vorher wurden 2 RP/46 TW und nachher 5 RP/63 TW vergeben. Sicher hatte die Tochter in ihrer Rolle als Kind andere Wertvorstellungen als die Mutter. Die Mutter war z. B. auf Sparsamkeit bedacht, auf Grund des wenigen Geldes, das ihnen zur Verfügung stand, während die Tochter versuchte, Belohnungen zu erpressen und alle Wünsche erfüllt zu bekommen. Das artete so aus, dass die Tochter vieles bekam, und die Mutter Lebensnotwendiges sich nicht kaufen oder durchführen konnte. Hinterher war es um Vieles besser verteilt bzw. der vorhandene Spielraum angemessener gestaltet. Die Tochter hat sicher noch Schwierigkeiten, von ihren hohen Ansprüchen, z.B. was ihr ihrer Meinung nach zusteht, herunterzukommen.

C-Summenwert:

Vorher wurden 10 RP/40 TW vergeben und nachher 28 RP/59 TW. Die Zahlen vorher wirken eher wie eine Wunschvorstellung, die Werte hinterher scheinen durch die positive Entwicklung der beiden angemessen zu sein.

C-Soziale Erwünschtheit (SE):

Vorher wurden 7 RP/43 TW vergeben und nachher 9 RP/49 TW. Beide Ergebnisse liegen im Normalbereich, so dass man davon ausgehen kann, dass die Mutter nicht danach gegangen ist, was die Therapeutin wohl gern hören möchte oder was sonst sozial erwünscht ist.

C-Selbstbeurteilungsbogen der Mutter:

Die Mutter hatte und hat zum Teil noch ein schlechtes Selbstbild. Die Bewertung des FB-S scheint aber auf jeden Fall nicht so stark verzerrt zu sein wie im FB-A.

C–Aufgabenerfüllung (AE):

Vorher wurden 7 RP/77 TW vergeben und hinterher 5 RP/65 TW. Die Mutter scheint die Situation so einzuschätzen, dass sie anfangs Probleme bei der Festlegung von Aufgaben, bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten oder bei der Verwirklichung von Veränderungen hatte. Dies hat sich aber gebessert, dem Normalbereich angenähert.

C–Rollenverhalten (RV):

Bei der RV wurden vorher 6 RP/TW 58 vergeben und nachher 7 RP/TW 62. Die Bewertung liegt hinterher an der Grenze zum Normalbereich. Die Bewertung vorher ist nach meiner Ansicht eher eine Wunschvorstellung gewesen und durch die Abwehr mit verzerrt.

C–Kommunikation (KOM):

Vorher wurden 4 RP/68 TW vergeben und nachher 5 RP/75 TW. Hier hat nach den Daten eine Verschlechterung stattgefunden da die Anfangsdaten aber nur mit Vorsicht zu genießen sind, kann der KOM-Wert nicht berechnet werden, da doch eine leichte Verzerrung der Daten durch die Abwehrhaltung der Mutter zu erkennen ist. Die Anfangsdaten sind damit unrealistisch und nicht so mit den Daten hinterher zu vergleichen, wie es bei anderen Familien möglich war, deren soziale Erwünschtheit und Abwehr im Normalbereich liegen.

C–Emotionalität (E):

Vorher wurden 11 RP/100 TW vergeben und hinterher 8 RP/100 TW. Die E hat sich vom RP her verbessert, aber nicht die der T-Wert-Bestimmung.

C–Affektive Beziehung (AB):

Vorher wurden 5 RP/79 TW vergeben und hinterher 4 RP/72 TW. Hier fand eine leichte Verbesserung statt, aber es bleibt im auffälligen Bereich.

C–Kontrolle (K):

Vorher wurden 6 RP/65 TW vergeben und hinterher 6 RP/65 TW. Die Bewertung ist im etwas auffälligen Bereich gleich geblieben.

C–Werte und Normen (WN):

Vorher wurden 11 RP/100 TW vergeben und hinterher 6 RP/81 TW. War das Verhältnis in Bezug auf die Werte und Normen von Mutter und Tochter vorher sehr konträr, hat es sich um einiges angeglichen, aber ist trotzdem noch auffällig.

C–Summenwert:

Vorher wurden 50 RP/97 TW vergeben und hinterher 41 RP/85 TW. Der Summenwert hat sich von sehr problematisch zu problematisch verbessert, was sicher immer noch für die

Frau ein Problem darstellt. Diese schlechte Bewertung verwundert trotzdem, da die Mutter in der Nachbesprechung sehr zufrieden mit sich und ihrer beider Entwicklung war.

C-Zweierbeziehungsbogen:

Beim ersten Ausfüllen der Familienbögen wird die Oma bzw. die Mutter der Mutter mit aufgeführt, während sie beim zweiten Mal kein Thema mehr ist. Es wird auch kein extra Zweierbeziehungsbogen für sie ausgefüllt. Anscheinend hat sich die Mutter nicht nur von ihrer Tochter, sondern auch von ihrer Mutter stärker lösen können.

Vorweg fällt auf, dass die Beziehung der Mutter zu ihrer Mutter (also Mechthilds Oma) sehr schlecht ausfällt, was sicher auch durch die Konflikte der Mutter mit der Oma widergespiegelt wird, während die Beziehung zu ihrer Tochter, meiner Meinung nach, anfangs zu idealisiert dargestellt wird, wenn auch nicht mehr ganz so extrem wie im FB-A.

C-Aufgabenerfüllung (AE):

Vorher: *Mu/Oma*: 10 RP/82 TW; *Mu/K1*: 4 RP/53 TW; nachher: *Mu/K1*: 5 RP/58 TW.

Die AE in Bezug auf die Oma fällt sehr schlecht aus, während die Werte von M/K1 im Normalbereich bleiben, sich allerdings auch etwas verschlechtern bzw. anfangs vermutlich zu idealistisch beschrieben worden sind.

C-Rollenverhalten (RV):

Vorher: *Mu/Oma*: 11 RP/82 TW; *Mu/K1*: 4 RP/53 TW; nachher: *Mu/K1*: 4 RP/53 TW.

Ist das RV der Oma wieder sehr stark problematisiert, stagniert es bei M und K1 im Normalbereich. Es scheint eine ungenügende und mangelnde Übereinstimmung der Oma und Mutter in Bezug auf die Rollenerwartungen zu herrschen.

C-Kommunikation (KOM):

Vorher: *Mu/Oma*: 7 RP/75 TW; *Mu/K1*: 0 RP/39 TW; nachher: *Mu/K1*: 4 RP/59 TW.

Bei der Oma realisierte die Mutter die Kommunikationsschwierigkeiten, während sie die in Bezug auf ihre Tochter vorher ganz zu ignorieren schien. Hinterher ist meiner Meinung nach eine Verbesserung eingetreten, aber durch die vorherige Verzerrung sieht es nach den numerischen Werten so aus, als ob eine Verschlechterung stattgefunden hätte. Dem würde ich allerdings widersprechen und gebe erneut die Datenverzerrung durch die Abwehr zu bedenken.

C-Emotionalität (E):

Vorher: *Mu/Oma*: 11 RP/100 TW; *Mu/K1*: 1 RP/44 TW; nachher: *Mu/K1*: 5 RP/70 TW.

In der Skala E schneidet die Bewertung der Mu/O-Beziehung besonders schlecht ab, während die Tochter wieder etwas idealisiert wird, wenn man bedenkt, wie schwierig es

anfangs beiden fiel, einen angemessenen Ausdruck an Gefühlen auf bestimmte Situationen zu zeigen.

C–Affektive Beziehung (AB):

Vorher: *Mu/Oma*: 9 RP/100 TW; *Mu/K1*: 5 RP/75 TW; nachher: *Mu/K1*: 5 RP/75 TW.

Die Bewertung der Oma ist am Ende der problematischen Skala, während die Tochter beide Male identisch im problematischen Bereich angesiedelt wird, aber nicht so stark wie die Oma. Es fehlte also besonders vorher Empathie unter den Familienmitgliedern. Sie hat m. E. inzwischen zugenommen, was allerdings durch die hohe Abwehr der Mutter an den Daten nicht deutlich wird.

C–Kontrolle (K):

Vorher: *Mu/Oma*: 5 RP/70 TW; *Mu/K1*: 1 RP/48 TW; nachher: *Mu/K1*: 3 RP/59 TW.

Wird die Bewertung der Oma wieder im problematischen Bereich angesiedelt, wird K1 sowohl vorher als auch nachher im Normalbereich eingeordnet.

C–Werte und Normen (WN):

Vorher: *Mu/Oma*: 12 RP/100 TW; *Mu/K1*: 2 RP/48 TW; nachher: *Mu/K1*: 5 RP/65 TW.

Ist die *Mu/Oma*-Bewertung wieder am äußersten Problembereich, ist die anfängliche Bewertung der Tochter wieder meiner Meinung nach überzogen idealisiert. Hinterher ist sie im leicht problematischen Bereich angesiedelt, wobei sie verbessert ist m. E., aber noch besser werden könnte.

C–Summenwert:

Vorher: *Mu/Oma*: 65 RP/100 TW; *Mu/K1*: 17 RP/51 TW; nachher: *Mu/K1*: 31 RP/67 TW.

Der Endwert macht noch einmal die starke Oma-Mutter-Problematik deutlich. Das Verhältnis von Mutter und Tochter ist nach der Bewertung anfangs normal und hinterher etwas problematisch. Das würde ich allerdings als Verzerrung ansehen, da ich die symbiotische Beziehung der beiden anfangs als sehr problematisch erlebt habe, aber beide, besonders die Mutter, sich vorteilhaft für die Beziehung und für sich selbst entwickelt haben.

Vergleich der Bewertungsprofile:

Vorher scheinen die Bewertung der Oma und die Bewertung der Mutter, deren Profile vorrangig im Problembereich liegen, selber übertrieben schlecht auszufallen, während die Beziehung zu ihrer Tochter und deren Verhalten extrem idealisiert werden. So fallen FB–A und FB–Z *Mu/K1* vor der Behandlung fast vollständig in den normalen Bereich, nur die Abwehr fällt aus dem normalen Rahmen. Dies zeigt an, dass die anderen Skalen verzerrt sind. Die Profile im zweiten Durchgang liegen mehr im problematischen Bereich, aber zum Teil auch nah zum oder im Normalbereich. Besonders an der Selbstbeurteilung der

Mutter hapert es noch, auch wenn sie sich schon verbessert hat, besonders schwierig bleibt für sie die Emotionalität.

8.8.4 Familie E: Zusammenfassung des Verlaufes, Auswertung des FAST und der Familienbögen

Die Auswertung entfällt in der veröffentlichten Fassung zur Wahrung der Anonymität der Familie E.

I) FAST – Auswertung der Familie E:

Die Auswertung entfällt in der veröffentlichten Fassung zur Wahrung der Anonymität der Familie E.

II) Familienbögen – Auswertung der Familie E:

Die Auswertung entfällt in der veröffentlichten Fassung zur Wahrung der Anonymität der Familie E.

8.9 Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Erprobung und Folgerungen

Allgemein fällt auf, dass das Bewegungsspiel ein Medium für Kinder ist, in dem sie sich sicherer fühlen, als wenn sie sprechen müssten. Sogar ein Vater sagte, dass er sich lieber in der Turnhalle bewegt habe, als sich in einer Familientherapie hinsetzen und nur sprechen zu müssen. Die Videokonsultationen haben ihn schon sehr angestrengt, die PMFT-Stunden haben ihm jedoch sehr viel Spaß gemacht. Hilfreich war dies Verfahren also nicht nur für die jüngeren Kinder, sondern auch die Älteren hatten Spaß daran und es kamen z.T. Gesprächsthemen auf, die sonst eventuell nicht angesprochen worden wären. So war die Mutter aus Familie A z.B. nach dem RT am Ende der PMFT-Stunde sehr überrascht, als der ältere Sohn sehr konstruktive Beiträge brachte und auch erklärte, was er vermisst und was er sich wünscht, z.B. mehr Kontakt mit seinem Stiefvater. Die Mutter meinte, dass dies im normalen Gespräch nie möglich gewesen wäre, sie aber nach einigen PMFT-Stunden wieder mehr und konstruktiver im häuslichen Bereich kommunizieren könnten, wobei beide klare Absprachen vereinbarten.

Schade ist, dass die Teilnahme der Männer bzw. Väter so gering ist. Diese Tatsache beschreiben allerdings auch Familientherapeuten wie Prof. Dr. Arist von Schlippe in anderem Rahmen, d.h. dass die Initiative meist von den Frauen und Müttern ausgeht und weniger von Männern.

Besonders gefreut hat mich, dass die beiden Indexkinder von Familie A und B, die für die Entwicklung meines Konzeptes ausschlaggebend waren, die Möglichkeit hatten, nach dieser gemeinsamen Arbeit in eine normale Regelschule eingeschult zu werden, und dort auch gut zurechtkamen.

Für die weitere Entwicklung ist sicher zu sagen, dass für die Durchführung von den Therapeuten ein großes Wissen im psychomotorischen und familientherapeutischen Bereich verlangt wird sowie die Ideen des MARTE-MEO-Konzeptes bekannt sein müssen.

9. Schlusswort

Die vorliegende Untersuchung war für mich gleich in zweierlei Hinsicht ein Abenteuer der besonderen Art: Zum einen musste ich mir – oft nachtaktativ – einen Weg durch die Wildnis der Fachliteratur bahnen. Zum anderen aber ermöglichte sie mir, die Lebens- und Entwicklungswege mir vorerst fremder, bald aber lieb gewonnener Familien ein Stück weit zu begleiten.

An meine Ausgangslage erinnere ich mich noch gut. In den Psychomotorikgruppen war ich zwei Kindern (aus Familie A und B) begegnet, die meine Sympathien auf sich zogen. Jedoch musste ich feststellen, dass ihre Entwicklung im Vergleich zur Entwicklung der übrigen Kinder von Gruppenstunde zu Gruppenstunde deutlich stagnierte. Diese Beobachtung ließ mich gedanklich nicht in Ruhe. Ich dachte, es müsse doch eine Möglichkeit geben, sie aus ihrer Isoliertheit, Traurigkeit und Ängstlichkeit herauszuholen. Meine Idee war, die Eltern und Geschwister mit einzubeziehen, aber auch die nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten der Kinder und die Darstellung bzw. Verarbeitung der Probleme in ihrem Spielverhalten zu nutzen.

Heute kann ich sagen, dass ich mich von diesen Kindern mit einem lachenden Auge verabschieden konnte, weil ich erleben durfte, dass sie glücklicher, freier in ihrem Umgang und sicherer in ihrer Bewegung geworden sind, aber auch mit einem weinenden, weil sie und ihre Familien mir nahe gekommen und ans Herz gewachsen sind. Besonders froh bin ich, dass diese Kinder – was vorher nicht abzusehen war – beide in „normale“ Grundschulen eingeschult werden konnten.

Wenn ich ihnen wünsche, dass ihre Bewegungsbedürfnisse auch in der Schule Anerkennung und Raum erhalten, so hat dies nicht zuletzt mit der Erfahrung meiner Arbeit an dieser Dissertation zu tun: Will man über Bewegung schreiben, muss man am Schreibtisch verharren, selbst wenn man lieber in Bewegung wäre, und aus diesem Widerspruch rettet auch der Pezziball am Schreibtisch kaum. Umso schöner war dann aber für mich immer wieder das Erlebnis, mich mit den Familien in der Gymnastikhalle der Universität Osnabrück in Bewegung zu bringen.

Das neue Setting hat sich als ein guter Grundstock erwiesen, um mit jüngeren Familien zu arbeiten. Wobei ich davon ausgehe, dass das Setting der PMFT insbesondere bzgl. der zeitlichen und räumlichen Rahmen variabel gehandhabt werden kann. Ein Gleiches gilt für die Anzahl der Therapeuten, der gewöhnlich schon aus Gründen der Finanzierung in der jeweiligen Einrichtung Grenzen gesetzt sind.

Bestätigt hat sich m. E. im Zuge der hier dargelegten Untersuchung die Annahme, dass Kinder in jüngeren Jahren die Fähigkeit haben, über ihr Bewegungsspiel u.a. ihre Probleme psychischer, sozialer und motorischer Art zu bearbeiten. Die Erfahrung dessen, was sie ausdrücken möchten, ist intensiver und ggf. präziser, wenn sie „am eigenen Leibe“ geschieht, als wenn sie ihre Perspektive bzw. ihr Erleben etwa mit Hilfe von Puppen darstellen. Oft werden Gefühle wieder unmittelbar präsent, wenn im Problemzusammenhang

relevante Bewegungen körperlich ausgeführt werden. Was ich nicht erwartet hatte, war, dass auch die älteren Geschwisterkinder der Indexpatienten z. T. sehr kooperativ mitarbeiteten und in den Stunden Freude am gemeinsamen Tun entwickelten, obgleich sie manchmal zuerst mit Skepsis gekommen waren. Das neue Setting lässt sich insofern als Chance zur Bereicherung der Ausdrucks- und Interaktionsmöglichkeiten aller am familiären System Beteiligten ansehen.

Bei der Auswertung der Erprobung zeigten sich bei einigen Familien gute Veränderungen bzgl. der erfassten Variablen, während bei anderen – speziell beim Ausfüllen der Fragebögen – die Veränderungen der Variablen nicht mehr so eindeutig zu interpretieren waren. Möglicherweise lässt sich dies durch die Orientierung an Kategorien sozialer Erwünschtheit oder innere Abwehr erklären. Sicherlich ist es jedoch notwendig, das neue Setting mit Hilfe einer größeren Stichprobe erneut zu prüfen bzw. zu erproben, um mehr über seine Effektivität aussagen zu können. Insbesondere sollte bei einem solchen Anschlussunternehmen m. E. zudem ein spezielleres Auswertungsverfahren für die Arbeit mit Videoaufzeichnungen erstellt werden und Verwendung finden. Was ich erfahren, hier dokumentieren und analysieren konnte, ist ein Anfang. Er verspricht jedoch, wie ich meine, dass eine Weiterführung und -entwicklung des Ansatzes im skizzierten Sinne auf jeden Fall lohnenswert ist.

9.1 Resümee mit synoptischer Fallbeschreibung:

In dieser Arbeit habe ich ein neues Setting erstellt, die „psychomotorische Familientherapie“ (PMFT). Auf der Grundlage eines Forschungsberichts habe ich verdeutlicht, inwiefern sich dieses Setting von Seiten einerseits psychologischer und andererseits psychomotorischer Theorie-Ansätze her begründen lässt bzw. inwieweit dort Anregungen entnommen bzw. Anknüpfungen vorgenommen wurden. Des Weiteren wurde die PMFT methodisch vorgestellt und gegenüber anderen Verfahren abgegrenzt. Schließlich wurde ihre praktische Erprobung an einzelnen Fallbeispielen dargestellt, reflektiert und ausgewertet. An dieser Stelle soll noch einmal resümierend eine differenziertere Beschreibung der Struktur und Ergebnisse der Arbeit erfolgen.

Das Anliegen dieser Untersuchung ist das Folgende: Aus der Arbeit der Psychomotorikgruppen heraus ist deutlich geworden, dass familientherapeutische Interventionen gegebenenfalls notwendig sein können, um Index-Kindern eine Entwicklung aus ihren psychischen und Bewegungsproblemen heraus zu ermöglichen. Diese Probleme – das ist bekannt – haben weit reichende Konsequenzen: z. B. ist die Bewältigung dieser Probleme Voraussetzung, um den Kindern einen guten Start in einer Regelschule zu ermöglichen, die Bildungsbiographie bzw. damit generell biographische Chance der Kinder in der Gesellschaft wird dadurch beeinflusst.

Hieraus ergibt sich die Fragestellung der Arbeit nach den Möglichkeiten einer solchen familiären Intervention. Festzustellen ist nämlich, dass für dieses Anliegen, das Kinder im Alter von 4-8 Jahren betrifft, von Seiten der Familientherapie nur bedingt geeignete Instrumente zur Verfügung gestellt werden. Die Bevorzugung von gesprächsorientierter Me-

thodik bzw. solchen Verfahren erlaubt eine adäquate Beteiligung der Index-Kinder nicht, die sich von ihrer Entwicklung her bspw. noch deutlich im Spracherwerb befinden und folglich nicht über die Fähigkeit verfügen, sich verbal-kommunikativ „gleichstark“ einzubringen.

Dieses Problem - so der Leitgedanke meiner Untersuchung - lässt sich unter Rückgriff auf die Methoden der Psychomotorik in der familientherapeutischen Arbeit mildern: Stellt man die familiäre Kommunikation mindestens teilweise auf nonverbale Interaktionsformen im Bewegungsspiel und der Bewegungsförderung um, können die Kinder ihre Stärken und somit die Therapie nutzen. Die Therapie kann folglich die Integration der Stärken der Kinder als personale und familiäre Ressource bewirken.

Das Ziel der Durchführung des neuen Settings wird im Sinne des systemischen/ familientherapeutischen Grundverständnisses darin gesehen, eine „Verstörung“ bei den betroffenen Familien mit jüngeren Kindern und besonders den Kindern zu erreichen. Die Unterbrechung verfestigter Verhaltensmuster und die Entwicklung neuer Kommunikations- und Umgangsformen soll erreicht werden. Dies geschieht zuallererst - aber nicht allein - in Form einer gemeinsamen Bewegungsförderung, bei der z.B. die Blockierung der Weiterentwicklung neuer Bewegungen der Index-Kinder durch andere Familienmitglieder vermindert wird.

Darauf bezogen sind die zentralen **Fragestellungen**: Wie kann diese Verstörung erreicht werden? Und vor allem: Wie können dabei die vorsprachlichen Kommunikations-, Bewegungs- und Spielformen der Kinder mit in betracht gezogen werden, damit nicht - wie bei den gängigen Familientherapieformen - die Kommunikation vorrangig auf der von den Erwachsenen dominierten sprachlichen Ebene abläuft? Wie können die kindliche und erwachsene präverbale und verbale Kommunikation zusammengebracht werden, so dass für alle Beteiligten eine Verständigungsmöglichkeit besteht und auch eine Verständigung statt findet? Wie können nicht nur die Störung des Systems, sondern gleichzeitig die in Wechselwirkung damit stehenden psychischen, motorischen und sensorischen Probleme der jüngeren Kinder und auch der anderen Familienmitglieder mit beachtet werden? Wie kann eine Bewegungsförderung für die ganze Familie unter diesen Bedingungen aussehen?

Einige grundsätzliche Fragen zu den **Voraussetzungen** sind vorab zu klären. Insbesondere die Frage: Wie kann das familiäre System unter Einbezug präverbaler Kommunikationsweisen bzw. mit einem Setting, das präverbale Kommunikationen nicht nur zulässt, sondern fordert und fördert, verstört werden?

Die umfangreiche systemische und psychomotorische Forschungsliteratur, von der meine Untersuchung profitiert hat, kann hier nicht erneut angeführt werden. Da sie jedoch eine Vielfalt unterschiedlicher Verwendungen für die hier relevanten Begriffe Psychomotorik und System zeigt, soll noch einmal eine verkürzte Bestimmung an die wesentlichen Auffassungen von Psychomotorik und System erinnern:

Unter „Psychomotorik“ verstehe ich eine Wechselwirkung des personalen Systems im Leib eines Individuums mit Systemen wie dem affektlogischen, körperlichen, sozialen

System und dem System Bewegung/Wahrnehmung, das sich zudem im Austausch mit einem gesellschaftlichen System befindet und dessen Teil ist (LICHER-RÜSCHEN 2000).

Die Schwierigkeit der Verwendung des Systembegriffes besteht darin, dass er auf verschiedenen Ebenen anzusiedeln ist. MATURANA und VARELA - als Biologen - beschreiben z.B. das Lebewesen Mensch als autopoetisches System. Luhmann - als Soziologe - interessiert sich für Systeme gesellschaftlich-kultureller Kommunikationen. Beide Theoriegebäude sind jedoch für meine Arbeit nur insofern interessant, da sie erkenntnistheoretische Grundlagen liefern für die psychologischen und psychomotorischen Ansätze, auf die ich mich vorrangig beziehe. In diesem engeren Feld ist jedoch die Verwendung des Systembegriffs auch recht unterschiedlich. KUHLMANN bspw. unternimmt eine Aufteilung des Individuums in Systeme, wobei er vier Systeme psychischer Regulierungen im Individuum identifiziert (Objekterkennung, Extensionsgedächtnis, Intensionsgedächtnis, Intuitive Verhaltenssteuerung). BALGO unternimmt ebenfalls eine solche Unterteilung, setzt aber andere Akzente (affektlogisches, körperliches, soziales System, System Bewegung/Wahrnehmung). Kuhl geht vom Individuum aus, warum sich eine Anknüpfung für mich anbietet (siehe Abb.:9).

Was ist also relevant für die PMFT? Eine isolierte Betrachtung der Kommunikationen ohne Anbindung an die kommunizierenden Personen widerspräche der PMFT, die als Grundhaltung den Respekt vor personaler Individualität voraussetzt und darum auch theoretisch nicht unterlaufen möchte. Interessant und hilfreich ist es jedoch – wie bei BALGO oder Kuhl –, wenn Ansätze ermöglichen, ausgehend von der innerpersonalen Dynamik personaler Systeme ihr Handeln bzw. Kommunizieren in sozialen Systemen – als Beziehungssystemen - zu erklären. Dies ist umso wertvoller, da - wie bei MATURANA erörtert – lebende Systeme als sich selbst steuernd verstanden werden müssen, die von `außen` nicht intentional gesteuert werden können (autopoetisch), andererseits jedoch auch nur im Zusammenspiel mit anderen (autopoetischen) Systemen existieren können (Dynamik von Abhängigkeit und Autonomie).

Die Familientherapie spricht vom familiären System. Der systemische Blick ist hier profittabel, weil er den Blick auf die Dynamik des Zusammenspiels der personalen Systeme als Dynamik von Handlungsmustern (Beziehungsmustern, Kommunikationsmustern) lenkt. Jeder ist der Mit-Produzent der Familienbeziehung und jeder ist in seiner Entwicklung und seinen Handlungen eingebunden in bzw. hervorgegangen aus Familienbeziehungen. Es erscheint mir besonders wertvoll, dass die Familientheorie auf die Suche geht nach Paradigmen der Interaktion, ohne die innere systemische Dynamik der Individuen dabei aus dem Blick zu verlieren. Mit Luhmann daran zu erinnern, dass diese familiären Systeme wiederum in größere Systemzusammenhänge (kulturelle, gesellschaftliche Kommunikationsmuster) eingebettet sind, erscheint mir ebenfalls erforderlich.

Unter „**System**“ verstehe ich also – abstrahiert – etwas, das in einem interaktiven Zusammenhang existiert und sich autopoetisch verhält, aber auch in Wechselwirkung zu anderen Systemen befindet. Ein System (innerpersonal, personal, familiär, kulturell-gesellschaftlich ...) kann beeinflusst werden, allerdings nicht auf vorhersehbare Weise, sondern nur durch Anregungen von einwirkenden Kräften. Die Bestimmung, was ein System sei, wird durch

das beobachtende System durchgeführt. Dieses beobachtende System kann allerdings sowohl „Personen“ beobachten als auch definierte Interaktionen zwischen Systemen bzw. deren Muster (Kommunikationen im weitesten Sinne, über die verbale Kommunikation hinaus).

In dieser Weise hat auch KRIZ den Begriff des Systems generell problematisiert und konstatiert, dass die Bestimmung eines Systems a) die Unterscheidung System/Umwelt voraussetzt und b) generell Beobachter abhängig ist (vgl. S.19). WILLKE ergänzt diesbezüglich, dass die Unterscheidung System/Umwelt einen Unterschied in der Dichte (Qualität und Quantität und Produktivität) der Beziehungen der Elemente aus denen System oder Umwelt bestehen, feststellt.

Die Präzisierung zum System „Familie“ lässt sich darum wie folgt vornehmen (siehe W. KRIZ 2000, 19):

Ebene 1 der Beobachtung: die Elemente sind Personen und ihre Relationen sind die Interaktionen zwischen den Personen.

Ebene 2 der Beobachtung (Metaperspektive gegenüber Ebene 1): Es interessieren die relationalen Interaktions- und Kommunikationsmuster.

KRIZ versteht Systeme als dynamische Prozesse, d.h. mit dem Aspekt „Zeit“ verknüpft. Sie werden zudem unter dem Blickwinkel Zielorientiertheit, Herstellung eines Fließgleichgewichtes oder einer stabilen Systemstruktur betrachtet (vgl. S.31).

Für die hier vorliegende Untersuchung bzw. für die PMFT-Therapie sind dem entsprechend zentral:

Auf Ebene 1: Das familiäre System, d. h. die Personen der Kernfamilie (intensive Beziehungen).

Auf Ebene 2: Die Interaktionsmuster in vorsprachlicher (meist in Bewegungsform) und sprachlicher Weise im System der Kernfamilie (Metaebene).

Selbstverständlich werden diese familiären Systeme als in dynamische Systemzusammenhänge des näheren Umfeldes (Schule, Kindergarten, Peergroups, Kultur und Gesellschaft) eingebettet begriffen und auch als historische Systeme verstanden (Aus diesem Grund bspw. erfolgt die Aufnahme einiger familiengeschichtlicher Daten im Fragenbogen Familienzusammenhänge).

Damit sind die Voraussetzungen dieser Untersuchung noch einmal benannt und ich kehre zurück zur Darstellung ihres Anliegens.

In der Familientherapie bzw. der systemischen Therapie ist zwar gegenwärtig zu beobachten, dass man die Bedeutung körperlicher Dimensionen und Kommunikationen für die Dynamik familiärer Systeme beginnt zur Kenntnis zu nehmen. Dies geschieht jedoch bisher vorwiegend auf der Ebene der theoretischen Postulate. Die Verfasserin ist nun bemüht gewesen, eine für eine spezifische Adressatengruppe angemessene Therapieform

- a) zu entwerfen,
- b) theoretisch zu begründen und
- c) exemplarisch zu erproben, um herauszufinden, ob eine empirische Überprüfung sich anbietet.

Das geschieht in dieser Untersuchung in folgender Weise:

Indem zwei Gebiete zu verknüpfen waren, die nicht nur in sich schon sehr ausdifferenziert sind (FT/ST und PM), sondern auch in der Regel separiert voneinander in unterschiedlichen Fachtraditionen wurzeln, war die Schwierigkeit zu bewältigen, sowohl innerhalb der Felder als auch zwischen ihnen Brückenschläge zu verdeutlichen. Dass die hohe Diversität der Ansätze in der FT und systemischen Therapie sowie in der PM in einem breiten Forschungsbericht erörtert werden musste, ist die Konsequenz. Damit sollte präzise verdeutlicht werden - jeweils aus den Kontexten der einzelnen Ansätze heraus -, welchen Beitrag diese zu der anvisierten PMFT zu geben vermögen (vgl. im Weiteren die Zusammenfassung der PMFT-Kriterien). Die erkenntnistheoretischen Probleme, die sich jeweils stellten, wurden erörtert, soweit dies für das Anliegen relevant erschien.

Durch dieses Bemühen um Transparenz sollte deutlich werden, dass die theoretische Arbeit in meinem Feld selbstverständlich nicht beendet sein kann und dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt auch nicht zu erwarten ist. Sollte darum aber auf eine therapeutische Praxis verzichtet werden? Frau Professorin Dr. Maria Stella Graciani, Professorin der päpstlichen Universität in São Paulo/Brasilien und Koordinatorin von Favela- und Straßenkinderprojekten dort, die ich als Koordinatorin der Brasiliengruppe seit Jahren in Brasilien/in São Paulo bei ihrer Arbeit von Deutschland begleiten durfte und deren faszinierende Umsetzung ihrer Theorien in die Praxis ich auch bei einem Besuch dort beobachten konnte, sagte im Januar 2005 zu mir: "Für jedes Kind, dem es durch meine Arbeit besser geht, hat sich meine Arbeit gelohnt." So sehe ich meine Arbeit ebenfalls.

Ich habe mich entschieden, ein möglichst differenziertes Bild von den theoretischen Hintergründen und Grundlagen meines Settings zu geben, statt eine `allumfassende Erklärung´ zu suggerieren. Ebenso habe ich auch ein breites Feld praktischer Verfahren aufgegriffen, um – praktisch genauso wie theoretisch - das Maximum an Nutzen aus dem Erkenntnisstand von PM und FT für mein Klientel zu ziehen.

Zuerst soll hier eine **Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen** vollzogen werden. Dabei kann ich mich an dieser Stelle jedoch nur noch auf einige schwerpunktmässig beziehen: Diejenigen betreffend verbaler und nonverbaler Kommunikation, den Spannungsfeldern der Therapie von Hölter, den systemischen Perspektivenwechsel in der Psychomotorik und das Mehr-Ebenen-Konzept von Jürgen KRIZ.

1) **Verbale und nonverbale Kommunikation**

Die vorsprachliche Kommunikation wird in psychomotorischen Zusammenhängen verdeutlicht. Die meisten Psychotherapien bedienen sich jedoch der Sprache. Sie möchten

unbewusste, vergessene frühe Erfahrungen erhellen, Zusammenhänge erklären usw. Menschen leben jedoch bereits in Interaktionen, entwickeln Vorstellungen (Bedeutung), werden bewegt von Gefühlen, lange bevor sie Sprache erlernen. Und in sprachlichen Kommunikationen macht es einen Unterschied, was man wie sagt. Sprechen ist ein soziales Handeln, das sich leibgebunden vollzieht (Artikulation, Intonation, Gestik, Mimik usw.). Auch Pantomimen kommunizieren. Die Handlungsformen und -muster, in Sprache oder Bewegung aufgespürt, können ein Schlüssel zu den Gefühlen sein. Wie man sich bewegt, ist ebenso aufschlussreich wie der `Wortgebrauch´ bzw. das, was man sagt.

Sinnesreize scheinen dem unbewussten, unterbewussten oder autonomen Funktionieren näher zu liegen als irgendetwas in unserem bewussten Verstehen. Die Kommunikation durch die Sinne scheint dem Unbewussten unmittelbarer und ist daher wirksamer und weniger entstellt als sprachliche Kommunikation.

SATIR hat diese nonverbalen Kommunikationsmuster systematisiert und unterschieden in Beschwichtigen, Anklagen, Rationalisieren und Ablenken sowie, nicht zu vergessen, das Kommunikationsmuster der Kongruenz. Ihre Schemata erleichtern die Beobachtung. Allerdings lässt sich fragen, ob die Beschreibung dieser körperlich ausgedrückten Kommunikationsmuster, für Erwachsene zutreffend, als Differenzierung der vielfältigen Ausdrucks-Bewegungs-Formen bei Kindern ausreicht. Bspw. in Bezug auf ihre Nutzung der Bewegungsräume, die Wahl des Spielzeugs, die symbolische Verwendung oder Umfunktionierung des Bewegungsspieles müssten m. E. weit darüber hinaus reichende Beobachtungen angestellt werden. Für die PMFT ist es sicherlich von Bedeutung, die große Vielfalt dieser nonverbalen kindlichen Ausdrucks- und Kommunikationsfiguren bzw. -muster zu berücksichtigen.

2) Die vier Spannungsfelder der Therapie von HÖLTER:

HÖLTER definiert vier Spannungsfelder der Therapie:

1. **Defektorientiertheit versus Entwicklungsförderung:** Hier soll gegenübergestellt werden, dass Symptome einmal vorrangig als „*individueller Defekt*“ interpretiert werden können oder als „*Ausdruck komplexer psychosozialer Zusammenhänge*“. Die PMFT zielt auf eine Entwicklungsförderung des familiären Systems von der Defektorientierung des Kindes weg, etwa, indem sie ihre Maßnahmen in ein Teamkonzept einbindet, um die Beachtung sozialer Zusammenhänge und die Förderung von gesunden Anteilen der Leiblichkeit der PatientInnen zu fördern bzw. anzuregen.
2. **Konflikt zwischen Rollenhierarchie und Selbstbestimmung:** Gewöhnlich gilt der Therapeut als Wissender und das Klientel als unwissend. Diese *Rollenverteilung* soll in der PMFT aufgehoben werden, v. a. durch die Anregung von Eigenaktivitäten des familiären Systems. In der PMFT sollen die Familien selbst bestimmen, was sie in der Bewegungsspielphase, mit Begleitung der Therapeutin, tun. So soll eine eigenverantwortliche Veränderung angestrebt werden, die der Therapeut zwar anstoßen, aber nicht richtungsmäßig vorgeben kann.

3. **Normensicherheit versus Normenreflexion:** Therapie ist in der Regel durch eine *erstaunliche Normensicherheit* gekennzeichnet. In der PMFT sind zuerst einmal die Entwicklung einer Bewegungsempathie für den Therapeuten und eine *kritische Überprüfung der mit Sport und Bewegung verbundenen Normen* im Hinblick auf die Bedürfnisse des familiären Systems grundsätzlich notwendig. Die durchaus nicht übliche Wahrnehmung von Bewegung und Bewegungsspiel als Medium des Selbstaudrucks bzw. der Kommunikation kann sowohl in der Bewegungsförderung als auch auf dem Wege der Video-Konsultation angeregt werden. Ein in dieser Weise neues Verständnis der Familienmitglieder für- und voneinander kann vor allem, aber nicht nur für die Index-Kinder bedeutsame Entwicklungschancen eröffnen.
4. **"Körper haben versus Leib sein":** Die in unserem Kulturraum vorherrschende Gewohnheit, den Körper zu instrumentalisieren, wird von Hölter zu Recht kritisch betrachtet, wenn er postuliert, den *Leib* als *Einheit von Körper und Ich* zu verstehen: Nicht der Körper bewegt sich, sondern „Ich“ als Person bewege mich. Daraus ergibt sich bspw. eine Abwendung von mechanischen oder physiologisch orientierten Körperübungen. Hier knüpft die PMFT an. Sie ist orientiert an einem Verständnis der Bewegung als sinnhafter Einheit von Wahrnehmen, Bewegen und Erleben. Durch das Setting der PMFT soll eine solche Haltung angeregt und gefördert werden.

3) **Psychomotorisch-systemische-Wende: Der Systemische Perspektivenwechsel in der Psychomotorik**

Im Sinne der psychomotorisch-systemischen Wende knüpft diese Untersuchung an BALGOS Sichtweise an, die keine Trennung zwischen Psyche und Körper mehr vorsieht. Vielmehr geht er davon aus, dass „Körper“, „Wahrnehmung/Bewegung“, „Affekt“, das „soziale System“ als eigenständige, autopoietische Systeme anzusehen sind, die strukturell an alle anderen Systeme gekoppelt sind. Jedes System wirkt dabei zirkulär auf jedes andere System ein. Dieses wiederum wirkt auf jedes System zurück und d.h., alle Systeme verändern sich in einem gemeinsamen strukturellen Driften. Kein System determiniert die Veränderungen der anderen Systeme. Das bedeutet, dass *alle Systeme somit wechselseitig vernetzt und dynamisch* sind. Sie sind in ständiger Bewegung. Der Mensch wird demnach auch als in soziale Systeme eingebettet begriffen, nicht isoliert als Einzelperson. Das Individuum ist Ausdruck einer ganzen Ökologie von Beziehungen.

Die das System Bewegung/Wahrnehmung umgebenden Systeme können Strukturveränderungen auslösen, aber nicht determinieren. Dies gilt auch umgekehrt. Diese wechselseitigen Strukturveränderungen entsprechen dem, was MATURANA und VARELA (1987, 85) als strukturelle Kopplung bezeichnen. Nicht durch Vergangenheit, sondern durch die gegenwärtige Struktur werden die augenblicklichen Systeme determiniert. Denn die trivialen Systeme operieren nicht linear sondern zirkulär. Auf eine ‚Ursache‘ folgt eine ‚Wirkung‘ in der Form, dass sie aufgrund einer von Zustandsveränderungen hervorgerufenen, unvorhersagbaren Weise auf die eigene ‚Ursache‘ zurückwirkt. Einseitig instruktive Einwirkungen eines Systems auf ein anderes System schließt die strukturellen Kopplung aus.

Die konventionelle Unterscheidung zwischen Körper und Psyche sowie „subjektiv“ beobachtbaren Ereignissen (z.B. Denken, Fühlen, Wahrnehmen) gegenüber „objektiver“ Beobachtung wird von daher aus dieser systemisch-konstruktivistischen Sicht heraus nicht weiter genutzt, wenn man von den o. g. vier verschiedenen, operational geschlossenen Beobachtungssystemen ausgeht.

Das System Körper, für die PMFT von hohem Interesse, beschreibt BALGO (1998) als Umwelt des von ihm unterschiedenen Systems Bewegung/Wahrnehmung. So muss der Körper nicht als eine Entität angesehen werden, die Wahrnehmung und Bewegung ‚hat‘ oder als ein ‚Objekt‘, das Handlungen ausführt. Der Körper erscheint in der Bewegung und Wahrnehmung. Das System Bewegung/Wahrnehmung kann allerdings nur bezogen auf den eigenen Körper seine eigene Identität gewinnen und sich in der Erfahrungswelt lokalisieren, obwohl es nur in sich selbst operiert. Vermittels dieser Konstruktion soll gezeigt werden, dass die Teile verschieden sind, nicht aber getrennt voneinander, und ein zusammenhängendes, komplexes Muster darstellen (ein `Ganzes).

Das System Bewegung/Wahrnehmung nimmt im Prozess der strukturellen Kopplung dabei eine zentrale Position ein, z.B. kann der Körper nur durch die gleichzeitige strukturelle Koppelung mit dem System Bewegung/Wahrnehmung das soziale System perturbieren oder das affektlogische System kann nur mit dem sozialen System gekoppelt werden, wenn das System Bewegung/Wahrnehmung mit genutzt wird (Vgl. zur Darstellung dieser strukturellen Koppelung der unterschiedlichen kognitiven Systeme BALGO 1998, 217 bzw. in dieser Untersuchung Abb.4, Teil 1, S. 90).

Es besteht eine wechselseitige strukturelle Kopplung des Systems Körper, des affektlogischen Systems und der sozialen Systeme. Die gleichzeitige strukturelle Kopplung mit dem System Bewegung/Wahrnehmung steht im Zentrum, ohne die z. T. die anderen Kopplungen nicht vollzogen werden können. Einerseits ist damit die Konstruktion von Wirklichkeit als ein Netzwerk von zirkulär interagierenden Systemen, deren Beobachtungen sich nur aus dem Kontext heraus erklären lassen, zu verstehen und andererseits entsteht hierdurch die Möglichkeit zu einer Beobachtung zweiter Ordnung, dem System ‚Beobachter‘, das umgekehrt dadurch, dass es beobachtet, wie es beobachtet, die Beobachtung erster Ordnung der unterschiedlichen kognitiven Systeme beschreibt.

Aus diesem Grund kann laut BALGO (1998) nicht von `dem Menschen‘ gesprochen werden, der als Subjekt der als Objekt geltenden ‚Welt‘ gegenübersteht, sondern es kann nur von unterschiedlichen strukturell miteinander gekoppelten Systemen die Rede sein. Es können also keine Aussagen über eine von den Beobachtungen der Systeme unabhängige Umwelt gemacht werden. Durch die Beobachtung zweiter Ordnung kann jedoch betrachtet werden, wie diese durch die Beobachtung erster Ordnung ihre Umwelt beobachten.

Das Dilemma bleibt die Frage, was nun Realität sei und was nur der Teil einer Vorstellungswelt. In der konstruktivistischen Perspektive entsteht eine Vorstellungswelt, wobei das Du und Ich durch den jeweils anderen mit erzeugt werden. Es wird ein gemeinsamer äußerer Bezugsrahmen, also die gemeinsame Welt konstituiert. In diesem Sinne könnte

man sagen, dass die PMFT darauf zielt, die "konsensuellen Bereiche" familiärer Systeme in Bewegung zu bringen bzw. produktiv zu verstören.

4) Das Mehr-Ebenen-Konzept zur Therapie von Jürgen KRIZ

Das Therapiekonzept von Jürgen KRIZ ist bedeutsam für die Erstellung des neuen Settings der PMFT, da es aufzeigt, wie der Name des Konzeptes schon verdeutlicht, dass die verschiedenen Ebenen der Therapien verbindbar sind bzw. sie z. T. ineinander fließen oder nebeneinander stehen können.

J. KRIZ geht auch davon aus, dass man verschiedene Theorien nebeneinander stehen lassen kann. Die pauschale Abqualifizierung anderer Ansätze zugunsten eigener hält er für unsinnig. Nicht alles kann in jeder Theorie Berücksichtigung finden. Mit dem jeweiligen Ansatz wird von einer bestimmten Perspektive aus in ein überaus komplex verwobenes Netz eingegriffen. Viele ‚Dinge‘, die man nicht im Auge hat, werden mitbewegt. Manchmal ist allerdings ein Perspektivenwechsel sehr hilfreich. Das „Ganze“ ist ein komplexes Netzwerk aus Wechselwirkungen, und es gibt eine Vielzahl von Faktoren auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen. Ein pragmatisches Modell dient nur zur Verständigung und Einordnung bestimmter Phänomene im Zusammenhang. Dabei ist die entsprechende Terminologie wichtig. Das Informationsverarbeitungsmodell mit seiner analytischen Zergliederung in VSTM (very-short-term-memory), STM (short-term-memory) und LTM (long-term-memory) kann dazu dienen, den Transformationsprozess näher zu erläutern (vgl. Abb. 7, Teil 1, 134 Das Informationsverarbeitungsmodell von Jürgen KRIZ aus J. KRIZ 1991, 303)

Das ZIP verarbeitet in der Regel Informationen aus allen Sinnesmodalitäten und dem Langzeitspeicher. Auch das Unbewusste aus den Speichern kann das bewusst Wahrgenommene und die folgenden Handlungen beeinflussen. Die Informationen, auf die das ZIP zurückgreift, scheinen viel langlebiger als die einzelnen Wahrnehmungen, Gedanken oder Handlungen zu sein.

Es gibt drei Speichersysteme. Unter Speicher wird in diesem Zusammenhang ein langsam ablaufender Prozess verstanden. Das erste System ist der kognitive *Langzeitspeicher* „Gedächtnis“, der sprachliche Informationen, Bilder, Klänge, Erinnerungen an Gefühle, also Kognitionen und Perzeptionen, beinhaltet. Bei den zwei anderen Speichersystemen sind ihre Informationen über die Rezeptoren und das VSTM mit dem ZIP verbunden. Die internen Langzeitspeicher, schreibt J. KRIZ (1991, 306), enthalten Informationen in Form von Körperparametern (Muskelverspannungen, Körperhaltungen, Blutwerten etc.).

Von dieser Sichtweise her lässt sich ein Bezug zum psychomotorischen Gedankengut herstellen. Die psychischen Erfahrungen, z.B. Gefühlserinnerungen, zeigen und manifestieren sich im Bewegungsverhalten. Die externen Speicher enthalten Informationen in Form von materiellen, sozialen und symbolischen Manifestationen. Der Körper ist mit seinen Körperhaltungen also unter anderem „ein Speicher für Erfahrungen“, aber nicht in verbalen oder bildlichen Erinnerungen, sondern in Muskelanspannungs- und Bewegungsmuster-Erinnerungen, wobei frühere Gedanken und Gefühle wiederbelebt werden können, wenn

eine Bewegung Wiederholung findet. Gleichzeitig kann Bewegung aber auch beglücken, sie hilft, Endorphine auszuschütten, seine Fortschritte stufenweise besser wahrnehmen zu können und über Bewegung seine Vielfalt der Möglichkeiten wahrzunehmen, ohne sie unbedingt verbal formulieren zu müssen. Die z. T. zurückliegende Erfahrung, in den Körperparametern „abgebildet“, beeinflusst der ZIP im „Jetzt“ größtenteils unbewusst. Auch andere frühere Lebensweisen und Problembewältigungsstrategien beeinflussen das Körpersystem. Die Familie spielt als „Reizgeber“ eine wichtige Rolle. Sie gibt z. T. auch unmittelbare propriozeptive und sensible Reize wie Körperkontakt.

Über das ZIP stehen die drei Speicher in Verbindung. Jeder diagnostische und therapeutische Eingriff erfasst bewusst einerseits nur einen oder wenige Aspekte der angedeuteten Zusammenhänge, ruft aber auch Veränderungen an anderen vernetzten Stellen als der lokalen Eingriffsstelle hervor. Angeborene Fähigkeiten werden weiter strukturiert. Das Zugriffs- und Verarbeitungsprinzip des ZIP wird weiter differenziert und die drei Systemprozesse werden modifiziert. Das gesamte Erleben im Hier und Jetzt ist von diesen Raum- und Zeitprojektionen ausgefüllt, so dass vieles, was von den Sinnen hier und jetzt aufgenommen wird, gar nicht ins Bewusstsein gelangt (z.B. Körpergefühle, Gerüche). Viele Erlebensphänomene, wie z.B. Angst, sind offenbar auf solche Zeitprojektionen zu beziehen (vgl. J. KRIZ 1991, 302).

In diesen oben genannten Prozessen finden weitere Differenzierungen der Information statt. Es entwickeln sich das reflexive Bewusstsein, bestimmte Körperhaltungen, Kommunikationsgewohnheiten und besonders auch grundlegende Prinzipien, Reize zu verarbeiten, bestimmte Wahrnehmungsmodalitäten zu bevorzugen, auf Gedächtnisinhalte zurückzugreifen. Der ZIP konstituiert bei der Verarbeitung „Sinnstrukturen“ Muskelreaktionen ggf. von Gefühlen, Angstreaktionen etc. zu bestimmten Körpermanifestationen führen. Die Pathologie-Entwicklung bedeutet somit grundsätzlich eine spezifische chronische Strukturierung des Transformationsprozesses von ‚Wahrnehmungen‘ in ‚Handlungen‘ – d.h. letztlich eine Beschränkung des Möglichkeitenspektrums des Organismus bei der Verarbeitung“ (KRIZ, J. 1991, 311).

Gleich auf welcher Ebene interveniert wird, jeder Veränderungsversuch wird Veränderungen im Gesamtwerk bewirken, wenn er erfolgreich sein soll. Veränderungen können also auch auf den Ebenen entstehen, die explizit nicht vom jeweiligen Therapiekonzept konkret angesprochen wurden. Da überall die systemische Rückkoppelung von spezifischen Prozessen mit dem ZIP einer Veränderung entgegenwirkt, kann es passieren, dass eine Therapie umso leichter scheitern kann, je weniger Aspekte dieses Netzwerkes berücksichtigt werden.

Dieser Einschätzung entsprechend wird im Therapiesetting der PMFT auf verschiedenen Ebenen angesetzt. Bei den Personen im motorischen, psychischen und sensorischen Bereich, in Bezug auf die Familie im interaktionellen Bereich. Bei der PMFT verhelfen die psychomotorischen Techniken vorrangig die personellen Systeme zu befruchten, während die Techniken der Familien- und Systemtherapie vorrangig das System Familie und deren Interaktionen verstören sollen.

Die **PSI Theorie** von **KUHL**¹ bezieht zentrale Annahmen verschiedener Persönlichkeitstheorien mit ein und integriert eine Vielzahl von Forschungsergebnissen aus der experimentellen Psychologie und Neurobiologie. Hier sollen nur die schematische Darstellung der PSI und kurze Erläuterungen ergänzend verdeutlichen, dass sich darauf bezogen, sozusagen als Zukunftsarbeit anbietet, von meinem Modellentwurf (Abb. 9, 138) her einen Bezug herzustellen. Dabei könnte das als holistisches Repräsentationssystem Beschriebene durch das EG und IVS ersetzt bzw. erweitert werden und das analytische Repräsentationssystem durch das OES und IG.

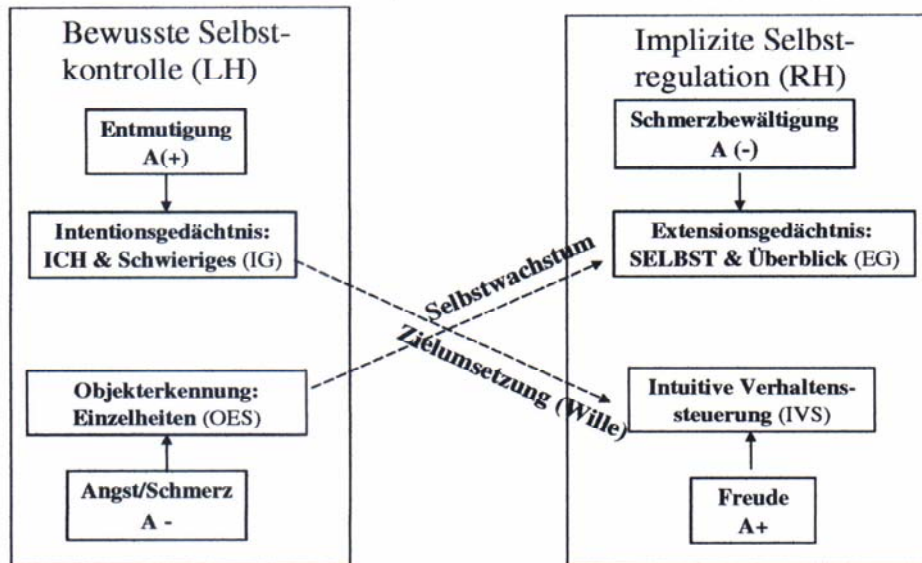


Abb. 31: Schematische Darstellung der PSI-Theorie (KUHL unveröffentl. M.)

Die PSI-Theorie zeigt auf, dass Verhalten durch das Wechselspiel von vier psychischen Systemen verursacht werden kann. Im Bereich der bewussten Selbstkontrolle in der linken Hemisphäre findet im System **Intensionsgedächtnis** das analytische Denken statt. Es wird genutzt in schwierigen Situationen, in denen man mit der Ausführung warten muss. Es wird eine Absicht gebildet, aber die Ausführungsenergie wird noch gehemmt. Das System untersteht dem bewussten Willen. Dieses System steht mit dem System der intuitiven Verhaltenssteuerung in Konkurrenz.

Das zweite System auf der linken Hemisphäre ist die **Objekterkennung**. Neue Einzelheiten werden beachtet und hervorgehoben. Neues Unerwartetes oder Fehler werden registriert. Dies ist ein elementares System, wobei im hinteren LH die Sensibilität für Unstimmigkeiten und potenzielle Gefahrensignale gesehen wird. Das System steht im Antagonismus zum Extensionsgedächtnis.

Das **Extensionsgedächtnis** hat den Überblick. Viele 'Dinge' sind simultan im Blickfeld und die Einzelheiten werden in die ganze Lebenserfahrung eingespeist. Dieses System hat laut KUHL Einfluss auf Gefühle, integriert das Fühlen und den Körper. Es hat Kontakt

¹ (KUHL, Julius: Eine neue Persönlichkeitstheorie, unveröffentlichtes Manuskript, Universität Osnabrück)

zum ANS und spielt sich mehr im unbewussten Wollen ab. Hier findet laut KUHLE die unbewusste Informationsverarbeitung statt, wie KRIZ sie im ZIP beschreibt.

Das letzte System, die **intuitive Verhaltenssteuerung (IVS)**, platziert auch in der RH, wirkt in der impliziten Selbstregulation.

Nachdem die wesentlichen theoretischen Fundamente dieser Untersuchung noch einmal benannt sind, sollen nun - verkürzt - die **zentralen Hypothesen** folgen.

Die **Hauptthese** meiner Arbeit und Untersuchung lautet:

- Durch das frühzeitige Angebot einer adäquaten therapeutischen Hilfestellung an Familien mit jüngeren Kindern lassen sich Bewegungsproblematiken und die Manifestierung problematischer familiärer Systemstörungen verhindern.

Die Konzeption des Therapieverfahrens beruht v. a. auf der folgenden These:

Psychomotorische und systemische Therapieformen können sich insbesondere bei der Arbeit mit Kindern im Alter zwischen 4 und 8 Jahren sinnvoll ergänzen: Wenn man die Familienkommunikation um das Medium nonverbaler Ausdrucksformen erweitert, erhalten auch die Kinder, die sich noch im primären Spracherwerb befinden, eine Möglichkeit zur Mitwirkung.

Die systemische Kernhypothese meiner Arbeit lautet:

- Mit der PMFT bzw. im anvisierten Setting, das Elemente der Psychomotorik mit solchen der Familientherapie verknüpft, können familiäre Muster positiv beeinflusst werden. Das gilt vor allem im Hinblick auf...

...die Kohäsion (emotionale Bindung unter den Familienmitgliedern)

und die Hierarchie. (Verteilung von Entscheidungsmacht oder gegenseitiger Einflussnahme innerhalb der Familie)

Speziell bezogen auf die in der PMG auffällig gewordenen Kinder ging ich von dem folgenden Grundgedanken aus (psychomotorische Kernhypothese):

- Die intensive Berücksichtigung der nonverbalen Kommunikationsmuster des Kindes in der Bewegungsförderung leistet einen Beitrag zur Lösung von Problemen und Konfliktpotenzialen.

Die Erfahrung mit meinen Probanden zeigte darüber hinaus: Kindern, die den Lernraum der PMG zunächst nicht für sich nutzen konnten und die sich noch im primären Sprachgebrauch befinden, wurde es durch die familiäre und individuelle Entwicklung in der PMFT möglich, dann auch das Angebot der Bewegungsförderung in der PMG anzunehmen. Also: Indem die Familie als System in Bewegung kam, wurde auch für die „Symptom“-Kinder die Option zum Bewegungslernen eröffnet.

Die – damit angesprochenen – Entwicklungsmöglichkeiten der Familien in der PMFT betreffend wurde in meiner Untersuchung schließlich die folgende wichtigste Annahme vorausgesetzt:

- Die Familienfunktionen verbessern sich im Hinblick auf Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle, Werte und Normen.

Aus dem Vorgenannten folgt für das **Setting der PMFT** die folgende Zusammenstellung. Genutzt werden (zu einerseits diagnostischen Zwecken wie solchen der Intervention)

der Frage- und Anamnesebogen für Kinder in den Psychomotorikgruppen (PMG)

der Beobachtungsbogen für PMG

- der MOT 4–6- oder KTK (Durchführung mit dem Kind, je nach Altersgruppe)

Weitere Informationen werden erhoben durch

die Durchführung von Tests (z.B. dem FAST) und das Ausfüllen von Fragebögen (z. B. den „Familienzusammenhängen“ und die „Familienbögen“ von CIERPKA und FREV-
VERT).

Das therapeutische Hauptgeschehen stellen dar

die PMFT-Stunde mit Videoaufnahmen und „Reflecting Team“,

d. h. die Bewegungsspielphase einerseits und

das spätere MARTE-MEO-Video-Training (v. a. mit den Eltern) andererseits.

Die 3 Hauptkomponenten der PMFT sind somit:

- *Grundideen und -verfahren der Psychomotorik*
- *Techniken und Elemente der FT sowie der RT nach Tom Andersen*
- *Videokonsultation von M. AARTS (Marte-Meo-Konzept)*

Die **Grundhaltungen**, die mit der PMFT verbunden sind, lassen sich wie folgt benennen.

Die PMFT setzt voraus, dass

- Mensch sein sich im Leib-Sein vollzieht
- die Dynamik menschlicher Beziehungen sich hochkomplex und nicht-linear gestaltet
- die Richtung der Veränderung nicht vorbestimmt werden kann

Die PMFT will

- sich an den Stärken der Menschen orientieren
- die Bewegungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder und Familien erweitern
- die nonverbalen Kommunikationen in den Vordergrund bringen
- den Blick auf das Spektrum von Lösungsmöglichkeiten für Probleme ausweiten
- den Blick für den größeren Kontext freimachen.

Die **PMFT-Kriterien** sind, wie bereits an anderer Stelle ausführlicher dargelegt wurde, zum Teil aus anderen Therapien entlehnt. Das Spektrum und seine Bezüge sollen hier in einer Übersicht noch einmal zusammenfassend gezeigt werden.

Ein zentrales Anliegen ist, wie schon erwähnt, die Nutzung der vorsprachlichen Bilder in der PM-Praxis zu reaktivieren. Schon der Raum gibt einerseits dem Kind Sicherheit, da es ihn aus der PMG kennt, während das Geschehen dort gerade für die Eltern oder älteren Geschwister v. a. in der anderen Form der Nutzung der eigenen Bewegungsspiele und der Bewegungsförderung irritierend wirken kann. Gewöhnlich kann das Kind, da dies noch seine vorrangige Ausdrucksform ist, sich eher auf das Bewegungsspiel und den nonverbalen Kommunikationsausdruck einlassen als die anderen Personen. Dieser Bereich des therapeutischen Settings dient der Entfaltung jener therapeutischen Vorgänge, die quasi "sprachlos" von statten gehen und auf diese Weise die diesbezüglichen kommunikativen Stärken des Kindes (und ggf. anderer Familienmitglieder) sichtbar machen bzw. zur Wirkung bringen. Damit wird generell ein Perspektivenwechsel bzgl. der familiären Kommunikationsmuster angeregt.

HÖLTERS Schwerpunkte des Konzeptes der Bewegungstherapie gelten auch für die PMFT: Statt Defektorientierung ist die Haltung der **Entwicklungsförderung** prägend. Im Konflikt zwischen Rollenhierarchie und Selbstbestimmung wird die Selbstbestimmung der Individuen wie des familiären Systems angestrebt. Statt der Vorgabe von Normensicherheit wird **Normenreflexion** angeregt. Statt der funktionalistischen Haltung "Körper haben" wird diejenige des **Leibseins** angeregt.

Wie im Kontext der **KBT** erachtet es die PMFT als sinnvoll, Erwachsene in Bewegungsbezüge zu integrieren, um ihnen zu ermöglichen, den Körper mehr zu erspüren und mehr auf ihren Körperausdruck zu achten. Im Zentrum stehen hier jedoch die Kinder.

Die PMFT ist wie die **IBT** eine leiborientierte Therapie, die an der Basis der Existenz des Kindes und z. T. auch der Erwachsenen ansetzt. Gesunde Persönlichkeitsanteile werden gestützt, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten werden stabilisiert, psychische und motorische Probleme bewältigt.

PESSOs Deutungen der Körperteile und Bewegungen sind in manchen Fällen als Anregungen wertvoll.

FELDENKRAIS' Postulat "Vergrößere die Bewegungsmöglichkeiten und erkenne die Bewegungsvielfalt" wird insofern gefolgt, als Veränderungsmöglichkeiten über Bewegung herausgestellt und erfahren werden sollen.

Der **SI** wird die Anregung entnommen, Wahrnehmungselemente - z.B. auch den Tastsinn (bspw. in der Waschanlage) - bewusst zu fokussieren.

Körpertherapie und Bioenergetik (REICH/LOWEN) werden Anregungen entnommen zur Verbesserung der Wahrnehmung, zur Entspannung und Veränderung der Bewegungsmuster.

Dem experimentellen Prinzip der **Gestalttherapie** wird gefolgt u. a. durch die Offenheit der Situationen. Nicht vorrangig der verbale Austausch, sondern Erleben, Handeln, Imagination erhalten auch in der PMFT großes Gewicht. Bspw. lässt sich im Bewegungsspiel mit unerledigten Situationen (z. B. bei Familie B wird die Verabschiedung des Vaters, den die Therapeutin spielt, nachgeholt), nicht erreichbaren Personen und angstbesetzten Gefühlen Kontakt aufnehmen. Die Phantasie kann genutzt werden, wenn - vergleichbar dem leeren Stuhl in der Gestalttherapie - im Rollen-Bewegungsspiel die Rollen getauscht werden. Das Rollenspiel in der PMFT ist allerdings frei und ohne viele Vorgaben. Puppen können als Hilfsobjekte genutzt werden, die z. B. hohes Klettern vor machen, Angst vorgeben und sich dann weitertrauen und zum Nachmachen animieren und darüber die Angst vor dem Klettern reduzieren. Des Weiteren werden Techniken wie die Paradoxe Intervention (die auch schon in den PMG zur Geltung kommt) übernommen, um die therapeutische Dynamik zu verstärken, das dialogische Geschehen zu fördern usw. Ebenso analog ist das Bemühen um ein symmetrisches Verhalten zwischen Klienten und Therapeuten und die Zurückhaltung bzgl. verbaler Mitteilungen bzw. das variable und körperzentrierte Vorgehen bei Störungen im präverbalen und präsenischen Bereich.

Anregend für die Konzipierung der PMFT ist auch das **Psychodrama**, das sich u. a. mit Störungen befasst, die in der präverbalen Phase der Entwicklung stattgefunden haben, von daher ungenügend in Sprachsymbole umgesetzt und, da nicht benennbar, nicht bearbeitet wurden. In der PMFT wählen die Kinder häufig Themen für ihr Bewegungsspiel, die sie zwar verbal nicht benennen können, nun aber doch bearbeiten können. Die Index-Kinder befinden sich in vielem noch in einer präverbalen Phase. Entsprechende Szenen werden in der PMFT beachtet und aufgefasst als Szenen, die ganzheitlich gespeicherte Gedächtnisinhalte repräsentieren, die durch Auslösereize in aller Erlebnisintensität evoziert werden können. Alternative Verhaltensweisen können in der PMFT erprobt werden. Die mögliche Hemmung durch andere Familienmitglieder wird in gewisser Weise 'unterlaufen', da die Spielkompetenz der Kinder ausdrücklich in den Vordergrund gerückt wird.

Der **Nicht-direktiven Spieltherapie (AXLINE)** vergleichbar enthält das Setting der PMFT eine klar nicht-direktive Phase. Die Therapeutin sollte emphatisch sein.

Das Prinzip der Klientenzentrierung - entsprechend der **Klientenzentrierten Spieltherapie (SCHMIDTCHEN)** - ist auch in der PMFT bedeutsam. Die Wahrnehmung der eigenen Gefühlswelt soll gefördert, Entwicklungen in Richtung Selbstkongruenz durch positive

Wertschätzung, einführendes Verstehen und Personenzentriertheit angeregt werden. Emotionale Bedeutungsinhalte des Bewegungsspiels und anderer Interaktionen werden ggf. von den Therapeuten in der Reflexion thematisiert. Die PMFT kann sich die grundlegenden Prinzipien des o. g. Ansatzes aneignen (Förderung des seelisch-geistigen Wachstumsverhaltens, Änderung problematischer Selbstkonzepte, Mobilisierung von Selbstheilungskräften, Anregung der Nachreife bei Entwicklungsverzögerungen, Verbesserung der allgemeinen Lernfähigkeit). Indem der Schwerpunkt der PMFT auf dem nicht-verbalen Bewegungslernen bzw. dem Bewegungsspiel liegt, wird mit ihr die Möglichkeit zur Erlebnisaktivierung, der Symbolisierung von Konflikten und Verarbeitung von Problemen eröffnet. Die TherapeutInnen schwingen auf der Spielebene mit, im Kontext der PMFT ist jedoch – im Unterschied zur ST - auch die Reflexion fest installiert und bedeutsam. Des Weiteren geschieht in der PMFT eine Ausweitung der Mitwirkenden über den Index-Patienten hinaus auf die Familie, der Bewegungsraum und die nicht verbale Kommunikation werden umfassender genutzt, der Umgang mit Spielsachen ist großflächiger angelegt und die Betonung des therapeutischen Geschehens liegt vor allem im Gegenwartsbezug (‘Hier und jetzt’). Es kann sein, dass das Problemthema im Spiel auf symbolischer Ebene aufgegriffen wird.

Analog zur **Systemischen Spieltherapie** zielt die PMFT auf Ressourcenaktivierung. Die Eltern der Index-Kinder erwarten oft die Eröffnung konkreter Handlungsmöglichkeiten und erarbeiten sie sich sowohl auf der Spielebene, als auch im Zusammenhang der Videokonsultation. Dies entspricht der Zielsetzung, unter Berücksichtigung des Behandlungsauftrages und der Bedürfnisse des Kindes gleichzeitig die Unterstützung der Eltern zu leisten, die als Kooperationspartner der Kinder Lösungen erarbeiten (Vgl.: Unterstützung der Selbstheilungskompetenz und elterlichen Kompetenz in der SST). PMFT und SST verbindet das Bemühen, durch gemeinsames Spiel der Eltern und Kinder gleichermaßen eine Haltung der Kooperation zu erreichen, Problemlösungsmuster zu erarbeiten und die im kindlichen Spiel liegenden heilenden Kräfte, die handelnde Verständigungsform von Kindern diesbezüglich zur Wirkung zu bringen. Im Spiel gewinnen Erwachsene, Eltern und Therapeuten den kommunikativen Zugang zum Kind, können Beziehungen gestiftet und reguliert werden. Problemspiele können in Lösungsspiele umgewandelt werden. Zudem werden gemeinsame schöne Erlebnisse geschaffen. Das Ziel ist, im Bewegungsspiel eine hoffnungsvolle Beziehung neu zu konstruieren und die parentale Selbstwirksamkeit zu fördern (die Fähigkeit des Erkennens, die Freiheit des Entscheidens und die Möglichkeit des Handelns zu erzeugen). Durch ihr lösungsorientiertes Vorgehen ist sie besonders flexibel im themenbezogenen Setting sowie erkennbar an den Entwicklungsbedürfnissen des Kindes und der Eltern orientiert. Deshalb wird auch Wert darauf gelegt, dass die Vorschläge für das Bewegungsspiel in erster Linie von den Kindern und Eltern kommen, nicht von den TherapeutInnen (ggf. nonverbal). Das Spielzeug als mediale Form wird dabei in der PMFT vorwiegend bewegungsbezogen genutzt und die Materialien haben hohen Bewegungs- und Aufforderungscharakter. Insbesondere auch im Kontext der Videokonsultation werden neue Wahrnehmungen ermöglicht und die Elternkompetenz als Erziehende betont, ihr Empfinden von Selbstwirksamkeit gestärkt. Die Erfahrung des Respekts sollte sich auf die ganze Familie beziehen.

Analog zur **Systemischen Kinderpsychotherapie** zielt auch die PMFT auf Ressourcenlenkung. Das Therapiegeschehen orientiert sich von der Problemebene zur Lösungsebene.

Aus dem Repertoire der **Familientherapie** gehen eine Vielzahl Interventionsformen in die PMFT ein, insbesondere Interventionsformen wie Joining, Reframing, positive Konnotation, paradoxe Intervention, Familienskulpturen, Familienaufstellung oder systemische Fragen wie zirkuläre Fragen. Der **psychoanalytischen FT** wird zudem bspw. die Anregung entnommen, Aufmerksamkeit darauf zu lenken, ob und welche Rollen ggf. Kinder einen der Erwachsenen übernehmen müssen. Entsprechend **SATIRS** Ansatz verfährt die PMFT erfahrungs-, entwicklungs-, erlebnisorientiert: Körperreaktionen und nonverbale Kommunikation sollen in ihren Ausdrucksqualitäten sorgfältig beachtet werden. Die **Strukturierte FT** weist zudem darauf hin, dass die Familienstruktur als Kontext die inneren Prozesse des Individuums beeinflusst und Veränderung im Kontext Veränderung des Individuums mit sich bringt. In diesem Sinne wird das Verhalten des Therapeuten auch in der PMFT als Teil des Kontextes aufgefasst. Die Therapeutin wechselt in der PMFT jedoch die Rolle des `Mitläufers´ im Bewegungsspiel im Familien-Therapeutesystem und geht in das „reine“ `therapeutische System´ in eine „Führungsrolle“ im Reflekting Team. Die **Strategische FT** lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass es Anliegen der Therapie sein muss, jene Spiele der Familie zu erfassen, die zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen. Der dort verwendete, eher metaphorische Spielbegriff (für familiäre Kommunikationsmuster) weicht jedoch von dem der PMFT deutlich ab. Im Sinne der **Narrativen FT** könnte das Bewegungsspiel in der PMFT jedoch als `dramatisch-nonverbales Erzählen´ verstanden werden.

Anknüpfend an **FT/SATIR** wird in der PMFT die Förderung der familiären Kompetenz so angestrebt, dass es den Familienmitgliedern gelingt, aus ihrer festgefahrenen Struktur heraus zu einem lebendigen Zusammenleben zu finden. In erster Linie sollen Ressourcen gestützt werden, der Blick auf die Störungen ist nachrangig. In dieser Hinsicht sind die Konzeptionen der FT analog zu jener der PMFT und PMG: Im Vordergrund steht die Aufmerksamkeit für die Stärken und ihre Ermutigung/ Förderung, das Bemühen, die Familienmitglieder zueinander zu führen und Kontakt zu schaffen, ihren Wunsch nach Eigenverantwortung zu erweitern bzw. erstarrte Kommunikationsstrukturen zu lösen und sie anzuregen, positive Familienselbstbilder zu entwickeln bzw. eigene Identität zu entwickeln.

Im RT wird auf besondere Weise die Ebene gewechselt. Auf der Metaebene werden die Personen und deren Interaktionen betrachtet (vgl. KRIZ, W. 2000, 19). Es wird mit Abstand die Familie mit ihren Mitgliedern und deren Interaktionen betrachtet. Die Techniken des **Reflecting Team** erhalten einen zentralen Platz im Setting der PMFT. Sie erscheinen in besonderer Weise geeignet, eine kommunikative Situation herzustellen, in der die Vielfalt der Konnotationen/Semantiken und Standpunkte respektiert wird, positive Konnotationen bzw. Deutungsalternativen nicht auf Kosten des Gesamtselbstwertes entwickelt werden, Deutungsalternativen und Lösungen erarbeitet werden können und in explizitem Reden aktuelles Handeln neu konnotiert werden kann. Die Aufnahme dieser Technik in die PMFT bedeutet auch eine Übernahme von deren grundlegenden Ideen: Unterschiede sollen aufgezeigt und hergestellt werden; die Beteiligten sollen sich als selbstkongruent und verbunden mit anderen erfahren können; Konversationen sollen als wichtige Quelle für den

Austausch von unangemessenen und ungewöhnlichen Beschreibungen, Erklärungen, Definitionen und Bedeutungen erkennbar werden. Insbesondere eignet sich diese Technik auch, um Geschwindigkeit und Rhythmus der Teilnehmer Beachtung bzw. Respekt zu erweisen.

In der **PMFT** wird dieses Verfahren nach etwa 45 Min. des Spiels eingesetzt. Die Therapeutin spricht mit der Kamerafrau und Beobachtern jedoch nach anderen Kriterien als in der Konzeption Tom Andersons. Geachtet wird nicht nur auf die Konversation, sondern auch auf die nonverbale Kommunikation und die Inhalte des Bewegungsspiels sowie die Interaktionen der Beteiligten in Bezug auf Nähe und Entfernung. Das Zuhören ist freiwillig. Nur zur Abschlussintervention kommen alle Personen im Raum gegebenenfalls zusammen.

Ungewöhnliche Fragen können sein Fragen zu Beschreibungen der Tätigkeit, zu Erklärungen dieser Tätigkeit, nach möglichen Veränderungen in den Aktivitäten und nach Beschreibungen.

Auch die Methode der **Videokonsultation Marte Meo/Maria AARTS** ist im Setting der PMFT fest installiert. Dabei sind die Videoaufzeichnungen vor allem als ein Feedback für die in Problemsituationen sich befindende Familie gedacht, das die (verbale) Reflexion und Bewusstwerdung über das Bewegungsgeschehen bzw. die Entwicklungsprozesse ermöglicht und fördert. Dieser Bereich des Settings hat vorrangig die Aufgabe, den Transfer der Informationen von der Therapeutin zu den Eltern zu sichern und natürlich, wie genannt, die Reflexivität bzgl. der innerfamiliären Kommunikationsmuster anzuregen. Tempovariationen erweisen sich hier als sehr geeignet, um Aufmerksamkeit für (die filmisch beobachteten) Situationen des Bewegungsspiels herzustellen und diese zu besprechen. Die Videokonsultation - in der PMFT gewöhnlich zwei Wochen nach der Situation in der Turnhalle - kann folglich als lösungs- und aufgabenzentriertes Medium genutzt werden. Die Auswertung erfolgt vorrangig als Reflexion und Analyse der Interaktionen. Aber auch die Bewegungselemente und spielerischen Ausdrucksweisen, d.h. der Austausch der Familien werden so durch die Betrachtung des Videos in den Vordergrund gerückt, gewürdigt, reflektiert und verbessert. Anders als in der Vorgehensweise bei Marte Meo werden jedoch Familieninteraktionen nicht im privaten Zuhause, sondern in einer Turnhalle gefilmt und die Videobesprechung findet erst zeitversetzt (zwei Wochen später) statt. Auf diese Weise werden nicht nur alltägliche Probleme sichtbar, sondern auch grundsätzliche „Bewegungskonflikte“ wie z.B. der Umgang mit Höhenangst. Die besondere Beachtung positiver Szenen und angemessener Reaktionen entspricht dabei u. a. dem Anliegen der Ressourcenstärkung und Förderung des Bewusstseins der Eltern bzgl. ihrer elterlichen Wirksamkeit.

Die **Videointeraktion** wird in der PMFT v. a. genutzt, um positive Interaktionen auf verbaler und nonverbale Ebene zu zeigen und bestärken, Körpersprachen und Spielthemen sowie Formen des Bewegungsausdrucks deutlicher wahrnehmbar zu machen und auch, um Konflikte schnell widerzuspiegeln. Als gelungene Interaktionen der Eltern können bspw. herausgestellt werden, wenn die *Eltern der Initiative der Kinder folgen, den Empfang der Initiative des Kindes bestätigen, eine positive Interaktion (mit) aufbauen, für wechselseitige Aufmerksamkeit sorgen und die Interaktion leiten.*

Als grundlegende Elemente kommunikativer Entwicklungsförderung sind folgende Muster anzusehen: Der Erwachsene lokalisiert den Aufmerksamkeitsfokus des Kindes, bestätigt Aufmerksamkeitsfokus des Kindes, wartet aktiv, beginnt ablaufende kooperative Ereignisse, bestätigt erwünschtes Verhalten unmittelbar, setzt Kind in Beziehung zur Welt und/oder sorgt für angemessene Anfangs- und Endsignale.

Wesentlich für die Wirksamkeit der Videokonsultation ist es, förderliche Interaktionssequenzen erkennen, zu bestätigen (TH) und den Eltern zu ermöglichen sie umzusetzen (Eltern). Von besonderem Interesse sind darum bspw. Szenen, in denen die Eltern spontan das gewünschte Verhalten zeigen, Szenen, in denen die Notwendigkeit einer speziellen Unterstützung beim Kind deutlich wird oder Momente, in denen die Eltern eine Chance hatten, unterstützende Verhaltensweisen zu präsentieren, aber dies nicht getan haben.

Im Kontext der PMFT kommen neben den genannten als weitere Beobachtungskriterien zur Geltung: Reaktionen auf positive Signale; Reaktionen auf Distresssignale; wie die einzelnen Personen sich steuern lassen; die Initiative der Kinder (HAWELLEK); die Strukturierung der Situation durch die Eltern; die Empfangsbestätigung durch die Eltern; die Angemessenheit der Reaktionsweisen der Eltern; Beobachtungen zu der Frage: Greifen Eltern steuernd in die Interaktion ein?; Beobachtungen zur Nähe–Distanz-Regulierung, zur Körpersprache, zur Vokalisation und zur Blickrichtung.

Bei der Videokonsultation der PMFT ist wesentlich, die Interaktionen der Familienmitglieder untereinander und zum Therapeuten, nicht nur auf verbaler, sondern besonders auch auf nonverbaler Ebene durch Bewegung, Körpersprache und Spielthema zu beachten. AARTS unterscheidet die Initiative auf der Handlungsebene, Gefühls- und verbalen Ebene.

Schwierigkeiten bzgl. der Auseinandersetzung mit Videoaufnahmen bereiten vor allem Vorführeffekte und eine dadurch gehemmte Beobachtungssituation. Grundsätzlich zu problematisieren ist natürlich auch die Selektivität der Aufzeichnungen. Ein besonderes Auswertungsproblem stellt sich, wenn die Auswerterin und Durchführerin dieselbe Person sind. Im familientherapeutischen Bewegungsspiel einer weitläufigen Turnhalle zeigt sich zudem, dass die Kamera natürlich nicht das gesamte Geschehen aufnehmen kann und selektieren muss. Aber vielleicht sollte man mit dieser Schwierigkeit umgehen wie Maria Aarts, die einen pragmatischen Umgang mit der Auswertung empfiehlt.

Für das Verfahren in der PMFT sind die Vorschläge und Methoden von **HAIM OMER** zur Herstellung elterlicher Präsenz hilfreich. Bzgl. familiärer Konflikte gehört es insofern zum Konzept der PMFT, bspw. die Form der Eskalation zu untersuchen. Handelt es sich um Feindseligkeit, die Feindseligkeit fördert/ wechselseitige Eskalation? Oder handelt es sich um Feindseligkeit, die Kapitulation fördert/ komplementäre Eskalation? In jedem Fall kann es von Gewinn für diese Familien sein, das Prinzip des gewaltlosen Widerstandes zu vermitteln, nach dem Eltern befähigt werden sollen, die eventuelle Gewalt des Kindes zu blockieren, ohne weitere Eskalation zu verursachen. Das Ziel solcher Interventionen liegt in der Wiederherstellung der Verbindung zum Kind und im Wiedererlangen der angemessenen Rollen (Erw.-Erw., Kind-Kind). Ich bin überzeugt, dass die 4 wesentlichen Prinzipien

HAIM OMERS (Hartnäckigkeit gegen Gewalt, Gewaltverzicht, Lösungsfindung ohne Demütigung, bei Angriffen nur Verteidigung) allen Menschen mit Elternaufgaben eine wertvolle, weil pragmatisch nutzbare Orientierung bieten können, wenn es darum geht, elterliche Präsenz zu stärken. Wobei sein konfliktstrategisches Prinzip "Das Eisen schmieden, wenn es kalt ist" gewiss eine fruchtbare Verstärkung für alle familiären Zusammenhänge – und darüber hinaus – bedeutet, in denen anderweitige Routinen die Beziehungsmuster prägen.

Fest installiert wurde im Setting der PMFT auch das systemische Verfahren des **Auftragskarussells** (von SCHLIPPE). Es erscheint mir nämlich als ein Verfahren, von dem die Eltern – gewöhnlich zuerst einmal insbesondere die Mütter – profitieren können, indem sie sich über ihre innerfamiliäre Situation ein Bild herstellen und sich fragen, wie viele und welche Aufträge sie von allen Seiten bekommen (oder zu bekommen meinen) bzw. überlegen, welche sie annehmen und ablehnen.

Entwicklungspsychologische Besonderheiten des Kindes müssen in der PMFT beachtet werden und die Kommunikation ist abhängig vom Alter und Entwicklungsstand. Die Kindersprache ist konkret, anschaulich, reich an Bildern, kreative Ideen; Kinder lieben Ausflüge in imaginäre Welten, eigene Gefühle, Ängste und Befürchtungen, Hoffnungen und Erwartungen, eigene Schwäche und Stärke in Geschichten über Tier- und Menschengestalten gespiegelt. Kinder haben eigenen Denkmuster und Bewältigungsstrategien. Die Motivation zur therapeutischen Arbeit ist abhängig von den Ressourcen.

PMFT bringt freien Lauf bzw. freie Gestaltung der Bewegungsphase für Spielideen! Die Therapie erfolgt frühzeitig, damit die Systeme noch nicht so festgefahren sind.

In der PMFT sollen die Kommunikations- und Interaktionsmuster der Familie aufgedeckt werden, Alternativen im gemeinsamen Spiel entwickeln werden, neues Nachdenken ins allgemeine Familienspiel übertragen werden zu Hause, erlebniszentrierte Arbeit mit dynamischen Skulpturen, bei der die Familie in Bewegung kommen. Vor allem auch im Spiel soll ein KONTEXT des GELINGENS entstehen und ein KONTEXT der KOMPETENZ (statt problem talking, solution playing (talking)). Eine Voraussetzung der PMFT ist die BEWEGUNGSFÄHIGKEIT der Familienmitglieder!

Der Ort der PMFT ist die GYMNASTIK- oder TURNHALLE, das kann schon für manche Familienmitglieder verstörend wirken. Die kindliche Bewegungsfähigkeit wird genutzt und das Kind kennt aus den PMG schon das Experimentieren, Vorgehen und Bauen der Geräte in der Turnhalle. Dem Erwachsenen ist das erst noch fremd. Die Rollen des Experten hier Kind und Laie des Erwachsenen können vertauscht sein! Die PMFT-Stunde sollte nicht länger als eine Stunde dauern, um die Aufnahmefähigkeit und Konzentrationsfähigkeit der Kinder nicht zu überstrapazieren.

Zu nennen sind Verhaltensweisen, die für den Therapeuten in der PMFT hilfreich sind: Eine entspannte, positiv annehmende Atmosphäre herstellen. Sicherheit vermitteln durch Schaffung von Strukturen; Freiräume eröffnen und eingrenzen abhängig von den jeweiligen Möglichkeiten und Bedürfnissen, – als Spielpartner zur Verfügung stehen, Vorschläge

zur Thematik anbieten, falls nötig, sein Wissen nutzen, um die symbolische Bedeutung bzw. den Appellcharakter von Medien, Materialien und Räumen zu vermitteln und dem Kind und der Familie bei der Verarbeitung von Erlebnissen helfen.

Die **methodische Umsetzung** sollte angelehnt an die Hypothesen folgende Parameter beinhalten: Systemische Beobachtungsparameter:

- **KOHÄSION:** emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern, Darstellung durch die Distanz zwischen den Figuren
- **HIERARCHIE:** Darstellung der gegenseitigen Einflussmöglichkeiten und Familienmitglieder durch Erhöhung von Klötzchen

Zur Erfassung dieser Parameter wird der FAST genutzt.

Zur Einschätzung von Familienfunktionen sollen folgende Parameter erfasst werden (CIERPKA und FREVERT): Aufgabenerfüllung, Kommunikation, Rollenverhalten, Kontrolle, Emotionalität, Werte und Normen (kulturelle Kriterien), affektive Beziehungsaufnahme.

Zur Erfassung dieser Parameter werden als zweites die Familienbögen genutzt mit den Bogenaufteilungen: Allgemeiner Familienbogen, Selbstbeurteilungsbogen und Zweierbeziehungsbogen.

Für die motorischen Parameter werden der MOT und der KTK verwendet.

9.2 Zusammenfassende synoptische Darstellung der 4 Fallbeispiele

Abschließend soll hier nun eine *zusammenfassende synoptische Darstellung der vier Fallbeispiele* erfolgen.

Die *Gesamtstichprobe* bestand zuerst aus 5 Familien; im Weiteren sagte jedoch eine Familie, (Familie D) ab, und zwar, wie man mir mitteilte, auf Drängen des Vaters. Alle anderen 3 Familienmitglieder hätten sich nicht gegen ihn durchsetzen können, obwohl sie alle drei angaben, sehr gerne an der PMFT teilnehmen zu wollen.

Zum *Zustandekommen* der Fallbehandlungen etc.: Die Kinder der ersten beiden Familien lösten sich am Anfang der PMG nicht von ihren Müttern und saßen während der PMG über mehrere Monate nur am Rand der Turnhalle. Es wurde offensichtlich, dass sie sich - im Gegensatz zu den meisten Kindern in den PMG - diesen Lernraum nicht zu nutze machen konnten. Diese Beobachtung gab den Anstoß zur Entwicklung der PMFT. Die anderen beiden Familien kamen zu dem Projekt z. T. auf eigene Initiative und Fragen hin. Sie hatten von den anderen beiden Familien gehört, "wie es läuft" und dass diesen die PMFT-Stunden sehr gut gefielen. Gleichzeitig war ich auf diese beiden Familien dadurch aufmerksam geworden, dass die Interaktion der auftretenden Familienmitglieder Mutter und Kind am Rande der PMG - z.B. im Flur, in der Umkleidekabine oder bei der Verabschiedung - auffiel. Die Mutter der Familie C stotterte und es war schwer mit ihr Vereinbarun-

gen zu treffen. Die Mutter der Familie E fiel durch ein starkes Redebedürfnis auf. Zudem formulierte sie einen enormen Leidendruck aufgrund der jeweiligen Situation. Grundsätzlich war mein Eindruck bei allen vier Familien der, dass ein großer Leidendruck besonders bei den Müttern, die auch die Initiative ergriffen, vorhanden war.

	Familie A	Familie B	Familie C	Familie E
Geschlecht und Alter der Indexpatienten/innen	m, 5 Jahre	w, 5 Jahre	w, 6 Jahre	m, 6 Jahre
Geschwister	Halb-Bruder 16 J.	Schwester , 3 J.	Halb-Bruder 1, lebt beim Vater	Zwei Brüder: 12 J. und 14 J.
Eltern (Alter, private u. berufliche Situation, Bildungsstand)	Mutter, 35, vorrangige Erziehungsperson, teilweise berufstätig /Ausbildung Vater, 34, voll berufstätig/Ausbildung, teilweise Erziehungsperson	Mutter, 28, allein erziehend, Ausbildung, teilweise berufstätig, Vater, 40: z. Z. arbeitslos, Ausbildung, verblieb in alter Wohnung, gibt Mutter die Schuld für das Scheitern der Ehe	Mutter, 42, allein erziehend, akademisches Studium, z. T. berufstätig; Vater ist neu verheiratet und hat aus der Beziehung ein Kind, Akademiker	Mutter, 44, Studium, Akademikerin, z. T. nicht berufstätig, unzufrieden damit, hauptsächlich für Erziehung zuständig Vater, 48, voll berufstätig, Studium, Akademiker höheren Grades, teilweise Erziehungsperson
Familiensituation	Alle vier zusammenlebend mit `Konfliktherd` älterer Sohn (Schule) und `Problemherd` jünger Sohn (Auffälligkeiten)	Mutter allein erziehend beim Vater mit den Kindern ausgezogen, wohnen mit einer „intakten“ eng befreundeten Familie in einem Haus: Eltern mit zwei Kindern im Alter der eigenen, beantragt: Scheidung und alleiniges Erziehungsrecht, da Übergaben und Wochenenden bei dem Vater problematisch und unzuverlässig seien, dann verschwinde der Vater eine Zeitlang ganz und sei erst bei Gerichtsverhandlungen wieder zu kontaktieren für die Mutter, die Kinder scheinen ein ambivalentes Gefühl zu haben: Besuche, besonders die Übergaben seien schrecklich, aber sie möchten auch einen Vater haben	Mutter wirkt sehr hilflos gegenüber der Tochter, die gerne `kommandiert` und bestimmt, diese Eigenschaften werden auch dem Vater zu geschrieben, der trotz Abstand noch versuche, die Ex-Frau zu bevorzugen	Mutter sehr gestresst, mal mit dem ältesten Sohn, mal mit dem mittleren in Konfliktsituationen, fühlt sich überlastet, Vater viel bei der Arbeit und zum Teil auf Dienstreisen
Andere wichtige Personen	Großeltern der Mutter: besonders der von mütterlicher Seite Großvater unterstützt seine Tochter, Großmutter hätte lieber den älteren als Sohn	Andere Familie im Haus	Mütterlicherseits die Großmutter. Sie bestimme auch gerne, was getan werden soll, hilft als Babysitterin aus	Mutter hätte gerne ihre Freunde näher bei sich als Unterstützung

Symptomatik des Indexpatienten	Trennungsängste, Ängste vor neuen Situationen und fremden Gegenständen, Höhenangst, und starke psycho-senso-motorische Schwierigkeiten, Koordinationsprobleme. Gleichgewichtsstörungen	Zurückhaltend, übervorsichtig, starke motorische Auffälligkeiten wie Gleichgewichtsstörungen. Koordinationsstörungen, Reaktionsverzögerungen	Ambivalenz von tyrannisch bis schüchtern, starke motorische und sensorische Schwächen wie besonders Gleichgewichtsprobleme und Koordinationsprobleme,	Ängstlichkeit und besonders Höhenangst und motorische Auffälligkeiten wie Reaktionsverzögerung, leichtere Gleichgewichtsprobleme und Koordinationsprobleme
Grund der Aufnahme in die PMG	Siehe Symptomatik, auf Anraten der Erzieherinnen, da er im Kindergarten fast nur auf dem Sofa im Gruppenraum lag; kaum Kontakt zu anderen Kindern, motorische Hypotonie	Siehe Symptomatik, auf Anraten der Erzieherinnen	KG hat die PMG als Anschlussbehandlung empfohlen	Ängstlichkeit und besonders Höhenangst und motorische Auffälligkeiten wie Reaktionsverzögerung, leichtere Gleichgewichtsprobleme und Koordinationsprobleme
Teilnehmer an der PMFT-Stunde	Mutter, K2 immer; K1 manchmal, der Vater gar nicht	Mutter immer, meistens K1(Bella); K2 manchmal dabei, einmal sogar mit der Mutter alleine	Mutter und Tochter gemeinsam	Meistens die Mutter dabei (einmal nicht, dann nur die Männer), Indexpatient Michael immer dabei; K2 häufig dabei, K1 zweimal dabei (Beim ersten Mal und beim „Männertreffen“), Vater häufiger dabei bis auf einmal, als Michael und die Mutter alleine kamen
Grund der Aufnahme in die PMFT	Da er vorrangig in der PM-Gruppenstunde auf der Bank lag	psychische Belastung in der Familie sehr groß durch problematische Trennung der Eltern, problematische Besuchskontakte beim Vater	Symbiotisches Verhältnis zwischen Mutter und Kind, die Mutter belastet die „tyrannische“ Art ihrer Tochter ihr gegenüber, beide haben motorische Probleme	Stärkung der Position des Jüngsten und Erzeugung von mehr Verständnis für ihn und K2, Verminderung des Leidensdrucks der Mutter, Verstärkung der Kommunikation der Familie zur Neuentwicklung
Entwicklungsverläufe	A (siehe unten)	B	C	E
Ergebnisse des FAST von vorher und hinterher (V/N)	A-FAST	B-FAST	C-FAST	E-FAST
Ergebnisse des FB (V/N)	A-FB	B-FB	C-FB	E-FB
Ergebnisse des MOT/KTK (V/N)	A-MOT	B-MOT	C-MOT/KTK	E-MOT

Die Entwicklungsverläufe

Entwicklungsverläufe A

Markus startete die PMFT-Stunden mit seiner Mutter. Er zeigte sich sehr ängstlich und zurückhaltend, was sich aber schneller änderte als erwartet. Schon in der ersten Stunde nahm er sich seine Raumecke durch einen labilen Gebäudebau, der jedoch von Stunde zu Stunde stabiler wurde, in Besitz. Er agierte von dort aus und eroberte sich den Raum. Thematisch war er derjenige, der arbeiten ging und zu bestimmen hatte, ein Haus baute und sich andere Bereiche eroberte, bspw. seinen Arbeitsplatz als Dachdecker aufsuchte und dabei Höhen von alleine aufsuchte, die er laut Aussage der Mutter früher nie zu besteigen gewagt hätte sowie sein Haus sogar durch Schüsse und Schlösser vor seinem - nicht anwesenden, aber im Auftrag durch die Therapeutin dargestellten - Vater zu schützen versuchte. Er wusste immer genau, was er spielen wollte. Seine Mutter wirkte etwas verunsichert und eher beobachtend, stieg allerdings im Laufe der Stunden immer mehr mit ein, wobei sich sehr zugewandte Interaktionen ergaben. Sie zeigte immer mehr und deutlicher ihre eigenen Wünsche. Auch motorisch ließ sich eine Entwicklung bei beiden erkennen. Sie wurden sicherer im Gleichgewicht und in der Koordination von Armen und Beinen. Markus selber baute seine Höhenangst ab. Sein Bruder, der zweimal mitkam, war sehr aufgeschlossen, bereit mitzuagieren und in das Spiel von Markus mit einzusteigen, soweit dieser es erlaubte oder auch einforderte. Zu Hause, wurde berichtet, mache der Bruder zeitweise engagierter mit, aber wollte auch seine altersgemäße Distanzierung bzw. größere Zuwendung zur Peergroup nicht aufgeben. Der Vater erschien zwar nie, aber aus der Sicht der Mutter bewirkte ihre Bemerkung, dass sein jüngerer Sohn ihn als Nachtvater bezeichnet hatte, Veränderungen, in dem er früher nach Hause kam und mehr bemüht war mit seinem Sohn zu spielen, wenn dies auch zunächst nicht immer in der erwarteten Weise konstant genug geschah.

Zu Hause und im Kindergarten beginnt Markus im Verlauf der PMFT zunehmend aktiver zu werden und langsam Kontakt zu Gleichaltrigen aufzunehmen. Er wird psychisch und motorisch sicherer, geht nun auch mal auf die Spielstrasse und beginnt, auf Bäume zu klettern. Beides hatte er vorher nie getan. Am Ende ist er sogar so weit, dass er mit einem neuen Freund allein zum nächsten Spielplatz geht und diese Neuerung mit dem Kommentar `begründet`: „Ich bin doch jetzt groß!“ Er kann in eine `normale` Schule eingeschult werden. Es bestehen keine Trennungsängste und keine Höhenangst mehr.

Entwicklungsverläufe B

Indexpatientin Bella war anfangs ängstlich, besonders gegenüber fremden Personen, sie hatte sehr starke Trennungsängste bzgl. der Mutter, verschiedene Bewegungsformen fielen ihr schwer, sie war vom Gleichgewicht her unsicher, hatte Koordinationsprobleme, v.a. Drehungen und In-die-Höhe-Klettern verunsicherten sie. Ihre Schwester Nina, die nach ihr in die PMG kam, hatte auch Gleichgewichtsprobleme und zeigte keine Schutzbewegungen beim Fallen. Dadurch hatte sie sich schon die vorderen Zähne ausgeschlagen, weil sie sich beim Stürzen nicht aufgefangen hatte, sondern direkt auf das Gesicht gefallen war.

In der PMFT thematisierte sie anfangs Abgrenzungen zur Außenwelt, zum Schutz ihrer Mutter bzw. Verbindungen und Loslösungen von dieser. Dies konnte bspw. in Form von Familienrollenspielen - etwa als Katzen- oder Löwenfamilien - stattfinden. Irritationen brachte die Übernahme der Rolle des Löwenvaters durch die Therapeutin, wobei Bella erst skeptisch war, sich dann aber darauf einließ. Der gesamte Raum wurde dabei genutzt und verschiedene Bewegungsformen wurden gewählt, z. B. auf dem Rollbrett fahren, krabbelnd durch Reifen steigen usw., so dass sie von sich aus eine Vielfalt an Bewegungsmöglichkeiten wählte. Bella verlor ihre Zurückhaltung und ihre Angst und sprudelte nun so vor Ideen, dass darauf geschaut werden musste, dass ihre Schwester und die Mutter auch noch Raum bekamen. Sie wurde in ihrem Bewegungsverhalten viel sicherer, z.B. beim Balancieren und durch Reifen steigen oder z.B. beim Fahren mit dem lenkbaren Rollbrett, was viel Gleichgewichtsarbeit verlangt. Die Mutter entwickelte ein besseres Selbstbild von sich und ihrer Erziehungskunst. Nina wurde besser in ihrem Gleichgewicht und fing auch an, sich besser zu schützen, z.B. beim Fallen.

Ich sehe diese Fallentwicklung als bestätigend an in Bezug auf meine Hypothese, dass durch das frühzeitige Angebot einer adäquaten therapeutischen Hilfestellung an Familien mit jüngeren Kindern sich Bewegungsproblematiken und die Manifestierung problematischer familiärer Systemstörungen verhindern lassen und dass psychomotorische und systemische Therapieformen sich insbesondere bei der Arbeit mit Kindern im Alter zwischen 4 und 8 Jahren sinnvoll ergänzen können, insbesondere wenn man die Familienkommunikation um das Medium nonverbaler Ausdrucksformen erweitert und auch die Kinder, die sich noch im primären Spracherwerb befinden, eine Möglichkeit zur Mitwirkung erhalten. Besonders anschaulich zeigte sich eine Wirkung der PMFT bei Bellas Schwester, die mit anfangs drei und dann vier Jahren die jüngste Teilnehmerin der Erprobung war. Trotzdem nahm sie - nach einem anfänglich etwas schüchternen Einstieg - auf ihre Weise sehr engagiert teil. Sie musste erst mehr Sicherheit bekommen, spielte dann aber auch freudig und großflächig im Raum mit. Die Rolle des Therapeutin als Vater verstörte sie zuerst, aber sie schien dann froh zu sein, auch mal wieder Papa sagen zu dürfen sowie weggehen zu dürfen, wann sie wollte, und versteckte sich sogar vor ihm. Erst in der nächsten Stunde, als die Therapeutin noch einmal den Vater repräsentierte, versteckte sie sich nicht mehr. Besonders liebte sie es, das Laufrad zu benutzen.

Entwicklungsverläufe C

Mechthild wirkte anfangs immer sehr mürrisch, so dass es zuerst sehr schwer war, mit ihr Kontakt aufzunehmen. Sie benutzte die Nachgiebigkeit ihrer Mutter und versuchte diese zu beherrschen, was ihr auch häufig gelang. Anfangs versteckte sie sich hinter ihrer Mutter und behauptete, sie wisse nicht, was sie machen wollten. Sobald die Mutter aber Ideen vortrug, lehnte Mechthild sie schroff ab, trug eigene vor und setzte diese durch. Anfangs hatten beide starke motorische Schwierigkeiten, wobei die Tochter sich aber darauf bezog - wie auch sonst - über die Schwächen der Mutter lustig machte. Erst mit den PMFT-Stunden wurde sie kompromissbereiter und die Mutter lernte mehr ihre Positionen zu behaupten. Zudem lernte die Mutter in ihrer anfänglichen Unsicherheit sowohl psychisch als auch motorisch durch den psychomotorischen Zuspruch, dass sie der Aufgabenschwierig-

keit oder der Aufgabensteigerung mit Zutrauen und motorischen Fortschritten begegnen konnte. Auch die Tochter wurde entspannter in ihrem wechselndem Spiel, das im Rollbrettfahren, Balancieren, Affenkäfigklettern oder Jonglieren mit den Tüchern - wie die Mutter es wünschte - bestand. War sie anfangs noch sehr auf Wettkampf eingestellt bzw. leistungsbezogen orientiert, so ließ dies mit der Zeit nach. Sie fängt nun an, ihre Mutter mehr zu respektieren und nicht mehr lächerlich zu machen. Diese hat gelernt mehr Grenzen zu setzen und sich auch einmal um sich selbst zu kümmern.

Entwicklungsverläufe E

Als die PMFT-Stunden für Michael begannen, hatte er schon gute Fortschritte bzgl. seiner motorischen und psychischen Auffälligkeiten erreicht. Insofern war es eher ein Anliegen der Mutter, an der PMFT teilzunehmen, und zwar auf Grund ihres hohen Leidensdrucks und ihrer Sicht auf die familiäre Situation, in der sie und der „Kleine“ (der jüngste von drei Brüdern) zu kurz kämen und er sich im Gegensatz zu seinen beiden älteren Brüdern für zu unfähig halte. Es wurde aber schon in der ersten PMFT-Stunde deutlich, dass die Mutter selbst ein sehr ungünstiges Selbstbild und nur wenig Selbstvertrauen hatte. Während die anderen sich offensichtlich alle schnell für Bewegung interessierten und auf die neue Art des Umganges miteinander einließen, versuchte die Mutter angestrengt die Kommunikation verbal aufzurichten, um ein gemeinsames Tun zu verabreden. Jeder von den anderen fuhr aber stattdessen, wie es ihm beliebte, umher. Erst nach einiger Zeit kristallisierten sich gemeinsame Tätigkeiten heraus.

Die Personen-Konstellationen der PMFT-Stunden waren verschieden. Zuerst kamen alle, dann einmal nur die Mutter und der Jüngste, dann nur die Männer, meistens ohne den älteren Sohn. Es entwickelten sich jedoch immer wieder eigene Ideen, was zu tun war und woran die Gemeinschaft Interesse hatte. Nach der ersten Stunde des oft getrennten Fahrens entwickelten sich nämlich mehr Gemeinsamkeiten und gemeinschaftliche Bezüge. Besonders der zweite Sohn achtete sehr auf Gerechtigkeit, ausgeglichene Vertiefung usw., wenn gemeinsam gehandelt wurde, z. B. bei dem Tischtennisspielen, beim Klettern und Hangeln oder beim Springen. Auf diese Weise gelang es dieser sonst sehr intellektuell kommunizierenden Familie, ihrer Psychomotorik näher zu kommen und Freude an der gemeinsamen Bewegung zu gewinnen. In der PMFT-Stunde mit der Mutter und dem jüngsten Sohn, in der beide aus größerer Höhe am „Affenkäfig“ klettern und rutschen wollten, entwickelte sich zudem eine „Lernstunde“ für beide, Mutter und Kind, in der Hinsicht, dass die Mutter von ihrem Sohn lernen konnte, wie er seine Höhenangst überwunden hatte. Er beschrieb ihr sein Vorgehen und gab ihr seinen Zuspruch, wodurch auch er lernte, dass nicht immer die Älteren den Wissens- und Könnensvorsprung haben und dass auch er ihnen etwas zeigen bzw. beibringen oder vermitteln kann. Diese Situation steigerte sein Selbstwertgefühl erkennbar und auch die Mutter war stolz, ihre Angst überwunden zu haben. Die Eltern lernten zudem, den älteren Sohn „gehen“ zu lassen, als dieser nicht weiter mitmachen wollte. Der zweite Sohn ließ sich nur widerwillig auf Hochbegabung testen und war – wie auch die Mutter – nicht glücklich darüber, als das Test-Ergebnis die Vermutung bestätigte. Andererseits war die Mutter aber froh, dass sie, wie sie auch meinte, nun mehr Verständnis für seine Andersartigkeit entwickeln könne. Die Mutter zeigt nun erkennbar mehr Ver-

ständnis für Norbert und der Vater nimmt sich mehr Zeit für die Kinder. Der Sohn K2 beschreibt die Eltern jetzt auch als gerechter und als bessere Streitschlichter. Ebenso erklärt er (K2), dass die PMFT-Stunden für K3 sehr wichtig waren und er viel selbstbewusster geworden sei.

Ogleich ich anfangs von der Annahme ausging, dass die PMFT-Stunden vorrangig für Familien mit Kindern im Alter von 4-8 Jahren geeignet sind, erscheint es mir - insbesondere mit Blick auf dieses Fallbeispiel - erkennbar, dass sie eventuell auch für ältere Kinder genutzt werden können. Auf jeden Fall haben die älteren Geschwisterkinder, sowohl in Familie A als auch in Familie E, sich hilfreich „mit bewegt und mit gespielt“.

Zum FAST: Zusammenfassungen der Auswertungen

Bei allen vier Familien fällt auf, dass die Mütter in den ersten Aufstellungen der typischen, idealen und Konfliktrepräsentation der Familien andere Personen aus dem Umfeld als Unterstützer mit aufnehmen, während sie dies nach Abschluss der PMFT nicht mehr benötigen.

A-FAST

In der typischen Repräsentation sind die Testergebnisse positiver geworden. Der Einfluss von außen wird geringer (Großvater von Figurhöhe 2 auf 0). Die Beziehung des Jüngeren (K1) zu seinem Vater hat sich verbessert, während K1 eine alters entsprechende Ablösung bzw. ein Loslassen der Mutter erreicht hat. Aber das positive Gefühl der Mutter scheint noch besser zu sein als die Ergebnisse. Es findet zu Hause mehr Diskussion über Probleme statt und es werden mehr Lösungsversuche unternommen. K1 geht es auch besser, voraussichtlich wirkte hier eine akute Situation auf die Testabfragung ein.

Fazit: Nach dem PMFT-Stundenablauf gibt es nur noch einen kleinen Unterschied zwischen typischer und idealer Repräsentation. Dies im Gegensatz zu vorher, als beides noch auseinander klafft, weil die Mutter ihren älteren Sohn K1 noch sehr nah bei sich haben wollte. Die Mutter ist also mit der gegenwärtigen Situation am Ende fast zufrieden. In der typischen Situation ist der Einfluss des K1 geringer als dann in Konfliktsituationen. Dies blieb bestehen.

Bei TR besteht nach der PMFT bei Vater und K2 eine höhere Kohäsion. K2 hat also hinterher eine engere Verbindung zum Vater. Es bestehen dann keine intergenerationellen Koalitionen mehr. Vorher gab es mehrere intergenerationelle Koalitionen, die sich später aufgelöst haben.

Bei KR 2 ist die Hierarchieumkehrung zwischen Mutter und K1 bestehen geblieben, und zwar jetzt auch dem Vater gegenüber, während sie vorher nur der Mutter gegenüber bestand.

Das bestätigt die Hypothese, dass sich durch die PMFT der Einfluss der einzelnen Familienmitglieder angemessen reguliert und die Bindung zueinander verbessert, wie hier z. B. die zwischen Vater und jüngerem Sohn. Bei Mutter und K1 lässt sich allerdings feststellen,

dass sich die Emotionalität zueinander verbessert, aber die Kontrolle der Mutter über ihren Sohn sich verschlechtert. Möglicherweise ist diese Entwicklung zunächst nicht 'erwünscht', in gewisser Weise bestätigt dieses Fallbeispiel jedoch das familientherapeutische Theorem, dass sich Systeme zwar verstören lassen, aber nicht von Einzelnen dirigierbar ist, in welche Richtung sie sich entwickeln oder, dass sie es einheitlich tun.

B-FAST

In der Figurenaufstellung der Mutter bei der Typischen Repräsentation (TP)¹ ist der Vater (V) weit weg. Die anderen drei und die befreundete Familie stehen eng dabei. Diese Enge löst sich hinterher etwas auf, bei TR 2 steht der Vater wieder weiter weg an einer anderen Ecke und die Familie B und die anderen 4 befreundeten Familienmitglieder etwas lockerer darum herum. Vorher hat der Vater noch denselben erhöhten Einfluss wie die Mutter, die anderen Eltern mittleren Einfluss und die Kinder den geringsten. Nach der PMFT wird gar keine „Einflusskennung“ (Hölzer) gezeigt. In der Bewertung der Beziehungsstruktur wird dabei deutlich, dass die Familie als Ganzes die Unterschiede im Einfluss bzw. die hierarchische Struktur verringert hat. Auch die Geschwister sind in der idealen und Konfliktsituation nun mehr verbunden als vorher (Geschwister- und Familiensituation verändert).

Dabei bleibt kritisch anzumerken, dass die Figurenabstände - ob 2 oder 5 - keinen Unterschied in dem Bewertungsraster ausmachen, wenngleich es sicherlich in der realen Bedeutung einen großen Unterschied macht, ob die Frau ihren Mann zwei Markierungen weiter setzt oder ihn direkt in die Ecke verbannt. Diese Nuancen gehen leider nicht in die Bewertung ein. Ich stimme auch nicht damit überein, dass in diesem Verfahren Beziehungen dann als negativer gewertet werden (labil oder labil-unbalanciert), wenn eine Hierarchie tief ist bzw. die Eltern die gleiche Holzstapelhöhe unter sich haben, als wenn sie verschiedene Einflusshöhen unter sich hätten. In der ersten idealen Repräsentation (IR 1) ist die Aufstellung noch sehr idealistisch auf die Elternsituation bezogen, bei IR 2 hat die Mutter dann ihre Hoffnung aufgegeben, dass sie und der Vater als Eltern für die Kinder fungieren können, ohne ein Paar zu sein. Der Test bewertet die Veränderung von IR 1 zu IR 2 als negativ, aber aus der Situation der Familie betrachtet ist es meiner Meinung nach eher günstig, dass die Mutter sich von der Vorstellung verabschiedet hat, dass der Vater in einem Familienquadrat mit ihr als Elternteil, nicht aber als Ehepartner stehen kann. Die Testbewertung kann solche Besonderheiten aber nicht in ihre Bewertung integrieren. Dafür wäre eine andere Bewertungsstruktur nötig.

In der Konfliktaufstellung, steht der Vater wieder weit entfernt und die anderen eng zusammen, beim zweiten Mal ist die andere Familie nicht mehr mit aufgeführt und die Konfliktaufstellung K2 geschieht nur noch aus der Erinnerung und bezieht sich nicht auf Aktuelles. Auch dies geht nicht in die Bewertung ein, so dass es fälschlicherweise so wirkt, als ob der Vater jetzt mehr Einfluss hätte als vorher, als die Mutter und der Vater den gleich hohen Einfluss hatten.

K1 und die Mutter haben in der neuen Aufstellung mehr Stabilität und Unabhängigkeit in ihren Beziehungsstrukturen. Der Vater steht bei B2 in TR und IR weiter weg und bei der KR dichter an der „Gruppe“.

C-FAST

Bei der Typischen Repräsentation (TR) stehen Mutter und Tochter direkt nebeneinander, sowohl vor der PMFT als auch hinterher, jedoch mit dem Unterschied, dass die Tochter anfangs auf die Mutter gerichtet ist und diese auf ihre entferntere stehende Berufstätigkeit schaut. Mechthild schaut zur Mutter. Anfangs ist auch noch die Oma im Spiel, die noch gern mitbestimmt. Die Berufstätigkeit und die Oma fallen in der Aufstellung hinterher weg. Der Einfluss ist im Gegensatz zum Anfang, als der Oma und der Mutter derselbe Einfluss zugeordnet wird, hinterher gering, allerdings nur bei der Mutter. Der Einfluss des Kindes hat abgenommen. Es wundert, dass die Mutter sich anfangs so einen hohen Einfluss zuschreibt, obwohl sie nach ihren Beschreibungen kaum Führung über ihre Tochter hat und diese eher über sie. Vielleicht erklärt sich dies aus ihrer Haltung: Auch bei den Fragebögen macht die Mutter Angaben, von denen sie meint, sie müsste sie geben (so müsse es sein). Sie hat bei den Fragebögen ja mit sehr hoher Abwehr geantwortet.

In der idealen Repräsentation nahm die Mutter erst an, dass es gut wäre, wenn beide den gleichen Einfluss, aber hoch angesetzt (2) hätten. Hinterher war ihr klar, dass sie als Erwachsene etwas mehr Einfluss braucht. In der Konfliktsituation wird die anfangs vorherrschende Hierarchieumkehrung (HU) hinterher aufgehoben. Bei KR2 ist der Rollentausch zwischen Mutter und Tochter und die HU, dass die Tochter mehr Einfluss hat als die Mutter, anscheinend rückgängig gemacht. Bei K1 stehen noch die starke Tochter, die einflussreiche Berufstätigkeit und etwas einflussreiche Oma im Vordergrund, während die Mutter sich hinterher bei einem großen Konflikt mit einer Familie der Freundin ihrer mittlerweile erwachsenen Tochter, und mit viel Einfluss adäquat einbringt, um ihre Tochter zu schützen, dies allerdings ohne deren Einverständnis. Dabei ist die Familiensituation bei FAI und FAK hinterher als balanciert (im Gegensatz zu vorher als es labil war) angegeben, d.h. die Bindung ist hoch und die Hierarchie im mittleren Bereich. Bezüglich dieses Fallbeispiels zeigt sich insofern die Hypothese bestätigt, dass sich durch die PMFT die Hierarchie und Kohäsion in familiären Systemen (positiv) verändern können.

E-FAST

In dieser Familie haben sowohl die Mutter als auch der mittlere Sohn, K2 Norbert, (K1 ist Rüdiger und K3 Michael) den FAST durchgeführt. Die Mutter bringt bei der TR1 zu der Familie viele andere Personen - wie Nachbarn, Freunde/Freundinnen, den Großvater, Schwester und Schwager - mit auf das Brett dazu. Bei TR2 bezieht sie sich nur auf die direkte Familie. Ihr Sohn K2 nimmt bei seiner Aufstellung TR1 der Familie einen Freund dazu. Hinterher beziehen sich beide nur auf die engere Familie. Gibt die Mutter bei der TR1 erst an, dass K1 den höchsten Einfluss hat, dann gibt sie im Nachhinein aber den Eltern doch noch mehr Einfluss. Anfangs wäre eine doppelte Hierarchieumkehrung zu konstatieren. Nach den PMFT-Stunden gibt sie den Eltern großen und K1 etwas Einfluss. So ist die HU hinterher auf jeden Fall aufgehoben. Die Familiensituation in der TR ist hinterher ausbalancierter, so dass Hierarchie und Bindung von tief in den mittleren Bereich angestiegen sind. Der Sohn beschreibt die Familie als nicht so eng beieinander stehend wie die Mutter in der TR. Die Einschätzung der Einflussverhältnisse des Sohnes geht dahin, dass

die Eltern vorher in der TR verschiedenen Einfluss hatten (MU 3, V2, K1 1) und sie hinterher gleichen haben. Der Sohn K2 beurteilt dies positiv und ich auch. Mir ist nämlich durchaus nicht einleuchtend, warum in der Elternbeziehung verschiedener Einfluss positiver bewertet wird und gleicher Einfluss als eine Verschlechterung berechnet wird. Der Sohn beurteilt es auch als positive Entwicklung, dass sich der Einfluss des Vaters bei KR2 gesteigert hat.

Die Familienbeziehungsstruktur ist bei der FAIK2 und GEIK2 des Sohnes von unbalanciert auf balanciert gestiegen. Die FAT und FAK verbessert sich von unbalanciert auf balanciert. Die Familienbeziehungsstruktur in Bezug auf Hierarchie und Kohäsion bei der Bewertung der Mutter hat sich also verbessert, was wiederum die Hypothese bestärkt, dass sich durch die PMFT-Stunde die Kohäsion und Hierarchie verändern können.

Kritisch bzgl. dieses Verfahrens zu bedenken wäre: Sobald die Bewertung auf Subsystemebene kommt, können Besonderheiten nicht mehr mit beachtet werden und bringen ungünstige Bewertungen. Bei der Mutter ist die Bewertung der Geschwister balanciert geblieben. Beim Sohn wird die Familie eher als labil-balanciert eingeschätzt. Mutter und Sohn beschreiben die Subsysteme, in denen sie sich nicht befinden jeweils positiver. Bei der Einflusseinschätzung haben sie ähnliche Ansichten, wobei der Sohn meint, nur andere Ältere hätten mehr Einfluss. Der Sohn gibt sich bei der idealen Repräsentation (IR) mehr Einfluss, wie es seinem Wünschen entspricht. Sind die Angaben der Mutter und des Sohnes bei KR ähnlich, sind sie bei IR und TR verschieden. Konflikte und Streit sind aber laut Mutter und Sohn K2 weniger geworden. Der Sohn K2 benennt nach der PMFT viele positive Veränderungen wie etwa die, dass der Vater mehr Zeit habe, der kleine Bruder selbstbewusster geworden sei usw.

In der IR1 stehen bei der Mutter alle im Kreis, die engere Familie im innen Kreis und die anderen im Außenkreis. Bei IR2 haben die Eltern wieder zusammen gefunden und die Kinder haben gemeinsam einen leichten Abstand. Es wird kein zweiter Kreis mehr als Hilfe von außen eingefordert. Sie scheint nicht mehr nötig, da die Situation nicht mehr als so belastend erlebt wird. Die Eltern bekommen in IR2 etwas mehr gemeinsamen gleichen Einfluss, was in der Eltern-Bewertung ja leider wieder als ungünstig bewertet wird. Dafür verbessert sich die Familienbewertung realistisch von unbalanciert auf balanciert. Wollte der Sohn bei seiner IR1, dass der Vater mehr Einfluss bekommt als seine Mutter, ist er bei der IR2 damit zufrieden, wenn beide gleich viel Einfluss haben.

Beim Thema Konflikt sind die Familienmitglieder laut Mutter nach wie vor sehr verteilt, aber sie hat mittlerweile mehr Einfluss bei der Konfliktlösung bekommen (von 0 auf 3). Sie scheint sich nicht mehr so hilflos dabei zu fühlen, sondern mehr Handlungsmöglichkeiten zu sehen. Die Mutter gibt vor der PMFT intergenerationelle Koalitionen an, die hinterher bei der IR und KR aufgehoben sind. Bei dem Sohn K2 sind sie nur in der IR zu finden. Auch dies erscheint mir ein bestätigender Verweis zu sein bzgl. meiner Leit-Hypothese, dass sich in der PMFT die Hierarchie verändern kann. Der Sohn behält in Konfliktbeschreibungen bei seiner Einflussbeschreibung die vorgenommene Gewichtung bei, schreibt allerdings allen Familienmitgliedern insgesamt mehr Einfluss zu.

Die Familien-Fragebögen: Kurze Auswertungszusammenfassung je Familie

Die Familienfragebögen sind gewählt worden, da sie die in meiner Leithypothese zu den Bewirkungsmöglichkeiten der PMFT anfänglich vorgestellten Veränderungsparameter erfassen. Die vorangestellte Hypothese, dass das Familienklima sich im Hinblick auf Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle, Werte und Normen verbessert, soll natürlich nicht bedeuten, dass alle Komponenten sich bei jedem bzw. in allen Familien verändern. Durch die PMFT kann nur ein Anstoßen und Verstören gelingen, förderliches Bewegungsverhalten und Reflexion ermutigt werden. Die Richtung der individuellen bzw. Familienentwicklung kann - wie auch die theoretischen Grundlagentexte feststellen - nicht vorherbestimmt oder dirigiert werden und es ist generell damit zu rechnen, dass vieles an Entwicklung `hinter unserem Rücken´ geschieht, d.h. unser Handeln Auswirkungen hat, die man nicht absieht bzw. absehen kann oder auch vielleicht gar nicht im Blick hat.

A-FB

Bei den Familienbögen ist es wichtig, die richtigen Phasentabellen zu nutzen, jeweils nach dem Alter der Kinder. Eine Verbesserung der Komponenten wie Aufgabenerfüllung (AE), Rollenverhalten (RV), Kommunikation (KOM), Emotionalität (E) Affektive Beziehung (AB), Kontrolle (K), Werte und Normen (WN) findet zwischen Vater und Mutter erstaunlicherweise in allen Bereichen statt und sie liegen im Normbereich. Ich hätte eher angenommen, dass sich einzelne Komponenten verbessern, aber nicht unbedingt alle zugleich. Aber dieses Ergebnis bestätigt ja die Annahme, dass sich hier Verbesserung eingestellt hat. Es ist natürlich auch möglich, dass sich durch die therapeutische Verstörung nur einzelne Komponenten verbessern und andere verschlechtern. Die Richtungsbestimmung hin zu einer vollständigen Veränderung in allen Bereichen ist nicht möglich. Bei den anderen Zweierbeziehungen wird dies deutlich. Beim Selbstbeurteilungsbogen verbessert sich die Sichtweise der Mutter im Bereich der Emotionalität und der affektiven Beziehung, die Sichtweise über die Kommunikation verschlechtert sich bei ihr. Bei den Zweierbeziehungsbögen hat sich zwischen M und K1 die E verbessert, die KOM verschlechtert. Bei M und K2 sind dagegen AE und KOM verbessert; AB, K und WN haben sich sogar in den Stärkenbereich erhöht. Bei der allgemeinen Familiensicht haben sich fast alle Komponenten verbessert, zum Teil (AB, K) sogar in den Normalbereich, nur RV und E sind gleich geblieben.

Die AE hat sich bei VA und K aus Sicht der Mutter verbessert, bei K1 ist sie gleich geblieben.

Das RV war bei dem VA und K1 problematisch, aber beim VA hat es sich verbessert, fast in den NB, bei K1 verschlechtert. Die KOM hat sich bei K1 verschlechtert, sicher auch durch den Streit am Tag vor der zweiten Testdurchführung beeinflusst. Beim VA und K2 haben sich diese in den NB verbessert. Die E des VA hat sich so verbessert, dass sie sogar in den Stärkenbereich geht. Die E von K2 war erst im NB, später fast im Stärkenbereich. K1 liegt damit im kritischen Bereich und hat sich verschlechtert, was zu seiner Ablösephase aber m. E. passt. Bei der K liegen alle im NB, VA und K2 kommen sogar in den Stärke-

bereich und sind dabei positiver anzusiedeln als K1. Im Bereich W/N kommt der Vater aus dem KB in den NB, K2 dabei vom NB fasst in den Stärkebereich. K1 dagegen verschlechtert sich dabei. Der VA hat also Bewertungsverbesserungen: etwas in AE, RV, K, besonders in KOM, E, WN, vor allem aber bei AB.

Deutlich zeigt sich, dass die Mutter, der Vater und K2 sich positiv entwickelt haben, der Sohn K1 durch seine Ablösephase in der Bewertung schlechter ausfällt. Diese Entwicklungsphasen mäßige normale Veränderung eines Jugendlichen scheint, für seine Alterstufe normal erscheinend für mich, aber nicht in die Bewertungsstruktur des FB mit einzugehen.

B-FB

Die Bewertung des einzelnen allgemeinen Familienbogens ist aufgrund der spezifischen Situation der Familie natürlich mit Bewertung des Vaters viel schlechter, als wenn der Vater nicht einbezogen wird. Dies kann man bei einer Trennungs- und Scheidungssituation nicht anders erwarten. Nach den PMFT-Stunden springt sie beim Ausfüllen des allgemeinen Formulars zwischen 3 und 4 Personen, also Einschätzungen mit oder ohne Vater. Die Bewertung des Vaters durch die Mutter ist nach wie vor fast durchgehend im 100% Bereich, außer beim Rollenverhalten. Die Bewertung des Verhältnisses zum Vater ist nach wie vor schlecht geblieben bzw. bei RV sogar noch verschlechtert. Dies ist sicher dadurch erklärbar, dass die Mutter ihn sich nun nicht mehr als Vater für die Kinder vorstellen kann. Es gibt keinen Kontakt mehr, nur zweimal vor Gericht. Die Bewertung liegt dadurch begrifflicherweise im stärksten Problembereich.

Die Bewertung der Mutter von sich selbst und ihrer älteren Tochter K1 hat sich im Bereich der AE, RV, KOM und E verbessert, wobei KOM und E sogar in den Stärkenbereich gehen, während sich die AB, K und WN leicht verschlechtert haben. Dies könnte sich durch das neue Selbstbewusstsein der Tochter K1 (Bella) erklären sowie dadurch, dass sie nun mehr Abstand von ihrer Mutter hat und ihre eigenen Werte und Vorstellungen von Normen entwickelt bzw. durch ihre neue Freiheit auch nicht mehr so leicht zu kontrollieren ist. Bei K2 schätzt die Mutter nach wie vor die AB und K als problematisch ein, während die anderen Bereiche sich z. T. etwas besser, z. T. sich etwas schlechter entwickelt haben, aber im Normbereich bleiben.

Beim Selbstbeobachtungsbogen der Mutter wird ihre anfangs kritische Eigenbewertung besonders im Bereich der KOM und WN und etwas im Bereich AE, E und AB deutlich besser, so dass alle Werte nur noch im Normalbereich und die Einschätzung der KOM und E sogar im Stärkenbereich liegen. WN ist sogar von der schlechten Bewertung 100 auf 58 in dem Normalbereich gekommen. Hier zeigt sich ein gravierender Erfolg in der familiären Entwicklung eine Bestätigung der Hypothese, dass sich diese Komponenten positiv verändern können. Das positive Selbstbild trägt sicher auch zur Verbesserung des Familienklimas bei. Die Mutter hat sich stabilisiert und z. T. sogar Stärke entwickelt. Beim zweiten Mal wird auch kein Fragebogen für die befreundete Familie mehr ausgefüllt. Die Unterstützung durch sie erscheint voraussichtlich nicht mehr so nötig.

C-FB

Obwohl bei dem Ausfüllen des allgemeinen Familienbogens und des Zweierbeziehungs-bogens die Mutter nur sich und die Tochter mit einbezogen hat, fällt er unterschiedlich aus. Vorher scheint sie die Situation sehr idealistisch beschrieben zu haben: Der Wert für Abwehr liegt bei 61. Im Manual des Familienbogens, einem Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen, wird angegeben, dass Werte über 50 die Validität der andere Skalen bezweifeln lassen und über 60 zeigen die Daten dann Verzerrungen. So können die Daten nur bedingt genutzt werden. Nach der PMFT ist die Abwehr nicht mehr so hoch. Ein Vergleich von vorher und nachher erscheint damit weniger sinnvoll, da die Bewertung vermutlich zu gut ist. Hinterher liegen in der Familienbewertung AE, RV, K im Normalbereich, KOM, E und AB und WN kurz davor. Bei der Zweierbeziehungs-Beschreibung liegen AE, RV, KOM und K im Normalbereich und E, AB und WN im auffälligen Bereich. Bei der Selbsteinschätzung hätte sich, wenn man den Daten glauben dürfte, die AE und WN verbessert. Alle anderen Bewertungen sind von der Tendenz her ziemlich gleich geblieben.

E-FB

Mit der Vielfalt der Daten bei einer großen Familie wird es noch komplizierter die Ergebnisse zu beschreiben, noch dazu, da die Mutter beim Ausfüllen sehr niedrige Werte bei sozialer Erwünschtheit (vorher und hinterher: 30) und Abwehr (vorher 34 und hinterher 40) hat. Die Abwehr hat sich im Zuge der PMFT aber etwas verringert. Das Manual beschreibt, dass bei den Kontrollwerten unter 40 auch nicht die Validität gewährleistet sein kann, da andere Einflüsse wie Projektionen sich dann auswirken können. So können diese Daten nur mit Vorsicht betrachtet werden.

Die Daten des Vaters bewegen sich vorwiegend im Normalbereich, vor der PMFT sowie hinterher, wobei nur die WN von seiner Frau als Stärken angegeben werden, hinterher ist auch dieser Bereich im normalen. Die Familienbewertung hätte sich damit von Normalbereich in den auffälligen Bereich bewegt, wobei zu fragen ist, ob sie anfangs eventuell ihre Familie zu idealistisch beschrieben hat.

Die Kurven von MU/K1 befinden sich im Grenzgebiet von Normal- und Problembereich, wobei nur die KOM, und K und WN etwas Unterschied zeigen, E etwas stärker. Diese Bewertungen hätten sich demnach verschlechtert. Bei K2/M liegt die Bewertung vorher wie nachher im leichten Problembereich mit Nähe zum Normalbereich, wobei E und AB sich normalisiert hätten und AE, KOM, und WN sich leicht verschlechtert hätten. M/K3 bleibt im Normalbereich bis auf WN, was vorher im Stärkenbereich lag. Vielleicht - vermute ich - hat dies damit zu tun, dass der Kleine nicht mehr so 'folgsam' ist, seitdem er selbstbewusster ist. Beim Selbstbeobachtungsbogen der Mutter hat sich ihre Bewertung etwas mehr in den Problembereich verlegt, besonders in Bezug auf KOM, RV, WN und E.

Im Hinblick auf meine Leithypothese zur Veränderung der Familienfunktionen (Verbesserungen im Hinblick auf Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle und Werte und Normen) verdeutlicht dieses Fallbeispiel, dass diese Veränderung mal mehr, mal weniger passiert und sich noch dazu

sehr personenabhängig vollzieht. Die Systemtheorie beschreibt solche Vorgänge dahingehend, dass das System Familie angestoßen bzw. verstört wird, aber dass die Richtung nicht vorgegeben werden kann und es geschehen kann, dass das eine Element in die eine Richtung und das andere Element in die andere Richtung oder sogar noch in sich verschieden reagiert. Auch die Kommunikationsmuster und Interaktionen der einzelnen zueinander verändern sich, aber auch dies geschieht nicht prinzipiell einheitlich bzw. wird nicht identisch beschrieben. Es ändern sich demnach die Personen, ihre Interaktionen und ihre Beobachtungsbeschreibungen dazu. In diesem Fall ist auch zu berücksichtigen, dass die Beschreibungen hier immer aus der Beobachtungsposition der Mutter erfolgen. Bei einer in Zukunft an zu visierenden, größeren Untersuchung müsste man auf jeden Fall zu veranlassen bemüht sein, dass auch andere Familienmitglieder die Fragebögen ausfüllen.

Zusammenfassung der motorischen Veränderungsparameter:

A-MOT

Markus entwickelt sich, seit dem er den Lernraum für Bewegung der PMFT nutzt, motorisch gesehen zusehends positiv. Leider hatte er ja anfangs den Test verweigert, so dass keine Aussage bezogen auf den Anfang gemacht werden konnte. Trotzdem hat sich seine Motorik im Vergleich zu den beiden danach in einem weiteren Zeitabschnitt erfassten MOT-Tests weiterentwickelt. Der MQ steigt von 67 auf 82, fast bis zum Grenzwert 85, der in den Normalbereich geht. Es trat eine Verbesserung im Bereich des Gleichgewichtes in Bezug auf Balancieren vorwärts wie rückwärts ein, der Sprungfähigkeit, wobei auch das Gleichgewicht eine Rolle spielte, in Bezug auf die Körperschemaerkennung, Fangen, also Koordination der rechten und linken Hand und Steigerung der Reaktionsfähigkeit. Diese gute Entwicklung gilt es noch weiter zu fördern und zu stabilisieren.

B-MOT

Der vor den PMFT-Stunden durchgeführte MOT-Test ergab einen MQ von 54. Wie festgestellt, nutzte Bella ja auch in den PMG-Stunden kaum ihren Bewegungslernraum. Nach der PMFT hatte sie einen Wert von 76 MQ (Grenzwert zum Normalbereich ist 85). Sie steigerte sich im Bereich des Gleichgewichts z. B. beim Balancieren, sowohl vorwärts wie rückwärts, beim Springen, wobei sich auch die Sprungkraft in die Höhe und zur Seite verbesserte. Sie verbesserte sich in der Feinmotorik der Hände, der Koordination der rechten und linken Hand (z. B. beim Fangen) und der Koordination Bein/Bein z.B. beim Hampelmannsprung.

C-MOT/KTK

Sie erreichte anfangs beim MOT MQ von 67 und beim KTK beim ersten Mal 65 MQ. Beim zweiten Mal steigerte sie sich auf MQ 75. Sie verbesserte sich in der Fähigkeit des Gleichgewichts, speziell des Balancierens, auch rückwärts. Sie verbesserte sich beim Hüpfen auf einem Bein (Gleichgewichts- und Sprungkraftsteigerung) und beim seitlichen Hin- und Her-Springen (Koordinationsverbesserung, Verbesserung der räumlichen Wahrneh-

mung und des Richtungswechsels). Beim seitlichen Umsetzen legte sie mehr Geschwindigkeit an den Tag und koordinierte das Umsetzen geschickter.

E-MOT

Hier erübrigte sich eine Vergleichstestung, da der erste Test zu Beginn der PMFT-Stunden eine MQ von 97 aufwies und damit im Normalbereich lag. Zudem bat die Mutter, nicht mehr Termine als nötig zu machen. Ich wollte ihrer Bitte damit entsprechen.

9.3 Vergleichende Diskussion:

Hat die PMFT in der ersten Familie vor allem dem Indexpatienten geholfen, seinen Lernraum für Bewegung und Soziales nutzen zu können und sich und seine Mutter zu stabilisieren, so ist es in der Familie B scheinbar neben den Kindern, die sich motorisch und im Selbstbewusstsein steigerten, auch die Mutter, die für die Stärkung ihres Selbstbildes Zuspriechung bekam. Die beiden in Familie C haben sich ersichtlich motorisch und im Umgang miteinander gesteigert, wobei auch besonders die Mutter an innerer Stabilität gewonnen hat. In Familie E hat vor allem der Indexpatient an Sicherheit gegenüber seinen Familienmitgliedern gewonnen und die Mutter die Einsicht, in weitere Einzeltherapie zu gehen. Dem zweiten Sohn hat es sicher zu eigener Klarheit geholfen und wird ihm auch weiter nutzen, dass die Mutter jetzt mehr Verständnis für seine „Andersartigkeit“ bzw. seinen höheren Intellekt hat.

Der Nutzen der PMFT für die einzelnen Personen kann – wie die Fallbeispiele zeigen – vielfältig sein, ist aber richtungsmäßig selbstverständlich nicht vorhersagbar bzw. vorhersehbar. Das strukturelle Driften der Systeme kann – wie die Theorie beschreibt – nicht vorher bestimmt werden. Ersichtlich ist jedoch, dass die PMFT `Bewegung` im doppelten Wortsinn anstoßen kann und für die dargestellten vier Fallbeispiele lässt sich auch in jeweils eigener Weise feststellen, dass sie Auswirkungen auf die Kohäsion, Hierarchie und das Familienklima und die Familienfunktionen bei den einzelnen Familien gehabt haben wird. Verlässlich-verallgemeinerbar kann die Frage nach der Wirksamkeit des Settings der PMFT für dergleichen Entwicklungen selbstverständlich nur in einer breiter angelegten Studie mit viel mehr „Versuchspersonen“ und einer Effektivitätsüberprüfung stattfinden. Im Rahmen meiner Untersuchung war dies nicht leistbar; es wäre eine Aufgabe der Zukunft. Ich hoffe jedoch, dass es gelungen ist, mit den hier dargestellten Einzelfallerprobungen den Weg dazu zu eröffnen. Die Einzelfallerprobung, die hier vorgestellt worden ist, wurde zwar "nur" von einem Vergleich begleitet, um Veränderungen in Kohäsion und Hierarchie und Familienfunktionen der Familie zu erkennen und zu betrachten. Sie hat aber m. E. wertvolle Hinweise geliefert, um bspw. die Instrumente solcher Überprüfungen ggf. kritisch zu behandeln. Und sie hat – was mir besonders am Herzen ist – gezeigt, dass die PMFT durchführbar ist und es sich gewiss lohnt, in familientherapeutischen Zusammenhängen, von der Bewegungsförderung lernend, die nonverbale Dimension menschlicher Kommunikation und menschlichen Selbstaushdrucks – insbesondere bei jüngeren Kindern – Geltung, Raum und Beachtung zu schenken. Nicht zuletzt, weil es mir möglich war, mit zu

erleben, wie Familien mit jüngeren Kindern, die unter großem Leidensdruck standen, in der PMFT wirklich in Bewegung kamen und mutig den Weg zu einer (offenen) Entwicklung miteinander aufnahmen, würde ich eine breiter angelegte Prüfung der PMFT für wünschens- und lohnenswert erachten.

Danksagung

Ich danke Frau Prof. Dr. Renate Zimmer, die mir die Möglichkeit eröffnete, meinen eigenen Ideen nachzugehen, sie im Zusammenhang zu erforschen und zu erproben.

Ich danke Prof. Dr. Arist von Schlippe und Prof. Dr. Jürgen Kriz für ihre vielfältigen Denkanstöße und Anregungen im Kolloquium.

Dem Cusanuswerk danke ich für das Stipendium, durch das ich finanziell unabhängiger arbeiten sowie die erforderlichen Geräte und Materialien anschaffen konnte.

Danken möchte ich auch meiner Mutter Ingeborg Licher sowie meinen Schwestern Dr. Lucia M. Licher und Dipl.-Inform. Veronika Licher, die mir in sprachlichen Fragen zur Seite standen. Meiner Schwester Lucia danke ich besonders, da sie mich ermutigte, diese Arbeit überhaupt in Angriff zu nehmen.

Meinem verstorbenen Vater, OStD Friedrich Licher, danke ich dafür, dass er mich gelehrt hat, Dinge nicht als gegeben hinzunehmen, sondern zu philosophieren und zu erforschen, ob es nicht auch andere Wege gibt, etwas zu sehen und zu tun.

Am wichtigsten und hilfreichsten waren mir mein Mann, Matthias Rüschen, und meine Kinder Johannes und Katharina, die mir ihre Liebe, Sicherheit und Geborgenheit schenken und – nicht zuletzt – während meiner Arbeit an der Untersuchung stets den geistigen, bewegenden, spielerischen und fröhlichen Ausgleich schafften.

Mein ganz besonderer Dank gilt aber natürlich den bei der Erprobung beteiligten Familien, den Indexpatienten, Eltern und Geschwistern, die sich mit mir zusammen auf das Experiment „Familie in Bewegung“ eingelassen haben. Ich danke ihnen für das Vertrauen, das sie mir entgegenbrachten, für ihren Mut, die Erprobung der PMFT zu wagen. Ich darf viele schöne und spannende Stunden mit ihnen in Erinnerung behalten.

Danken möchte ich auch den Ko-Therapeutinnen und Therapeuten für ihre Mithilfe.

Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Osnabrück, den

Literaturverzeichnis

AARTS, M.: Marte Meo Basic Manual, Harderwijk 2000.

AARTS, M.: Intuition, der sechste Sinn in der systemischen Therapie, Handzettel von Maria Aarts auf dem 4. Weinheimer Symposium, März 2001.

AARTS, M./HAWELLEK, C.: „Aus eigener Kraft...“ Ein Interview mit Maria Aarts. Systema 1/1995, 9. Jahrgang, 29–34.

ABRAM, M.: Die Mutter-Kind-Bindung und Konfliktregulation im Vorschulalter, unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück 1996.

ADLER, A.: Individualpsychologie und Wissenschaft. Int. Z. Individualpsych., 5., Leipzig 1927.

AFFOLTER, F.: Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache, Villingen-Schwenningen 1987.

AICHINGER, A.: Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern. In: PETZOLD, H./RAMIN, G. (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn 1995³.

AINSWORTH, M. D. S.: The development of infant-mother attachment. In: CALDWELL, B. M./RICIUTTI, H. N. (Hrsg.): Review of child development research. Vol. 3, Chicago 1973.

AINSWORTH, M. D. S./BLEHAR, M. C./WATERS, E./WALL, S.: Patterns of attachment, a psychological study of the strange situation, Hillsdale, NJ 1978.

ALLOWAY, T./PLINER, P./KRAMES, L.: Advances in the study of communication and affect. Attachment behavior, New York 1977.

ANDERSEN, T.: Das Reflektierende Team, Dialoge und Dialoge über die Dialoge, Dortmund 1996, 4. Auflage.

ANDERSON, H./GOOLISHIAN, H.: Human Systems as linguistic systems. *Family Process* 27 (1), 1988, 3 bis 12.

ARNOLD, M. B.: *Emotion and personality*, 2 Bde., New York 1960.

ARNOLD, W./EYSENCK, H. J./MEILI, R.: *Lexikon der Psychologie*, Band 1–3, Freiburg 1987.

AXLINE, V. M.: *Play Therapy*. Boston 1947. Dtsch.: *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München 1990.

AXLINE, V. M.: *Dibs in search of self*. Harmondworth, 1971. Dtsch.: *Dibs: Die wunderbare Entfaltung eine menschlichen Wesens*. München 1971.

AYRES, A. J.: *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin 1984.

AYRES, A. J.: *Lernstörungen*, Berlin 1979/1980, 2. Auflage.

BACH, G./MOLTER, H.: *Psychoboom. Wege und Abwege moderner Therapie*, Reinbek 1979.

BAEYER, W. v./BAEYER, W. v.: *Angst*, Frankfurt am Main 1971.

BATES, J. E./MASLIN, C. A./FRANKEL, K. A.: Attachment security, mother-child interaction, and treatment as predictors of behavior problem ratings at three years. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50, 1985, 167–193.

BÄUMER, M. /WALKEMEYER, F.: *Neue Aspekte der Familientherapie*, Eschborn 1990.

BALGO, R.: *Bewegung und Wahrnehmung als System. Systemisch-konstruktivistische Positionen in der Psychomotorik*, Reihe Motorik, Band 21, 1997.

BALGO, R./VOSS, R.: *Kinder, die sich auffällig zeigen. Die systemisch-konstruktivistische Wende in der Psychomotorik*. In: KIPHARD, E./OLBRICH, I. (Hrsg.): *Psychomotorik und Familie*. Dortmund, 1995.

BALGO, R.: *Lehren und Lernen. Der Versuch einer (Re-)Konstruktion*, Pädagogik 7–8, 1998.

BANDURA, A.: Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1989, 1175–1184.

BANDURA, A./LIPSHER, D./MILLER, P. E.: Psychotherapist's approach-avoidance reaction to the patient's expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 1960, 1–8.

BANDURA, A./WALTHES, R.: *Adolescent aggression*. New York 1959.

BATES, J. E./BAYLES, K.: Attachment and the development of behavior problems. In: BELSKY, J./NEZWORSKI, T. (Hrsg.): *Clinical implications of attachment*, Hillsdale, NJ 1988.

BATESON, G.: *Steps to an Ecology of Mind*. New York 1972. Dtsch.: „Ökologie des Geistes“, Frankfurt 1981.

BATESON, G.: *Ökologie des Geistes*. Frankfurt am Main, 1983?

BATESON, G./BATESON, M. C.: *Angels Fear. Towards an Epistemology of the Sacred*. New York 1987.

BAUR, J.: *Körper- und Bewegungskarrieren. Dialektische Analysen von Körper und Bewegung im Kindes- und Jugendalter*. Schorndorf 1989.

BAUR, J./BÖS, K./SINGER, R.: *Motorische Entwicklung*. Schorndorf 1994.

BEAVERS, W. R./HAMPSON, R./HULGUS, Y.: *Beavers systems model manual*. Southwest Family Institute. Dallas/Texas 1990.

BEAVERS, W. R./VOELLER, M. N.: Family models: comparing and contrasting the olson circumplex model. *Family Process*, 22, 1983, , 85–98.

BECK, U.: *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in die Moderne*. Frankfurt am Main 1986.

BECK-GERNSHEIM, E.: Liebe, Scheidung, Ehe. In: *Kontext (Zeitschrift der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie)*, 15/1989, 41 ff.

BECKER, H.: *Konzentrierte Bewegungstherapie*. Stuttgart 1981.

BECKER, H.: Bewegung und Therapie aus der Sicht der Psychoanalyse. In: HÖLTER, G. (Hrsg.): *Bewegung und Therapie*. Dortmund 1988, 67–75.

BELSKY, J./NEZWORSKI, T. (Hrsg.): *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, New Jersey 1988.

BELSKY, J./PENSKY, E.: Developmental history, personality, and family relationships: toward an emergent family system. In: HINDE, R. A./HINDE, J. S. (Hrsg.), Relationships within families, Oxford 1988.

BENECKEN, J.: Kinderspieltherapie – Fallstudien. Stuttgart 1982.

BENEDETTI, G.: Die Angst in psychiatrischer Sicht. In: BENEDETTI, G.: Die Angst. Zürich 1959.

BERG, I. K. : Familienzusammenhalt(en). Systemische Studien. Bd. 8, Dortmund 1992.

BERGER, E.: Die Bedeutung der Teilleistungsschwächen für die psychomotorische Unruhe. In: NISSEN, G.: Therapeutische Probleme bei psychomotorisch unruhigen Kindern. Mainz 1982.

BERKOWITZ, L.: Aggression. New York 1962.

BERKOWITZ, L.: The frustration-aggression hypothesis revisited. In: BERKOWITZ, L. (Hrsg.): Roots of aggression. A re-examination of frustration-aggression hypothesis, New York 1969.

BERTALANFFY, L. v.: Zu einer allgemeinen Systemlehre. In: Biologia Generalis. Archiv für die allgemeinen Fragen der Lebensforschung. 19, 1951, 114–129.

BERTALANFFY, L. v.: General System Theorie. New York 1972.

BERTELSMANN LEXIKOTHEK: Gütersloh, Berlin, München, Wien 1974.

BIELEFELD, J.: Theoretisch-wissenschaftliche Aspekte der Motorik. In: CLAUSS, A.: Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender. Erlangen 1981.

BIERMANN-RATJEN, E.-M./ECKERT, J./SCHWARTZ, H.-J.: Gesprächspsychotherapie, Stuttgart 1992, 6. Auflage.

BITTNER, G.: Die Erziehung und die Angst. In: BITTNER, G.: Die politische und gesellschaftliche Rolle der Angst. Frankfurt am Main 1967.

BOECKHORST, F.: Strategische Familientherapie. Dortmund 1988.

BOISEN, M.: Angst im Sport. Gießen 1975.

BÖS, K./MECHLING, H.: Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen (BAT). Göttingen 1985.

BÖS, K.: Handbuch sportmotorischer Tests. Göttingen 1987.

BOSCH, M./ULLRICH, W. (Hrsg.): Die entwicklungsorientierte Familientherapie nach Virginia Satir. Paderborn 1989.

BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMAN, L./PENN, P.: Milan Systemic Family Therapy, New York 1987; deutsch.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell. Dortmund 1988.

BÖSE, R./SCHIEPEK, G.: Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch. Dortmund 1989.

BOWEN, M.: Family Therapy in Clinical Practice. New York 1978.

BOWLBY, J.: Psychopathology of anxiety: the role of affectional bonds. In: LADER, M. H. (Hrsg.): Studies of anxiety. British Journal Psychiatrie Special Publication, Vol. 3, 1969.

BOWLBY, J.: Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York 1980.

BRAND, I.: Förderung integrationsgestörter Kinder im Schulunterricht – Ist das möglich? In: DOERING, W./DOERING, W. (Hrsg.): Sensorische Integration. Dortmund 1990, 49–85.

BRAND, I./BREITENBACH, E./MAISEL, V.: Integrationsstörungen. Diagnose und Therapie im Erstunterricht. Würzburg 1986.

BRÄTEN-STEIN, A.: Between Dialogic Mind and Monologic Reason: Postulating the Virtual Other, Talk at the Gordon Research Conference on Cybernetics of Cognition. Wolfboro, June 9–13, 1986.

BRAZELTON, T. B.: Zerreißproben – Familienkrisen und wie sie bewältigt werden können. Dortmund 1991.

BRAZELTON, T. B./YOGMAN, M. (Hrsg.), Affective development in infancy. Norwood, NJ 1986.

BRETHERTON, I./WATERS, M. W. (Hrsg.): Children's perspectives on the family. San Francisco 1990.

BRETHERTON, I.: Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. In: GUNNAR, M. R./SROUFE, A. L. (Hrsg.): The Minnesota symposium on child development. Vol. 23: Self processes and development. Hillsdale 1991, 1–42.

- BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen 1997².
- BRINKMANN, A./TRESS, U.: Bewegungsspiele. Hamburg 1980.
- BROADBENT, D. E.: Perception and communication. Oxford 1958.
- BRUNN, U.: Das Vorschulkind. Hemsbach 1973².
- BUCHHOLZ, M.: Psychoanalyse – Familientherapie – Systemtherapie, kritische Bemerkungen zum Paradigmawechsel. In: Zeitschrift Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie 30, 1, 1981.
- BÜHLER, C.: Kindheit und Jugend. Genese des Bewußtseins. Göttingen 1967.
- BÜHLER, K.: Sprachtheorie. Jena 1934.
- BULLOCK, M.: Aspects of the young child's theory of causation. University of Pennsylvania 1979. In: OERTER, R./MONTADA, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim 1995.
- BÜNTE-LUDWIG, C.: Gestalttherapie – Integrative Therapie. Leben heißt wachsen. In: PETZOLD, H. (Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. Band 1, 1984.
- BURMEISTER, A.: Psychomotorische Entwicklungstherapie im Spannungsfeld zwischen linearem und nichtlinearem Prozeßdenken. In: Motorik 14, Schorndorf 1991, Heft 2.
- BURMEISTER, A.: Konturen einer psychomotorischen Entwicklungstherapie auf neurophysiologischer Grundlage. In: IRMISCHER, T./FISCHER, K.: Psychomotorik in der Entwicklung. Band 8, Schorndorf 1989, 131–145.
- BURR, W.: Evaluation der Anwendung lösungsorientierter Kurztherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Familiendynamik 18 (1), 1993, 11–21.
- BURR, W.: Wozu brauchen wir eine systemische Kindertherapie? In: ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg 2001.
- BURR-FULDA, H.: Das ist ja babyeierleicht – Lösungen in der Entwicklungstherapie. In: VOGT-HILMANN, M./BURR, W.: Kinderleichte Lösungen – Lösungsorientierte kreative Kindertherapie. Dortmund 1999.

- CACHAY, K./THIEL, A.: Erziehung im und durch Sport in der Schule. Systemtheoretisch-konstruktivistische Überlegungen. In: VOSS, R. (Hrsg.): Die Schule neu erfinden. Systemisch-konstruktivistische Annäherungen an Schule und Pädagogik. Berlin 1996, 333–351.
- CARTELL, R. B./SCHEIER, J. H.: The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York 1961.
- CASPAR, F.: Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Göttingen 1996².
- CASPAR, F./GRAWE, K.: Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen. In: CASPAR, F. (Hrsg.): Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen 1996, 65–86.
- CASSIDY, J.: Child-mother attachment and the self in six-year-olds. In: Child Development, 59, 1988, 121 bis 134.
- CHASIOTIS, A.: Soziobiologie und Entwicklungspsychologie der frühesten Kindheit. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Osnabrück, Osnabrück 1990.
- CIARANELLO, R./AIMI, J./DEAN, R. S./MORILKA, D./PORTEUS, M. H./CICCHETTI, D.: Fundamentals of molecular neurobiology. In: CICCHIETTI, D./COHEN, D. J. (Hrsg.): Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and method. New York 1995, 109–160.
- CICCHETTI, D./GREENBERG, M. T.: Special issue: Attachment and developmental psychopathology. The legacy of John Bowlby. Development and Psychopathology 3: 1991, 347–350.
- CIERPKA, M.: Familiendynamik. Heidelberg 1987.
- CIERPKA, M.: Wie normal ist die Normalfamilie? – Empirische Untersuchungen. Heidelberg 1988.
- CIERPKA, M.: Zur Entwicklung des Familiengefühls. Forum Psychoanalyse 8, 1992, 32–46.
- CIERPKA, M.: Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin 1996.
- CIOMPI, L.: Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte. In: BÖKER, W./BRENNER, M. D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern 1986.

CIOMPI, L.: Zur Integration von Fühlen und Denken im Licht der „Affektlogik“. Die Psyche als Teil eines autopoietischen Systems. In: KISKER u.a. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Band 1. Berlin, Heidelberg 1986, 373–410.

CIOMPI, L.: *Außenwelt – Innenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen*. Göttingen 1988, 1989².

CIOMPI, L.: Die Hypothese der Affektlogik. In: *Spektrum der Wissenschaft*, 2, 1993, 76–87.

CIOMPI, L.: Affektlogik – die Untrennbarkeit von Fühlen und Denken. In: FEDROWITZ, J./MATEJOVSKI, D./KAISER, G. (Hrsg.): *Neuroworlds. Gehirn – Geist – Kultur*. Frankfurt am Main, New York 1994, 117–130.

CIRILLO, S./DI BLASIO, P.: *Familiengewalt – Ein systemischer Ansatz*. Stuttgart 1992.

CLAUSS, A.: *Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender*. Erlangen 1981.

CRATTY, B. J.: *Perceptual and motor development in infants and children*. London 1970.

CRATTY, B. J.: *Perceptuale-Motor theories in the 1980's: The New Look*. International Congress Physical Education. University Quebec, June 1979.

CRITTENDEN, P. M.: Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology* 4, 1992a, 209–241.

CRITTENDEN, P. M.: Treatment of anxious attachment in infancy and early childhood. *Development and Psychopathology* 4, 1992b, 575–602.

CRITTENDEN, P. M.: Peering into the black box: An explorative treatise on the development of self in young children. In: CICCHETTI, D./TOTH, S. L. (Hrsg.): *Rochester symposium on developmental psychopathology*. Vol. 5: Disorders and dysfunctions of the self. New York 1994, 79–148.

CRITTENDEN, P. M./CLAUSSEN, A. H.: Validation of two procedures for assessing quality of attachment in the preschool years. Paper presented in the Symposium „Quality of Attachment in the Preschool Years“. International Conference on Infant Studies. Paris 1994.

DAVISON, G. C./NEALE, J. M.: *Klinische Psychologie*. München 1988³.

DELL, P. F.: Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie. Dortmund 1986.

DE RIJT-PLOOIJ, H. H. C. VAN/ PLOOIJ, F. X.: Distinct periods of mother-infant conflict in normal development, Sources of progress and germs of pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, 1993, 229–245.

DE SHAZER, S.: Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Heidelberg 1992.

DE SHAZER, S.: Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg 1993³.

DE SHAZER, S.: Therapie als System. Entwurf einer Theorie. In: REITER et al. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive, 1997², 289–303.

DIETEL, B.: Sensorische Integration nach Jean Ayres. Einige kritische Anmerkungen. *Der Kinderarzt* 18, 1987, 1360–1369.

DOERING, W./DOERING, W.: Bewegen und Denken – Sensorische Integrationsbehandlung. *Praxis der Psychomotik* 1, 1989, 17–24.

DOERING, W./DOERING, W.: Sensorische Integration – ein alltäglicher Vorgang. In: DOERING, W./DOERING, W. (Hrsg.): *Sensorische Integration*. Dortmund 1990, 11–25; 1993².

DOERING, W./DOERING, W.: *Sensorische Integration*, Dortmund 1993².

DOLLARD, J./DOOB, L./MILLER, N./MOWRER, O./SEAR, R.: Frustration and aggression. New Haven, 1939; dtsh.: *Frustration und Aggression*. Weinheim, 5, 1973.

DONALDSON, M.: *Wie Kinder denken*. Bern 1982.

DREIKURS, R./SOLTZ, V.: *Kinder fordern uns heraus. Wie erziehen wir zeitgemäß?* Stuttgart 1996; 2002, 10. Auflage.

DRINK, M.: *Systemtheoretisch orientierte Modelle von Emotion und Kognition. Einige Folgerungen für Pädagogik und Psychotherapie. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn*. Bonn 1989.

DROSDOWSKI, G./GREBE, P.: DUDEN, das Herkunftswörterbuch. Die Etymologie der deutschen Sprache, Band 7. Mannheim 1963.

DSM-III-R: Diagnostisches und statistisches Manual für psychische Störungen. Weinheim 1989.

DUFFY, E.: Activation and behavior. New York 1962.

DUHL, B.: Skulptur – Äquivalenz in Aktion. In: MOSKAU, G./MÜLLER, G. (Hrsg.): Virginia Satir. Wege zum Wachstum. Paderborn 1992, 121–137.

DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings. Dortmund 1996.

EBERWEIN, H.: Systemisch-ganzheitliche Diagnostik in der Schule. In: VOSS, R.: Die Schule neu erfinden. Systemisch-konstruktivistische Annäherung an Schule und Pädagogik. Berlin 1996.

ECKERT, R. A.: Psychomotorik in der Entwicklung. Geschichte, Gegenwart und Perspektiven der Psychomotorik in Deutschland, insbesondere im Hinblick auf die Arbeit mit Sprachbehinderten. In: LOTZMANN, G. (Hrsg.): Psychomotorik in der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie. Fischer 1992, 61–97.

EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. Dortmund 1994.

EGGERT, D./KIPHARD, E.: Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder. Schorndorf 1972, 166–209.

EGGERT, D./LÜTJE, B.: Psychomotorik in der (Sonder-)Schule? Empirische Studien zu den Grenzen eines Förderkonzepts. In: Praxis der Psychomotorik 16, 1991, 3, 156–168.

EGGERT, D./STEHN, M.: ‚Ganzheitlichkeit‘ zur Verwendung gestalt- und ganzheitspsychologischer Konzepte in der Psychomotorik. In: Motorik 1, Schorndorf 1987, Heft 3.

EGGERT, D./RATSCHINSKI, G.: Interventionsorientierte Diagnostik psychomotorischer Basisfaktoren bei lern- und entwicklungsgestörten Kindern. In: Motorik 7, Schorndorf 1984, Heft 1, 3–13.

EINSIEDLER, W.: Das Spiel der Kinder. Bad Heilbrunn 1999.

ELKAIM, M.: Wenn du mich liebst, lieb mich nicht. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Familientherapie. Freiburg 1992.

EMDE, R. N.: The infant's relationship experience. Developmental and affective aspects. In: SAMEROFF, A. J./EMDE, R. N. (Hrsg.): Relationship disturbances in early childhood. New York 1989.

EMRICH, H. M.: Drei-Komponenten-Modell einer Systemtheorie der Psychose: Störung der Wahrnehmung stereoskopischer Invertbilder als Indikator einer funktionellen Gleichgewichtsstörung. In: BÖKER, W./BRENNER, H. D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Bern 1989.

ENNENBACH, W.: Bild und Mitbewegung. In: NITSCH, R./HACKFORT, D. (Hrsg.): Betrifft: Psychologie & Sport. Sonderband 13, Köln 1989.

EPSTEIN, N. B./SIGAL, J. J./RACKOFF, V.: Family Categories Schema (unveröffentl. Manuskript). Jewish General Hospital, Montreal, 1962.

EPSTEIN, N. B./BISHOP, D. S./RYAN, C./MILLER, I./KEITNER, G.: The McMaster model of healthy family functioning. In: WALSH, F. (Hrsg.): Normal family processes. New York 1993², 138–160.

ERIKSON, E. H.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main 1966.

ERICKSON, M. F./SROUFE, L. A./EGELAND, B.: The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk-sample. In: BRETHERTON, I./WATERS, E. (Hrsg.): Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development 50, 1985, 147–166.

EYLARDUSWERK (Hrsg.): Innovation in der Jugendhilfe durch „Video-Home-Training“. Bad Bentheim 1996.

EYSENK, H. J.: The biological basis of personality. London 1967.

EYSENCK, H. J./RACHMANN, S.: Neurosen – Ursachen und Heilmethoden. Berlin 1971, 4. Auflage.

FAIRBAIRN, W. R. D.: An object-relations theory of the personality. New York 1952.

FEINMAN, S. (Hrsg.): Social referencing and the social construction of reality in infancy. New York 1992.

FELDENKRAIS, M.: Bewegungserziehung zur Verbindung von Körper und Geist. In PETZOLD (Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn 1974, 174–192.

FELDENKRAIS, M.: Bewußtheit durch Bewegung, Frankfurt am Main 1978.

FELDENKRAIS, M.: Die Entdeckung des Selbstverständlichen, Frankfurt am Main 1987.

FELTZ, D. L./LANDERS, D. M.: The effects of mental practice on motor skill learning and performance: A meta-analysis. *Journal of Sport Psychology* 5, 1983, 25–57.

FISCH, R./WEAKLAND, J. H./SEGAL, L.: Strategien der Veränderung. Systemische Kurzzeittherapie. Stuttgart 1987.

FLEHMIG, I.: Aspekte sensorischer Integrationsentwicklung von Bewegung und Sprache. In: IRMISCHER, T./IRMISCHER, E. (Hrsg.): Bewegung und Sprache. Schorndorf 1988, 9–12.

FOERSTER, H. v.: Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: WATZLAWICK, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. München 1981, 39–60.

FOERSTER, H. v.: Sicht und Einsicht. Braunschweig 1985.

FOERSTER, H. v.: Abbau und Aufbau. In: SIMON, F. B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Berlin 1988a.

FOERSTER, H. v.: Konstruktivismus versus Solipsismus. Fragen an Heinz von Foerster. In: SIMON, F. (Hrsg.): 1988b, 121–123.

FOERSTER, H. v.: Wahrnehmen oder Falschnehmen? In: DOERING, W./DOERING, W./DOSE, G./STADELMANN, M. (Hrsg.): Sinn und Sinne im Dialog. Der Kongreß zur Wahrnehmung – 2.–4.3.1995. Dortmund 1996, 115–130.

FOSS, B. M. (Hrsg.): Determinants of infant behavior. London 1969.

FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Werke, Bd. 14.

FREUD, S.: Hysterie und Angst. Frankfurt am Main 1971.

FREVERT, G.: Der Dialog zwischen Therapeuten- und Familiensystem. Eine textanalytische Untersuchung von Familiengesprächen. Dissertation Universität, Ulm 1992.

FRIES, M.: Schwierige Babys, erschöpfte Eltern – Möglichkeiten früher Intervention. In: SCHLIPPE, A. v./LÖSCHE, G./HAWELLEK, C. (Hrsg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. Münster 2001, 79–90.

FRÖHLICH, A. D.: Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung. Heidelberg 1986.

FUNKE, J.: Psychomotorik in der Schule. Möglichkeiten und Schwierigkeiten des psychomotorischen Sportunterrichts in der Regelschule. In: Motorik, Schorndorf 11, Heft 4, 88.

FÜRSTENAU, P.: Entwicklungsförderung durch Therapie – Grundlagen psychoanalytischer systemischer Therapie. Leben lernen 81, 1992.

GALLAHUE, D.: Understanding Motor Development in Children, New York 1982.

GALTON, L.: Was tun, wenn die Seele schreit? Die Beseitigung körperlicher Leiden durch die Heilung seelischer Krankheiten und umgekehrt. Augsburg 1988.

GEHRING, T. M.: FAST – Familiensystem-Test, Manual. Göttingen 1992.

GELLENBECK, K. zu: Therapeutische Interventionen im Kleinkindalter. Diplomarbeit, Universität Osnabrück, Osnabrück 2003.

GENDLIN, E. T.: Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Salzburg 1981.

GERBER, G. L./KASWAN, J.: Expression of emotions through family grouping schemata, distance and interpersonal focus. Journal of Consulting and Clinical Psychology 36, 1971, 370–377.

GINDLER, E.: Die Gymnastik des Berufsmenschen. Gymnastik 1, 1926, 82–95.

GIPS, H.: Spieldiagnostik und Spieltherapie als Möglichkeit der Verhaltensänderung und Kommunikationsförderung. In: KREUZER, K. J. (Hrsg.): Handbuch der Spielpädagogik. Band 4. Spiel im therapeutischen und sonderpädagogischen Bereich. Düsseldorf 1984.

GLASERSFELD, E. v.: Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Braunschweig 1987.

GLASERSFELD, E. v.: Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: WATZLAWICK, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? München, Zürich 1988, 16–38, 5. Auflage.

GOEBEL, J.: ELKINA – Eltern-Kind-Interaktionsanalyse: Ein Auswertungsinstrument zur Erfassung sprach- und beziehungsförderlichen Elternverhaltens. Diplomarbeit, Universität Osnabrück, noch in Arbeit, Fertigstellung voraussichtlich 2005.

GOETZE, H.: Personenzentrierte Spieltherapie. Göttingen 1981.

GOLDSMITH, H./GOTTESMANN, I.: Heritable variability and variable heritability in developmental psychopathology. In: LENZENWEGER, M. F./HAUGAARD, J. J. (Hrsg.): *Frontiers of developmental psychopathology*. New York 1996, 5–43.

GOOLISHIAN, H./ANDERSON, H.: Language systems and therapy: An evolving idea, *Journal of Psychotherapy* 24, 1987, 529–538.

GOOLISHIAN, H./ANDERSON, H.: Menschliche Systeme. In: REITER, L. et al. (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Heidelberg 1997², 253–287.

GORDON, T.: *Familienkonferenz – Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind*. Hamburg 1972.

GOSWAMI, U.: *Analogical reasoning in children*. New York 1992.

GOTTLIEB, G.: Experimental canalization of behavioural development: I. Theory. *Developmental Psychology* 27, 1991, 4–13.

GOTTLIEB, G.: *Individual development and evolution: The genesis of novel behaviour*. New York 1992.

GREEN, R. G./KOLEVZON, M. S./VOSLER, N. R.: The Beavers-Timberlawn Model of family competence and the Circumplex Model of family adaptability and cohesion: separate, but equal? *Family Process* 24, 1985, 385–398.

GREENBERG, M. T./CICCHETTI, D./CUMMINGS, E. M. (Hrsg.): *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago 1990.

GREENOUGH, W. T./BLACK, J. E.: Induction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development. In: GUNNAR, M. R./NELSON, C. A. (Hrsg.): *Developmental behavioral neuroscience*. Hillsdale, 1992, 155–200.

GREVE, J.: Systemische Betrachtungen zur Motorik am Beispiel des Tremors. *Motorik*, 2, Schorndorf 1988, Heft 6.

GRIPP-HAGELSTANGE, H.: *Niklas Luhmann. Eine Einführung*. München 1995.

GROSS, W.: *Finde ich meinen Körper, so finde ich mich*. Freiburg 1984.

GROSSMANN, K.: Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters. In: SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart 1995.

GROSSMANN, K. et al.: Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung, Berlin 1989.

GUARDO, C. J./MEISELS, M.: Child-parent spatial patterns under praise and reproof. *Development Psychology* 5, 1971, 365.

GÜNTHER, W./GRUBER, H.: Psychomotorische Störungen bei psychiatrischen Patienten als mögliche Grundlage neuer Ansätze in Differentialdiagnose und Therapie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 233, 1983, 187–209.

GUNTERN, G.: Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. In: *Zeitschrift Familiendynamik* 1/1980, 2–41.

GUNTERN, G./MINUCHIN, S.: Systemtherapie, Structural Family Therapy. Brig.: ISO-Stiftung 1981.

GURMAN, A. S./KNISKERN, D. P. (Hrsg.): *Handbook of family therapy*. New York 1981.

HACKER, W.: *Allgemeine Arbeits- und Ingenieurspsychologie*. Bern, Stuttgart 1977².

HAAS, R.: Die Erfassung des Raumverhaltens und -erlebens bei psychisch Kranken. In: HÖLTER, G.: *Mototherapie mit Erwachsenen*. Schorndorf 1993, 94–108.

HÄFNER, H./RANDEBAUER, W.: Angst, Terror und ihre Folgen aus medizinischer Sicht. In: BITTNER, G.: *Die politische und gesellschaftliche Rolle der Angst*, Frankfurt am Main 1967.

HAHN, K./MÜLLER, F.-W. (Hrsg.): *Systemische Erziehungs- und Familienberatung. Wege zur Förderung autonomer Lebensgestaltung*. Mainz 1993, 83–91.

HAKEN, H.: Synergetik und ihre Anwendung auf psychosoziale Probleme. In: STIERLIN, H./SIMON, F./SCHMID, G. (Hrsg.): *Familiäre Wirklichkeiten*. Stuttgart 1987, 36–50.

HALEY, J.: *Direktive Familientherapie – Strategien für die Lösung von Problemen*, Freiburg 1979.

HALL, A./FAGEN, R.: Definition of a System. *General Systems Yearbook* 1, 1956, 18–29.

HALL, A./FAGEN, R. E.: Definition of a System. In: BUCKLEY, W. (Hrsg.): Modern systems research for the behavioral scientist: a sourcebook. Chicago 1968, 81–92.

HAMMER, R.: Bewegung allein genügt nicht. Dortmund 2001.

HAMMER, R./PAULUS, F.: Psychomotorische Familientherapie – Systeme in Bewegung. Motorik 25, Schorndorf 2002, Heft 1.

HANEKAMP, K.: Familien und ihre Ideen über ihre Ideen. Diplomarbeit, Universität Osnabrück, Osnabrück 2000.

HANSEN, V.: Psychiatric service within primary care. Mode of organization and influence on admission-rates to a mental hospital. Acta Psychiatrica Scandinavia 76, 1987, 121–128.

HARING, C.: Psychiatrie. Stuttgart 1989.

HARLOW, H. F.: The development of affectional patterns in infant monkeys. In: FOSS, B. M. (Hrsg.): Determinants of infant behavior, Bd. 1. London 1961.

HARTMANN-KOTTEK-SCHROEDER, L.: Gestalttherapie. In: CORSINI, R. J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Weinheim 1983.

HAWELLEK, C.: Das Mikroskop der Therapeuten. Zu den Möglichkeiten der Videokonsultation bei Eltern-Kind-Problemsystemen. Systema 9 (1), 1995, 6–28.

HAWELLEK, C.: Von der Kraft der Bilder. Systema 11 (2), 1997, 125–135.

HEIDEN, U. an der: Dynamische Krankheiten – Konzepte und Beispiele. In: Verhaltensmedizin als angewandte Systemwissenschaft; Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 1993², 51–65.

HEINEMANN, C.: Arbeit mit Familien unter stationären und ambulanten Bedingungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Acta paedopsychiatrica 1991, 52–55.

HENNING, T.: Indikationskriterien zur Familientherapie – Empirische Analyse therapeutischer Entscheidungen in der Praxis. Göttingen 1991.

HENRY, F. M./ROGERS, D. E.: Increased response latency for complicated movements and a „memory-drum“ theory of neuromotor reaction. Research Quarterly 31, 1960, 448–458.

HERLTH, A.: Was macht Familien verletzlich? Bedingungen der Problemverarbeitung in familialen Systemen. In: LÜSCHER, K.: Die postmoderne Familie. Konstanz 1988, 312 ff.

HERLTH, A. et al.: Problembewältigung in der Familie: Leistung der Mütter? In: Forschung an der Universität Bielefeld 4/1991, 15 ff.

HERZOG, W.: Modell und Theorie in der Psychologie. Göttingen, 1984.

HETZER, H./TODT, E./SEIFFGE-KRENKE, I./ARBINGER, R. (Hrsg.): Angewandte Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg 1979, 42–67; München 1990, 47–76.

HEUER, H.: Psychomotorik. In: SPADA, H.: Klinische Psychologie. Bielefeld 1987.

HEUER, H.: Psychomotorik: Intervention. In: BAUMANN, U./PERREZ, M.: Klinische Psychologie. Band 2, Göttingen 1991.

HEUER, H.: Psychomotorik: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: BAUMANN, U./PERREZ, M.: Klinische Psychologie. Band 2, Göttingen 1991.

HEUER, H.: Psychomotorik: Klassifikation und Diagnostik. In: BAUMANN, U./PERREZ, M.: Klinische Psychologie. Band 1, Göttingen 1994.

HOFFMANN, L.: Grundlagen der Familientherapie, Konzepte für die Entwicklung von Systemen. Hamburg 1982.

HOFFMANN, L.: Beyond power and control. Towards a „second order“ family system therapy. Family systems Medicine 3: 1985, 381–396. Dtsch.: Jenseits von Macht und Kontrolle. Auf dem Wege zu einer systemischen Familientherapie ‚zweiter Ordnung‘, Zeitung systemischer Therapie 5 (2): 1987, 76–93.

HÖHNE, S.: Das pädiatrische Förderkonzept von A. Milani-Comparetti und seine Bedeutung für die Psychomotorik. In: Motorik 14, Schorndorf 1991, Heft 2.

HÖLTER, G.: Qualitative Bewegungsanalysen in der Motodiagnostik von psychisch kranken Erwachsenen. In: Motorik 12, Schorndorf 1989, Heft 1.

HÖLTER, G.: Psychomotorik mit Erwachsenen. Zum Konzept einer Bewegungstherapie in der Psychiatrie auf psychomotorischer und sportpädagogischer Grundlage. In: IRMISCHER, T./FISCHER, K.: Psychomotorik in der Entwicklung. Band 8, Schorndorf 1989.

HÖLTER, G.: Mototherapie mit Erwachsenen, Schorndorf 1993.

HÖLTER, G.: Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. In: HÖLTER, G.: Mototherapie mit Erwachsenen, Schorndorf 1993.

HOSEMANN, D./KRIZ, J./SCHLIPPE, A. v.: FamilientherapeutInnen im Gespräch. Freiburg 1993.

HÜNNEKENS, H./KIPHARD, E. J.: Bewegung heilt, psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern. Gütersloh 1960.

HUSCHKE-RHEIN, R.: Systemisch-ökologische Pädagogik. Band III. Systemtheorien für die Pädagogik, Köln 1992/2.

HUSCHKE-RHEIN, R.: Systemische Pädagogik. Band IV. Systemtheorien für die Pädagogik Köln 1990.

IJZENDOORN, M. H. Van: Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 117, 1995, 387–403.

IJZENDOORN, M. H. Van/KROONENBERG, P. M.: Cross-cultural patterns of attachment. A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development* 59, 1988, 147–156.

IMBER-BLACK, I./ROBERTS, J./WHITING, E.: Rituale in Familien und Familientherapie. Heidelberg 1992.

INSTITUT FÜR FAMILIENTHERAPIE e.V. WEINHEIM: Ausbildung und Entwicklung. Informationsbroschüre. Weinheim 1994.

INTEGRATIVE THERAPIE 2/78 Zeitschrift.

IRMISCHER, T.: Ursprünge. In: IRMISCHER, T./FISCHER, K.: Psychomotorik in der Entwicklung, Motorik, Band 8, Schorndorf 1989.

IRMISCHER, T./FISCHER, K.: Psychomotorik in der Entwicklung, Motorik, Band 8, Schorndorf 1989.

JACOB, F.: Das Spiel der Möglichkeiten. Von der offenen Geschichte des Lebens. München 1983.

JACOBSON, E.: Electrophysiology of mental activities. *American Journal of Psychology* 44, 1932, 677 bis 694.

JÄGER, R. S./PETERMANN, F.: *Psychologische Diagnostik*. Weinheim 1992.

JAMES, W.: *The principles of psychology*. Dover 1950.

JAROSCH, B./GÖBEL, H./PANTEN, D.: Von der Psychomotorischen Übungsbehandlung zur Klinischen Psychomotorischen Therapie. In: IRMISCHER, T./FISCHER, K.: *Psychomotorik in der Entwicklung*. *Motorik*, Band 8, Schorndorf 1989, 147–162.

KANDEL, E. R.: Zelluläre Grundlagen von Lernen und Gedächtnis. In: KANDEL, E. R./SCHWARTZ, S. H./JESSEL, T. M. (Hrsg.): *Neurowissenschaften*. Heidelberg 1996, 685–714.

KANDEL, E. R./KUPFERMANN, I.: Von den Nervenzellen zur Kognition. In: KANDEL, E. R./SCHWARTZ, S. H./JESSEL, T. M. (Hrsg.): *Neurowissenschaften*. Heidelberg 1996, 325–352.

KAST-ZAHN, A.: *Jedes Kind kann Regeln lernen*, Oberstebrink 1997, 7. Auflage.

KATZ, A. Z.: Nach-Worte. Die Fortsetzung des Dialogs. In: ANDERSEN (Hrsg.): *Das Reflektierende Team*. Dortmund, 1990; 1996, 4. Auflage.

KATZ, D./KAHN, R. L.: *The socialpsychology of Organizations*. Chichester 1978².

KAUFMANN, L.: Familientherapie. In: KISKER, K. P. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Band 3, Heidelberg, 669–710.

KEGAN, R.: *Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München 1986, 1991².

KELLER, H. (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin 1989.

KELLER, H./MEYER, H.-J.: *Psychologie der frühesten Kindheit*. Stuttgart 1982.

KEMLER, H.: Das Konzept der Sensorisch-Integrativen Dysfunktion von Jean A. Ayres. *Praxis der Psychomotorik*, 1988, 2: 70–74 bzw. 3: 112–115.

KEMPLER, W.: *Grundzüge der Gestalt-Familientherapie*. Stuttgart 1975.

KEMPLER, W.: Erlebnisaktivierende Familientherapie. Paderborn 1989.

KERSTING, H. J.: Intervention – Die Störung unbrauchbarer Wirklichkeiten. In: BARDMANN, T. M./KERSTING, H. J./VOGEL, H.-C./WOLTMANN, B.: Irritation als Plan. Konstruktivistische Einredungen. Aachen 1991, 108–132.

KESPER, K./HOTTINGER, C.: Mototherapie bei sensorischen Integrationsstörungen. München 1992.

KESSELMANN, G.: Konzeption und Wirksamkeit in der Mototherapie. Psychomotorik in Forschung und Praxis, Band 14. Kassel 1992.

KESSELMANN, G.: Therapeutisch-orientierte Bewegungserziehung im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung. Motorik 7, Schorndorf 1984, Heft 2.

KIM-BERG, I.: Familien-Zusammenhalt(en), ein kurztherapeutisches und lösungs-orientiertes Arbeitsbuch. Dortmund 1992.

KING, H. E.: Psychomotor correlates of behavior disorders. In: KIETZMAN, M. L./SUTTON, S./ZUBIN, J. (Hrsg.): Personality and psychopathology. Experimental approaches to psychopathology. New York 1975.

KINZINGER, S.: Perspektiven der Kinderarbeit. In: Festschrift – 100 Jahre Kinderhaus und Fachschule für Sozialpädagogik. Blätter aus dem Frankfurter Diakonissenhaus. Juni 1992.

KINZINGER, W.: Familientherapie in der Kinderklinik. In: BECKER, W. (Hrsg.): Kranke Kinder zwischen Familie und Klinik. Evangelischer Presseverband, Frankfurt am Main 1980, 37 ff.

KINZINGER, W.: Das Kind zwischen Herkunftsfamilie und Ersatzfamilie. In: Unsere Jugend 10/1982, 443 ff.

KINZINGER, W.: Gesellschaft im Wandel – Veränderungen in der Familie. Auswirkungen auf die Arbeit einer Erziehungsberatungsstelle. In: KIPHARD, E. J./OLBRICH, I.: Psychomotorik und Familie. Psychomotorische Förderpraxis im Umfeld von Therapie und Pädagogik, Dortmund 1995, 15–28.

KINZINGER, W.: Vorsicht Familientherapie?! Möglichkeiten und Grenzen familientherapeutischer Interventionen in psychomotorischen Arbeitsfeldern. In: KIPHARD, E. J./OLBRICH, I.: Psychomotorik und Familie, psychomotorische Förderpraxis im Umfeld von Therapie und Pädagogik. Dortmund 1995, 149–165.

KINZINGER, W./BONNEY, H.: Kinder mit Moebius-Syndrom, Belastungsfaktoren in der psychosozialen Entwicklung. In: Pädiatrische Praxis 26. München 1982, 237 ff.

KIPHARD, E.: Mototherapie Teil 1 , Dortmund 1990, 3.verb.u.erweiterte Auflage.

KIPHARD, E.: Entwicklungen und Perspektiven der Psychomotorik? In: HUBER/RIEDER/NEUHÄUSER: Psychomotorik in Theorie und Pädagogik. Dortmund 1990.

KIPHARD, E. J.: Motopädagogik, Dortmund 1992, 5. Auflage.(o. J. 1. Auflage)

KIPHARD, E. J.: Mototherapie Teil 2, Dortmund 1994, 4. Auflage.

KIPHARD, E. J./OLBRICH, I. (Hrsg.): Psychomotorik und Familie. Dortmund 1995.

KLAES, R./SCHURNBERGER, M.: Auf dem Weg zu einer systemischen Bewegungstherapie in kinder- und jugendpsychiatrischen Kontexten. Unveröffentlichtes Manuskript 1997.

KLAES, R./WALTHES, R.: Über Sinn und Unsinn von Bewegungsstörungen. In: PROHL, R./SEEWALD, J.: Bewegung verstehen. Facetten und Perspektiven einer qualitativen Bewegungslehre. Schorndorf 1995a, 237–262.

KLAES, R./WALTHES, R.: Bewegungsorientierte Frühförderung mit Familien – das Tübinger Konzept. Papiere zum Workshop „Bewegungsorientierte Frühförderung mit Familien“ auf dem Kongress „Perspektiven der Motologie“ des Instituts für Sport- und Bewegungswissenschaft und des Berufsverbandes der Dipl.-Motologinnen und -Motologen, vom 5.–7.10.1995 an der Pädagogischen Hochschule in Erfurt.

KNEER, G./NASSEHI, A.: Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. München 1994?

KOHLBERG, L.: Continuities in childhood and adult moral development revisited. In: BALTES, P. B./SCHAIE, W. (Hrsg.): Life-span developmental psychology: Personality and socialization. New York 1973.

KÖHLER, W.: Die Aufgabe der Gestaltpsychologie. Berlin 1971.

KOLB, B./WHISHAN, I. Q.: Neuropsychologie. Heidelberg, 1990.

KOSCHORKE, M.: Indikation für Familientherapie. Kleine Texte – EZI Nr. 7. Berlin 1985.

KREUZER, K. J. (Hrsg.): Handbuch der Spielpädagogik. Band 4. Spiel im therapeutischen und sonderpädagogischen Bereich. Düsseldorf 1984.

KREUZER, K. J.: Zur Bedeutung der Spielanwendung und des Spieleinsatzes in speziellen Bereichen. In: KREUZER, K. J. (Hrsg.): Handbuch der Spielpädagogik. Band 4. Spiel im therapeutischen und sonderpädagogischen Bereich. Düsseldorf 1984.

KRIZ, J.: Pragmatik systemischer Therapie-Theorie II: Der Mensch als Bezugspunkt systemischer Perspektiven. In: System Familie 3 (2), 1990a, 97–197.

KRIZ, J.: Erkennen und Handeln. Zum besonderen Verhältnis von (konstruktivistisch-systemischer) Theorie und Praxis in der klinischen Psychologie. In: RIEGAS, V./VETTER, C. (Hrsg.): Zur Biologie der Kognition. Frankfurt 1990, 189–204.

KRIZ, J.: Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Eine Einführung. Wien 1991/1999².

KRIZ, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie, Weinheim 1991³ und Weinheim 2001, 5. vollständig überarbeitete Auflage.

KRIZ, J.: Empirische Schritte auf dem Weg zu einer Mehrebenen-Konzeption systemischer Therapie. In: System Familie 6, 1993, 123–125.

KRIZ, J.: Personenzentrierter Ansatz und Systemtheorie. In: Personenzentriert 1, 1994 a, 17 bis 70.

KRIZ, J.: Zur systemtheoretischen Konzeption von ‚Familie‘. In: HERLTH, A. (Hrsg.): Abschied von der Normalfamilie. Partnerschaft kontra Elternschaft. Berlin/Heidelberg 1994b, 31–41.

KRIZ, J.: Attraktoren bei kognitiven und sozialen Prozessen. Kritische Analyse eines Mode-Konzeptes. Heidelberg 1994c.

KRIZ, J.: Muster personaler und interpersonaler Wirklichkeitskonstruktionen. In: FISCHER, H. R. (Hrsg.): Die Wirklichkeit des Konstruktivismus. Heidelberg 1995, 63–82.

KRIZ, J.: Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten. Göttingen/Zürich 1997.

KRIZ, J./SCHLIPPE, A. v./WESTERMANN, B.: Kontexte für Veränderung schaffen: Die Arbeit mit dem Reflektierenden Team. In: SCHLIPPE, A. v./KRIZ, J. (Hrsg.): Kontexte für Veränderung. Systemische Perspektiven in Theorie und Praxis. Universität Osnabrück: Forschungsbericht aus dem Fachbereich Psychologie. Osnabrück 1996.

KRIZ, W. C.: Lernziel: Systemkompetenz. Planspiele als Trainingsmethode. Göttingen 2000.

KROH, O.: Entwicklungspsychologie des Grundschulkindes. Langensalza 1928.

KROHNE, H. W.: Angst und Angstverarbeitung. Stuttgart 1975.

KROLL, M.: Die neuropathischen Syndrome. Berlin 1925.

KRUSE, P.: Stabilität – Instabilität – Multistabilität: Selbstorganisation und Selbstreferentialität in kognitiven Systemen. In: Delfin 6, Nr. 3, 1988, 35–37.

KÜKELHAUS, H.: Organismus und Technik. Gegen die Zerstörung der menschlichen Wahrnehmung. Frankfurt am Main 1981.

KUSCH, M.: Entwicklungspsychopathologie. In: ROTTHAUS, W.: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg 2001, 41–75.

KUSCH, M./PETERMANN, F.: Konzepte und Ergebnisse der Entwicklungs-psychopathologie. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen 1998, 53–90.

LARSEN, C.: Die persönliche Evaluation von Psyche und Soma – Psychosomatik besser verstehen – bei sich selbst und bei Patienten: Fallbeispiele aus der Spiraldynamik-Praxis. In: Krankengymnastik 51, Jahrgang 1999, Nr.5

LEIMKÜHLER, A. M.: ‚Systemische Psychiatrie‘ – Erkenntnis und therapeutischer Nutzen? In: PpMp, Psychotherapeutische Psychosomatische Medizinische Psychologie 43, 1993.

LERNER, J. V./NITZ, K./TALWAR, R./LERNER, R. M.: On the functional significance of temperamental individuality: A developmental conceptual view of the concept of goodness of fit. In: KOHNSTAMM, G. A./BATES, J. E./ROTHBART, M. K. (Hrsg.): Temperament in childhood. Chichester 1989, 509–522.

LEVITT, E.: Die Psychologie der Angst. Stuttgart 1971.

LEWIS, M.: Predicting psychopathology in 6 year olds from early parental relations. In: Integrative Psychiatry 3, 1985, 284–289.

LEWIS, R./LOWEN, A.: Bioenergetische Analyse. In: PETZOLD (Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik, Paderborn 1974, 215–242.

LICHER, C.: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch-fundierte ambulante Psychotherapie bei Patientinnen mit Bulimie und Anorexie (vom bulimischen Subtyp). Inaugural-Dissertation, Göttingen 2003.

LICHER, U./RESTEMEYER, R.: Der Einfluß der emotionalen Verfügbarkeit der Mutter auf das Explorationsverhalten und die interaktiven Verhaltensweisen des Kindes, Vordiplomarbeit Psychologie, Universität Osnabrück 1991.

LICHER-RÜSCHEN, U.: Konzeption und Erprobung einer Beobachtungs- und Testbatterie zur Diagnostik der sensorischen und psychomotorischen Entwicklung von 4- bis 8-jährigen Kindern unter Berücksichtigung psychischer Aspekte. Diplomarbeit, Universität Osnabrück 1998.

LIEBSCH, B.: Soziale Perspektivität und familiäres System. 2 Familiendynamik 3/84.

LIEDTKE, R.: Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit, 1996.

LIEGLE, L.: Freie Assoziationen von Familien. In: LÜSCHER, K. (Hrsg.): Die postmoderne Familie. Konstanz 1988, 98 ff.

LOTH, W.: Klinische Kontrakte entwickeln: Ein Weg zum Abstimmen von Angebot und Nachfrage in der Praxis professioneller psychosozialer Hilfe. In: Zeitschrift für systemische Therapie 14, 1996.

LOTZMANN, G. (Hrsg.): Elternberatung und Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hörstörungen. München 1981.

LOWEN, A.: The Betrayal of the Body. New York 1967.

LOWEN, A.: The Language of the Body. New York 1971.

LOWEN, A.: Bioenergetik, Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Hamburg 1988.

LOWEN, A./LOWEN, L.: Bioenergetik für Jeden. München 1985.

LUDEWIG, K.: Die therapeutische Intervention. In: SCHNEIDER, K. (Hrsg.): Familientherapie aus der Sicht psychotherapeutischer Interventionen. Paderborn 1983, 78–95.

LUDEWIG, K.: Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: SCHIEPEK, G. (Hrsg.): Systeme erkennen Systeme. Individuelle, soziale und methodische Bedingungen systemischer Diagnostik. München, Weinheim 1987, 155 bis 173.

LUDEWIG, K.: 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. In: Zeitschrift für systemische Therapie 5 (3), 1987, 178 bis 191.

LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart 1992.

LUDEWIG, K.: Problem – ‚Bindeglied‘ klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: REITER, L. et al. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive, Heidelberg 1997², 231–250.

LUDWIG, G./VORMANN, G.: Katamnestiche Untersuchungen für die therapeutischen Gemeinschaften der STEP 1973–1980. In: Informationen aus der Therapiekette Niedersachsen 1, 1981, 29–39.

LUHMANN, N.: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main 1984; 1987²; 1993, 4. Auflage.

LUHMANN, N.: Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Opladen 1986.

LUHMANN, N.: Was ist Kommunikation? In: SIMON, F. B. (Hrsg.): Lebende Systeme, Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Berlin, Heidelberg 1988, 10–18.

LUHMANN, N.: Selbstreferentielle Systeme. In: SIMON, F. B. (Hrsg.): Lebende Systeme, Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Berlin, Heidelberg 1988, 47–53.

LUHMANN, N.: Therapeutische Systeme – Fragen an Niklas Luhmann. In: SIMON, F. B. (Hrsg.): Lebende Systeme, Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Berlin, Heidelberg 1988, 124–138.

LUHMANN, N.: Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main 1990a.

LUHMANN, N.: Soziologische Aufklärung: Band 5: Konstruktivistische Perspektiven. Opladen 1990b.

LUHMANN, N.: Einführung in die Systemtheorie – Soziologische Systemtheorie I und II. Wintersemester 1991/92, Band 1 und 2. Heidelberg, Autobahnuniversität (Tonkassette).

LUHMANN, N.: Einführung in die Systemtheorie – Psychische und soziale Systeme. Wintersemester 1991/92, Band 11. Heidelberg, Autobahnuniversität (Tonkassette).

LUHMANN, N.: Soziologische Aufklärung: Band 6: Die Soziologie und der Mensch. Opladen 1995.

LÜPKE, H. v.: Das Spiel mit der Identität als lebenslanger Entwicklungsprozeß. In: LÜPKE, H. v./VOSS, R. (Hrsg.): Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Pfaffenweiler 1994a, 82–92.

LÜPKE, H. v./VOSS, R. (Hrsg.): Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln. Pfaffenweiler 1994b.

LÜPKE, H. v./VOSS, R. (Hrsg.): Individuum und Kontext im therapeutischen Setting – Auszug aus einer Diskussion. In: Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Pfaffenweiler 1994c, 120–127.

LÜSCHER, K. (Hrsg.): Die postmoderne Familie. Konstanz 1988.

LUTHMANN, S./KIRSCHENBAUM, M.: Familiensysteme. Wachstum und Störungen, Einführung in die Familientherapie. München 1977.

MAIN, M./WESTON, D. R.: The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development* 52, 1981, 932–940.

MAHLER, M. S. u. a.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt am Main 1984.

MARVIN, R. S./STEWART, R. B.: A family systems framework for the study of attachment. In: GREENBERG, M. T./CICCHETTI, D./CUMMINGS, E. M. (Hrsg.): Attachment in the preschool years. Chicago 1990.

MATAS, L./AREND, R./SROUFE, L. A.: Continuity of adaptation in the second year. The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development* 49, 1978, 547–556.

MATTNER, D.: Angewandte Motologie als ganzheitliche Therapie. *Motorik* 2, Schorndorf 1985, Heft 6.

MATTNER, D.: Zum Problem der Ganzheitlichkeit innerhalb der Motologie. *Motorik* 1, Schorndorf 1987, Heft 3.

MATTNER, D.: Minimale cerebrale Dysfunktion – Abschied von einem bewährten Konzept. *Motorik* 2, Schorndorf 1988, Heft 6.

MATURANA, H. R.: Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig/Wiesbaden 1982.

MATURANA, H. R.: Ein Gespräch zwischen H. R. Maturana und J. Hagens. In: *Psychologie Heute*, April 1987a, 52–53.

MATURANA, H. R.: Grundkonzepte der Theorie autopoietischer Systeme. Neun Fragen von Marianne Krüll an Niklas Luhmann und Humberto Maturana und ihre Antworten. In: *Zeitschrift für systemische Therapie*. Jahrgang 5 (1), 1987b, 4–25.

MATURANA, H. R.: Biologie der Sozialität. In: SCHMIDT, S. J. (Hrsg.): *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt am Main 1988², 287–302.

MATURANA, H. R.: Gespräch zwischen Volker Riegas/Christian Vetter und Humberto R. Maturana. In: RIEGAS, V./VETTER, C. (Hrsg.): *Zur Biologie der Kognition. Ein Gespräch mit Humberto R. Maturana und Beiträge zur Diskussion seines Werkes*. Frankfurt am Main 1990a.

MATURANA, H. R.: Wissenschaft und Alltagsleben. Die Ontologie der wissenschaftlichen Erklärung. In: KROHN, W./KÜPPERS, G. (Hrsg.): *Selbstorganisation. Aspekte einer wissenschaftlichen Revolution*. Braunschweig, Wiesbaden 1990b, 107–138.

MATURANA, H. R.: Wissenschaft und Alltag. Die Ontologie wissenschaftlicher Erklärungen. In: WATZ-LAWICK, P./KRIEG, P. (Hrsg.): *Das Auge des Betrachters. Beiträge zum Konstruktivismus*. München 1991, 167–208.

MATURANA, H. R.: The Origin of the Theory of Autopoietic Systems. In: FISCHER, H. R. (Hrsg.): *Autopoiesis. Eine Theorie im Brennpunkt der Kritik*. Heidelberg 1991.

MATURANA, H. R.: Neurophilosophie. In: FEDROWITZ, J./MATEJOVSKI, D./KAISER, G. (Hrsg.): *Neuroworlds. Gehirn – Geist – Kultur*. Frankfurt am Main, New York 1994a.

MATURANA, H. R.: *Was ist Erkennen?* München 1994b.

MATURANA, H. R./VARELA, F. J.: *The Tree of Knowledge*, Boston 1987. Dtsch.: *Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. Bern, München, Wien 1987.

MATURANA, H. R./VERDEN-ZÖLLER, G.: Spiel: Ein vernachlässigter Weg. In: RUSCH, G./SCHMIDT, S. J. (Hrsg.): *Delfin. Eine deutsche Zeitschrift für Konstruktion, Analyse und Kritik*. 23–32; 7. Jahrgang., Heft 1, Siegen, Stuttgart Dez. 1989/Jan. 1990.

MATURANA, H. R./VERDEN-ZÖLLER, G.: *Liebe und Spiel. Die vergessenen Grundlagen des Menschseins*. Heidelberg 1993.

- MAURIZIO, A. M.: Familientherapie. Das systemische Modell und seine Anwendung. Freiburg 1982.
- MAZIADÉ, M./BERNIER, H./THIVIERGE, J./COTE, R.: The relationship between family functioning and demographic characteristics in an epidemiological study. *Journal psychiatry* 32, 1987, 526–533.
- McDONALD, K. B.: Social and personality development. An evolutionary synthesis. New York 1988.
- MEETH, G.: Von Ernst Kiphard bis Virginia Satir: Die in der Praxis erfahrenen Berührungspunkte zwischen zwei Therapieformen. In: KIPHARD, E./OLBRICH, I. (Hrsg.): *Psychomotorik und Familie*. Dortmund 1995, 29–43.
- MEHNE, S.: Systemische Krankengymnastik. In: *Zeitschrift Familiendynamik* 1/1993, 22 bis 36.
- MEINEL, K./SCHNABEL, G.: *Bewegungslehre Sportmotorik*. Berlin 1987, 8. Auflage.
- METZGER, W.: *Psychologie*. Darmstadt 1968, 4. Auflage.
- METZMACHER, B.: Integrative Bewegungstherapie mit Kindern. In: PETZOLD, H./RAMIN, G.: *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Paderborn 1995³.
- MEYER, J. E.: Konzentrierte Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen. *Zeitschrift Psychotherapie und medizinische Psychologie* 11, 1961, 116–127.
- MEYER, S./SCHULZE, E.: *Balancen des Glücks. Neue Lebensformen*. München 1989.
- MILLER, P. H.: *Theories of developmental psychology*. New York 1993.
- MILLER, Y./HAHLWEG, K.: Prävention von emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern. In: SCHLIPPE, A. v./LÖSCHE, G./HAWELLEK, C. (Hrsg.): *Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung*. Münster 2001, 243–253.
- MINUCHIN, S.: *Familie und Familientherapie, Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Freiburg i. Br. 1977; 1981, 4. Auflage.
- MINUCHIN, S./FISHMAN, H. C.: *Family therapy techniques*. Cambridge 1981.
- MINUCHIN, S./FISHMAN, H. C.: *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg 1983.

MINUCHIN, S.: Relationships within the family: a system perspective on development. In: HINDE, R. A./STEVENSON-HINDE, J. (Hrsg.): Relationships within families. Oxford 1988.

MÖHRING, P./NERAL, T. (Hrsg.): Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie. Westdeutscher Verlag 1991.

MÜLLER, G.: Thema mit Variationen: Struktur und Prozeß der Skulpturtechnik. In: MOSKAU, G./MÜLLER, G. (Hrsg.): Virginia Satir. Wege zum Wachstum. Paderborn 1992, 139–162.

MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie. München/Basel 1991.

NANNIS, E. D./COWAN, P. E. (Hrsg.): Developmental psychopathology and its treatment. San Francisco 1988.

NAPIER, A./WHITACKER, C. A.: Tatort Familie. Düsseldorf 1978.

NAPP-PETERS, A.: Ein-Eltern-Familie. Weinheim 1987.

NÄTHER, S.: Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Praxis. München 2000.

NELSON, C. A. (Hrsg.): Minnesota symposia on child psychology. Vol. 27: Threats to optimal development: Integrating biological, psychological, and social risk factors. Hillsdale 1994.

NEUHÄUSER, G.: Entwicklungsneurologische Grundlagen von Bewegungsverhalten und Körperschema. In: Motorik 7, Schorndorf 1984, Heft 4.

NEUHÄUSER, G.: Mototherapie im Spannungsfeld zwischen Physiotherapie und Psychotherapie. In: Motorik 2, Schorndorf 1985, Heft 6.

NEUHÄUSER, G.: Psychomotorische Übungsbehandlung bei Kindern mit cerebraler Dysfunktion. In: IRMISCHER, T./FISCHER, K.: Psychomotorik in der Entwicklung, Band 8, Schorndorf 1989, 121–129.

NEUHÄUSER, G.: Ursachen psychomotorischer Unruhe bei Kindern. In: NISSEN, G.: Therapeutische Probleme bei psychomotorisch unruhigen Kindern. 1982.

NICKEL, H.: Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Band I. Bern 1976.

NICHOLS, P. M.: Family Therapy. Concepts and methods. New York 1984.

NOAM, G. G.: Development is the aim of clinical intervention. *Development and Psychopathology* 4, 1992, 679–696.

NOLTING, H.-P.: Lernfall Aggression. Wie sie entsteht – wie sie zu vermindern ist. Hamburg 1997, überarbeitete Neuauflage.

OERTER, R.: The zone of proximal development for learning and teaching. In: OSER, F./PATRY, J. H. (Hrsg.): *Effective and responsible teaching*. San Francisco 1992, 187–202.

OERTER, R.: *Psychologie des Spiels*. Weinheim 1999.

OERTER, R./MONTADA, L.: *Entwicklungspsychologie*. Weinheim 1987, 1995².

OERTER, R./NOAM, G. G.: Der konstruktivistische Ansatz. In: OERTER, R./HAGEN, C. v./RÖPER, G./NOAM, G. (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim, 1999, 45 bis 78.

OLBRICH, I.: Die integrative Sprach- und Bewegungsförderung – ein Förderkonzept in Theorie und Praxis. In: IRMISCHER, T./IRMISCHER, E. (Hrsg.): *Bewegung und Sprache*. Schorndorf 1988.

OLBRICH, I.: Förderung, Entwicklung und Prozeßanalyse leiblicher Ausdrucksmöglichkeiten in der Integrativen Kindertherapie. In: LOTZMANN (Hrsg.): *Körpersprache. Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen*. München/Basel 1993, 89–103.

OLBRICH, I.: Mit Eltern und entwicklungsauffälligen Kindern spielend Kommunizieren lernen: Grundstrukturen einer Entwicklungsförderung für Kinder, Eltern und Therapeut(inn)en. In: KIPHARD, E. J./OLBRICH, I.: *Psychomotorik und Familie*, 1995.

OLSEN, D. H./RUSSELL, C. S./SPRENKLE, D. H.: Circumplex model of marital and family systems IV. Theoretical update. *Family Process* 22, 1983, 69–83.

OMER, H.: *Prinzipien des gewaltlosen Widerstandes in der Kindererziehung, Anleitung für Eltern*. Göttingen 2003.

OMER, H./SCHLIPPE, A. v.: *Autorität ohne Gewalt, Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen, „Elterliche Präsenz“ als systemisches Konzept*. Göttingen 2002.

ORLINSK, DE/HOWARD, K.: Process and Outcome in Psychotherapy (Kap. 8) 3rd edition. In: Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (3th edition) GARFIELD, SL/BERGIN, AL (Hrsg.): New York 1986, 311–380.

OSOFSKY, J. (Hrsg.): Handbook of infant development, New York 1987.

ØVREEIDE, H./HAFSTAD, R.: The Marte Meo Method and Developmental Supportive Dialogues. Har-
derwijk 1996.

OYAMA, S.: Ontogeny and the central dogma: Do we need the concept of genetic programming in order to have an evolutionary perspective? In: GUNNAR, M. R./THELEN, E. (Hrsg.): Systems and development. Hillsdale 1989, 1–34.

PANTEN, D.: Zur Effektivität therapeutisch orientierter Bewegungsförderung. Diplomarbeit. Fachbereich Erziehungswissenschaft der Universität Osnabrück. Osnabrück 1979.

PAPOUŠEK, H./PAPOUŠEK, M.: Vorsprachliche Kommunikation. Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze. In: Integrative Therapie 1–2, 1992, 139–155.

PAPOUŠEK, H./PAPOUŠEK, M./GIESE, R.: Die Anfänge der Eltern-Kind-Beziehung. In: FRICK-
BRUDER/PLATZ: Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg/Berlin 1984, 187–204.

PAPOUŠEK, M.: Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von präverbalen Kommunikations- und Beziehungsstörungen. Kindheit und Entwicklung 5, 1996a, 140–146.

PAPOUŠEK, M.: Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im Säuglingsalter – Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung 5, 1996b, 136–139.

PAPOUŠEK, M.: Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -psychotherapie. In: KLITZING, K. v. (Hrsg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen 1998a, 88–118.

PAPOUŠEK, M.: Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit: Klinische Befunde und präventive Strategien 1998b. Im Internet: <http://www.liga-kind.de/pages/pap198.htm>. (11.03).

PAPOUŠEK, M.: Einsatz von Videos in der Eltern-, Säuglingsberatung und Psychotherapie. Praxis der Kinderpsychiatrie 49, 2000, 611–627.

PARSONS, T./SHILS, E. A. (Hrsg.): *Toward a General Theory of Action*. Cambridge 1951.

PAULS, H.: Was ist das, Kinderpsychotherapie? *GwG Zeitschrift* 77, 1989.

PENN, P.: Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process* 24, 1985, 299–311. Dtsch.: ‚Feed-Forward‘ – Vorwärts-Kopplung: Zukunftsfragen, Zukunftspläne. *Familiendynamik* 11, 1986, 206–222.

PENNINGTON, B. F./OZONOFF, S.: A neuroscientific perspective on continuity and discontinuity in developmental psychopathology. In: CICHETTI, D./TOTH, S. L. (Hrsg.): *Rochester symposium on developmental psychopathology*. Vol. 3. Hillsdale 1991, 117–160.

PERLS, F.: *Ego, Hunger and Aggression*. New York 1942, 1969. Dtsch.: *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. Stuttgart 1978.

PERLS, F.: *Gestalt, Wachstum, Integration*. Paderborn 1980.

PERLS, L.: Begriffe und Fehlbegriffe der Gestalttherapie. In: *Integrative Therapie* 3/4, 1978, 208–214 und in: PERLS, F.: *Gestalt, Wachstum, Integration*. Paderborn 1980.

PERREZ, M./BAUMANN, U.: *Klinische Psychologie*. Band 1, Kapitel 8 Psychomotorik. Bern 1990.

PERREZ, M./BAUMANN, U.: *Klinische Psychologie*. Band 2, Kapitel Psychomotorik. Bern 1991.

PETERMANN, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen 2000, 4. Auflage.

PETERMANN, F./KUSCH, M./NIEBANK, K. (Hrsg.): *Entwicklungspsychopathologie*. Weinheim 1998.

PETERMANN, F./PETERMANN, U.: *BSU – Beobachtungsbogen für sozial-unsicheres Verhalten*. München 1989, 4. Auflage.

PETERMANN, F./PETERMANN, U.: *BAV – Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten*. München 1990, 4. Auflage.

PETERMANN, F./PETERMANN, U.: *Training mit aggressiven Kindern*. Weinheim 1991, 5. erweiterte Auflage.

PETERMANN, F./PETERMANN, U.: *Training mit Jugendlichen*. Weinheim 1992^{3a}.

PETERS, U. H.: Lexikon der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Ohne Jahresangaben (o. J.), 3. Auflage.

PETZOLD, H.: Integrative Bewegungstherapie. In PETZOLD (Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn 1974, 287–404.

PETZOLD, H. (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien. Paderborn 1977a.

PETZOLD, H.: Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. In: PETZOLD, H. (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien. Paderborn 1977b.

PETZOLD, H.: Integrative Körper- und Bewegungserziehung. In: BROWN, G. I./PETZOLD, H.: Gefühl und Aktion, Frankfurt am Main 1978.

PETZOLD, H.: Das Ko-respondenzmodell in der integrativen Agogik. In: Integrative Therapie 1, 1978, 21 bis 58.

PETZOLD, H.: Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: PETZOLD, H. G. (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn 1980.

PETZOLD, H.: Vorsorge – ein Feigenblatt der Inhumanität. Zeitschrift für Humanistische Psychologie 3/4, 1981, 82–89.

PETZOLD, H.: Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In: Integrative Therapie 10 (1–2), 1984, 73–115.

PETZOLD, H.: Die ganze Welt ist eine Bühne. Das Psychodrama als Methode der Klinischen Psychotherapie. In: PETZOLD, H. (Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. Band 1. Paderborn 1984a.

PETZOLD, H. (Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. Band 1. Paderborn 1984b.

PETZOLD, H. (Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. Band 2. Paderborn 1984c.

PETZOLD, H.: Ein integratives Modell früher Persönlichkeitsentwicklung als Beitrag „klinischer Entwicklungspsychologie“ zur Psychotherapie. In: Integrative Therapie 1–2, 1992, 156–199.

PETZOLD, H.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie (3 Bde.). Paderborn 1993.

PETZOLD, H.: Leben ist Bewegung. Überlegungen zum ‚komplexen Bewegungsbegriff‘ und zum Konzept der ‚Kommutilität‘ in der Integrativen Bewegungstherapie. Motorik 17, Schorndorf 1994, Heft 1.

PETZOLD, H./BERGER, A.: Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten. In: PETZOLD, H. G. (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien, Paderborn 1977a und b.

PETZOLD, H./METZMACHER, B.: Kreative Medien, Awareness-Training und Interaktionsspiele in der integrativen Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: KREUZER, K. J. (Hrsg.): Handbuch der Spielpädagogik. Bd. IV. Düsseldorf 1984a.

PETZOLD, H./RAMIN, G.: Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn 1987 und 1995³.

PIKLER, E.: Laßt mir Zeit. München 1988.

PIAGET, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart 1969.

PIAGET, J.: Six Psychological Studies. New York 1967. Dtsch.: Theorien und Methoden der modernen Erziehung. Wien 1972.

PIAGET, J.: Gesammelte Werke. Studienausgabe. Stuttgart 1975.

PLESSNER, H.: Die Stufen des Organischen und der Mensch. Berlin, New York 1975 (Original: 1928).

PLEYER, K. H.: Systemische Spieltherapie – Kooperationswerkstatt für Eltern und Kinder, Vorschläge aus der Praxis einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik. In: ROTTHAUS, W.: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg 2001.

POHLEN, M./PLÄMKERS, T./PROBST, M.: Familientherapie. Von der Psychoanalyse zur psychosozialen Aktion. In: Zeitschrift Psyche 5, Stuttgart 1982, 416 ff..

PREKOP, J.: Der kleine Tyrann. Köln, München 1988.

PRIGOGINE, I./STENGERS: Order through fluctuation. In: JANTSCH, E./WADDINGTON, C.: Evolution and consciousness. Reading 19.

PROHL, R./SEEWALD, J. (Hrsg.): Bewegung verstehen. Facetten und Perspektiven einer qualitativen Bewegungslehre. Schorndorf 1995.

RADKE-YARROW, M.: Attachment patterns in children of depressed mothers. In: PARKES, C. M./STEVENSON-HINDE, J./MARRIS, P. (Hrsg.): Attachment across the life cycle. London 1991.

RAMIN, G./PETZOLD, H.: Integrative Therapie mit Kindern. In: PETZOLD/RAMIN (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn 1987, 359–426; 1995, 3. Auflage.

RAUH, H.: Frühe Kindheit. In: OERTER, R./MONTADA, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. München, Weinheim 1987.

REGEL G./WIELAND, A. J.: Psychomotorik im Kindergarten. Hamburg, Rissen 1984.

REICH, W.: Die Entdeckung des Orgon. Frankfurt am Main 1976.

REICH, W.: Charakteranalyse. Frankfurt am Main 1978.

REITER, L./BRUNNER, E. J./REITER-THEIL, S. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin 1988.

REMPLEIN, H.: Die seelische Entwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter. München 1958.

RENDE, R./PLOMIN, R.: Nature, nurture and the development of psychopathology. In: CICCINETTE, D./COHEN, D. J. (Hrsg): Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and method. New York 1995, 291–314.

RENKEN, B./EGELAND, B./MARVINNEY, D./MANGELSDORF, S./SROUFE, L. A.: Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school. *Journal of personality* 57, 1989, 257–281.

RETZER, A.: Familie und Psychose. Stuttgart 1994.

RICHTER, H. E.: Patient Familie. Reinbek 1972.

RICHTER, H. E./STROTZKA, H./WILLI, J. (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit. Reinbek 1976.

ROLAND, P. E./LARSEN, B./LASSEN, N. A./SKINHOJ, E.: Supplementary motor area and other cortical areas in organization of voluntary movements in man. *Journal of Neurophysiology* 43, 1980, 118–136.

ROSENBAUM, H.: *Formen der Familie*. Frankfurt am Main 1989.

RÖSNER, R./TEMPEL, U.: Fortbildungsskript „Einführung in die sensorische Integration“. Ascheberg 1993.

ROTH, G.: Die Selbstreferentialität des Gehirns und die Prinzipien der Gestaltwahrnehmung. In: *Gestalt Theory*, 7(4), 1985, 228–244.

ROTH, G.: Erkenntnis und Realität: Das Gehirn und seine reale Wirklichkeit. In: SCHMIDT, S. J. (Hrsg.): *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt am Main 1988^a, 229–255.

ROTH, G.: Autopoiese und Kognition: Die Theorie H. R. Maturanas und die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung. In: SCHMIDT, S. J. (Hrsg.): *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt am Main 1988^b, 256–286.

ROTH, G.: Das konstruktive Gehirn: Neurobiologische Grundlagen von Wahrnehmung und Erkenntnis. In: SCHMIDT, S. J. (Hrsg.): *Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus 2*. Frankfurt am Main 1992, 277–336.

ROTH, G.: *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*. Frankfurt am Main 1994a.

ROTH, G.: Braucht die Hirnforschung die Philosophie? In: FEDROWITZ, J./MATEJOVSKI, D./KAISER, G. (Hrsg.): *Neuroworlds. Gehirn – Geist – Kultur*. Frankfurt am Main, New York 1994b, 81–92.

ROTH, G.: Die Konstruktivität des Gehirns: Der Kenntnisstand der Hirnforschung. In: FISCHER, H. R. (Hrsg.): *Die Wirklichkeit des Konstruktivismus. Zur Auseinandersetzung um ein neues Paradigma*. Heidelberg 1995, 47–61.

ROTH, G./SCHWEGLER, H.: Self-organization, emergent properties and the unity of the world. In: KROHN, W./KÜPPERS, G./NOWOTNY, H. (Hrsg.): *Selforganization. Portrait of a Scientific Revolution. Sociology of the Sciences. Vol. XIV. Yearbook 1990*. Dordrecht, Boston, London 1990, 36–50.

ROTH, G./HEJL, P. M./KÖCK, W. (Hrsg.): *Wahrnehmung und Kommunikation. Sammelband des Symposiums „Wahrnehmung und Kommunikation – interdisziplinäre Aspekte einer Theorie selbstreferentieller (kognitiver) Systeme“ vom 30.3.–2.4.1977 an der Universität Bremen*. Frankfurt am Main 1978.

ROTTHAUS, W.: Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund 1990.

ROTTHAUS, W.: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg 2001.

SAGER, C. J./KAPLAN, H. S. (Hrsg.): Handbuch der Ehe- und Familien- und Gruppentherapie, Bd. 1–3, München 1973.

SAMEROFF, A. J./EMDE, R. N. (Hrsg.): Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. New York 1989.

SAMROFF, A. J.: General systems theories and developmental psychopathology. In: CICCHETTI, D./COHEN, D. J. (Hrsg.): Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods. New York, 1995, 659–695.

SATIR, V.: Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und Selbsthilfe, München 1975.

SATIR, V.: Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Paderborn 1994.

SATIR, V./BALDWIN, M.: Familientherapie in Aktion. Die Konzepte von Virginia Satir in Theorie und Praxis. Paderborn 1988.

SCHAEFGEN, R.: Marianne FROSTIG und Jean AYRES. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Frostigtherapie mit der sensorischen Integrationstherapie. In: DOERING, W./DOERING, W.: Sensorische Integration. Anwendungsbereiche und Vergleiche mit anderen Fördermethoden/Konzepten. Dortmund 1993².

SCHÄFER, I.: Grundbausteine der Psychomotorischen Übungsbehandlung. In: IRMISCHER, T./ FISCHER, K.: Psychomotorik in der Entwicklung. Band 8, Schorndorf 1989, 19–31.

SCHÄFER, I.: Von der psychomotorischen Idee zu den Gründungsjahren des Aktionskreises Psychomotorik. In: Motorik 21, 3, Schorndorf 1998, 82–86.

SCHIEIER, C./TSCHACHER, W.: Nichtlineare Analyse dynamischer psychologischer Systeme I: Konzepte und Methoden. In: System Familie 7, 1994, 133–144.

SCHIED, V.: Motorische Entwicklung in der frühen Kindheit. In: BAUR, J./BÖS, K./SINGER, R.: Motorische Entwicklung, Schorndorf 1994.

SCHEPERS, G./KÖNIG, C.: Video Home Training. Weinheim 2000.

SCHIEPEK, G.: Systemische Diagnostik in der klinischen Psychologie. Weinheim/München 1986.

SCHIEPEK, G.: Systemische Theorie und Therapie. Weinheim 1989.

SCHIEPEK, G.: Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Braunschweig 1991.

SCHIEPEK, G./TSCHACHER, W.: Application of Synergetics to Clinical Psychology. In: TSCHACHER, W./SCHIEPEK, G./BRUNNER, E. J. (Hrsg.): Self-organisation and Clinical Psychology. Berlin 1992.

SCHIEPEK, G.: Stellungnahme zum Fragenkatalog „Psychotherapieverfahren“ in Ergänzung zum Antrag auf Anerkennung der Systemischen Therapie. Überarbeitet in G. SCHIEPEK (1999): Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen 1998.

SCHILLING, F.: Motodiagnostik im Kindesalter. Berlin 1973.

SCHILLING, F.: Motodiagnostik und Mototherapie. In: IRMISCHER, T./FISCHER, K.: Psychomotorik in der Entwicklung. Band 8, Schorndorf 1989.

SCHILLING, F.: Das Konzept der Psychomotorik – Entwicklung, wissenschaftliche Analysen, Perspektiven. In: HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Pädagogik. Dortmund 1990, 57–77.

SCHILLING, F./KIPHARD, E. J.: Zur Ganzheitlichkeit in der Motologie. Motorik, Schorndorf 2, Heft 6, 1988.

SCHLIEN, J. M. (Hrsg.): Research in psychotherapy. Bd. 3, 1967.

SCHLIPPE, A. v.: Familientherapie im Überblick. Paderborn 1984, 1988².

SCHLIPPE, A. v.: FamilienTHERAPIE im Überblick. In: Integrative Therapie, Beiheft 6: Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn 1984, 1991².

SCHLIPPE, A. v.: Der systemische Ansatz – Versuch einer Präzisierung. In: Zeitschrift für systemische Therapie 6 (2), 1988, 81–89.

SCHLIPPE, A. v.: „Hauptsache, dem Therapeuten geht's gut.“ Umgang mit problematischen Situationen in der Familientherapie. In: BRUNNER, E./GREITEMEYER, D. (Hrsg.): Die Therapeutenpersönlichkeit. Zweites Weinheimer Symposium 1989. Wildberg 1990.

SCHLIPPE, A. v.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – Vier Imperative. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40, 1991, 368–375.

SCHLIPPE, A. v.: „Tu was du willst.“ Eine integrative Perspektive auf die systemische Therapie. In: Kontext 26 (1), 1995, 19–32.

SCHLIPPE, A. v.: Familien leben in Sprache, Familien leben in Geschichten. Die Entwicklung des Bildes von Familien in Psychotherapie und Familientherapie. In: KOOLMANN, G./SCHUSSER, G. (Hrsg.): Familie in besonderen Familiensituationen – gestern und heute. Hamburg 1996, 91–107.

SCHLIPPE, A. v./KRIZ, J. (Hrsg.): Familientherapie, Kontroverses – Gemeinsames. 1. Weinheimer Symposium 1986 in Osnabrück. Wildberg 1987.

SCHLIPPE, A. v./KRIZ, J.: Skulpturarbeit und zirkuläres Fragen. Eine integrative Perspektive auf zwei systemtherapeutische Techniken aus der Sicht der personenzentrierten Systemtheorie. In: Integrative Therapie 19 (3), 1993, 222–241.

SCHLIPPE, A. v./KRIZ, J.: Kontexte für Veränderung. Systemische Perspektiven in Theorie und Praxis. Universität Osnabrück: Forschungsbericht aus dem Fachbereich Psychologie. Osnabrück 1996.

SCHLIPPE, A. v./KRIZ, J.: Das „Auftragskarussell“. Eine Möglichkeit der Selbstsupervision in systemischer Therapie und Beratung. System Familie 9, 1996, 106–110.

SCHLIPPE, A. v./LÖSCHE, G./HAWELLEK, C. (Hrsg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. Münster 2001.

SCHLIPPE, A. v./LÖSCHE, G./HAWELLEK, C.: Vorwort der Herausgeber. In: SCHLIPPE, A. v./LÖSCHE, G./HAWELLEK, C. (Hrsg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. Münster 2001, 10–12.

SCHLIPPE, A. v./MATTHAEI, C.: Das Kind in der strukturellen und entwicklungsorientierten Familientherapie. In: PETZOLD, H./RAMIN, G. (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn 1987 und 1991a, 323–357.

SCHLIPPE, A. v./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 1999, 6. Auflage.

SCHMIDT, R. A.: On the theoretical status of time in motor program representation. In: STELMACH, G. E./REQUIN, J. (Hrsg.): Tutorials in motor behavior. Amsterdam 1980, 145 bis 166.

SCHMIDT, R. F.: Grundriß der Sinnesphysiologie. Berlin 1985, 5. Auflage.

SCHMIDT, R. F./THEWS, G. (Hrsg.): Physiologie des Menschen. Berlin 1990, 24. Auflage.

SCHMIDTCHEN, S.: Kinderzentrierte Spieltherapie. Weinheim 1984.

SCHMIDTCHEN, S.: Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Weinheim 1991.

SCHMIDTCHEN, S.: Klientenzentrierte Kindertherapie. In: PETZOLD, H./RAMIN G. (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn 1995³.

SCHNEEWIND, K. A./BECKMANN, M./HECHT-JACKL, A.: Familiendiagnostische Test-System (FDTS): Konzeption und Überblick. München 1985.

SCHNEEWIND, K. A.: Die Familienklimaskalen (FKS). In: CIERPKA, M. (Hrsg.) Familiendiagnostik. Berlin 1987, 232–255.

SCHNEIDER, K. (Hrsg.): Familientherapie aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn 1983.

SCHNEIRLA, T. C.: An evolutionary and developmental theory of biphasic process underlying approach and withdrawal. In: JONES, M. R. (Hrsg.): Nebraska symposium on motivation. Nebraska 1959.

SCHULZ von THUN, F.: Miteinander reden 1. Rheinbek bei Hamburg 1981.

SCHULZ von THUN, F.: Miteinander reden 2. Rheinbek bei Hamburg 1990.

SCHULZ von THUN, F.: Miteinander reden 3. Rheinbek bei Hamburg 2001, 8. Auflage.

SCHWEMMER, O.: Handlung und Struktur. Frankfurt am Main 1987.

SEEWALD, J.: Leiblichkeit und symbolische Entwicklung. Implizite Sinnprozesse in systematischer und genetischer Betrachtung. Dissertation, Marburg 1989.

SEEWALD, J.: Von der Psychomotorik zur Motologie. Über den Prozeß der Verwissenschaftlichung einer „Meisterlehre“. In: Zeitschrift Motorik 14, Schorndorf 1991, 3–16, Heft 1.

SEEWALD, J.: Vorläufiges zu einer „Verstehenden Motologie“. In: *Motorik* 15, Schorndorf 1992, 204–221, Heft 4.

SEEWALD, J.: Kritische Überlegungen zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Motologie. In: *Motorik* 15, Schorndorf 1992, 80–93, Heft 2.

SEEWALD, J.: Leib und Symbol. Ein sinnverstehender Zugang zur kindlichen Entwicklung. Übergänge, Texte und Studien zu Handlung, Sprache und Lebenswelt von GRATHOFF, R. und WALDENFELS, B.: München 1992, Band 23.

SEEWALD, J.: Entwicklungen in der Psychomotorik. In: *Praxis der Psychomotorik*. Jahrgang 18 (4), November. Dortmund 1993, 188–193.

SEEWALD, J.: Der „Verstehende Ansatz“ und seine Stellung in der Theorienlandschaft der Psychomotorik. In: *Praxis der Psychomotorik*, Jahrgang 22 (1), Februar 1997.

SEEWALD, J.: Bewegungsmodelle und ihre Menschenbilder in verschiedenen Ansätzen der Psychomotorik. In: *Motorik* 21, Schorndorf 1998, Heft 4.

SEGAL, L.: *The Dream of Reality. Heinz von Foerster's Constructivism*. New York 1986. Dtsch.: *Das 18. Kamel oder: Die Welt als Erfindung. Zum Konstruktivismus Heinz von Foersters*. München, Zürich 1988.

SELMAN, R. E.: Toward a structural-developmental analysis of interpersonal relationship concepts. In: PICK, A. (Hrsg.): *Tenth Annual Minnesota Symposium on Child Psychology*. Minneapolis 1976.

SELMAN, R. E./LAVIN, D. R./BRION-MEISELS, S.: Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstreflexion bei Kindern. In: EDELSTEIN/KELLER, H. (Hrsg.): *Perspektivität und Interpretation: Beiträge zur Entwicklung des sozialen Verstehens*. Frankfurt am Main 1982.

SELVINI PALAZZOLI, M.: Towards a general model of psychotic family games. *Journal of Marital and Family therapy* 12, 1986, 339–349.

SELVINI PALAZZOLI, M./BOSCOLO, L./CECCHIN, G./PRATA, G.: *Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung*. Stuttgart 1977, 1985².

SELVINI PALAZZOLI, M./PRATA, G.: Eine neue Methode zur Erforschung und Behandlung schizophrener Familien. In: STIERLIN, H. et al. (Hrsg.): *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie*. Berlin 1985, 275–282.

SIMON, F. B.: Der Prozeß der Individuation. Über den Zusammenhang von Vernunft und Gefühlen. Göttingen 1984.

SIMON, F. B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Berlin, Heidelberg 1988a, 1993².

SIMON, F. B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der Systemischen Therapie. Berlin, Heidelberg 1988b.

SIMON, F. B.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg 1992a.

SIMON, F. B.: C/ON/E/C/T/A-Autorengruppe: Radikale Marktwirtschaft. Verhalten als Ware oder Wer handelt, der handelt. Heidelberg 1992b.

SIMON, F. B.: Die Kunst, nicht zu lernen. Vortrag auf dem Kongress „Expedition 92 – Aufbruch in neue Welten“ in München, Sept. 1992c. Heidelberg, Autobahnuniversität (Tonkassette).

SIMON, F. B.: Die andere Seite der Gesundheit: Die Unterscheidung krank/gesund. Vortrag auf dem Kongress „Die Wirklichkeit des Konstruktivismus“ in Heidelberg, Oktober 1992d. Heidelberg, Autobahnuniversität (Tonkassette).

SIMON, F. B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlagen einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Berlin, Heidelberg 1988 und Frankfurt am Main 1993.

SIMON, F. B.: Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapie-theorie. Heidelberg 1995.

SIMONS, J./COPPENOLLE, H. VAN /PIERLOOT, R./WAUTERS, M.: Zielgerichtete Beobachtung des Bewegungsverhaltens in der Psychiatrie. In: Motorik 12, Schorndorf 1989, Heft 2.

SIMON, F./STIERLIN, H.: Die Sprache der Familientherapie. Stuttgart 1984.

SIRRINGHAUS-BÜNDER, A./HAWELLEK, C./BÜNDER, P./AARTS, M.: Die Kraft entwicklungs-fördernder Dialoge. Das Marte Meo Modell im Praxisfeld Erziehungsberatung. In: SCHLIPPE, A. v./LÖSCHE, G./HAWELLEK, C. (Hrsg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. Münster 2001, 104–120.

SLOUGH, N./GREENBERG, M.: 5-year-olds representations of separation from parents: responses for self and a hypothetical child. In: BRETHERTON, I./WATSON, M. (Hrsg.): Children's perspectives on the family. San Francisco 1990.

SPADA, H.: Lehrbuch allg. Psychologie. Klinische Psychologie. Bern 1987².

SROUFE, L. A.: Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In: PERLMUTTER, M. (Hrsg.): Minnesota Symposium in Child Psychology, Vol. 16, Hillsdale 1983, 41–81.

SROUFE, L. A.: Emotional development: The organization of emotional life in the first early years. New York 1996.

SROUFE, L. A.: Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology* 1997, 251–268.

SROUFE, L. A./JACOBVITZ, D./MANGELSDORF, S./DEANGELO, E./WARD, M. J.: Generational boundary dissolution between mothers and their preschool children: A relationship systems approach. *Child Development* 56, 1985, 317–325.

SROUFE, L. A./RUTTER, M.: The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 55, 1984, 17–29.

SROUFE, L. A./WATERS, E.: Attachment as an organizational construct. *Child Development* 48, 1977, 1184–1199.

STADLER, M./SEEGER, F./RAEITHEL, A.: *Psychologie der Wahrnehmung*. München 1975.

STADLER, M./KRUSE, P.: Gestalttheorie und Theorie der Selbstorganisation. In: *Gestalt Theory*, Vol. 8, 1986, No. 2.

STADLER, M./KRUSE, P.: Zur Emergenz psychischer Qualitäten. Das psychophysische Problem im Lichte der Selbstorganisationstheorie. In: KROHN, W./KÜPPERS, G. (Hrsg.) *Emergenz, die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung*. Frankfurt am Main 1992.

STERN, D. N.: *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York 1985.

STERN, D. N.: The interpersonal world of the infant. New York 1985. Dtsch.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart 1992.

STERN, D.: Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart 1998.

STERN, W.: Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen und die Methoden der Untersuchungen. Leipzig 1928.

STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart 1975.

STIERLIN, H.: Das erste Familiengespräch. Stuttgart 1977.

STIERLIN, H.: Delegation und Familie, Frankfurt am Main 1978.

STOLZE, H.: Die Konzentrationale Bewegungstherapie. Berlin 1984.

STORK, J.: Die seelische Entwicklung des Kleinkindes aus psychoanalytischer Sicht. In: EICKE, D. (Hrsg.): Tiefenpsychologie, Bd. 2, Neue Wege der Psychoanalyse. Weinheim 1982.

STORR, A.: Human aggression. New York 1968.

SULLIVAN, H. S.: The interpersonal theory of psychiatry. New York 1953.

TAMBOER, J. W. J.: Philosophie der Bewegungswissenschaften. Butzbach 1994.

TEXTOR, M. R.: Das Buch der Familientherapie. Sechs Schulen in Theorie und Praxis. Paderborn 1988.

THIEL, T.: Film- und Videotechnik in der Psychologie. In: KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung, 2. überarbeitete Auflage, Bern, 1997, 347–384.

THOMAE, H.: Handbuch der Psychologie, Bd. 2. Allgemeine Psychologie, München 1965.

THOMPSON, R. A.: Vulnerability in research: A developmental perspective on research risk. Child Development 61. 1990, 1–16.

TOUWEN, B. C. L.: Die Bedeutung der „Minor Neurological Dysfunktion“ (MND) für Diagnostik und Behandlung von Lern- und Verhaltensstörungen. In: Kindheit und Entwicklung 2, 1993, 249–253.

TOUWEN, B. C. L.: Longitudinal studies on Motor development: developmental neurological considerations. In: KALVERBOER, A. F./HOPKINS, B./GEUZE, R. H. (Hrsg.): A longitudinal approach to the study of motor development in early and later childhood (15–34). Cambridge 1993.

TOUWEN, B. C. L.: Physische Entwicklung und motorische Fertigkeiten. In: MARKEFKA, M./NAUCK, B.: Handbuch der Kindheitsforschung. München 1993.

TRAUTNER, H. M.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie, Bd. 2: Theorien und Befunde. Göttingen 1991.

TREVARTHEN, C./AITKEN, K. J.: Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology* 6, 1994, 597–634.

TRIVERS, R.: Parent-offspring conflict. In: TRIVERS, R.: *Social evolution*. Benjamin 1985.

TURNER, P. J.: Attachment to mother and behavior with adults in preschool. *British Journal of Developmental Psychology* 11, 75–89, 1993.

ULLMANN, R.: Integrative Bewegungstherapie. In: MAUER, Y. (Hrsg.): *Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart*. Stuttgart 1985.

VALLBO, A. B.: Muscle spindle response at the onset of isometric voluntary contractions in man: Time difference between fusimotor and skeletomotor effects. *Journal of Physiology* 218, 1971, 405–431.

VARELA, F. J.: Der kreative Zirkel. In: WATZLAWICK, P. (Hrsg.): *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*. München 1981, 294–309.

VARELA, F. J.: Erkenntnis und Leben. In: SIMON, F. B. (Hrsg.): *Lebende Systeme, Wirklichkeitskonstruktionen in der Systemischen Therapie*. Berlin 1988.

VARELA, F. J.: Der Körper denkt, das Immunsystem und der Prozeß der Körper- Individuierung. In: GUMBRECHT, H. U./PFÄFFER, K. L. (Hrsg.): *Paradoxien, Dissonanzen, Zusammenbrüche*. Frankfurt am Main 1991.

VARELA, F. J./MATURANA, H. R.: Living Ways Of Sense-Making: A middle path for neuroscience. Manuskript anlässlich des intern. Symposiums „Disorder and Order“, Stanford University, Palo Alto, California 13.–15. Sept. 1981b.

VARELA, F. J./MATURANA, H. R.: Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern, München, Wien 1987.

VESTER, F.: Ballungsgebiete in der Krise. Vom Verstehen und Planen menschlicher Lebensräume. München 1983.

VESTER, F.: Unsere Welt – ein vernetztes System. Stuttgart 1983.

VOLKAMER, M./ZIMMER, R.: Kindzentrierte Mototherapie, Motorik 9, Schorndorf 1986, Heft 2.

VOSS, R.: Die Schule neu erfinden, systemisch-konstruktivistische Annäherung an Schule und Pädagogik. Neuwied 1996.

VOSSLER, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49. 2000, 435–449.

VYGOTSKY, L. S.: The collected works of L. S. Vygotsky. Vol. 1: Problems of general psychology. New York 1987.

WAHL, K./NEMETSCHKE, P.: Video in Familientherapie und Familienforschung: Selbstkonfrontation durch Video-Feedback – Chancen und Gefahren einer Methode. In: Familiendynamik 3/1984, 4–16.

WALLNER, F.: Acht Vorlesungen über den konstruktiven Realismus. Wien 1990.

WALTER, H.-J.: Sind Gestalttheorie und Theorie der Autopoiese miteinander vereinbar? Eine polemische Erörterung am Beispiel des Stadler und Kruseschen Kompilierungsversuchs. In: Gestalt Theorie, Vol. 10, 1988, No.1.

WALTER, J./PELLER, J.: Lösungsorientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch. Dortmund 1994.

WALTHES, R.: Bewegung als Gestaltungsprinzip. Grundzüge einer bewegungsorientierten Frühpädagogik. In: TROST, R./WALTHES, R. (Hrsg.): Frühe Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder. Wege und Möglichkeiten der Frühförderung aus interdisziplinärer Sicht. Frankfurt am Main, New York 1991, 35–53.

WALTHES, R.: Störung zwischen dir und mir. In: Frühförderung interdisziplinär, Zeitschrift für Praxis und Theorie der frühen Hilfe für behinderte und entwicklungsauffällige Kinder 12, 1993, 145–155.

WALTHES, R.: Behinderungen aus konstruktivistischer Sicht – dargestellt am Beispiel der Tübinger Untersuchung zur Situation von Familien mit einem Kind mit Sehschädigungen. In: NEUMANN, J. (Hrsg.): „Behinderung“. Von der Vielfalt eines Begriffs und dem Umgang damit. Tübingen 1995, 89–104.

WATSON, M. W./GETZ, K.: Developmental shifts in oedipal behaviors related to family role understanding. In: BRETHERTON, I./ WATSON, M. W. (Hrsg.): Children`s perspectives on the family. New Directions for Child Development. San Francisco 1990.

WATZLAWICK, P.: Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“. Bern 1988.

WATZLAWICK, P./BEAVIN, J./JACKSON, D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien 1969, 1980².

WATZLAWICK, P./KREUZER, F.: Die Unsicherheit der Wirklichkeit. Ein Gespräch über den Konstruktivismus. München 1988.

WATZLAWICK, P./WEAKLAND, J. H./FISCH, R.: Lösungen. Bern 1974.

WEAKLAND, J. H. et al.: Kurztherapie – Zielgerichtete Problemlösungen. In: WATZLAWICK, P./WEAKLAND, J. H. (Hrsg.): Interaktion. Bern 1980.

WEAVER, L. A./BROOKS, G. W.: The prediction of release from a mental hospital from psychomotor test performance. *Journal of General Psychology* 76, 1967, 207–229.

WEBER, G. (Hrsg.): Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Heidelberg 1993.

WEBER, G./RETZER, A.: Praxis der systemischen Therapie psychotischen Verhaltens. In: RETZER, A. (Hrsg.): Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Heidelberg 1991.

WEBER, G./SIMON, F./STIERLIN, H./SCHMIDT, G.: Familientherapie bei manisch-depressivem Verhalten. In: *Familiendynamik* 12 (2), 1987, 139–161.

WEISS, R. S.: The attachment bond in childhood and adulthood. In: PARKES, C. M./STEVENSON-HINDE, J./MARRIS, P. (Hrsg.): Attachment across the life cycle. London 1991, 66–76.

WEIZSÄCKER, V. v.: Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Stuttgart 1968, 4. Auflage.

WELFORD, A. T.: Fertigkeiten und Leistung. Bern, Stuttgart 1980.

WERNER, H.: Comparative psychology and mental development. New York 1948.

WERNING, R.: Konstruktivismus, eine Anregung für die Pädagogik!?. In: Pädagogik 7–8/98.

WESTPHAL, E.: Lebensproblemzentrierte Entwicklungsförderung; Ambulatorium für (sonder)pädagogische Entwicklungsförderung und Beratung. Universität Oldenburg, Oldenburg 1991.

WIECZERKOWSKI, W./BASTINE, R./FITTKAU, B./NICKEL, H./TAUSCH, R./TEWES, U.: Verminderung von Angst und Neurotizismus bei Schülern durch positive Bekräftigung von Lehrern im Schulunterricht. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 1969, 1, 3–12.

WIESENDANGER, M.: The initiation of voluntary movements and the supplementary motor area. In: HEUER, H./FROMM, C. (Hrsg.): Generation and modulation of action patterns. Berlin 1986, 3–13.

WILLIMCZIK, K./ROTH, K. D.: Bewegungslehre. Reinbeck 1983.

WILLKE, H.: Methodologische Leitfragen systemtheoretischen Denkens. In: Zeitschrift für systemische Therapie 1 (2): 1983, 23–37.

WILLKE, H.: Systemtheorie. Eine Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Systeme. Stuttgart, Jena 1993, 4. Auflage.

WINNICOTT, D. W.: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart 1989.

WINTER, R.: Die motorische Entwicklung des Menschen von der Geburt bis ins hohe Alter (Überblick). In: MEINEL, K./SCHNABEL, G.: Bewegungslehre – Sportmotorik. Berlin 1977; 1987, 8. Auflage, 275–397.

WIRSCHING, M.: Braucht die Familientherapie einen neuen Kontext? In: Zeitschrift Kontext, Vol. 21/22; 1/92, 27–36.

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT FÜR BUNDESFRAGEN BEIM BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND: Bundesmaterialien. Bonn 1984.

WOLPE, J.: Experimental neuroses as learned behavior. British Journal psychology 1952, 43, 243–268.

WURST, F.: Varianten des Spielverhaltens aus klinischer Sicht. In: KREUZER, K. J.: (Hrsg.): Handbuch der Spielpädagogik. Band 4. Spiel im therapeutischen und sonderpädagogischen Bereich. Düsseldorf 1984.

ZELENKO, M./BENHAM, A.: Videotaping as a Therapeutic tool in Psychodynamic Infant-Parent Therapy. *Infant Mental Health Journal*, 21 (3), 2000, 192–203.

ZIMBARDO, P. G.: Psychologie. Berlin 1983, 4. Auflage.

ZIMMER, R.: Motorik und Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern im Vorschulalter. Schorndorf 1981.

ZIMMER, R.: Psychomotorik als Grundprinzip frühkindlicher und vorschulischer Erziehung. In: IRMISCHER, T./FISCHER, K. (Hrsg.): Psychomotorik in der Entwicklung, Schorndorf 1989, 93–98.

ZIMMER, R.: Psychomotorik als Grundprinzip frühkindlicher und vorschulischer Erziehung. In: Psychomotorik in der Entwicklung. Schorndorf 1989, 93–98.

ZIMMER, R.: Handbuch der Bewegungserziehung. Freiburg 1993.

ZIMMER, R.: Handbuch der Sinneswahrnehmung. Freiburg 1995.

ZIMMER, R.: Handbuch der Psychomotorik. Freiburg 1999.

ZIMMER, R.: Bewegte Kindheit. In: Kindergarten Heute, 1996.

ZIMMER, R./CICURS, H.: Psychomotorik. Schorndorf 1987.

ZIMMER, R./VOLKAMER, M.: Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder (Mot 4–6), Weinheim 1984 und 1987, überarbeitete und erweiterte 2. Auflage.

ZUCK, G. H.: Familientherapie. Freiburg 1975.

ZULLIGER, H.: Die Angst des Kindes. In: BENEDETTI, G.: Die Angst. Zürich 1959.

Konzeption und Erprobung einer psychomotorischen Familientherapie

*Ein neues Setting in der systemischen Therapie
von Familien mit Kindern im Alter zwischen vier und acht Jahren
durch die Berücksichtigung von verbaler **und** nonverbaler Kommunikation
in der Bewegungsförderung*

ANHANG

**Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereichs Erziehungs- und Kulturwissenschaften
(Sport und Sportwissenschaft)
der Universität Osnabrück**



vorgelegt von

Ursula Licher-Rüschén

aus

Osnabrück

Gliederung vom Anhang:

Anhang I:

Fragebögen, Fragebögenformulare, Auswertungsformulare und Videoauswertungsformular

I/1) Familienzusammenhänge

I/2) FAST-Auswertungsbogen

I/3) Familienbögen: a) Allgemeiner Familienbogen, b) Selbstbeurteilungsbogen und c) Zweierbeziehungsbogen

I/4) Filminstruktionen und Videoauswertungsformular

I/5) Fragebogen für die Erzieherinnen

Anhang II:

Verlaufsprotokolle der vier Fallbeispiele:

Fallbeispiel A	1
Fallbeispiel B	27
Fallbeispiel C	51
Fallbeispiel E	83

Die Fallbeispiele entfallen in der Onlineversion zum Schutze der Familien, die an der Erprobung beteiligt waren.

Anhang III:

Auswertung der Tests: Familienbögen und MOT 4-6

III/A) Auswertungen der Familienbögen: Allgemeiner Familienbogen, Selbstbeurteilungsbogen und Zweierbeziehungsbogen (vorher und nachher)

III/B) Motorik-Testergebnisse der Indexpatienten/-patientinnen

Anhang I

Inhaltsverzeichnis

Fragebögen, Fragebögenformulare,
Auswertungsformulare und
Videoauswertungsformular

I/1) Familienzusammenhänge

I/2) FAST-Auswertungsbogen

I/3) Familienbögen:

a) Allgemeiner Familienbogen,

b) Selbstbeurteilungsbogen und

c) Zweierbeziehungsbogen

I/4) Filminstruktionen und Videoauswertungsformular

I/5) Fragebogen für die Erzieherinnen

Anhang I 1

I/1) Familienzusammenhänge

Familienzusammenhänge

Sehr geehrte Eltern!

Hiermit möchte ich Sie bitten, mir einige Auskünfte über ihre Familie bzw. deren Zusammenhänge zu geben. Bitte beschreiben Sie kurz oder mit Stichpunkten das Alter, den Beruf oder bei den Kindern die Ausbildung (dazu soll hier auch der Kindergarten zählen), das Lebensmotto oder Lebensprinzip: z.B. „Ordnung ist das halbe Leben“, „Ein bißchen Spaß muß sein!“, Lebendigkeit, Sparsamkeit, Ehrgeiz, ...)

Großeltern

Großmutter / mütterl.	Großvater / mütterl.	Großmutter /väterl	Großvater /väterl.
Alter: Beruf: Enkelinnenkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensmotto-/Prinzip:	Alter: Beruf: Enkelinnenkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensmotto-/Prinzip:	Alter: Beruf: Enkelinnenkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensmotto-/Prinzip:	Alter: Beruf: Enkelinnenkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensmotto-/Prinzip:

Eltern

Mutter	Vater
Alter: Beruf: Kinderkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensmotto-/Prinzip:	Alter: Beruf: Kinderkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensmotto-/Prinzip:

Kind aus der PMG (Bitte mit X kennzeichnen!) und Geschwister

Alter: Ausbildung: Elternkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:	Alter: Ausbildung: Elternkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:	Alter: Ausbildung: Elternkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:	Alter: Ausbildung: Elternkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:

Andere wichtige Personen z. B. Stiefeltern oder FreundInnen eines Elternteils

Alter: Beruf: Kinderkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:	Alter: Beruf: Kinderkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:	Alter: Beruf: Kinderkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:	Alter: Beruf: Kinderkontakt : <input type="checkbox"/> täglich x <input type="checkbox"/> wöchentlich x <input type="checkbox"/> monatlichX Lebensprinzip:

Bitte beantworten Sie auch noch folgende Fragen, natürlich nur, wenn sie möchten!

Wie schätzen Sie das Familienklima in ihrer Herkunftsfamilie (mütterlicherseits) ein ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie schätzen Sie das Familienklima in ihrer Herkunftsfamilie (väterlicherseits) ein ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zeichnen Sie bitte auf, wie Sie meinen, daß die zu ihrer „Familie“ gehörenden Mitglieder zueinander stehen? (hier oder am besten jeder/ jede auf ein extra Blatt unabhängig voneinander) (3b)

Was liebe(n) ich/ wir an meinem Kind, das hier die Psychomotorikgruppen besucht, besonders?

.....
.....
.....

Was fällt mir/ uns am schwersten bei ihm zu akzeptieren?

.....
.....
.....

Wie haben Sie versucht dies zu beheben? (Ve)

.....
.....
.....
.....

Welche Ereignisse/ Erlebnisse erinnern sie am ehesten mit ihrem Kind?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Geschichten und Ereignisse erinnern sie am ehesten von ihren Vorfahren?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welcher bzw. wieviel soziale Kontakt bestehen in ihrer Familie z.B. mit der Verwandtschaft, mit den Herkunftsfamilien und Freunden und Freundinnen? (1a)

.....
.....
.....

Ist bzw. war jedes Familienmitglied einverstanden diese zusätzliche „Stunde“ mitzumachen? (1c)

.....
.....
.....

Werden in ihrer Familie von den einzelnen Familienmitgliedern Gefühle gezeigt und wenn, dann welche und wie? (2)

.....
.....
.....

Welche Regeln und Normen gelten in ihrer Familie? (3c)

.....
.....
.....

Was passiert, wenn ein oder mehrere Familienmitglieder sich nicht an die Regeln halten? (3e)

.....
.....
.....

Gibt es auch Ausnahmesituationen für bestimmte Regeln und Normen? (3e/3f)

.....
.....
.....

Wer hat in ihrer Familie das meiste zu sagen? Wieso? (3c)

.....
.....
.....

Wer versteht sich mit wem am besten oder am schlechtesten? (3b)

.....
.....
.....

Gibt es in ihrer Familie Themen oder Personen über die nicht so gerne gesprochen werden? (3d)

.....
.....
.....

Was für gemeinsame Aktivitäten führen die Familienmitglieder durch und was für einzelne Aktivitäten gibt es ? (3b)

.....
.....
.....

- **Wichtige Parameter für die Veränderungsbetrachtung bei der PMFT:**

KOHÄSION (emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern)

HIERARCHIE/Führung (gegenseitige Einflußmöglichkeiten von Familienmitgliedern)

6 Dimensionen (beim FAD):

PROBLEMLÖSUNG/ KONFLIKT (1A)

KOMMUNIKATION (1B)

ROLLEN (1C)

EMOTIONALITÄT (1D)

AFFEKTIVE BEZIEHUNGSaufNAHME (1E)

VERHALTENSKONTROLLE (1F)

Bei CIERPKA:

STRUKTURELLE KRITERIEN: Kommunikation, Rollenverhalten, Grenzen (Ia)

MACHT UND KONTROLLE : Regeln (Iib)

KOHÄSION/ AFFEKTE (IIIc)

KULTURELLE KRITERIEN: Werte und Normen (IVd)

PROBLEMLÖSEORIENTIERUNG (Ve)

Bei CIERPKA:

1. Die Offenheit der Familie gegenüber der Außenwelt (1a)
 - ⇒ Der Austausch der Familie mit dem sozialen Umfeld (1b)
 - ⇒ die Offenheit der Familie in der PMFT oder im Gespräch (1c)
2. emotionale Dichte (2)
3. die Kohäsion der Familie (3a)
 - ⇒ der funktionale Zusammenhang des Systems (3b)
 - ⇒ bindende Familienregeln (3c)
 - ⇒ das Familiengeheimnis (3d)
 - ⇒ Normenrigidität (3e)
 - ⇒ die Starrheit der Beziehungsstruktur (3f)

Hypothesen:

- 1.) Durch das Abfragen der Familienzusammenhänge werden Familienmuster- und Strukturen deutlich!
- 2.) Mehr-Generationen-Familienkontakte können hilfreich sein und eine Verfolgung der gleichen Tradition bzw. des selben Lebensmotto bewirken. Familiensysteme, die wenig Kontakt, zur Ursprungsfamilie haben werden eventuell auch mit dem Lebensmotto der Großeltern konträr laufen.
- 3.) Ein positives Familienklima in der Herkunfts- /Ursprungsfamilie wirkt sich auch positiv auf die jetzige Familiensituation aus.
- 4.) Bestimmte Berufsrichtungen bzw. Wünsche der Vorfahren setzten sich in den Generationen.
- 5.) Durch die Fragen sollen die von CIERPKA aufgestellten Parameter erfaßt werden.

Anhang I 2

I/2) FAST-Auswertungsbogen

Familiensystemtest

FAST

Institution/Testleiter/in _____

Pb Einzeltest

V M K K₂ K₃

Familienname _____

Pb Gruppentest

Patient/in _____

Anmeldungsgrund _____

Bisherige Konsultationen: Anzahl _____ Beteiligte Personen _____

Art der Sitzungen _____

Anamnestische Daten zur Lebensgemeinschaft des/der Patient/in (FM/LG)

FM	Geb.-Datum	Schule/Beruf	spez. Krankheiten	weitere Angaben

Familienmitglieder ausserhalb der Lebensgemeinschaft des/der Patient/in (FM/ALG)

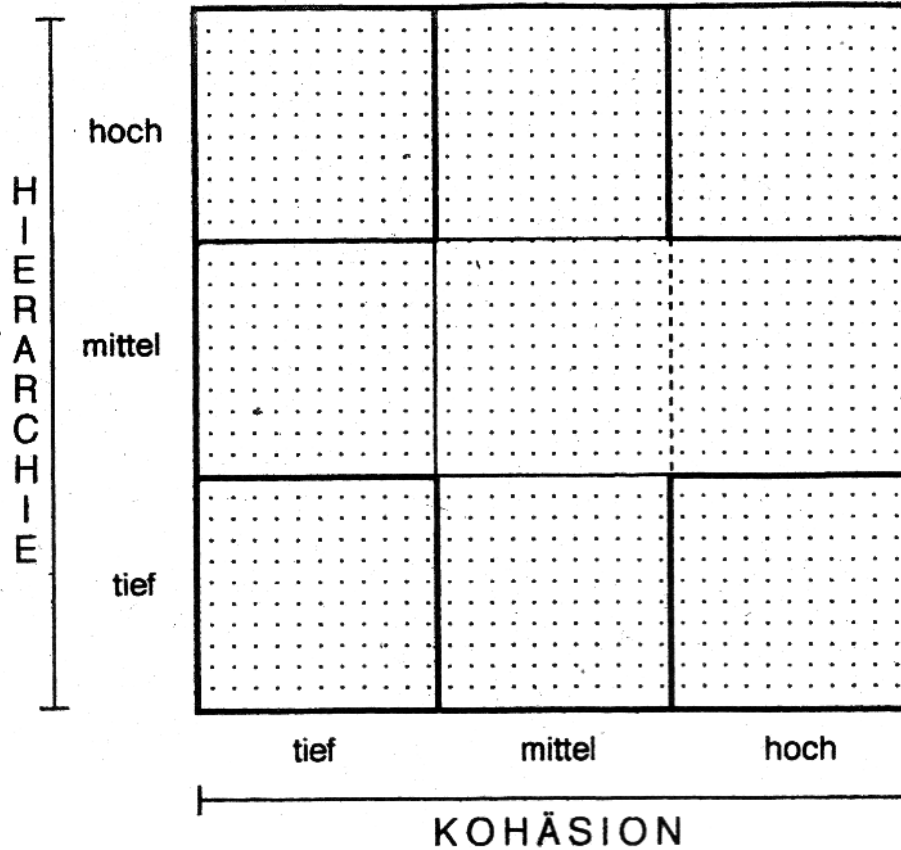
FM	Geb.-Datum	Schule/Beruf	spez. Krankheiten	weitere Angaben

In anderen Institutionen behandelte psychische Probleme

FM	Datum	Institution	Diagnose	Therapie

Interpretation der Testergebnisse

Auswertung der Beziehungsstrukturen



		FAT	ELT	GET	FAI	ELI	GEI	FAK	ELK	GEK
		B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U	B L U
BST	V									
	M									
	K									
	InterR									
WU		1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	V/M									
	V/K									
	M/K									
	V/InterR									
	M/InterR									
K/InterR										

		Typisch zu Ideal			Typisch zu Konflikt		
		FA	EL	GE	FA	EL	GE
		1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
FLEX	V						
	M						
	K						
	InterR						
GG		Intergenerationale Koalitionen		Hierarchieumkehrungen			
		TR	IR	KR	TR	IR	KR
		ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein
	V						
	M						
	K						
InterR							

Bemerkungen

Familienrepräsentationen

Name _____

Datum _____

Typische Repräsentation (TR)

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

VB/SPRINT _____

Ideale Repräsentation (IR)

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

VB/SPRINT _____

Konfliktrepräsentation (KR)

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

VB/SPRINT _____

Bemerkungen

Verwendete F	V	M	K ₁	K ₂	K ₃						
VPat											
Alter											
Geschlecht											
Pb											

FH											
FF											

Stabilität tief hoch

Unterschiede klein gross

FH										
FF										

Situation alltäglich speziell

Häufigkeit oft selten

FH										
FF										

Konflikttyp Eltern Eltern-Kind

Geschwister andere

Situation alltäglich speziell

Häufigkeit oft selten

Nachbefragung zur Typischen Repräsentation (TR)

1. Zeigt diese Darstellung eine konkrete Situation? Wenn ja, welche? _____

2. Seit wann sind die Beziehungen so wie in dieser Darstellung (Stabilität)? _____

3. Wie unterscheiden sich die Beziehungen in dieser Darstellung von denjenigen,
wie sie vorher waren (Unterschiede)? _____

4. Was führte dazu, dass sich die Beziehungen so verändert haben, wie sie aktuell sind? _____

5. Was bedeutet die Blickrichtung der Figuren? _____

6. Warum wurde(n) gerade diese Figur(en) durch eine Farbfigur ersetzt? _____

7. Welche persönlichen Eigenschaften werden durch die Farbwahl dargestellt? _____

8. Inwieweit beeinflussen die durch die Farben dargestellten Merkmale die Familienbeziehungen? _____

Bemerkungen

Nachbefragung zur Idealen Repräsentation (IR)

1. Zeigt diese Darstellung eine Situation, die sich schon einmal ereignete? Wenn ja, welche (Situation)? _____

2. Wie oft kommt diese Situation vor (Häufigkeit), und wie lange dauert sie jeweils? _____

3. Wann hat sich diese Situation zum erstenmal bzw. zum letztenmal ereignet? _____

4. Was müsste geschehen, damit die typischen Beziehungen Deinem/Ihrem Idealbild entsprechen? _____

5. Wie bedeutend wäre dies für Dich/Sie und die anderen Familienmitglieder? _____

6. Was bedeutet die Blickrichtung der Figuren? _____

7. Warum wurde(n) gerade diese Figur(en) durch eine Farbfigur ersetzt? _____

8. Welche persönlichen Eigenschaften werden durch die Farbwahl dargestellt? _____

9. Inwieweit beeinflussen die durch die Farben dargestellten Merkmale die Familienbeziehungen? _____

Bemerkungen

Nachbefragung zur Konfliktrepräsentation (KR)

1. Wer ist an diesem Konflikt beteiligt (Konflikttyp)? _____

2. Worum geht es in diesem Konflikt (Situation)? _____

3. Wie oft kommt dieser Konflikt vor (Häufigkeit), und wie lange dauert er jeweils? _____

4. Wann hat sich dieser Konflikt zum erstenmal bzw. zum letztenmal ereignet? _____

5. Wie bedeutend ist dieser Konflikt für Dich/Sie und die anderen Familienmitglieder? _____

6. Welche Rolle spielen die Familienmitglieder für die Lösung des Konfliktes? _____

7. Was bedeutet die Blickrichtung der Figuren? _____

8. Warum wurde(n) gerade diese Figur(en) durch eine Farbfigur ersetzt? _____

9. Welche persönlichen Eigenschaften werden durch die Farbwahl dargestellt? _____

10. Inwieweit beeinflussen die durch die Farben dargestellten Merkmale die Familienbeziehungen? _____

Bemerkungen

Anhang I 3

I/3) Familienbögen:

- a) Allgemeiner Familienbogen,
- b) Selbstbeurteilungsbogen und
- c) Zweierbeziehungsbogen

Name bzw.
Kenn-Nummer: _____

Datum: _____

FB-Allgemeiner Familienbogen

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

- Mutter/(Ehe)Partnerin
- Vater/(Ehe)Partner
- Tochter
- Sohn
- _____

Geburtsjahr: _____

Anweisungen:

Auf den folgenden Seiten finden Sie 40 Aussagen über Ihre Familie. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie gut die Aussage Ihre Familie beschreibt. Bitte kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Einschätzung in den **entsprechenden Kästchen** neben der Aussage an.

Bitte kreuzen Sie **nur ein** Kästchen (Einschätzung) für jede Aussage an. Beantworten Sie jede Aussage, selbst wenn Sie sich Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sind.

Tragen Sie bitte Ihre Stellung in der Familie und Ihr Geburtsjahr in die obigen Zeilen des Bogens ein.

© by Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
1. Wenn bei uns in der Familie Probleme aufkommen, suchen wir gemeinsam nach neuen Lösungswegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Familienpflichten sind gerecht verteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich jemanden in der Familie bitte, zu erklären, was er meint, bekomme ich offene und direkte Antworten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wir teilen uns gegenseitig mit, wie es uns wirklich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kann mir nicht vorstellen, daß irgendeine Familie besser klarkommt als unsere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In unserer Familie hat man es schwer, seinen eigenen Weg zu verfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wenn ich frage, warum wir bestimmte Regeln haben, bekomme ich keine befriedigende Antwort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wir haben die gleichen Ansichten darüber, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Meine Familie könnte glücklicher sein, als sie tatsächlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Manchmal sind wir ungerecht zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wir versuchen, Schwierigkeiten gleich zu lösen und nicht auf die lange Bank zu schieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wir stimmen darin überein, wer was in unserer Familie tun sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich weiß nie, was in unserer Familie los ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. In unserer Familie wissen wir gewöhnlich, wenn sich jemand aufgeregt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich glaube nicht, daß irgendeine Familie glücklicher als meine sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
16. Wir sind eng miteinander verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn man etwas falsch macht in unserer Familie, weiß man nicht, was man zu erwarten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. In unserer Familie kann jeder seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne daß die anderen deswegen sauer wären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Einige Dinge in unserer Familie stellen mich nicht vollständig zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wir werden nie wütend in unserer Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wir brauchen zu lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wir können uns nicht darauf verlassen, daß alle Familienmitglieder die ihnen zgedachten Aufgaben erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir zu lange, um darüber hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wir regen uns nie gegenseitig auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. <i>Eigentlich vertrauen wir einander nicht.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Meine Familie und ich verstehen einander vollkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Manchmal gehen wir uns gegenseitig aus dem Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
31. Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wir müssen uns meistens gegenseitig daran erinnern, was in der Familie von den einzelnen getan werden muß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wir streiten in unserer Familie oft darüber, wer was gesagt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Manchmal verletzen wir die Gefühle der anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. In unserer Familie lebt jeder eher für sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. In unserer Familie gibt es keine festen Regeln oder Vorschriften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. In unserer Familie haben wir die gleichen Vorstellungen über Erfolg und Leistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Wir sind so gut angepaßt, wie eine Familie nur sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Wir geben unsere Fehler immer zu und versuchen nicht, irgend etwas zu verbergen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name bzw.

Kenn-Nummer: _____

Datum: _____

FB-Selbstbeurteilungsbogen

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

- Mutter/(Ehe)Partnerin
- Vater/(Ehe)Partner
- Tochter
- Sohn
- _____

Geburtsjahr: _____

Anweisungen:

Auf den folgenden Seiten finden Sie 28 Aussagen darüber, wie Sie sich in Ihrer Familie zurechtfinden. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie gut die Aussage auf Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Einschätzung in den **entsprechenden Kästchen** neben der Aussage an.

Bitte kreuzen Sie **nur ein** Kästchen (Einschätzung) für jede Aussage an. Beantworten Sie jede Aussage, selbst wenn Sie sich Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sind.

Tragen Sie bitte Ihre Stellung in der Familie und Ihr Geburtsjahr in die obigen Zeilen des Bogens ein.

© by Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien, verboten.

Best.-Nr. 0113304

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
1. Meine Familie und ich sehen unsere Probleme gewöhnlich gleich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meine Familie hat zu hohe Erwartungen an mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich etwas sage, versteht meine Familie was ich meine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich mich über meine Familie aufrege, geht das nicht so schnell vorüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich Sorge mich um meine Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Manchmal verlange ich von anderen in der Familie, daß sie tun, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich kann meinen eigenen Interessen nachgehen, ohne daß die anderen in meiner Familie deswegen sauer wären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es fällt mir schwer, Lösungsvorschläge von anderen Familienmitgliedern anzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kann akzeptieren, was die anderen von mir an Verantwortlichkeiten und Pflichten gegenüber der Familie erwarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Oft verstehe ich nicht, was andere Familienmitglieder meinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich kann anderen in der Familie mitteilen, wie es mir wirklich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich kümmere mich oft nicht darum, was die anderen in der Familie machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich muß nicht daran erinnert werden, was ich in meiner Familie zu tun habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Meine Familie und ich stimmen darin überein, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn etwas in meiner Familie nicht stimmt, lasse ich so lange nicht locker, bis es geklärt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
16. Ich habe andere Ansichten darüber, wer was in unserer Familie tun sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn andere Familienmitglieder mit mir reden wollen, bin ich immer für sie da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn ich mich über etwas aufrege, lasse ich es meine Familie wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich weiß, daß ich auf meine Familie zählen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich übernehme in der Familie nicht so viel Verantwortung, wie ich eigentlich sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. In meiner Familie habe ich die Freiheit zu sagen, was ich denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wenn in meiner Familie Probleme auftreten, lasse ich sie meistens von anderen lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich habe es satt, für alles verantwortlich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Selbst wenn ich nicht so denke, höre ich mir die Standpunkte der anderen Familienmitglieder an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich kann in meiner Familie sagen, was mich gerade stört oder aufregt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Es interessiert mich, was die anderen in der Familie fühlen und denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich weiß nie so genau, wie meine Familie reagiert, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Meine Familie und ich haben die gleichen Anschauungen über Erfolg und Leistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name bzw.
Kenn-Nummer: _____

Datum: _____

FB-Zweierbeziehungsbogen

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:	Eingeschätzt wird die Beziehung zu:
<input type="checkbox"/> Mutter/(Ehe)Partnerin	<input type="checkbox"/> Mutter/(Ehe)Partnerin
<input type="checkbox"/> Vater/(Ehe)Partner	<input type="checkbox"/> Vater/(Ehe)Partner
<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Tochter/Schwester
<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Sohn/Bruder
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
mein Geburtsjahr: _____	Geburtsjahr: _____

Anweisungen:

Auf den folgenden Seiten finden Sie 28 Aussagen über die Beziehung zwischen Ihnen und einem anderen Familienmitglied. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie gut die Aussage Ihre Beziehung zu dem jeweiligen Familienmitglied beschreibt. Bitte kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Einschätzung in den **entsprechenden Kästchen** neben der Aussage an.

Bitte kreuzen Sie **nur ein** Kästchen (Einschätzung) für jede Aussage an. Beantworten Sie jede Aussage, selbst wenn Sie sich Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sind.

Füllen Sie jeweils einen Zweierbeziehungsbogen für jedes Familienmitglied gesondert aus. Wählen Sie nacheinander jeweils ein Familienmitglied aus und tragen Sie das Verwandtschaftsverhältnis und dessen Geburtsjahr neben Ihren eigenen Angaben in die obigen Zeilen des Bogens ein.

© by Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
1. <u>Mein/e Partner / Partnerin / Vater / Mutter / Sohn / Tochter / Bruder / Schwester</u> kann nur schwer meinen Lösungsvorschlag zu einem Problem akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein/e... akzeptiert, was ich von ihm/ihr an Verantwortlichkeiten und Pflichten gegenüber der Familie erwarte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich weiß, was mein/e... meint, wenn er/sie etwas sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich kann meinem/er... mitteilen, wie es mir wirklich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mein/e... mag mich, selbst wenn ich mit ihm/ihr streite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mein/e... reagiert angemessen, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mein/e... und ich haben die gleichen Ansichten darüber, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mein/e... hilft mir bei der Bewältigung von Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mein/e... erwartet zu viel von mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Oft versteht mein/e... nicht, was ich meine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich mich über etwas aufrege, weiß mein/e... gewöhnlich warum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mein/e... und ich fühlen uns eng miteinander verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Selbst wenn ich zugebe, im Unrecht zu sein, vergibt mir mein/e... nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mein/e... und ich haben ähnliche Ansichten über unsere gemeinsame Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn es ein Problem zwischen uns gibt, findet mein/e... immer neue Wege, dieses zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
16. Mein/e... und ich haben die gleichen Ansichten darüber, wer was in unserer Familie tun sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich weiß oft nicht, ob ich dem glauben soll, was mein/e... sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn mein/e... sich über mich ärgert, geht das nicht so schnell vorüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mein/e... vertraut mir wirklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wenn ich einen Fehler mache, gibt mir mein/e... die Gelegenheit, zu erklären warum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mein/e... stellt viel höhere Ansprüche an mich, als er/sie selbst einhalten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mein/e... sieht die Schwierigkeiten in der Familie niemals auf die gleiche Weise wie ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mein/e... beklagt sich darüber, daß ich zu viel von ihm/ihr erwarte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Selbst wenn mein/e... nicht so denkt wie ich, hört er/sie wenigstens meinen Standpunkt an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mein/e... läßt mich wissen, wie er/sie zu mir steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mein/e... geht auf meine Gefühle und Bedürfnisse ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich weiß nie, wie mein/e... reagiert, wenn ich etwas falsch mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mein/e... und ich haben die gleichen Ansichten darüber, wie wir unsere Freizeit verbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang I 4

I/4) Filminstruktionen und Videoauswertungsformular

Die Ideen des „MARTE MEO“-Konzeptes von Maria Aarts

„Beginne dort, wo sie sind und baue auf das, was sie haben!“

(nach Lao Tse, 300 v. Chr.)

Ideen zu diesem Konzept sind nicht nur in der Physiotherapie und der Psychomotorik, sondern auch in der Psychologie beheimatet.

„MARTE MEO“, das Motto des Arbeitskonzeptes von Maria Aarts, ist vom lat. „mars/ martis“ abgeleitet und bedeutet so viel wie „aus eigener Kraft erreichen“. Zentrales Ziel ist es, die Betroffenen anzuleiten, ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entdecken und diese so zu aktivieren und zu entwickeln, dass sie zu konstruktiven Interaktionen gelangen und damit unterschiedliche Entwicklungsprozesse vorantreiben können. Auf den Alltag des Kindes bezogen soll das „MARTE MEO“-Konzept das Kind befähigen, sich in Interaktionen planvoll weiterzuentwickeln.

Als Betroffene sind aber durchaus nicht nur Kinder zu sehen, sondern ebenso Eltern, professionelle Erzieher und alle diejenigen, die die Entwicklung ihrer eigenen Potentiale forcieren wollen. Denn unter *den* Erwachsenen, die Schwierigkeiten mit der Erziehung ihrer Kinder haben oder hatten, finden sich zahlreiche, die selbst einer so genannten Problemfamilie entstammen. Doch trotz des festen Vorsatzes, ihre Kinder besser erziehen zu wollen, gelingt es ihnen allzu häufig nicht. Maria Aarts fiel bei unzähligen Eltern ein erhebliches Informationsdefizit über Erziehungsmittel und -möglichkeiten zur Entwicklung elterlicher Fähigkeiten auf. Ihr Ziel war es, den Eltern mehr lösungsorientierte Information zukommen zu lassen.

Das „MARTE MEO“-Konzept gliedert sich in zwei Abschnitte:

1. Es sollen konkrete Informationen über Gelegenheiten gegeben werden, die es ermöglichen, Entwicklungsprozesse zu fördern.
2. Es soll der Blick auf den Transfer der Informationen an die Adressaten gerichtet werden.

Das führt zu der Erkenntnis, dass die Einübung der kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Therapeuten von grosser Bedeutung ist.

Die grundlegenden Informationen des „Marte Meo“-Konzeptes sind den natürlichen entwicklungsunterstützenden Dialogen abgeschaut. „Die Natur eröffnet uns alle Informationen über Entwicklungsprozesse“. Maria Aarts meint damit, dass Veränderung in Momenten des Handelns und nicht nur im Geiste stattfinden kann. Diese Aufforderung zu mehr Handeln als über den Umgang mit Kindern nur zu reden deckt sich mit meinen Ansichten.

„Im natürlichen Entwicklungsprozess ist es von herausragender Bedeutung, den Entwicklungsschritten der Kinder zu folgen. Ebenso ist es bei der professionellen Arbeit von Bedeutung, jeden Entwicklungsschritt eines Kindes, einer Familie oder eines professionellen Helfers wahrzunehmen und ihn als Anreiz zu nehmen, den natürlichen Entwicklungsprozess wieder möglich zu machen.“ (aus dem Handzettel von Maria AARTS, übersetzt von Christian Hawellek, auf dem Symposium „Intuition“ in Osnabrück, 2001) Maria Aarts ist davon überzeugt, „dass die meisten Personen und Familien über das Potential verfügen, ihre eigenen Probleme zu lösen und ihre eigene Entwicklung zu schützen oder wieder möglich zu machen. Manche Menschen verlieren zeitweise die Sicht auf ihr eigenes Potential, das ihnen bei der Problembewältigung nutzen könnte.“ (AARTS, 2001, 2) So sollten Therapeuten lernen, günstige Startbedingungen zu finden, die Entwicklungsprozesse wieder ermöglichen. Mit dem Hinweis, dass Probleme auch eine „Gelegenheit zu Wachstum“ in verschiedenste neue Richtungen sein können, stellt Maria Aarts auch eine andere Sichtweise von Problemen dar. „Probleme werden normalerweise als ‚schwierig‘ betrachtet, dabei sind sie zugleich Chancen, sich neue Fähigkeiten anzueignen. Probleme helfen Menschen, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Probleme zeigen auch, welche Fähigkeiten noch nicht angemessen entwickelt wurden, um die eigene Situation konstruktiv zu bewältigen.“ (AARTS, 2001, 2) Hier wird also der Blick von den Problemen auf die Lösungen gerichtet. „Zur Unterstützung bei der Entwicklung neuer elterlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten werden im MARTE MEO Ansatz Videos als Werkzeuge genutzt“ (AARTS, 2001, 2).

Videoaufzeichnungen helfen den Betrachtern einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus zu schaffen. Die Videotechnik bietet zusätzlich die Möglichkeit der Mikrospektion der normalen Erlebenszeit durch Dehnung des Tempos oder durch Anhalten der Bildersequenzen. Aber auch eine Raffung der Darstellung ist möglich.

„Jedes Tempo ermöglicht die Entdeckung von etwas anderem:

- *Die normale Zeitperspektive korrespondiert mit dem Alltagserleben und ermöglicht den Perspektivenwechsel vom Teilnehmer einer Interaktion zu deren Beobachter (...). Sie bildet sozusagen die Mesoebene (= mittlere Ebene) des dokumentierten Prozesses. Die gedehnte Zeitperspektive verlangsamt Prozesse, die in der normalen Erlebenszeit „blitzschnell“, quasi automatisch ablaufen und der normalen Wahrnehmung verborgen sind. Auf diese Weise kann ein Beobachter z.B. fehlende „Passungen“ auf der Mikroebene der Interaktion entdecken.*
- *Die geraffte Zeitperspektive ermöglicht die Wahrnehmung „grober“ Bewegungen in einem längeren interaktionalen Geschehen. Sie kann z.B. deutlich machen, an welchen Punkten des Prozesses „Bewegung“ ins Geschehen kommt, bzw. wann ein Prozess zur Ruhe kommt. Durch die Zeitraffung –und das sicherlich ein Unterschied zum Mikroskop– bietet die Videotechnik auch die Möglichkeit eines Gesamtüberblicks, sozusagen einer Makrospektion zeitlicher Abläufe.“*

(HAWELLEK, 1/1995, systema, 9. Jahrgang, 8)

Auf das Thema der Dissertation bezogen, die Entwicklung einer PMFT-Stunde, stellen Videoaufzeichnungen also ein Feedback für die in Problemsituationen steckende Personen dar.

Somit wird zusätzlich zum Feedback *während* der PMFT-Stunde im Beisein auch der zweiten TherapeutIn (in Anlehnung an das „Reflecting Team“ aus der Familien und Systemtherapie), ein Feedback *nach* der PMFT-Stunde mittels der speziell ausgewählten Videoausschnitte aus dieser PMFT- Stunde mit den Eltern bzw. einem Elternteil angeboten.

„Das Video einer Eltern-Kind-Interaktion ist ein dokumentarisches Medium. Als ein Medium ist es zwischen Klienten und Therapeuten etwas Drittes im therapeutischen Prozess. (...) Der Platz von Videokonsultationen in der systemtherapeutischen Landschaft lässt sich in der Nähe lösungs- und aufgabenzentrierter kurztherapeutischer Verfahren ausmachen, wie sie etwa in den Arbeiten der Gruppe um de Shazer formuliert wurden.

(HAWELLEK, 1/1995, systema, 9. Jahrgang, 9)

Die 10 Stufen-Gliederung des Trainingsprozesses für Marte Meo Therapeuten:

(Ausschnittsweise, z.T. freie Übersetzung von Ursula Licher-Rüschen aus dem Buch „Marte Meo Basic Manual“)

10 Stufen Scheckliste: (MARIA AARTS, 2001, 54-61)

1. Handhabung der Techniken
2. Bekannt werden mit den Basisinformationen des „MARTE MEO“-Konzeptes über die Entwicklungsprozesse und unterstützenden Verhaltensweisen
3. Die Techniken der Interaktionsanalyse
4. Lernen, die „Marte Meo“-Informationen mit den alltäglichen Interaktionen zu verbinden
5. Das Filmen der Klienten/ Kinder, um zu lernen, in einer Alltagssituation eine professionelle Diagnose zu stellen
6. Trainieren/ Einüben, die richtig angewandte „Marte Meo“-Information mit der entwicklungsmäßigen Notwendigkeit des spezifischen Klienten zu verbinden
7. Erstellen einer Arbeitsliste als globale Entwicklungslinie
8. Lernen, die richtigen Videobilder auszuwählen, in denen optimale Interaktion deutlich wird
9. Fertigkeiten einen Überblick zu entwickeln, für den Rückblick mit den Eltern auf das vorhandene Videomaterial
10. Lernen die Filmsequenzen zu analysieren, die bezogen sind auf den Aktionsmoment, von dem die Eltern oder andere Sorgeberechtigte in ihrer Arbeit im Augenblick ausgehen

1.) Handhabung der Techniken

- Lerne deine Kamera zu gebrauchen!
- Lerne den Videorecorder und die Fernbedienung zu gebrauchen!
- Studiere die Instruktionen!

Filmtips:

- Stelle den Zähler der Kamera ein! Stelle die Zahlen in *die* Ecke des Bildschirms, in der sie dich nicht stören (besonders nicht in das Gesicht der Leute, die du filmst)!
- Wenn du die Analyse durchführst, dann schreibe die Zahlen *der* Szenen auf, die du später brauchst!
- Wenn du den Film drehst, dann sage den Eltern, wie lange du filmen wirst, und auch, dass du während des Filmens ausschließlich hinter der Kamera stehst und erst später wieder für sie bereit bist!
- Schaffe dir die bestmöglichen Bedingungen für ein attraktives Bild.
Beleuchtung: Mache ein eigenes Licht an! Filme nicht mit Rückenlicht! Filme nicht in das Licht eines Fensters oder eine helle Lampe, weil es das Objekt zu dunkel macht!
Geräusche: Stelle die elektrischen Geräte (Radio, TV, ...) ab, damit die Fremdgeräusche nicht die gewünschten Geräusche und Stimmen überlagern!
Position: Filme die richtigen Leute in der richtigen Position! Es ist attraktiver und informativer, sie frontal zu filmen als von der Seite! Ist auch jeder, den du hinterher für den Rückblick brauchst, im Bild?
- Versichere dich, dass du eine Alltagssituation zwischen Kind und der Familie / den Sorgeberechtigten filmst! Das ist wichtig, weil solche Momente oft im normalen Leben vorkommen und als Übungsanleitung gebraucht werden können.
- Wähle eine Filmsituation, die in dein Vorhaben bzw. Ziel passt! Wenn du sehen möchtest, ob ein Kind genügend Raum hat, um die Initiative zu ergreifen, dann wäre es am besten, eine freie Spielsituation zu filmen. Wenn du das erzieherische Verhalten der Eltern studieren möchtest, dann wäre es besser, eine stärker strukturierte Situation zu wählen.
- Zoome im richtigen Augenblick, sodass du beim Überblick zeigen kannst, wie das Kind emotional auf eine Aktion der Eltern oder eines Erziehers reagiert hat.
- Beschrifte den Film mittels Bleistift sofort mit Namen, Datum, usw. !

2.) Bekanntwerden mit den Basisinformationen des „MARTE MEO“-Konzeptes über die Entwicklungsprozesse und unterstützenden Verhaltensweisen
--

Dann lernen wir elterliches Verhalten und kindliche Entwicklung, indem wir uns darüber informieren.

3.)

Die Techniken der Interaktionsanalyse

- Diese Technikanalyse ist notwendig, um Informationen aus dem Film zu bekommen. Mit dieser Analyse fokussiert man die Wirklichkeit eher als das, was man im Geiste hat. Man interpretiert oft die Wirklichkeit auf seine eigene Weise, die sich gründet auf Kassetten oder auf das, was man von Kollegen über dieses Kind gehört hat. Ohne dies zu beachten, erlaubst du dir, deine eigenen Gefühle, Erfahrungen und Ideale eine Rolle spielen zu lassen. Die Interaktionstechnik führt zu der Wirklichkeit des Kindes, dieser Individualität, dieser Gruppe, dieser Familie.
- Die Bedeutung der Interaktionsanalyse: (= IA)
 - Die IA hilft, die Information Schritt für Schritt so konkret wie möglich den Eltern oder Erziehern zu vermitteln!
 - Die IA ist besonders wichtig für die Leute, die sie am meisten gebrauchen, nämlich jene, die in ihrer Erziehung keine guten Beispiele erlebt haben. (Der MM-Film „Soziale Entwicklung der Kinder“ zeigt, wie ein Kind diese Beispiele von einem Kind lernt).
 - Als Erziehungsberechtigte wissen wir aus Erfahrung, dass es schwierig ist, selbst gute Eltern zu sein, wenn man in der Kindheit kein gutes Beispiel hatte. Denke daran, etwas zu tun, was du nie getan hast! Wenn du ein neues Modell lernen willst, dann musst du, wie beim Lernen am Computer oder neuer Software, Schritt für Schritt vorgehen. Manchmal weißt du nicht, wie etwas läuft, oder wie man mit etwas umgehen soll. Ein Spezialist zeigt es dir. Wenn du ihn einmal beobachtet hast, wie er es macht, dann glaubst du, dass du es selber auch kannst. Aber wenn er gegangen ist, kommt das selbe Problem wieder. Und du weißt nicht mehr, was der Spezialist wirklich getan hat und in welcher Reihenfolge. Plötzlich merkst du, dass du zu optimistisch warst. Du kannst das Problem nicht selbst lösen. Der Spezialist hätte dir Schritt für Schritt Anweisungen geben sollen. Du hättest die Gelegenheit haben müssen unter seiner Supervision zu üben. Dann würdest du gelernt haben, dass Problem im Laufe des Tuns zu lösen.

4.)

Lernen, die „MARTE MEO“-Informationen mit den alltäglichen Interaktionen zu verbinden

Eine Familie, die intakt funktioniert, ist gefilmt worden, und die MM-Elemente sind dort identifiziert/ gekennzeichnet worden.

5.) Das Filmen der Klienten/Kinder, um in einer Alltagssituation zu lernen, eine professionelle Diagnose zu stellen

Starte mit einer Situation, die nicht zu kompliziert ist! Wenn du stricken lernst, fängst du ja auch mit einfachem Stricken an und nicht gleich mit komplizierten Mustern.

- Länge des Filmes:
 - 5 Minuten einer unstrukturierten Situation wie freies Spiel, und
 - 5 Minuten einer mehr strukturierten Situation, z.B. eine Familienmahlzeit
- Die Orientierungspunkte der Analyse:
 - Die Entwicklungsnotwendigkeiten des Klienten bzw. Kindes
 - Das unterstützende Verhalten der Eltern oder Erzieher, das sie begleitet

Während des Aufzeichnens der nummerierten Aufnahmen bekommst du ein Bild davon, was das Kind oder die Klienten charakterisiert.

Du zeichnest genau auf, wenn das unterstützende Verhalten stattfindet oder Schwächen auftauchen.

Wenn die Eltern nicht auf viele bestätigende Momente in (aufgeschlossener) Weise reagieren (...), sollte „Gebe Bestätigung“ auf der Arbeitsliste hinzugefügt werden.

6.) Trainieren/ Einüben, die richtig angewandte „MARTE MEO“-Information mit der entwicklungsmäßigen Notwendigkeit des spezifischen Klienten zu verbinden

In der vorher analysierten Videofilmsituation, muss der Trainer lernen, die Information des Films mit dem Grund zu verbinden, warum diese Art des Verhaltens unterstützend ist. Der Trainer muss die Fähigkeit besitzen, klar zu machen, was in der speziellen Situation passiert, d.h. wenn das Kind sprachlich noch nicht so weit entwickelt ist, sein Tun sprachlich zu artikulieren (oder begleiten). Er kann noch nicht sagen: „Ich hebe das Auto auf.“ Das zeigt, dass er in diesem Aktionsmoment die entsprechende Sprache von seinen Eltern oder anderen Erziehern braucht.

7.) Erstellen einer Arbeitsliste als globale Entwicklungslinie

- Der Trainer lernt zu sehen, auf welcher Stufe die Eltern und Erzieher sich befinden und funktionieren. Das dient als Anhaltspunkt, eine Arbeitsliste aufzustellen.
- Die professionelle Diagnose unter Beachtung dessen, was jetzt als unterstützendes elterliches Verhalten noch nicht gebraucht wird, bildet die Arbeitsliste.
- Stufe für Stufe muss den Eltern geholfen werden, die neuen nötigen Fähigkeiten zu entwickeln.
- Die Arbeitsliste ist nie endgültig. Sie sollte eine Liste mit Punkten sein, mit der man arbeitet. Wenn es nötig ist, kann sie geändert oder erneuert werden.

8.) Lernen, die richtigen Videobilder auszuwählen, in denen optimale Interaktion deutlich wird

- Für den Rückblick sollen günstige Bilder ausgesucht werden. Sie sind *der* Teil des Videoclips, der die Übertragung der Information zu den Eltern oder Erziehern erleichtert.
- Die Wahl der Rückblickbilder:
 - Die besten Filme sind die, bei denen die Eltern spontan ihr erwünschtes unterstützendes elterliches Verhalten in bestimmten Momenten in die Praxis umsetzen. Sie sind am hilfreichsten.
 - Die zweitbesten sind die, die ein Kind zeigen, das eine bestimmte Art von Unterstützung braucht.
 - Die drittbesten sind die, in denen die Eltern eine Gelegenheit hatten, ihr unterstützendes Verhalten zu zeigen.
 - Wenn Sie die besten Bilder auswählen können, dann sollten sie natürlich nicht andere wählen!

9.) Fertigkeiten einen Überblick zu entwickeln, für den Rückblick mit den Eltern auf das vorhandene Videomaterial

Man soll sich die praktischen Aspekte solcher Rückblicksscheckliste anschauen.

10.) Lernen die Filmsequenzen zu analysieren, die bezogen sind auf den Aktionsmoment, von dem die Eltern oder andere Sorgeberechtigte in ihrer Arbeit im Augenblick ausgehen

- Nach diesem Rückblick, der zu einem Arbeitspunkt für die Eltern und Erzieher geführt hat, wird ein neuer Film gedreht.
- In diesem neuen Film lernt der Trainer, die geeignete Szene für den neuen Arbeitspunkt auszuwählen. Wenn es z.B. den Eltern zukommt, eine emotionale Initiative zu benennen, soll eine Szene gezeigt werden, wo der Therapeut diese Initiative ansetzen. Wenn einmal alle Arbeitspunkte spezifiziert bzw. deutlich werden, dann kann die Behandlung erfolgreich abgeschlossen werden.

Checkliste für den Rückblick

3 Lernstufen:

- 1.) *Struktur: (S)*
- 2.) *Kommunikation: (C)*
- 3.) *Information: (I)*

- C Mache eine gefühlsmäßiger Einleitung.
- S Mache einen deutlichen Anfang!
- S Versichere dich, dass die Voraussetzungen angemessen sind.
- S Nimm die richtige Sitzposition ein.
- S Benenne die Struktur des Rückblickprozesses.
- S Benenne den Prozess Schritt für Schritt.
- C Wiederhole die Fragen der Eltern, erkläre, was der letzte Arbeitspunkt war.
- I Mache Gebrauch von den richtigen Bildern, um Information zu übermitteln.
- C Schau auf die Eltern oder andere Erzieherinnen, wenn du sprichst.
- C Warte auf eine Reaktion.
- C Sei aufmerksam auf das, was die Eltern oder Erzieherinnen sagen.
- C Aktiviere einen Dialog.
- C Stimuliere einen Entwicklungsprozess. Der ultimative „MARTE MEO“ Moment. (Zeichne eine individuelle Stärke auf!)
- C Sei aufmerksam auf die emotionalen Initiativen der Eltern oder der anderen Erzieher.
- C Benenne Gefühle!
- S Gib jeder Person einen klaren Anfang und Ende.
- S Benenne deine eigenen Aktionen.
- S Rahme jeden Clip ein.
- I Gebrauche konkrete spezifische Sprache, um die Informationen zu übermitteln.

Checklisten Kennzeichen

- eine leere Kiste meint: eine noch zu vervollständigende Entwicklung
- / ein Slash meint: das Training ist praktiziert und ist graduell gewachsen
- X ein Kreuz meint: die Fähigkeit ist gemeistert.

Film-Instruktionen für Studenten/ innen im Projekt „PMFT“

Handhabung der Techniken:

- Lerne deine Kamera zu gebrauchen!

Filmtips:

- Stelle den Zähler der Kamera ein! Stelle die Zahlen in die Ecke des Bildschirms, in der sie dich nicht stören (besonders nicht in das Gesicht der Leute, die du filmst)! Stelle den Zähler so ein, dass er gut für die Auswertungen zu lesen und zu nutzen ist!
- Wenn du filmst, dann bist du nicht in das Geschehen eingebunden. Informiere ggf. die Eltern noch einmal darüber, dass du ausschließlich an der Kamera stehst und erst später wieder für sie zum Gespräch bereit bist. Teile ihnen die Filmdauer mit (~45 min = Anfangsrunde und Spielphase). In der anschließenden Phase des Reflektierens (~5-10 Minuten) fixiere die Kamera so, dass die Reaktionen der Familie gut beobachtet werden können. Für die Abschlußrunde stehst du dann wieder an der Kamera.
- Schaffe dir die bestmöglichen Bedingungen für ein attraktives Bild.
Beleuchtung: Mache das Hallenlicht an! Filme nicht mit Rückenlicht! Filme nicht in das Licht eines Fensters oder eine helle Lampe, weil es das Objekt zu dunkel macht!
Geräusche: Achte darauf, dass Fremdgeräusche die gewünschten Geräusche und Stimmen nicht überlagern!
Position: Filme die richtigen Leute in der richtigen Position! Es ist attraktiver und informativer, sie frontal zu filmen als von der Seite! Ist auch jeder, der hinterher für den Rückblick gebraucht wird, im Bild?
- Versichere dich, dass du eine alltägliche Situation zwischen Kind und der Familie/den Sorgeberechtigten filmst. Das ist wichtig, weil solche Momente oft im normalen Leben vorkommen und als Übungsanleitung gebraucht werden können.
- Wähle Filmsituationen, die in das Vorhaben bzw. Ziel passen.
 - Die besten Filmszenen sind die, bei denen die Eltern spontan die erwünschten unterstützenden elterlichen Verhalten in bestimmten Momenten umsetzen und die, in denen familientherapeutische Techniken zum Einsatz kommen und die Familienreaktionen deutlich werden, z.B. auf zirkuläre Fragen, Wunderfragen, Reframing usw.
 - Die zweitbesten Filmszenen sind die, die ein Kind zeigen, welches eine bestimmte Art von Unterstützung braucht.
 - Die drittbesten sind die, in denen die Eltern eine Gelegenheit hatten, durch Anregung der Therapeutin ihr unterstützendes Verhalten zu zeigen.
- Zoome im richtigen Augenblick, so dass du beim Überblick zeigen kannst, wie das Kind emotional auf eine Aktion der Eltern oder eines Erziehers reagiert hat.
- Vorsicht bei Bewegungsszenen: Bei zu schnellem Kameraschwenk verwischt das Bild.
- Beschrifte den Film mit Bleistift sofort mit Namen, Datum, usw.
- Bitte keine Köpfe, besonders der Erwachsenen abschneiden!!!
- Bitte mehr in der Situation der Familienangehörigen bleiben als zu oft zur Therapeutin zu schwenken und darüber viel leere Halle filmen. Nur wenn die Therapeutin z.B. die Rolle eines nicht anwesenden Familienmitgliedes oder einer Phantasiefigur des Kindes übernimmt, soll dieses auch gefilmt werden.

Zusätzliche Beobachtungskriterien von Ursula Licher-Rüschen für die Videoauswertung der PMFT-Stunde:

- Spielebenen betrachten (Beschreibung: siehe Kapitel 2)
- Hörebenen ???
- Beziehungsmuster beobachten und versuchen zu differenzieren
- Beobachten von Macht und Einfluß unter den einzelnen Familienmitgliedern (wie FAST)
- Beobachtung der motorischen und sensorischen Stärken und Schwächen der einzelnen Familienmitglieder und wie sie sich gegenseitig beeinflussen
- Beobachtung der Nähe und Distanzabstände auf räumlicher Ebene aber auch auf emotionaler Ebene soweit das deutlich wird (wie FAST)

Anhang I 5

I/5) Fragebogen für die Erzieherinnen

Ursula Licher-Rüschen

Diplom-Psychologin
Physiotherapeutin

Universität Osnabrück

Fachbereich Erziehungs- und
Kulturwissenschaft
Sport und Sportwissenschaft

Tel.: 0541/ 432 814

E-Mail: ulicherr@uni-osnabrueck.de

Osnabrück, im 2002

Sehr geehrte Erzieherinnen!

Das von Ihnen in Ihrer Kindergartengruppe betreute Kind nimmt mit seiner Familie an einem Psychomotorik-Projekt der Universität Osnabrück teil.

Um die Effektivität dieses Projektes für das Kind und seine Familie bestmöglich beurteilen zu können, benötige ich Ihre fachliche Unterstützung. Der/ die Erziehungsberechtigte(n) haben im Vorfeld ihr Einverständnis zu dieser Befragung gegeben.

Ich bitte Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen, die sich auf mögliche Veränderungen im Alltagsverhalten des o.g. Kindes in den vergangenen sechs Monaten beziehen. Bitte nutzen Sie für zusätzliche Anmerkungen ggf. die Rückseite.

Für Ihre Mithilfe möchte ich mich im voraus ganz herzlich bei Ihnen bedanken!

Mit freundlichen Grüßen

Fragebogen für Erzieherinnen von PMFT-Kindern

1	Sind Ihnen Veränderungen im Verhalten des Kindes aufgefallen? Waren diese überwiegend positiv, oder überwiegend negativ? Welche können Sie da nennen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -2 -1 0 1 2
----------	---	---

2	Beobachten Sie eine Veränderung im Trennungsverhalten der Kinder, z.B. bei der Verabschiedung von ihren Bezugspersonen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -2 -1 0 1 2
----------	---	---

3	Hat sich Ihrem Eindruck nach das Selbstbewusstsein des Kindes verändert? Welche Beobachtungen haben Sie zu dieser Einschätzung geführt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -2 -1 0 1 2
----------	--	---

4	Können Sie eine Weiterentwicklung im Spielverhalten des Kindes erkennen, z.B. in Bezug auf Spielaktivität, -kreativität, -kooperativität etc.? Welche Beobachtungen haben Sie zu dieser Einschätzung geführt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -2 -1 0 1 2
----------	--	---

5	Wie erleben Sie das Kind im Verhalten zu anderen Kindern in der Gruppe, z.B. in Bezug auf Kontaktaufnahme, Aggressivität, Hilfsbereitschaft, Gruppenbildung, Einhaltung von Gruppenregeln etc.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -2 -1 0 1 2
----------	---	---

	-2 = sehr negative Veränderung -1 = geringfügig negative Veränderung 0 = keine Veränderung 1 = geringfügig positive Veränderung 2 = sehr positive Veränderung
--	---

Bitte nutzen Sie für ausführlichere Anmerkungen ggf. die Rückseite.

Anhang II

Inhaltsverzeichnis

Verlaufsprotokolle der vier Fallbeispiele:	Seite
Fallbeispiel A	1
Fallbeispiel B	27
Fallbeispiel C	51
Fallbeispiel E	83

Anhang II A

Fallbeispiel A

Anhang II B

Fallbeispiel B

Anhang II C

Fallbeispiel C

Anhang II E

Fallbeispiel E

Anhang III

Inhaltsverzeichnis

Auswertung der Tests: Familienbögen und MOT 4-6

III A) Auswertung der Familienbögen der Familien
A,B,C und E

Allgemeiner Familienbogen (vorher und nachher)

Selbstbeurteilungsbogen (vorher und nachher)

Zweierbeziehungsbogen (vorher und nachher)

▣ Tabellarische und graphische Darstellung

▣ T-Werte Vergleich

III B) Motorik-Testergebnisse der Indexpatienten/-
patientinnen

Anhang III A

Auswertung der Familienbögen
der Familien A,B,C und E

Allgemeiner Familienbogen (vorher und nachher)

Selbstbeurteilungsbogen (vorher und nachher)

Zweierbeziehungsbogen (vorher und nachher)

▣ Tabellarische und graphische Darstellung

▣ T-Werte Vergleich

Datum: **Juni 2001**

Name (bzw. Code) **A1**

Auswerter/in: **U.Li.-Rü.**

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A
 FB-Z von _____
 FB-S

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
 M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2
 A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

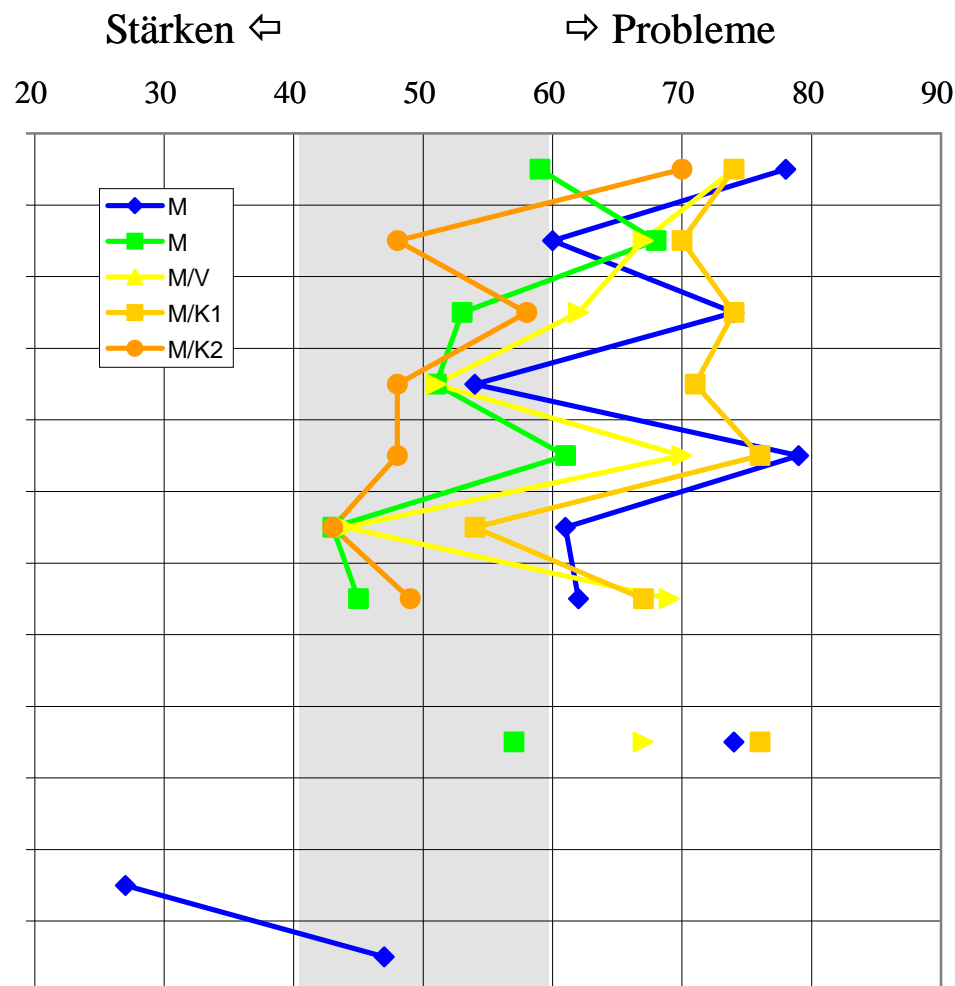
Ⓜ
V
 Profile in T-Werten von **K1**
K2

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
 Fachbereich Psychologie
 - TESTOTHEK -
 D-49060 Osnabrück
 Telefon (0541)969-44 14

FB-A		FB-S		FB-Z					
R	T	R	T	R	T	R	T	R	T
M		M		M/V		M/K1		M/K2	
9	78	4	59	10	74	11	74	10	70
8	60	9	68	7	67	10	70	4	48
7	74	2	53	5	62	7	74	4	58
3	54	3	51	3	51	6	71	2	48
8	79	2	61	5	70	7	76	2	48
6	61	3	43	1	44	3	54	1	43
5	62	2	45	7	69	9	67	5	49
46	74	25	57	38	67	53	76	28	3
1	27								
6	47								

FB-Skalen

- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
-
- Summenwert (S)
-
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



Datum: **Juli 2002**

Name (bzw. Code) **A2**

Auswerter/in: **U.Li.-Rü.**

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A
 FB-Z von _____
 FB-S

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
 M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2
 A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

Ⓜ
V
 Profile in T-Werten von **K1**
K2

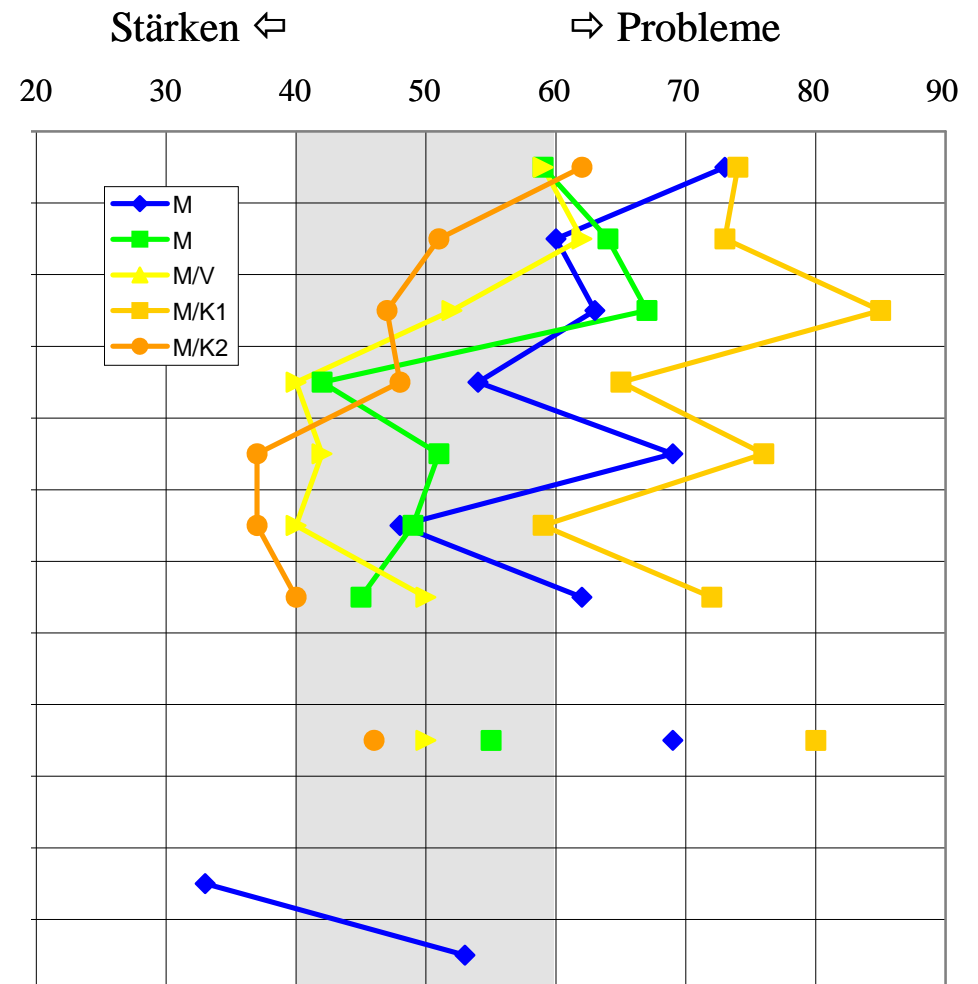
UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
 Fachbereich Psychologie
 - TESTOTHEK -
 D-49060 Osnabrück
 Telefon (0541)969-44 14

← FB-A FB-S FB-Z →
 R T R T R T R T R T

M		M		M/V		M/K1		M/K2	
8	73	4	59	6	59	11	74	8	62
8	60	8	64	6	62	11	73	5	51
5	63	4	67	3	52	9	85	2	47
3	54	1	42	1	40	5	65	2	48
6	69	1	51	0	42	7	76	0	37
3	48	4	49	0	40	4	59	0	37
5	62	2	45	3	50	10	72	3	40
38	69	24	55	19	50	57	80	20	46
3	33								
8	53								

FB-Skalen

- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
-
- Summenwert (S)
-
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



Datum: **Juli 2001**

Name (bzw. Code) **B1**

Auswerter/in: **U.Li.-Rü.**

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
 M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2
 A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A □
 FB-Z □ von ____
 FB-S □

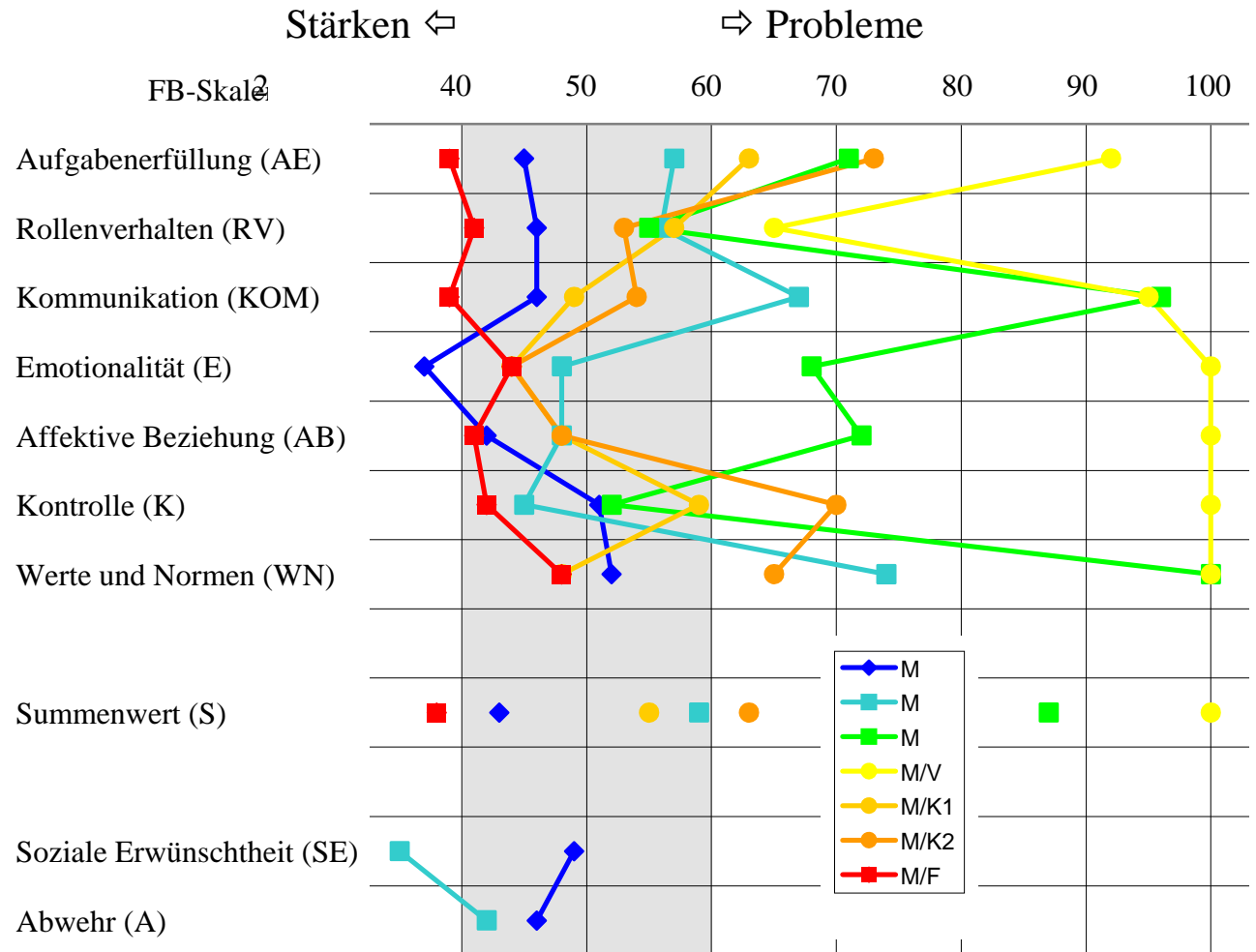


Profile in T-Werten von K1
 K2
 K3

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
 Fachbereich Psychologie
 - TESTOTHEK -
 D-49060 Osnabrück
 Telefon (0541)969-44 14

← FB-A FB-S FB-Z →
 R T R T R T R T R T R T R T

M		M		M		M/V		M/K1		M/K2		M/F	
2	45	5	57	6	71	12	92	6	63	8	73	1	39
3	46	6	56	5	55	7	65	5	57	4	53	1	41
1	46	4	67	8	96	11	95	2	49	3	54	0	39
0	37	2	48	4	68	10	100	1	44	1	44	1	44
1	42	2	48	4	72	11	100	1	48	1	48	0	41
3	51	2	45	4	52	11	100	3	59	5	70	0	42
3	52	7	74	12	100	12	100	2	48	5	65	2	48
13	43	28	59	43	87	74	100	20	55	27	63	5	38
9	49	4	35										
6	46	5	42										



Datum: **Nov. 2002**

Name (bzw. Code) **B2**

Auswerter/in:..... **U.Li.-Rü.**

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A
 FB-Z von _____
 FB-S

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
 M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2
 A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

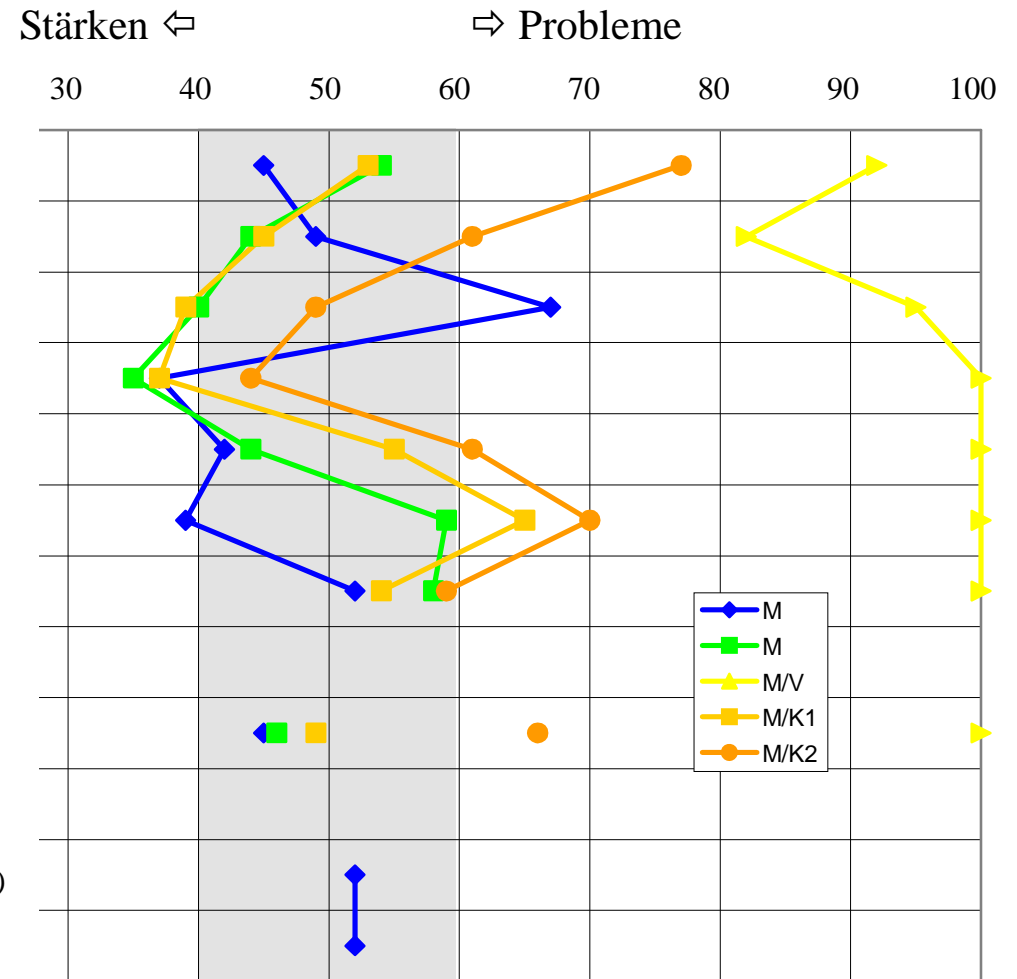
Ⓜ
V
 Profile in T-Werten von **K1**
K2

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
 Fachbereich Psychologie
 - TESTOTHEK -
 D-49060 Osnabrück
 Telefon (0541)969-44 14

FB-A		FB-S		FB-Z					
R	T	R	T	R	T	R	T	R	T
M		M		M/V		M/K1		M/K2	
2	45	3	54	12	92	4	53	9	77
4	49	2	44	11	82	2	45	6	61
4	67	0	40	11	95	0	39	2	49
0	37	0	35	11	100	0	37	1	44
1	42	0	44	12	100	2	55	3	61
1	39	5	59	12	100	4	65	5	70
3	52	3	58	12	100	3	54	4	59
15	45	13	46	81	100	15	49	30	66
10	52								
8	52								

FB-Skalen

- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
-
- Summenwert (S)
-
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



Datum: **Okt. 2001**

Name (bzw. Code) **C1**

Auswerter/in:..... **U.Li.-Rü.**

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A □
FB-Z □ von _____
FB-S □

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2 0=Oma
A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

Profile in T-Werten von \textcircled{M}
V
K1
K2

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
Fachbereich Psychologie
- TESTOTHEK -
D-49060 Osnabrück
Telefon (0541)969-44 14

FB-A FB-S FB-Z
R T R T R T R T R T

	M		M		M/O		M/K1			
1	41	7	77	10	82	4	53			
2	42	6	58	11	82	4	53			
1	46	4	68	7	75	0	39			
1	43	11	100	11	100	1	44			
2	48	5	79	9	100	5	75			
1	39	6	65	5	70	1	48			
2	46	11	100	12	100	2	48			
10	40	50	97	65	100	17	51			
7	43									
11	61									

FB-Skalen

Aufgabenerfüllung (AE)

Rollenverhalten (RV)

Kommunikation (KOM)

Emotionalität (E)

Affektive Beziehung (AB)

Kontrolle (K)

Werte und Normen (WN)

Summenwert (S)

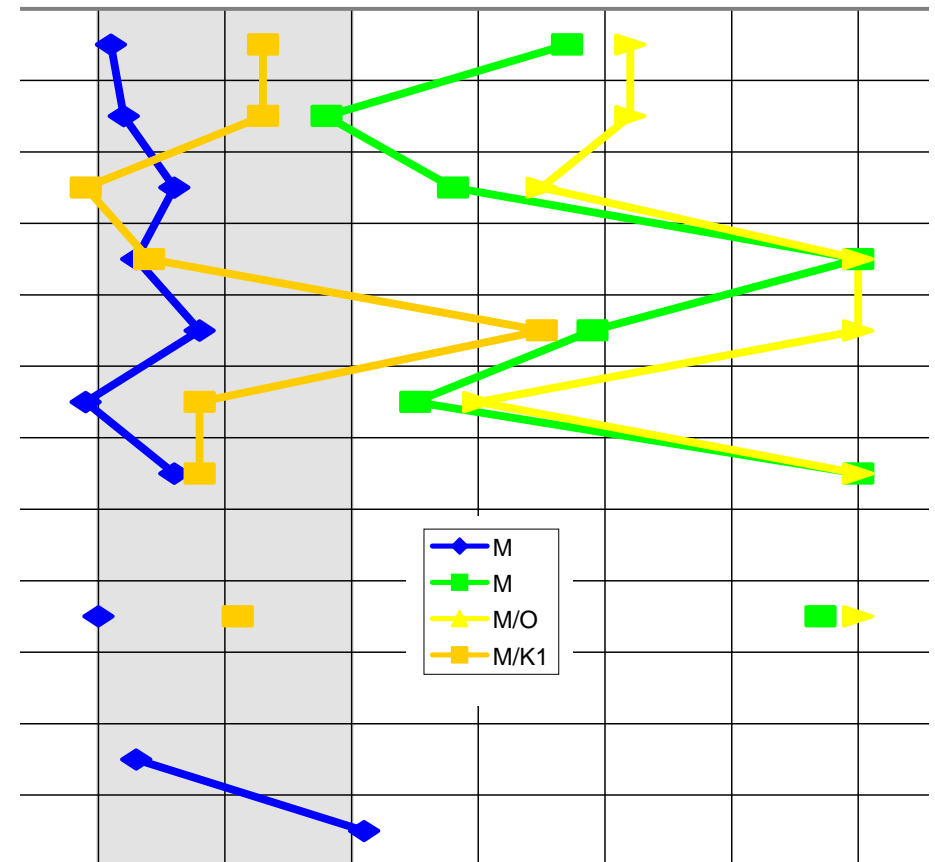
Soziale Erwünschtheit (SE)

Abwehr (A)

Stärken ⇐

⇒ Probleme

40 50 60 70 80 90 100



Datum: **Nov. 2002**

Name (bzw. Code) **C2**

Auswerter/in:..... **U.Li.-Rü.**

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A
 FB-Z von _____
 FB-S

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
 M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2 0=Oma
 A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

Ⓜ
V
 Profile in T-Werten von **K1**
K2

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
 Fachbereich Psychologie
 - TESTOTHEK -
 D-49060 Osnabrück
 Telefon (0541)969-44 14

FB-A		FB-S		FB-Z							
R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T
M		M		M/K1							
4	53	5	65	5	58						
3	46	7	62	4	53						
3	60	5	75	4	59						
5	64	8	100	5	70						
5	65	4	72	5	75						
3	51	6	65	3	59						
5	63	6	81	5	65						
28	59	41	85	31	67						
9	49										
9	55										

FB-Skalen

Aufgabenerfüllung (AE)

Rollenverhalten (RV)

Kommunikation (KOM)

Emotionalität (E)

Affektive Beziehung (AB)

Kontrolle (K)

Werte und Normen (WN)

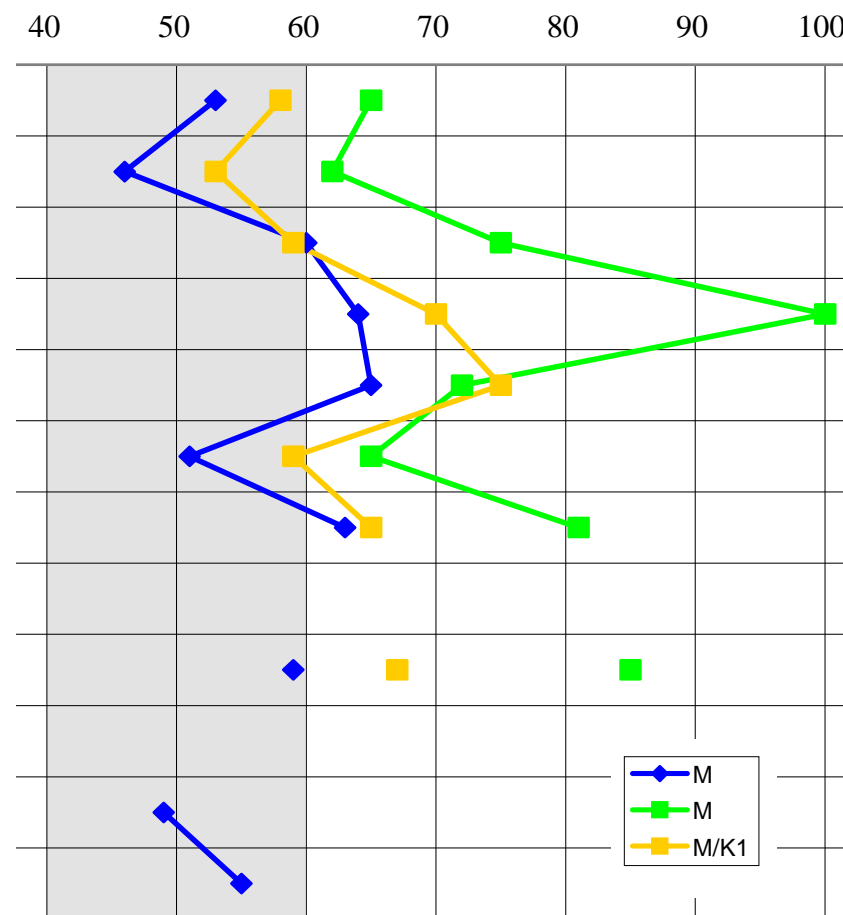
Summenwert (S)

Soziale Erwünschtheit (SE)

Abwehr (A)

Stärken ⇐

⇒ Probleme



Datum: **März 2002**

Name (bzw. Code) **E1**

Auswerter/in:..... **U.Li.-Rü.**

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2
A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A □
FB-Z □ von _____
FB-S □

Ⓜ
V

Profile in T-Werten von K1
K2
K3

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
Fachbereich Psychologie
- TESTOTHEK -
D-49060 Osnabrück
Telefon (0541)969-44 14

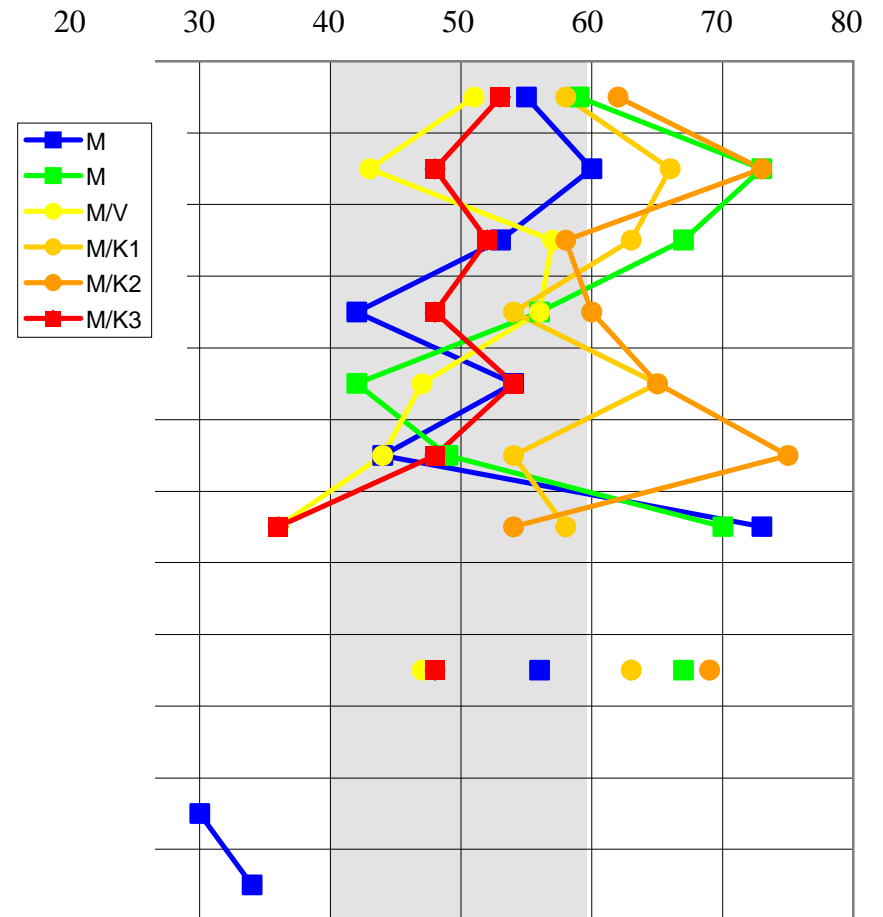
FB-A ← FB-S ← FB-Z →
R T R T R T R T R T R T

M		M		M/V		M/K1		M/K2		M/K3	
4	55	4	59	4	51	7	58	8	62	6	53
8	60	10	73	2	43	9	66	11	73	4	48
3	53	4	67	4	57	5	63	4	58	3	52
1	42	4	56	4	56	3	54	4	60	2	48
3	54	0	42	1	47	5	65	5	65	3	54
2	44	4	49	1	44	3	54	7	75	2	48
7	73	7	70	0	36	7	58	6	54	2	36
28	56	33	67	16	47	39	63	45	69	22	48
2	30										
2	34										

FB-Skalen

Aufgabenerfüllung (AE)
Rollenverhalten (RV)
Kommunikation (KOM)
Emotionalität (E)
Affektive Beziehung (AB)
Kontrolle (K)
Werte und Normen (WN)
Summenwert (S)
Soziale Erwünschtheit (SE)
Abwehr (A)

Stärken ← → Probleme



Datum: **Juli 2003**

Name (bzw. Code) **E2**

Auswerter/in: **U.Li.-Rü.**

Skalenrohwerte (R) und T-Werte (T) für :
 M=Mutter V=Vater K1=Kind1 K2=Kind2
 A=Andere M/V=Mutter über Paarbeziehung usw.

FAMILIENBÖGEN (FB) Auswertungsblatt

FB-A □
 FB-Z □ von _____
 FB-S □

Ⓜ
V

Profile in T-Werten von K1
 K2
 K3

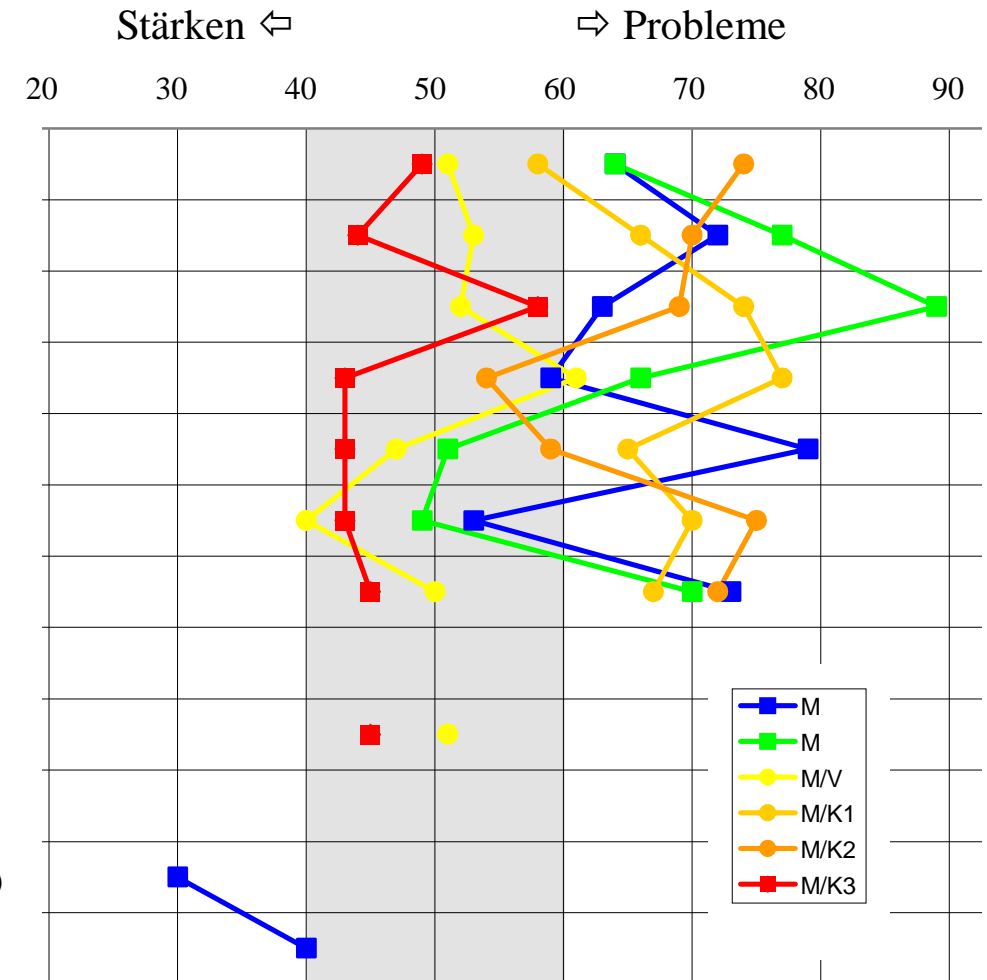
UNIVERSITÄT OSNABRÜCK
 Fachbereich Psychologie
 - TESTOTHEK -
 D-49060 Osnabrück
 Telefon (0541)969-44 14

FB-A ← FB-S → FB-Z →
 R T R T R T R T R T R T

M		M		M/V		M/K1		M/K2		M/K3	
6	64	5	64	4	51	7	58	11	74	5	49
11	72	11	77	4	53	9	66	10	70	3	44
5	63	7	89	3	52	7	74	6	69	4	58
4	59	6	66	5	61	7	77	3	54	1	43
8	79	1	51	1	47	5	65	4	59	1	43
4	53	4	49	0	40	6	70	7	75	1	43
7	73	7	70	3	50	9	67	10	72	4	45
45	73	41	77	20	51	50	74	51	75	19	45
2	30										
4	40										

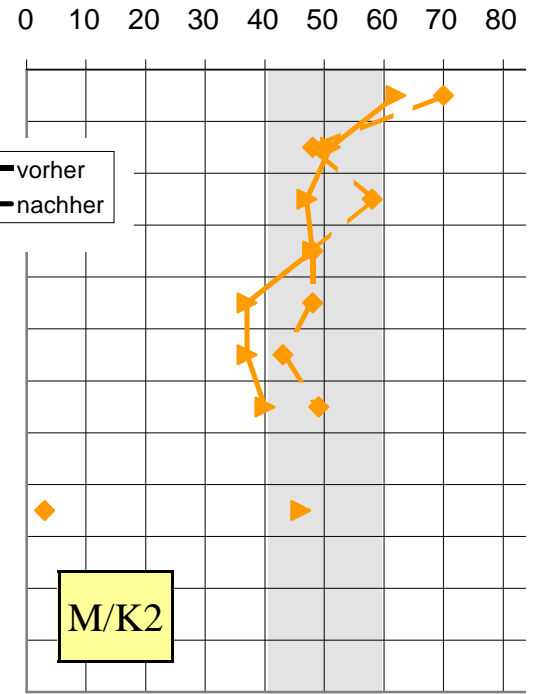
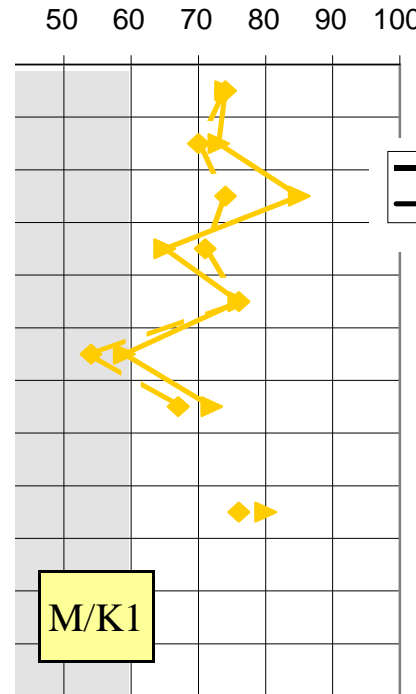
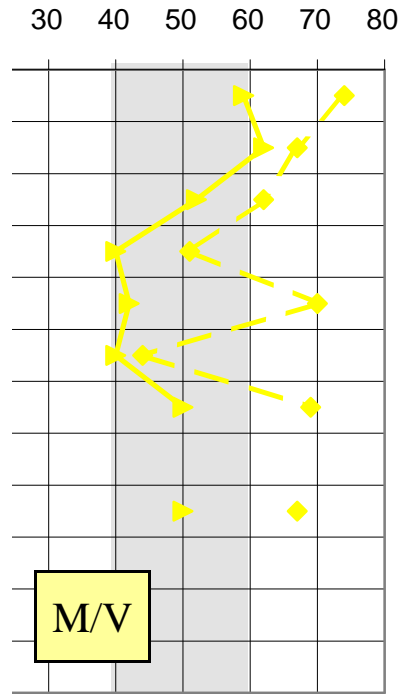
FB-Skalen

Aufgabenerfüllung (AE)
 Rollenverhalten (RV)
 Kommunikation (KOM)
 Emotionalität (E)
 Affektive Beziehung (AB)
 Kontrolle (K)
 Werte und Normen (WN)
 Summenwert (S)
 Soziale Erwünschtheit (SE)
 Abwehr (A)



T-Werte Vergleich A vor und nach der Therapie

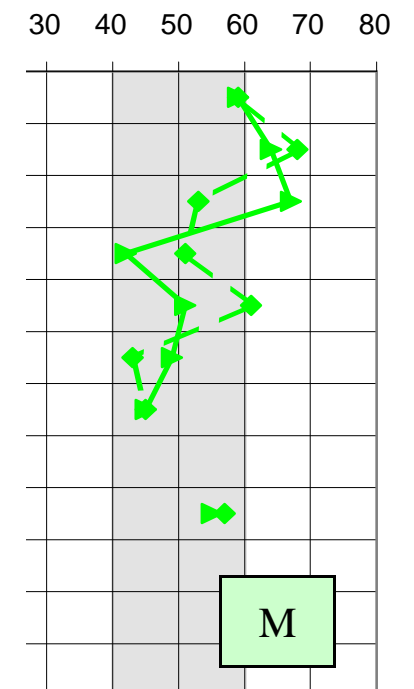
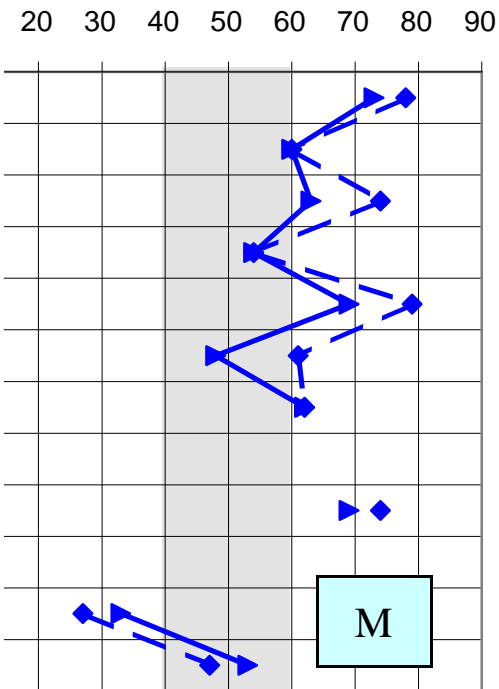
- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



v		n		v		n		v		n	
M	v/n	M	v/n	M/V	M/K1	M/K2					
78	73	59	59	74	59	74	74	70	62		
60	60	68	64	67	62	70	73	48	51		
74	63	53	67	62	52	74	85	58	47		
54	54	51	42	51	40	71	65	48	48		
79	69	61	51	70	42	76	76	48	37		
61	48	43	49	44	40	54	59	43	37		
62	62	45	45	69	50	67	72	49	40		
74	69	57	55	67	50	76	80	3	46		
27	33	v=vorher / n=nachher									
47	53										

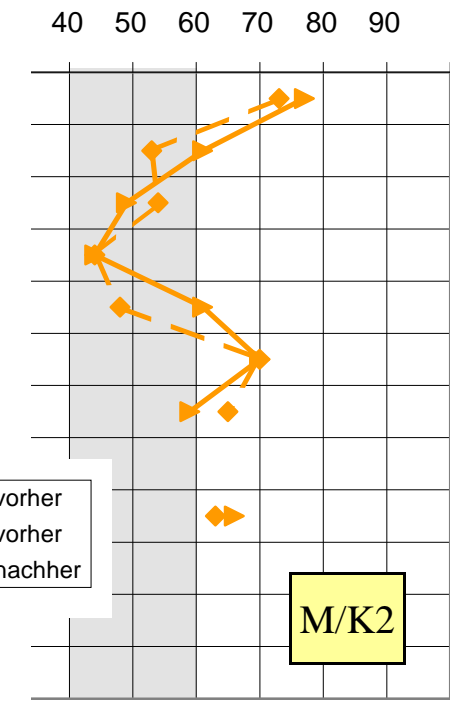
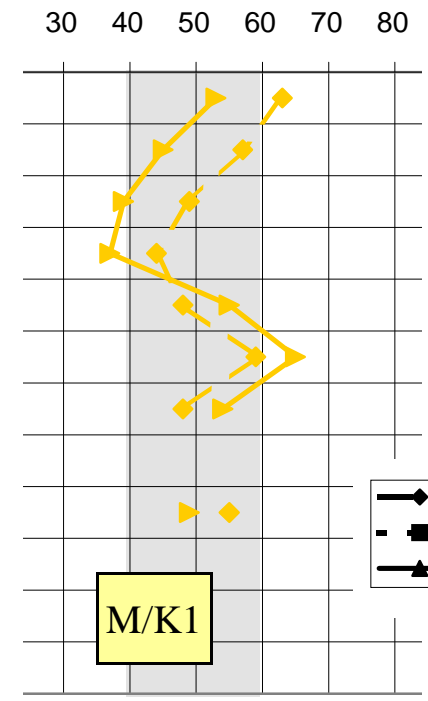
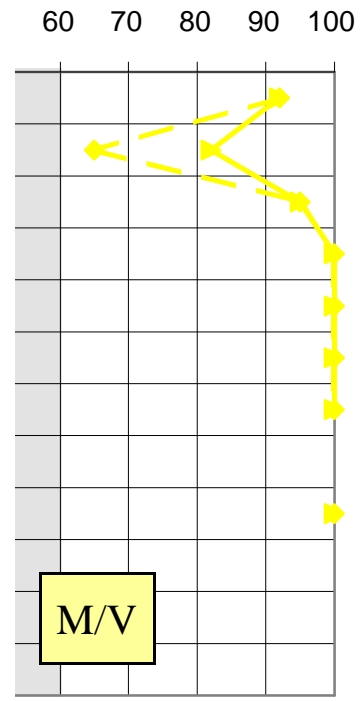
FB-Skalen

- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



T-Werte Vergleich B vor und nach der Therapie

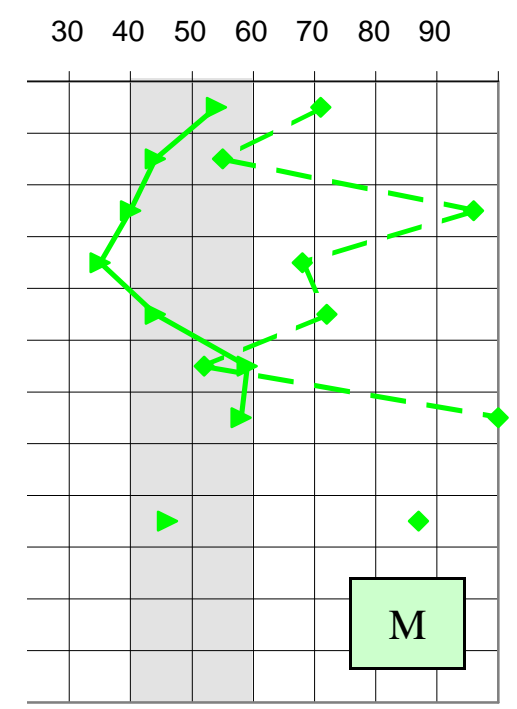
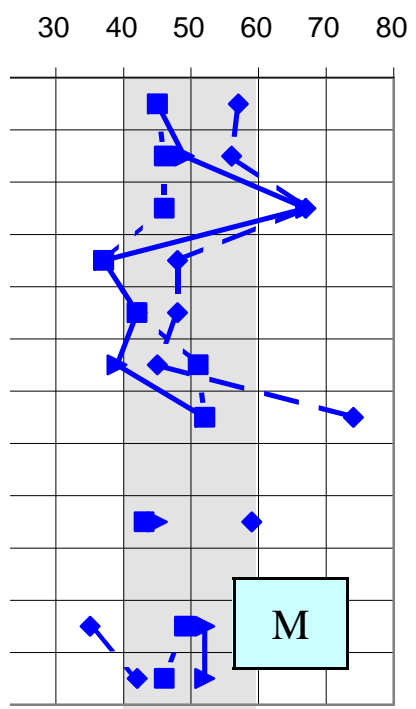
- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



v		v		n		v		n		v		n	
M	v/v/n	M	v/n	M/V	M/K1	M/K2							
45	57	45	71	54	92	92	63	53	73	77			
46	56	49	55	44	65	82	57	45	53	61			
46	67	67	96	40	95	95	49	39	54	49			
37	48	37	68	35	100	100	44	37	44	44			
42	48	42	72	44	100	100	48	55	48	61			
51	45	39	52	59	100	100	59	65	70	70			
52	74	52	100	58	100	100	48	54	65	59			
43	59	45	87	46	100	100	55	49	63	66			
49	35	52	v=vorher / n=nachher										
46	42	52											

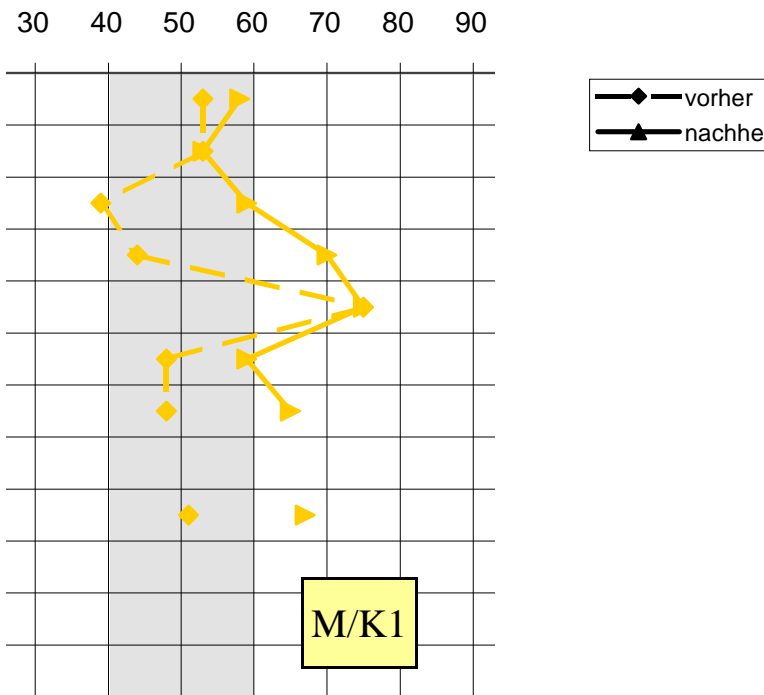
FB-Skalen

- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



T-Werte Vergleich C vor und nach der Therapie

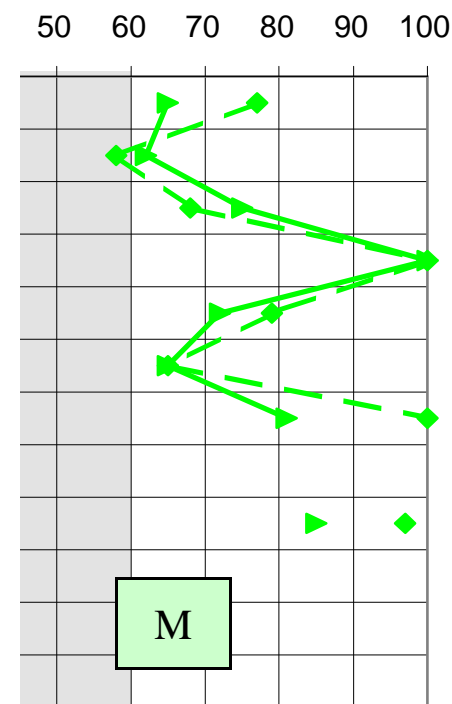
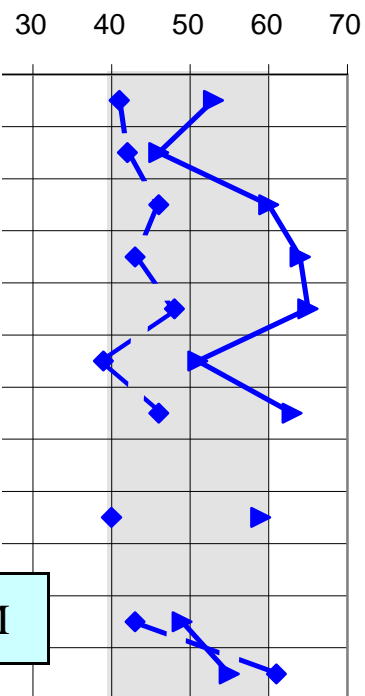
- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



M	v/n	M	v/n	M/V	M/K1	M/K2
41	53	77	65		53	58
42	46	58	62		53	53
46	60	68	75		39	59
43	64	100	100		44	70
48	65	79	72		75	75
39	51	65	65		48	59
46	63	100	81		48	65
40	59	97	85		51	67
43	49	v=vorher / n=nachher				
61	55					

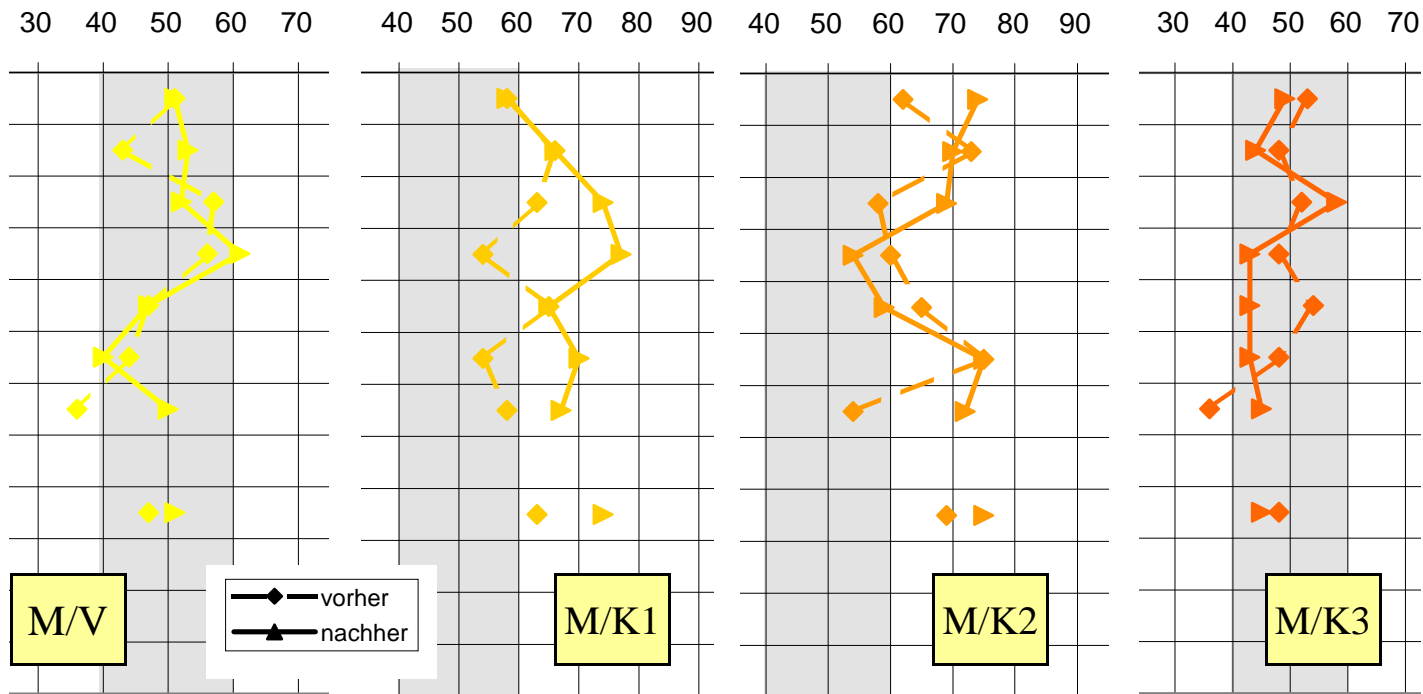
FB-Skalen

- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



T-Werte Vergleich vor und nach der Therapie

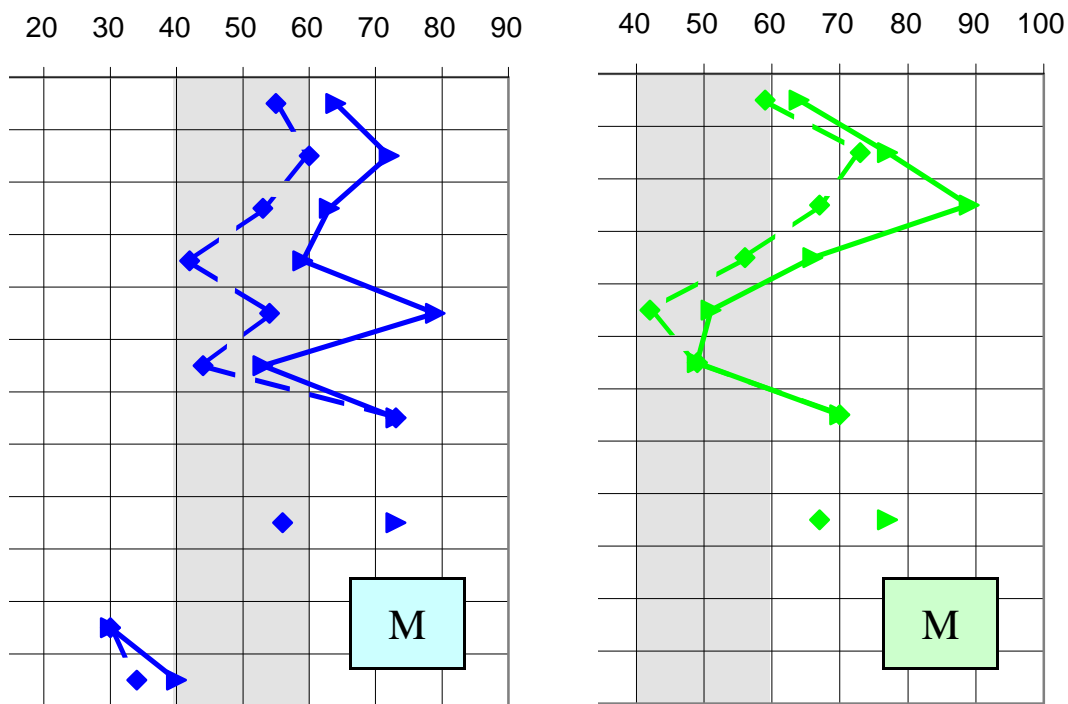
- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



v		n		v		n		v		n		v		n	
M	v/n	M	v/n	M/V	M/V	M/K1	M/K1	M/K2	M/K2	M/K3	M/K3				
55	64	59	64	51	51	58	58	62	74	53	49				
60	72	73	77	43	53	66	66	73	70	48	44				
53	63	67	89	57	52	63	74	58	69	52	58				
42	59	56	66	56	61	54	77	60	54	48	43				
54	79	42	51	47	47	65	65	65	59	54	43				
44	53	49	49	44	40	54	70	75	75	48	43				
73	73	70	70	36	50	58	67	54	72	36	45				
56	73	67	77	47	51	63	74	69	75	48	45				
30	30			v=vorher / n=nachher											
34	40														

FB-Skalen

- Aufgabenerfüllung (AE)
- Rollenverhalten (RV)
- Kommunikation (KOM)
- Emotionalität (E)
- Affektive Beziehung (AB)
- Kontrolle (K)
- Werte und Normen (WN)
- Summenwert (S)
- Soziale Erwünschtheit (SE)
- Abwehr (A)



Anhang III B

III B) Motorik-Testergebnisse der Indexpatienten/
patientinnen

Auswertung des Motoriktests für 4–6 jährige Kinder **(MOT 4–6) der Indexpatienten/ und –patientinnen:**

Einige Vorbemerkungen zur Durchführung des MOT 4–6 scheinen mir wesentlich. Der Test wird für die Kinder als eine Extraturnstunde angekündigt. Trotzdem lässt sich das Empfinden von Leistungsdruck nicht bei allen Kindern ganz ausschließen. Zudem werden die Aufgaben in eine spielerische Idee oder Geschichte verpackt, die für das jeweilige Kind in dem Moment angemessen erscheint. Es wird immer versucht, die Aufgaben mit Erfolgserlebnissen abzuschließen.

Familie A: Indexpatient Markus

MOT–Test: (April 2001)

Bei dem Versuch, mit Markus den MOT durchzuführen, verweigert er sich. Er ist aber die ganze Zeit sehr daran interessiert, wie das andere Kind die Aufgaben bewältigt. Er scheint die Leistungserwartung zu spüren und sie nicht zu ertragen.

MOT-Test: (Februar 02) siehe MOT–Formular A1

Markus macht gut mit und hilft sogar dem anderen Kind. Er versucht, das andere Kind zum Weitermachen zu motivieren, was ihm zum Teil auch gelingt. Er äußert sich z. T. abfällig über das andere teilnehmende Kind und signalisiert der Therapeutin dies z. T. auch non-verbal. Es scheint ihm zu gefallen, der Überlegene bzw. der erfolgreichere zu sein. Das Testergebnis ist MQ 67. Das zeigt, dass das frühere Verweigern bestimmter Übungen aus Markus` Sicht durchaus begründet war, da er offensichtlich einschätzen konnte, dass er sie nicht erfolgreich durchführen kann. Der für ihn sichtbare Kontrast zu dem „schwächeren“ Kind gibt ihm Auftrieb, so dass er nun zum Mitmachen bereit ist.

Aufgabe 1: Die Durchführung ist in Ordnung.

Aufgabe 2: Er tritt beim zweiten Durchgang zwei Mal mit je zwei Zehen über, was als nicht so gravierend angesehen werden kann.

Aufgabe 3: Er nutzt seine rechte Hand. Die Dosierung des Taping, also der Krafteinsatz beim Punkten ist überhöht, was auch an den Druckstellen im Papier deutlich wird. Die Griffhaltung ist dabei aber in Ordnung.

Aufgabe 4: Er möchte die Strümpfe nicht ausziehen. Die Durchführung gelingt ihm überraschender Weise auch mit Strümpfen.

Aufgabe 5: Der Richtungswechsel ist verlangsamt. Der Absprung ist schwerfällig, wobei er beim Landen Ausgleichsbewegungen mit den Armen machen muss, um nicht umzukippen.

Aufgabe 6: Er nutzt die rechte Hand und hat eine gute Ausgangsposition. Er reagiert etwas verzögert, aber noch im Bereich der Zonen 3 und dann sogar Zone 2.

Aufgabe 7: Er hat rote Wangen und hat etwas erhöhte Atemfrequenz.

Aufgabe 8: Markus tritt häufiger über, bemüht sich aber sehr, verliert allerdings leicht das Gleichgewicht und tritt mit ein bis zwei Zehenbreite über.

Aufgabe 9: Er trifft einmal die Scheibe, ansonsten trifft der Ball dicht an der Scheibe auf die Wand.

Aufgabe 10: Das Ergebnis der Durchführung liegt im Normalbereich. Nur einmal nimmt er aus Versehen zwei Streichhölzer. Er sagt dann, dass er nun auf der anderen Seite auch einmal zwei nehmen müsse, damit es wieder ausgeglichen ist.

Aufgabe 11: Er berührt mit den Händen jedes Mal den Boden und kann ohne sie nicht durch den Reifen steigen. Er springt eher wie ein Löwe dadurch.

Aufgabe 12: Ihm gelingen ein erfolgreicher Versuch mit rechts und zwei erfolgreiche Versuche mit links.

Aufgabe 13: Er verfehlt leicht den Reifen mit den Händen, da er etwas verzögert reagiert und die Hand-Hand-Koordination nicht zielsicher zu sein scheint.

Aufgabe 14: Der Hampelmann wird rhythmisch richtig ausgeführt, aber zwischendurch findet eine falsche Bewegungskoordination statt.

Aufgabe 15: Er fängt erst bei der Höhe 20 cm an, sie zu überspringen, da er sich die erste vorgegebene Höhe von 35 cm nicht zutraut. Dann versucht er die Höhe von 45 cm zu überspringen, berührt dabei aber das Seil. Er schließt aber mit 35 cm Höhensprung ab, was er ja schafft, also mit einem Erfolgserlebnis.

Aufgabe 16: Die Arme und Beine sind nur leicht krumm, also die Ellbogen und Knie leicht gebeugt. Die Ganzkörperspannung wird nur kurz aufrecht gehalten.

Aufgabe 17: Das Aufstehen ist ohne Abstützen möglich, aber beim Hinsetzen stützt er sich mit der Hand ab.

Aufgabe 18: Sprung und Drehung sind gemeinsam möglich, aber die $\frac{1}{2}$ Drehung ist nicht vollständig und nach der Landung kann das Gleichgewicht im Stehen nur durch starken Armeinsatz gehalten werden.

MOT-Test: (Juli 02) siehe MOT-Formular A2

Markus ist motiviert und fröhlich. Er erinnert sich noch an einige Aufgaben und wirkt viel selbstbewusster.

Aufgabe 1: Die Durchführung ist in Ordnung.

Aufgabe 2: Er hat sich im Gegensatz zum letzten Mal gesteigert und beide Überquerungen des Teppichstreifens fehlerlos geschafft. Die Arme werden allerdings zum Halten des Gleichgewichts noch intensiv eingesetzt.

Aufgabe 3: Er nutzt wieder seine rechte Hand. Die Geschwindigkeit beim Taping ist im Gegensatz zum letzten Mal leicht beschleunigt und der überhöhte Krafteinsatz beim Punkten hat sich vermindert.

Aufgabe 4: Er hat diesmal keine Strümpfe an. Sie kann als gut durchgeführt bezeichnet werden, auch wenn er im Einbeinstand noch schwankt (links mehr als rechts).

Aufgabe 5: Der Absprung ist nicht mehr so schwerfällig wie vorher. Der Richtungswechsel ist in Ordnung und beschleunigter, wobei er beim Landen Ausgleichsbewegungen mit den Armen machen muss, um nicht umzukippen.

Aufgabe 6: Die Bewertung ist gleich geblieben. Er nutzt wieder die rechte Hand und hat eine gute Ausgangsposition. Er reagiert erst wieder etwas verzögert, aber noch im Bereich der Zonen 3 und dann sogar in Zone 2.

Aufgabe 7: Die Durchführung des Laufens dauerte 12 sec..

Aufgabe 8: Er ist sehr konzentriert und schafft es überraschender Weise, einmal fehlerfrei über den Teppichstreifen zu kommen. Beim zweiten Mal tritt er mit ein bis zwei Zehenbreite dreimal über.

Aufgabe 9: Er trifft zwischendurch einmal und sonst sind die Treffpunkte an der Wand dicht an der Zielscheibe.

Aufgabe 10: Das Ergebnis der Durchführung liegt im Normbereich. Nur im Vergleich zum letzten Mal etwas beschleunigt.

Aufgabe 11: Er berührt erst mit dem Rücken den Reifen und dann geht er ohne Berührung, also fehlerfrei im Gegensatz zum letzten Mal, durch den Reifen.

Aufgabe 12: Es gelingen ihm zwei erfolgreiche Versuche mit links und mit rechts.

Aufgabe 13: Er verfehlt leicht den Reifen mit den Händen, da er etwas verzögert reagiert und die Hand-Hand-Koordination nicht zielsicher zu sein scheint. Nur einmal reagiert er passend und fängt den Ring.

Aufgabe 14: Der Hampelmann wird weiterhin rhythmisch richtig ausgeführt, aber zwischendurch findet eine falsche Bewegungskoordination statt. Die Armbewegung findet nicht immer vollständig statt.

Aufgabe 15: Er hat die erste vorgegebene Höhe von 35 cm leichter geschafft als letztes Mal. Bei der Höhe von 45 cm berührt er wieder das Seil. Er schafft aber 40 cm Höhen.

Aufgabe 16: Die Arme und Beine sind nur leicht krumm, also die Ellbogen und Knie leicht gebeugt. Die Ganzkörperspannung wird nur etwas länger aufrecht gehalten.

Aufgabe 17: Das Aufstehen ist ohne Abstützen weiterhin möglich, aber beim Hinsetzen stützt er sich immer noch mit der Hand ab.

Aufgabe 18: Sprung und Drehung sind gemeinsam möglich, aber die $\frac{1}{2}$ Drehung ist nicht vollständig, und nach der Landung muss das Gleichgewicht im Stehen durch mittlerweile leichteren Armeinsatz erreicht werden.

Insgesamt scheint sich bei Markus die Motorik besser entwickeln zu können, wenn er weniger Angst hat. Als die Angst weniger und das Selbstbewusstsein mehr wurden, fing er auch an, sich mehr in der PMG und im häuslichen Umfeld zu bewegen. So hatte er mehr „Übungsgelegenheiten“ und verbesserte dadurch sicher auch die einzelnen Bewegungskomponenten. Die Angst blockiert nicht mehr. Durch mehr Bewegung wurde er zufriedener...

Er verlässt die Vormittags-PMG und geht nach der Einschulung weiter in die PMG nachmittags auch nach Beendigung des PMFT-Verlaufes.

Protokollbogen vom MOT

A1

Aufgabe Nr.	Kurzbezeichnung der Aufgabe	Zeitbegrenzung	Bewertung	Punkte
1	Sprung in einen Reifen		Keine Bewertung	X
2	Balancieren vorwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
3	Punktieren (Tapping)	10 sec.	0 26 und weniger Punkte 1 27-37 Punkte 2 38 und mehr Punkte	47 Punkte 2
4	Mit den Zehen Tuch aufgreifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem oder linkem Fuß 2 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem und linkem Fuß	2
5	Mit den Zehen Tuch	10 sec.	0 7 Sprünge und weniger 1 8-11 Sprünge 2 12 und mehr Sprünge	6 Spr. 0
6	Stab auffangen		0 Zone 4 oder Stab fallen gelassen 1 Zone 2 und 3 2 Zone 1	Z 3/2 1
7	Tennisbälle in Kartons legen		0 15 und mehr sec. 1 14-12 sec. 2 11 sec. und weniger	12 sec. 1
8	Balancieren rückwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
9	Zielwurf auf eine Scheibe		0 kein Treffer 1 1 Treffer 2 2-4 Treffer	1
10	Streichhölzer einsammeln		0 71 sec. und mehr 1 70-54 sec. 2 53 sec. und weniger	67 sec. 1
11	Durch einen Reifen winden		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
12	Einbeiniger Sprung in Reifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1-2 erfolgreiche Versuche 2 mehr als 2 erfolgreiche Versuche	2
13	Tennising auffangen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 mehr als 1 erfolgreicher Versuch	0
14	Hampelmannsprung	10 sec.	0 der Hampelmannsprung kann nicht ausgeführt werden 1 - zeitweise richtig ausgeführt, aber nicht 10. sec. durchgehalten - Koordination der Bewegungen war richtig, aber Rhythmusunterbrechungen - rhythmisch richtig, aber falsche Bewegungskoordination 2 richtig in Zeit und Rhythmus und Bewegungskoordination ausgeführt	1
15	Sprung über ein Seil		0 kein erfolgreicher Sprung 1 35 cm übersprungen 2 45 cm übersprungen	1
16	Rollen um die Längsachse		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
17	Aufstehen und Setzen mit Halten eines Balles		0 weder Aufsetzen noch Hinsetzen geschafft 1 Aufstehen oder Hinsetzen geschafft 2 Aufstehen und Hinsetzen geschafft	1
18	Drehsprung in einen Reifen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
Gesamtpunktzahl (RW)				14
Prozentrang (PR)				5
Standardwerte				67

Protokollbogen vom MOT

Aufgabe Nr.	Kurzbezeichnung der Aufgabe	Zeitbegrenzung	Bewertung	Punkte
1	Sprung in einen Reifen		Keine Bewertung	X
2	Balancieren vorwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	2
3	Punktieren (Tapping)	10 sec.	0 26 und weniger Punkte 1 27-37 Punkte 2 38 und mehr Punkte	50 Punkte 2
4	Mit den Zehen Tuch aufgreifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem oder linkem Fuß 2 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem und linkem Fuß	2
5	Mit den Zehen Tuch	10 sec.	0 7 Sprünge und weniger 1 8-11 Sprünge 2 12 und mehr Sprünge	8 Spr. 1
6	Stab auffangen		0 Zone 4 oder Stab fallen gelassen 1 Zone 2 und 3 2 Zone 1	Z 3/2/3 1
7	Tennisbälle in Kartons legen		0 15 und mehr sec. 1 14-12 sec. 2 11 sec. und weniger	12 sec. 1
8	Balancieren rückwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
9	Zielwurf auf eine Scheibe		0 kein Treffer 1 1 Treffer 2 2-4 Treffer	1
10	Streichhölzer einsammeln		0 71 sec. und mehr 1 70-54 sec. 2 53 sec. und weniger	60 sec. 1
11	Durch einen Reifen winden		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
12	Einbeiniger Sprung in Reifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1-2 erfolgreiche Versuche 2 mehr als 2 erfolgreiche Versuche	2
13	Tennisring auffangen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 mehr als 1 erfolgreicher Versuch	1
14	Hampelmannsprung	10 sec.	0 der Hampelmannsprung kann nicht ausgeführt werden 1 - zeitweise richtig ausgeführt, aber nicht 10. sec. durchgehalten - Koordination der Bewegungen war richtig, aber Rythmusunterbrechungen - rhythmisch richtig, aber falsche Bewegungskoordination 2 richtig in Zeit und Rhythmus und Bewegungskoordination ausgeführt	1
15	Sprung über ein Seil		0 kein erfolgreicher Sprung 1 35 cm übersprungen 2 45 cm übersprungen	1
16	Rollen um die Längsachse		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
17	Aufstehen und Setzen mit Halten eines Balles		0 weder Aufsetzen noch Hinsetzen geschafft 1 Aufstehen oder Hinsetzen geschafft 2 Aufstehen und Hinsetzen geschafft	1
18	Drehsprung in einen Reifen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
Gesamtpunktzahl (RW)				19
Prozentrang (PR)				15
Standardwerte				82

Familie B: Indexpatientin Bella

MOT-Test: (23. August 2001)

Bei dem Versuch, mit Bella den **MOT** durchzuführen, verweigert sie sich. Sie lässt ihre Mutter nicht gehen und will auch nicht, dass diese mitmacht, sondern klammert sich die ganze Zeit an diese. Sie scheint die Leistungserwartung zu spüren und nicht zu mögen.

MOT-Test: (27. September 01) siehe MOT-Formular B1 (nach zwei PMFT-Stunden)

Bella erzählt gerne (sonst war sie eher schweigsam). Das Testergebnis ist MQ 54. Das zeigt, dass Bella nicht nur psycho-sozial, sondern auch motorisch auffällig ist. Bella beschäftigt sich während der Testdurchführung gern mit anderen Dingen, malt beispielsweise für die Therapeutin ein Bild u. a. m. Ab Aufgabe 14 muss sie neu motiviert werden. Sie zeigt eine geringe Frustrationstoleranz.

Aufgabe 1: Bei der Durchführung fällt Bellas Stampfen auf, obwohl sie sonst von eher zarter Statur ist. Es zeigt sich bei ihr eine geringe Fußaktivität.

Aufgabe 2: Bella weigert sich, die Strümpfe auszuziehen und tritt beim zweiten Weg zweimal einen $\frac{1}{2}$ Fuß breit über.

Aufgabe 3: Sie nutzt ihre rechte Hand. Die Dosierung des Taping ist leicht, der Griff optimal. Mit 44 Punkten hat sie in 10 sec. sehr viele Punkte, die allerdings eher aussehen wie kleine Striche, geschafft.

Aufgabe 4: Bella möchte die Strümpfe nicht ausziehen, macht es dann später aber doch. Die Durchführung gelingt ihr sowohl mit dem rechten als auch mit dem linken Fuß.

Aufgabe 5: Der Richtungswechsel ist sehr verlangsamt. Der Absprung ist schwerfällig, das Landen hart, und der Stand danach sehr wackelig. Er muss mit starken Ausgleichsbewegungen der Armen unterstützt werden.

Aufgabe 6: Bella nutzt wieder die rechte Hand und hat eine gute Ausgangsposition. Sie reagiert gut und fasst immer in der Zone 2 zu.

Aufgabe 7: Die Aufgabe muss wiederholt werden, weil beim ersten Lauf ein Tennisball aus der Kiste weg springt. Dann ist die Durchführung in Ordnung, das Laufen muss noch zügiger werden.

Aufgabe 8: Bella geht erst vorwärts. Beim Rückwärtsgehen schiebt sie die Füße mehr und setzt sie nur selten hintereinander, wobei sie dann auch ganz schnell das Gleichgewicht verliert und mit dem Fuß auf den Boden tritt.

Aufgabe 9: Bella scheint erst sehr zu frustrieren. Sie wirft zwar schon mit der rechten Hand von oben, hat aber wenig Wurfkraft und erreicht bei dem vorgeschriebenen Abstand von 3 m z. T. noch nicht einmal die Wand. Die Flugbahn des Balles macht einen Bogen und dieser fällt auf den Boden. Die Frustration kann erst etwas gelindert werden, als die Therapeutin ihr anbietet, dass sie sich die Entfernung des Werfens aussuchen kann und sagt, dass die Aufgabe wirklich sehr schwer sei. Aus 1m Entfernung trifft sie die rote Scheibe und kann so mit Erfolg für sich abschließen.

Aufgabe 10: Die Durchführung ist bis auf die Geschwindigkeit in Ordnung. Nur zweimal nimmt sie aus Versehen zwei Streichhölzer. Sie lässt sich sehr viel Zeit, die Streichhölzer gut im Pinzettengriff zu greifen und dann ordentlich, also alle parallel in die Streichholzkiste zu legen, auch als die Therapeutin artikuliert, dass das so präzise nicht nötig sei.

Aufgabe 11: Sie berührt mit den Händen jedes Mal den Boden.

Aufgabe 12: Ihr gelingt ein erfolgreicher Versuch mit rechts, beim zweiten Mal mit rechts kann sie nur 3 Sekunden auf dem Bein stehen bleiben. Bei dem linken Einbeinstand schafft sie es nur zweimal zwei Sekunden nach den Sprüngen.

Aufgabe 13: Sie verfehlt leicht den Reifen mit den Händen, da sie etwas verzögert reagiert, zu spät zufasst und die Hand-Hand-Koordination nicht zielsicher zu sein scheint.

Aufgabe 14: Sie sagt zunächst, sie möchte nicht mehr mitmachen, kann dann aber doch durch neue Spielideen wieder motiviert werden. Der Hampelmann wird rhythmisch nicht richtig ausgeführt und auch die Rechts-Links- und Bein-Arm-Koordination kann nicht gleichzeitig durchgeführt werden.

Aufgabe 15: Bella fängt erst bei der Springhöhe von 10 cm an, steigert nach eigenem Bestimmen die Seilhöhe und schafft dann die Höhe von 30 cm zu überspringen. Damit scheint sie zufrieden zu sein.

Aufgabe 16: Die Arme und Beine sind nur leicht krumm, also die Ellbogen und Knie leicht gebeugt. Die Ganzkörperspannung wird nur kurz aufrecht gehalten.

Aufgabe 17: Das Aufstehen und Hinsetzen ist nur mit dem Abstützen der rechten Hand auf dem Boden möglich.

Aufgabe 18: Sprung und Drehung sind gemeinsam möglich, aber die $\frac{1}{2}$ Drehung ist nicht vollständig und nach der Landung muss das Gleichgewicht im Stehen durch starken Arm-einsatz erreicht werden und das drohende Kippen dadurch ausgeglichen werden.

MOT-Test: (20. 6. 02) siehe MOT-Formular B2 (am Ende der PMFT-Stunden-Abfolge)

Bella wirkt fröhlich und das Testergebnis hat sich vom MQ 54 auf MQ 76 gesteigert. Bella macht konzentrierter mit und scheint nicht mehr so leicht zu frustrieren bzw. sich bei Misserfolg nicht mehr zurückzuziehen, sondern weiter auszuprobieren..

Aufgabe 1: Bei der Durchführung wird kaum noch Stampfen wahrgenommen. Es zeigt sich bei ihr noch eine verringerte Fußaktivität.

Aufgabe 2: Sie zieht dieses Mal die Strümpfe aus. Beide Wege kann sie fehlerfrei über den Teppichstreifen gehen.

Aufgabe 3: Bella behält die schnelle Durchführung bei.

Aufgabe 4: Ihr gelingt die Durchführung sowohl mit dem rechten als auch mit dem linken Fuß.

Aufgabe 5: Der Richtungswechsel ist noch verlangsamt, aber wesentlich schneller als bei der letzten MOT-Durchführung. Der Absprung wird leichter, das Landen weicher, und der Stand danach stabiler.

Aufgabe 6: Bella hat eine gute Ausgangsposition. Sie reagiert gut; sie fasst immer in der Zone 2 zu.

Aufgabe 7: Die Durchführung ist in Ordnung, dass Laufen müsste noch zügiger werden.

Aufgabe 8: Bella geht sehr vorsichtig beim Rückwärtsgehen. Ein Weg gelingt ihr fehlerfrei, der zweite hat einige Fußübertretungen aufzuweisen.

Aufgabe 9: Bella scheint nicht mehr so zu frustrieren. Sie wirft dieses Mal stärker und ziel-sicherer von oben, hat aber mehr Wurfkraft als letztes Mal und erreicht bei dem vorge-schriebenen Abstand von 3 m mittlerweile die Wand. Sie trifft aus 2 m Entfernung.

Aufgabe 10: Die Durchführung ist in Ordnung und die Geschwindigkeit der Durchführung beschleunigt.

Aufgabe 11: Sie berührt mit den Händen einmal den Boden. Beim zweiten Mal steigt sie sicher und frei durch den Reifen.

Aufgabe 12: Ihr gelingen zwei erfolgreiche Versuche mit rechts, links steht sie 3-4 Sekunden auf dem Bein.

Aufgabe 13: Bella lässt den Reifen mit den Händen fallen, einmal fängt sie passend.

Aufgabe 14: Bella führt den Hampelmann rhythmisch nicht richtig aus, aber hat eine verbesserte Durchführung der Arm- und Beinbewegungen zueinander bzw. miteinander. (Rechts-Links- und Bein-Arm-Koordination ↑).

Aufgabe 15 schafft sie die Höhe von 35 cm zu überspringen. Bei 45 cm Höhe berührt sie das Seil.

Aufgabe 16: Die Ellbogen und Knie sind leicht gebeugt. Die Ganzkörperspannung wird schon etwas länger aufrechterhalten.

Aufgabe 17: Das Aufstehen ist nur mit dem Abstützen der rechten Hand auf dem Boden möglich. Das Hinsetzen klappt.

Aufgabe 18: Sprung und Drehung sind gemeinsam möglich, aber die halbe Drehung ist nicht vollständig, und nach der Landung kann das Gleichgewicht im Stehen nur durch den Armeinsatz erreicht werden.

Insgesamt scheint sich Bella durch ihre verringerte Ängstlichkeit mehr und sicherer zu bewegen. Durch mehr Bewegung fühlt sie sich wohler und wird psychisch-motorisch stabiler. Sie scheint nicht mehr so Angst vor Leistungssituationen und vor Ablehnung zu haben.

Bella geht aus der Vormittags-PMG in die Nachmittags-PMG, allerdings nur kurz, da sie sich schnell motorisch gesteigert und psychisch stabilisiert hat. Der Verlauf in der Schule wird von der Mutter als unproblematisch geschildert. Die Schwester, die von Anfang an weniger motorisch auffällig war, kommt in die Vormittags-PMG.,

Protokollbogen vom MOT

Aufgabe Nr.	Kurzbezeichnung der Aufgabe	Zeitbegrenzung	Bewertung	Punkte
1	Sprung in einen Reifen		Keine Bewertung	X
2	Balancieren vorwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
3	Punktieren (Tapping)	10 sec.	0 26 und weniger Punkte 1 27-37 Punkte 2 38 und mehr Punkte	44 Punkte 2
4	Mit den Zehen Tuch aufgreifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem oder linkem Fuß 2 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem und linkem Fuß	2
5	Mit den Zehen Tuch	10 sec.	0 7 Sprünge und weniger 1 8-11 Sprünge 2 12 und mehr Sprünge	4 Spr. 0
6	Stab auffangen		0 Zone 4 oder Stab fallen gelassen 1 Zone 2 und 3 2 Zone 1	Z 2/2 1
7	Tennisbälle in Kartons legen		0 15 und mehr sec. 1 14-12 sec. 2 11 sec. und weniger	14 sec. 1
8	Balancieren rückwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
9	Zielwurf auf eine Scheibe		0 kein Treffer 1 1 Treffer 2 2-4 Treffer	0
10	Streichhölzer einsammeln		0 71 sec. und mehr 1 70-54 sec. 2 53 sec. und weniger	75 sec. 0
11	Durch einen Reifen winden		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
12	Einbeiniger Sprung in Reifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1-2 erfolgreiche Versuche 2 mehr als 2 erfolgreiche Versuche	1
13	Tennisring auffangen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 mehr als 1 erfolgreicher Versuch	0
14	Hampelmannsprung	10 sec.	0 der Hampelmannsprung kann nicht ausgeführt werden 1 - zeitweise richtig ausgeführt, aber nicht 10. sec. durchgehalten - Koordination der Bewegungen war richtig, aber Rythmusunterbrechungen - rhythmisch richtig, aber falsche Bewegungskoordination 2 richtig in Zeit und Rhythmus und Bewegungskoordination ausgeführt	0
15	Sprung über ein Seil		0 kein erfolgreicher Sprung 1 35 cm übersprungen 2 45 cm übersprungen	0
16	Rollen um die Längsachse		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
17	Aufstehen und Setzen mit Halten eines Balles		0 weder Aufsetzen noch Hinsetzen geschafft 1 Aufstehen oder Hinsetzen geschafft 2 Aufstehen und Hinsetzen geschafft	0
18	Drehsprung in einen Reifen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
Gesamtpunktzahl (RW)				8
Prozentrang (PR)				2
Standardwerte				54

Protokollbogen vom MOT

Aufgabe Nr.	Kurzbezeichnung der Aufgabe	Zeitbegrenzung	Bewertung	Punkte
1	Sprung in einen Reifen		Keine Bewertung	X
2	Balancieren vorwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	2
3	Punktieren (Tapping)	10 sec.	0 26 und weniger Punkte 1 27-37 Punkte 2 38 und mehr Punkte	45 Punkte 2
4	Mit den Zehen Tuch aufgreifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem oder linkem Fuß 2 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem und linkem Fuß	2
5	Mit den Zehen Tuch	10 sec.	0 7 Sprünge und weniger 1 8-11 Sprünge 2 12 und mehr Sprünge	9 Spr. 1
6	Stab auffangen		0 Zone 4 oder Stab fallen gelassen 1 Zone 2 und 3 2 Zone 1	Z 2/2 1
7	Tennisbälle in Kartons legen		0 15 und mehr sec. 1 14-12 sec. 2 11 sec. und weniger	13 sec. 1
8	Balancieren rückwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
9	Zielwurf auf eine Scheibe		0 kein Treffer 1 1 Treffer 2 2-4 Treffer	0
10	Streichhölzer einsammeln		0 71 sec. und mehr 1 70-54 sec. 2 53 sec. und weniger	69 sec. 1
11	Durch einen Reifen winden		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
12	Einbeiniger Sprung in Reifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1-2 erfolgreiche Versuche 2 mehr als 2 erfolgreiche Versuche	1
13	Tennisring auffangen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 mehr als 1 erfolgreicher Versuch	1
14	Hampelmannsprung	10 sec.	0 der Hampelmannsprung kann nicht ausgeführt werden 1 - zeitweise richtig ausgeführt, aber nicht 10. sec. durchgehalten - Koordination der Bewegungen war richtig, aber Rythmusunterbrechungen - rhythmisch richtig, aber falsche Bewegungskoordination 2 richtig in Zeit und Rythmus und Bewegungskoordination ausgeführt	1
15	Sprung über ein Seil		0 kein erfolgreicher Sprung 1 35 cm übersprungen 2 45 cm übersprungen	1
16	Rollen um die Längsachse		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
17	Aufstehen und Setzen mit Halten eines Balles		0 weder Aufsetzen noch Hinsetzen geschafft 1 Aufstehen oder Hinsetzen geschafft 2 Aufstehen und Hinsetzen geschafft	1
18	Drehsprung in einen Reifen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
Gesamtpunktzahl (RW)				17
Prozentrang (PR)				7
Standardwerte				76

Familie C: Indexpatientin Mechthild

MOT-Test: (27. September 2001)

Bei dem Versuch, mit Mechthild den MOT durchzuführen, gibt es große Schwierigkeiten. Mutter und Tochter kommen eine halbe Stunde zu spät. Mechthild will erst gar nicht in die Gymnastikhalle hereinkommen. Als sie dann doch mit ihrer Mutter hereinkommt, weigert sie sich strikt, irgendeine Aufgabe durchzuführen. Sie spielt mit dem selbst mitgebrachten Spiel-Ei, in dem eine Dinosaurierfigur sitzt. Nach einer kleinen Eingewöhnungsphase an den Geräten wird die Situation abgebrochen, da die Therapeutin merkt, dass es so nicht weitergehen kann, da Mechthild die Mutter an der Nase herumführt. Mechthild kann keine Leistungssituationen ertragen. Die Mutter hatte ihr gesagt, dass es sich um einen Test handelt.

MOT-Test: (18. April 02) siehe MOT-Formular C1 (nach drei PMFT-Stunden)

Mechthild hat ihre Mutter im Griff. Noch bevor diese etwas sagen kann, legt sie fest, dass sie nur mitmacht, wenn ihre Mutter das auch tut. Die Mutter lässt sich überreden. Schon bei der zweiten Aufgabe geht es darum, die Strümpfe auszuziehen. Mechthild will nicht, aber die Mutter tut es bereitwillig und macht einige Aufgaben mit. Die Therapeutin übergeht dann die Mutter. Mechthild sagt aber vor fast allen ersten 10 Aufgaben, dass die Mutter mitmachen müsse. Später vergisst sie es zeitweise.

Mechthilds Fähigkeiten liegen in den feinmotorischen Aufgaben von Händen und Füßen und im Erkennen ihres Körperschemas. Die Reaktionsfähigkeit und das Vorwärtsbalancieren sind etwas eingeschränkt, die Koordination der Arme und Beine im Zusammenspiel auch. Leichte Probleme hat sie beim Werfen und Fangen, besondere Probleme beim Balancieren, aber auch beim Springen sowohl speziell seitwärts als auch vorwärts. Bei jeglichen Sprüngen oder Hüpfen fällt sie auch hin bzw. scheint sich hinzuwerfen. Auch bei der räumlichen Orientierung hat sie Schwierigkeiten.

Die Mutter macht nicht gerne mit, vermutlich auch deshalb, weil ihr die eigenen motorischen Schwächen bewusst sind.

Das Testergebnis ist MQ 67.

Aufgabe 1: Bei der Durchführung stampft Mechthild sehr, was auf eine geringe Fußaktivität und auf wenig muskuläres Abfangen bei der Landung hinweist.

Aufgabe 2: Sie tritt beim zweiten Weg viermal einen $\frac{1}{2}$ Fuß breit über.

Aufgabe 3: Sie nutzt ihre rechte Hand. Die Dosierung des Taping sowie der Griff sind in Ordnung. Mit 40 Punkten hat sie in 10 sec. eine zügige Durchführung gezeigt.

Aufgabe 4: Ihr gelingt die Durchführung sowohl mit dem rechten als auch mit dem linken Fuß. Allerdings ist sie unsicher beim Anheben des Tuches in dem jeweiligen Einbeinstand.

Aufgabe 5: Sie schafft 7 Sprünge. Die Aufgabe muss zweimal wiederholt werden, da sie sich ohne erkennbaren Grund auf den Boden wirft. Der Richtungswechsel ist verlangsamt. Der Absprung ist schwerfällig, das Landen hart und der Stand danach sehr wackelig. Sie macht zweimal Pausen und muss dran erinnert werden, dass sie erst bei Stopp aufhören soll.

Aufgabe 6: Mechthild nutzt wieder die rechte Hand und hat eine gute Ausgangsposition. Sie reagiert gut und fasst immer in der Zone 2 zu.

Aufgabe 7: Die Aufgabe muss zweimal wiederholt werden, weil beide Male ein Tennisball aus der Kiste weg springt, da sie ihn zu kräftig herein wirft. Der Ball rollt weit weg. Die Durchführung ist beim dritten Mal in Ordnung, das Laufen sehr schwerfällig und mühsam.

Aufgabe 8: Sie schiebt die Füße erst rückwärts. Beim Rückwärtsgehen tritt sie z. T. mit ganzem Fuß seitlich auf den Boden, weil sie beim Zurücksetzen eines Fußes im jeweiligen Einbeinstand auch ganz schnell das Gleichgewicht verliert.

Aufgabe 9: Mechthild wirft mit der rechten Hand sehr kraftvoll von oben und trifft die Wand immer sehr nahe an der Scheibe. Als sie die Entfernung des Werfens aussuchen kann, trifft sie aus zwei Meter Entfernung.

Aufgabe 10: Die Durchführung ist meist in Ordnung, nur ab und an wird rechts und links nacheinander gegriffen. Die Geschwindigkeit ist sehr zügig. Der Pinzettengriff kann gut durchgeführt werden.

Aufgabe 11: Die Aufgabe muss erst mehrmals erklärt werden bis das Verständnis da ist und die Durchführung gelingt.

Aufgabe 12: Hier gelingen ihr zwei erfolgreiche Versuch mit links, und ein unsicherer mit rechts. Beim zweiten Mal mit dem rechten Standbein kann sie nur 3 Sekunden auf dem Bein stehen bleiben.

Aufgabe 13: Mechthild verfehlt leicht den Ring mit den Händen, da sie zu spät zufasst und die Hand-Hand-Koordination nicht zielsicher zu sein scheint.

Aufgabe 14: Der Hampelmann wird unrhythmisch ausgeführt.

Aufgabe 15: Mechthild schafft die Höhe von 30 cm zu überspringen, bei 35 cm fällt sie nach dem Sprung immer hin. Auch bei anderen Aufgaben wirft sie sich häufiger hin.

Aufgabe 16: Die Ellbogen und Knie sind stark gebeugt. Die Ganzkörperspannung wird kaum aufgebaut.

Aufgabe 17: Das Hinsetzen gelingt wie vorgegeben, das Aufstehen ist nur mit dem Abstützen der einen Hand auf dem Boden möglich.

Aufgabe 18: Sprung und Drehung sind gemeinsam möglich, aber die ½ Drehung ist nicht vollständig, und nach der Landung kippt sie jeweils um.

Unangenehm während der ganzen Testdurchführung ist das Verhalten der Tochter zu ihrer Mutter. Mechthild macht sich über häufiger vorkommende Fehler ihre Mutter lustig. Dies wird nur durch die Therapeutin eingeschränkt und begrenzt, nicht durch das Eingreifen der Mutter selber. Die Mutter weist auch starke motorische Schwächen im Bezug auf Gleichgewicht, Reaktionsfähigkeit und koordinative Elemente auf.

KTK-Test: (30. 1. 03) (Angaben einer Kollegin) siehe KTK-Formular C2

Mechthild macht den KTK-Test bei der Kollegin.

KTK-Ergebnisse:

Balancieren: RW 0, MQ 54

Monopedales Überhüpfen: RW 19, MQ 77

Seitliches Hin- und Herspringen: RW 25, MQ 73

Seitliches Umsetzen: RW 31, MQ 88

Gesamt-MQ: 65

Beobachtungsprotokoll KTK:

Letztes Testergebnis: MQ 67 (MOT) (C1)

Allgemeines:

Zu Beginn des Testes ist Mechthild zurückhaltend und setzt sich zur Begrüßung ein Stück von dem anderen Kind und der Therapeutin weg. Diese Distanz überwindet sie jedoch rasch. Den Test führt M. sehr motiviert durch. Wenn sie mit einer Aufgabe Schwierigkeiten hat, wird sie von dem anderen Kind „angefeuert“. Die beiden verstehen sich sehr gut und spielen auch nach dem Test noch gemeinsam (mit Rollbrettern).

Aufgabe 1: Rückwärtsbalancieren

Beim Rückwärtsbalancieren hat Mechthild erhebliche Probleme. Auf dem 6 cm breiten Balken schafft sie es noch, vorwärts zu balancieren, rückwärts gelingt es ihr jedoch nicht, einen ganzen Schritt darauf zu laufen, ohne dass sie einen Fuß auf den Boden setzt. Da Mechthild etwas zu große Socken anhat, schlägt die Therapeutin vor, dass sie diese auszieht, da es das Balancieren erschwert und behindert. Das möchte sie jedoch auf keinen Fall.

Aufgabe 2: Monopedales Überhüpfen

Rechts und links kann Mechthild sicher unterscheiden. Die Sprungtechnik kann sie erst nach mehreren Versuchsdurchgängen und nach nochmaliger Demonstration ausführen. Trotz Misserfolgen probiert sie es sehr ausdauernd weiter, über die Schaumstoffmatten zu springen. Sie freut sich dann ganz besonders, wenn es ihr gelungen ist.

Aufgabe 3: Seitliches Hin- und Herspringen

Mechthild springt rhythmisch, ihren Oberkörper neigt sie stark nach vorn.

Aufgabe 4: Seitliches Umsetzen

M. läuft auf einer Geraden und greift das Brettchen stets mit beiden Händen.

Die Kollegin, die die Testdurchführung praktiziert hat, fragt sich bei Mechthilds Gleichgewichtsfähigkeit, ob diese wirklich so schlecht ist, wie im Test gezeigt. Sie hat im Test 0 RW bekommen. Die Therapeutin ist sich aber nicht sicher, ob dies ihrer Fähigkeit entspricht oder ob es eher einer Aufregung zuzuschreiben ist: Das sagt sie Frau C auch, um das Ergebnis zu relativieren. In der letzten PMFT-Stunde wies Mechthild nicht solche großen Gleichgewichtsprobleme auf. Sie zeigt schon Unsicherheit in Bezug auf das Gleichgewicht, aber nicht in dem Maße wie beim KTK-Testen.

KTK-Test: (30.06.2004) (Angaben einer Kollegin) siehe KTK-Formular C3

Mechthild macht den KTK-Test bei der Kollegin.

KTK-Ergebnisse:

Balancieren: RW 31, MQ 82

Monopedales Überhüpfen: RW 28, MQ 83

Seitliches Hin- und Herspringen: RW 31, MQ 78

Seitliches Umsetzen: RW 32, MQ 81

Gesamt-MQ: 81

Es sind keine weiteren Angaben von der Kollegin bekannt.

Entwicklung von C2 zu C3:

Es ist eine klare Steigerung bei dem Rückwärtsbalancieren festzustellen. Beim Monopedalen Überhüpfen ist mit dem linken Bein eine Verbesserung eingetreten. Beim seitlichen Hin- und Herspringen ist auch eine leichte Verbesserung der Sprunghäufigkeit zu erkennen. Beim Seitlichen Umsetzen ist keine gravierende Weiterentwicklung festzustellen.

Insgesamt ist der MQ von 65 auf 75 gestiegen.

Protokollbogen vom MOT

Aufgabe Nr.	Kurzbezeichnung der Aufgabe	Zeitbegrenzung	Bewertung	Punkte
1	Sprung in einen Reifen		Keine Bewertung	X
2	Balancieren vorwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
3	Punktieren (Tapping)	10 sec.	0 26 und weniger Punkte 1 27-37 Punkte 2 38 und mehr Punkte	40 Punkte 2
4	Mit den Zehen Tuch aufgreifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem oder linkem Fuß 2 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem und linkem Fuß	2
5	Mit den Zehen Tuch	10 sec.	0 7 Sprünge und weniger 1 8-11 Sprünge 2 12 und mehr Sprünge	7 Spr. 0
6	Stab auffangen		0 Zone 4 oder Stab fallen gelassen 1 Zone 2 und 3 2 Zone 1	Z 2/2 1
7	Tennisbälle in Kartons legen		0 15 und mehr sec. 1 14-12 sec. 2 11 sec. und weniger	15 sec. 0
8	Balancieren rückwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
9	Zielwurf auf eine Scheibe		0 kein Treffer 1 1 Treffer 2 2-4 Treffer	0
10	Streichhölzer einsammeln		0 71 sec. und mehr 1 70-54 sec. 2 53 sec. und weniger	40 sec. 2
11	Durch einen Reifen winden		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	2
12	Einbeiniger Sprung in Reifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1-2 erfolgreiche Versuche 2 mehr als 2 erfolgreiche Versuche	2
13	Tennisring auffangen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 mehr als 1 erfolgreicher Versuch	0
14	Hampelmannsprung	10 sec.	0 der Hampelmannsprung kann nicht ausgeführt werden 1 - zeitweise richtig ausgeführt, aber nicht 10. sec. durchgehalten - Koordination der Bewegungen war richtig, aber Rythmusunterbrechungen - rhythmisch richtig, aber falsche Bewegungskoordination 2 richtig in Zeit und Rhythmus und Bewegungskoordination ausgeführt	1
15	Sprung über ein Seil		0 kein erfolgreicher Sprung 1 35 cm übersprungen 2 45 cm übersprungen	0
16	Rollen um die Längsachse		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
17	Aufstehen und Setzen mit Halten eines Balles		0 weder Aufsetzen noch Hinsetzen geschafft 1 Aufstehen oder Hinsetzen geschafft 2 Aufstehen und Hinsetzen geschafft	1
18	Drehsprung in einen Reifen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
Gesamtpunktzahl (RW)				14
Prozentrang (PR)				5
Standardwerte				67

Testprotokoll Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Name: **C2**

Geschlecht::

geb.:

Vorname:

Grösse:

Datum:

VL:

Gewicht:

Alter:

1. Rückwärts Balancieren (RB)

Vorübung: pro Balken
je 1 x vorwärts und
1 x rückwärts

Balkenbreite	Versuchsdurchgang			Summe
	1	2	3	
6,0 cm	0	0	0	0
4,5 cm	0	0	0	0
3,0 cm	0	0	0	0
Gesamt:				0

RW	MQ
0	54

2. Monopedaless Überhüpfen (MÜ)

Vorübung ja 2 x re u. li
bis 5 -6.J = 0 cm Höhe
bis 7 J. = 5 cm Höhe

Anfangshöhen nach gelungener
Vorübung 5 - 6 J = 5 cm
 7 - 8 J = 15 cm
 9-10 J = 25 cm
 11-12 J = 35 cm

Seite cm	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	Summe
re	3	3	2	2	0									10
li	3	3	1	1	1	0								9
Gesamt:														19

RW	MQ
19	77

3. Seitliches Hin- und Herspringen (SH)

Vorübung:
5 x seitlich hin- und
herspringen

Versuchsdurchgang	1	2	Summe
Sprünge/15sec.	11	14	25

RW	MQ
25	73

4. Seitliches Umsetzen (SU)

Vorübung:
5 x umsetzen

Versuchsdurchgang	1	2	Summe
Umsetzer/20sec.	14	17	31

RW	MQ
31	88

Gesamt-MQ
65

Summe MQ, bis MQ, 292

Testprotokoll Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Name: **C3**

Geschlecht::

geb.:

Vorname:

Grösse:

Datum:

VL:

Gewicht:

Alter:

1. Rückwärts Balancieren (RB)

Vorübung: pro Balken
je 1 x vorwärts und
1 x rückwärts

Versuchsdurchgang

Balkenbreite	1	2	3	Summe
6,0 cm	3	6	4	13
4,5 cm	3	5	3	11
3,0 cm	1	2	4	7
Gesamt:				31

RW	MQ
31	82

2. Monopedales Überhüpfen (MÜ)

Vorübung ja 2 x re u. li
bis 5 -6.J = 0 cm Höhe
bis 7 J. = 5 cm Höhe

Anfangshöhen nach gelungener
Vorübung 5 - 6 J = 5 cm
 7 - 8 J = 15 cm
 9-10 J = 25 cm
 11-12 J = 35 cm

Seite cm	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	Summe
re	3	3	2	0	0									8
li	3	3	3	3	3	2	3	0						20
Gesamt:														28

RW	MQ
28	83

3. Seitliches Hin- und Herspringen (SH)

Vorübung:
5 x seitlich hin- und
herspringen

Versuchsdurchgang	1	2	Summe
Sprünge/15sec.	14	17	31

RW	MQ
31	78

4. Seitliches Umsetzen (SU)

Vorübung:
5 x umsetzen

Versuchsdurchgang	1	2	Summe
Umsetzer/20sec.	15	17	32

RW	MQ
32	81

Gesamt-MQ
75

Summe MQ, bis MQ, 324

Familie E: Indexpatient Michael
--

MOT-Test: (1. November 01) siehe MOT-Formular E

Michael ist sehr kontaktfreudig und freundlich. Das Testergebnis war MQ 97. Das zeigt, dass Michael im Normalbereich liegt.

Aufgaben 1, 7, 11: Die Durchführungen sind in Ordnung.

Aufgabe 2: Er tritt beim zweiten Durchgang nur einmal mit zwei Zehen über.

Aufgabe 3: Er nutzt seine rechte Hand. Die Dosierung des Taping ist normal. Die Griffhaltung ist in Ordnung, die Geschwindigkeit könnte noch gesteigert werden.

Aufgabe 4: Ihm gelingt die Durchführung nur mit dem rechten Fuß. Links bekommt er das Tuch nur schwerfällig etwas in die Höhe.

Aufgabe 5: Der Sprungvorgang ist unauffällig, nur die Geschwindigkeit müsste noch erhöht werden. Nach den Sprüngen ist er außer Atem.

Aufgabe 6: Er nutzt die rechte Hand und hat eine gute Ausgangsposition. Er reagiert sehr gut im Bereich der Zonen 2 und sogar 1.

Aufgabe 8: Die Durchführung erfolgt sehr vorsichtig und sorgsam, dass Übertreten nur jeweils ein Mal aber sehr dezent.

Aufgabe 9: Er trifft einmal direkt auf die Scheibe und sonst trifft der Ball dicht an die Scheibe heran.

Aufgabe 10: Die Durchführung ist fast unauffällig, nur einmal nimmt er aus Versehen zwei Streichhölzer.

Aufgabe 12: Ihm gelingen ein erfolgreicher Versuch mit rechts und zwei erfolgreiche Versuche mit links.

Aufgabe 13: Er hat den Ring immer gut aufgefangen.

Aufgabe 14: Beim Hampelmann vollführt er keine vollständige Beinbewegung.

Aufgabe 15: Er kann beide Höhen sicher und gut überspringen.

Aufgabe 16: Ellbogen und Knie sind nur leicht gebeugt. Die Ganzkörperspannung wird zu kurz aufrecht gehalten.

Aufgabe 17: Das Aufstehen und Hinsetzen ist ohne Probleme möglich.

Aufgabe 18: Sprung und Drehung sind gemeinsam möglich, die $\frac{1}{2}$ Drehung ist noch ein wenig unvollständig.

Bei Michael wurde kein zweiter Motoriktest durchgeführt, da der erste schon im Normalbereich lag. Michael hat sich m. E. seit dem weiter gesteigert, aber Terminstress der Mutter und ihr Hinweis auf den langen Anfahrtsweg ließen einen weiteren Test als nicht sinnvoll erscheinen.

Anhang III/B

Im Gegensatz zu den anderen Kindern konnte Michael die PMG schon während der PMFT-Stundenserie verlassen. Er wäre aber gerne noch weiter gekommen, weil es ihm immer sehr viel Spaß machte.

Protokollbogen vom MOT

E

Aufgabe Nr.	Kurzbezeichnung der Aufgabe	Zeitbegrenzung	Bewertung	Punkte
1	Sprung in einen Reifen		Keine Bewertung	X
2	Balancieren vorwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	1
3	Punktieren (Tapping)	10 sec.	0 26 und weniger Punkte 1 27-37 Punkte 2 38 und mehr Punkte	30 Punkte 1
4	Mit den Zehen Tuch aufgreifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem oder linkem Fuß 2 1 erfolgreicher Versuch mit rechtem und linkem Fuß	1
5	Mit den Zehen Tuch	10 sec.	0 7 Sprünge und weniger 1 8-11 Sprünge 2 12 und mehr Sprünge	7 Spr. 1
6	Stab auffangen		0 Zone 4 oder Stab fallen gelassen 1 Zone 2 und 3 2 Zone 1	Z 2/1 2
7	Tennisbälle in Kartons legen		0 15 und mehr sec. 1 14-12 sec. 2 11 sec. und weniger	11 sec. 2
8	Balancieren rückwärts		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
9	Zielwurf auf eine Scheibe		0 kein Treffer 1 1 Treffer 2 2-4 Treffer	1
10	Streichhölzer einsammeln		0 71 sec. und mehr 1 70-54 sec. 2 53 sec. und weniger	50 sec. 2
11	Durch einen Reifen winden		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	2
12	Einbeiniger Sprung in Reifen	2x5 sec.	0 kein erfolgreicher Versuch 1 1-2 erfolgreiche Versuche 2 mehr als 2 erfolgreiche Versuche	2
13	Tennisring auffangen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 mehr als 1 erfolgreicher Versuch	2
14	Hampelmannsprung	10 sec.	0 der Hampelmannsprung kann nicht ausgeführt werden 1 - zeitweise richtig ausgeführt, aber nicht 10. sec. durchgehalten - Koordination der Bewegungen war richtig, aber Rythmusunterbrechungen - rhythmisch richtig, aber falsche Bewegungskoordination 2 richtig in Zeit und Rhythmus und Bewegungskoordination ausgeführt	1
15	Sprung über ein Seil		0 kein erfolgreicher Sprung 1 35 cm übersprungen 2 45 cm übersprungen	2
16	Rollen um die Längsachse		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
17	Aufstehen und Setzen mit Halten eines Balles		0 weder Aufsetzen noch Hinsetzen geschafft 1 Aufstehen oder Hinsetzen geschafft 2 Aufstehen und Hinsetzen geschafft	2
18	Drehsprung in einen Reifen		0 kein erfolgreicher Versuch 1 1 erfolgreicher Versuch 2 2 erfolgreiche Versuche	0
Gesamtpunktzahl (RW)				22
Prozentrang (PR)				34
Standardwerte				97