

Wilhelm Rotthaus

Ängste von Kindern und Jugendlichen

2015

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Dr. Burkhard Peter (München)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 4

hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Satz: Heinrich Eiermann

Printed in Germany

Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, www.fgb.de

Erste Auflage, 2015

ISBN 978-3-8497-0069-0

© 2015 Carl-Auer-Systeme Verlag

und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Alle Rechte vorbehalten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten
aus der Vangerowstraße haben, können Sie unter
<http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH

Vangerowstraße 14

69115 Heidelberg

Tel. 0 62 21-64 38 0

Fax 0 62 21-64 38 22

info@carl-auer.de

1 Einleitung

Angst ist das vielleicht wichtigste Gefühl, das wir Menschen haben. Angst ergreift den ganzen Menschen: sein körperliches System, sein psychisches System und sein soziales System. Sie schützt uns vor Gefahr und ist gleichzeitig ein Signal dafür, dass im Laufe der Entwicklung anstehende Entwicklungsschritte bewältigt werden müssen. Ängste und die dadurch ausgelösten Stressreaktionen waren in der Menschheitsgeschichte immer wieder Anstoß zu notwendigen Anpassungsreaktionen. Auch in der individuellen Entwicklung dienen Ängste der Aktivierung vorhandener und der Ausbildung neuer Bewältigungsstrategien. Angst, die therapeutische Unterstützung notwendig macht, unterscheidet sich von »normaler« Angst durch ihre Intensität, ihre Dauer und dadurch, dass sie bei Betrachtung des situativen Kontextes als unangemessen erscheint. Das Kind oder der Jugendliche sieht keine Möglichkeit, die Angst erträglich zu machen oder zu bewältigen, und sowohl seine Lebensqualität als auch seine Entwicklungschancen werden erheblich beeinträchtigt.

Angststörungen gehören im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten psychischen Störungen. Fast jedes zehnte Kind leidet an einer Angststörung, und es ist heute erwiesen, dass sich Angststörungen nicht »von alleine auswachsen«. Vielmehr sind sie über den Verlauf relativ stabil und stellen einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen sowohl im Jugend- als auch im Erwachsenenalter dar. Angststörungen sind aber nicht so laut und unmittelbar auffallend wie andere Störungen des Kindes- und Jugendalters, die mit expansiven Verhaltensweisen einhergehen. Deshalb erhalten viele Kinder und Jugendliche – manche Autoren formulieren: die wenigsten Kinder und Jugendlichen –, die die Symptome einer Angststörung zeigen, eine angemessene Behandlung.

Obwohl ich glaube, die systemische Grundhaltung nach 35 Jahren systemischer Praxis recht gut internalisiert zu haben und auch über eine recht gute Vielfalt systemischer Methoden zu verfügen,

gehörte die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angst- (und Zwangs-)störungen über lange Zeit nicht gerade zu meinen Lieblingsaufgaben. Das hat sich völlig geändert, nachdem ich an einem Seminar zu diesem Thema teilgenommen hatte und dazu angeregt war, mich mit Angst in ihren unterschiedlichsten Erscheinungsformen näher auseinanderzusetzen und in die Literatur zu Angststörungen - vor allem, aber keineswegs nur in systemische Publikationen - einzuarbeiten. Seitdem begegne ich Kindern, Jugendlichen und ihren Angehörigen, die wegen Angst in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen zu mir zur Therapie kommen, mit großer Freude und ebenso großer Zuversicht. Es würde mich freuen, wenn Kolleginnen und Kollegen durch dieses Buch in ähnlicher Weise angeregt werden könnten.

8 Systemische Therapie der Angststörungen von Kindern und Jugendlichen

8.1 Systemische Therapie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und ihren Angehörigen

Systemische Therapie hat die Welt der Psychotherapie nicht neu erfunden; sie baut in vielerlei Hinsicht auf die Vorgängerverfahren auf. Sie bereichert aber die Landschaft der Psychotherapie durch eine Reihe neuer Konzepte, die wesentliche Unterschiede ausmachen und ganz neue Sichtweisen umfassen. Ein zentraler Aspekt dabei ist die Verortung des Problems in den Beziehungen. Traditionell werden psychische Störungen in der Person der Betroffenen lokalisiert. In der Systemischen Therapie erfolgt die Erweiterung der Perspektive auf das relevante System, und die Verortung der Störung in den Beziehungen innerhalb dieses Systems ist ein Königsweg (nicht der einzige) innerhalb der Systemischen Therapie. Dies bringt mehrere Vorteile, die die Therapie wesentlich erleichtern und es möglich machen, mit relativ wenig Therapiestunden zu besonders dauerhaften Erfolgen zu kommen. Die Vorteile dieses Störungsverständnisses können in folgenden Punkten zusammengefasst werden:

- Familiäre Strukturen und Verhaltensmuster, gemeinsam geteilte Vorannahmen etc. sind wesentlich leichter zu beobachten und zu erfassen als relevante Faktoren innerhalb einer Person. Das gilt sowohl für die Arbeit im Familiensetting, in das die Familienmitglieder fiktiv einbezogen werden können, als auch im Einzelsetting. Das Familiensetting aber bietet die Möglichkeit, zeitgleich bei mehreren Personen Veränderungen anzustoßen, was die Erfolgschancen naheliegenderweise erhöht.
- Besonders bei Störungen von Kindern und Jugendlichen, also in einer Zeit, in der die familiären Bindungen eine besondere Bedeutung haben (wie dies beispielsweise gerade auch bei Jugendlichen im Ablösungsprozess der Fall ist), ist dieser Königs-

weg der Verortung der Störung in den familiären Beziehungen besonders hilfreich. Nicht selten werden zudem Störungen von einer Generation zur nächsten transmittiert, was wiederum die Erweiterungen des Blicks über das Individuum hinaus und in solchen Fällen auch über die Kernfamilie hinaus erforderlich macht.

- Die Einbeziehung der Geschwister in die Therapie des Indexpatienten hat eine erwünschte Begleitwirkung. So hat die Wirkungsforschung gezeigt, dass Systemische Therapie sich nicht nur positiv auf das Erleben und Verhalten des Indexpatienten auswirkt, sondern ebenso auf das seiner Familienmitglieder. Es entfallen damit in der Systemischen Therapie Parallelbehandlungen von Geschwistern, die erfahrungsgemäß meist zu schlechten Ergebnissen führen.
- Systemische Therapie wirkt besonders nachhaltig. Wiederholt haben Katamnesestudien deutlich gemacht, dass Systemische Therapie bei Therapieabschluss zwar nicht unbedingt bessere Ergebnisse erbrachte als andere Verfahren. Die Ergebnisse der systemtherapeutisch behandelten Patienten verbesserten sich jedoch in den Jahren nach Abschluss der Therapie, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass ein auf die gesamte Familie bezogener Therapieansatz die nach Abschluss einer Einzeltherapie zu erwartenden homöostatischen, das alte Gleichgewicht wiederherstellenden Kräfte verhindert.

8.2 Das Konzept der klinischen Konstellation

Gerade weil hier ein störungsspezifisch orientiertes Buch über Systemische Therapie vorgelegt wird, muss darauf hingewiesen werden, dass die Störungsorientierung immer nur ein Teilaspekt eines konstellationsspezifischen therapeutischen Vorgehens ist. Ein allein auf die Störung der Person bezogenes therapeutisches Denken und Handeln reicht aus systemischem Verständnis nicht aus. Vielmehr sind störungsübergreifende Aspekte, die in dem Konzept der klinischen Konstellation (Reiter 1991; Rotthaus 2002) beschrieben werden, besonders

in die Anfangskonzeption des therapeutischen Vorgehens einzubeziehen. Dabei lassen sich individuelle Aspekte und solche von Familie und weiterer Umwelt unterscheiden, ohne dass übersehen wird, dass diese Trennung künstlich ist angesichts der Tatsache der wechselseitigen Beeinflussung. Das spiegelt auch der Begriff »Konstellation«, der gebildet ist aus der lateinischen Vorsilbe *con* = »zusammen« und dem Substantiv *stella* = »Stern« und ursprünglich die Stellung und das Zusammenwirken der Sterne bezeichnet. Interessanterweise stellt es das lateinische Parallelwort zu »System« dar, das auf das griechische Verb *synistanai*, verkürzt *sistanai* = »zusammenstellen, vereinigen, verknüpfen« zurückgeht (vgl. Dudenredaktion 2007).

Unter den *individuellen Aspekten* spielen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen das jeweilige Entwicklungsalter, die aktuell anstehenden Entwicklungsaufgaben und in Abhängigkeit davon die altersspezifischen Zugangswege und das Eingehen auf altersspezifische Problemlösestrategien eine große Rolle. Das Herausarbeiten von Stärken und Ressourcen (insbesondere angesichts einer nicht selten tief negativ gefärbten Defizitbrille der Eltern) ist von besonderer Bedeutung, ohne dass Schwächen und Vulnerabilitäten sowie besondere Live Events wie Unfälle und Erkrankungen übersehen werden dürfen.

Unter den Aspekten von *Familie und weiterer Umwelt* stellt sich die Frage, wie weit es den primären Bezugspersonen gelungen ist oder gelingt, die vier Grundbedürfnisse des Menschen zu befriedigen, nämlich das Bindungsbedürfnis, das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz sowie das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Dabei handelt es sich um ein Konzept, das sich auf Epstein (1991) und Grawe (1998, S. 385–420) bezieht und von Klemenz (2003, S. 77–95) und Borg-Laufs (2006) für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen aufgegriffen wurde. Danach hat jeder Mensch das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle in seinem Lebensraum und damit das Bedürfnis, Ereignisse und Zustände zu erklären, vorherzusagen und/oder zu beeinflussen. Positive Kontrollerfahrungen können zu positiven Kontrollüberzeugungen sowie spezifischen oder generellen

Selbstwirksamkeitserwartungen führen, aus denen sich ein Gefühl von persönlicher Stärke und Kompetenz entwickelt. Die Locus-of-Control-Forschung hat gezeigt, dass das Ausmaß der positiven Kontrollüberzeugungen einhergeht mit dem Ausmaß sowohl an körperlicher als auch psychischer Gesundheit (Krampen 1991).

Klinische Konstellation

Störungsübergreifende Aspekte:

- Individuell (unter anderem):
 - Entwicklungsalter und Entwicklungsaufgaben (altersspezifische Zugangswege, altersspezifische Problemlösestrategien)
 - Stärken und Ressourcen
 - Schwächen und Vulnerabilitäten
 - besondere Lebensereignisse wie Unfälle, Erkrankungen.
- Familie und weitere Umwelt (unter anderem):
 - Befriedigung des Bindungsbedürfnisses
 - Befriedigung des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle
 - Befriedigung des Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
 - Befriedigung des Bedürfnisses nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
 - Fähigkeit der Familienmitglieder zur Bewältigung der normativen Krisen im Familienentwicklungszyklus
 - mehrgenerationale Aufträge und Delegationen
 - konflikthaft getrennte Eltern
 - Stieffamiliensituation
 - alleinerziehende Mütter/Väter
 - psychisch kranke Eltern
 - Unterstützer in der weiteren Umwelt
 - besondere Lebensereignisse wie Verlust eines Elternteils/Großelterns
 - Arbeitslosigkeit eines Elternteils.

Störungsspezifische Faktoren:

- individuelle und familiäre Belastung
- störungstypischer Verlauf
- Dringlichkeit therapeutischer Maßnahmen
- therapeutisches Erfahrungswissen

Abb. 3: Das Konzept der klinischen Konstellation

Die Befriedigung des Bindungsbedürfnisses ist ein in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besonders wichtiger Aspekt. Sichere Bindung zu erleben ist für Menschen von zentraler Bedeutung. Die Qualität der Bindungserlebnisse steht dabei in engem Zusammenhang mit der Verfügbarkeit und der Einfühlsamkeit der wichtigsten Bezugspersonen. Können die Eltern aus unterschiedlichsten Gründen diese Aufgabe nicht oder nur unzureichend leisten, ist es geboten, im weiteren Umfeld nach Personen Ausschau zu halten, die eine Befriedigung des Bindungsbedürfnisses ermöglichen. Die Forschung zu Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung hat die kompensatorische Bedeutung solcher Beziehungen zu außerfamiliären Personen (zu Bekannten, Nachbarn, zur Mutter eines Freundes, zum Lehrer, Trainer u. a.) deutlich aufgezeigt.

Selbstwerterhöhende Erfahrungen sind für Kinder und Jugendliche wichtige Ressourcen. Sie hängen unter anderem davon ab, mit welcher »Brille« Eltern auf ihre Kinder schauen. Sie werden aber auch außerhalb der Familie im Kontakt mit Lehrern, Mitschülern und Freunden gemacht.

Die Befriedigung des Bedürfnisses nach Lustgewinn und Unlustvermeidung beinhaltet, wie weit es gelungen ist und gelingt, einen Kontext für das Kind zu schaffen, in dem es positive Emotionen erleben und negative Emotionen vermeiden kann und ihm im Sinne von Epstein (1991) eine möglichst günstige Lust-Unlust-Balance möglich wird. Klemenz (2003) verweist in diesem Zusammenhang auf das Spiel als ein entscheidendes Medium für Kinder zur Herbeiführung positiver Gefühle und zur Vermeidung und Entlastung von negativen Emotionen. Insofern ist es nicht unwichtig, im Gespräch mit der Familie auch darauf zu sprechen zu kommen, ob in der Familie (noch) gemeinsam gespielt wird oder ob die wahrgenommenen Probleme, die Freude am und die Fähigkeit zum Spiel aus der Familie vertrieben haben.

Selbstverständlich ist ein weiterer wichtiger Aspekt die Fähigkeit der Familienmitglieder, die normativen Krisen im Entwicklungszyklus der Familie angemessen zu bewältigen. Gelingt dies nicht, müssen derartige familiäre Prozesse von der Therapeutin primär fokussiert

werden. Weitere mögliche Stressoren sind beispielsweise das Fehlen eines eindeutigen Zuhauses, eine Unklarheit bezüglich innerfamiliärer Zuständigkeiten (das Fehlen einer eindeutigen Generationengrenze), eine Stieffamiliensituation, konflikthaft getrennte Eltern, alleinerziehende Mütter oder Väter und psychisch kranke Eltern. Hinzu treten besonders belastende Lebensereignisse wie der Verlust eines Elternteils oder eines bedeutsamen Großelternanteils oder aber die Arbeitslosigkeit eines Elternteils.

Die Beachtung solcher möglichen Aspekte ist deshalb so bedeutsam, weil erfahrungsgemäß oft erst die Thematisierung der Kontextfaktoren dem Kind oder Jugendlichen die Möglichkeit eröffnet, sein Verhalten zu ändern. Der Therapieverlauf mit Johanna, 17 Jahre, (Fallbeispiel Kap. 2.2.2.3) zeigte das sehr deutlich.

Johanna hatte sich in einer längeren Psychotherapie sehr motiviert gezeigt und gut gelernt, die meisten ihrer dysfunktionalen Gedanken, die bei der Aufrechterhaltung ihrer sozialphobischen Symptomatik eine wichtige Rolle spielten, zu verändern. Einige ihrer dysfunktionalen Überzeugungen sparte sie jedoch aus (z. B.: »Man darf über eigene Gefühle nicht reden.« »Man redet nicht über sich selbst.« »Man lobt sich selbst nicht.«); sie war trotz ihrer hohen Therapiebereitschaft nicht bereit, an der Modifikation dieser Gedanken zu arbeiten. Eine biografische Verbindung zu diesen kognitiven Konzepten konnte sie nicht finden. Wurden diese Gedanken angesprochen, reagierte sie mit einem stuporähnlichen Verhalten. Sie konnte sich in solchen Situationen nicht mehr bewegen, konnte nicht mehr reden und hatte einen »leeren Kopf«.

Die Therapeutin entschloss sich daraufhin, mit der ganzen Familie weiterzuarbeiten. Die Eltern und die Geschwister berichteten sichtlich berührt von dem grenzüberschreitenden Verhalten der Großeltern. Durch eine vier generationenübergreifende Genogrammarbeit wurden die misslungene Ablösung der Mutter der Patientin zum Thema sowie deren Beziehung zu ihren Schwiegereltern. In den Familiengesprächen zeigten sich dann die Wurzeln der von Johanna verinnerlichten dysfunktionalen Kognitionen. »Man redet nicht über sich selbst und eigene Gefühle« war die Einstellung der Großmutter väterlicherseits. »Keinen interessiert deine

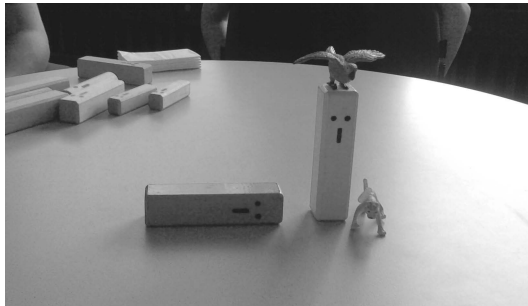
Meinung, ich weiß es besser!« war der Glaubenssatz, den Johanna Mutter wiederum von ihrem Vater übernommen hatte. Die ganze Familie zeigte sich sehr motiviert, und jedes Mitglied arbeitete am eigenen Verhalten. Die zentrale Rolle spielte die Mutter, die aktiv ihre Autonomieentwicklung zum Thema machte und dadurch in ihrer Mutterrolle sicherer wurde. Damit stellte sie ein gutes Modell für ihre Kinder dar. Die Kinder lernten in den Sitzungen erstaunlich rasch, die tabuisierten Glaubenssätze der Familie zu hinterfragen und über ihre Probleme zu sprechen. Zum Ende der Therapie berichteten alle über deutliche Entwicklungsschritte. Johanna fing eine Ausbildung zur Krankengymnastin an und fand neue Freunde. Sie sah keinen Bedarf mehr an therapeutischer Hilfe.

In anderen Fällen kann eine negativ eskalierende Stieffamiliensituation sich in heftigen Auffälligkeiten eines Kindes oder eines Jugendlichen ausdrücken. Es ist dann erfahrungsgemäß therapeutisch wenig sinnvoll, diese Auffälligkeiten direkt einzeltherapeutisch zu bearbeiten, demgegenüber höchst gewinnbringend, den eskalierenden Beziehungsstreit in den Blick zu nehmen, an dessen Endpunkt typischerweise ein Familienmitglied – entweder das Kind oder der Stiefelternteil – aus der Familie ausgestoßen wird. (Entsprechend unverhältnismäßig hoch ist der Anteil von Stiefkindern in der Jugendpsychiatrie und vor allem in der stationären Jugendhilfe.) In dem folgenden Fallbeispiel wurde dazu mit einer »lebensgeschichtlichen Sequenz von Familienbrettskulpturen« (Abschn. 8.25) gearbeitet.

Luca, 14 Jahre, wurde von der Mutter zur stationären Aufnahme gebracht, nachdem die Lehrer Druck ausgeübt hätten, weil er aufgrund einer sozialen Phobie die Schule seit ca. vier Jahren unregelmäßig, seit über einem halben Jahr gar nicht mehr besucht habe. Oft klage er über somatische Beschwerden; mehrere Untersuchungen hätten aber keine körperliche Ursache ergeben. Darüber hinaus ziehe sich Luca aus sozialen Kontakten zurück, er unternehme nichts mehr mit seinen Freunden oder seiner Familie. Seit einigen Monaten zeige er sich der Mutter gegenüber oppositionell und aggressiv, habe sie auch schon angegriffen. Eine mehrmonatige ambulante Psychotherapie habe keine wesentlichen Veränderungen bewirken können. Luca lebe in häuslicher Gemeinschaft mit seiner

leiblichen Mutter, seiner 18-jährigen Schwester Hannah und Stephan, dem Lebensgefährten der Mutter. Zu seinem leiblichen Vater habe er eher wenig und unregelmäßig Kontakt.

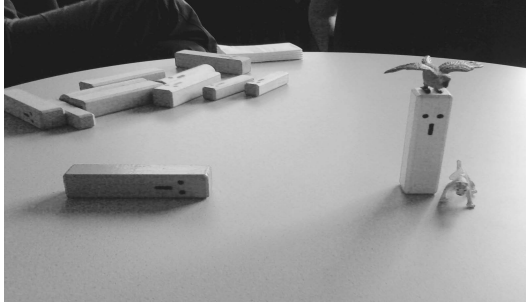
Luca verhielt sich in der Gruppe freundlich und angepasst, er arbeitete gut mit; seine Fortschritte blieben jedoch bescheiden. Schließlich entschied sich die Therapeutin, den Fokus zu erweitern und mithilfe einer »lebensgeschichtlichen Sequenz von Familienbrettskulpturen« die Geschichte der Trennung der Ursprungsfamilie und der Neugründung der Stieffamilie gemeinsam mit allen Familienmitgliedern eingehend zu erforschen und dem inneren Erleben der einzelnen Personen in diesem Entwicklungsverlauf nachzugehen. Es wurden zwei Termine zu je einer Doppelstunde durchgeführt, während deren alle Familienmitglieder in sehr intensiver und berührender Weise ihr Erleben während der unterschiedlichen Phasen der Familienentwicklung schilderten. Da der emotionale Prozess schwer wiederzugeben ist, werden im Folgenden lediglich einige der dabei entstandenen Familienbrettskulpturen gezeigt und nüchtern kommentiert.



Vor der Trennung (Darstellung von Luca)

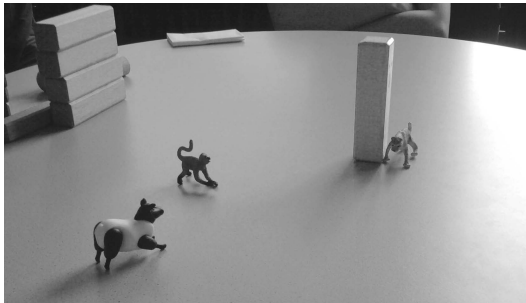
Luca wählt für die Mutter die aufrecht stehende gelbe Holzfigur, sucht für sich aus abseitsstehenden Playmobil®-Figuren einen Vogel, den er als Papagei bezeichnet und als nett und lieb charakterisiert. Für seine ältere Schwester wählt er ein Tier, das er als Katze oder Leoparden kennzeichnet. Die liegende rote Figur stellt den Vater dar. Er betont die enge Beziehung zwischen ihm, seiner Schwester und der Mutter zu dieser Zeit,

schildert seinen Vater als wenig involviert in das Familienleben. Vor allem die Kinder, aber auch die Mutter sind von den schönen Erinnerungen an diese Zeit deutlich berührt.



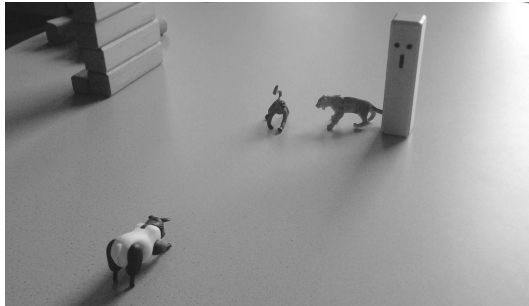
Vor der Trennung (Darstellung der Mutter)

Die Mutter korrigiert allerdings Lucas Bild der damaligen Zeit etwas, indem sie den Vater weiter fort von sich und den Kindern rückt.



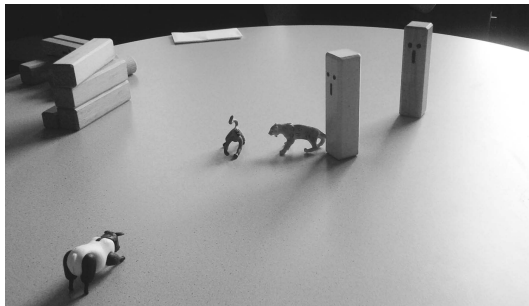
Trennungsphase

Alle Familienmitglieder einigen sich auf dieses Bild. Hannah steht weiter eng an der Seite der Mutter, während Luca für sich jetzt die Figur eines Äffchens wählt, das er als frech und zickig beschreibt und weit weg von Mutter und Schwester positioniert. Die Mutter äußert die Vermutung, Luca habe die Schuld für die Trennung bei ihr gesehen. Vor allem Hannah ist bei den Berichten über diese Phase den Tränen nahe.



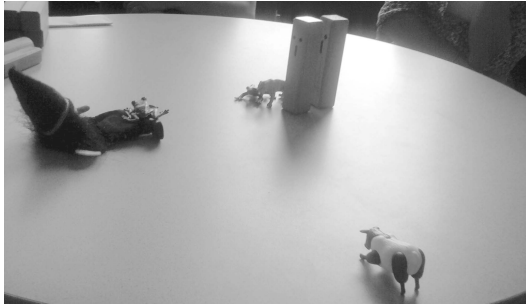
Nach der Trennung

Das Äffchen (Luca) hat sich der Schwester angenähert. Sein Blick ist auf den Vater gerichtet, für den Luca eine Figur wählt, die er als Schaf bezeichnet. Die Mutter und Hannah schildern, Luca habe zu der Zeit intensiv den Kontakt zum Vater gesucht, sei aber häufig versetzt worden. In der Familie habe er mehr und mehr Verhaltensweisen des Vaters gezeigt, sei unangemessen dominant aufgetreten.



Nach der Trennung mit Stephan, dem Freund der Mutter

Das Bild ändert sich durch das Auftauchen von Stephan, dem Freund der Mutter, zunächst wenig. Wie häufig zu diesem Zeitpunkt der Stieffamilienentwicklung wird eine anfänglich gute Beziehung zwischen Stephan und Luca beschrieben.



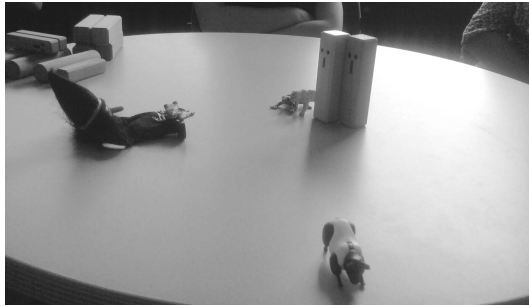
Nach dem Einzug von Stephan (Darstellung Luca)

Luca wählt für sich jetzt eine Handpuppe, die er »Bösewicht« nennt. Der Bösewicht ist auf Distanz zu Hannah, der Mutter und Stephan gegangen, schaut nur noch auf die drei, nicht mehr auf die Vaterfigur, die den Kopf zum Grasen gesenkt hat (»sich nur um sich selbst kümmert«). Beide Kinder haben nun einen Frosch bei sich, der für ihre jeweilige Katze steht. (Im Haushalt lebten zwei Katzen; Luca und Hannah hatten jeweils zu einer der Katzen eine sehr enge Beziehung.) In dieser Zeit kommt es mehr und mehr zu Konflikten zwischen Luca und Stephan.



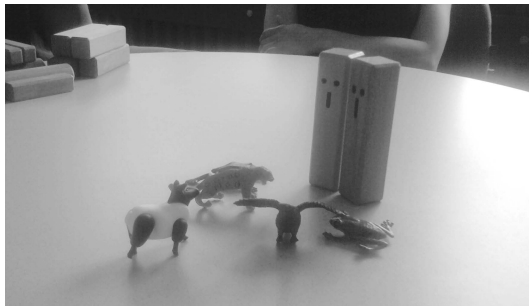
Nach dem Einzug von Stephan (Darstellung Hannah)

Hannah verändert das Bild insofern, als sie die Vaterfigur umdreht, sodass sie nicht mehr auf die Familie schaut. Sie selbst steht weiterhin ganz auf der Seite der Mutter, die von Stephan abgewandt ist.



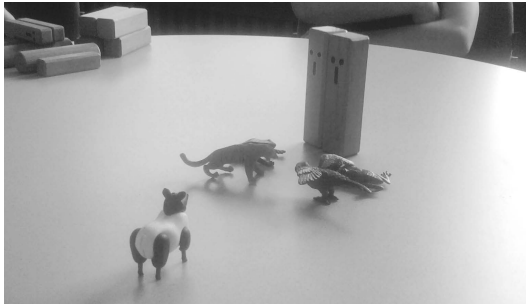
Nach dem Einzug von Stephan (Darstellung Stephan)

Stephan rückt die eigene Figur geringfügig nach vorn und betont die Übernahme der Vaterrolle in der Familie durch ihn.



Wunschbild (Luca)

Luca wählt für sich wieder den Papagei und bildet mit Hannah, der Mutter und Stephan einen Kreis; die Vaterfigur hat er auf die Stieffamilienmitglieder zubewegt, sie blickt auf alle sehr aufmerksam.



Wunschbild (realistisch/alle Familienmitglieder)

Jeder verändert seine Position. Mutter und Stephan stellen sich enger zusammen und bilden demonstrativ eine Einheit. Luca und Hannah rücken von dem Paar etwas fort, schauen sich jetzt wechselseitig an. Der Vater ist auf Distanz gegangen, schaut aber aufmerksam auf alle Beteiligten.

In den folgenden Stunden tauschten sich die Familienmitglieder darüber aus, welche Schritte jeder gehen müsse, um das gemeinsame Wunschbild zu realisieren. Die Offenheit und Änderungsbereitschaft aller Beteiligten war neu und eindrucksvoll. Luca wurde bald entlassen. Alle Beteiligten sind mit der inzwischen eingetretenen Entwicklung sehr zufrieden.

In beiden Fallbeispielen war die Therapeutin über die Stärke des Veränderungsimpulses, der von dem methodisch unterschiedlich erarbeiteten Rückgriff auf die Familiengeschichte jeweils ausging, sehr beeindruckt. Bei der lebensgeschichtlichen Sequenz von Familienbrettskulpturen im zweiten Fallbeispiel lag der Schwerpunkt – wie es für diese Methode charakteristisch ist – zum einen auf der Veranschaulichung des Familiengeschehens in den Skulpturbildern, zum anderen in einer Aufmerksamkeitsfokussierung aller Familienmitglieder auf das jeweilige Familienbild. Es kam bei allen Beteiligten zu einer leichten Trance, in der sie – angeregt durch die Fragen der Therapeutin – Zugang zum damaligen Erleben fanden, der einen intensiven, emotional getragenen Austausch unter den Familienmitgliedern ermöglichte. (Dies ist ein wesentlicher Unterschied zur Skulpturarbeit mit den realen Familienmitgliedern, bei der eher wenig gesprochen wird.)

Grundsätzlich sei nochmals auf die Vorteile des oben dargestellten und mit den Fallbeispielen veranschaulichten Konzeptes der klinischen Konstellation hingewiesen: Die Komplexität und die Multifaktorialität von psychischen Störungen werden erfasst, insbesondere wenn sie nicht additiv, sondern in ihrer rekursiven Interaktion betrachtet werden. Zudem wird die individuelle Besonderheit und Einmaligkeit des Problems dieses einen Kindes und Jugendlichen dargestellt. Und schließlich verweist das Konzept auf die komplexe Prozesshaftigkeit des therapeutischen Geschehens, da sich notwendigerweise die konstituierenden Faktoren im Lauf der Therapie ständig ändern.

8.3 Der Nutzen störungsspezifischer Erkenntnisse für die Systemische Therapie

Ein Buch zur Systemischen Therapie von Angststörungen kann – das ist eine Binsenweisheit – niemals ein Rezeptbuch sein. Auch Therapiemanuale, die die einzelnen therapeutischen Schritte vorgeben, so wie sie sich in wissenschaftlichen Untersuchungen bewährt haben, sind mit einem Systemischen Therapieverständnis schwer vereinbar – auch wenn man einräumen kann, dass die mit den Therapiemanualen angestrebte Professionalisierung und Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit ein wichtiges und aner kennenswertes Ziel ist. Aus systemischem Verständnis wird aber nicht so sehr auf die Gemeinsamkeit in den Verhaltens- und Erlebensweisen verschiedener (Angst-)Patienten fokussiert, sondern im Gegenteil vor allem auf die Unterschiede. Jeder Mensch zeigt seine ganz individuelle Form von störendem/gestörtem Verhalten. Und es ist eher die Ausnahme als die Regel, dass Menschen genau die Verhaltensweisen zeigen, wie sie in den diagnostischen Klassifikationssystemen den einzelnen Störungen zugeordnet werden; »in den wenigsten Fällen«, so auch Borg-Laufs (2006, S. 9) mit Bezug auf Auckenthaler, ist »eine singuläre Diagnose zu stellen, vielmehr ist von Komorbidität als praktischem Regelfall auszugehen«. Das sahen auch die Autoren der ICD-10 so und sprachen deshalb in der »Allgemeinen Einleitung« die Empfehlung aus, »so viele Diagnosen zu verschlüsseln