

Michael Bachg, Eva Hille-Kluczewski, Stefanie Grüter

## Die Methode Feeling-Seen als familientherapeutischer Ansatz zur Förderung der Affektregulierung und des Beziehungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen –

eine Einführung mit zwei Beispielen für die Integration in die Richtlinienverfahren

Kognitive Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

für Kinder und Jugendliche

The Feeling-Seen method as an approach in family therapy to support affect regulation as well as relationship behaviour – an introduction presenting two case studies for the integration into the guideline procedures of cognitive behavioural therapy and child and adolescent psychotherapy based on depth psychology

Der Beitrag thematisiert den Einfluss psychosozialer Faktoren, insbesondere familiärer Konditionen, auf die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Ausgehend von der funktionellen Entwicklungspsychopathologie wird die Ätiologie dieser Störungen im Sinne einer Anpassungsleistung des Kindes einer Umgebung gegenüber verstanden, die es hinsichtlich seiner Ressourcenlage überfordert. Als klinische Entwicklungstheorien bilden die Bindungstheorie und die Mentalisierungstheorie die Grundlage für das Verständnis der Affektregulierung und des Beziehungsverhaltens. Von der Beobachtung ausgehend, dass frühe aversive Bindungserfahrungen die Mentalisierungsfähigkeit eines Kindes untergraben können, wird beschrieben, wie mit Hilfe der Feeling-Seen-Methode zum einen die Mentalisierungsfähigkeit eines Kindes und die seiner Eltern gefördert und zusätzlich die notwendige Überarbeitung innerer Modelle von Bindung im Rahmen familientherapeutischer Sitzungen angestrebt werden kann. Das Vorgehen wird beispielhaft anhand zweier Kasuistiken aus der kognitiven Verhaltenstherapie sowie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für Kinder und Jugendliche veranschaulicht.

Schlüsselwörter

Feeling-Seen – Funktionelle Entwicklungspsychopathologie – Microtracking – mentalisierte Affektivität – elterliches Empathievermögen – Überarbeitung innerer Modelle von Bindung – Psychotherapie mit traumatisierten Kindern – Antidote

*The paper addresses the influence of psycho-social factors, especially of family conditions on the development and continuation of mental disorders during childhood or adolescence. Based on functional developmental psychopathology, the aetiology of these disorders*

*is being understood in the sense of an adaptive achievement of a child in the face of an overwhelming environment. Bonding theory and mentalization theory as clinical developmental theories provide the basis for an understanding of affective regulation and relationship behaviour. Since early aversive bonding experiences can undermine a child's mentalization abilities, we will describe in what way the mentalization abilities of a child and those of the parents may be facilitated with the help of the feeling-seen method, and in addition, in what way the necessary revision of internal bonding models may be pursued in the context of family therapy sessions. The procedure will be exemplified by two case studies from cognitive behavioural therapy as well as psychotherapy based on depth-psychology for children and adolescents.*

*Key words*

*Feeling-Seen – functional developmental psychopathology – micro-tracking – mentalized affectivity – parental ability to empathize – revision of internal bonding models – psychotherapy with traumatized children – antidote*

Michael Bachg

## 1. Einleitung

Evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungen von Kindern mit psychischen Erkrankungen gelten als Mittel der Wahl, um eine Verbesserung ihrer Symptomatik zu erreichen. Häufig reicht es jedoch nicht aus, wenn die zumeist einzeltherapeutischen Interventionen wirksam sind, beispielsweise im Sinne eines Erwerbs von Coping-Strategien oder der Verbesserung der sozialen Kompetenzen. Denn die für die psychischen und/oder sozialen Beeinträchtigungen relevanten kontextuellen Auslöser und aufrechterhaltenden Bedingungen im sozialen Umfeld und insbesondere im Familiensystem werden oft nicht erreicht. So können z. B. unverarbeitete Kindheitskonflikte oder Traumata elterliche Repräsentanzen, bezogen auf das Kind, beeinflussen und die Wahrnehmung und Interpretation kindlicher Signale wie ein Filter verzerren (Fraiberg et al. 1975, Quitmann et al. 2010).

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

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

Die Autoren schreiben „realisierbar war“ und implizieren damit, dass Symptome als Anpassungsleistung über den aktuellen Kontext hinaus beibehalten werden können und ihre funktionale Analyse die biographische Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen berücksichtigen sollte.

Symptome sind dieser Auffassung zufolge niemals zufällig in ihre psychosozialen Kontexte eingebettet: „Ausgangspunkt der Entwicklungspsychopathologie ist eine interaktionistische Entwicklungstheorie, die davon ausgeht, dass ein aktives selbstmotiviertes und die eigene Entwicklung vorantreibendes Individuum mit einer ebenso aktiven fordernden und einflussnehmenden Umwelt in Interaktion steht“. Resch, F., Fegert, J. M. „Ätiologische Modelle“ S.124 in „Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters“ Fegert, J. M., Eggers, C.; Resch, F.; Hrsg, Springer, Berlin Heidelberg 2012.

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

Zu diesem Zweck werde ich im Folgenden kurz auf die Bedeutung der Bindungstheorie und der Mentalisierungstheorie für die Entwicklung der Affektregulierung und des Beziehungsverhaltens eingehen. Danach stelle ich ihnen mit „Feeling-Seen“, (Bachg 2010) einen darauf Bezug nehmenden familientherapeutischen Ansatz vor, den ich Ihnen anschließend anhand von zwei Kasuistiken, und zwar aus der Kognitiven Verhaltenstherapie sowie der tiefenpsychologisch fundierten Kinderpsychotherapie mit intensiver Einbindung der Eltern integrativ und praxisnah veranschaulichen möchte. Mit Hilfe spezifischer, auf das Kind bezogene, Interventionen geht es darum, die Perspektive des Kindes, seine Gefühle, Gedanken und Motive individuell zu erfassen um dadurch Verhalten zu verstehen.

Denn: „Jede Therapie sollte auf einem pathogenetischen Verständnis aufbauen und ein Veränderungsmodell zur Grundlage haben.“ (Resch und Fegert 2012)

## 2. Bindungs- und Mentalisierungstheorie als klinische Entwicklungstheorie

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

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

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

Nach der Mentalisierungstheorie, werden Affekte in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen auf Grundlage der Fähigkeit reguliert, ein Gefühl wahrzunehmen, während man es reflektiert und darüber spricht. Diese als „mentalisierte Affektivität“ bezeichnete Form der Affektregulierung, Fonagy et al. (2008), wird im Rahmen des Feeling-Seen gezielt gefördert, und zwar für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. Ziel der Affektregulierung ist nicht die generelle Unterdrückung des Ausdrucks von Affekten. Es geht um die schrittweise Befähigung eines Menschen zwischen innerem Erleben und äußeren Ausdruck einer Emotion zu unterscheiden und statt eines impulsiven Emotionsausdrucks eine Form wählen zu können, die der Beziehung und der aktuellen Situation gerecht wird. Dies ermöglicht es dem Gegenüber das Gefühl zu verstehen und darauf einzugehen.

Nach der Mentalisierungstheorie erwirbt das Kind in den ersten fünf Lebensjahren ein kognitiv und emotives Verständnis des Selbst und der Welt (Fonagy et al. 2008, S. 254). Mit etwa 4 Jahren verfügt es über die Fähigkeit, multiple Repräsentationen der Welt und des Selbst zu bilden und diese miteinander in Beziehung zu setzen (5. Phase „Repräsentationaler Akteur“). Ab diesem Alter ist das Kind prinzipiell in der Lage eine kindliche Theorie des Mentalen zu bilden. Es kann erkennen dass das eigene Verhalten und das anderer durch eine Intention entsteht und zwar durch Gefühle, Gedanken, Wünsche, Ziele und Überzeugungen. Dadurch kann das Kind in Handlungen anderer Menschen Bedeutungen erkennen und das Ergebnis einer Interaktion vorhersagen. Mentalisieren ist also definiert als die Fähigkeit, sich und andere im Sinne von mentalen Zuständen wie Gefühlen, Intentionen und Wünschen wahrzunehmen und zu verstehen (Fonagy et al. 2004).

Die Mentalisierungsfähigkeit eines Kindes steht in Zusammenhang mit dem inneren Arbeitsmodell (Bindungsrepräsentation). So vermuten Fonagy et al., dass für Kinder in brutalisierten frühen Beziehungen die Hemmung ihrer Mentalisierungsfähigkeit einen Schutz darstellt, da sie nicht über die Motive ihrer Peiniger nachdenken müssen, von denen sie existenziell abhängig sind (Fonagy et al. 2002).

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

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

Werden also in den ersten Lebensjahren zentrale Bedürfnisse des Kindes, wie z. B. nach Sicherheit nicht erfüllt, können Ängste dauerhaft aufgebaut werden. Dies beeinflusst die kognitive und emotionale Entwicklung. Ohne Emotionsregulation bleibt die Entwicklung reiferer interpersoneller Kognitionen im Sinne einer Theorie des Mentalen aus und es entsteht keine ausreichende Empathiefähigkeit.

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

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

### 3. Zugang zu Kindern und Jugendlichen im familientherapeutischen Kontext

#### 3.1 Allgemeine Hinweise

Die Durchführung familientherapeutischer Sitzungen erfordern ein klares Konzept. So kommt es z. B. darauf an mit dem Kind zu reden und nicht mit den Eltern zusammen über das Kind. Bereits beim Erstkontakt kommt es leicht zu einem Übergewicht von Redanteilen der Eltern. Der Therapeut sollte daher darauf achten, dass das Klagen der Eltern nicht Überhand gewinnt und das Kind selbst zu Wort kommt, z. B. in dem er es nach seiner Sichtweise befragt und es darin unterstützt diese zum Ausdruck zu bringen. Auch eine affektive Reaktion des Kindes auf die Schilderungen der Eltern gibt Gelegenheit, es zu befragen. Auf diese Weise wird deutlich, dass es neben der Sichtweise der Eltern eine weitere Sichtweise gibt, und zwar die ihres Kindes, die auch abweichend sein kann. Dies gibt Gelegenheit zu verdeutlichen, dass Wahrnehmung ein subjektiver Vorgang ist und dass es durchaus mehr als eine Wahrheit geben kann. Hierdurch wird der Subjektstatus des Kindes hervorgehoben und verhindert, dass es im weiteren Prozess als Objekt der Diagnostik und Therapie betrachtet wird. Eine Entlastung der Eltern kann in einem folgenden Gespräch mit den Eltern allein erreicht werden.

## 3.2 Die emotive Gesprächsführung mit dem Kind in Feeling-Seen

### 3.2.1 Wörter kreieren Bilder im Geist

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

### 3.2.2 Förderung mentalisierter Affektivität

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

z. B. Beispiel wenn das Kind im Familientherapeutischen Setting sagt, „... und dann kam der Hund um die Ecke“ sehen wir als Zuhörer vor unserem geistigen Auge eine Ecke, z.B. eine Häuserecke und einen Hund, der gerade um diese Ecke läuft und vielleicht auf uns zukommt. Die Bedeutung dieses Bildes und die Bewertung dieser Information fällt für uns selbst individuell sehr unterschiedlich aus, je nachdem welche eigenen Erfahrungen wir mit Hunden verbinden und welches Verhältnis wir zu ihnen haben. So ist es auch für das Kind. Die individuelle Bedeutung dieses inneren Bildes für das Kind lesen wir ab anhand seiner Mimik und seiner Stimme.

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

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

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

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

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

#### 4. Von den richtigen Fragen zu den richtigen Antworten:

Antidote-Entwicklung mit Kindern und Jugendlichen in Anwesenheit ihrer Eltern

Für diese gegenseitige Abstimmung interpersoneller Prozesse zwischen Neugeborenem und den Bindungspersonen stellen die evolutionär erworbenen Fähigkeiten organismische Erwartungen des Neugeborenen an eine entsprechende Leistung seiner sozialen Umgebung dar, nämlich seine Affekte und Bedürfnislage hinreichend empathisch zu verstehen und zu erfüllen. Der humanistische Kernsatz: „Nur am Du kann man zum Ich werden“ erhält somit durch eine evolutionäre Perspektive einen umfassenderen Kontext, Kriz (2014).

Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, solche Bindungserfahrungen, die nicht zu einer Reduzierung negativer Affekte führten, sondern diese womöglich noch steigerten, umzukehren. Die Vorgehensweise bezieht sich auf das Konzept des Antidotes (Gegengift) von Pessoa (2008). Ziel ist es, negative Affekte zu reduzieren und neue Repräsentanzen therapeutisch zu entwickeln. Dazu werden gemeinsam mit dem Kind in der Phantasie ideale Betreuungspersonen entwickelt, die das Bindungsverhalten des Kindes seiner Bedarfslage

entsprechend beantworten würden bzw. in der Vergangenheit beantwortet hätten. Damit soll die Affektregulierung gefördert, das innere Arbeitsmodell auf der Grundlage dieser Erfahrung modifiziert und die Mentalisierungsfähigkeit gestärkt werden. Dies geschieht mit der Absicht das Beziehungsverhalten zu verbessern. Grundlage dieses Vorgehens ist die Erkenntnis, dass Menschen, für eine neue Erfahrung, nicht die Realität brauchen, sondern ein Bild von der Realität ausreicht. Die idealen Betreuungspersonen werden zusammen mit dem Kind erfunden und mit dramaturgischen Mitteln so in Szene gesetzt, dass es dem Kind ermöglicht wird, eine befriedigende Beziehungserfahrung zu erleben, die Verständnis und Intersubjektivität erfahrbar macht.

## 5. Integration der Eltern: Förderung des elterlichen Empathievermögens

Wie eingangs beschrieben kann die Fähigkeit von Eltern, die Motive und Gefühle ihres Kindes zu erkennen, aus unterschiedlichen Gründen eingeschränkt sein. Zudem verhindern negative elterliche Attributionen das Mentalisieren und führen zu ineffizientem Elternverhalten, das die Entwicklung des Kindes und sein Verhalten negativ beeinflusst. Oppenheim und Koren-Karie (2009) betonen in ihrem Konzept des reflexiven Empathievermögens von Eltern, dass Eltern nur dann feinfühlig auf die Signale ihres Kindes reagieren können, wenn sie auf mentaler Ebene in der Lage sind, die Welt durch die Augen ihres Kindes wahrzunehmen und sich in ihr Kind hineinzusetzen. Das reflexive Empathievermögen der Eltern ist häufig durch eigene Belastungen, wie z. B. Probleme am Arbeitsplatz, Probleme in der Partnerschaft, Versorgung von Angehörigen, Zeitdruck etc., eingeschränkt. Auch durch solche Belastungen wird die Möglichkeit eingeschränkt, unterschiedliche Motive oder Erklärungen für das kindliche Verhalten heranzuziehen bzw. zu erkennen, wie wichtig es ist, diese zu benennen.

Um die enttäuschten Erwartungen aneinander sowie die daraus resultierenden Verstrickungen der Familienmitglieder zu bearbeiten, wird vorgeschlagen, nach Lösungen nicht unmittelbar im gegenwärtigen Bezugssystem der Beteiligten zu suchen, sondern, wie oben beschrieben, zunächst auf einer symbolischen Ebene mit idealen Betreuungspersonen. Die Eltern erkennen, dass ihr Kind durch dieses Vorgehen erreicht werden kann und sich in diesem Prozess vertrauensvoll öffnet. Die Erfahrung einer als vom Kind passend und richtig erlebten Reaktion erzeugt unmittelbar ein Gefühl von Erleichterung, die häufig schnell in Trauer umschwenkt. Dies geschieht, wenn das Kind in seiner Erleichterung erkennt, was es in der Realität vermisst, bzw. was ihm fehlt. Dieser Prozess ist regelmäßig zu beobachten und wird als relief-grief-cycle bezeichnet (Pesso 2008).

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



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

Dies möchte ich Ihnen mit Hilfe der beiden nun folgenden Kasuistiken veranschaulichen.

#### KASUISTIK 1

Die Anwendung und Integration von Feeling-Seen als familientherapeutische Ergänzung in der kognitiven Verhaltenstherapie mit einem 14-jährigen Jugendlichen

*Von Eva Hille-Kluczewski*

Philipp, 14 Jahre, kam nach einer achtwöchigen stationären verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie. Anlass des stationären Aufenthaltes war eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10: F40.01G) sowie eine Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10: F93.2G). Diese hatte dazu geführt, dass Philipp sich drei Monate zuvor weigerte, in die Schule und in öffentliche Räume zu gehen wie auch im weiteren Verlauf alle sozialen Kontakte zu vermeiden. Im Mittelpunkt der stationären Behandlung stand neben Familiengesprächen die Behandlung der agoraphobischen Symptomatik durch Exposition mit Reaktionsverhinderung, der Abbau der Aufmerksamkeitsfokussierung und Fehlinterpretation körperlicher Signale sowie die Steigerung von Selbstwirksamkeitserwartungen. Des Weiteren wurde therapeutisch am Aufbau sozialer Kompetenzen gearbeitet. Zum Zeitpunkt der Entlassung, zwei Wochen vor Schulbeginn, waren die Panikattacken deutlich reduziert, auch hatte Philipp seine agoraphobische Vermeidungshaltung abgebaut. Darüber hinaus hatte er in der Klinikschule vor den Sommerferien am Unterricht teilgenommen.

Im Mittelpunkt der stationären Elternarbeit standen die Psychoedukation und die Vermittlung eines Erklärungsmodells bezüglich der Aufrechterhaltung von Philipps Angststörung innerhalb des familiären Kontextes. Es ging demnach weniger um die Arbeit mit den Eltern auf einer emotionalen Ebene, wie zum Beispiel die Förderung ihres reflexiven Empathievermögens.

Während der stationären Elternarbeit kam es zu Spannungen speziell zwischen der Mutter und der Therapeutin. Auf Nachfrage berichtete die Mutter, dass sie das Gefühl habe, die Therapeutin sei gegen sie eingestellt gewesen und mache sie für die Störung von Philipp verantwortlich. Weiterhin erlebte sie die rein verhaltenstherapeutische Vorgehensweise als zu hart, auch sei die Therapeutin in ihren Augen Philipp gegenüber zu gleichgültig

gewesen. Die Therapeutin habe das von sich gewiesen, sodass sie beschlossen habe, die Elternarbeit abzubrechen. Zum Zeitpunkt der ambulanten Aufnahme kam Philipp mit seiner Mutter und thematisierte die „große Angst vor der Schule und der neuen Klasse“.

### **Lebensgeschichtliche Entwicklung**

Philipp ist der einzige Sohn einer Logopädin und eines Restaurators. Er ist ein erwünschtes Kind gewesen, Schwangerschaft und Geburt verliefen unauffällig sowie die frühkindliche Entwicklung regelrecht. Philipp ist ein braves, unkompliziertes und stilles Kind gewesen. Die Beziehung der Eltern war von Anfang an angespannt und von viel lautstarkem, stundenlangem Streit geprägt, wobei es oft um die richtige Erziehung des Sohnes ging. Die in ihrer Mutterrolle immer sehr besorgte, ängstliche und kränkbare Frau fühlte sich von dem unter einer immer wieder rezidivierenden Depression leidenden Partner alleingelassen und nicht wahrgenommen. Der Vater Philipps warf seiner Partnerin eine übergriffige und verletzende Beziehungsgestaltung vor. Während Philipp zu seiner Mutter eine enge Beziehung entwickelte, berichtete er, zum Vater wenig Bindung aufgebaut zu haben. Philipp beschrieb ihn als wortkarg und nach außen unbeteiligt, Körperkontakt hatte es kaum gegeben. Nachdem Philipp drei Jahre alt geworden war, arbeitete die Mutter wieder halbtags. Nach anfänglichen Eingewöhnungsschwierigkeiten verhielt sich Philipp auch im Kindergarten unauffällig und angepasst. Philipp wurde regelrecht eingeschult und bei den Hausaufgaben von beiden Elternteilen sehr intensiv betreut. Im Rahmen der Hausaufgabenbetreuung kam es immer wieder zu Streitigkeiten, da Philipp seine Hausaufgaben nur sehr langsam und unter Druck verrichtete. Er war ein mittelmäßiger Schüler, innerhalb der Klassengemeinschaft sehr angepasst und unauffällig, mit einem festen ihn dominierenden Freund, aber ansonsten wenig Kontakt zur Klassengemeinschaft. Mitte der dritten Klasse nahmen die Auseinandersetzungen zwischen den Eltern so zu, dass es zum Auszug des Vaters in eine nahe gelegene Wohnung kam. Von hier aus besuchte der Vater Johannes sehr regelmäßig und übernahm auch weiter die Betreuung der Hausaufgaben, jedoch weigerte sich Philipp bei dem Vater zu übernachten. Ansonsten hatte er aus Sicht der Eltern die Trennung ohne psychische Auffälligkeiten bewältigt.

In den ersten zwei Jahren nach dem Übertritt auf die Realschule blieb Philipp weiterhin ein unauffälliger Außenseiter in seiner Klasse. Er pflegte in dieser Zeit außerhalb der Schule seine Beziehung zu seinem Freund. Ab der siebten Klasse kam es zunehmend zu Hänseleien durch andere Mitschüler, nachdem der Junge, der zuvor von der Klasse ausgegrenzt wurde, weggezogen war. In der achten Klasse kam es zu körperlichen Übergriffen durch zwei Schulkameraden, in deren Folge sich die Eltern bei den Lehrern beschwerten. Zu dieser Zeit wurde Philipp immer wieder vor der Schule schwindelig und er litt vermehrt unter Übelkeit, was zu einer verstärkten Suche nach möglichen somatischen Erkrankungen auf Seiten der Mutter führte. Die folgende Auseinandersetzung innerhalb der Klasse wie auch die Bestrafung der beiden Schüler erlebte Philipp als sehr peinlich und beschämend für sich, zumal beide Schüler in der Klasse angesehen waren. In der neunten Klasse kam es zu keinem körperlichen Übergriff mehr, jedoch fühlte sich Philipp in dieser Zeit von der Klassengemeinschaft isoliert. Während der Faschingsferien probierte er heimlich, zusammen mit seinem Freund, zu kiffen. Dabei wurde ihm sehr schwindelig und übel, woraufhin er eine Panikattacke entwickelte. Zu einer zweiten Panikattacke kam es kurz danach, als er in dem vollen Schulbus zur Schule fahren wollte. Ihm war vorher schon

schwindelig und ein wenig übel gewesen, was sich in der Enge des Busses verstärkte. Seitdem setzten Schwindel und Übelkeit ein, sobald er das Haus verlassen sollte. Es kam zu wochenlangen Fehlzeiten in der Schule, was auf Veranlassung eines Kinder- und Jugendpsychiaters zur Einleitung einer stationären, verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie führte.

### **Psychischer Befund**

Zum Zeitpunkt der Erstaufnahme kam Philipp auf seinen Wunsch hin zusammen mit der Mutter. Zuvor war der Vater vorstellig geworden, um mit mir die Möglichkeiten einer ambulanten Verhaltenstherapie zu besprechen. In diesem Zusammenhang kam es zum Austausch erster anamnestischer Informationen. Die Kontaktaufnahme zu Philipp in Anwesenheit seiner Mutter gestaltete sich mühsam, zumal er auf Antworten nur langsam und zögerlich, die Bestätigung der Mutter suchend, reagierte. Er selber überließ es meist der Mutter, von den Geschehnissen und seinem psychischen Zustand zu berichten. Affektiv stand ein ängstlicher und unsicherer Affekt im Vordergrund, er berichtete von einer starken Angst vor der Angst, obwohl er bereits wieder alleine öffentliche Räume betrat. Seine Gedanken kreisten zu diesem Zeitpunkt um den Schulbesuch, zumal er in Sorge war, sich durch eine erneute Panikattacke vor der neuen Klasse lächerlich zu machen. Insgesamt war Philipp sozial noch sehr zurückgezogen, er unternahm nur etwas auf Druck der Eltern, meist mit dem Vater oder der Mutter.

Vor allem im Rahmen des klinisch-stationären Aufenthaltes wurde Philipp von den Mitarbeitern als sehr angepasst, unsicher und misserfolgsorientiert wahrgenommen, jedoch motiviert, die Angst unter Kontrolle zu bekommen. Die somatischen Beschwerden nahmen deutlich vor den angstinduzierenden Situationen zu.

### **Verhaltensanalyse**

**Mikroanalyse:** Als die Panikattacken auslösende Situation kann der erstmalige, verbotene Konsum von Cannabis auf Veranlassung und Druck des einzigen Freundes von Philipp angenommen werden, auf den Philipp mit körperlich starkem Schwindel sowie Übelkeit reagierte und der in ihm eine massive Angstattacke auslöste. In deren Folge wurde die Mutter kontaktiert, die sich sofort um Philipp kümmerte, was zu einer Reduzierung der Angst führte. Andererseits reagierte sie auch mit massiven Vorwürfen, die in Philipp starke Schuldgefühle auslösten.

**Makroanalyse:** Vor dem Hintergrund der monatelangen Ausgrenzungserfahrung innerhalb der Klassengemeinschaft, auf die sowohl die Eltern wie auch die Lehrer sehr spät reagierten, nahm Philipp auf Veranlassung des Freundes hin Cannabis zu sich, obwohl er eigentlich nicht wollte, sich jedoch den Wünschen seines Gegenübers unterordnete (Primäre Emotion: Ärger, primärer Handlungsimpuls: Abgrenzung und den Freund selber ausprobieren lassen. Antizipierte Konsequenz: Dann verliere ich meinen einzigen Freund und bin dann ganz allein. Sekundäre Emotion: Philipp hat Angst, den Freund zu verlieren, und nimmt Cannabis zu sich.). Durch die Drogeneinwirkung erlebte er eine ihn beängstigende körperliche Veränderung, die auf körperlicher Ebene Schwindel und Übelkeit auslöste, auf emotionaler Ebene massive Ängste. Es kam durch die zwar beunruhigte, aber latent vorwurfsvolle Mutter zur Konsultation eines Arztes, der Mutter und Sohn beruhigte.

Nachdem Philipp nach den Ferien den ohnehin belastenden Schulbesuch wiederaufnahm, kam es im vollen Schulbus zu einem verstärkten Schwindel mit Übelkeit und zur erneuten Auslösung einer Panikattacke, in deren Folge die Mutter den Sohn von der Schule abholen musste, was Philipp als peinlich empfand. Über die Symptombildung und das ausgeprägte Vermeidungsverhalten konnte Philipp sein Bedürfnis nach Schutz aufrechterhalten.

**Überlebensregel:** Nur wenn ich mich selbst unsichtbar mache, immer nur das Richtige oder lieber gar nichts sage und tue und mich ganz und gar den Bedürfnissen und Erwartungen meiner Eltern bzw. meines Gegenübers anpasse, kann ich dafür sorgen, mich sicher und zugehörig zu fühlen, und verhindere es, zurückgewiesen und alleingelassen zu werden. Die Symptomatik wurde weiterhin dadurch verstärkt, dass Philipp mit dem Eintreten in die Pubertät und der altersgemäßen Sehnsucht nach sozialer Zugehörigkeit zu einer Peer-Group und Ablösung von zuhause in einen verstärkten Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt kam.

### Therapieziele

1. Therapieziel von Philipp: Kontrolle über sich selbst und das Leben wiedergelangen; sich in der Klassengemeinschaft einfinden und sich besser wehren können; mehrere Freunde finden und mit ihnen etwas unternehmen; ein ‚cooles Hobby‘ durchziehen, damit man ‚stolz‘ auf sich sein kann
2. Therapieziele der Mutter: Reduktion der Angstsymptomatik, damit Philipp den Schulbesuch wiederaufnehmen kann; Übernahme von Verantwortung für Hausaufgaben, schulische Leistungen und häusliche Pflichten; selbstsicheres Auftreten auch Gleichaltrigen gegenüber
3. Therapieziele des Vaters: Abbau der Angstsymptomatik sowie Rückfallprophylaxe, damit Philipp nicht längerfristig psychisch krank bleibt; Verbesserung der Vater-Sohn-Beziehung dadurch, dass Philipp mehr Interesse an den Kontakten mit dem Vater zeigt; Philipp soll selbstständiger werden und sich von der Mutter lösen

Gemeinsam wurden folgende therapeutischen Maßnahmen im Rahmen der Therapieplanung vereinbart:

- 1 Weiterführung der bereits stationär eingeleiteten Reizkonfrontation mit der anschließenden Reaktionsverhinderung zur weiteren Reduktion der Panikattacken und der agoraphobischen Symptomatik mit dem Ziel, die Angst als beherrschbar zu erleben und dadurch neue emotionale Erfahrungen zu machen. Es wurde mit Philipp dazu eine Hierarchie von angstausslösenden Situationen erarbeitet, damit er gleich nach dem stationären Aufenthalt das dort Gelernte anwenden und auf seinen persönlichen Lebenskontext generalisieren kann.
- 2 Weiterführung des in der Klinik begonnenen sozialen Kompetenztrainings durch Selbstbeobachtung, Rollenspiele und Verhaltensexperimente.
- 3 Begleitende Maßnahmen zur kognitiven Umstrukturierung dysfunktionaler Einstellungen und Bewertungen sozialer Situationen mit dem Ziel, Wahrnehmungsverzerrungen abzubauen und neue Perspektiven und Bewertungen aufzubauen.
- 4 Einsatz der familientherapeutischen Methode des Feeling-Seen mit dem Ziel einer therapeutischen Arbeit an den Emotionen:

- 4.1 Mit der Erarbeitung der Funktion der Symptombildung wurde Philipp und seinen Eltern vorgeschlagen, über den familientherapeutischen Zugang des Feeling-Seen die Selbststeuerungskompetenzen von Philipp im Umgang mit seinen Gefühlen zu fördern. Anhand von Beispielen aus dem Alltag sollte den Eltern nahegebracht werden, wie sie Philipp systematisch in der Mentalisierung seiner emotionalen Prozesse unterstützen könnten. Ziel der begleitenden Elternarbeit war es, den Eltern mit Hilfe des Feeling-Seen-Ansatzes zu helfen, sich besser in die Motive und Gefühle hineinzuversetzen, die den Verhaltensweisen ihres Sohnes zugrunde lagen, um ihn so besser „führend“ zu verstehen.
- 4.2 Prägende, von Philipp als dysregulierend und stressend erinnerte Interaktionserfahrungen sollten unter Verwendung von Imaginationstechniken (Antidotes) therapeutisch bearbeitet werden. Dazu sollten gemeinsam mit Philipp neue Interaktionen mit idealen Bezugspersonen entwickelt werden, die sich seiner erinnerten Bedarfslage und seinen erinnerten Erwartungen entsprechend verhalten hätten. Die szenische Inszenierung dieser Interaktionen im Therapieraum durch die Therapeutin sollte Philipp zu einer neuen interaktiven Erfahrung mit idealen Bezugspersonen in einer hypothetischen Vergangenheit verhelfen und in ihm ein Gefühl von Sicherheit entstehen lassen.

Nachdem sich die Eltern und Philipp damit einverstanden erklärten, wurden mit ihnen die Rahmenbedingungen für eine solche unmittelbar am gegenwärtigen Erleben des Klienten orientierte Zugangsweise besprochen (Videoaufnahmen, wenn möglich Anwesenheit jeweils eines Elternteils, zeitnahe Elterngespräche, die ebenfalls am unmittelbaren Erleben der Eltern ausgerichtet sind).

### **Therapiedurchführung**

Die Darstellung der verhaltenstherapeutischen Interventionen wird insgesamt kürzer gehalten, da davon ausgegangen wird, dass die Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Angstbehandlung hinlänglich bekannt ist. Somit liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung der familientherapeutischen Methode des Feeling-Seen.

### **1 Verhaltenstherapeutische Interventionen**

Trotz der starken Angst vor der Angst wurde auf den ausdrücklichen Wunsch Philipps die Exposition an den angstauslösenden Situationen weiter geübt. Im Rahmen eines gestuften Vorgehens wandte Philipp die in der Klinik gelernten Techniken an (positive Selbstinstruktion, Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Gegenwart, Abwarten, bis die Angst auf der Angstskala gegen null geht). Es wurde auf Wunsch von Philipp der Vater instruiert, in die Rolle eines Cotherapeuten zu gehen und, wenn nötig, bei den Übungen zu unterstützen. In Elterngesprächen wurde der Mutter die Möglichkeit gegeben, ihre Sorgen zu thematisieren, aber auch Möglichkeiten erarbeitet, die Sorgen gegenüber Philipp mehr bei sich zu behalten. Mit der Schulpsychologin und einem Sportlehrer wurde Kontakt aufgenommen, an die sich Philipp wenden konnte, sollte es zu einer Panikattacke in der Schule kommen. Über ein gestuftes Vorgehen konnte Philipp seine Erwartungsangst und seine vorausgehenden körperlichen Symptome mit den Schulbesuchen schrittweise abbauen, sodass er bis zu den Herbstferien ohne die Angst vor Panikattacken in die Schule gehen konnte. Mit dem Abbau von Panikattacken und der agoraphobischen

Symptomatik begann Philipp immer mehr seine sozialen Ängste zum Thema zu machen. Dem Wunsch, sich wehren zu können und keine Schwäche zu zeigen als Copingstrategie im Umgang mit Gleichaltrigen, stand die Angst, dadurch Gegenaggressionen auszulösen und die Zugehörigkeit zur Gruppe zu verlieren, gegenüber. Es wurden mit Philipp seine automatischen Gedanken in diesen Kontexten gesammelt wie „ich bin ein Schwächling“, „ich habe eh nichts zu bieten“, „ich mache mich doch nur lächerlich, wenn ich was sage“ usw. und in den verschiedenen, von ihm beschriebenen Kontexten sokratisch hinterfragt. Sie wurden auch im Hinblick auf die lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit den Bezugspersonen betrachtet und in ihren Folgen für die Gefühle und das Verhalten von Philipp durchgesprochen. Im Rahmen von Rollenspielen wurden zahlreiche als belastend erlebte Schulsituationen nachgespielt und auf Video aufgenommen. Dabei konnte Philipp für sich wahrnehmen, dass er keine Wut verspürt, wenn er gehänselt wird, sondern vornehmlich Angst. Er begann sich an zahlreiche, mit Angst besetzte schulische Situationen zu erinnern, in denen er nicht in der Lage war, sich zu wehren.

In diesem Zusammenhang wurde Philipp vorgeschlagen, diese belastenden Themen im Rahmen von Feeling-Seen zu bearbeiten und die Eltern dazu mit einzubeziehen. Aufgrund der immer noch vorhandenen Spannungen zwischen den Eltern entschied sich Philipp, zuerst die Mutter miteinzubeziehen.

## **2 Die Methode des Feeling-Seen**

### **2.1 Emotive Gesprächsführung**

Während Philipp oder seine Eltern von dem Erlebten berichteten, wurde sehr genau auf die beobachtbaren affektiven Reaktionen geachtet, die das Dargestellte und Erinerte auslöste. Dies wurde dann unmittelbar mit dem Kontext, in dem diese Gefühle auftraten, zurückgemeldet. Philipp, der außer in der Wahrnehmung der Angst nur einen sehr unsicher-vermeidenden, zum Teil gar keinen Kontakt zu anderen Gefühlen hatte, holte sich immer wieder die visuelle Rückversicherung bei seiner Mutter, bevor er mir bestätigte, ob er ein Gefühl von Unruhe, Besorgnis etc. in sich fühlt, wenn er an etwas Bestimmtes dachte:

So drückten seine Augen Traurigkeit aus, während er davon redete, in der Klasse keinen Freund zu haben. Nachdem ich ihn fragte, was er dabei fühle, wenn er daran denke, schaute er seine Mutter unsicher an, was ich aufgriff, um ihm und der Mutter die Funktion dieses Verhaltens bewusst zu machen. Im Verlauf machte ich ihm den Vorschlag, ob das ein Gefühl von Traurigkeit sein könnte, was ja entstehen kann, wenn er sich nach einem Freund sehnt, aber keinen Freund in der Klasse hat. Nachdem er das zögerlich bejahte, drückte sein gesamter Körper eine starke Spannung und Unruhe aus, sodass das auch benannt wurde und er selber mentalisierte, dass es ihm sehr unangenehm war, diese Traurigkeit zu fühlen, und er währenddessen Angst zu verspüren begann.

Im Rahmen der emotiven Gesprächsführung wurden seine ihm wenig bewussten Gefühle kontinuierlich sprachlich benannt, was dazu führte, dass er seine Gefühle selber immer besser fühlend benennen und damit mentalisieren konnte, ohne sich dabei im Außen absichern zu müssen.

### **2.2 Das Microtracking**

Über die Technik des Microtracking wurde es Philipp ermöglicht, in Anwesenheit des jeweiligen Elternteils durch die Wahrnehmung der beobachtbaren Affekte und des sie

auslösenden Kontextes schrittweise „diejenigen Erinnerungen an die Interaktionspartner aufzuspüren, die prägend für die Entwicklung des dysfunktionalen Musters sind“ (Bachg, 2006, S. 283). Das stellte bei Philipp vor allen Erinnerungen an mangelnde Beantwortung der Grundbedürfnisse nach Schutz und Unterstützung durch die Eltern dar.

Dabei erinnerte sich Philipp zuerst die auf einer Zeitachse näherliegenden Ausgrenzungssituationen in der Schule. So stellte sich sofort ein massives Schamgefühl ein bei der Erinnerung an die öffentliche Bestrafung der beiden ausgrenzenden Mitschüler durch die Klassenlehrerin oder ein Gefühl von Bedrohung bei der Erinnerung an die körperlichen Übergriffe der beiden Schüler. Im weiteren Verlauf der Feeling-Seen-Sitzungen näherte sich Philipp an die zentralen historischen Szenen mit seinen Bezugspersonen.

Weiterhin konnten über diese Methode die Folgen von nicht ausgefüllten Rollen im familiären Bezugssystem für Philipp erarbeitet werden. Damit ist gemeint, dass Philipp die Defizite und den Mangel der Eltern mitfühlt (Mutter, die keinen Schutz und keine Anerkennung durch ihre Eltern erfahren hat, Vater, der immer wieder an Depressionen erkrankt ist und deshalb plötzlich für Wochen ins Krankenhaus geht). Der Mangel der Eltern löste in ihm Mitgefühl aus und das Bedürfnis zu helfen, was dazu führte, dass er sich unsichtbar machte, nicht zur Last fallen wollte und sich den Erwartungen der Eltern anpasste. Im Rahmen einer Feeling-Seen-Arbeit wurde dies dem Jugendlichen, aber auch den anwesenden Eltern ins Bewusstsein gebracht, was unter anderem selbstreflexive Prozesse sowohl bei Philipp als auch bei dem Vater in Gang setzte. Dies wurde noch durch die Methode des Teachings verstärkt, bei der der Therapeut den gerade ablaufenden therapeutischen Prozess wie auch einzelne therapeutische Schritte passend erklärt.

### **2.3 Entwicklung neuer Repräsentanzen durch Antidotes**

Durch das möglichst präzise Benennen der Gefühle und der dazugehörigen Kontexte wurde therapeutisch die Technik der Antidote-Bildung vorbereitet, die eine interaktive Neuerfahrung auf einer symbolischen Ebene ermöglichte.

So wurden im Zusammenhang mit der Erinnerung an die reale Klassenlehrerin, die die beiden Mitschüler vor der ganzen Klasse ausschimpfte und ihnen einen Verweis erteilte, mit Philipp eine ideale Lehrerin entwickelt, sprich eine Lehrerin, die es in seinem Sinne richtig gemacht hätte. Dadurch wurde es Philipp ermöglicht, eine Idee von einer passenden Interaktion zu entwickeln, die in diesem Fall mit einer Lehrerin gewesen wäre, die, bevor sie etwas unternommen hätte, mit ihm gesprochen hätte und niemals etwas über seinen Kopf hinweg entschieden hätte. Oder in Bezug auf die Mitschüler ideale Mitschüler, die niemals darüber gelacht hätten, wenn jemand ausgegrenzt würde, sondern eingegriffen hätten. Indem so eine ideale Interaktion in Szene gesetzt wurde, begann Philipp zu fühlen, wie er sich mit solch idealen Interaktionspartnern gefühlt hätte. Das Gefühl „richtig zu sein“ durch die passende Beantwortung wurde erfahrbar gemacht, was die Voraussetzung der Bildung neuer innerer Repräsentanzen darstellt.

Bezogen auf die elterlichen Repräsentanzen kam Philipp in das Erleben, wie es sich angefühlt hätte, von gesunden, genährten Eltern in seinen Bedürfnissen nach Schutz und Unterstützung beantwortet zu werden, und wie ein Aufwachsen mit Eltern gewesen wäre, die respektvoll miteinander umgegangen wären und ihm so die Möglichkeit gegeben hätten, sich wahrgenommen und sicher zu fühlen. Philipp konnte diese symbolische Neuerfahrung machen, nachdem er seine das jeweilige Elternteil stabilisierende Rolle abgab, dadurch in Kontakt mit seiner Bedürftigkeit und seinen Gefühlen kam und zuvor

vermiedene Gefühle von Wut und Traurigkeit wahrnehmen und schrittweise integrieren konnte. Es kam zur Abnahme der im hohen Maße als belastend erlebten emotionalen Unsicherheit in Beziehungen zu Gleichaltrigen und auch Erwachsenen. Zudem verspürte Philipp zunehmend wütende Impulse bei übergriffigem Verhalten seines Gegenübers. Weiterhin konnte sich Philipp sowohl von der Bedürftigkeit der Mutter besser abgrenzen wie auch von den immer wieder auftretenden Streitigkeiten der Eltern.

### **3. Elternarbeit**

Aufgrund der immer noch belasteten Beziehung der Eltern wurde die Elternarbeit mit jedem Elternteil einzeln durchgeführt.

#### **3.1 Mutter**

Informiert darüber, dass die Mutter die gemeinsame Elternarbeit in der Klinik abgebrochen hatte, wurde von Anfang an besonders auf die Wahrnehmung der Gefühle und der zugrundeliegenden Bedürfnisse der Mutter im Feeling-Seen-Kontext geachtet. Ziel sollte dabei sein, die Mutter dabei zu unterstützen, den therapeutischen Prozess von Philipp zuzulassen und altersangemessene, interaktive Neuerfahrungen wie daraus resultierende Veränderungen zu tolerieren. Dabei stellten sich die gemeinsamen Feeling-Seen-Sitzungen mit Philipp als so selbstwertverletzend und damit bedrohlich heraus, dass in Absprache mit Philipp und seiner Mutter keine gemeinsamen Sitzungen mehr stattfinden sollten. Es wurde vereinbart, dass die Mutter in größeren, regelmäßigen Abständen alleine zu einem Elterngespräch kommen sollte. Hier wurde ihr das interaktive Entwicklungsmodell von Feeling-Seen vermittelt, insbesondere das Wissen um die Beantwortung der zentralen Entwicklungsbedürfnisse. In diesem Rahmen konnte sie auch Fragen zur methodischen Vorgehensweise des Feeling-Seen stellen. Es wurden im Verlauf der Therapie immer wieder fortlaufend Teaching-Einheiten integriert, wenn die Mutter mit Unverständnis auf den therapeutischen Prozess reagierte. Sie konnte dadurch die Veränderungen in Bezug auf die Vater-Sohn-Beziehung im letzten Drittel der Therapie deutlich besser kognitiv einordnen. Des Weiteren wurde der Mutter eine therapeutische Beziehung zur Verfügung gestellt, in der sie sich selber über die emotive Gesprächsführung und das Microtracking auf Augenhöhe wahrgenommen fühlte. Dies machte es möglich, dass sie Philipp seinen therapeutischen Möglichkeitsraum zur Verfügung stellen und auch seine Veränderungen zulassen konnte.

#### **3.2 Der Vater**

In Absprache mit Philipp und seinem Vater wurden gemeinsame Feeling-Seen-Sitzungen mit Philipp in Anwesenheit des Vaters gemacht, wie ein- bis zweiwöchentlich darauf folgende therapeutische Elternsitzungen.

Durch die Anwesenheit während der Feeling-Seen-Sitzungen wurde es dem Vater möglich, mitzufühlen und zu mentalisieren, wie der Mangel an körperlicher und geistiger Präsenz und der abrupte, oft tage- und wochenlange Beziehungsabbruch dazu geführt hatten, dass Philipp sich bereits im frühen Kindesalter aus der Beziehung zum Vater zurückzog. Der Vater verstand, dass sein eigener, oft sprachloser sozialer Rückzug aus der Welt und damit aus der Beziehung zu seinem Kind den fast vollständigen Rückzug des Kindes aus der Interaktion mit ihm zur Folge hatte und zu einem festen, bis in die Gegenwart andauernden Verhaltensmuster wurde. Es war ihm möglich nachzuvollziehen, dass auch die mangelnde



Wahrnehmung von Philipps Gefühlen in seinen Auseinandersetzungen mit seiner Frau nachhaltig zur existenziellen Unsicherheit in interaktiven Kontexten geführt hatte. Das von ihm neu entwickelte Mitgefühl und Verständnis ermöglichte es Philipp, erstmals zu fühlen, wie es sich anfühlt, von einem Vater wahrgenommen und gefühlt zu werden. Das löste einerseits ein Gefühl der Erleichterung und Freude aus, andererseits aber auch eine tiefe Trauer darüber, was ihm alles gefehlt hatte (relief-grief-cycle). Damit wurde es dem Vater immer mehr möglich, die Perspektive seines Sohnes fühlend wahrzunehmen, sodass es zu einer deutlichen Verbesserung seines reflexiven Empathievermögens kam. Im Rahmen der therapeutischen Feeling-Seen-Elternarbeit hatte der Vater die Möglichkeit, seine Fragen, Wahrnehmungen, Erinnerungen und Gefühle zum Thema zu machen, die während der Sitzung mit dem Sohn aufgetaucht waren. Es wurde ebenfalls über eine emotive Gesprächsführung, über das Microtracking und die Formulierung von Antidotes der eigene erlebte Mangel an passender Beantwortung durch elterliche Bezugspersonen bearbeitet. Damit wurden ebenfalls interaktive Neuerfahrungen möglich, die dem Vater halfen, zwischen seiner Geschichte und der aktuellen Gegenwart seines Sohnes zu differenzieren („mein Sohn soll niemals von seinem Vater verlassen werden“) und diese voneinander getrennt wahrzunehmen.

### **Zusammenfassung**

Im insgesamt 1 ½-jährigen Therapieverlauf kam es zu einer vollständigen Remission der Panikattacken mit Agoraphobie, die soziale Ängstlichkeit hatte deutlich nachgelassen. Philipp fand sich schrittweise in die Klasse ein und fühlte sich in der Klasse wohl. Er freundete sich auf seine Initiative hin mit einigen Jugendlichen an, mit denen er sich inzwischen auch außerhalb der Schule zu gemeinsamen Unternehmungen verabredete, seine eigenen Ideen und Wünsche in die Freizeitplanung mit einbrachte, sich auch auf Diskussionen einließ und sprachlich ausdrückte, wenn er sich ärgerte.

Philipp konnte bei der Entwicklung der Mentalisierung seiner Wut deutliche Fortschritte erzielen. So war es ihm im Verlauf der Therapie zunehmend möglich, seine Wut zu spüren, sie als Wut zu erkennen, sie sprachlich zu formulieren und seinem Gegenüber zum Ausdruck zu bringen. Auch Gefühle wie Traurigkeit und Scham konnten gefühlt, benannt und angstfrei zum Ausdruck gebracht werden. Dass er seine mentalisierte Wut und den damit verbundenen Handlungsimpuls noch nicht der Situation und seinem Gegenüber entsprechend modulieren kann, er in Wortwahl und Lautstärke noch etwas überschießend, erregt oder linkisch reagiert, hat er sicherlich mit vielen anderen Jugendlichen seines Alters gemeinsam.

Damit wird deutlich, dass Philipp mehr bei sich und seinem mentalisierten Affekt bleiben kann und sich in seinem Verhalten nicht mehr automatisiert durch die angstinduzierte antizipierte Konsequenz, nämlich alleine zu sein, lenken lassen muss.

Die Auseinandersetzungen mit der Mutter nahmen mit den wachsenden Autonomiebestrebungen und der verbesserten Gefühlswahrnehmung zu und stellten im Verlauf ein wiederkehrendes, mitunter belastendes Thema dar, was aber nicht dazu führte, dass Philipp sich einschränken ließ. Auch blieb die Mutter innerhalb des therapeutischen Kontaktes und schloss die Möglichkeit, selber Therapie zu machen, nicht mehr kategorisch aus.

Im Vergleich zur Ausgangslage hatte der Junge am Ende der Therapie eine vertiefte Beziehung zu seinem Vater aufgebaut. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass er selber versuchte, mehr Zeit mit ihm zu verbringen bzw. sich mehr bei ihm aufzuhalten.

Somit lässt sich aus dem äußeren, beobachtbaren Verhalten in Bezug auf den Vater und die Peergroup schließen, dass Philipp seine interaktiven Fähigkeiten dahingehend verbessern konnte, dass er zwischenmenschliche Beziehungen nicht mehr über Anpassung und Vermeidung automatisiert kontrollieren muss, sondern Interaktionen auf der Basis seiner verbesserten Fähigkeit, sich selbst affektiv regulieren zu können, selbstbestimmter und erfolgreicher mitgestaltet.

## KASUISTIK 2

Die Anwendung und Integration von Feeling-Seen als familientherapeutische Ergänzung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit einem 9-jährigen Mädchen

*Von Stefanie Grüter*

Die damals 9-jährige Melissa wird im Sommer 2012 durch ihre Pfl-Mutter bei mir angemeldet, sie lebe seit 2,5 Jahren als Pflegekind in ihrer Familie. Im Jahr 2011 sei sie bereits 10 Monate verhaltenstherapeutisch behandelt worden. Als Diagnose war eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) gestellt worden aufgrund anhaltender Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung in ihrer Herkunftsfamilie über einen lang anhaltenden Zeitraum. Melissa habe von klein auf massive Gewalterfahrungen und sexuelle Handlungen zwischen ihrer Mutter und ihrem Stiefvater sowie wechselnden Männern beobachtet, beide Elternteile seien alkoholabhängig und äußerst instabil gewesen. Über den leiblichen Vater gibt es keine Informationen. Es wird vermutet, dass auch Melissa gewalttätige Übergriffe erlebt hat. Als sie in die Pfl-Familie gekommen sei, litt sie unter Albträumen, an Ein- und Durchschlafstörungen, vermied Kontakt zu den Pfl-Eltern, wenn beide zusammen im Raum waren. Sie konnte sich in der Schule nicht konzentrieren und nicht in der Klassengemeinschaft einfinden und wollte immer bestimmen. Im Mittelpunkt der verhaltenstherapeutischen Behandlung stand die Vermittlung von Copingstrategien, um die massive Überflutung von Ängsten zu reduzieren. Das Vermitteln von stressreduzierenden Techniken wie Entspannungs- und Atemübungen sowie das konkrete Erproben im Alltag konnte Melissa ganz gut annehmen und besonders in der Schule für sich nutzen. Melissa wiederholte die erste Klasse und erfuhr eine enge Anbindung an ihre Klassenlehrerin und eine gelingende Kooperation zwischen Schule und Pfl-Eltern. In begleitenden Elterngesprächen wurde dieser Prozess unterstützt. Die Identifizierung ihrer Gedanken und die damit verbundenen Attributionen, die im Zusammenhang mit den traumatischen Erlebnissen standen, konnte das Kind nicht zulassen, vermied Gespräche, die in diese Richtung gingen, dissoziierte, wenn die Therapeutin sie darauf ansprach, und versuchte, im Anschluss an solche Sitzungen die Therapeutin und Pfl-Eltern gegeneinander auszuspielen. Ein behutsames Aufarbeiten des Erlebten war zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich und somit auch keine Modifikation von belastenden Attributionen, die auf ihre Erfahrungen zurückzuführen waren. Der behandelnde Kinderarzt empfahl eine Therapiepause und eine erneute Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt, die dann tiefenpsychologisch ausgerichtet sein und überwiegend im

Beisein eines oder beider Pfl-Elternteile stattfinden sollte, sodass sie den Therapieprozess miterleben und unterstützen könnten.

Nun erwarte sie, die Pfl-Mutter, im Spätherbst ihr zweites eigenes Kind und Melissa sei vor einigen Wochen darüber informiert worden. Bis zu dem Zeitpunkt habe sie sich weitestgehend angepasst in der Familie verhalten. Jetzt reagiere sie extrem eifersüchtig, streite mit dem 2. Pflegekind, Joschua (-3), leicht entwicklungsverzögert, der seit 1,5 Jahren in der Familie lebe, und quäle ihren ersten eigenen Sohn Paul (-5), indem sie ihn kneife oder schlage oder versuche, ihn einzusperren. Sie rivalisiere stark mit den beiden Kindern. Das Familienleben habe sich stark verändert, die Atmosphäre sei oft unerträglich. Melissa müsse neuerdings ständig unter Aufsicht stehen, damit die beiden Kinder vor ihren Attacken geschützt wären. Sie halte sich an keine Absprachen, komme regelmäßig zu spät von der nahegelegenen Grundschule, verlasse häufig, ohne zu fragen, das Grundstück und laufe weg. Große Sorge bereite ihr, dass sie so massiv gegen die anderen Kinder vorgehe, neuerdings auch in der Schule gegen ihre Mitschüler/innen.

### **Lebensgeschichtliche Entwicklung**

Melissa wird in eine Familie hineingeboren, in der eine gewaltbereite, stark sexualisierte Atmosphäre herrscht. Der Stiefvater ist bereits in der SS neuer Partner der Mutter und ist im Erleben des Mädchens an Vaters statt. Zwei jüngere Schwestern (- 1,1 Jahre und -2,3 Jahre). Immer häufiger eskaliert die häusliche Situation. Die Mutter flüchtet regelmäßig zu einer Tante, die in unmittelbarer Nachbarschaft lebt und zwischenzeitlich die Kinder versorgt. Melissa selber berichtet, dass sie mit den kleinen Geschwistern auch oft dorthin gelaufen sei, wenn sie zu Hause Angst oder Hunger gehabt habe. Nach Alkoholexzessen, sexuellen Orgien und einer augenscheinlich schlechten hygienischen wie auch gesundheitlichen und ernährungsrelevanten Versorgung der Kinder wird der Mutter das Sorgerecht entzogen. Melissa lebt für einige Monate in einer Einrichtung und kommt mit 6,5 Jahren zu ihrer neuen Pfl-Familie. Höchstens zwei Mal im Jahr finden begleitete Kontakte mit beiden El-Teilen im Jugendamt statt. Die Mutter erscheint nur unregelmäßig. Die Geschwisterkinder werden getrennt in verschiedenen Pfl-Familien untergebracht. Es besteht kein Kontakt. Melissa galt bei Herausnahme aus der Familie als bindungsgestört und hoch belastet, sodass sie in einer Pfl-Familie mit sogenannter Erziehungserfahrung eingebunden wird. Vorgesehen war auch der Besuch einer Förderschule. In der Pfl-Familie lernte sie so zügig und holte die Defizite in 1,5 Jahren auf. Sie wiederholte die erste Klasse, galt als freundlich und angepasst. Die Grundschule war eine kleine, einzügige Schule und begünstigte den Prozess. Schnell entwickelte sie sich zu einem lernfreudigen und interessierten Kind. Der Kontakt zu gleichaltrigen Kindern gestaltet sich überwiegend schwierig, weil Melissa immer Oberhand behalten möchte und führen will. Gelingt ihr das nicht, petzt sie oder erfindet Lügengeschichten. Im häuslichen Bereich dominiert und drangsaliert sie die jüngeren Geschwister, sodass stets jemand die Kinder unterstützen muss. Ihre Selbsteinschätzung ist schlecht. Strukturen und Regeln versucht sie geschickt zu unterwandern. Sie ist motorisch sehr geschickt, hat eine schöne Handschrift und malt gerne. Sie ist musisch und sportlich begabt, verfügt über einen guten Wortschatz und liest viel. Ihr Sozialverhalten weist große Mängel auf, ihr Arbeitsverhalten genügt den Anforderungen nur, wenn sie beaufsichtigt wird, ansonsten lässt sie sich sofort ablenken und ist an digitalen Medien sowie Handys mehr interessiert. Sie ist ein gesundes und körperlich vitales Mädchen. Schulisch bereitet ihr nur das Fach

Mathematik gelegentlich Probleme. Es liegt aber keine krankheitswertige Abweichung vor. Über ihre kindliche Entwicklung in den ersten 6 Lebensjahren ist der Pfl-Familie wenig bekannt. Es existieren keine Informationen über den leiblichen Vater. Die leibliche Mutter ist heute 35 Jahre alt, hat eine eigene kleine Wohnung in einer Stadt in Brandenburg. Sie bewegt sich regelmäßig im Nichtsesshaftenmilieu, Prostitution wird vermutet. Der Stiefvater, 38 Jahre alt, Gelegenheitsarbeiter, Alkoholprobleme, lebt in der gleichen Stadt in eigener Wohnung.

Die Pfl-Familie lebt in einem anderen Bundesland in ländlicher Umgebung in eigenem Haus mit viel Platz. Die Pfl-Mutter, 36 Jahre, Kinderkrankenschwester, früher beschäftigt in einem Wohnheim für geistig und körperlich behinderte junge Menschen, zurzeit nicht außerhalb der Familie berufstätig. Pfl-Vater, 39 Jahre, Intensivpfleger in Vollzeit in einem Krankenhaus beschäftigt. In der Familie leben bis heute die beiden leiblichen Kinder Paul und Hannah, die im November 2012 geboren wird (-9,5 Jahre), sowie Melissa und Joschua als Pfl-Kinder. Stundenweise hilft eine Haushaltskraft in der Familie mit und eine pensionierte Lehrerin betreut bis heute die Schularbeiten von Melissa im Fach Mathematik.

### **Psychischer Befund**

Melissa kommt zur ersten Stunde mit der Pfl-Mutter und dem Pfl-Vater. Sie ist freundlich und interessiert, sie macht einen offenen und sympathischen Eindruck. Und es gefällt ihr, die Aufmerksamkeit von 3 Erwachsenen zu haben. Deutlich zeigt sie ihre Gesprächsbereitschaft. Auf die Ankündigung der bevorstehenden Geburt eines weiteren Familienmitglieds durch die Pfl-Mutter reagiert sie mit Panik und körperlicher Unruhe. Es beschäftigt sie sehr, was dann wird, wenn das Baby erst einmal da ist, ob sie dann noch wirklich zur Familie gehört, ob sie ihr Zimmer behalten darf, ob die Pfl-Eltern noch Zeit haben werden und vieles mehr. Immer wieder benenne ich ihre Gefühle, die während ihrer Schilderungen sichtbar werden, und bringe sie mit dem, was sie erzählt, in Verbindung und benenne ihre Sehnsucht, wissen zu wollen, was nach der Geburt sein wird und wie bedeutsam das für sie ist, um sich sicher und zugehörig fühlen zu können. Melissa lässt sich erstaunlich schnell auf mein Vorgehen und das wiederholte Einsetzen der Methode „Feeling-Seen“ (Bachg, 2010), die ich weiter unten näher beschreibe, ein. Wir überlegen gemeinsam, woher sie diese Gefühle von Unsicherheit, Verwirrung und Panik kennt. Zu Anfang reagiert sie mit Abwehr, Rückzug und Vermeidung auf solche Fragen, lässt aber Erklärungen von meiner Seite zu. In einer späteren Stunde berichtet sie dann von den Alkoholexzessen und gewalttätigen Ausbrüchen des Stiefvaters, die zu großer Hilflosigkeit und Panik in ihr geführt haben. Wir erarbeiten in vielen Facetten, was sie als kleines Mädchen gebraucht hätte, wenn es für sie einen Papa gegeben hätte, der nicht alkoholkrank gewesen wäre, sondern gesund und friedfertig. Dabei wird deutlich, wie sehr sie als kleines Mädchen mit überbordenden Gefühlen überschwemmt worden ist und wie sehr ihr Schutz und haltgebende Erfahrungen gefehlt haben. Nach und nach erhalte ich Einblick in ihren Alltag und in die Zusammenhänge zwischen ihren Erfahrungen in der Herkunftsfamilie und ihrem tatsächlichen Verhalten, das sie heute zeigt. Immer deutlicher tritt ihr Bedürfnis nach Struktur, Sicherheit und Beständigkeit in den Vordergrund. So entwickelt Melissa nach und nach zu vielen nicht gelungenen Beziehungserfahrungen mit ihren leiblichen Eltern verbesserte symbolisch konstruierte Erfahrungen mit erfundenen Eltern, die es richtig gemacht hätten im richtigen Kontext und in der richtigen Zeit. Sie

bestätigt, wie stimmig sie diese Möglichkeiten erlebt, die sie gleichzeitig zutiefst berühren, weil sie sie in Kontakt bringen mit ihrer Sehnsucht und sie spüren lassen, wie sehr ihr diese Möglichkeiten gefehlt haben. Ich erkläre ihr in kleinen Schritten, dass Kinder manchmal machen, was sie wollen, als ihre Überlebensstrategie, wenn es ansonsten keinen Halt gab. Melissa kann sich erstaunlich gut auf diese emotional introspektiven Vorgehensweisen einlassen und ist in der Lage zu mentalisieren. In manchen Stunden habe ich das Gefühl, sie saugt jedes Wort auf, durch das sie ihr Erleben und Verhalten erklärt bekommt. Oft ist sie ganz verzweifelt, dass der Prozess der Veränderung im Alltag so mühsam ist und sie immer wieder in ihre alten Muster tappt. Auch ich erlebe Gegenübertragungsgefühle und schwanke zwischen großem Verständnis, tiefstem Mitgefühl und Wärme für Melissa bei immer wiederkehrenden Frustrationsgefühlen, wenn sich der Erfolg nur langsam einstellt, und rufe mich immer wieder zu viel Geduld auf. Ich mag Melissa gerne, erlebe aber auch Insuffizienzgefühle und muss mich immer wieder in einen guten Abstand zu ihr bringen. Da sie so sehr auf die Unterstützung und gute Rahmung in der Pfl-Familie angewiesen ist und es sich auch in ihrer Klasse gezeigt hat, wie schnell Melissa versucht zu manipulieren, wenn sie auf sich angewiesen ist, vereinbare ich mit den Pfl-Eltern und ihr zusammen, dass nach Möglichkeit immer ein Elternteil als wohlwollender Begleiter bei den Sitzungen dabei ist, um mitzubekommen, womit Melissa beschäftigt ist und was sie braucht, um sich emotional gut zu entwickeln. Gegen Ende der Stunden binde ich die Pfl-Mutter immer noch einmal ein und frage sie, wie es für sie war, was sie verstanden hat. Für Melissa hat sich dadurch ein enorm wichtiger Prozess entwickelt, durch den sie sich selbst und ihr Verhalten besser versteht und in ihrem Erleben mehr Orientierung erfährt. Wir vereinbaren einen 14-tägigen Rhythmus, der Melissa Zeit gibt, die Erfahrungen in den Stunden zu verarbeiten. Mit großem Engagement kommt sie zu den Stunden und hat oft von sich aus etwas aus ihrem Alltag zu besprechen. Die Pfl-Mutter berichtet, dass sie durch diese beobachtende Rolle ganz viel von der Qual und Angst des Mädchens verstanden habe und sich bei all der Problematik nicht mehr so angegriffen fühle. Sie habe so viele Handlungsalternativen mitbekommen, mehr Sicherheit erlangt und ein viel größeres Verständnis für das Kind entwickeln können. Dafür sei sie sehr dankbar. Dennoch verändern sich die alltäglichen Konfliktsituationen nur langsam und nur mit großem Einsatz der Familie. In ergänzenden Elterngesprächen weise ich deutlich auf die frühen bindungsrelevanten Erfahrungen von Melissa in den ersten Lebensjahren hin, die von gravierenden Defiziten und massiver Gewalt geprägt sind und die Seele des Kindes in besonders schwerem Maße verletzt haben, was dazu geführt hat, dass Melissa stets wieder auf omnipotentes Verhalten zurückgreift als die ihr eigene Anpassungs- und Überlebensstrategie. Die Pfl-Eltern sind sehr kooperativ. Besonders in der neuen Schule beim Übergang in die 5. Klasse traten die oben beschriebenen Konflikte bereits nach 3 Wochen auf. Schnell gelang es uns, die Klassenlehrerin einzubinden, sodass jeden Freitag eine kurze Abschlussbesprechung mit Pfl-Eltern, Melissa und Lehrerin stattfindet, die dem Kind Orientierung und Sicherheit gibt.

Als Abwehrmechanismen des Kindes sind Verleugnung von emotional Unvereinbarem, Affektisolierung, Verschiebung der Aggressionen auf soziale Situationen und Omnipotenzfantasien zu erkennen.

## **Psychodynamik und Konfliktinhalt**

Im bisherigen Therapieprozess ist das hohe Maß narzisstischer Labilität von Melissa deutlich geworden. Ein narzisstisches Gleichgewicht, das aus der sicheren Bindung zu den primären Objekten – den Eltern – resultiert, die dem Kind ein Gefühl von Besonderheit und Wert geben, zunächst ganz konkret, später symbolisch, sodass ein grundlegendes Sicherheitsgefühl verinnerlicht werden kann, hat Melissa nicht aufbauen können. Eine Kontinuität in der Erfüllung der Grundbedürfnisse nach einem sicheren Platz, Ernährung, Unterstützung, Schutz und Begrenzung wurden durch die Instabilität der Mutter, die Gewaltbereitschaft des Stiefvaters und die fehlende Übernahme an Verantwortung für das Kind nicht gewährleistet. Es ist zu vermuten, dass Melissa bereits von Geburt an von Gefühlen der Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht überschwemmt wurde. Als Folge zeigt sich bis heute eine daraus abzuleitende Orientierungslosigkeit, die sie nach ihren Möglichkeiten versucht zu bewältigen und ihr eigenes Selbst erhöht. Ihre leibliche Mutter stand ihr in ungenügender Weise zur Verfügung, hinzu kamen Gewalterfahrungen und vermuteter Missbrauch. Ihr Bindungsvermögen ist massiv gestört. Das Kind zeigt im häuslichen Kontext Belastungsreaktionen in Form von Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Schreikrämpfen, die Hinweise auf ihre Bewältigungsmechanismen geben. Die Pfl-Eltern sind in diesem System Stellvertreter, die die regressive Symptomatik des Kindes nach einer anfänglichen Anpassungszeit immer wieder miterleben und deren Wirkung abbekommen. Die sehr frühe Frustration ihres kindlichen Bedürfnisses nach Geliebtwerden, Versorgung, Sicherheit und Anerkennung durch ihre leibliche Mutter sowie die Gewalterfahrungen unter den Eltern und gegen das Kind sind bedeutsam für die Entstehung einer unsicheren Bindung und der einhergehenden sozialen Ängstlichkeit und bedingen eine Störung der Selbstwertregulation bei Melissa. Das verinnerlichte Beziehungschaos ist Ausdruck ihrer Internalisierung der interpersonellen Interaktionsmuster der ersten Lebensjahre.

## **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs**

Ihrem Entwicklungsalter entsprechend habe ich stets ihre Erlebenswirklichkeit in den Blick genommen, um unbewusste Prozesse und ihre Bedeutung deutlich machen zu können. Ihre Art der Beziehungsgestaltung, die Muster in den Interaktionen haben wir genutzt, um ihre Gefühle, die damit verbunden waren, in ihr bewusst zu machen und die dahinterliegende Sehnsucht zu verstehen. Unbewusste Prozesse wurden insoweit bearbeitet, als ich Melissa helfen konnte, ihre Gefühle wahrzunehmen und im Zusammenhang mit dem jeweiligen Kontext vor dem Hintergrund ihrer erlebten Vergangenheit zu benennen. Dabei konnten wir neben einem Teil der nicht gelungenen Beziehungserfahrungen aus ihrer frühen Kindheit, an die sich Melissa erinnerte oder die sie ansprach, symbolisch konstruierte gelingende Erfahrungen stellen, die sie als richtig und passend empfand, und somit dazu beitragen, dass verbesserte Möglichkeiten im Erleben im Gehirn des Kindes abgespeichert wurden, die ein wertvoller Beitrag sein können, um das „wahre Selbst“ – Ich bin richtig, so wie ich bin! – zu entwickeln. Da Melissa erst 9 Jahre alt war, bestand und besteht auch heute noch durchaus die Möglichkeit, viele korrigierende Erfahrungen in ihrer Kindheit im richtigen Kontext, mit den richtigen Personen zur richtigen Zeit zu machen.

Die Anstrengungen von Melissa zur Regulierung des Selbstwertgefühls waren anfangs übermäßig stark, in besonderer Weise erfolglos und deutlich konflikthaft. In der Pfl-

Familie und auch in der Schule gab es unkontrollierbare Wutausbrüche, Zerstörung von Gegenständen. Verbal-aggressives Verhalten richtete sich gegen Geschwister und Mitschüler, die für das Scheitern von Melissa verantwortlich gemacht wurden. Innerhalb der Pfl-Familie hat eine Verbesserung eingesetzt, die Wutausbrüche werden weniger, dissoziative Zustände nach Konflikten oder nach Berührung kommen gar nicht mehr vor. Wenn Melissa früher im Auto einmal einschlief und von den Pfl-Eltern ins Haus getragen wurde und die Pfl-Mutter sie ausziehen wollte, um ihr zu helfen, ins Bett zu kommen, schrie und schlug sie in ihrem verschlafenen Zustand wild um sich. Mittlerweile kann Melissa leichter jemanden an sich heranlassen, um über ihre Gefühle zu sprechen, die sie in Situationen, in denen sie sich überfordert oder alleingelassen fühlt, überrollen. Die Pfl-Eltern beachten sehr aufmerksam, ob Melissa bei vollem Bewusstsein ist, wenn sie körperlichen Kontakt herstellen, und gehen sehr respektvoll mit ihr um. Melissa lernt langsam, dass sie sich steuern darf und ein Bewusstsein dafür entwickeln kann, wie sich Kontakt – auch körperlicher Kontakt – richtig anfühlt. Um in der Schule eine dauerhafte Stabilisierung herbeizuführen, erhält Melissa überschaubarere Beziehungsangebote, begleitet durch die Lehrer.

Die Beziehungsgestaltung zwischen Pfl-Mutter und Melissa hat sich deutlich entspannt. Zum Pfl-Vater ist sie gelegentlich eher angespannt, da der Pfl-Vater aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit mehr außer Haus ist und Melissa das ausnutzt, um den Pfl-Vater vorzuführen oder zu provozieren oder auch sein Unwissen für sich zu nutzen weiß. Gelegentlich fällt es ihm schwer, die Dynamik in der Beziehungsgestaltung von sich abzuwenden und Melissa vor ihrem Entwicklungshintergrund zu verstehen.

Mir gegenüber zeigte Melissa gelegentlich auch omnipotentes, manchmal sehr dominantes Verhalten, wollte über mich und den Verlauf der Stunden bestimmen und sich nicht auseinandersetzen. Gerne nutzte sie Gelegenheiten, mich in unendliche Diskussionen einzubinden, in denen sie sich kraftvoll zeigen wollte oder versuchte, von unangenehmen Inhalten geschickt abzulenken. Das kommt nur noch ganz selten vor. Melissa wollte bereits nach wenigen Monaten therapeutisch arbeiten, weil sie die Stunden als echte Hilfestellung empfunden hat.

Insgesamt benötigte der therapeutische Prozess viel Geduld von mir und den Pfl-Eltern und ging in kleinen Schritten vorwärts. Melissa konnte sich in vielen Lebensbereichen stabilisieren und eine Verbesserung in der alltäglichen Beziehungsgestaltung erzielen. Sie benennt selber, dass sie zu ihrer Pfl-Familie gehört, und ist froh darüber. Sie hat eine feste Freundin in der Schule und ein weiteres Mädchen, mit dem sie gelegentlich etwas unternimmt. Sie singt im Chor und spielt gerne Theater. Sie ist eine gute Realschülerin und erreicht ihr Klassenziel. Sie weiß sich zu benehmen und ist in der Regel freundlich. Sie ist noch störanfällig, wenn sie sich außerhalb der Familie und ihrem Zuhause bewegt, gleichzeitig aber auch wach, lernfähig und neugierig. Sowohl die kindlichen Ressourcen als auch die hohe familiäre Verbundenheit und die grundsätzliche Verantwortungsbereitschaft der Pfl-Eltern haben den Prozess positiv beeinflusst.

### **Elternarbeit und Vernetzung mit der Schule**

Das Einbeziehen der Pfl-Eltern war wichtig für den Therapieverlauf, weil Melissa sehen und erleben musste, dass sie sich für sie einsetzen und ihre widersprüchlichen Affekte verstehen können. In gemeinsamen Elterngesprächen griffen wir die Konflikte auf, die

die Pfl-Eltern am meisten beschäftigten, und betrachteten sie vor dem eigenen Erlebenshintergrund. Dabei standen im Zentrum das Omnipotenzverhalten von Melissa ihre Unersättlichkeit und das ewige Austesten von Regeln und Begrenzungen, um immer wieder zu erleben: Hier bin ich sicher, hier werde ich gesehen und hier darf ich sein. Wie oben bereits beschrieben waren Erklärungen über Entstehung und Auswirkungen von Störungsbildern sowie die Folgen im alltäglichen Verhalten des Kindes enorm wichtig, um die Bedürfnislage des Kindes besser einordnen zu können und sich entsprechend zu verhalten. Konkrete Hilfestellungen zum Beispiel bei der Kooperation mit Lehrern waren ein wichtiger Eckpfeiler. Eine Vernetzung mit helfenden Personen ist weitestgehend gelungen. Ich habe versucht, den Pfl-Eltern eine andere Sichtweise zu vermitteln, in der es nicht darum geht, sich als Kind besser einfügen und anpassen zu können, sondern zunächst die innere Not des Mädchens zu verstehen und immer wieder zu schauen, wie es ihr geht, wie sie Situationen erlebt und einordnet, welche Strategien sie nutzt, um Anforderungen zu bewältigen, und zwar vor ihrem eigenen Erfahrungshintergrund. In den Gesprächen mit der Pfl-Mutter habe ich eine gute Einbindung in die Therapie erreichen können. Der Pfl-Vater erlebt bis heute des Öfteren Insuffizienzgefühle im Umgang mit Melissa. Diese Kränkung auf seiten des Pfl-Vaters konnte nicht gänzlich aufgelöst werden und stellt im familiären Gefüge immer noch Konfliktstoff bereit. Besonders für ihren weiteren schulischen Werdegang wird Melissa immer wieder Unterstützung benötigen, um diesen Prozess fortzusetzen und die bereits eingeleitete positive Entwicklung zu verfestigen. Das haben die Pfl-Eltern im Blick. Die Schule ist meines Erachtens die größte Herausforderung, weil Melissa hier vielen Personen begegnet und eher auf vertraute, alte Verhaltensweisen zurückgreift. Die in der Psychodynamik erkennbaren Zusammenhänge habe ich mit den Pfl-Eltern immer wieder besprochen. Wir haben darauf aufbauende Erziehungsschritte und -handlungen geplant, die dem Kind Sicherheit, Struktur und Verlässlichkeit geben. Viele von diesen Überlegungen konnten im Alltag umgesetzt werden, sodass sich die Pfl-Eltern insgesamt deutlich sicherer und kompetent fühlen und über ausreichend viele Möglichkeiten verfügen, auch in Stresssituationen mit Melissa im Kontakt zu sein und Hilfestellungen zu geben.

### **Ein Beispiel für eine Feeling-Seen-Sitzung**

Feeling-Seen ist eine Methode, in der der Therapeut emotionale, körperliche und kognitive Signale des Kindes als Informationsquelle nutzt und sie in den Therapieprozess einfließen lässt. Somit werden aktuelle entwicklungspsychologische Erkenntnisse u. a. aus der Bindungs- und Mentalisierungstheorie in möglichst präzises Verstehen und Handeln umgesetzt. Auch im Fall von Melissa waren belastende, häufig hoch traumatisierende Erinnerungen an die vielen negativ prägenden Erfahrungen in ihrer Kindheit mit ihren ersten Bezugspersonen die Grundlage für ihr heutiges Erleben und bestimmten ihre Art der Beziehungsgestaltung zum Beispiel mit anderen Kindern, Lehrern und ihren Pfl-Eltern und führten unweigerlich immer wieder zu weiteren negativen Erfahrungen. So stellt sich die Frage, wie wir im therapeutischen Prozess zu einer Rekonsolidierung der Gedächtnisinhalte beitragen können und ob wir bei so einer starken Vernachlässigung mit traumatischen Erfahrungen einen therapeutischen Zugang zum Kind erlangen können. Durch die Entwicklung positiver lösungsorientierter Interaktionserfahrungen mit idealen Bezugspersonen in einer hypothetischen Vergangenheit, die der Therapeut mit dem Kind entwickelt, ergibt sich die Möglichkeit, Bindungsrepräsentanzen im Kind



zu beeinflussen. Anhand eines Beispiels einer Feeling-Seen-Sequenz möchte ich dieses Vorgehen einmal aufzeigen: In einer Stunde im März 2015 kommt Melissa laut weinend und wutschnaubend in die Praxis und beschimpft die Pfl-Mutter bereits im Flur. Ganz offensichtlich fühlt sie sich ungerecht behandelt, zutiefst verletzt und drückt das in einer Tirade von Beschimpfungen aus. Ich weiß noch nicht, was genau passiert ist.

Melissa: „Du bist so richtig scheiße! Ich komme nie wieder mit!“ *Sie stampft und schreit. Ihr Blick geht zur Pfl-Mutter.*

Th: „Wie stinksauer du dich fühlst, wenn du jetzt daran denkst, was vorhin passiert ist. Ist das richtig?“

Melissa *schreit*: „Ja, das ist so gemein! Du blöde Kuh!“ *Blickt zur Pfl-Mutter.*

Die Pfl-Mu wehrt sich, indem sie sich rechtfertigt und anfängt zu lachen. Das bringt Melissa noch mehr auf.

Th zu Melissa: „Wie ungerecht behandelst du dich auf der einen Seite fühlst, wenn du daran denkst, als wie gemein du das erlebst. Und wie verletzt du bist, wenn du siehst, dass Mama darüber lacht. Ist das so?“

*In Melissas Augen blitzt eine Träne, sie nickt.*

Die Anspannung in ihrem Körper lässt deutlich nach, ihre Schultern sacken nach vorne. Ich nutze die Gelegenheit, um sehr genau Melissas Gefühle zu benennen. Noch immer weiß ich nicht, was passiert ist, und frage sie.

Th: „Magst du mir sagen, was passiert ist?“

Melissa steigt sofort darauf ein. In der Schule hat es einen Streit mit zwei Kindern – mit ihrer Freundin und einer Mitschülerin – gegeben, die sie beschuldigt haben, ein Geheimnis weitererzählt zu haben. Sie sei so sauer gewesen, dass sie die beiden mit sexualisierten Schimpfwörtern angeschrien habe. Ihre Lehrerin habe einen Vermerk in ihren Verhaltensbogen gesetzt, den die Pfl-Mutter unterzeichnen soll.

Th: „Wie empört du dich fühlst, wenn du jetzt an den Streit mit deiner Freundin und der Mitschülerin denkst, die dich beschuldigt haben, ein Geheimnis weitererzählt zu haben.“

Melissa *mit lauter Stimme*: „Ja! Das stimmt gar nicht! Und dann kriege ich von meiner Lehrerin auch noch diesen scheiß Eintrag auf dem Verhaltensbogen und Mama soll den unterschreiben! Das ist so gemein!“ *Stampft mit dem Fuß auf die Erde.*

Th: „Und wie fassungslos ... oder erbost du dich fühlst, was passt besser?“

Melissa: „Ich bin total sauer.“

Th: „Ja, wie total sauer du dich fühlst, wenn du an den Eintrag auf dem Verhaltensbogen denkst, den Mama unterschreiben soll.“ *Melissa nickt bestätigend.*

Th: „Und vielleicht ist da ja auch eine Idee in deinem Kopf, wie es eine Lehrerin richtig machen würde, wenn sie sieht, dass Kinder sich streiten und es Probleme gibt?“

Ich nutze die Chance und entwickle mit ihr eine symbolisch konstruierte, verbesserte Lehrerin im gleichen Kontext. Darauf steigt sie ein.

Melissa: „Die hätte zuerst mit mir und den Kindern geredet.“

Th: „Wenn hier jetzt jemand wäre, der mir und dir helfen würde, dein Gefühl zu benennen, der würde sagen: Ich kann sehen, wie richtig sich das anfühlt, wenn du dir vorstellst, es hätte eine Lehrerin gegeben, die zuerst mit dir und den Kindern geredet hätte.“

Melissa: „Ja, dann wäre ich auch nicht beschuldigt worden!“

Th: „Und wie ausgeliefert du dich fühlst, wenn du an die Beschuldigung denkst ... Und wenn es eine Lehrerin gegeben hätte, die euch geholfen hätte, was hätte die getan?“

Melissa: „Die hätte uns geholfen, das zu klären. Das war doch nur eine Verwechslung!“  
*Tränen stehen in ihren Augen.*

Th: „Wie bekümmert oder verzweifelt, wie ist dein Gefühl?“

Melissa: „Traurig.“

Th: „Wie traurig du dich fühlst, wenn dir jetzt klar wird, dass es doch nur eine Verwechslung war ... Und eine Lehrerin, die es richtig gemacht hätte, die hätte euch geholfen, das zu klären.“ *Melissa nickt zustimmend.*

Th: „Wollen wir so eine Lehrerin einmal erfinden? Ich stelle mir manchmal vor, ich hätte hier neben mir eine Bühne.“ *Ich zeige auf die Fläche links neben mir. Melissa nickt.*

Th: „Dann erfinden wir jetzt eine Lehrerin, die es richtig gemacht hätte.“ *Ich nehme meine linke Hand als Symbol für so eine Lehrerin und platziere sie wie eine Figur links neben mir.*

Th: „Und wenn ich ihr jetzt meine Stimme gebe“ – *dazu nehme ich kurz meine rechte Hand, führe sie zu meinem Mund und gebe auf symbolische Art meine Stimme zu der erfundenen Lehrerin* – „dann würde sie sagen: ‚Wenn ich deine Lehrerin gewesen wäre, dann hätte ich mit dir und den Kindern geredet. Und ich hätte gesagt: ‚Ich helfe euch, das zu klären, damit niemand zu Unrecht beschuldigt wird‘“

*Melissa nickt zustimmend:* „Ja.“ *Ihr Blick geht zum Boden.*

Th: „Wie richtig sich das anfühlt, wenn du an diese Möglichkeit denkst, passt das? Und vielleicht fühlst du dich auch ein bisschen traurig, weil du merkst, wie sehr dir das gefehlt hat.“

Melissa: „Ja! Dann hätten wir das vielleicht klären können, und ich hätte mich entschuldigt. Und ich hätte nicht wieder so doof zu Hause den Bogen unterschreiben lassen müssen.“

Th: „Wie beschämt du dich fühlst, wenn du daran denkst, wie es ist, diesen doofen Bogen zu Hause unterschreiben lassen zu müssen. Eine Lehrerin, die es richtig gemacht hätte, die hätte gesagt: ‚Ich helfe euch, das zu klären, sodass du dich entschuldigen kannst.‘ Und sie hätte keinen Eintrag in dem Bogen gemacht. Du hättest nichts unterschreiben lassen müssen. Wir hätten das hier zusammen geklärt.‘ Passt das?“

Melissa beginnt zu weinen und erzählt, dass sie nach Hause gekommen sei und dort sei der Streit sofort weitergegangen und die Pfl-Mutter habe über sie gelacht, so wie eben.

Th: „Wie bekümmert du dich fühlst, wenn du daran denkst, wie es zu Hause mit Streit weitergegangen ist und Mama gelacht hat, so wie eben.“

Ich benenne Schritt für Schritt ihre Gefühle im jeweiligen Kontext und wir entwickeln gemeinsam, wie es für sie besser gewesen wäre. Ich setze die verbesserte Möglichkeit in Szene und prüfe mit ihr, wie es ihr bei dem Erleben dieser Möglichkeit geht. Dabei halte ich die Rollen, die Zeit und den richtigen Kontext ein.

Th: „Wie wäre es, wenn wir auch eine Mama erfinden würden, die es richtig gemacht hätte?“

Etwas zögerlich sieht Melissa mich an, so als prüfe sie meinen Vorschlag. Dann stimmt sie zu.

Th: „Wir erfinden eine Mama, die es richtig gemacht hätte, und ich gebe ihr meine Stimme. Dann hätte sie gesagt: ‚Wenn ich deine Mama gewesen wäre und du wärst nach Hause gekommen, dann wäre der Streit nicht weitergegangen und ich hätte nicht über dich gelacht.‘“

*Melissa nickt bestätigend und wirkt ruhiger.*

Th: „Wie beruhigt du bist, wenn du an diese Möglichkeit denkst.“

Auch die Pfl-Mutter hört sehr aufmerksam zu und blickt nun zu Melissa. Sie sagt zu mir, dass es ihr leid tut, dass sie gelacht habe und Melissa gar nicht richtig zugehört habe. Auch das bezeuge ich kurz und frage sie, ob sie das vielleicht Melissa direkt sagen möchte. Das bestätigt sie.

Th: „Melissa, möchtest du das einmal direkt von Mama hören?“

Melissa: „Ja.“

Th: „Dann wendet euch einander zu und schaut euch an.“ *Ich gebe dabei ein bisschen Hilfestellung, sodass Melissa im Blick der Pfl-Mutter ist.*

Pfl-Mutter: „Es tut mir richtig leid, dass ich vorhin und heute Morgen über dich gelacht habe. Das war wirklich nicht schön von mir. Und es war blöd von mir, dass ich dir nicht zugehört habe. Das tut mir leid. Darauf achte ich demnächst besser.“ *Sie macht eine Geste in Richtung von Melissa, so als wolle sie sie in den Arm nehmen.* Ich frage Melissa, ob sie das auch möchte, und wir arrangieren die Sitzsäcke so, dass sie dicht nebeneinander stehen. Die Pfl-Mutter nimmt Melissa in die Arme und ich frage Melissa, ob sie das noch einmal hören möchte. Sie stimmt zu. Dann bitte ich die Pfl-Mutter, es Melissa noch einmal direkt zu sagen.

Pfl-Mutter: „Es tut mir leid und ich entschuldige mich bei dir. In Zukunft achte ich darauf, dass ich dir zuhöre, wenn du mir etwas erzählen möchtest.“

Th zu Melissa: „Wie zustimmend du bist, wenn du diese Möglichkeit erlebst.“

Melissa verweilt noch eine ganze Weile im Arm der Pfl-Mutter.

Dann kommen wir zum Ende dieser Sitzung. Melissa bleibt noch im Arm der Pfl-Mutter, während ich die symbolisch konstruierten Figuren, die wir in den Raum gebracht haben, entrolle.

Th: „Dann nehmen wir jetzt die Person aus dem Raum, die mir und dir geholfen hat, deine Gefühle zu benennen. Sie ist raus.“ *Ich mache eine herausnehmende Geste.*

Th: „Und dann hatten wir noch die Lehrerin, die es richtig gemacht hätte. Sie ist wieder aus dem Raum. Und eine Mama, die es richtig gemacht hätte, entrollen wir auch.“

Th zu Melissa gewandt: „Das Erlebte, was du gerade erfahren hast, das nimmst du mit! Ja?“

Zum Abschluss teilen Melissa und Pfl-Mutter noch einmal mit, wie es ihnen gerade geht. Melissa ist deutlich beruhigt und erleichtert. Dann schließen wir die Sitzung. Die Reflexion mit der Pfl-Mutter erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt in einem Elterngespräch.

### **Schlussfolgernde Gedanken zu dem Beispiel**

Mit Hilfe des Microtrackings (s. Bachg, 2006) habe ich die in den Augen, im Gesicht und Körper erkennbaren Emotionen in das Bewusstsein von Melissa gehoben, indem ich versucht habe, ihre Gefühle möglichst exakt zu benennen und in Zusammenhang zu bringen mit dem jeweiligen Kontext, den sie mir berichtet. Ziel des Microtrackings ist es nun, durch präzises Aufblättern des gegenwärtigen Bewusstseins diejenigen Erinnerungen an Orte – hier die Schule – und Interaktionspartner – hier die Freundin, die Klassenkameradin, die Lehrerin und die Pfl-Mutter – aufzuspüren, die bezeichnend sind für die Entwicklung des gegenwärtigen dysfunktionalen Musters vor dem Hintergrund ihres inneren Arbeitsmodells, das ihr Beziehungsverhalten bestimmt. Im zweiten Schritt entwickelt die Therapeutin zusammen mit dem Kind eine symbolisch konstruierte, verbesserte Antwort auf die Bedürfnislage des Kindes. Wir erfinden damit ein Antidote (s. Pessa, 2008), ein sogenanntes Gegengift. Der Suchprozess wird so lange fortgesetzt, bis das Kind die Aussage als zutreffend erlebt, und wird dann in Szene gesetzt. Hier am Beispiel erfinden wir eine verbesserte Lehrerin, die gesagt hätte: „Wenn ich deine Lehrerin gewesen wäre, dann hätte ich mit dir und den Kindern geredet. Und ich hätte gesagt: Ich helfe euch, das zu klären, damit niemand zu Unrecht beschuldigt wird.“

Wenn wir Affektregulierung als Produkt der Bindung betrachten, das in Melissas Fall geprägt ist von den frühen Interaktionserfahrungen mit ihrer leiblichen Mutter und ihrem Stiefvater, so fördere ich im Rahmen eines Feeling-Seen-Gesprächs nun schrittweise die Affektregulierung des Kindes (s. Fonagy et al., 2008) und befähige sie, zwischen innerem Erleben und äußerem Ausdruck einer Emotion zu unterscheiden und eine Form zu wählen, die der aktuellen Situation gerecht wird, hier am Beispiel von Melissa, als sie sagt: „Dann hätten wir das vielleicht klären können und ich hätte mich entschuldigt.“ Wir reduzieren so negative Effekte und entwickeln therapeutisch mit dem Kind neue Repräsentanzen und verändern somit ihr inneres Arbeitsmodell und stärken ihre Mentalisierungsfähigkeit. Gleichzeitig ermöglicht das Vorgehen der Pfl-Mutter, die Gefühle von Melissa besser zu verstehen und jetzt in gelingender Weise darauf zu reagieren, indem sie sich entschuldigt.

### **Schlussbemerkung**

Das therapeutische Vorgehen ermöglichte Melissa, besser zu verstehen, was in ihr passiert, wenn sie sich bedrängt, provoziert oder ungerecht behandelt fühlt, und bringt ihr Erleben im Hier und Jetzt in Zusammenhang mit den Erfahrungen im Dort und Damals. Daraus abgeleitet haben wir im Sinne der Feeling-Seen-Methode viele verbesserte Möglichkeiten entwickelt und dadurch zu einer Rekonsolidierung ihrer Gedächtnisinhalte beigetragen. Ihr Beziehungsverhalten in der Familie konnte deutlich verbessert werden, indem sie ihre Gefühle steuern lernte sowie die Gefühle und Bedürfnisse ihres Gegenübers bei der Beziehungsgestaltung immer besser berücksichtigte. Insgesamt fühlte sich Melissa wesentlich orientierter und nicht mehr verloren. Auch in ihrer Klasse fühlt sie sich heute zugehörig. Im Dezember 2015 habe ich in gegenseitigem Einverständnis die Therapie mit Melissa beendet.

## Zusammenfassung und Fazit

*Von Michael Bachg*

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

Dies ist möglich mit der Methode Feeling-Seen. In den beiden Kasuistiken wurde dargestellt, wie Feeling-Seen im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie und einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als familientherapeutisches Element in die sonst überwiegend einzeltherapeutische Vorgehensweise mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen eingefügt werden kann. Hinzu kamen in beiden Fällen Informationsgespräche und psychotherapeutische Gespräche mit den Eltern nach dem Feeling-Seen-Konzept. Ziel der Elterngespräche ist u. a. die Identifikation und Bearbeitung der oben angesprochenen Kindheitskonflikte der Eltern. In den Familiensitzungen liegt der Fokus auf dem Erleben und den Bedarfslagen des Kindes. Die Bedarfslagen ihres Kindes zu sehen und die Motive seines Handelns zu verstehen kann die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern fördern. Zudem bietet die Anwesenheit der Eltern während der wichtigen Therapieprozesse ihres Kindes die Chance zur Verbesserung ihres reflexiven Empathievermögens.

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

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

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

## Literatur

- Bachg, M. (2010). Feeling-Seen – Einführung in eine körperorientierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Bachg, M. (2006). Microtracking in Pessó Boyden System Psychomotor: Brückenglied zwischen verbaler und körperorientierter Psychotherapie. In S. Sulz, L. Schrenker & C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper*. München: CIP-Medien.
- Bachg, M. (2013). Wo bleibt das Kind beim Elterncoaching? In M. Grabbe, J. Borke & C. Tsirigotis (Hrsg.), *Autorität, Autonomie und Bindung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Collins, N. & Read, S.J. (1994). Representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships. Attachment Process in Adulthood* (Vol. 5; pp. 53-90). London: Kingsley.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., Ziv, Y., (2006). Attachment, stress and psychopathology: a developmental pathways model. In: Cicchetti, D., Cohen, D. (Hrsg) *Development and psychopathology*. Wiley, New York, S 334-369.
- Kriz, J., 2014. *Grundkonzepte der Psychotherapie* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU
- Main, M. (1997). Attachment narrative and attachment across the lifespan. Vortrag gehalten auf dem Fall Meeting of the APA, New York. Zitiert von Fonagy et al. (2008).
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N. (2009). Infant-parent relationship assessment: parents' insightfulness regarding their young children's internal world. In: Zeanah CH (ed) *Handbook of infant mental health*. Guilford, New York, pp 266-280.
- Pessó, A. & Perquin L. (2008). *Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind. PBSP – ein ressourcenorientierter, neurobiologisch fundierter Ansatz der Körper- Emotions- und Familientherapie*. München: CIP-Medien.
- Quitmann, J., Romer, G., Ramsauer, B. (2010). Insightfulness Assessment, Erfassung des reflexiven Empathievermögens von Eltern. *Psychotherapeut*, 55: 291-298.
- Resch, F. und Fegert, J.M. (2012). Ätiologische Modelle. In: Fegert, J.M., Eggers, C., Resch, F. (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio S. 116-129.
- Resch, F. und Parzer, P. (2014). Stellenwert der Entwicklungspsychopathologie für die Psychotherapie bei Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59: 100-108.
- Sulz, S., Richter-Benedikt, A.J., Hebing, M. (2010) Mentalisierung und Metakognition als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 15 (1), S. 148-162.
- Taubner, S., Wiswede, D., Nolte, T., Roth, G., (2010). Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. *Psychotherapeut*, 55: 312-320.

## Korrespondenzadressen

Dipl.-Psych. Michael Bachg  
Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut  
PBSP-Institut für Fort- und Weiterbildung in Pesso-Therapie und Feeling-Seen  
Am Sunderbach 5 | 49205 Hasbergen | [www.feeling-seen.de](http://www.feeling-seen.de) | [info@mbachg.de](mailto:info@mbachg.de)

Dipl.-Psych. Eva Hille-Kluczewski  
Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin  
Psychotherapeutische Praxis  
Hohenzollernstraße 122 | 80796 München | [emhille@web.de](mailto:emhille@web.de)

Dipl.-Päd. Stefanie Grüter  
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeutin (TP)  
Psychotherapeutische Praxis  
Münsterstr. 21 | 49565 Bramsche | [www.kjp-grueter.de](http://www.kjp-grueter.de) | [praxis@kjp-grueter.de](mailto:praxis@kjp-grueter.de)