

**Beratung Aktuell**  
**Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung**

Jahrgang 10, Heft 4/2009

**Inhalt**

Editorial	2
<b>Dorothea Rahm:</b> Integrative Kindergruppentherapie mit Grundschulkindern im sozialen Brennpunkt	3
<b>Gisela Brock-Dautel &amp; Claudia Braun:</b> Von den Anfängen zum gereiften ganzheitlichen Angebot: 30 Jahre „Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere und Angehörige“ in Tübingen	22
<b>Verena Venske:</b> Vergebungsprozess bei Paaren	42
<i>Buchbesprechungen</i>	65
<i>Impressum</i>	76

## Editorial

Kinder sind die Zukunft der Gesellschaft! Wer kennt nicht diesen gut gemeinten Politikerspruch? Aber was ist mit den Kindern, die durch alle Maschen fallen, weil ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie, verbunden mit Armut, ihre körperliche und psychische Entwicklung in hohem Maße beeinträchtigt? Kinder, die dringend therapeutischer Hilfe bedürfen und von den herkömmlichen – meist stark mittelschichtorientierten – Angeboten nicht erreicht werden? Für die *therapeutische Arbeit in Grundschulen in sozialen Brennpunkten* beschreibt Dorothea Rahm das Projekt *Integrative Kindergruppen. Therapie mit Grundschulkindern*. In spannender und lebendiger Weise stellt sie eine Konzeption vor, die in der Schule verankert ist und in den dortigen Räumen stattfindet. Eltern werden so aus einer vielleicht überfordernden Verpflichtung entlassen; stattdessen tragen die Lehrer Sorge für eine regelmäßige Teilnahme. Über eine „indirekte Zusammenarbeit“ mit den Eltern werden jedoch auch diese erreicht.

Durch den medizinischen Fortschritt und gute Ernährungsmöglichkeiten werden Menschen zumindest in unserem Lebensraum immer älter. In der öffentlichen Debatte wird der Fokus in diesem Zusammenhang vor allen auf Pflegeversicherung, Alten- und Pflegeheime gerichtet. Was aber ist möglich, um den Lebensabschnitt als alter Mensch selbstbestimmt und würdevoll zu gestalten? Diesem Thema hat sich seit mehr als 30 Jahren die *Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere und Angehörige in Tübingen* gestellt. Gisela Brock-Dautel zeichnet den Weg von den *Anfängen einer Altenarbeit*, die überwiegend aus Kaffeenachmittagen für Hochbetagte bestand und die jüngere Alte oder die große Not durch Demenzkranke noch gar nicht den Blick genommen hatte *hin zu einem ganzheitlichen Angebot*.

Nicht wenige Eheberatungen werden durch eine sexuelle Außenbeziehung eines der beiden Partner ausgelöst, sind also in der Regel nicht die Ursache, aber Antrieb, Hilfe zu suchen. Es zeigt sich immer wieder, dass nicht das, was vorher an Störungen im Miteinander problematisch war, sondern dass die Tatsache des Fremdgehens als nicht bewältigbar erlebt wird. Hier bietet sich an, *Vergebung als eine therapeutische Methode in den Beratungsprozess* zu integrieren. Verena Venske widmet sich diesem Thema. Der Text versteht sich als ein Baustein zu einem geplanten Forschungsvorhaben, um zunächst eine Sensibilisierung für dieses Thema zu erreichen und um dann die Frage an die Praktiker zu stellen, welchen Stellenwert Vergebung in der eigenen Arbeit hat.

*Dr. Rudolf Sanders*

*Dorothea Rahm*  
**Integrative Kindergruppentherapie mit Grundschul-  
kindern im sozialen Brennpunkt**

## **1. Die Ausgangslage**

Ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie ebenso wie Kinderarmut ist für die körperliche und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einer der bedeutendsten Risikofaktoren. Diese Erkenntnis ist inzwischen zu einem hochaktuellen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Thema geworden. Dass Kinder „unser wertvollstes Gut“ sind, ist Standardformulierung in einschlägigen Debatten. Dass die Chancengerechtigkeit in Deutschland im europäischen und internationalen Vergleich besonders gering ist, ist ebenfalls bekannt und gibt dringenden Anlass, über Möglichkeiten nachzudenken, dies zu verändern.

Im Jahre 2007 wurde die vom Robert-Koch-Institut durchgeführte KIGGS-Studie veröffentlicht (Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Bildung und Forschung 2007). Es handelt sich dabei um die erste repräsentative Studie (Stichprobengröße 17.641) an 0-17-jährigen Kindern und Jugendlichen zur Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit in dieser Altersgruppe. Sie liefert umfangreiches, differenziertes Datenmaterial und kann zahlenmäßig belegen, wie sehr Kinder und Jugendliche aus Familien mit geringem sozioökonomischen Status – insbesondere wenn dieser mit einem Migrationshintergrund<sup>1</sup> verbunden ist – in vielfältiger Hinsicht in ihrer psychischen und körperlichen Gesundheitsentwicklung benachteiligt sind. Um hier Veränderungen in Gang zu bringen, ist ein Kanon von Maßnahmen erforderlich, die ineinander greifen und aufeinander abgestimmt sein müssen. Unter anderem zählen hierzu Weiterqualifizierungen von Hebammen, Erziehern und Lehrern, Elternbildung und Maßnahmen wie Früherkennung und sprachliche Förderung.

Das Ziel dieser vereinten Anstrengungen ist die Förderung der Entwicklungsbedingungen von Kindern, die bisher nicht oder wenig teilhaben an Möglichkeiten und Dingen, die für Mittelschichtkinder eher selbstverständlich sind. Es muss etwas getan werden für Kinder, deren Eltern – aus der Chancengleichheitsperspektive betrachtet – beeinträchtigt und nicht besonders erziehungskompetent sind, für Kinder, die Gewalt erfahren, für Kinder, die sich in dieser Gesellschaft unvertraut und fremd fühlen und wenig Chancen hatten, Schutzfaktoren für die Bewältigung ihrer Lebensbedingungen zu entwickeln.

---

<sup>1</sup> 25,4 % der in Deutschland lebenden Kinder zwischen 0 und 17 Jahren haben einen Migrationshintergrund.

Psychotherapie ist nur einer von vielen möglichen Wegen, benachteiligten oder gar geschädigten Kindern zu helfen, beziehungsweise ihnen einen besseren Start zu ermöglichen. Sie kann direkt dort eingesetzt werden, wo diese Kinder in großer Zahl anzutreffen sind: in Schulen in sozialen Brennpunktgebieten. Sie hat den Vorteil, dass sie zeitlich begrenzt und für die Kostenträger überschaubar ist.

Für die therapeutische Arbeit in Grundschulen im sozialen Brennpunkt habe ich gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen ein Konzept entwickelt. Es basiert auf der Integrativen Therapie (Petzold 1993, Rahm et al. 1999) und der Integrativen Kindertherapie (Metzmacher, Petzold & Zaepfel 1996; Petzold, Ramin 1991; Rahm 2004; Rahm 2009). Seit Mitte der 1980er-Jahre wurde dieses Verfahren zunächst in einer Kinder- und Jugend-Psychiatrie und später an einer Grundschule im sozialen Brennpunkt angewendet und gemeinsam mit vielen Kolleginnen und Kollegen<sup>2</sup> erprobt und weiter entwickelt. Wir denken, dass uns mit der Entwicklung unseres Konzeptes ein Ansatz gelungen ist, der insbesondere sozial benachteiligten Kindern und solchen mit Migrationshintergrund hilft, ihre eigene Identität besser entwickeln zu können und Fähigkeiten und Schutzfaktoren für die Bewältigung ihrer benachteiligenden Lebenslagen zu erlangen und ihre Zukunftsperspektiven zu verbessern.

Der vorliegende Artikel beschreibt die Struktur und konkrete Ausgestaltung dieser kindergruppentherapeutischen Arbeit an Grundschulen. Die therapeutische Methodik wird hier nur kurz umrissen und an anderer Stelle ausführlich und anhand vieler Beispiele – insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von Schutzfaktoren und Bindungssicherheit – dargestellt (Rahm 2004, Rahm 2009).

## **2. Entstehung des Kindergruppentherapie-Projektes**

Die Idee zu dem Projekt „Kindergruppentherapie an einer Grundschule im sozialen Brennpunkt“ entstand in einem Arbeitskreis von Mitarbeitern aus Erziehungsberatung, Allgemeinem Sozialen Dienst des Jugendamtes und Grundschule. Dort wurde von der Schulleiterin<sup>3</sup> einer Schule in einem sozialen Brennpunkt die Frage gestellt, was für diejenigen Risikokinder getan werden kann, die durch alle Maschen fallen. Das sind zum einen Kinder, die therapeutische Hilfe benötigen und von allen möglichen herkömmlichen Angeboten nicht erreicht werden. Zum anderen sind es Kinder, deren Familien die Angebote von Erziehungsberatungsstellen nicht annehmen können

---

<sup>2</sup> Mein besonderer Dank gilt Carola Kirsch, Leiterin des Fachbereichs Jugend am Jugendamt Wolfsburg, die maßgeblich an der Realisierung dieses Projektes beteiligt war.

<sup>3</sup> Brigitte Walkling

oder wollen. Gründe hierfür sind zum Beispiel, dass die dortigen Angebote nicht auf sie zugeschnitten sind, oder dass in einer Familie, in denen es vielen Familienmitgliedern schlecht geht, die Not eines einzelnen Kindes gar nicht besonders auffällt; oder dass gar nicht vorstellbar ist, dass es tatsächlich Hilfe geben könnte, es also kaum Hoffnung auf Veränderung gibt.

Auch in Kinderpsychiatrien oder in Einzeltherapien tauchen diese Kinder üblicherweise nicht auf, vor allem, weil solche Angebote eher mittelschichtorientiert sind und eine entsprechende Zusammenarbeit mit den Eltern zur Bedingung machen, die zum Beispiel von Migrationsfamilien meist nicht zu leisten sind. Aus diesen Fragen entstand die Idee, eine Konzeption für kindergruppentherapeutische Arbeit zu entwickeln, die in der Schule verankert ist und in den dortigen Räumen stattfindet. Wichtig erschien uns bei diesen Überlegungen, dass die Eltern auf diese Weise aus vielleicht überfordernden Verpflichtungen – zum Beispiel Sorge für eine regelmäßige Teilnahme zu tragen – befreit werden. Darüber hinaus wurde geplant, möglichst alle Mitarbeiter des professionellen sozialen Netzwerkes der Kinder einzubeziehen, neben den Therapeut/inn/en also auch die Schulsozialarbeiterin, Lehrer/innen, Mitarbeiter/innen des Hortes und des Jugendamtes sowie die Schulleiterin.

In den sieben Jahren, in denen wir mit Kindern dieser Schule therapeutisch gearbeitet haben, wurde das Konzept kontinuierlich weiterentwickelt. Wir haben unterschiedliche zeitliche Einbettungen der Therapie in den Schulalltag ebenso ausprobiert wie verschiedene Gruppenzusammensetzungen, verschiedene Formen der Zusammenarbeit mit den Lehrern und verschiedene Angebote für die Eltern.

### **3. Auswahl der Gruppentherapie-Kinder**

Die Auswahl und Entscheidung, welche Kinder in die Therapiegruppe kommen sollten, erfolgte pragmatisch: Die Kinder wurden von ihren Lehrerinnen spontan und relativ intuitiv für die Gruppe vorgeschlagen. Für die Vorschläge gab es zwei zentrale Kriterien:

- schwere psycho-soziale Beeinträchtigungen oder Störungen in Verbindung mit einer ausgesprochen negativen Entwicklungsprognose – meist in Zusammenhang mit vermuteten oder bekannten Traumatisierungen in der
- Lebensgeschichte das Fehlen von Alternativen zur Gruppentherapie

Da immer mehr Kinder vorgeschlagen wurden als Therapieplätze vorhanden waren, erfolgte die endgültige Auswahl an-

schließlich in gemeinsamer Abstimmung zwischen Lehrerinnen, Schulsozialarbeiterin und Schulleiterin.

#### **4. Gruppenzusammensetzung**

Wir haben uns für eine Gruppengröße von sechs Kindern beiderlei Geschlechts entschieden, im Idealfall drei Mädchen und drei Jungen. Vier Mädchen und zwei Jungen sind auch möglich. Nur ein Kind pro Geschlecht ist fast immer ungünstig. Nach unseren Erfahrungen empfehlen sich im Grundschulalter gemischtgeschlechtliche Gruppen selbst dann, wenn die Kinder zunächst lieber getrenntgeschlechtliche wünschen. Mit eingeschlechtlichen Gruppen haben wir in diesem Setting keine Erfahrungen. Wir stellen uns vor, dass solche Konstellationen für Kinder mit Migrationshintergrund eine gute Alternative sein könnten. Dabei ist zu beachten, dass die Gruppenleitung für Jungengruppen männlich bzw. paritätisch besetzt sein sollte.

Die Altersstruktur sollte eher an der dem Entwicklungsalter entsprechenden Jahrgangsstufe orientiert sein als am realen Alter. Das zweite Schuljahr (die Altersvariabilität beträgt hier etwa sieben bis zehn Jahre) wurde von der Schule sowie von den Therapeutinnen als optimal angesehen – und zwar aus folgenden Gründen:

- Je früher eine solche Maßnahme (innerhalb des Grundschulalters) einsetzt desto wirksamer ist sie als Grundlage für weitere Entwicklungen.
- Zu Beginn des ersten Schuljahres können die Lehrerinnen noch keine erfahrungstragenden Aussagen über die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder im Rahmen von Schule und schulischen Fördermöglichkeiten anstellen. Einige Kinder machen in ihrer Schulklasse auch ohne therapeutische Unterstützung schöne Entwicklungen.

Meist haben mindestens zwei Drittel unserer Kinder einen Migrationshintergrund. Nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 (Remschmidt & Schmidt 1994) erzielen die Kinder hohe Skalenwerte auf drei bis fünf der fünf Achsen sowie der Globalbeurteilung<sup>4</sup>: sie haben also tiefgreifende und schwerwiegende Störungen der psychosozialen Anpassung.

---

<sup>4</sup> Achse I: Klinisch psychiatrisches Syndrom, Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen, Achse III: Intelligenzniveau, Achse IV: Körperliche Symptomatik, Achse V: Aktuelle assoziierte abnorme psychosoziale Umstände, Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung.

## 5. Elternkontakte

Mit allen Eltern haben wir zu Anfang einen Gesprächstermin, der meist länger als eine Stunde dauert. Gelegentlich ist ein Dolmetscher oder ein älteres Kind der Familie mit dabei.<sup>5</sup> Die Elterngespräche gliedern sich in vier Themenbereiche:

- a. Wir berichten anschaulich und konkret über Inhalte der gruppen-therapeutischen Arbeit, zum Beispiel auch, indem wir – erkenntlich anonymisiert – über Begebenheiten, Erfahrungen und Entwicklungen von Kindern aus vorangegangenen Gruppentherapien erzählen. Wenn möglich, wählen wir Beispiele, die zu den Wachstumserfordernissen oder Möglichkeiten des Kindes dieser Eltern gut passen. Wir formulieren Vorstellungen darüber, wie dieses Index-Kind von der Gruppentherapie profitieren könnte.
- b. Wir besprechen die Schweigepflichtregelung: Wir sichern den Eltern zu, dass der Schule von den Gruppentherapeuten keine intimen Informationen über die Familie, die das Kind vielleicht während der Therapie anspricht, mitgeteilt wird. Dies scheint sehr wichtig zu sein; wenngleich sich für uns Gruppenleiter daraus häufig eine schwierige Gratwanderung ergibt, ein Abwägen dessen, was wir sagen und nicht sagen dürfen und wohin wir gern die Fantasie einer Lehrerin lenken wollen, ohne ein Geheimnis zu verraten. Dass wir um dieses Schweigepflichtgebot ringen, ist sicher einer der Gründe dafür, dass in den sieben Jahren nur ein einziges Mal ein Kind von seiner Mutter aus der Therapiegruppe herausgenommen wurde.
- c. Wir erheben eine „Mini-Anamnese“. Häufig ist diese reichlich rudimentär. Wir bemühen uns etwa darum, etwas über das Herkunftsland, die Erfahrungen der Ausreise und Eingliederung, über die Lebensumstände, Fähigkeiten und Ressourcen aller Familienmitglieder zu erfahren. Dies soll keinen Ausfragecharakter bekommen: Es muss deutlich bleiben, dass unser Interesse darauf gerichtet ist, etwas über die Möglichkeiten des Kindes und die Unterstützungs-Möglichkeiten innerhalb der Familie zu erfahren.
- d. Wir bitten die Eltern explizit und schriftlich um die Zustimmung zur Teilnahme ihres Kindes an der Gruppentherapie. Wir vermitteln dabei, dass wir einer Ablehnung achtungsvoll gegenüber stehen und nicht versuchen werden, die Eltern zu überreden. Diese Haltung haben wir uns vorher in mehrperspektivischen Diskussionen erarbeitet, in denen wir uns darum bemüht haben, uns in die Situation und in die Möglichkeiten der Eltern einzufühlen.

---

<sup>5</sup> Wir sind uns der Problematik der Übersetzung durch ein Geschwisterkind durchaus bewusst und suchen – wann immer möglich – nach anderen Lösungen.

Wir nehmen an, dass es an dieser unserer Haltung liegt, dass alle gefragten Eltern tatsächlich ihre Zustimmung gegeben haben.

Die Eltern bekommen von uns die Zusicherung, dass die Teilnahme ihres Kindes an der Therapiegruppe von der Schule geregelt wird, dass die Lehrerin es zum Beispiel zu den ersten Terminen hinführen wird, dass die Eltern sich also um nichts kümmern müssen.

## **6. Gruppenleitung**

Die Gruppe wird von zwei kindergruppentherapeutisch erfahrenen und persönlich kompetenten Therapeut/inn/en sowie zwei persönlich kompetenten Praktikant/inn/en (Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen) geleitet. Für die Praktikanten fallen üblicherweise keine zusätzlichen Kosten an. Möglichst zwei, mindestens eine dieser vier Personen sollte männlichen Geschlechts sein. Diese Zusammensetzung ist personalintensiv, erscheint aber notwendig und hat sich sehr bewährt. Sie trägt auch zur Kontinuität und damit zur Verlässlichkeit der Gruppentherapie bei, da diese auch dann stattfinden kann, wenn eine Person fehlt.

Diese Zusammensetzung bietet eine Reihe von Möglichkeiten, die an anderer Stelle ausführlich beschrieben werden (Rahm 2004, Rahm 2009). Die verschiedenen Leiter/innen nehmen nicht nur unterschiedliche Funktionen wahr sondern fungieren immer auch als Modelle, die über wichtige Themen reflektieren und kommunizieren, die für die Kinder hoch spannend sind und ungewohnte Möglichkeiten von Kooperation aufzeigen. Dabei geht es um Themen wie: Wie kann ich als Lernender (z.B. als Praktikant) eine andere Gruppenleiterin um Hilfe bitten und transportieren, wie ich dabei meine Selbstachtung aufrechterhalte? Wie zeigen die „Erfahreneren“ Achtung gegenüber den Lernenden? Wie bitte ich um Unterstützung? Wie kann ich souverän bleiben, wenn ich die Hilfe anderer annehme? Wie gehen wir mit unterschiedlichen Meinungen und Vorstellungen um? Wie können wir uns in Situationen von Chaos und Unsicherheit gegenseitig stützen und entlasten? Wie gehe ich mit mir selbst und mit anderen um, wenn ich etwas vergessen, übersehen, falsch gemacht habe? Wie entschuldige ich mich – mit der Fähigkeit, Selbstachtung zu bewahren und gleichzeitig betroffen zu sein?

Es ist erforderlich, dass die Gruppenleiter über interkulturelle Sensibilität verfügen und Erfahrungen mit unterschiedlichen kulturellen Sozialisationsbedingungen gemacht haben oder zumindest bereit sind, sich damit auseinanderzusetzen. Sie benötigen außerdem ein Bewusstsein dafür, dass ihr Geschlecht und wie sie ihre Geschlechtsrolle verkörpern, einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den Eltern und mit den Kindern ausübt. Sie benötigen die Fantasie, dass es für schwer verstehbare Verhaltens-



weisen von Kindern und Eltern Gründe geben kann, die in Sozialisationsbedingungen zu finden sind, die für deutsche Gruppenleiter ohne Migrationshintergrund eher fremd sind. Zum Beispiel werden Eltern häufig dadurch verständlicher, dass wir ihre große Angst vor deutschen Institutionen nachvollziehen, von denen sie eher Machtausübung, Sanktionen und kaum erfüllbare Anforderungen erwarten.

## **7. Einrichtung des Therapiezimmers**

Optimal ist ein Raum mit 50–70 m<sup>2</sup> Größe mit strapazierfähigem Teppichboden ohne Einrichtungsgegenstände. In unserem Fall war das ein Mehrzweck- und Veranstaltungsraum der Schule, der allerdings den Nachteil hatte, dass er vor und nach der Therapie aufwändig aus- und wieder eingeräumt werden musste.

Als Material empfehlen sich viele Wolldecken und Kissen, ein Schaumstoffball und Stofftiere/Handpuppen. Nach Bedarf und Gruppenentwicklung kann anderes Material hinzugenommen werden, zum Beispiel Sportmatten, große Schaumstoffquader, Vorlesebücher.

## **8. Zeitliche Planung**

Es empfiehlt sich eine Therapiesitzung von 60 Minuten. Wenn die Therapie im Anschluss an den Schulunterricht stattfinden soll, ist es optimal, wenn die Kinder vorher ein warmes Essen bekommen. In unserem Fall gab es die Möglichkeit, ein solches Essen über das benachbarte Kinderhaus (Hort) zu organisieren. Für diese der Therapie vorgeschaltete Mittagessens-Phase sind 30 Minuten anzusetzen. In dieser halben Stunde haben wir die Kinder bedient und verwöhnt. Wir denken darüber nach, inwieweit diese halbe Stunde mit einem guten warmen Essen in wohlwollender Atmosphäre einen deutlichen Anteil am Erfolg unserer Gruppentherapie hat.

Wenn die Gruppentherapie während des Schulvormittags stattfindet, ist es wichtig, dass die Kinder nicht ohne Übergang – ohne „Schleuse“ zum Umschalten – in ihre Schulklassen zurückgehen. Dies ist zum Beispiel möglich, wenn man das Gruppenende kurz vor den Beginn der großen Pause legt oder eine ritualisierte Übergangszeit (zum Beispiel ein Getränk reichen oder etwas vorlesen) in einer anderen Räumlichkeit oder im Pausenhof schafft.

Unmittelbar im Anschluss an die Therapiesitzung sollte eine einstündige Nachbesprechung (siehe weiter unten) stattfinden.

Als Gesamtverlauf bietet es sich an, nach den Sommerferien mit der Auswahl der Kinder und den Elterngesprächen zu beginnen. Im Schnitt hatten wir 26 Gruppentherapiesitzungen, etwa vom frühen Herbst bis zum Frühsommer. Während der Schulferien sollte keine Therapiegruppe stattfinden. Wenn es nicht möglich ist, drei Gruppen-

termine vor die Herbstferien zu legen, spricht einiges dafür, erst nach den Ferien zu beginnen.

## **9. Zusammenarbeit im professionellen Netzwerk**

Wir haben verschiedene Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern im professionellen sozialen Netzwerk ausprobiert. Letztendlich hat sich in unserem Fall folgendes Vorgehen als praktikabel bewährt: Es gibt drei zweistündige Konferenzen mit allen Beteiligten, das sind die KindertherapeutInnen, alle Lehrer und Förderlehrer, die in Kontakt zu einem Therapiegruppenkind stehen, die Schulleitung, Bezugspersonen aus dem Hort (sofern Therapie-kinder den Hort besuchen) sowie die Schulsozialarbeiterin. Aus organisatorischen Gründen waren die Mitarbeiterinnen des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Jugendamtes an diesen Gesprächen nicht beteiligt, es gab allerdings eine schnelle unkomplizierte Verständigung mit dem Jugendamt, da die Schulsozialarbeiterin vor ihrer Tätigkeit in der Schule im Jugendamt angestellt war. Diese drei Gespräche sollten möglichst zu folgenden Zeitpunkten stattfinden: Das erste etwa drei Wochen nach Beginn der Therapiegruppe, das zweite etwa in der Mitte der Zeit und das dritte etwa zwei bis vier Wochen nach Beendigung.

Für diese Konferenzen wurde jeweils ein Gesprächsleiter gewählt, der die Aufgabe hatte, die für wichtig erachteten Themen zu sammeln und darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass für jedes einzelne Kind ausreichend Besprechungszeit zur Verfügung steht. Die Gespräche werden protokolliert, die Protokolle stehen allen Beteiligten zur Verfügung.

Darüber hinaus besteht für die Lehrerinnen die Möglichkeit, kurzfristig mit einer der Gruppenleiterinnen ein kurzes Gespräch zu führen oder einen Termin für ein ausführliches Gespräch auszumachen. Erstere Möglichkeit wurde häufig genutzt, die letztere wurde überhaupt nicht in Anspruch genommen, schien aber als Angebot wichtig zu sein.

## **10. Methodik**

Über die methodisch-therapeutische Arbeit kann in diesem Rahmen lediglich ein knapper Überblick gegeben werden (vgl. dazu ausführlich Rahm 2004; Rahm 2009; Metzmacher, Petzold & Zaepfel 1996; Zaepfel & Metzmacher 1999):

- Therapie verstehen wir als gemeinsamen Suchprozess von Gruppenkindern und Therapeuten. Die Aktionen und Reaktionen der Kinder werden als Anfragen an die empathische, kognitive und Handlungskompetenz der Therapeuten wahr-

genommen. Die therapeutische Antwort, die verbale oder handelnde Reaktion des Therapeuten, ist wiederum zu verstehen als eine Anfrage an die Kinder innerhalb dieses Suchprozesses: „Ist das für dich hilfreich, verstehbar, integrierbar?“ Die Antworten, Aktionen und Reaktionen der Kinder auf diese Anfrage sind wiederum Impuls für den weiteren Suchprozess, also wiederum Anfrage an die empathische, kognitive und Handlungskompetenz der Therapeuten.

- Dieser Suchprozess wird gelenkt durch die tiefenpsychologische und soziale Suche nach dem Sinn des kindlichen Verhaltens beziehungsweise Fehlverhaltens. Der Suchprozess wird von Seiten der Therapeuten für die Kinder – soweit das möglich ist – transparent gemacht, sodass die Therapeuten gleichzeitig als Lernmodell fungieren. Dies fördert die reflexive und empathische Kompetenz der Kinder und ist Grundlage für die Entwicklung von Schutzfaktoren (vgl. Rahm 2004 und 2009).
- Die tiefenpsychologische und soziale Suche nach dem latenten Sinn des kindlichen Verhaltens ist verwoben mit der Suche nach dem Bewältigungsaspekt des Verhaltens und damit auch mit der Suche nach besseren Bewältigungsstrategien und Handlungskompetenzen. Diese kommen dann unmittelbar der Entwicklung des Schutzfaktors „Selbstwirksamkeit“ zugute.
- Spielangebote sind das Transportmittel der therapeutischen Interventionen. Sie sind das Medium, über das sich die therapeutische Beziehung gestaltet, in der Bindungssicherheit erfahren werden kann und sich Schutzfaktoren entfalten können. Spielangebote sollen Freude bereiten, Ausdrucksmöglichkeiten für Gefühle und „Unbewusstes“ bieten, die (Weiter-) Entwicklung von Ressourcen, Handlungskompetenz, Abgrenzungskompetenz und Kreativität fördern.

Die Modellwirkung des Therapeuten ist im therapeutischen Lern- und Veränderungsprozess von zentraler Bedeutung. Der Therapeut kann seine Eigenschaft als Modell bewusst einsetzen für

- den Umgang mit „schwierigen Gefühlen“ wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Wut und Ärger, Versagen, Schwäche und Schuld, Trauer, Scham und Angst;
- den Umgang mit „guten Gefühlen“ wie Lust, Freude, Kraft und Mitgefühl;
- den Umgang mit Grenzen, mit Konflikten, für Klärung von Missverständnissen und für die Fähigkeit, um Hilfe bitten zu können;

- die Erarbeitung von Rollenflexibilität<sup>6</sup>;
- die Verkörperung der eigenen Geschlechtsrolle;
- die Erarbeitung von Problemlöse- und Bewältigungsfähigkeiten;
- die Erfahrung, dass „Zwischenmenschliches“ erarbeitet werden muss, dass es also gelernt werden kann und dass Lern- und Such-Prozesse selbst für Erwachsene sowohl notwendig als auch gewinnbringend sind.

## 11. Verlauf

Auch der Verlauf kann hier nur überblicksweise, konkretisiert durch einige Beispiele, geschildert werden (näheres s. Rahm 2004). Zu Beginn der Therapie ist es unerlässlich, dass die Kinder als wichtigste und kompetente Partner für den Therapieprozess willkommen geheißen und eingeladen werden, indem wir sie über das Auswahlverfahren, Inhalte, Möglichkeiten und Ziele der therapeutischen Arbeit – positiv konnotiert – informieren. Geschieht dies nicht, können wertvolle Möglichkeiten vertan werden. Im schlechtesten Fall entstehen demotivierende Missverständnisse, zum Beispiel wie in unserer allerersten Gruppe, bei der wir erst in der dritten Stunde von dem unter den Kindern kursierenden Gerücht erfuhr, es würde sich um eine heimliche Sonderschulüberprüfung handeln.

Bei den einführenden Erklärungen sollten wir möglichst konkret, transparent und verständlich sein und uns kurz fassen und gegebenenfalls mehrere kleine Inputs statt langer Erklärungen geben. Zum Beispiel kann gesagt werden „Ihr seid für diese Therapiegruppe ausgewählt worden, weil eure Lehrerinnen Euch zutrauen, hier etwas lernen zu können, das euch gut tut. Und ihr seid außerdem ausgewählt worden, weil es für jeden von euch auch etwas gibt, was ihm schwerfällt, zum Beispiel wie man einen Freund findet oder was man tun kann, wenn man wütend ist, oder wie man ein besserer Schüler wird.“ Sofern vorhanden können ein bis zwei Beispiele von Kindern aus früheren Gruppen – die selbstverständlich absolut anonym sein müssen – erzählt werden oder es wird das Gruppenspiel beschrieben, das als Anfangsritual für alle weiteren Therapiestunden eingeführt werden soll und das dann gleich in die Tat umgesetzt wird.

Bei uns war folgender Anfang beliebt und hat sich über viele Gruppenverläufe bewährt: Für jedes Kind werden im Kreis auf dem Boden Wolldecken mit einem Kissen darauf ausgebreitet. Diese Decken werden als Inseln definiert, die geschützt sind und von anderen nur mit Erlaubnis beziehungsweise nur mit Einladung betreten werden dürfen. Von den bereitliegenden Hand-

---

<sup>6</sup> Besonders für die Rollen Aspekte Involvierung und Exzentrizität, vgl. Rahm 2005.

puppen/Kuscheltieren darf sich jedes Kind eins aussuchen und mit auf seine Insel nehmen. Häufig bleiben die Tiere über den gesamten Gruppenverlauf bei einem Kind, manche Tiere werden später getauscht, umkämpft, vorübergehend an einen Paten abgegeben, der freundlich für das Tier sorgt, aber auch vernachlässigt und gequält, so dass sich hieraus wichtige Arbeitsthemen ergeben können.

Um die Inseln schreiben wir mit weißer Kreide (vorher prüfen, ob sie gut wieder abgesaugt werden kann) die Namen des bewohnenden Kindes und seines Stofftieres, also zum Beispiel „Dennis-Hai-Insel“. Dieser relativ ruhige Gruppenbeginn auf den Inseln bietet im weiteren Verlauf einen Raum und einen Rahmen für Mitteilungen: für Berichte, Fragen und Wünsche von den Kindern ebenso wie für Mitteilungen und Überlegungen von uns an die Kinder.

Von diesem Inselspiel ausgehend lassen sich gut weitere Aktivitäten entwickeln, zum Beispiel „Tier-Kennenlern-Besuche“, für die die Kinder sich von uns mit großem Vergnügen mit Wassertaxis oder auf Delfinen (Decken oder Kissen) von Insel zu Insel transportieren lassen. Daraus ergeben sich entsprechend der psychischen Thematik weitere Spiele, die manchmal über mehr als zehn Sitzungen wiederholt und bearbeitet werden: zum Beispiel alle möglichen Varianten des Kampfes um Grenzen: Schutz bekommen für die Wahrung der eigenen Grenzen, um Unterstützung bitten, Hilfe annehmen, Grenzen überschreiten, Umgang mit „Opfer“ und mit „Täter“ nach Grenzüberschreitung. Oder zum Beispiel: aus dem Wassertaxi fallen, ertrinken und gerettet werden, eine gute Pflege im Krankenhaus oder in der Wohlfühl-Ecke (siehe unten) bekommen, oder – mit verbaler Unterstützung durch die Therapeuten – alles auskotzen, was man beim Ertrinken zu viel an Wasser und Unverdaulichem geschluckt hat, alles was gemein, eklig, furchtbar oder ungerecht ist.

Neben einem zuverlässigen Anfangsritual sollte es auch ein regelmäßiges Abschiedsritual geben. Bei uns hat sich bewährt, die Kinder mit ihren Kuscheltieren in einer Decke von zwei Erwachsenen zu schaukeln, zum Beispiel zehnmal, und dabei ihnen und ihren Tieren gegenüber zu würdigen, was in der Sitzung an Positivem sichtbar war und ihnen gute Wünsche für die kommende Woche mit auf den Weg zu geben. Außerdem unterstützen wir sie darin, sich bis zur nächsten Woche von ihren Tieren zu verabschieden und verhelfen ihnen so dazu, die Frustration darüber zu bewältigen, dass sie ihre Tiere nicht mit nach Hause nehmen dürfen. Ein etwas weniger kraftaufwändiges Abschiedsritual besteht darin, jedes Kind in einer Wolldecke über den Boden zu ziehen, gegebenenfalls über Hindernisse hinweg „mit eingebauter Rückenmassage“.

Von all den möglichen Übungen und Spielen, die sich für die Gruppentherapie anbieten, möchte ich hier stichwortartig einige benennen, die uns besonders wichtig erscheinen: „Beschützerballspiel“,

Massagen<sup>7</sup> in verschiedenen Variationen und Dosierungen, zum Beispiel auch Massagen für die Stofftiere, Kräftemessen in verschiedensten Variationen, mit Handicaps für die Stärkeren, Territorium gestalten und verteidigen, Höhlen bauen, Vorlesen, diverse Übungen aus dem Bereich der Psychomotorik zur Wahrnehmung guter Körpererfahrungen und Achtung von Grenzen. Diese Möglichkeiten und Übungen werden in dem Buch „Integrative Gruppentherapie mit Kindern“ (Rahm 2004) ausführlicher beschrieben. Die Auswahl von Spielen und Übungen ist abhängig von den Wünschen, Bedürfnissen und „Arbeitsthemen“ der einzelnen Kinder, vom Verlauf des Gruppenprozesses sowie von den Vorlieben und Erfahrungen der Gruppenleitung. Für alle Spiele, die sich für eine spezifische Gruppe beziehungsweise für spezifische Kinder bewähren, empfiehlt es sich, sie über mehrere Stunden anzubieten, damit über die Kontinuität zunehmend mehr Sicherheit entsteht und damit Lernfortschritte erfahren und erkannt werden.

Damit Aktivitäten nicht in Chaos und Überforderung ausufern, sollten Ruhepausen organisch eingebaut werden. Entsprechend können nach Ringkämpfen (die am besten mit genau definierten Regeln, mit Schiedsrichter und sehr kurzer Zeitvorgabe durchgeführt werden) routinemäßig zum Schluss Massagen für die Beteiligten eingebaut werden.

In allen Gruppen und jeder Therapiestunde stellen wir eine vorher vorbereitete Wohlfühl-Ecke aus Decken und Kissen zur Verfügung. Sie kann von jedem Kind jederzeit genutzt werden: zum Ausruhen, Sprechen, gepflegt oder massiert werden. Wenn viele oder alle Kinder gleichzeitig den Wohlfühl-Ort nutzen wollen, kann er durch zusätzliche Kissen oder Decken erweitert werden.

Es gibt einige Regeln, für deren Einhaltung wir – gegebenenfalls auch mit Einsatz von Körperkraft – Sorge tragen: Andere Menschen dürfen nicht mutwillig verletzt und Gegenstände dürfen nicht mutwillig zerstört werden. Werden diese Grenzen überschritten, was in jeder Gruppe geschieht, ist die Kompetenz und Lernfähigkeit der Leitung im Umgang mit der jeweiligen Situation gefragt. Weitere Regeln werden situationsspezifisch entwickelt, zum Beispiel dass nicht mit Schuhen, Hydrokultursteinen oder dem Schnee von der Fensterbank geworfen werden soll.

In Bezug auf den Gesamtverlauf der Gruppe ist wichtig, den Kindern klare und verlässliche Informationen zu geben, die ihnen vorbereitend helfen, Therapiepausen und das Therapieende zu anti-

---

<sup>7</sup> Achtung: Jeder Therapeut und jede Therapeutin ist verpflichtet, bei kindertherapeutischen Spielangeboten und ganz speziell bei Interventionen mit Körperkontakt achtungsvoll Grenzen zu wahren. Dies gilt in ganz besonderer Weise dann, wenn Kinder selbst nicht über Sicherheit im Erspüren und Achten von Grenzen verfügen. Falls es hier irgendwelche Verunsicherungen gibt, sind Thematisierung, Supervision und gegebenenfalls weitere Maßnahmen erforderlich.

zipieren: „noch drei mal bis zu den Weihnachtsferien“, „in der ersten Schulwoche nach den Ferien geht es weiter“, „noch fünfmal bis zum Ende der Gruppe“, „beim vorletzten Mal werden wir ein Foto von der Gruppe und von jedem einzelnen Kind mit Stofftier machen, das ihr beim letzten Mal mit nach Hause nehmen könnt“.

## 12. „Botschaften“

Wir haben den Kindern regelmäßig schriftliche Mitteilungen gemacht über (kleine) positive Eigenschaften, Handlungen oder neue Erfahrungen, pro Gruppenstunde für ein bis zwei Kinder, manchmal auch eine Gruppen-Botschaft an alle Kinder. Diese Botschaften haben wir zu Viert unterschrieben und in einem schönen Umschlag vor Stundenbeginn auf die Insel gelegt, so dass sie zu Beginn – je nach Wunsch allein oder im Beisein anderer – gelesen oder vorgelesen werden konnten.

### *Es folgen einige Beispiele:*

„Liebe A., in der letzten Gruppenstunde hast Du mit B. zusammen ein Spiel erfunden, das Euch beiden und allen anderen Kindern auch, viel Freude bereitet hat.“

„Wir haben uns darüber gefreut, dass Dir die Kissenschlacht und das Ein- und Ausrollen mit den Decken so viel Spaß und Freude bereitet hat ...“

„Wir haben gesehen, wie sorgsam und liebevoll Du Deine Insel für Dich und C. eingerichtet hast ...“

„Wir haben uns in der letzten Gruppenstunde einige Male über Dich gefreut: Du hast es geschafft, Dich wieder zu beruhigen, als D. Deine Bude kaputt gemacht hat *und* Du konntest das Känguru an E. wieder zurückgeben, obwohl Du es gern behalten hättest und obwohl Du Dich über ihn geärgert hast ...“

„Du hast in der letzten Gruppenstunde ganz lange und fair mit den Schaumstoffkeulen gekämpft ...“

„Du hast es geschafft, laut und deutlich „Nein“ zu Frau Rahm zu sagen. Super! Kannst Du Dich noch daran erinnern?“

„Du kannst gut spüren, was Deinem Spielpartner wichtig ist. Manchmal kannst Du auch spüren, was Dir selbst wichtig ist ...“

„Wir haben gesehen, dass Du in der Gruppenstunde zeigen kannst, wenn Du traurig bist. Du hast sogar gewusst, warum Du traurig warst. Du hast sogar dafür gesorgt, dass F. das auch verstanden hat. Es ist gut, wenn man das kann ...“

„Lieber A, liebe B., liebe C, ... Es ist Euch in der letzten Stunde gemeinsam gelungen, Euch gegen die Erwachsenen durchzusetzen. Wir hatten überhaupt keine Lust, die großen schweren Tische in den Gruppenraum zu tragen. Ihr hab Euch gegen uns durchgesetzt und



das war gut so. Ihr habt ein herrliches Tisch-Höhlen-Bauspiel erfunden und wir alle hatten viel Freude damit.“

Da diese Botschaften sich als wichtig erwiesen haben und außerordentlich begehrt waren, haben wir am Ende der Gruppenzeit pro Kind sämtliche Botschaften zusammengefügt und im Rahmen eines Abschiedsgeschenks ausgedruckt. Dabei konnten wir feststellen, dass sich bei jedem Kind ein roter Faden durch die fünf bis sechs Botschaften zog, der die Fortschritte des Kindes gut widerspiegeln konnte.

### **13. „Indirekte Zusammenarbeit“ mit den Eltern**

Es ist nur ein einziges Mal vorgekommen, dass Eltern ein Kind aus der Therapiegruppe herausgenommen haben. Natürlich haben wir uns gefragt, welche Gründe es für eine derart hohe Compliance der Eltern geben kann. Wir meinen, dass das daran liegt, dass wir keine Forderungen an sie gestellt haben, ihre Veränderungsfähigkeit nicht überfordert haben. Darüber hinaus sind wir die vielleicht einzige Instanz, die keine Kritik an Ihren Kindern und an der Familie geübt hat. Welche Bedeutung den „Botschaften“ dabei zukommt, begannen wir zu ahnen, als ein Junge erzählte: „Meine Mutter hat die alle an unsere Pin-Wand gesteckt“. Sämtliche Kinder erzählten daraufhin eifrig, wie und wo ihre Eltern die Botschaften aufbewahren. Seit dieser Zeit prüfen wir unsere Botschaften auch daraufhin, wie sie wohl in der Familie ankommen. Manche Botschaften formulieren wir auch tatsächlich primär in Hinblick auf die Eltern. Wahrscheinlich ist es so, dass die Eltern die Botschaften annehmen und auf sich wirken lassen können, weil sie nicht direkt angesprochen werden: Es sind ja Botschaften an die Kinder, sie können also entspannt bleiben, müssen sich nicht verteidigen.

Zu Beginn der Konzeptentwicklung hatten wir Elternabende geplant und gut vorbereitet. Dieser Versuch hat sich als Flop erwiesen, mehr als ein bis zwei Mütter kamen nicht. Allerdings wurden wir auf Schulfesten und ab und zu auch beim Abholen der Kinder gern von Eltern angesprochen. Fast immer stand dabei der Wunsch im Vordergrund, etwas Gutes über das eigene Kind zu hören.

### **14. Nachbesprechung**

Die Nachbesprechung hat im Rahmen unserer Gruppentherapie einen zentralen Stellenwert und hat unmittelbare Auswirkungen für die folgenden Therapiestunden. Sie ist für alle Beteiligten sowohl mit Impulsen für die Weiterentwicklung von Handlungskompetenz als auch mit hohem Erkenntnisgewinn verbunden, beispielsweise dadurch, dass wir unsere Fragen und unser Wissen zum interkulturellen Verstehen miteinander teilen.



Jeweils im Anschluss an die Therapiestunden haben wir uns gemeinsam mit der Schulsozialarbeiterin zu einer 60-minütigen Nachbesprechung zusammengesetzt und uns über folgende Themen ausgetauscht und ein Ergebnisprotokoll angefertigt:

- unsere Befindlichkeit
- unser Miteinander
- Kommentare und Verstehens-Suche zum Gruppenprozess
- Positives und Auffälligkeiten bezüglich jedes einzelnen Kindes
- Informationsaustausch mit der Sozialarbeiterin für die Vernetzung mit weiteren Ansprechpartnern und gegebenenfalls zur Initiierung weiterer Maßnahmen
- Entscheidung, welche Kinder eine Botschaft erhalten sollten und Formulierung der Botschaft
- Ideen- und Konzeptentwicklung für die folgende Therapiestunde

Wir erachten eine solche Nachbesprechung als unbedingt erforderlich. Die Kinder wussten bald von unseren Nachbesprechungen und davon, dass wir bei der Gelegenheit auch ihre Botschaften formuliert haben. Für sie war es ausgesprochen spannend, zu wissen, dass ihr Verhalten, unsere Reaktionen darauf und unser Miteinander im Zentrum unserer Überlegungen standen. Fast regelmäßig wurden wir gefragt „Was habt ihr in der Nachbesprechung gelernt?“ Dass auch Erwachsene lernen müssen und können, dass sie auf gegenseitige Unterstützung angewiesen sind, dass sie Missverständnisse klären können, all dies ist unseren Kindern nicht sehr vertraut und macht sie entsprechend neugierig.

Wo immer es passend – und für die Kinder interessant und verstehbar genug erschien – haben wir uns bemüht, unseren gemeinsamen Prozess transparent werden zu lassen. Zum Beispiel: wie es der Praktikantin schwer fiel, um Hilfe zu bitten oder eindeutig nein zu sagen, wie es eine Stärke sein kann, diese Möglichkeit zu nutzen oder wie wir das nächste Mal damit umgehen wollen, wenn wir uns in einer bestimmten Situation überfordert fühlen oder dass es in einer bestimmten Situation nicht leicht für mich war, zu merken, dass ich mit XY schlecht umgegangen bin und wie es ist, wenn einem etwas leid tut.

Unsere Zusammenarbeit in den Nachbesprechungen erfolgt im Stil des „Reflektierenden Teams“ (vgl. z.B. Rahm 2007): Wir führen ein Brainstorming durch, bei dem die Beiträge der jeweils anderen nicht gewertet werden sondern als Ideen im Raum bleiben und zu Anregungen für die Denk- und Verstehensprozesse der jeweils anderen werden können. So können bedeutsame Themen mehrperspektivisch bearbeitet werden: aus verschiedenen Blickwinkeln und aus unterschiedlichen Rollenperspektiven.

## 15. Wirksamkeit

Bei der abschließenden Gesamtkonferenz einige Wochen nach Gruppenende haben wir die Entwicklung der einzelnen Kinder und unsere Einschätzung zukünftiger Möglichkeiten und Gefährdungen besprochen und uns Gedanken gemacht, welche zusätzlichen Maßnahmen gegebenenfalls wichtig werden könnten (zum Beispiel das Angebot einer Mädchengruppe mit Beginn der Pubertät oder auch so „profane“ Maßnahmen wie ein Besuch der Kleiderkammer). Dies wurde protokolliert und von unserer Schulsozialarbeiterin gewissenhaft weiter verfolgt.

Insgesamt wurde die Entwicklung der Kinder sowohl von Seiten der Schule als auch von Seiten der Gruppentherapeuten als ausgesprochen positiv erlebt, in einigen Fällen waren die Veränderungen gravierend. Dazu ein Beispiel: zu Beginn der Therapie erzählt ein Kind, es habe morgen Geburtstag und habe die ganze Klasse eingeladen, alle seien ja seine Freunde. Beim nächsten Mal erzählt er, dass einfach niemand gekommen ist. Gegen Ende der Therapiezeit ist es ihm gelungen, eine Freundschaft zu einem Klassenkameraden zu entwickeln, die beiden gut tut.

Einige Entwicklungen konnten von der Schulsozialarbeiterin über mehrere Jahre beobachtet werden. Ihre Erfahrungen lassen vermuten, dass es sich um anhaltende Veränderungen handelt, die durch die Therapiegruppe initiiert und – in Verbindung mit der anhaltenden Aufmerksamkeit durch die Schule – aufrechterhalten wurde.

Wir haben leider keine systematischen Katamnesen erhoben, möchten dies aber für ähnliche Projekte – auch im Hinblick auf Finanzierungen – unbedingt empfehlen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in Bezug auf Wirksamkeit bezieht sich auf das professionelle Netzwerk. Alle Beteiligten begeben sich in einen Prozess mehrperspektivischen Lernens. Sie erfahren neue Sichtweisen aus neuen Blickwinkeln. Hierdurch wird jeder Einzelne entlastet, es entsteht ein stärkeres Vertrauen in vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten (Rahm 2007) sowie eine verbesserte Handlungskompetenz. Hiervon werden im Weiteren andere Schülerinnen und Schüler sowie Therapiegruppenkinder profitieren.

## 16. Kontraindikation

Diese Form der Gruppentherapie sollte nur dann durchgeführt werden, wenn die beiden therapeutischen Leiter/inne/n über ausreichend Erfahrung in der Therapie von Kindern verfügen und in belastbarer Weise teamfähig sind. Außerdem ist dringend erforderlich, dass sie einander achtungsvoll begegnen, eine Wahrnehmungsfähigkeit und Toleranz für eigene Fehler und die des anderen aufbringen können, dass sie Versagen zugeben und verzeihen können – und

bereit sind, daran zu arbeiten, dass Fehler seltener vorkommen. Außerdem ist körperliche Einsatzbereitschaft notwendig.

Gruppentherapie an einer Schule ist außerdem darauf angewiesen, dass „die Schule“ das Projekt eindeutig will. Die Arbeit erfordert so viel Kooperation und Auseinandersetzung, dass selbst ein Hausmeister, der den Schlüssel zum Therapieraum nicht bereithält, zu einem erheblichen Störfaktor werden kann. Eine solche Compliance war in unserem Fall vor allem dadurch gegeben, dass die Schulleiterin und die Schulsozialarbeiterin, die beide kompetent und im Kollegium geachtet waren, hinter unserem Projekt standen. Allerdings sind wir im Nachhinein der Meinung, dass wir die Lehrerinnen und Lehrer sehr viel früher und eindeutiger für unsere Arbeit hätten gewinnen können, wenn wir uns ganz zu Anfang mehr Mühe gegeben hätten und mehr Zeit genommen hätten, die therapeutische Arbeit konkret inhaltlich – natürlich entsprechend anonymisiert – zu beschreiben.

In Bezug auf die Gruppenzusammensetzung bestehen Kontraindikationen in zweierlei Hinsicht: Wenn vor Beginn der Therapie bekannt ist, dass ein Kind in „missbräuchlichen“ Täter-zusammenhängen lebt, sind andere Maßnahmen als eine Therapiegruppe indiziert.

Darüber hinaus sind wir der Meinung, dass die Gruppenzusammensetzung maximal zwei „unkontrolliert gewalttätige“ Kinder verträgt. Unter „unkontrolliert gewalttätig“ soll hier nicht spontanes Zuschlagen verstanden sein, sondern Aktionen wie: mit Stiefeln einem am Boden liegenden Kind auf den Kopf springen.

## **17. Die Bedeutung der Kontinuität**

Um Gruppentherapie an einer Schule zu verankern, sollte gewährleistet sein, dass sie über mehrere Jahre durchgeführt werden kann. Es handelt sich bei dem von uns entwickelten Setting um einen starken Eingriff in den Schulalltag. Am Anfang sind Abstimmungen und Abläufe oft holperig. Sie werden aber erheblich einfacher, wenn erst einmal eine Routine entstanden ist. Außerdem wird die Arbeit selbst umso wirksamer, je besser Therapeuten und Lehrer zusammenarbeiten und je eindeutiger die Lehrer bereits die Erfahrung gemacht haben, dass die Therapie für die Entwicklung „ihrer Kinder“ wirksam ist.

Auch für die Gruppentherapie Kinder ist die Kontinuität des Angebotes und das Ansehen, das „ihrer Therapiegruppe“ an der Schule zuteil wird, wichtig. So kamen immer mal ehemalige Kinder vorbei, um zu fragen, ob sie nicht wieder an der Gruppe teilnehmen könnten. Wenn dann das erwartete „Nein“ kam, zogen sie meist befriedigt wieder ab, stolz darauf, ehemalige Gruppenkinder zu sein, die jetzt keine Gruppe mehr brauchen und für die anderen das Feld

räumen. Entsprechend stolz waren auch die in der Gruppe befindlichen Kinder in Anbetracht der Bedeutung, die „ihrer Gruppe“ durch die Anfrage der Großen zuteil wurde.

Gruppentherapie mit Kindern ist eine riesige Herausforderung, eine streckenweise frustrierende und immer wieder an die eigenen Grenzen bringende harte Arbeit. Doch selten können wir im beruflichen Alltag so viel Lust, Freude und Lebendigkeit erleben, so viele neue und beglückende Erfahrungen sammeln. Wir können in dieser Arbeit unmittelbar erleben, wie sich Entwicklungschancen für Kinder mit miserablen Entwicklungsprognosen innerhalb kurzer Zeit deutlich verbessern.

#### Literatur

Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007). *KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts*. Bundesgesundheitsblatt Mai-Juni 2007.

Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel H. (1996). *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1*. Paderborn: Junfermann.

Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel H. (1996). *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2*. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Klinische Philosophie, Bd. 1. Klinische Theorie, Bd. 2. Klinische Praxeologie, Bd. 3*. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G., Ramin, G. (1991). *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Paderborn: Junfermann.

Rahm, D. (2004). *Integrative Gruppentherapie mit Kindern*. Paderborn: Junfermann.

Rahm, D. (2005). Bindungsentwicklung – über parallele Aspekte der Entwicklung von Bindungssicherheit in der Mutter-Kind-Interaktion und im therapeutischen Prozess. In: *Beratung aktuell*, 3, 140-160.

Rahm, D. (2007). Hoffnungsfähigkeit: Anregungen, Gedanken, Impulse und Übungen für die therapeutische Arbeit mit Kindern. In: *Beratung aktuell*, 1, 4-25.

Rahm, D. (2010). Kindergruppentherapie zur Förderung von Schutzfaktoren und Bindungssicherheit. In: Caby, F.; Vogt, M. (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Dortmund: Borgmann Verlag.

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1999). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis*. (4. Aufl.) Paderborn: Junfermann

Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1994). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Verlag Hans Huber.

Zaepfel, H., Metzmaker, B. (1999). Soziales Sinnverstehen in der Beratung und Therapie von Kindern und Jugendlichen. In: Romeike, G.; Immelmann, H. (Hrsg.): *Hilfen für Kinder: Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie*. Weinheim, München: Juventa.

Zimbardo, P. & Gerrig, R. (1999). *Psychologie*. Berlin: Springer.

#### Zusammenfassung

Berichtet wird über ein Gruppentherapie-Projekt mit Grundschulkindern an einer Schule im sozialen Brennpunkt. Es wird mit Kindern gearbeitet, die mit zahlreichen Risikofaktoren belastet sind und eine ausgesprochen schlechte Entwicklungsprognose haben.

Ausführlich werden Vorgehensweisen für eine erfolgreiche Arbeit mit diesen Kindern beschrieben – vor allem im Hinblick auf die Förderung von Schutzfaktoren und Bindungssicherheit.

**Schlüsselwörter:** Gruppentherapie mit Kindern, sozialer Brennpunkt, Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Bindungssicherheit

#### **Abstract**

In this piece of work, a group therapy project with children in primary school in a social hotspot is specified. These children bear the stress of multiple risk factors and have a very bad developmental prognosis. Procedures for successful work with these children are described in detail, specifically in regard to the promotion of protective factors and security of bonding.

**Keywords:** group therapy with children, social hotspot, risk factors, protective factors, security of bonding

**Dorothea Rahm**, Dr. Phil., Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in einer Praxisgemeinschaft, Supervisorin, Lehrtherapeutin, Traumatherapeutin (DeGPT, EMDR, Somatic Experiencing), langjährige Kindergruppentherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und im sozialen Brennpunkt, 20 Jahre Dozentin bei der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 18 Jahre Lehrtätigkeit am Psychologischen Institut der Universität Braunschweig.

**Kohlwiese 4, D-38126 Braunschweig; eMail: [dorothea.rahm@gmx.de](mailto:dorothea.rahm@gmx.de)**

*Gisela Brock-Dautel & Claudia Braun*  
**Von den Anfängen zum gereiften ganzheitlichen Angebot: 30 Jahre „Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere und Angehörige“ in Tübingen**

Als eine der ersten spezialisierten Beratungsstellen für die Zielgruppe älterer und hochbetagter Menschen in Deutschland ging die „Beratungsstelle für ältere Menschen“ aus einem Seminar an der Universität Tübingen zum Thema Gerontologie hervor und konstituierte sich im April 1978 in der Trägerform eines Vereins, maßgeschneidert auf die Bedürfnisse und Fragestellungen älterer Menschen.

Der damalige Landrat der Stadt Tübingen, Dr. Wilhelm Gförer, soll „zuerst arg erschrocken gewesen“ sein, als ihm im Winter 1977/1978 mehrere Pädagoginnen, ein Psychologe und ein Jurist unterbreiteten, sie wollten eine Beratungsstelle für ältere Menschen, ein bislang einzigartiges Projekt in der Bundesrepublik Deutschland, gründen: „Der Grund für des Landrats Schrecken, wie könnte es in einem wohlgeordneten Staatswesen anders sein, waren die Finanzen: Der Verein „Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere“ hatte nämlich keine“<sup>8</sup>.

Im September 1977 war unter der Federführung von Dr. Johannes Wickert, Akademischer Rat am Psychologischen Institut der Universität Tübingen, ein Verein gegründet worden, der sich „Aufbau und Förderung eines integrierten ambulanten Systems, das Beratung und Hilfen zur Lebensbewältigung älterer Menschen und deren Angehörigen bietet“ zum Ziel gemacht hatte<sup>9</sup>. Über den Bedarf älterer und hochbetagter Erwachsener an Beratung und konkreter alltagspraktischer Hilfe war damals wenig bekannt. Man hatte die Zahlen der „Psychiatrie-Enquete“, wonach 25 bis 30% der über 65Jährigen psychische Störungen im weitesten Sinn haben sollten. Ein Angebot für die Altersgruppe gab es nicht; auch die Anmeldungen Älterer in den bestehenden Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen waren gering.

Am 24. April 1978 öffnete die „Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere“ in einem Abbruchhaus, das die Stadt Tübingen zur Verfügung gestellt hatte, ihre Pforten. Das Angebot umfasste Lebensberatung bei seelischen und sozialen Problemen sowie auch zugehende Beratung. In bester sozialpädagogischer Tradition, auf Alltagsnähe zum Klienten und Lebensweltorientiertheit aufzubauen<sup>10</sup>,

---

<sup>8</sup> Diestel, M.: Initiative auf der Abbruchliste – Einzigartiges Projekt in Tübingen: Beratung für ältere Mitbürger, Artikel in „Stuttgarter Zeitung“, 26. April 1978.

<sup>9</sup> Satzung des Vereins „Psychosoziale Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige e.V.“ vom 25.11.1977.

<sup>10</sup> s. Frommann, A., Schramm, D., Thiersch, H. (1976): Sozialpädagogische Beratung, in: Zs. F. Pädagogik, 5, S. 727.

machte sich die Beratungsstelle fünf Maximen zum Grundsatz, die der besonderen Problematik älterer Erwachsener entsprechen sollten:

- die zugehende Beratung, wenn nötig in der Wohnung des Klienten;
- die methodische Offenheit bei der Beratung im Lebensumfeld des Betroffenen;
- absolute Priorität in der Erhöhung der Handlungskompetenz des Betroffenen;
- die Orientierung am Gemeinwesen sowie
- „therapiewirksame Beratung als Befähigung zur Selbsthilfe und Aktivierung von vorhandenen Ressourcen beim Älteren“<sup>11</sup>.

Ziel war und ist es nach 30 Jahren immer noch, die Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten oder wiederherzustellen. Beratung soll dazu dienen, Unterstützung für die individuelle Lebensführung zu bieten und die notwendigen Hilfen für die individuelle Bewältigung schwieriger Lebenslagen herauszuarbeiten und bereit zu stellen. Das Spektrum reicht damit von therapiewirksamer Beratung bis hin zu pragmatischen Hilfen.

Die neue Stelle sorgte in Stadt und Kreis für einige Unruhe, bestand doch Altenarbeit damals überwiegend aus Kaffeenachmittagen für Hochbetagte und einer Sommerfreizeit. Jüngere Ältere wurden gar nicht in den Blick genommen. Die große Not durch Demenzkranke und die Notwendigkeit einer angemessenen Betreuung waren zumindest öffentlich nicht bekannt. Professioneller Sprachgebrauch bezüglich demenziellen Erkrankungen beschränkte sich weitgehend auf „Hirnorganisches Psychosyndrom“, auch Ausdrücke wie „Verkalkung“ o.Ä. waren durchaus noch üblich. Ein allgemeines Problembewusstsein bezüglich der schnellen Zunahme von psychischen Erkrankungen, auch durch das Anwachsen der Zahl der Hochaltrigen, war zur damaligen Zeit im öffentlichen Raum erst im Entstehen begriffen.

Auch der Gruppenbezug, sich mit Gleichaltrigen unter der Leitung eines Profis auszutauschen, erschien den Gründerinnen der Einrichtung wesentlich. Sehr rasch konnten sich Gesprächsgruppen etablieren, die sich in der Beratungsstelle durchaus heimisch fühlten, ja sich mit der Einrichtung identifizierten und Mitglieder des Vereins wurden – ein schönes Zeichen für die MitarbeiterInnen, dass sie sich mit ihrer Konzeption auf dem richtigen Weg befanden.

30 Jahre später ist aus der ehemaligen kleinen Stelle mit 2 50%-AB-Maßnahmen eine lebendige Einrichtung mit 4 Abteilungen geworden, allerdings weiterhin mit einer kleinen personellen Be-

---

<sup>11</sup> s. dazu Brock-Dautel, G. (1983): Psychosoziale Beratung älterer Erwachsener. Voraussetzungen und Kasuistik, Unveröff. Diss., Tübingen, S. 57–70.

setzung (4,35 Stellen). Arbeitsschwerpunkte haben sich entwickelt, die außer den Älteren und Hochbetagten die Angehörigen mit ins Boot holen – dies führte im Jahr 1991 zu einer Erweiterung des Stellennamens in „Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere und Angehörige“. Angegliedert an die psychosoziale Beratung ist eine „Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle“ (IAV), die im weitesten Sinn Dienstleistung bei der Vermittlung von Hilfen anbietet. Den dritten Pfeiler bildet die Gerontopsychiatrische Beratung (GPB), die bei psychiatrischen Störungen älterer Menschen (Demenz, Depression u.a.) Betroffene und Angehörige unterstützt, auch in Form von Hausbesuchen. Den jüngsten Dienstleistungsteil bildet SELMA, eine Art „Betreutes Wohnen zu Hause“. Dazu kommen andere, kleinere Bereiche, auf die weiter unten eingegangen werden soll.

Die Entwicklung unserer Einrichtung spiegelt, so könnte man sagen, die Entwicklung der Gerontologie und Gerontopsychiatrie in den vergangenen 30 Jahren wider. Immer war die Einrichtung am „Puls der Zeit“, nahm aktuelle Entwicklungen auf und setzte sie in Handlungskonzepte um. Diese Entwicklung soll im Folgenden anhand der Abteilungen der Beratungsstelle nachvollzogen werden.

Die Beratungsstelle ist ebenso Spiegel für die Geschichte der Institutionalisierung und der Entwicklung freier Initiativen. Die 1970er-Jahre warfen im Bereich Sozialpädagogik/psychosoziale Hilfen manche Neugründung ab, die in den Genuss öffentlicher Unterstützung gelangen und sich etablieren konnte, jedoch immer auf Zuschussfinanzierung und Erwirtschaftung von Eigenmitteln angewiesen blieb.

## **1. Ehe-, Familien- und Lebensberatung**

Seit Beginn stellt sie den Kern der Beratungsarbeit dar. Vielerlei Probleme, die sich im Verlauf des Älterwerdens entwickeln, können in die echte innere und äußere Not führen: Umgang mit dem Altern, die Beziehungen zwischen den Generationen, Verluste nahe stehender Personen, Fragen nach Lebenssinn und Perspektiven, gesundheitliche Veränderungen (physisch und psychisch), Lebensbilanz und häufig auch das Alleine-Sein und Einsamkeit. Für 15 % der Ratsuchenden war im Jahr 2006 „Einsamkeit“ das Eingangsthema<sup>12</sup>.

Ratsuchende sind neben den Älteren selbst sehr häufig Angehörige, die wegen des Themas „Beziehung zum alten Menschen“ den Dialog suchen<sup>13</sup>. Im Jahr 2006 waren 53 % der EFL-Klienten Angehörige von älteren Menschen, im Jahr 2007 waren es gar 63,3 %

---

<sup>12</sup> s. Jahresbericht der Einrichtung 2006, S. 7

<sup>13</sup> S. dazu auch: Braun, C., Schmidt, M. (2005): Drei unter einem Dach – ganzheitliche und dennoch spezialisierte Altenberatung am Beispiel der Beratungsstelle für Ältere in Tübingen, in: Psychotherapie im Alter, 4, S. 113.



(46 % Töchter, 10 % Ehepartnerinnen, 20 % Angehörige im weiteren Sinn)<sup>14</sup> Die Pflege von alten Menschen und Konflikte, die sich an der Lebenssituation und dem weiteren Verbleib der Hochbetagten entzünden, führen Angehörige häufig an ihre psychischen und physischen Grenzen. Alltagsbewältigung und Bewältigung der Pflege stehen oft als Thema an erster Stelle – Entlastung im Gespräch ist zentral, häufig die Rückschau auf das bereits Geleistete und gestellte Weichen. Die Reflexion über die eigenen Grenzen und das Öffnen neuer Möglichkeiten können häufig erst in Folge angegangen werden.

Ursprünglich über ein Landesprogramm für Ehe-, Familien und Lebensberatung finanziert, muss dieser Bereich seit dem Jahr 2005 aus den Zuschüssen der Stadt und des Landkreises Tübingen sowie aus Eigenmitteln finanziert werden. Die Umstellung auf die zuschussgestützte Arbeit war nicht nur für die BÄM ein starker Einschnitt – die Verantwortung sollte von den Landkreisen Baden-Württembergs übernommen werden, was diese mit Verweis auf „Freiwilligkeitsleistungen“ verweigerten. Die Streichung der Zuschüsse zeigte auch auf, welchen Stellenwert man öffentlich diesem so wichtigen Bereich zubilligte:

Das persönliche, personenzugeschriebene psychische Problem erzeugt nach außen hin über lange Zeit keine Aufmerksamkeit und erhält damit wenig äußere Relevanz.

## **2. Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle (IAV-Stelle)**

Seit 1994 bestehen in die Baden-Württemberg die sog. IAV-Stellen. Ziel ist die Information und Vermittlung von Adressen und Hilfen, um sich im „Dschungel“ der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote zurecht zu finden. Die IAV-Stellen in Stadt und Landkreis Tübingen waren die ersten Jahre von beiden Gesamtkirchengemeinden, der Stadt Tübingen und dem Landkreis finanziert worden. Nach dem Rückzug der Kirchen aus der Finanzierung wurde der BÄM im Jahr 2002 die Verantwortung für die IAV-Tätigkeit im Stadtbereich Tübingen übertragen.

„Wenn Menschen hier Rat suchen, geht es selten um einfache Adressanfragen“<sup>15</sup>. Komplex werden viele Lebenslagen von Älteren beispielsweise dadurch, dass eigentlich großer Hilfebedarf besteht, jedoch durch Alleinleben der Hilfebedarf nicht eingesehen bzw. abgewehrt und Unterstützung von außen abgelehnt wird. Klassische Abfolge einer Beratungsintervention im IAV-Bereich ist beispielsweise:

- die Abklärung des Hilfebedarfs
- die Zuführung zum Hilfesystem

<sup>14</sup> S. Jahresbericht der BÄM 2007, S. 8.

<sup>15</sup> S. Jahresbericht der Beratungsstelle 2007, S. 9.

- der Erstaufbau eines Hilfenetzes mit Prioritätensetzung und Entscheidungshilfe
- die Absicherung und Aufrechterhaltung des Hilfesystems sowie
- bei Bedarf die finanzielle Leistungerschließung für den Hilfesuchenden<sup>16</sup>.

Im besten Sinne eines Case Managements übernimmt die IAV-Mitarbeiterin Aufbau und Koordination eines Hilfesystems, unterstützt den Klienten beim „Wagnis“ der äußeren Veränderung und begleitet eine ganze Weile mit dem Ziel der Absicherung des Erreichten.

Komplex werden Situationen auch dann, wenn Interessenkonflikte zwischen Betroffenen und Angehörigen bestehen oder ein Verantwortungsvakuum da ist. Die konkrete Erfassung des Hilfebedarfs können Betroffene selbst oft nicht leisten, Angehörige leben häufig zu weit entfernt. Immer wieder geht es im Kontakt darum, Personen zur Hilfeannahme zu bewegen.

Im Jahr 2006 beispielsweise verbuchte die IAV-Abteilung über 2100 Kontakte mit insgesamt 356 Klienten, die mittlere Kontaktzahl pro Klient bewegte sich zwischen fünf und zehn Kontakten, dazu kommen noch viele vermittelnde Kontakte mit einzubeziehenden Institutionen. Im Jahresbericht 2007 weist die IAV-Abteilung eine um 55 % gestiegene Kontaktzahl aus: sowohl die Einzelberatungen wie auch die Zahl der hochaltrigen Klienten (über 85 Jahre) sind stark gestiegen<sup>17</sup>.

Zentrales Thema sind immer die Wohnsituation und der Erhalt des Privaten. Im Alter wird die Wohnung immer mehr zur „zweiten Haut“, hier erfährt der alte Mensch Sicherheit und die Rückbindung an das Ge- und Erlebte. Veränderungen sind für viele alte Menschen angstbesetzt und wirken destabilisierend in einem umfassenden Sinn. In der IAV-Beratung wird daher sehr sorgfältig auf die äußeren Bedingungen und die persönlichen Bedürfnisse und psychischen Möglichkeiten eingegangen. Die aktuellen Vorgaben durch das Pflegeerweiterungsgesetz und die darin geplanten „Pflegestützpunkte“ scheinen durchaus im Sinn der in Baden-Württemberg bereits vorhandenen IAV-Stellen angedacht zu sein, die in das neue Konzept mit einbezogen werden sollen.

### **3. Gerontopsychiatrische Beratung (GPB)**

Bereits 1993 hatte die BÄM bei der Stadt und dem Landkreis Tübingen einen Antrag auf Bezuschussung eines gerontopsychiatrischen Projektes gestellt – dies vor dem Hintergrund, dass

---

<sup>16</sup> ebenda

<sup>17</sup> S. Jahresbericht der Beratungsstelle 2007, S. 9.

die Bedarfslagen der Älteren und Hochbetagten mit demenzieller und/oder depressiver Problematik stark zunahmen und verstärkt pflegende Angehörige mit Anfragen nach Hausbesuch und richtungweisender Beratung an die BÄM herantraten. Nach mehreren Ablehnungen, auch eines entsprechenden Projektantrags beim Bundesfamilienministerium, wurden endlich im Jahr 2002 vom Landkreis Tübingen drei ambulante gerontopsychiatrische Beratungsstellen mit dezentraler Anbindung bewilligt (Tübingen/Mössingen/Rottenburg). Mit 1,1 Stellen für Tübingen und einige Umgebungsgemeinden konnte die BÄM damit die Arbeit, die sie ja bereits machte, verstärkt und qualifiziert aufbauen.

Die GPB zeichnet sich dadurch aus, dass viele Betreuungen mehrere Jahre lang anhalten und mit zeitintensiven Hausbesuchen und zahlreichen Kontakten zu Kooperationspartner/inne/n verbunden sind. M. Schmidt und Ch. Bierfreund sprechen in der Darstellung des vielschichtigen Einsatzes für demente Klienten und Angehörige von der anwaltlichen Rolle der Beraterinnen, die häufig an die Grenzen des persönlichen Engagement führt<sup>18</sup>. So wurden im Jahr 2007 bei 150 Klientinnen 2148 Kontakte (14 Kontakte pro Person im Schnitt) und 659 Kontakte zu Kooperationspartnern gezählt<sup>19</sup>. Auffallend ist auch die Zunahme von hochbetagten Klienten: War im Jahr 2006 noch jeder fünfte Klient über 85 Jahre alt, war es im Jahr 2007 bereits jeder vierte.

Interessant ist auch, dass sich gegenüber 2006 die Fallzahlen zum Thema „Verwahrlosung“ verdoppelt haben – hier zeichnet sich ein Trend ab, der auf der Folie von Einsamkeit und wirtschaftlichen Problemen, gepaart mit gerontopsychiatrischer Erkrankung (meist Demenz) zu verstehen ist.

Die Aufwendigkeit der GPB-Arbeit mit Hausbesuchen und vielfältigen Kontakten im Netz des Klienten liegt auf der Hand. Aufgrund der Zeitknappheit müssen Hausbesuche zeitlich begrenzt und in genau kalkulierten Abständen angeboten werden. Es wird deutlich, dass dieser Teil der Beratungsstelle personell eine starke Erweiterung erfahren müsste, um dem Ansturm der Anfragen in zufriedenstellendem Umfang nachgehen zu können.

Gekoppelt ist die Klienten- und Angehörigenarbeit mit einer Alzheimer-Angehörigengruppe, die in wechselnder Zusammensetzung seit 1991 angeboten wird und auf rege Nachfrage stößt. Dieses und andere niederschwellige Angebote wie der Besuchsdienst für Demenzkranke „Zeit für mich“ und ein Hundebesuchsdienst, der

---

<sup>18</sup> S. Monika Schmidt & Christine Bierfreund: Demenzkranke Menschen im Landkreis Tübingen: Von Realitäten zu Utopien – und zurück. Dokumentation der gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung des geriatrischen Zentrums am Universitätsklinikum Tübingen und des Landratsamts Tübingen am 7.5.1999, S. 18.

<sup>19</sup> S. Jahresbericht der Beratungsstelle 2007.

seit 1999 ehrenamtlich Menschen in Pflegeheimen besucht, stellen wesentliche flankierende Maßnahmen dar.

Im Jahresbericht 2007 können die Mitarbeiterinnen ausweisen, dass in einer beachtlichen Zahl von Fällen Klinikaufenthalte reduziert oder verkürzt, Umzüge ins Pflegeheim verhindert oder zumindest aufgeschoben werden konnten. Die Unterstützung durch die Profis erleichtert den Betroffenen und Angehörigen die Weiterführung der selbstständigen Lebensweise und macht die Überwindung krisenhafter Einbrüche ohne dramatische Auswirkungen möglich: „Die Mitarbeiterinnen machen die Erfahrung, dass die Beraterinnen selbst...eine wichtige Rolle spielen. Sie informieren nicht nur, sondern helfen, Situationen zu ordnen, machen Mut, sind Begleiterinnen in schwierigen Zeiten“<sup>20</sup>.

#### **4. Selbstständig und doch betreut zu Hause wohnen: SELMA**

In Anlehnung an eine Initiative, die im Landkreis München im Jahr 2002 erfolgreich gestartet war<sup>21</sup>, entwickelten die Mitarbeiterinnen der BÄM ein Konzept, das es älteren Menschen ermöglicht, gestützt von Hilfen von außen in Ruhe zuhause wohnen bleiben zu können. Das neue Projekt ging zum 1.7.2006 an den Start und konnte seither erfolgreich weiter entwickelt werden.

SELMA ist ein Verbundsystem aus persönlichen und sächlichen Hilfen: außerordentlich wichtig ist die Schaffung eines festen Kontakts zwischen einem Ehrenamtlichen und der betroffenen älteren Person; der Kontakt erfolgt regelmäßig wöchentlich, dazu können selbstverständlich Telefonate kommen; ein Vertrauensverhältnis kann und soll sich entwickeln. Ein zweiter regelmäßiger persönlicher Baustein ist das monatlich stattfindende Treffen mit allen, die SELMA angehören: Ein Gruppenbezug wird hergestellt, alle Teilnehmer kennen sich untereinander und können sich außerhalb der Treffen vernetzen. Die BÄM bietet bei diesen Gruppennachmittagen ein Programm, so dass ein weiterer Anreiz zum Besuch der Gruppe geschaffen ist (z.B. Vorträge zu Themen wie: Ernährung im Alter, Gedächtnistraining, Sturzprophylaxe und Unterhaltungselemente wie Kinderyoga oder ein Spielenachmittag). Außerdem halten die Mitarbeiterinnen zu allen Teilnehmern von SELMA persönlichen Kontakt, eventuell auch zu deren Angehörigen und weiteren Kooperationspartnern.

---

<sup>20</sup> S. Jahresbericht 2006, S. 9.

<sup>21</sup> Am 1.9.2002 startete in München-Germering das Modellprojekt „Betreutes Wohnen zu Hause“. Das Projekt nannte sich an anderer Stelle auch „Simba“ – „Sicherheit im Alter“.



## Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige e.V. Tübingen

Wir beraten und informieren Sie zu allen Fragen rund ums Alter und unterstützen Sie zu Hause

<p><b>Ehe-, Familien- und Lebensberatung</b> EFL seit 1978</p> <p>für ältere Menschen oder Angehörige mit persönlichen Lebensfragen: Unterstützung bei der Lebens- und Beziehungsgestaltung sowie bei der Verarbeitung von Veränderungen, die mit dem Alter zusammen hängen</p>	<p><b>Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle</b> IAV seit 1994</p> <p>für ältere, hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige: Informationen über Hilfsangebote im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie Beratung zur Finanzierung und Unterstützung bei der Organisation der notwendigen Leistungen</p>	<p><b>Gerontopsychiatrische Beratungsstelle</b> GPB seit 2002</p> <p>für psychisch veränderte ältere Menschen und deren Angehörige: Beratung zu Fragen psychischer Veränderungen im Alter, wie Demenz, Wahn und Depression Begleitung beim Aufbau eines Hilfenetzes für den möglichst langen Erhalt der Selbstständigkeit</p>	<p><b>Selbstständig leben im Alter</b> SELMA seit 2006</p> <p>für ältere Menschen, die so lange wie möglich zu Hause leben möchten: SELMA bietet Beratung, Kontakt und Sicherheit unter Einbeziehung der Kooperationspartner der Altenhilfe in Tübingen und geschulten Ehrenamtlichen</p>
<p><b>Weitere Angebote der Beratungsstelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Besuchsdienst für Demenzerkrankte „Zeit für mich“</li><li>- Integratives Hirnleistungstraining für gesunde und demenziell erkrankte Menschen</li><li>- Hundebesuchsdienst</li><li>- Alzheimer-Angehörigengruppe</li></ul>			

An sächlicher Unterstützung werden geboten: ein Notrufsystem, so dass jederzeit Hilfe geholt werden kann; eine Wohnberatung zu Anfang oder auch später, so dass die Wohnung entsprechend personen- und behindertengerecht umgestaltet werden kann. Bei Bedarf werden von der Fachstelle aus zusätzliche benötigte Hilfen organisiert. Mit fünf älteren Personen konnte im Sommer 2006 gestartet werden, aktuell (Sommer 2008) sind es 13 Vollverträge und drei Ältere, die mit einem sog. „Schnuppervertrag“ herausfinden wollen, ob SELMA im Vollvertrag für sie in Frage kommt. Die Erfahrung in zwei Jahren SELMA-Arbeit und Akquise zeigt auf, dass, sobald eine feste Verpflichtung (Vertrag) eingegangen werden muss und ein Entgelt zu entrichten ist, bei Älteren große Zurückhaltung einsetzt. Häufig sind es hier die Angehörigen, die Überzeugungsarbeit leisten, da sie stärker den präventiven Aspekt sehen können und sie durch SELMA auch direkte Entlastung erhalten. Erfahrungsgemäß ist bei den Betroffenen die Verdrängungsleistung höher und der eigene Gesundheitszustand wird überschätzt.

SELMA akquiriert und schult die interessierten Ehrenamtlichen in einer dreimonatigen Einweisung in die altersspezifischen Themen. Die Schulung umfasst Themen wie: „Besonderheiten des Alterns“, „Kommunikation“, „Depression und Demenz“ und viele andere Themen mehr. In die Gruppen kommen lebenserfahrene, humorvolle und einfühlsame Menschen. Sehr sorgfältig werden die jeweiligen „Paare“ zusammengestellt.

Nach zwei Jahren SELMA zeigten sich beide Seiten der Betreuung sehr zufrieden, auch sehr bereichert: persönliche Beziehungen sind entstanden und gewachsen. „Auch die Ehrenamtlichen fühlen sich bereichert durch die sehr persönlichen Begegnungen mit den alten Menschen, an deren Lebenserfahrungen und deren Alltag sie teilhaben dürfen“<sup>22</sup>. Durch den regelmäßigen und verlässlichen Kontakt tragen sie dazu bei, den weiteren Verbleib zu Hause zu sichern. – Ausfallzeiten wie Urlaub, Krankheit und andere Abwesenheiten des Ehrenamtlichen waren zu Anfang ein Problem. Inzwischen haben sich „Ehrenamtlichen-Tandems“ entwickelt, so dass jeweils zwei Ehrenamtliche sich gegenseitig vernetzen können.

Die BÄM wagte sich mit SELMA in den bezahlten Dienstleistungssektor hinein, was für die Einrichtung, die bislang von Zu-

<sup>22</sup> ebenda S. 10.

schüssen, Spenden und Honoraren ihren Haushalt bestritten hatte, ein Novum und Wagnis war: zum Einen erhob und erhebt sich die Frage, wer sich diese Dienstleistung (z.Zt. 95€) leisten kann, zum Anderen gerät die Institution damit in die Nähe neuer Besteuerungen (diese können bislang durch die Gemeinnützigkeit fern gehalten werden). Inzwischen gehen wir davon aus, dass SELMA immer eine Dienstleistung bleiben wird, die nur ein spezielles, zahlenmäßiges begrenztes Klientel anspricht.

Eine Erfahrung der zwei Jahre ist auch, dass die Klienten aus SELMA quasi wieder hinaus wachsen: das Eingebundensein und die gute Betreuung können zwar viel ausrichten, jedoch den fortschreitenden Altersabbau nicht verhindern. So können einsetzende dementielle Entwicklungen und allgemeine Hinfälligkeit dazu führen, dass die „SELMA-Tauglichkeit“ überschritten ist und die Betroffenen verstärkt Betreuung benötigen, z.B. in Form einer Tagespflege.

## **5. Die Entwicklung der Nachfrage: eine rasante Zunahme**

Trotz des durchweg jungen Alters der Beraterinnen und Berater wies die Statistik des Jahres 1979 insgesamt 187 Ratsuchende auf; d.h. es „wagten“ sich einige KlientInnen in die neue Einrichtung. Ca. 70 % der Klienten war weiblich, knapp 30 % waren Männer. Das Gros des Klientels bewegte sich in der Altersgruppe zwischen 60 und 80 Jahren; nur elf Personen waren über 80 Jahre alt<sup>23</sup>. Ca. ein Drittel der Beratungskontakte fand in Form eines Hausbesuchs statt. Rund 30 % der Ratsuchenden kamen wegen Information und Weitervermittlung in die Stelle (Anzahl MA damals: 200 % Anstellung plus Honorarkräfte).

Vergleicht man diese Daten mit der Statistik des Jahres 2008, werden die Ausmaße der Expansion und Akzeptanz von Beratung für Ältere deutlich. Im Jahr 2008 wandten sich 701 Ratsuchende an die Einrichtung; von diesen an die Abteilungen:

- 102 Klient/inn/en an die EFL in 917 Kontakten
- 186 Klient/inn/en an die GPB in 2224 Kontakten
- 413 Klient/inn/en an die IAV in 2154 Kontakten

179 Kontakte fanden in Form eines Hausbesuches statt. Zusätzlich wurden bei SELMA 16 ältere Menschen betreut und zwölf Ehrenamtliche begleitet und supervidiert<sup>24</sup>. Insgesamt bildeten die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle 31 Ehrenamtliche fort. Die große Zahl von 853 Personen nahmen an Vorträgen, Informationsveranstaltungen und Fortbildungen Teil, die thematisch in engem Kontakt

---

<sup>23</sup> S. Tätigkeitsbericht der Beratungsstelle für ältere Menschen für das Jahr 1979, S. 4.

<sup>24</sup> S. Tätigkeitsbericht der BÄM 2008.

mit den Fragestellungen und Problemen des Alterns standen. Die Zahl der über 80jährigen Ratsuchenden hat in den vergangenen Jahren weiter zugenommen; im Vergleich zum Jahr 2006 war ein Plus der über 80-Jährigen von 5,2 % zu verzeichnen.

Vergleicht man insgesamt die Zahlen des Jahres 2008 mit denen des Jahres 1979, fällt die enorme Steigerung der Klientenzahlen auf: pro Mitarbeiterin hat sich die „Fallrate“ mehr als verdoppelt.

Eines der Probleme der Anfangsjahre der BÄM war der Zugang zur Stelle und die Information über die Existenz der Einrichtung. Hier hat sich in den 30 Jahren enorm viel bewegt. Heute wird die BÄM von Krankenhaussozialdiensten (12,1 % der Fälle) und anderen Diensten angefragt und auch von niedergelassenen Ärzten (allerdings wenig, 3,9%) empfohlen. Knapp 10% der Klientinnen erreichten die BÄM durch Vermittlung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen. Trotz alledem ist es weiter vonnöten, Öffentlichkeitsarbeit zu machen, um die Scheu der Älteren vor dem helfenden Kontakt zu reduzieren.

Die Arbeit mit Älteren und Hochbetagten kann andererseits zur Folge haben, dass Kontakte über sehr lange Zeit erhalten bleiben. In manchen Fällen erfolgt gar eine „lebenslange“ Beratung bzw. Begleitung, über mehrere Lebensphasen und Wohnumgebungen hinweg, bis zum Tod der Betroffenen. Die personelle Konstanz der Beraterin ist hier sehr stark angefragt, da nur so ein Vertrauensverhältnis wachsen kann.

## **6. Besondere Lebenslagen und besondere Bedürfnisse von Älteren**

Die Älteren und Hochbetagten vor 30 Jahren waren zurückhaltend und eher duldend in ihrer Einstellung zu eigenen Problemen und Krisen – selten war daher der Zugang zu externen Einrichtungen wie Beratungsstellen und Therapeuten. Bis in die 1970er-Jahre hinein dominierte ein defizitorientiertes Altersbild in den Medien, war auch Altenarbeit noch bestimmt von einem der Disengagement-Theorie verhafteten Konzept, z.B. in der stationären Altenarbeit und Altenpflege. Wenn überhaupt, wandte man sich bei inneren Nöten an den Hausarzt und den bekannten Seelsorger. Die BÄM in den ersten Jahren versuchte daher sehr stark, über Schlüsselpersonen wie Ärzte, Seelsorger oder z.B. Fußpflegerinnen an die Älteren heran zu treten. Auch der eher pragmatische Zugang wie Organisation von Schneeschippdiensten und Haushaltshilfen diente in so manchem Fall als „Türöffner“ zu dahinter liegenden psychischen und psychosozialen Problemlagen. Das Vertrauen in eine Beraterperson muss sich über einen längeren Prozess entwickeln; außerdem musste damals die Stelle bekannt werden – bis heute ist z.B. der Unterschied zwischen



„Beratungsstelle“ und „Begegnungsstätte für Ältere“ für viele nicht greifbar. Über die Hälfte aller längeren Beratungen kamen in den ersten Jahren durch ein „aktives Angebot“ zustande (außer den oben genannten Angeboten auch Vorträge, Informationsstände u.a.)<sup>25</sup>.

In den ersten zwei Jahren führte die BÄM eine Rechtsberatung durch (ein als Honorarkraft beschäftigter Jurist in Doppelqualifikation mit Psychologie), bei dem so mancher Rechtsstreit und manche lang schwelende Auseinandersetzung zwischen den Generationen auf den Tisch kam. Hierzu ein Fallbeispiel aus einer Rechtsberatung des damaligen Kollegen im Jahr 1983.

Herr O., ein 85-jähriger alter allein lebender Herr aus einer Kreisgemeinde Tübingens, wendet sich an die Rechtsberatung. Von seinen sechs Kindern schien nur eines zu ihm Kontakt zu halten. Dieser Sohn, so beklagte sich Herr O. in einem ersten Gespräch, habe es fertig gebracht, die Rente des Vaters auf sein Konto auszahlen zu lassen, so dass Herr O. selbst häufig vor einem leeren Konto stand. Die Bank hatte ihm bereits nahe gelegt, sein eigenes Konto aufzulösen. Allerdings waren im Gespräch mit Herrn O. auch Anzeichen von Gedächtnislücken zu bemerken, die zumindest die Vermutung nahe legten, dass Herr O. bestimmte Schritte, die sein Sohn unternahm, zu Unrecht als böswillig und feindselig interpretierte<sup>26</sup>.

Die Fallvignette zeigt die Verwobenheit von psychologischen und juristischen Fragen auf. Im Anschluss an eine erste Aufnahme der inne liegenden Problematiken wurden – im Idealfall – in solchen Fällen die Kinder oder andere Betroffene mit an den Tisch geholt, um in Form einer systemischen Abklärung und Beratung zu möglichen Lösungen zu kommen. Ohne die vermeintlich nur juristische Frage hätte der alte Herr sicherlich niemals eine Beratungsstelle kontaktiert.

Die praktischen Hilfen und Anbahnung zu Diensten, Ehrenamtlichen etc. werden von der Beratungsstelle immer noch geleistet und haben in Form der IAV-Abteilung den richtigen Platz gefunden. Jedoch wären sie als „Türöffner“ für andere Probleme bei vielen Älteren nicht mehr in dem Umfang notwendig, haben sich doch im Lauf der 30 Jahre die Leichtigkeit im Zugang zu Hilfeeinrichtungen und der Umgang mit Krisen und Hilfebedürftigkeit verändert: Durch öffentliche Haltung und Öffentlichkeitsarbeit zum Einen, dem Heranwachsen einer emanzipierten Älteren -Generation zum Anderen hat sich die Selbstverständlichkeit im Umgang mit Einrichtungen wesent-

---

<sup>25</sup> S. Kienzerle, Florian: Psychosoziale Beratung für ältere Menschen – ein Erfahrungsbericht, in: DPWV-Nachrichten 11/1981 (31.Jg.), S. 158.

<sup>26</sup> Das Fallbeispiel ist erschienen in einem Artikel des „Schwäbischen Tagblatts“ vom 14.12.1983, Teil eines Interviews mit dem damaligen Rechtsberater und Psychologen der Beratungsstelle für Ältere.



lich erhöht. Auf der anderen Seite schaffen dieselben Ansprüche – Jugendlichkeit, Sportlichkeit, Emanzipiertheit, Konsumhaltung etc. – neue Probleme des Vergleichs und des Mithalten-Könnens.

Die Ansprüche an die (sehr lange) Phase des Lebens als Pensionär/in haben sich in den letzten Jahrzehnten drastisch verändert. Dem versucht ein ständig wachsender Markt an Hilfsdiensten, ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen Rechnung zu tragen. Gerade die IAV-Abteilung der Beratungsstelle initiiert verlässliche Netzwerke für Ältere und ist maßgeblich an deren Aufbau beteiligt. Die Erfahrungen mit Kooperationsbeziehungen in der Praxis sind vielfältig. Grundsätzlich können allgemeine Kooperationsformen und einzelfallbezogene Kooperationen unterschieden werden. Unter „allgemeiner Kooperation“ soll hier die Zusammenarbeit in konzeptionellen und versorgungstechnischen Fragen verstanden werden, auch die Mitarbeit in Gremien und sozialplanerischen Arbeitsgruppen verstanden sein. Die „einzelfallbezogene Kooperation“ baut auf schon bestehenden Beziehungen auf und bindet verschiedene Partner in ein verlässliches Versorgungssystem ein; nicht selten spielt hier die Beratungsstelle die Rolle des „Netzverwalters“<sup>27</sup>.

## **7. Besonderheiten der Psychotherapie mit Älteren und Hochbetagten**

Wenn sich auch Beratung und Therapie mit älteren Erwachsenen nicht grundsätzlich von der Arbeit mit Jüngeren unterscheiden müssen, sondern immer das individuelle Moment als erstes gesehen werden muss, seien hier doch einige Akzente benannt, die aufgrund der langjährigen Erfahrung der Beraterinnen und Berater der Einrichtung eine Rolle spielen.

R. Pöschl weist auf einige Besonderheiten in der psychosozialen Beratung mit Älteren hin: Als erstes sind hier mögliche Kohorteneffekte zu nennen, wie sie sich durch Erziehung, Sozialisation und Ausbildung im Bildungs- und Erfahrungshintergrund der Älteren darstellen und im Beratungskontext spürbar werden können: „Meiner Erfahrung nach tut man gut daran, seine Ausdrucksweise an das Vokabular der älteren Patienten anzupassen, auf undurchsichtig wirkende, abstrakt psychologische Interpretationen weitgehend zu verzichten und sensibel bei der Exploration möglicher tabuisierter Gedanken und Gefühle vorzugehen“<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Zu den Kooperationsformen der Beratungsstelle s. Pöschl, R.: Beratungsstellen im offenen und ambulanten Bereich, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hg.), Betreuung verwirrter und psychisch kranker alter Menschen, Stuttgart 1991, S. 92ff.

<sup>28</sup> Pöschl, Reinhard: Psychotherapie mit älteren Menschen, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 4/1996, S. 530.

Bei den Formen der Auseinandersetzung mit der eigenen inneren und der äußeren Realität erweist sich die Gruppe der jüngeren Älteren bei Angeboten an Psychotherapie als deutlich aufgeschlossener und interessierter, während die Gruppe der Hochbetagten doch stärker zu Abwehr und Verdrängung neigt. Diese Abwehr ist in der Therapie ständig zu berücksichtigen, u.U. sind andere Formen der Bearbeitung von Problemen sinnvoll. Pöschl berichtet von einem gelingenden Einsatz von Genogrammarbeit, da zum einen eine rasche Übersicht über das Familiensystem erlangt werden, zum anderen sich der Ältere erzählend seiner Familiengeschichte annähern kann<sup>29</sup>.

Ein weiteres Spezifikum ist die Veränderung der Zeitperspektive bei alten Klienten, die sich häufig mit den gemachten Erfahrungen intensiver auseinander zu setzen scheinen als mit der vor ihnen liegenden Lebensspanne. Die noch verbleibende Lebensspanne – ungewiss und häufig von der Erwartung negativ belegt – kann in der Therapie durch zu findende Verstärkerquellen und zu aktivierende Ressourcen nur mühsam positiv besetzt werden. Es ist Aufgabe des Therapeuten, empathische Reminiszenz und Lebensrückblick in guter Weise mit Gegenwart und Blick in die Zukunft zu verknüpfen. – Die Beziehung zum Älteren wird – bedingt durch den besonderen Zugang des Hausbesuchs, durch die Intensität gemeinsam durchlebter Krisen, die besondere Hilfebedürftigkeit und andere Faktoren – nicht selten zu einer Beziehung bis zum Tod, der „Profi“ von der Beratungsstelle damit zum „social care planner“ und Begleiter bis in die letzte Lebensphase hinein<sup>30</sup>.

Wenn sich auch das Rollenbild des älteren Menschen in den letzten Jahren ins Positive hinein verschoben hat ( man spricht z.B. von „Senioren“ statt von „Älteren“), sind weiterhin – neben dem biologischen Altern – soziale und psychophysische Einschnitte zu verarbeiten, die das Älterwerden kennzeichnen und – im Sinne von Transitionen – bewältigt und gestaltet sein wollen.

Der Ausstieg aus einem übervollen Alltag in einer leistungsorientierten Gesellschaft ist nach wie vor schwierig und wirft für viele – verglichen mit dem Ruhestand in den Siebzigern des letzten Jahrhunderts – neue Fragen auf: wie umgehen mit einer Lebensphase, die im Schnitt 20 bis 30 Jahre währt? Wie sich einbringen in eine Gesellschaft, die den „aktiven Ruheständler“ erwartet, ja fordert? Woher die Mittel nehmen, um sportlich und gesellschaftlich aktiv zu sein, reisen und konsumieren zu können? Die aktuelle Floskel beim Übergang ist neuerdings: „und alles Gute für den Unruhestand!“ Die

---

<sup>29</sup> R. Pöschl verweist auf die „Erzählzwänge“ nach Schütze 1983, s. Pöschl, R. a.a.O., S. 532.

<sup>30</sup> S. dazu auch Pöschl 1996 S. 532f.

öffentliche Haltung setzt neue Maßstäbe und kann zur Belastung werden.

Wie M. Schmidt (2001) anmerkt, müssen „Berater sehr sensibel vorgehen bei der Exploration möglicherweise tabuisierter Gedanken und Gefühle wie z.B. Angst, Wut oder Verzweiflung. Zum Erfahrungshintergrund dieser Jahrgänge gehören Nationalsozialismus, Krieg und Vertreibung, unter deren körperlichen und seelischen Folgen viele Ältere heute noch leiden“<sup>31</sup>.

Dass dies im geschützten Rahmen der therapiewirksamen Beratung so sein muss, ist unbenommen. Biografisches Be- und Aufarbeiten ist eines der Kernstücke der gerontologischen Arbeit. Jedoch wird, verursacht durch immer mehr auf den Markt kommende biografische Schilderungen der Ereignisse in und um den zweiten Weltkrieg (durch die Betroffenen selbst oder inzwischen deren Kinder), Öffentlichkeit über Ereignisse sowie Täter und Opfer hergestellt, die zu einer Enttabuisierung beitragen<sup>32</sup>.

M. Schmidt (2001) unterscheidet vier verschiedene Formen der Unterstützung für Ältere und Angehörige im Kontext eines Beratungsprozesses: Beratung – Therapie – Betreuung – Begleitung<sup>33</sup>. Unterschiedliche Stadien der Beziehung und verschiedene Phasen von Hilfebedürftigkeit in angemessener Weise gestalten zu können, gehört zur Professionalität der Beraterinnen und verlangt ein hohes Maß an Schulung und Selbstreflexion.

## **8. Gruppen, Fortbildungen, Schulungen, Einbindung Ehrenamtlicher**

Der Gruppenbezug hat sich in der BÄM im Laufe der Jahre ständig verstärkt. Waren es zu Anfang mehrere Gesprächsgruppen, die recht rasch zusammen kamen, so weiteten sich die Themen klientbezogen schon in den 1980er-Jahren aus. Es wurden Gruppen für „Frauen in den Wechseljahren“ angeboten, ebenso wie „therapiewirksame Gesprächsgruppen“. Die Erfahrung zeigte, dass (nicht nur bei den Wechseljahr-Gruppen) nur Frauen kamen und vor allem „jüngere Ältere“. Im Vergleich von drei über längeren Zeitraum (ein halbes Jahr bis ein Jahr) hinweg durchgeführten Gruppen, bei denen die Altersspanne insgesamt bei 48 bis 80 Jahren lag, konnten in der

---

<sup>31</sup> Schmidt, Monika: Beratungsstelle für ältere Menschen: überflüssige Differenzierung oder Baustein der präventiven Altenhilfe? In: Sanders R. (Hg.): Beratung aktuell. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung, 3/2001 (2.Jg.), S. 183.

<sup>32</sup> Z.B. Ennulat, Gertrud: Kriegskinder. Wie die Wunden der Vergangenheit heilen, Stuttgart 2008.

<sup>33</sup> S. Schmidt, M., 2001, S. 184f.

Gruppe, deren Altersstruktur verhältnismäßig homogen war (48 bis 63 Jahre) die besten persönlichen Erfolge erzielt werden<sup>34</sup>.

Besondere Beachtung verdient in der Rückschau ein vom Bundesfamilienministerium gefördertes Projekt „Frauen helfen Frauen – Neuer Start ab 55“, das über drei Jahre unter wissenschaftlicher Begleitforschung durchgeführt wurde. Gruppen zu den verschiedensten Themen konstituierten sich, darunter 1982 bereits eine erste Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige.

Schon frühzeitig nach Gründung der Stelle waren immer wieder Werbekampagnen zur Rekrutierung von Ehrenamtlichen gestartet worden, zu Anfang mit wenig Erfolg. Im Jahr 1983 endlich gelang der Durchbruch zur Gründung eines ersten Kreises von Ehrenamtlichen, dem bald ein zweiter folgen sollte. Anfänglich gehörten diesen Helfergruppen recht viele Studenten an, so dass die BÄM im Einsatz leider mit einer hohen Fluktuation zu kämpfen hatte. Eine intensive Schulung und Supervision für die Ehrenamtlichen wurde aufgebaut, um Kontinuität und Qualität im Einsatz zu gewährleisten.

Aus diesen ersten Ansätzen der gruppenbezogenen Arbeit hat sich ein breit gefächertes Angebot sowohl für Betroffene wie für Ehrenamtliche entwickelt, einige wurden bereits erwähnt. Im Folgenden sollen Angebote aufgeführt werden, die direkte Gruppenangebote darstellen, jedoch auch die Angebote für Helferinnen und Helfer zur Schulung und Supervision:

- Besuchsdienst „Zeit für mich“ – geschulte Freiwillige machen in Familien von dementiell Erkrankten regelmäßige Besuche;
- Hundebesuchsdienst. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen besuchen mit ihren Hunden Bewohner/innen in Pflegeheimen;
- Patinnen auf Zeit: der ehrenamtliche Dienst für SELMA; die Ehrenamtlichen werden geschult und supervidiert;
- (Gesprächs-)Gruppen für die Angehörigen von Demenzerkrankten
- Gedächtnistraining für Ältere (Hirnleistungstraining) durch eine speziell dafür ausgebildete Fachkraft.

Da sich unter den Ehrenamtlichen verhältnismäßig viele bereits selbst Ältere befinden, kann von einem starken präventiven Aspekt bezüglich des eigenen Alterns ausgegangen werden: Indem die motivierten Helfer/innen etwas für andere tun, tun sie auch etwas für sich – es findet ein Abgleich von Lebensentwürfen statt, ein Verfolgen der Lösungen anderer; und nicht zuletzt hat die Aufarbeitung in der Gruppe in Schulung und Supervision mannigfache selbstevidente Aspekte.

---

<sup>34</sup> S. Vortrag von G. Brock-Dautel zum 10jährigen Bestehen der BÄM im August 1988, S. 3.

Seit 1979 sind die Mitarbeiterinnen regelmäßig im Ausbildungs- und Fortbildungsbereich für Profis (Fachkräfte für Altenpflege/Führungskräfte in der Pflege) tätig. Sehr bewährt hat sich auch der Einsatz in der Ausbildung der „Fachkräfte für Gerontopsychiatrie“, können hier doch neueste theoretische und praktische Erkenntnisse für die Auszubildenden zugänglich gemacht werden. Bewährt hat sich ebenso eine enge Zusammenarbeit mit der gerontopsychiatrischen Tagesklinik in Tübingen; es werden für Angehörige und Profis eine Vielzahl von Fortbildungsthemen aufbereitet. Das Wissen der Kolleginnen aus dem ambulanten und teilstationären Bereich kann sich hier auf beste Weise verbinden.

## **9. Veränderungen in Personalpolitik und Finanzierung**

Das Stellenvolumen hat sich im Zeitraum des 30-jährigen Bestehens von zweimal 50 % AB-Maßnahme plus mehrere Honorarkräfte (bezuschusst nach den Richtlinien der Finanzierung für Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen) entwickelt zu 4,35 Vollzeitstellen, verteilt auf insgesamt sechs Mitarbeiterinnen, plus zwei Werkstudentinnen im Jahr 2008. Seit über zehn Jahren beschäftigt die Einrichtung nur weibliche Fachkräfte.

Aus einer Initiative ist eine kleine, jedoch feine Einrichtung geworden, die nach einer anfänglichen Finanzierung über die bereits erwähnten 50 %-Stellen und die daran anschließende Teilfinanzierung von zwei Stellen durch das Land Baden-Württemberg hart dafür gearbeitet hat, in die Bezuschussung der Stadt und des Kreises Tübingen aufgenommen zu werden. Leider unterliegen alle die Zuschüsse, über die sich die BÄM aktuell finanziert, weiterhin der Freiwilligkeit der Stadt und des Landkreises. Aktuell findet eine Umstellung auf Vereinbarungen zwischen Beratungsstelle und der Stadt Tübingen für Teilbereiche statt, für den Arbeitsbereich GPB gab es von Beginn an eine vertragliche Förderung.

Eng mit der Entwicklung der BÄM ist die Seniorenpolitik der Stadt und der Kreisgemeinden Tübingens verwoben. Die Beratungsstelle für Ältere und Angehörige füllte damit über Jahre die Lücke einer Altenhilfe-Fachberatung, ohne den angemessenen Status und die entsprechende Finanzierung zugewiesen zu bekommen: „An den Belangen und Bedürfnissen der Älteren und Hochbetagten hat sich nichts geändert, im Gegenteil: die Anforderungen an die Dienste wachsen und werden es weiterhin tun. Die Beratungsstelle für Ältere bietet Konzepte und motivierte Mitarbeiterinnen, die sich ins Gesamt einer geriatrischen Versorgung in Stadt und Kreis organisch einfügen. Ich würde mir wünschen, dass dies von den entsprechenden Stellen auch so gesehen und die Arbeit der Beratungsstelle gefördert und

anerkannt wird.“<sup>35</sup> Erst mit dem seit 2006 amtierenden Bürgermeister für Jugend, Sport und Soziales scheint sich kommunal etwas zu bewegen: Sowohl auf städtischer wie auf Kreisebene sind Seniorenpläne im Entstehen begriffen.

Die BÄM trägt inhaltlich-konzeptionell und damit Richtungweisend zu der allgemeinen Entwicklung zielorientierter Altenarbeit und der Vernetzung von bestehenden Einrichtungen bei; sie ist z.B. in allen wesentlichen Steuerungsgremien der Altenarbeit vertreten, in einigen davon federführend. Daneben wickeln die Leitung und die Mitarbeiterinnen die gesamte Finanzierung und Antragsarbeit für die Zuschüsse in Eigenregie ab; eine Geschäftsführung oder Sekretärin steht nicht zur Verfügung. Finanzarbeit (Finanzierungspläne/Bilanzen/Rechenschaftsberichte/Anträge u.v.a.m.) und Geschäftsführung müssen im Rahmen des äußerst begrenzten Stellenvolumens geleistet werden.

Die beratende, betreuende und therapeutische Arbeit mit älteren und hochbetagten Menschen mit – zum Teil chronischen – psychischen Schwierigkeiten wie Demenz und Depression geht mit einer hohen psychischen Belastung der Mitarbeiterinnen einher. Daher sind eigene Supervision, fachärztliches Konsil und Fortbildung feste Bestandteile des Konzepts.<sup>36</sup>

Die Entlohnung entspricht bis heute nicht der hohen Qualifikation und Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen. Zwar hat sich die Gehaltssituation in den 30 Jahren etwas verbessert, jedoch muss weiterhin Lohnverzicht in nicht geringer Höhe geleistet werden. Dadurch ist die Einrichtung weiterhin auf Spenden und Sponsoren angewiesen.

## 10. Leistung und Perspektiven

Es ist hinreichend deutlich geworden, dass die Konzeption der Beratungsstelle durch hohen Klientenbezug, Fachlichkeit und Vielseitigkeit besticht. Die Auffächerung in die verschiedenen Abteilungen erscheint geradezu ideal, um alle Belange einer ambulanten Fachberatung für Ältere und Angehörige abzudecken, zumal sich die Lebenslagen älterer Menschen weiter differenzieren werden.

Biografie-, Lebenswelt- und Autonomieorientierung verbinden sich in der BÄM sowohl in Anspruch wie in der Umsetzung aufs Beste. Biografie als wichtigste Ressource für Lebensbewältigung und Gestaltung des Alterns und Alters in ihrer identitätssichernden und identitätsgewinnenden Funktion ist durch die ambulante und zugehende Beratung, die mit dem Klienten in einer längeren Prozess der

---

<sup>35</sup> Aus der Rede anlässlich des 20-jährigen Bestehens der Beratungsstelle für Ältere und Angehörige, gehalten von G. Brock-Dautel am 20.06.1998.

<sup>36</sup> S. Zeyer, Reinhold: Hilfen für Ältere und ihre Angehörigen, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hg.), Ideenbörse vorbildliche Altenpflege, Initiative, Projekte, Erfahrungen, Stuttgart 1990, S. 70.

adäquaten Lösungserarbeitung eintritt, ein wesentlicher und unverzichtbarer Baustein. Nach Pantuczek ist lebensweltlich orientierte Individualhilfe „Prozesssteuerung, Aushandeln, Alltagsbeeinflussung, auch Beziehungsmanagement“<sup>37</sup>. Längerfristig sinnvolle Lösungen können nur auf dem Grundsatz getroffen werden, den Klienten dort abzuholen, wo er gerade steht (im ganzheitlichen Sinne, also auch mental) und sich mit ihm auf einen längeren Weg zu machen. Da im Prozess des Alterns „Lebenswelt“ sich immer stärker auf Wohnumfeld, das Quartier und nahe Menschen („important others“) konzentriert, findet wohnortnahe Beratung häufig im Beziehungsdreieck statt, was durchaus als Herausforderung an alle Beteiligten zu sehen ist. – Autonomieorientierung als Grundhaltung und Gegenstrategie zu Infantilisierung und Entmündigung der Älteren, gerade der psychisch veränderten Älteren und Hochbetagten, muss zum Ziel haben, Selbstständigkeit so weit wie möglich zu erhalten, jedoch die Notwendigkeit von Hilfen und neuen Wohnformen rechtzeitig zu erkennen und anzubahnen. Dies kann nur in einem intensiven und echt klientenzentrierten Prozess stattfinden, der zeitintensiv und verlässlich ist, häufig im Rahmen eines länger währenden Case-Managements.

Ein so anspruchsvolles Konzept umzusetzen – auf der Folie der oben beschriebenen vier Arbeitsbereiche – bedeutet Mitarbeiterinnen mit Top-Qualifikation, ständiger Fortbildung und Supervision, die wir zu haben uns glücklich schätzen können. Jedoch, der finanzielle Gegenwert für diese anspruchsvolle Tätigkeit lässt seit 30 Jahren zu wünschen übrig: „Überidentifiziert und unterbezahlt“ wird es für die Mitarbeiterinnen wohl auch die nächsten Jahre weiter gehen. Hier ist bedauerlicherweise von einem Spiegelungseffekt auszugehen, wie wir ihn im psychosozialen Arbeitsfeld öfter vorfinden – an dem Fakt, dass die Finanzierung nicht als modellhaft bezeichnet werden kann, hat sich seit der Gründung wenig geändert.

Schon Kienzerle stellt im Jahr 1982 die Frage – und hier schließt sich der Kreis –, ob die Art der Nicht-Finanzierung für diesen Bereich als typisch bezeichnet werden kann<sup>38</sup>. Die Zielgruppe bewegt sich zum einen durch das Fakt des sichtbaren Alters, zum anderen durch die für alle bedrohliche Eventualität der Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit in einem stigmatisierten Bereich, dem die darin Tätigen immer wieder mit unterliegen. Diesen Spiegelungseffekt und die damit verbundene Stigmatisierung aufzubrechen, für Betroffene und deren professionelle und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, wird eine der wesentlichen Aufgaben der Zukunft sein.

---

<sup>37</sup> S. Pantuczek, Peter: Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe, Freiburg 1998, S. 53.

<sup>38</sup> Kienzerle, Florian: Dem älteren Menschen helfen sich weiterzuentwickeln, in: psycho 8(1982), S. 668.



### **Zusammenfassung**

Die Beratung älterer und hochbetagter Menschen sowie deren Angehöriger hat in den Jahren des Bestehens der Beratungsstelle für Ältere eine große Nachfrage erreicht. Veränderte Störungsbilder und besondere Lebenslagen der Älteren verlangen nach anderen Settings. Die Anforderungen an die Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen werden in dem Artikel dargestellt, auch unter dem Blickwinkel der Entwicklung neuer Konzepte.

### **Abstract**

The Counselling of elderly people and relatives has raised great demand since the counselling service for elderly people has been founded in 1978. Changes in psychophysical disturbances and special living conditions generate the need for new settings of counselling. The necessity of high qualification of the staff in dealing with new concepts is demonstrated.

### **Literatur**

- Braun, C., Schmidt, M. (2005): Drei unter einem Dach – ganzheitliche und dennoch spezialisierte Altenberatung am Beispiel der Beratungsstelle für Ältere in Tübingen, in: *Psychotherapie im Alter*, 4, S. 111-117.
- Brock-Dautel, G. (1983): *Psychosoziale Beratung älterer Erwachsener. Voraussetzungen und Kasuistik*, Unveröff. Diss., Tübingen.
- Ennulat, G. (2008): *Kriegskinder. Wie die Wunden der Vergangenheit heilen*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frommann, A., Schramm, D., Thiersch, H. (1976): *Sozialpädagogische Beratung*, in: *Zs. F. Pädagogik*, 5, S. 519-556.
- Diestel, Michael: *Initiative auf der Abbruchliste – Einzigartiges Projekt in Tübingen: Beratung für ältere Mitbürger*, Artikel in „*Stuttgarter Zeitung*“, 26. April 1978.
- Kienzerle, F. (1981): *Psychosoziale Beratung für ältere Menschen – ein Erfahrungsbericht*, in: *DPWV-Nachrichten*, 11, S. 155-158.
- Kienzerle, F. (1982): *Dem älteren Menschen helfen sich weiterzuentwickeln*, in: *psycho*, 8, S. 665-673.
- Jahresbericht der „Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige e.V.“, Tübingen 2006.
- Jahresbericht der „Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige e.V.“, Tübingen 2007.
- Jahresbericht der „Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige e.V.“, Tübingen 2008.
- Pantucek, P. (1998): *Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe*, Freiburg: Lambertus.
- Pöschl, R. (1991): *Beratungsstellen im offenen und ambulanten Bereich*, in: *Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hg.), Betreuung verwirrter und psychisch kranker alter Menschen, Dokumentation*, S. 92-96.
- Pöschl, R. (1996): *Psychotherapie mit älteren Menschen*, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 4, S. 529-537.
- Schmidt M., Bierfreund C.: *Demenzkranke Menschen im Landkreis Tübingen: Von Realitäten zu Utopien – und zurück. Dokumentation der gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung des geriatrischen Zentrums am Universitätsklinikum Tübingen und des Landratsamts Tübingen am 7.5.1999.*
- Schmidt, M. (2001): *Beratungsstelle für ältere Menschen: Überflüssige Differenzierung oder Baustein der präventiven Altenhilfe?* In: Sanders R. (Hg.): *Beratung aktuell. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung*, 3, S. 177-191.
- Tätigkeitsbericht der „Psychosozialen Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige e.V.“ für das Jahr 1979.
- Zeyer, R. (1990): *Hilfen für Ältere und ihre Angehörigen*, in: *Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hg.), Ideenbörse vorbildliche Altenpflege, Initiative, Projekte, Erfahrungen*, Stuttgart, S. 68-70.



**Gisela Brock-Dautel**, Dr. rer. Soc., Dipl.-Pädagogin, Diplom-Supervisorin (DGSv), arbeitet seit 30 Jahren in der Aus- und Weiterbildung von Alten- und Krankenpflegekräften und als Supervisorin in freier Praxis tätig. Sie ist Gründungsmitglied der „Beratungsstelle für Ältere“ in Tübingen. Gartenstraße 230, D-72074 Tübingen, Internet: [www.brock-dautel.de](http://www.brock-dautel.de) , E-Mail: [gisela.brock@dauteis.de](mailto:gisela.brock@dauteis.de)

**Claudia Braun**, Dipl.-Psychologin, Dipl.-Geografin, seit 2002 Leiterin der „Psycho-sozialen Beratungsstelle für Ältere und Angehörige e.V.“ in Tübingen. Gartenstraße 25, D 72074 Tübingen, Internet: [www.altenberatung-tuebingen.de](http://www.altenberatung-tuebingen.de)  
E-Mail: [info@altenberatung-tuebingen.de](mailto:info@altenberatung-tuebingen.de)

Verena Venske  
**Vergebungsprozess bei Paaren**  
Validierung der deutschen Form des *Forgiveness*  
*Inventory*

### 1. Vorbemerkung

Der Beitrag möchte einen Überblick zum Stand der Forschung im Bereich *Vergebung in Paarbeziehungen* geben und Perspektiven für weitere Forschungsansätze eröffnen. Ein deutschsprachiges Inventar zur Messung des Vergebungsprozesses soll darüber hinaus vorgestellt werden.

Störungen in der Paarbeziehung sind die am häufigsten vortragenen Gründe, um ein entsprechendes Beratungs- oder Therapieangebot aufzusuchen. Bei der Arbeit mit den Klienten kommen immer wieder Phänomene und Erfahrungen zur Sprache, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können, dennoch aber einer Einordnung und mehrmaligen Gewichtung bedürfen (*Vergebung*), damit ein Weiterbestehen und/oder Neuanfang möglich werden. Die hierdurch auftretenden Fragestellungen und der beraterische und therapeutische Umgang mit ihnen soll mit dieser Initiative weiter aufgedeckt und für die Aus- und Fortbildung in diesem Feld nutzbar werden.

Dieser Text (eine zusammengefasste Diplomarbeit (Venske, 2009) versteht sich als Baustein in einem geplanten Forschungsvorhaben, zu dem die interessierten Beratungsstellen eingeladen werden sollen, um eine empirisch abgesicherte Arbeitsweise entwickeln und dann etablieren zu können. Es geht somit zunächst um Sensibilisierung für dieses Thema und um die Frage an die Praktiker, welchen Stellenwert die *Vergebung* in der eigenen Arbeit hat und wie erfolgreich damit neue Ansätze oder Grundlagen für die Paarbeziehung des Klientenpaares gewonnen werden konnten. Dieser Ansatz ist somit einer Optimierung der Interventionen und Vervielfachung des Inventars – zugunsten der Klienten – verpflichtet.

### 2. Einleitung

Nachdem sich früher hauptsächlich Theologen oder Philosophen mit dem Thema Vergebung auseinandersetzen (vgl. z.B. Rye, Pargament, Ali, Beck, Dorff, Hallisey, Narayanan & Williams, 2000), hat das Interesse der modernen Psychologie an Vergebung in den letzten Jahren stetig zugenommen. Vor allem in der Persönlichkeits-, Sozial- und Klinischen Psychologie beschäftigt sich die Forschung zunehmend mit Voraussetzungen, Ursachen und

Konsequenzen von Vergebung (z.B. Fincham, Jackson & Beach, 2005; McCullough & Worthington, 1999; Hall & Fincham, 2006). Nicht zuletzt die sich mehrenden Hinweise auf positive körperliche und psychische Auswirkungen von Vergebung weckten das Forscherinteresse (z.B. Berry & Worthington, 2001; Brown, 2003; Witvliet et al., 2004). Vergebung kann darüber hinaus helfen, eine Partnerschaft aufrechtzuerhalten.

Zunächst war es jedoch schwierig, Vergebung zu erfassen, da geeignete Messinstrumente fehlten, was möglicherweise ein Grund für die anfangs geringe Forschertätigkeit war. Die Entwicklung valider Messinstrumente in den 1990er-Jahren stellte einen großen Fortschritt für die Vergebungsforschung dar, Studien zur Vergebung haben seither exponentiell zugenommen. Allein die Stichwortsuche bei PsyclNFO liefert heute mehr als 1800 Treffer (abgerufen am 15.03.2009). Valide Messinstrumente mehrten aber nicht nur die Forschungsbemühungen, sondern halfen auch, den Vergebungsprozess als therapeutische Methode zu integrieren (z.B. Enright & Fitzgibbons, 2002). In der Paartherapie kann Vergebung beispielsweise im Zusammenhang mit Untreue und deren seelischen Auswirkungen wichtig sein (Gordon, Baucom & Snyder, 2000).

Für den englischsprachigen Raum liegen nach eigenen Recherchen mittlerweile mehr als zwei Dutzend Instrumente vor, die Vergebung messen. Betrachtet man jedoch den deutschsprachigen Raum, so muss konstatiert werden, dass die Entwicklung valider Messinstrumente noch in den Kinderschuhen steckt. Lediglich ein einziges deutsches Instrument zur Vergebungsmessung wurde bisher entwickelt (*Skala der Bereitschaft zu Verzeihen*, Allemand et al., 2008), von den wenigen deutschen Übersetzungen, die für die englischsprachigen Instrumente existieren, wurde nur eine für den deutschen Raum validiert (TRIM-12; Mc Cullough et.al, 1998; dt. Werner & Appel, 2004). Das *Forgiveness Inventory* (FI; Gordon & Baucom, 2003), dessen Validierung Anliegen der diesem Text zugrundeliegenden Diplomarbeit war, ist das derzeit einzige Instrument, welches den *Status im Vergebungsprozess* messen kann. Es unterscheidet sich damit von allen anderen existierenden Instrumenten, die lediglich die allgemeine Vergebungsbereitschaft über *Summenwerte* zu erfassen suchen. Eine Übersetzung ins Deutsche wurde bereits 2003 durch Kröger und Freese vorgenommen, eine Validierung ist bis dato nicht erfolgt. Die Diplomarbeit versuchte diese Lücke zu schließen (Venske, 2009).

### **3. Theoretischer Hintergrund**

#### **3.1 Vergebung in der Psychologie**

Als psychologisches Konstrukt in der wissenschaftlichen Forschung wurde Vergebung bis vor 20 Jahren wenig Beachtung

geschenkt. Dass die Forschung in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat, liegt vor allem an den Hinweisen, dass Vergebung einen positiven Einfluss auf körperliches und psychisches Wohlbefinden hat (Brown, 2003; Freedman & Enright, 1996). Darüber hinaus zeigen sich positive Zusammenhänge mit Beziehungsqualität (vgl. Paleari, Regalia & Fincham, 2005; Fincham, Beach & Davila, 2007), Beziehungsstabilität (Fenell, 1993) und Beziehungszufriedenheit (Orathinkal & Vansteenwegen, 2006).

Im Folgenden soll auf die psychologische Konzeption von Vergebung näher eingegangen werden.

### 3.1.1 *Abgrenzung von verwandten Konstrukten*

Vergabung wird von der Mehrheit der Autoren von *Versöhnung* abgegrenzt. Während Versöhnung als dyadischer Prozess verstanden wird, ist Vergebung zunächst nicht von der Reaktion des Anderen abhängig. Vergaben wird weiterhin von *Vergessen* und *Verleugnen* unterschieden. Beim Vergessen lassen die Sorgen und Gedanken an das Ereignis nach, beim Verleugnen handelt es sich um einen bewussten „Nicht-Wahrhaben-Wollen“-Prozess. Vergebung setzt im Gegensatz zu diesen Reaktionsweisen auch das bewusste Erinnern des Geschehenen voraus. Beim *Entschuldigen* und *Akzeptieren* wird die Verfehlung zwar wahrgenommen, anders als bei der Vergebung wird die Verletzung jedoch als nicht sehr gravierend oder der Übeltäter als nicht verantwortlich empfunden. Vergebung muss nicht zuletzt von der sogenannten *Pseudo-Vergabung* abgegrenzt werden, bei der nur nach außen hin vergeben wird. Die Gefühle des Grolls und das negative Denken dem Übeltäter gegenüber sind in Wirklichkeit jedoch noch nicht überwunden.

### 3.1.2 *Definition*

Im Laufe der nun über vierzigjährigen Forschungstätigkeit zur Vergebung wurden viele Modelle und Definitionen vorgeschlagen. Einen Überblick hierüber geben z.B. McCullough und Witvliet (2002). Eine einheitliche Definition der Vergebung als psychologisches Konstrukt hat sich jedoch noch nicht durchsetzen können.

Einige Autoren fassen Vergebung als *eindimensionalen* Prozess auf, in dessen Verlauf das Opfer einer Verletzung Veränderungen gegenüber dem Übeltäter bezüglich seines Denkens, Fühlens und Verhaltens erlebt (z.B. Kachadourian, Fincham, & Davila, 2005; McCullough, Rachal, Sandage, Worthington). Man geht dem Übeltäter seltener aus dem Weg, auch der Wunsch nach Rache nimmt ab (McCullough et al., 1998).

Vergabung lässt sich aber auch *zweidimensional* erörtern. Subkoviak und Kollegen (1995) zufolge ist Vergebung durch die *Abwesenheit* von negativem Affekt, Bewertung und Verhalten und der

*Anwesenheit* von positivem Affekt, Bewertung und Verhalten gegenüber dem Übeltäter gekennzeichnet.

Vergebung, vor allem im Kontext der Partnerschaft, ist nicht zuletzt ein Prozess, der zwischen zwei Personen abläuft, dem Opfer und dem Übeltäter. Diese dyadische Komponente von Vergebung wird von McCullough, Pargament und Thoresen (2000) in folgender Definition aufgegriffen: „*Vergebung ist eine intraindividuelle, prosoziale Veränderung gegenüber einem wahrgenommenen Übeltäter, die innerhalb eines spezifischen interpersonellen Kontextes stattfindet*“ (Anm.: Übersetzung der Verfasserin). Dieser Auffassung von Vergebung schließt sich die Autorin an. Das *Forgiveness Inventory* (FI), dessen Validierung Hauptanliegen der diesem Artikel zugrunde liegenden Diplomarbeit war, untersucht eben diese prosozialen Veränderungen innerhalb einer Person. Die Partnerschaft der Teilnehmer (TN) bildet den interpersonellen Rahmen, innerhalb dessen die Veränderungen stattfinden.

### **3.2 Vergebung und Partnerschaft**

Vergebung ist eine wichtige Komponente im täglichen Miteinander, dies gilt nicht zuletzt für die engste zwischenmenschliche Beziehung: die Partnerschaft. Erfüllte Partnerschaften machen glücklich, wirken sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus und helfen, mit den Anforderungen des Lebens besser klarzukommen (Booth & Johnson, 1994; .Randall & Bodenmann, 2008; Wickrama, Lorenz, Conger & Elder, Jr., 1997). Vergebung ist einer der Faktoren, die dabei helfen, eine Partnerschaft aufrechtzuerhalten. Im Folgenden sollen die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Einflussfaktoren und Vergebung innerhalb von Partnerschaften kurz erörtert werden. Zuvor soll ein kritischer Blick auf die vorliegenden Studien zur Vergebung in Partnerschaften geworfen werden. Ein Überblick über die wichtigsten Studien und ihre Ergebnisse findet sich bei Fincham und Kollegen (2005).

#### **3.2.1 Vergebung und Ehequalität**

Der Zusammenhang zwischen Vergebung und *Ehequalität* wurde häufig untersucht und gilt mittlerweile als gesichert (z.B. Fincham, 2000; Gordon & Baucom, 2003; Paleari, Regalia & Fincham, 2005). Als Determinanten der Ehequalität werden unter anderem Intimität und Nähe, Hingabe, kommunikative Fertigkeiten, Umgang mit Konflikten sowie die subjektiv eingeschätzte Zufriedenheit mit der jeweiligen Partnerschaft genannt.

Die meisten Modelle gehen davon aus, dass ein indirekter Zusammenhang zwischen Ehequalität und Vergebung vorliegt, der über verschiedene Variablen wie *Empathie* oder *Bindung* beeinflusst wird (z.B. Burnette et al., 2007; McCullough et al., 1998; Paleari et al., 2005). Die Richtung dieses Zusammenhangs scheint jedoch unein-

deutig: So gibt es Hinweise, dass eine *höhere Ehequalität* eine höhere Vergebungsbereitschaft begünstigt (Fincham, Paleari, & Regalia, 2002). Dies könnte daran liegen, dass Paare, die eine höhere Ehequalität aufweisen und über mehr Ressourcen verfügen, auf ein Ereignis, das die Beziehung grundlegend erschüttert, mit besseren Bewältigungsstrategien reagieren und leichter vergeben. Oder sie haben mehr investiert und sind deshalb eher bereit zu vergeben, um die Beziehung aufrechtzuerhalten. Aber auch für den umgekehrten Zusammenhang, dass nämlich Vergebung die Ehequalität beeinflusst, lassen sich Hinweise finden (Kachadourian, Fincham, & Davila, 2005; Ripley & Worthington, 2002).

### 3.2.2 Vergebung und Konfliktlöseverhalten

Vergebung ist mit dem *Konfliktlöseverhalten* assoziiert, unabhängig von der Beziehungszufriedenheit. Die kausale Richtung des Zusammenhangs ist indes noch unklar. Fincham und Kollegen (2004) fanden in zwei Studien Belege für folgenden Zusammenhang: Vermeidung und Rache (= negative Dimensionen der Vergebung) bei Ehemännern und ein Mangel an Wohlwollen (= positive Dimension der Vergebung) bei Ehefrauen waren mit ineffektiver Konfliktlösung verbunden. In einer Längsschnittstudie über zwölf Monate untersuchten sie, ob Vergebung die Konfliktlösung von verheirateten Paaren vorhersagt. Zumindest für die Ehefrauen konnte gezeigt werden, dass Selbstberichte über das Ausmaß der stattgefundenen Vergebung nach einer Verletzung negativ mit dem Bericht des Partners von ineffektiver Konfliktlösung zwölf Monate später korrelierten (Fincham, Beach und Davila, 2007).

### 3.2.3 Vergebung und Schwere der Verletzung

Die *Schwere der Verletzung* wirkt sich unmittelbar auf die Bereitschaft zu vergeben aus: je schwerer die Verletzung, desto schwieriger die Vergebung. Auch ist *eine* schwere Verletzung leichter zu vergeben als mehrere (Girard & Mullet, 1997). Darüber hinaus sind objektive und subjektive Einschätzungen der Schwere einer Verletzung prädiktiv für Vergebung (Fincham, Jackson & Beach, 2005).

Eine besonders schwere Verletzung innerhalb einer Partnerschaft stellt eine *sexuelle Außenbeziehung* dar. Der nächste Abschnitt beschäftigt sich damit, welche Folgen diese für die Partner haben kann und welche Zusammenhänge zwischen sexuellen Außenbeziehungen und Vergebung bekannt sind.

### 3.3 Vergebung und sexuelle Außenbeziehungen

Treue wird in Partnerschaften hoch geschätzt: Für über 70% der befragten Deutschen ist sie „die wichtigste Eigenschaft des idealen Partners“ (Institut für Demoskopie Allensbach, 2005), dennoch kommt es innerhalb von Partnerschaften nicht selten zu anderweitigen sexuellen Kontakten. Die Auftretenshäufigkeit innerhalb der Lebenszeit liegt in Deutschland laut einer nicht-repräsentativen Kohortenstudie von Schmidt und Kollegen (2006) bei 28 %.

Es gibt Unterschiede, wie Männer und Frauen auf eine Außenbeziehung reagieren: Männern fällt es schwerer als Frauen, *sexuelle* Untreue zu vergeben. Frauen hingegen fällt es schwerer als Männern, den *emotionalen Aspekt* der Untreue zu vergeben (Shackelford, Buss & Bennett, 2002).

Ob Untreue vergeben wird, ist u.a. abhängig von der Art, wie diese offen gelegt wird. Afifi und Kollegen (2001) fanden heraus, dass ein Vergeben am wahrscheinlichsten ist, wenn der untreue Partner von sich aus über das Ereignis berichtet, ohne vorher darauf angesprochen worden zu sein. Am unwahrscheinlichsten ist Vergebung, wenn der untreue Partner „auf frischer Tat ertappt“ wird oder eine nicht beteiligte dritte Person den betrogenen Partner über die Untreue informiert. Auch finden sich Hinweise in der Literatur, dass eine sexuelle Außenbeziehung eher vergeben wird, wenn es sich um ein *einmaliges Ereignis* handelt und der untreue Partner sich *entschuldigt* (z.B. McCullough et al., 1998). Wird das Ereignis jedoch als *geplant* oder der Partner als *schuldig* erlebt, fällt Vergebung schwer und Versöhnung wird weniger wahrscheinlich (Hall & Fincham, 2006). Studien, die Vergebung nach *wiederholter* Untreue untersuchten, existieren bis dato leider nicht.

Welche schwerwiegenden Auswirkungen eine Außenbeziehung auf die Partnerschaft haben kann, wird im Folgenden kurz erörtert. Zuvor soll jedoch eine Eingrenzung der Begrifflichkeit „Untreue“ erfolgen.

#### 3.3.1 Definition

In der Literatur findet sich ein uneinheitlicher Sprachgebrauch der *Untreue*, es ist von außerpartnerschaftlichem Sex, Affären, One-Night-Stands, Seitensprüngen oder außerehelichen Verwicklungen die Rede. Einige Begriffe betonen die sexuelle Seite, andere spielen stärker auf die erlebte Verletzung der Exklusivität innerhalb einer Beziehung an.

Welche Praktiken noch toleriert und welche bereits als „Untreue“ bewertet werden, ist jedoch von Paar zu Paar verschieden und hängt von individuellen Werten und Normen ab. Für die vorliegende Arbeit wurde daher der neutrale Begriff der (sexuellen) *Außenbeziehung* gewählt. Da u.a. die Daten von Paaren, die sich aufgrund einer Außenbeziehung in Paartherapie befanden, ausgewertet

wurden, war es wichtig, eine klare Definition für die Außenbeziehung zu finden. Darunter verstand die Autorin die *sexuelle Kontaktaufnahme einer der Partner zu einer anderen Person*. Chatten, Flirten, das Betrachten pornografischer Bilder o.ä. wurde demgemäß nicht als sexuelle Kontaktaufnahme gewertet. Zwischen Dauer und Häufigkeit der sexuellen Kontaktaufnahme wurde nicht weiter differenziert.

### 3.3.2 Sexuelle Außenbeziehung als interpersonelles Trauma

Eine sexuelle Außenbeziehung stellt eine derart schwere Verletzung innerhalb einer Partnerschaft dar, dass es beim betrogenen Partner zu Symptomen kommen kann, die denen einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* (ICD-10; WHO, 2008) ähneln. Die Patienten berichten von überwältigenden Emotionen wie Depression, Wut, Scham und Hilflosigkeit sowie emotionaler Taubheit und Hypervigilanz (Gordon & Baucom, 1998). Es kann zu intrusiven Gedanken, Flashbacks und zwanghaftem Grübeln kommen. Diese Symptome können so unkontrollierbar sein, dass sie mit einer Beeinträchtigung der Konzentration und sozialen Funktionsfähigkeit einhergehen.

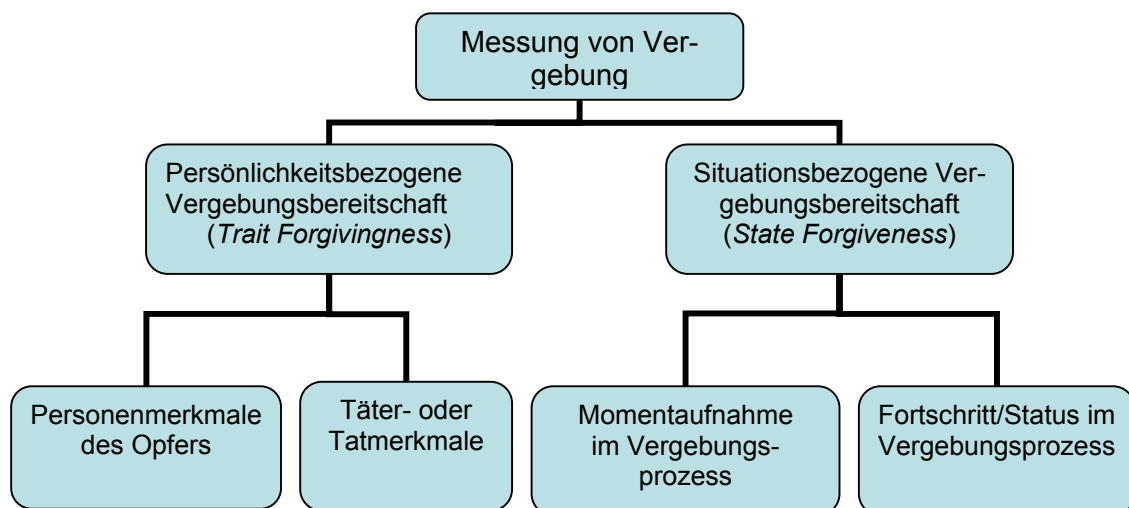
Auf der *kognitiven Ebene* äußert sich das Erleben eines traumatischen Ereignisses in einer Erschütterung der bisherigen unbewussten Annahmen über den Partner, die Beziehung und die eigene Person (Janoff-Bulman, 1989). Durch die Außenbeziehung werden implizite Annahmen wie „Ich kann meinem Partner vertrauen“, „Die Beziehung bietet mir Sicherheit“, „Ich habe die Kontrolle darüber, wie mein Leben verläuft“ verletzt. Infolgedessen erlebt die Person einen Verlust der Kontrolle und der Vorhersehbarkeit. Dies kann zu Angst und Depression führen (Seligman, 1975).

### 3.4 Messung von Vergebungsbereitschaft

Will man Vergebungsbereitschaft messen, bedient man sich meist sogenannter Selbstbericht-Fragebögen. Bisher liegen jedoch nur englischsprachige Instrumente vor, selbst validierte deutschsprachige Fassungen existieren nicht. Ausnahmen bilden die deutschsprachige Fassung des *Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory* (TRIM-12; Mc Cullough et al., 1998) von Werner und Appel (2004) und die *Skala der Bereitschaft zu Verzeihen* (SBV) von Allemann und Kollegen (2008).

Bei der Vergebungsmessung müssen *persönlichkeits-* und *situationsbezogene Vergebungsbereitschaft* unterschieden werden. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Einteilung der Messinstrumente. Eine Übersicht aller derzeit vorliegenden Instrumente zur Vergebungsmessung findet sich im Anhang der Diplomarbeit (Venske, 2009).





**Abb. 1:** Einteilung der Instrumente zur Vergebungsmessung

### 3.4.1 Messung persönlichkeitsbezogener Vergebungsbereitschaft

Etwa die Hälfte der derzeit vorliegenden englischsprachigen Instrumente untersucht die *persönlichkeitsbezogene Vergebungsbereitschaft*, auch *Trait Forgiveness* genannt (z.B. DeShea, 2003; Hebl & Enright, 1993; Rye et al., 2001). Hier werden allgemeine Persönlichkeitsmerkmale oder Einstellungen zur Vergebung erfragt. Diese Instrumente lassen sich unterteilen in solche, die (a) *Personenmerkmale* des möglichen *Opfers* erfassen, z.B. die *Trait Forgiveness Scale* (TFS, Berry et al., 2005;), und (b) anhand von hypothetischen Verletzungsszenarien *Täter- und Tatmerkmale* einer Verletzung erfassen, z.B. die *Skala der Bereitschaft zu verzeihen* (SBV; Allemand et al., 2008). Instrumente, die Personenmerkmale

des Opfers erfassen, sind anfällig für soziale Erwünschtheit ( $r = .38$ ), bei Instrumenten, die Täter- oder Tatmerkmale erfassen, finden sich diese Zusammenhänge nicht. Aussagen über die Vergebungsbereitschaft nach einer *realen* Verletzung lassen sich jedoch mit beiden Formaten nicht treffen.

### 3.4.2 Messung situationsbezogener Vergebungsbereitschaft

Neben der persönlichkeitsbezogenen Vergebungsbereitschaft lässt sich auch die *situationsbezogene Vergebungsbereitschaft* messen, genannt *State Forgiveness*. Der Proband soll sich mit seinen Angaben auf konkrete Verletzungssituationen in seinem Leben beziehen. Nachteil dieser Instrumente ist, dass die Ergebnisse nur „Momentaufnahmen“ der Vergebungsbereitschaft liefern. Um ein aussagekräftigeres Bild bezüglich des Vergebungsprozesses zu erhalten, müssten die Messungen im Abstand mehrerer Wochen wiederholt werden. Das FI ist das einzige derzeit vorliegende situationsbezogene Instrument, welches den *Status* im Vergebungsprozess misst. Nach Kenntnis der Autorin existiert ein weiteres Instrument, welches den Vergebungsprozess messen will, die *Process of Forgiveness Scale* von Noll und McCullough, dieses Instrument wurde bisher aber nicht publiziert. Nachfolgend sollen zunächst zwei der bekanntesten Instrumente zur Messung situationsbezogener Vergebungsbereitschaft vorgestellt werden, bevor das FI näher erläutert wird.

Das *Enright Forgiveness Inventory* (EFI; Subkoviak et al., 1995; dt. Allemand & Amberg, 2003) misst den Grad an Vergebung gegenüber einem Übeltäter in den Bereichen Affekt, Kognition und Verhalten. Es besteht aus 60 Items, je 20 Items werden den genannten drei Bereichen mittels Subskalen zugeordnet. Jede Subskala enthält zehn positive und zehn negative Items. Der Proband macht seine Angaben auf einer sechsstufigen Skala, von 1 = „starke Ablehnung“ bis 6 = „starke Zustimmung“. Zusätzlich gibt es eine aus fünf Items bestehende Skala *Pseudovergebung*, mit deren Hilfe man echte Vergebung von Pseudovergebung unterscheiden will. Zusätzlich existiert eine *Ein-Item-Vergebungsskala*, die die Konstruktvalidität des EFI erheben soll. Die interne Konsistenz für die Gesamtskala ist hoch,  $\alpha = .98$  (Subskalen  $.93-.98$ ). Die Test-Retest-Reliabilität nach einem Vier-Wochen-Intervall liegt bei  $.86$  für die Gesamtskala ( $.67-.91$  für die Subskalen). Es gibt Hinweise zur Konstruktvalidität: Die Korrelation zwischen dem EFI und der *Ein-Item-Vergebungsskala* ist befriedigend ( $.53 < r < .74$ ). Das EFI korreliert mit der *Wade Forgiveness Scale* (WFS) zu  $.79$ . Für Verletzungen durch nahe stehende Personen ergaben sich signifikante negative Korrelationen des EFI mit Zustandsangst ( $-.30 > r > -.48$ ). Es gibt keine Zusammenhänge mit sozialer Erwünschtheit. Das EFI wurde auch in anderen Ländern eingesetzt

und validiert (z.B. Österreich, Korea, Taiwan), die Ergebnisse gleichen denen der amerikanischen Stichproben.

Die *Wade Forgiveness Scale* (WFS; Wade, 1990) weist einige Ähnlichkeiten zum *EFI* auf: Beide Instrumente messen den Grad an Vergebung bezogen auf Affekt, Kognitionen und Verhalten und beide fordern den Probanden auf, sich auf eine Person zu beziehen, die die Verletzung zufügte. Unterschiede finden sich jedoch im Aufbau des Instruments und der Itemanzahl sowie in den Inhalten der Items. Die *WFS* besteht aus 83 Items, die Probanden antworten auf einer 5-stufigen Skala von 1 = „starke Ablehnung“ bis 5 = „starke Zustimmung“. Es gibt eine *Affektsubskala*, vier *Verhaltenssubskalen* (*Vermeidung, Religion, Versöhnung, Nachtragen*) und vier *Kognitionssubskalen* (*Rache, Abwesenheit von Besessenheit, Zustimmung, Schikane*). Die *WFS* korreliert mit dem *EFI* zu .87. Die *Affekt-, Verhaltens- und Kognitionssubskalen* korrelieren zwischen .71 und .84 miteinander. Die interne Konsistenz ist sehr hoch,  $\alpha = .97$ . Es gibt keine Zusammenhänge mit sozialer Erwünschtheit.

Das *Forgiveness Inventory* (FI; Gordon & Baucom, 2003; dt. Kröger & Freese, 2003) hebt sich von allen anderen Inventaren dadurch ab, dass es keinen *Vergebungsindex* erhebt, sondern den Status im Vergebungsprozess abbildet. Drei Skalen repräsentieren die postulierten drei Phasen im Vergebungsprozess (*Auswirkung, Sinn und Erholung*). Das FI besteht aus 25 Items, auf einer fünf-stufigen Skala von 1 = „fast nie“ bis 5 = „fast immer“ soll der Proband angeben, inwiefern die Aussage auf ihn zutrifft. Niedrige Werte auf den Skalen *Auswirkung* (Skala 1) und *Sinn* (Skala 2) und hohe Werte auf der Skala *Erholung* (Skala 3) sprechen für einen vollzogenen Vergebungsprozess. Die internen Konsistenzen für die drei Skalen sind befriedigend bis gut mit Cronbachs Alpha .85, .76 und .75 in der US-amerikanischen Stichprobe (siehe Gordon & Baucom, 2003). Hinweise zur konvergenten Validität liegen vor. Das FI liegt zwar in deutscher Fassung vor, (Kröger & Freese, 2003), eine Konstruktvalidierung ist bis dato jedoch nicht erfolgt. Die vorgelegte Diplomarbeit (Venske, 2009) wollte diese Lücke schließen. Anhand zweier Stichproben aus dem paartherapeutischen Kontext, bestehend aus Paaren mit und ohne Außenbeziehung, sowie einer Kontrollgruppe, bestehend aus unbelasteten Paaren, sollten Testkennwerte des FI im deutschsprachigen Raum ermittelt und erste Bemühungen zur Validierung des Instrumentes unternommen werden.

## 2.5 Kritik an den vorliegenden Studien zur Vergebung in Partnerschaften

Die bereits angesprochene Uneinigkeit der Wissenschaftler darüber, was unter Vergebung zu verstehen ist, hat direkte Konsequenzen für die Forschung: So führt eine unklare Definition zu

ungenauen *Operationalisierungen* über unterschiedliche Untersuchungsinstrumente. Ein großes Manko ist darüber hinaus der Umstand, dass die Mehrheit der Studien lediglich *Querschnittsuntersuchungen* darstellen, Längsschnittstudien sind in der Minderheit (z.B. Finkel, Burnette & Scissors, 2007; McCullough, Bono & Root, 2007; McNulty, 2008; Orth et al., 2008; Tsang et al., 2006). In einer Querschnittsuntersuchung lassen sich umgekehrte Wirkrichtungen jedoch nicht ausschließen, was ein großer Nachteil ist.

*Repräsentativität* und *Generalisierbarkeit* der Ergebnisse sind meist nicht gegeben (z.B. lediglich junge, studentische Stichproben; keine langjährige Beziehungen untersucht), so dass sich endgültige Aussagen über Vergebung in Partnerschaften nicht treffen lassen. Die Erfassung der Vergebungsbereitschaft bezieht sich oft auf hypothetisch zu vergebende Ereignisse oder Verletzungen vom Ausmaß alltäglicher Vorkommnisse (z.B. Fincham, Beach, & Davila, 2004). Darüber hinaus stammt der überwiegende Teil der Literatur aus dem amerikanischen Sprachraum, so dass bisher keine Aussagen über deutsche Populationen getroffen werden können. Um in diesem Kontext weitere Erkenntnisse gewinnen zu können, sollen mit diesem Beitrag Kooperationspartner auf den unterschiedlichsten Ebenen gewonnen werden.

#### **4. Fragestellung**

Ziel der Arbeit war es, für die deutschsprachige Version des Forgiveness Inventory (FI) psychometrische Gütekriterien (Validität, Reliabilität) zu ermitteln. Das FI ist das derzeit einzige Messinstrument, welches den *Status im Vergebungsprozess* mittels der drei Skalen *Auswirkung* (Skala 1), *Sinn* (Skala 2) und *Erholung* (Skala 3) abbildet.

#### **5. Durchführung und statistische Datenauswertung**

Um den Inhalt und Ablauf der vorliegenden Untersuchung nachvollziehbar zu machen, werden im folgenden Abschnitt das Design der Untersuchung, die untersuchten Stichproben sowie die genaue Durchführung der Datenerhebung vorgestellt. Anschließend wird zusammenfassend auf die statistische Datenauswertung eingegangen.

##### **5.1 Untersuchungsdesign**

Bei der Untersuchung handelt es sich um ein korrelatives Untersuchungsdesign, da es sich um natürlich vorkommende Gruppen handelt (Paare), die mit anderen Paaren verglichen werden

(belastete vs. unbelastete Paare). Die Gruppen sind unbalanciert und nicht repräsentativ.

## 5.2 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen  $N=144$  freiwillige heterosexuelle Paare an der vorliegenden Fragebogenstudie teil, die zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 20 Jahre alt waren. Alle Personen lebten in einer festen Partnerschaft, mussten aber nicht verheiratet sein. Die Gesamtstichprobe setzt sich aus drei Untersuchungsgruppen zusammen:

$N_1 = 81$  Paare gehörten einer Gruppe aus heterosexuellen Paaren an, die nach vorausgegangener Außenbeziehung einer der beiden Partner eine Paartherapie begonnen hatten. Diese Gruppe wird nachfolgend als Gruppe 1 (Therapiepaare mit Außenbeziehung) bezeichnet.

$N_2 = 31$  Paare gehörten einer Gruppe aus heterosexuellen Paaren an, die eine Paartherapie begonnen hatten, ohne dass eine Außenbeziehung von einem der beiden Partner eingegangen worden war. Diese Gruppe wird nachfolgend als Gruppe 2 (Therapiepaare ohne Außenbeziehung) bezeichnet.

$N_{KG} = 32$  Paare gehörten der Kontrollgruppe an, bestehend aus heterosexuellen Paaren, die sich nicht in Paartherapie befanden und wo keiner der beiden Partner eine Außenbeziehung eingegangen war. Diese Gruppe wird nachfolgend als Kontrollgruppe (Unbelastete Paare ohne Außenbeziehung) bezeichnet.

Die demografischen Daten der drei Gruppen wurden getrennt voneinander untersucht. Einzelheiten finden sich bei Venske (2009).

## 5.3 Gruppenunterschiede

Um zu überprüfen, ob die Gruppen sich bezüglich des Alters oder der Dauer der Partnerschaft unterscheiden, wurde eine ANOVA mit Welch-Korrektur gerechnet und anschließend Post-hoc-Tests durchgeführt (Scheffé, Bonferroni, LSD). Alle anderen Variablen wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test analysiert. Die Homogenität der Varianzen wurde mit der Levene-Statistik überprüft und bestätigt.

Zwischen den Gruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Alters,  $F_{(\text{asympt., Welch})}(2;122,21) = 2,83; p = .06$  und der Religionszugehörigkeit,  $\chi^2(2) = 2,92; p = .23$ . Für die Variable „Waren Sie früher bereits einmal verheiratet?“ ergeben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen,  $\chi^2(2) = 0,01; p = .94$ . Der Einfluss des Alters wurde jedoch nur knapp nicht signifikant, es lässt sich vermuten, dass dennoch ein Einfluss besteht, der in einer größeren Stichprobe signifikant werden würde.

Alle drei Gruppen unterscheiden sich erwartungsgemäß signifikant voneinander bezüglich der *Partnerschaftszufriedenheit*,  $\chi^2 (12) = 186,4; p < .01$ . Paare der Gruppe 1 sind unzufriedener als Paare der Gruppe 2 und der KG. Die Paare der Gruppe 2 sind unzufriedener als Paare der KG und zufriedener als Paare der Gruppe 1. Paare der KG sind insgesamt am zufriedensten. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben sich auch für die *Dauer der Partnerschaft*,  $F_{(\text{asympt., Welch})} (2;126,81) = 5,83; p < .01$ ; Die anschließenden Post-hoc-Tests zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe 1 und der KG ( $p < .01$ ), Paare der Gruppe 1 führen durchschnittlich eine längere Beziehung als Paare der KG. Signifikante Unterschiede ergeben sich auch für die *Anzahl der Kinder*,  $F_{(\text{asympt., Welch})} (2;146,53) = 3,91; p < .05$ . Die durchgeführten Post-hoc-Tests zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe 1 und der KG ( $p < .05$ ). Paare der Gruppe 1 haben mehr Kinder als Paare der KG. Bezüglich des *Schulabschlusses* ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen,  $\chi^2 (12) = 142,49; p < .01$ . Die durchgeführten Mann-Whitney-U-Tests ergeben signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppen ( $p < .05$ ). In der Gruppe 1 befinden sich mehr TN mit Hauptschulabschluss und Abitur als in der Gruppe 2 und der KG. In der Gruppe 2 und der KG befinden sich mehr TN mit abgeschlossenem Studium als in der Gruppe 1. In der KG befinden sich mehr TN mit Sonderschulabschluss und abgeschlossenem Studium als in der Gruppe 1. Des Weiteren unterscheiden sich die drei Gruppen bezüglich des *Familienstandes*,  $\chi^2 (6) = 27,51; p < .01$ . Die durchgeführten Mann-Whitney-U-Tests ergeben signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppen ( $p < .05$ ). In der Gruppe 1 befinden sich mehr verheiratete Paare als in der Gruppe 2 und der KG. In der Gruppe 2 befinden sich mehr geschiedene Paare als in der Gruppe 1 und der KG. In der KG befinden sich mehr ledige Paare als in den Gruppen 1 und 2. Alle Ergebnisse sind ausführlich dargestellt in Venske (2009)..

#### 5.4 Untersuchungsdurchführung

Zunächst wurden die Versuchspersonen schriftlich über den Zweck und Ablauf der Untersuchung informiert. Anschließend wurden sie um ihre schriftliche Einverständniserklärung zur anonymen Speicherung und Auswertung der in der Untersuchung erhobenen Daten gebeten. Die Teilnahme wurde nicht vergütet und erfolgte auf freiwilliger Basis.

*Gruppe 1:* Die Daten der Paare aus Gruppe 1 lagen aus der Eingangsmessung bei Therapiebeginn bereits vor und mussten lediglich für die statistische Auswertung aus dem Datenpool extrahiert werden.

*Gruppe 2:* Den Teilnehmern (TN) wurde durch den Berater/die Beraterin der Paarberatungsstelle ein Fragebogenpaket in einem unverschlossenen Briefumschlag überreicht. Jedes Fragebogenpaket wurde vorab codiert und ermöglichte die Anonymität der TN. Jedes Paar erhielt zwei Fragebogenpakete, eines pro Person. Schriftlich und mündlich wurde über die Zielsetzung der Untersuchung aufgeklärt und Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens gegeben. Die TN wurden instruiert, die Fragebögen alleine und ohne Abstimmung mit dem Partner auszufüllen. Die Fragebögen wurden von den TN zuhause ausgefüllt und anschließend in den mitgegebenen Briefumschlag gesteckt, welcher zugleibt und dem Berater zusammen mit dem Fragebogenpaket des Partners bei einem der nächsten Treffen überreicht wurde. Die Berater sammelten die Fragebögen ein und schickten sie mittels vorfrankierten Rückumschlags an die Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig. Die Berater hatten keine Kenntnis vom Inhalt der ausgefüllten Fragebögen. Ihnen wurde angeboten, eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragebögen für die Therapie zur Verfügung zu stellen. Die Ergebnisse durften auch dem Paar rückgemeldet werden, dies wurde aber nicht in Anspruch genommen.

*Kontrollgruppe:* Die TN wurden persönlich oder schriftlich von der Autorin angesprochen. Die Fragebogenpakete wurden dem Paar von der Autorin persönlich überreicht, zusammen mit einer Instruktion, wie diese auszufüllen und zu verschicken wären. In Fällen, in denen eine persönliche Übergabe nicht möglich war, wurden die Fragebogenpakete in einem frankierten Rückumschlag an die TN verschickt mit der Bitte, diese ausgefüllt an die Autorin zurückzusenden. Jedem Fragebogenpaket lag eine ausführliche Erklärung über die Zielsetzung der Studie sowie Hinweise zum Ausfüllen der Fragebögen bei. Die TN wurden instruiert, die Fragebögen alleine und ohne Abstimmung mit dem Partner auszufüllen. Die Fragebögen wurden von den TN zuhause ausgefüllt und anschließend in den mitgegebenen Briefumschlag gesteckt, welcher zugleibt und der Autorin zugesandt wurde.

Die ausgeteilten Fragebogenpakete enthielten folgende Messinstrumente (in der hier aufgeführten Reihenfolge):

- Patientenaufklärung und Fragebogen zu demografischen Daten
- Symptom-Checkliste (SCL-90-R) (Derogatis, 1977; dt. Franke, 1995)
- Partnerschaftsfragebogen (PFB) (Hahlweg, 1996)
- Problemliste (PL) (Hahlweg, 1996)
- Forgiveness Inventory (FI) (Gordon & Baucom, 2003; dt. Kröger & Freese, 2003)



- Enright Forgiveness Inventory (EFI) (Subkoviak et al., 1995; dt. Allemand & Amberg, 2003)
- Impact of Event Scale (IES-R) (Weiss & Marmar, 1996; dt. Maercker & Schützwohl, 1998)

Die Bearbeitung der Fragebögen nahm zwischen 30-60 Minuten in Anspruch.

Die teststatistische Überprüfung erfolgte mit den Daten der Gesamtstichprobe (144 Paare), die Überprüfung der Gruppenunterschiede und diskriminativen Validität erfolgte anhand der drei Gruppen (Gruppe 1 = 81 Paare, Gruppe 2 = 31 Paare, KG = 32 Paare).

### **6.1 Einordnung der Befunde in den aktuellen Stand der Forschung**

Die Replikation einer Drei-Faktoren-Struktur für das FI gelang nicht, es wurden jedoch zwei der postulierten drei Faktoren gefunden (*Auswirkung, Erholung*). Dass die Autoren des FI drei Faktoren fanden, könnte auf die unterschiedlichen untersuchten Stichproben zurückzuführen sein. So handelte es sich bei der amerikanischen Stichprobe um 105 Einzelpersonen, deren FI-Daten ausgewertet wurden. Die vorliegende Arbeit berücksichtigte nur Daten von *Paaren*, auch war der Stichprobenumfang deutlich größer (144 Paare bzw. 288 Personen). Des Weiteren wurden in der vorliegenden Arbeit die Daten von 112 Paaren in Therapie analysiert, in der amerikanischen Stichprobe wurden lediglich *zehn* Paare aus einem paartherapeutischen Kontext rekrutiert. Die TN der amerikanischen Stichprobe waren alle verheiratet, die vorliegende Arbeit schließt auch ledige Paare ein (= Paare in einer festen Partnerschaft bzw. eheähnlichen Gemeinschaft). Die TN der amerikanischen Stichprobe wurden aus einer Universitätsgemeinschaft akquiriert und verfügten über einen hohen Bildungsgrad, die TN der vorliegenden Studie kamen aus allen Bildungsschichten. Aus der Forschung ist der Zusammenhang zwischen Konfliktlösefertigkeiten und Vergebung bereits bekannt. Konfliktlösefertigkeiten könnten ihrerseits durch den Grad an Bildung bzw. das kognitive Leistungsvermögen moderiert werden, sodass es aufgrund des höheren Bildungsniveaus in der amerikanischen Stichprobe zu besseren Ergebnissen bei der faktoriellen Validität kam.

Eine weitere, bisher noch nicht untersuchte Erklärung könnte sein, dass es sich beim Vergebungsprozess um etwas Kulturspezifisches handelt und die Phasen im Vergebungsprozess durch andere Vorgänge abgebildet werden (z.B. eine stärkere Rachemotivation anstelle von Vermeidung). Diese Hypothese bedarf weiterer Untersuchungen.



Die internen Konsistenzen liegen für die drei Skalen *Auswirkung*, *Sinn* und *Erholung* bei  $\alpha = .85$ ,  $.76$  und  $.75$  und zeigen für die deutsche Stichprobe ähnliche Ergebnisse wie für die amerikanische, sprechen somit für eine zuverlässige Erfassung der untersuchten Aspekte. In varianzstärkeren Stichproben fallen die internen Konsistenzen möglicherweise höher aus als in der vorliegenden Stichprobe.

Für die in der zugrunde liegenden Diplomarbeit (Venske, 2009) berichteten korrigierten und diskriminanten Trennschärfen sowie die Homogenität liegen keine Vergleichsmessungen aus der amerikanischen Stichprobe oder anderen Untersuchungen vor. In zukünftigen Untersuchungen sollte überprüft werden, welche Trennschärfen und Homogenitäten sich für andere Stichproben ergeben. Sollten diese wiederholt unbefriedigend ausfallen, sollte u.U. über eine Neuordnung der Items nachgedacht werden.

Die Ergebnisse der konvergenten Validität lassen sich gut in den bisherigen Forschungsstand einordnen. So konnte in der Diplomarbeit gezeigt werden, dass Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftszufriedenheit, dem Konfliktverhalten und dem Verletzungsausmaß mit dem Status im Vergebungsprozess bestehen. Diese Zusammenhänge waren bereits schon für Vergebung im Allgemeinen bekannt (siehe z.B. Fincham, Beach & Davila, 2004; Fincham, Paleari & Regalia, 2002; Fincham, Jackson & Beach, 2005).

## **6.2 Kritik an der vorliegenden Arbeit und Anregungen für zukünftige Untersuchungen**

Für die vorliegende Arbeit wäre es von Vorteil gewesen, eine gleiche Anzahl an Personen in allen drei Gruppen zu haben. Die Nachteile eines unbalancierten Designs lassen sich zwar statistisch korrigieren, wünschenswert wäre es aber gewesen, eine höhere Varianz zu erhalten, indem mehr unbelastete Paare in die Untersuchung mit eingeschlossen worden wären. Dies war aufgrund zeitlicher und finanzieller Gründe jedoch nicht möglich. Um eine höhere Power zu erhalten, wurde das unbalancierte Design beibehalten und auf eine künstliche Verkleinerung der Gruppen verzichtet. Wünschenswert wäre auch eine zweite große Stichprobe gewesen, an der sich die Ergebnisse der Faktorenanalyse hätten absichern lassen. Aufgrund der zu geringen Stichprobengröße in den drei Untersuchungsgruppen war es nicht möglich, eine Faktorenanalyse für diese drei Gruppen zu rechnen.

Einige Punkte der Operationalisierung müssen bemängelt werden: Die Rekrutierung der Paare erfolgte auf unterschiedliche Weise, die Stichproben sind nicht repräsentativ. Paare der Gruppe 1 suchten von sich aus die Paarberatung der Psychotherapieambulanz

der TU Braunschweig auf und füllten das FI im Rahmen der Eingangsdiagnostik aus. Paare der Gruppe 2 wurden von ihren Beratern bzw. Therapeuten zur Teilnahme an der Studie motiviert. Paare der Kontrollgruppe wurden über das Umfeld der Autorin rekrutiert, was sich in Unterschieden zwischen den Gruppen bezüglich Alter und Familienstand niederschlug (jüngere und höher gebildete Paare in der KG als in den beiden übrigen Gruppen). Eine einheitliche Rekrutierung wäre für zukünftige Untersuchungen vorteilhafter. Bei der Erhebung der demografischen Variablen führte das Item „Wie lange sind Sie verheiratet bzw. leben Sie mit ihrem Partner zusammen“ zu ungenauen Angaben, da in diesem Item genau genommen zwei verschiedene Fragen stecken. Ein Teil der TN mag sich auf die Dauer der Ehe, ein anderer auf die Dauer des Zusammenlebens bezogen haben. Dieser Umstand könnte evtl. zu den Gruppenunterschieden bezüglich der Beziehungsdauer geführt haben. Nachteilig wirkte sich auch aus, dass die Paare der Gruppe 1 eine andere Version des FI und des EFI ausfüllten, da die Daten dieser Gruppe bereits einige Monate vor Beginn dieser Studie erhoben wurden. Dieser Umstand wurde erst bei der Datenauswertung bemerkt. Beim FI fehlten für diese Paare die Angaben zur subjektiv empfundenen Schwere der Verletzung, beim EFI die fünf Items der Skala *Pseudovergebung*. Wertvolle Informationen gingen so verloren und erschwerten die Analysen. Außerdem konnten keine Paare mit Werten >20 auf der Skala *Pseudovergebung* des EFI ausgeschieden werden, da diese Angaben fehlten. In weiteren Untersuchungen sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass alle TN dieselbe Version der Fragebögen erhalten.

Des Weiteren wurde in der Gruppe 2 der Fortschritt im Therapieprozess nicht kontrolliert, sodass sich Paare der Gruppe 2 in unterschiedlichen Stadien des Vergebungsprozesses befunden haben, was zu den teilweise schlechteren Ergebnissen für diese Gruppe als für die Gruppe 1 oder die KG geführt haben mag. Sicherlich macht es einen Unterschied, ob Paare nach der ersten Therapiestunde oder am Ende der Therapie das FI ausfüllen. Dies ist eine wichtige mögliche Störvariable bzw. Kovariate, die zukünftig kontrolliert werden sollte. Für die Paare der Gruppe 1 gilt diese Einschränkung nicht, da sie im Rahmen der Eingangsdiagnostik alle zum selben Zeitpunkt die Fragebögen ausfüllten.

Auch wurde die Schwere der Verletzung nicht objektiv eingeschätzt, sondern lediglich die subjektiven Angaben der TN verwendet. Einige TN füllten das FI aus, ohne das verletzende Ereignis zu beschreiben. In zukünftigen Untersuchungen sollten solche Fragebögen besser nicht für weitere Analysen benutzt werden, da unklar ist, auf welches Ereignis sich der TN bezieht. Eventuell hätte er/sie sich auf eine Außenbeziehung beziehen können, und für Paare der Gruppe 2 und der KG sollte eine Außenbeziehung ausgeschlossen

werden. Es handelte sich zwar nur um drei Personen, die keine Angaben zum verletzenden Ereignis machten, dennoch könnte dies Auswirkungen auf die Ergebnisse gehabt haben. Eine weitere Schwäche der Operationalisierung ist der Umstand, dass die Probanden nicht explizit aufgefordert wurden, sich bei der Beantwortung des FI, EFI und der IES-R ausschließlich auf ein und dasselbe verletzende Ereignis aus der Partnerschaft zu beziehen. Etliche TN bezogen sich auf verschiedene Ereignisse, die nicht immer innerhalb der Partnerschaft aufgetreten waren. Dies schränkt die Ergebnisse der konkurrenten Validität erheblich ein und sollte in zukünftigen Untersuchungen unbedingt kontrolliert werden.

Um eine Außenbeziehung bei den Paaren der Gruppe 2 und der KG auszuschließen, sollten die TN vor der Beantwortung des FI angeben, ob es sich bei dem verletzenden Ereignis um eine Affäre handelte. Wurde diese Frage bejaht, so sollten anschließend Fragen zur Dauer der Außenbeziehung, wann diese begann, ob sie immer noch andauert und seit wann die Außenbeziehung bekannt ist, beantwortet werden. Die Beantwortung dieser Fragen diene der Autorin bei der Auswertung uneindeutiger Beschreibungen des verletzenden Ereignisses als Entscheidungshilfe. Eine Gewähr, dass tatsächlich keine Außenbeziehung in der aktuellen Partnerschaft eingegangen wurde, stellt dieses Vorgehen aber nicht dar. U.U. befinden sich also Daten von Paaren mit einer nicht offen gelegten Außenbeziehung in der Auswertung, die definitionsgemäß von den Analysen hätten ausgeschlossen werden müssen (Gruppe 2, KG). Da es sich aber um eine anonyme, schriftliche Befragung handelte, schätzt die Autorin diese Gefahr als verhältnismäßig klein ein. Eine höhere Rate beschönigender Antworten (= Verschweigen einer Außenbeziehung) ließe sich bei einem persönlichen Interview erwarten.

Kritik muss auch am Instrument selber, dem FI, geübt werden. Die Anzahl der Items pro Skala ist unterschiedlich, dies gilt auch für die Subskalen. Einige Items besitzen niedrige Trennschärfen und Homogenität, diese Items sollten genaueren Analyse unterzogen und evtl. verworfen werden. Einige TN meldeten zurück, dass sie mit bestimmten Items inhaltlich wenig anfangen konnten, da unklar blieb, was erfragt wurde (z.B. Item 21, „Ich bemühe mich, den Punktestand zwischen mir und meinem Partner gleichzuhalten“). Solche Items sollten ebenfalls besser ausgeschlossen werden. Wünschenswert wäre eine Instruktion, die den Probanden auffordert, das verletzende Ereignis so genau wie möglich zu beschreiben, um einen besseren Eindruck der Schwere der Verletzung zu bekommen, die am besten nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv vom Versuchsleiter oder Experten geratet werden sollte.

In zukünftigen Untersuchungen wäre es interessant, den Einfluss des Geschlechtes, der sich für die Skala 1 zeigte, näher zu untersuchen. Auch der Einfluss des Schulabschlusses bzw. der

Bildung verdient eine weitere Betrachtung. Sowohl in der vorliegenden Arbeit als auch bei der amerikanischen Stichprobe der Autoren des FI handelte es sich um überdurchschnittlich gebildete TN. Eine Untersuchung anhand einer Stichprobe aus niedrigeren Bildungsschichten könnte weitere wichtige Erkenntnisse bringen, die therapeutische Interventionen optimieren helfen könnten. Denkbar ist jedoch, dass es schwierig ist, Paare in Therapie mit niedrigem Bildungsniveau zu rekrutieren, da ein niedrigeres Bildungsniveau meist mit einem niedrigeren Einkommen verbunden ist und Paartherapie in Deutschland nicht von den Krankenversicherungen bezahlt wird und daher privat honoriert werden muss. Aus Sicht der Autorin erscheint es zudem wichtig, die Schwere und Häufigkeit der Verletzung in zukünftigen Untersuchungen zu berücksichtigen, da wiederholte Verletzungen schwerer zu vergeben sind als einmalige (Girard & Mullet, 1997). Auch der Umstand, ob der Übeltäter sich entschuldigt hat oder nicht, hat sicher einen Einfluss auf den Vergebungsprozess. Darüber hinaus sind weitere Forschungsbemühungen zur faktoriellen Validität nötig. Wichtig erscheint auch eine Überprüfung des FI in einem Längsschnittdesign. Da der Vergebungsprozess gemessen werden soll, besteht die dringende Forderung nach Daten aus unterschiedlichen Messzeitpunkten.

Abzuwarten bleibt die Veröffentlichung der Process of Forgiveness Scale von Noll und McCullough, die neue Hinweise zum Vergebungsprozess liefern könnte.

#### **Zusammenfassung**

Ein wird ein kurzer Überblick zum Stand der Forschung im Bereich *Vergebung in Paarbeziehungen* gegeben, sowie eine Einführung in Instrumente zur Vergebungsmessung. Ein deutschsprachiges Inventar, das *Forgiveness Inventory* (FI; Gordon & Baucom, 2003; dt. Kröger & Freese, 2003), wird vorgestellt. Erste Validierungsbemühungen an einem korrelativen Untersuchungsdesign lieferten ermutigende Ergebnisse (Venske, 2009). Das FI wurde in zwei heterosexuellen, paartherapeutischen Stichproben (mit und ohne Außenbeziehung,  $N_1 = 81$  Paare,  $N_2 = 31$  Paare) sowie einer heterosexuellen, nicht-therapeutischen Kontrollgruppe (ohne Außenbeziehung,  $N_{KG} = 32$  Paare) eingesetzt. Zwei der drei postulierten Faktoren des FI (*Auswirkung*, *Erholung*) konnten repliziert werden. Die internen Konsistenzen sind befriedigend bis gut. Es konnte gezeigt werden, dass Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftszufriedenheit, dem Konfliktverhalten und dem Ausmaß an Verletzung mit dem Vergebungsprozess bestehen. Perspektiven für weitere Forschungsansätze werden eröffnet.

**Schlagwörter:** Außenbeziehung, Paare, Paartherapie, Vergebung, Vergebungsinventar

#### **Abstract**

A short review of the status in research regarding *forgiveness in intimate relationships* is given, as well as an introduction to measures of forgiveness. A german inventory, the *Forgiveness Inventory* (FI; Gordon & Baucom, 2003; ger. Kröger & Freese, 2003), is being introduced. Validation efforts in a correlative design provided encouraging results (Venske, 2009). The FI was used in two heterosexual, couple-therapeutic samples (with and without an affair,  $N_1 = 81$  couples,  $N_2 = 31$  couples) and a heterosexual, non-

therapeutic control sample (without an affair,  $N_{CG} = 32$  couples). Two of the three postulated factors (*impact, recovery*) could be replicated. Cronbach's Alphas are satisfying up to good. Relations between partnership satisfaction, conflict-solution behavior and the degree of transgression were found. An outlook for future research is given.

**Key words:** affair, couples, couple therapy, forgiveness, forgiveness inventory

#### Literatur

- Afifi, W. A., Falato, W. L. & Weiner, J. L. (2001). Identity concerns following a severe relational transgression: The role of discovery method for the relational outcomes of infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 291-308.
- Allemand, M. & Amberg, I. (2003). *Deutsche Übersetzung der Einstellungsskala nach Enright*. Universität Zürich: Psychologisches Institut.
- Allemand, M., Sassin-Meng, A., Huber, S. & Schmitt, M. (2008). Entwicklung und Validierung einer Skala der Bereitschaft zu Verzeihen (SBV). *Diagnostica*, 54 (2), 71-84.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr, Parrott, L., O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). *Personality and Social*, 27, 1277-1290.
- Berry, J. W. & Worthington, E. L. (2001). Forgivingness, relationship quality, stress while imagining relationship Events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 447-455.
- Booth, A. & Johnson, D.R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of marriage and the family*, 56, 218-223.
- Brown, R. P. (2003). Measuring individual differences in the tendency to forgive: Construct validity and links with depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1-13.
- Burnette J. L., Taylor, K. W., Worthington, E. L., & Forsyth, D. R. (2007). Attachment and trait forgivingness: The mediating role of angry rumination. *Personality and Individual Differences*, 42, 1585-1596.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- DeShea, L. (2003). A scenario-based Scale of willingness to forgive. *Individual Differences Research*, 1, 201-217.
- Enright, R. D. & Fitzgibbons R. P. (2002). *Helping Clients Forgive: An Empirical Guide for Resolving Anger and Restoring Hope* (3. Aufl.). Washington: American Psychological Association.
- Fenell, D. (1993). Characteristics of long-term first marriages. *Journal of Mental Health Counselling*, 15, 446-460.
- Fincham, F. D. (2000). The kiss of the porcupines: From attributing responsibility to forgiving. *Personality Relationships*, 7 (1), 1-23.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H. & Davila, J. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*, 18 (1), 72-81.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H. & Davila, J. (2007). Longitudinal relations between forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 542-545.

- Fincham, F.D., Hall, J.H., & Beach, S.R.H. (2005). "Til lack of forgiveness doth us part": *Forgiveness and marriage*". E.L. Worthington, Jr., (Eds.), *Handbook of forgiveness* (pp. 207-226). New York: Routledge.
- Fincham, F. D., Jackson, H. & Beach, S. R. H. (2005). Transgression severity and forgiveness: different moderators for objective and subjective severity. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26* (6), 860-875.
- Fincham, F. D., Paleari, G. & Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions and empathy. *Personal Relationships, 9*, 27-37.
- Finkel, E. J., Burnette, J. L., & Scissors, L. E. (2007). Vengefully ever after: Destiny beliefs, state attachment anxiety, and forgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology, 92* (5), 871-886.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Freedman, S. R. & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 983-992.
- Girard, M. & Mullet, E. (1997). Propensity to forgive in adolescents, young adults, older adults, and elderly people. *Journal of Adult Development, 4*, 209-220.
- Gordon, K. C., Baucom, D. H. & Snyder, D. K. (2000). *The use of forgiveness in marital therapy*. M.E. McCullough, K.I. Pargament & C.E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness. Theory, research and practice* (pp. 203-227). New York: Guilford.
- Gordon, K. C. & Baucom, D. H. (1998). Understanding betrayal in marriage: A synthesized model of forgiveness. *Family Process, 37*, 425-449.
- Gordon, K. C. & Baucom, D. H. (2003). Forgiveness and marriage: Preliminary support for a measure based on a model of recovery from a marital betrayal. *American Journal of Family Therapy, 31* (2), 179-199.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Partnerschaftsfragebogen PFB, Problemliste PL und Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft FLP*. Göttingen: Hogrefe.
- Hall, J. H. & Fincham, F. D. (2006). Relationship dissolution following infidelity: The roles of attributions and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 508-522.
- Hebl, J. H. & Enright, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy, 30*, 658-667.
- Institut für Demoskopie Allensbach. (2005). *Familienanalyse 2005*. Verfügbar unter: <http://www.ifd-allensbach.de>.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Kachadourian, L. K., Fincham, F. D. & Davila, J. (2005). Attitudinal ambivalence, rumination and forgiveness of partner transgressions in marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*, 334-342.
- Kröger, C. & Freese, S. (2003). *Deutsche Übersetzung des Forgiveness Inventory von Gordon, K. C. & Baucom, D. H.*, Unveröffentlichtes Manuskript: Technische Universität Braunschweig.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Revision der Impact of Event-Skala. *Diagnostica, 44*, 130-141.
- McCullough, M. E., Bono, G. & Root, L. M. (2007). Rumination, emotion, and forgiveness: three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*

(3), 490-505.

- McCullough, M.E., Pargament, K.I. & Thoresen, C.E. (2000). *Forgiveness: Theory, research, and practice*. New York, NY: Guilford Press.
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L., Brown, S. & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1586-1603.
- McCullough, M.E. & Witvliet, C.V. (2002). *The psychology of forgiveness*. C.R. Snyder & S.L. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.446-458). New York: Oxford University Press.
- McCullough, M. E. & Worthington Jr., E. L. (1999). Religion and the forgiving personality. *Journal of Personality*, *67* (6), 1141-1164.
- McNulty, J. K. (2008). Forgiveness in marriage: putting the benefits into context. *Journal of Family Psychology*, *22* (1), 171-175.
- Orathinkal, J. & Vansteenwegen, A. (2006). The effect of forgiveness on marital satisfaction in relation on marital stability. *Contemporary Family Therapy*, *28*, 251-260.
- Orth, U., Berking, M., Walker, N., Meier, L. L. & Znoj, H. (2008). Forgiveness and psychological adjustment following interpersonal transgressions: A longitudinal analysis. *Journal of Research in Personality*, *42*, 365-385.
- Paleari, F. G., Regalia, C. & Fincham, F. (2005). Marital quality, forgiveness, empathy, and rumination: a longitudinal analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31* (3), 368-378.
- Randall, A.K. & Bodenmann, G. (2008). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, *29* (2), 105-115.
- Ripley, J. S. & Worthington, E. L. (2002). Hope-focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of Counseling and Development*, *80*, 452-463.
- Rye, M. S., Pargament, K. I., Ali, M. A., Beck, G. L., Dorff, E. N., Hallisey, C., Narayanan, V. & Williams, J. G. (2000). *The use of forgiveness in marital therapy*, M.E. McCullough, K.I. Pargament, & C.E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness. Theory, research and practice* (pp. 203-227). New York: Guilford.
- Schmidt, G., Matthiesen, S., Dekker, A. & Starke, K. (2006). *Spätmoderne Beziehungswelten. Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness. On depression, development, and death*. San Francisco: N.H. Freeman and Company.
- Shackelford, T. K., Buss, D. M. & Bennett, K. (2002). Forgiveness or breakup: Sex differences in responses to a partner's infidelity. *Cognition and Emotion*, *16*, 299-307.
- Subkoviak, M. J., Enright, R. D., Wu, C., Gassin, E. A., Freedman, S., Olson, L. M., & Sarinopoulos, I. (1995). Measuring interpersonal forgiveness in late adolescence and middle adulthood. *Journal of Adolescence*, *18*, 641-655.
- Tsang, J. A., McCullough, M. E. & Fincham, F. D. (2006). The longitudinal association between forgiveness and relationship closeness and commitment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25* (4), 448-472.
- Venske, V. (2009). *Messung des Vergebungsprozesses bei Paaren: Validierung der deutschen Form des Forgiveness Inventory*. Unveröffentlichte Diplomarbeit,



Technische Universität Carolo - Wilhelmina. Braunschweig

- Wade, S. H. (1990). The development of a Scale to measure forgiveness (Doctoral dissertation, Fuller Theological Seminary, School of Psychology, 1989). *Dissertation Abstracts International B*, 50 (11), 5338.
- Weltgesundheitsorganisation. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F)* (6. vollständig überarbeitete Auflage) (Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H., Eds.). Bern: Huber.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1997). *The Impact of Event Scale- Revised*. J.P. Wilson, T.M. Keane (eds.), Assessing psychological trauma and PTSD, (pp.399-411). New York: Guilford Press.
- Werner, R. & Appel, C. (2004). *Deutscher Vergebungsfragebogen nach McCullough et al. (1998)*. A. Glöckner-Rist (Ed.). ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente. Version 8.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Wickrama, K.A.S., Lorenz, F.O., Conger, R.D. & Elder, G.H., Jr. (1997). Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis. *Journal of marriage and the family*, 59, 143-155.
- Witvliet, C. V. O., Phipps, K. A., Feldman, M. E. & Beckham, J. C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of traumatic stress*, 17, S. 269-274.

**Verena Venske**, Studium der Biologie und Psychologie an der TU Braunschweig, Abschluss als Diplom-Psychologin. Tätigkeit in einer Kinder- und Jugendlichentherapeutischen Praxis und als verkehrspsychologische Beraterin in Braunschweig. In der Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Ab 01.01.2010: Tätigkeit als PIA im AMEOS Klinikum Hildesheim. Mitglied im BDP. **Sophienstraße 30, 38118 Braunschweig, eMail: [verena.venske@gmx.de](mailto:verena.venske@gmx.de)**



## Buchbesprechungen

Herausgeber der Reihe: Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl  
Begründer der Reihe: Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg & Dieter Vaitl  
Ratgeber zur Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“

In dieser Ausgabe werden die Bände sieben und vierzehn aus der Ratgeberreihe vorgestellt, die sich aus dem Manual "Fortschritte der Psychotherapie – Manuale für die Praxis – Praxisorientierte Fortbildung für Psychotherapeuten, Klinische Psychologen und Psychiater" entwickelt hat. Diese Reihe wendet sich an Betroffene und ihre Angehörigen. Sie erhalten Informationen über das jeweilige Störungsbild, seine Ursachen, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten. Erklärt wird, wie die Behandlung der Störung aussieht und was der Patient/der Betroffene zur Behandlung beitragen bzw. was zur Bewältigung der Probleme unternommen werden kann. Jeder der Bände, Kleinformat, umfasst jeweils ca. 60 Seiten. Die Bände können als Reihe, je Band ca. € 8,00, oder einzeln bestellt werden: Göttingen, Hogrefe Verlag.

### **Band 7: Hansjörg Znoj**

*Ratgeber Trauer. Informationen für Betroffene und Angehörige. € 8,95*

Beratungsstellen werden direkt oder indirekt immer wieder mit Trauer und Trauerarbeit konfrontiert. Dies trifft auch für die dort tätigen Fachleute im persönlichen Leben zu. Der Autor legt mit diesem Band aus der Ratgeberreihe eine leicht verständliche und grundlegende Hilfe vor, die den Mitarbeitern in den Stellen wie auch Betroffenen und Angehörigen dienen kann.

Die drei Kapitel legen in übersichtlicher Weise ein Konzept vor, welches zum Verstehen der eigenen Situation im Trauerprozess bzw. betroffener Personen beiträgt. Zunächst wird eine allgemeine Einführung zur „Trauer“ geben. Es wird beschrieben, wie sich Trauer äußern, welche Formen damit verbunden sein können und welche Entwicklungsverläufe feststellbar sind. Gleichzeitig wird aufgezeigt, was nicht damit verbunden ist (Annahmen und Mythen). In einem weiteren Schritt wird verdeutlicht, wie Trauer auch zu einem Problem, mit weitreichenden Auswirkungen, werden kann. In diesem Zusammenhang wird von „komplizierter Trauer“ gesprochen. Dies geschieht vor den Hintergrund: Jede Trauer ist anders. Trauer wird von Mensch zu Mensch anders erlebt. Da der Trauernde selbst zu einem „zufriedenstellenden“ Ergebnis kommen muss, werden die dabei erschwerenden Faktoren und ihre Auswirkungen vorgestellt. Diese werden in einem Modell zusammengefasst. Daraus wird ein Fragenkatalog abgeleitet, der zur Bestimmung des eigenen „Trauerstatus“ führen kann. Es werden die möglichen Hilfen durch therapeutische Unterstützung aufgezeigt und Hinweise zur Indikation dafür gegeben. Danach wird das empirisch abgesicherte vorhandene Hilfsangebot dargestellt (ergänzt durch eine Literaturliste, Internetanschriften, Fragebogen zur persönlichen Standortbestimmung). In diesem Kontext werden immer wieder die eigenen Aktivitäten vorgestellt, die zur Bewältigung der Situation beitragen können. Ergänzt werden wichtige Darstellungen durch Fallbeispiele.

Dieser Band kann im wahrsten Sinne des Wortes als ein Beitrag zur Lebenshilfe angesehen werden. Dies ist auch ein guter Grund dafür, dass dieser Band aus der Reihe „Ratgeber“ zum Bestandteil der Handbibliothek einer jeden Beratungsstelle gehören sollte. Wenn damit Wirkung erzielt werden soll, ist die Präsentation im Wartezimmer der Stelle entsprechend vorzunehmen.

*Dr. Notker Klann*

**Band 14: Nina Heinrichs**

*Ratgeber Panikstörung und Agoraphobie. Informationen für Betroffene und Angehörige.*  
€ 12,95

Dieser Band aus der Ratgeberreihe kann fast als ein Doppelband angesehen werden. Er umfasst insgesamt 108 Seiten. Der Text ist leicht zu lesen und ist mit vielen Beispielen angereichert, sodass er auch gut verständlich ist. Er ist auch sicher geeignet entsprechende Ratsuchende zu kompetenten Klienten zu machen und Kolleginnen und Kollegen, denen die verhaltenstherapeutische Arbeit fremd ist, einen substanziellen Einblick zu verschaffen.

Im ersten Kapitel werden die *Panikstörung* und die *Agoraphobie* definiert und das Wesen der Störungen erläutert. Gleichzeitig werden die körperlichen Begleiterscheinungen dargestellt und ein inhaltlicher Bezug zum Zweck von Panikreaktionen und Phobien im Hinblick auf die Sicherung des Überlebens aufgezeigt. Im zweiten Kapitel wird das Entstehen einer Panikstörung und der Agoraphobie aufgezeigt und die Mechanismen erläutert, die zur Aufrechterhaltung der Störungen beitragen. Daraus ergeben sich Ansätze für eine Einflussnahme, Beratung und Therapie. Das Kapitel drei zeigt Schritte auf, wie mit Angst und Furcht (Panikstörung) systematisch und zielführend umgegangen werden kann. Es handelt sich insbesondere um ein erfahrungsorientiertes Lernen, Umlernen, neues Lernen. Um dies zu erreichen, wird ein Trainingsplan vorgeschlagen. Der Hauptakzent liegt dabei im „inneren Bereich“ der betroffenen Person. Das vierte Kapitel widmet sich der Agoraphobie. Auch in diesem Feld gelten die gleichen Systematiken, wie sie für die Panikstörung zur Anwendung kommen. Die auslösenden Reize kommen nun eher von außen. Deshalb spielt hier Differenzierung und das systematische Sammeln von Erfahrungen und ihre Auswertung eine wichtige Rolle. Für die vorgenannten Kapitel gibt es Arbeitsblätter im Anhang des Bandes, die dazu dienen, die eigene Situation erfassen und beurteilen zu können. Gleichzeitig wird damit auch ein Weg aufgezeigt, wie mit den Beeinträchtigungen in einer Behandlung umgegangen werden wird. Damit kann dem Leser schon im Vorfeld einer Therapie mögliche Angst genommen und die Bereitschaft zur Kooperation verbessert werden. Im Kapitel fünf wird die Behandlung der beiden Störungen durch einen Patientenbericht dokumentiert und die dabei gemachten Erfahrungen aufgeschlüsselt, sodass auch aus dieser Perspektive Informationen zu Behandlung vorgelegt werden. Die Kapitel sechs und sieben richten sich an die Angehörigen. Es wird versucht, Verstehen für die Situation der Patienten zu eröffnen und es werden Wege aufgezeigt, wie von den Angehörigen eine angemessene Unterstützung geleistet werden kann. Abgerundet wird der Band durch Literaturempfehlungen und Kontaktadressen, um geeignete Therapieangebote finden zu können.

Dieser Band ist geeignet, Personen, die eine Beratungsstelle aufsuchen auf eine spezifische Therapie vorzubereiten, was die Überweisung im gegebenen Fall deutlich erleichtern kann. Die Lektüre dieses Bandes kann sich auch als eine Form der Fortbildung erweisen, die dann im Team der Beratungsstelle gemeinsam ausgewertet werden sollte.

**Dr. Notker Klann**

**Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl & Hans-Christoph Steinhausen**

*Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*

KIDS Kinder-Diagnostik-System Band 1, Hogrefe Verlag 2006, € 69,95

In einer zeitnahen Ausgabe des *Stern* machte dieser unter dem Titel „*Janis ist eines von Hunderttausenden Kindern, die mit Ritalin ruhiggestellt werden. Der Stern zeigt: Es geht auch anders*“ (Hauser, U. & Höfler, M. (2009). Zeit des Erwachens. *Stern*, 45, 50-69.) u.a. deutlich, wie schwierig es ist, zu einer richtigen Diagnose in den Bereichen ADHS und ADS zu kommen. Das Robert-Koch-Institut geht von 480.000 betroffenen Jungen und 120.000 Mädchen in der Bundesrepublik Deutschland aus. Das *Kinder-Diagnostik-System (KIDS) 1* will mit dem Band *Aufmerksamkeitsdefizit- und*

*Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* für diesen Bereich geeignete Informationen und Verfahren zur Verfügung stellen. Auf 178 Seiten (DIN A4) werden insgesamt 25 Verfahren vorgestellt.

Unter Bezugnahme auf die aktuelle empirisch fundierte Literatur wird ein umfassender Überblick vermittelt. Dieser orientiert sich an folgenden Elementen:

- Spontan berichtete Probleme
- Screening (Systematische allgemeine Diagnostik psychischer Störungen)
- Eingangsdagnostik (ergänzende Verfahren)
- Weiterführende Diagnostik für Psychoedukation, Beratung und Verhaltenstherapie / Weiterführende Diagnostik für medikamentöse Therapie
- Verlaufskontrolle (Symptomatik, bei medikamentöser Therapie)

Nach dieser Hinführung werden die einzelnen Verfahren vorgestellt. Die Vorstellung folgt einem Schema, welches sich schon bei vergleichbaren Publikationen bewährt hat. Dabei werden jeweils folgende Anteile der Verfahren berücksichtigt:

- Kurzbeschreibung des Verfahrens
- Zielsetzung
- Aufbau
- Anwendung
- Durchführung
- Auswertung
- Reliabilität und Validität
- Normen und Grenzwerte
- Literatur
- Präsentation des Verfahrens

Zur *Eingangsdagnostik* werden sieben Verfahren ausführlich vorgestellt, die sich in ihrer kombinierten Anwendung ergänzen. Schwerpunkt ist das Kindes- und Jugendalter. Es handelt sich um die Verfahren:

1. Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS-Bogen),
2. Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen (ES-HOV),
3. Elternfragebogen für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensprobleme (EF-HOV),
4. Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (DCL-ADHS) /für Hyperkinetische Störungen (DCL-HKS),
5. Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS)/Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)
6. Selbstbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (SBB-ADHS)/Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (SBB-HKS)
7. ADHS-Elterninterview (ADHS-EI).

In einem weiteren Kapitel wird die Eingangsdagnostik um *Verfahren für spezifische Altersgruppen* ergänzt. Schwerpunkt ist das gesamte Erwachsenenalter.

1. Fremdbeurteilungsbogen für Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS-V),
2. Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, aktuelle Probleme – Selbstbeurteilung (FEA-ASB),
3. Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, frühere Probleme – Selbstbeurteilung (FEA-FSB),
4. Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, aktuelle Probleme – Fremdbeurteilung (FEA-AFB),
5. Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, frühere Probleme – Fremdbeurteilung (FEA-FFB),

6. Selbstbeurteilungs-Skala zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter (ADHS-SB).

Nach der generellen Abklärung braucht es Ansätze für die beraterisch-therapeutische Arbeit. Hierzu sollen Verfahren zur weiterführenden *Diagnostik für Psychoedukation, Beratung und Verhaltenstherapie* dienen. Es werden vorgelegt:

1. Elterninterview über Problemsituationen in der Familie (EI-PF),
2. Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (EF-PF),
3. Fragebogen über Verhaltensprobleme bei den Hausaufgaben (FVH),
4. Fragebogen zur Verhaltensbeurteilung im Unterricht (FVU).

Da es notwendig sein kann, die beraterisch-therapeutische Arbeit durch eine medikamentöse Therapie zu unterstützen, braucht es Verfahren, um eine *weiterführende Diagnostik für die medikamentöse Therapie und zur Titration* durchführen zu können. Diese können helfen:

1. Checkliste zur organischen Abklärung und medikamentösen Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (CM-ADHS),
2. Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten (NW-ADHS),
3. Beurteilungsbogen zur Austestung medikamentöser Therapie bei ADHS (BM-ADHS),
4. ADHS-Tagesprofilbogen für Eltern (ADHS-TAP-Eltern),
5. ADHS-Tagesprofilbogen für Lehrer (ADHS-TAP-Lehrer).

Um die beraterisch-therapeutische Arbeit im Verlauf erfassen und beurteilen zu können sind Verfahren zur *individuellen Verhaltensbeurteilung und Verlaufskontrolle* eine wichtige Unterstützung. Es wird ein standardisiertes Verfahren vorgelegt, welches ergänzt wird durch zwei Problembogen, die offen formuliert sind, sodass individuelles Problemverhalten dort eingefügt und daraufhin erfasst und bewertet (im Sinne der Zielerreichung) werden kann.

1. ADHS – Klinische Gesamteinschätzung (ADHS-KGE),
2. Problembogen,
3. Zielbogen und Detektivbogen.

Neben einer ausführlichen Beschreibung der Verfahren wird diese Publikation durch Kopiervorlagen oder Hinweise auf die Bezugsquellen der Fragebogen ergänzt. So kann der Praktiker mit diesem Manual für seine Arbeit im Feld von ADHS auf eine hilfreiche Ressource zurückgreifen und die Basis für eine empirische Auswertung seiner Tätigkeit legen. Damit können die Voraussetzungen für eine weitere Entwicklung in diesem beraterisch-, therapeutischen Feld zum Wohl der Betroffenen geschaffen werden.

Mit diesem Band liegt ein Erfolg versprechender Ansatz zur Fortführung der Reihe Kinder-Diagnostik-System (KIDS) vor.

*Dr. Notker Klann*

### **Guy Bodenmann**

*Depressionen und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*

Verlag Hans Huber Bern, 2009, € 14,95

Das Buch stellt zunächst einmal in einer für Betroffene sehr verständlichen Sprache dar, was man unter einer Depression verstehen kann, wie sie sich von der Traurigkeit als einem normalen Gefühlszustand unterscheidet und wann man von einer depressiven Erkrankung sprechen muss. Auch wird der Frage nachgegangen, warum Frauen rund doppelt so häufig von Depression betroffen sind wie Männer. Zusätzlich werden Theorien über die Entstehung von Depressionen und Auslöser für Depressionen dargestellt. Ganz besonders zentral ist der Hinweis darauf, dass Depressionen auch immer in einem sozialen Netz auftreten. Und dies hat immer Folgen nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für die Angehörigen. So leidet der Partner in der Regel mit, er übernimmt mehr Verantwortung, zeigt mehr Schonung,

schränkt sich im sozialen und im Freizeitverhalten ein; das Paar hat weniger gemeinsame Erlebnisse, teilt weniger die Freizeit mit Freunden und Verwandten und isoliert sich immer mehr als Paar. Der erkrankte bekommt viel Zuwendung durch Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten ... Aber wo bleibt der Partner bzw. die Partnerin? Dass eine solche psychische Störung nicht nur den Patienten oder die Patientin betrifft, sondern das gesamte Paar, ist vielen intuitiv klar und einsichtig. Allerdings scheint diese Tatsache immer noch nicht ausreichend Beachtung gefunden zu haben. Denn beide Partner sind Opfer der Störung, brauchen Unterstützung und bedürfen der Behandlung. So ist dringend Paartherapie für beide angesagt. Im Kontext der Depression lässt sich ein um ein sechsfaches höheres Rückfallrisiko feststellen, wenn gesunde Partner sich feindselig oder überfürsorglich verhält, wenn der depressive Partner nach erfolgreicher Behandlung nach Hause zurückkehrt. Während bei einem ungünstigen Verhalten das Rückfallrisiko bei 64 Prozent liegt, beträgt es lediglich elf Prozent wenn der Partner dieses problematische Verhalten nicht zeigt.

*Dr. Rudolf Sanders*

**Klaus A. Schneewind & Beate Böhmert**

*Jugendliche kompetent erziehen. der Interaktive Elterncoach „Freiheit in Grenzen“*  
Verlag Hans Huber, Bern, 2008, € 19,95

Viele Eltern sind verunsichert, weil sie nicht wissen, wie sie richtig erziehen können und nicht wenige fragen sich, ob man bei Teenagern überhaupt noch erzieherisch wirksam sein kann. So sind Erziehungsratgeber und entsprechende Fernsehsendungen ausgesprochen gefragt. Was allerdings eine richtige oder gute Erziehung ist, müssen Eltern letztlich für sich selbst entscheiden. Das vorliegende Buch versteht sich als ein Angebot, die eigenen Erziehungsvorstellungen zu klären und mit seiner Hilfe Anregungen für konkretes Erziehungshandeln im Alltag herauszufinden. Hierzu werden bei einer ganz normalen Familien mit zwei Jugendliche fünf typische Erziehungssituationen in kurzen Filmszenen (auf beiliegender DVD) dargestellt. Für jedes dieser fünf Erziehungsprobleme werden wiederum in kurzen Filmszenen drei Lösungsmöglichkeiten angeboten und anschließend kommentiert. Sehr eindrücklich wird deutlich, dass es bei der Erziehung insbesondere um die innere Haltung geht, mit der Eltern ihren Jugendlichen begegnen. So werden Eltern durch die Lektüre und die Auseinandersetzung mit den Szenen und mit Arbeitsblätter in einen Lernprozess einbezogen. Ihnen wird dann deutlich, dass sie für ihre Kinder ein Lernfeld gestalten. Ob sie erziehen wollen oder nicht, ihr Verhalten hat immer Einfluss auf das Verhalten ihrer Kinder.

Darüber hinaus kann der Eltern-Coach auch in professionellem Kontext eingesetzt werden. Es gibt konkrete Vorschläge, wie ein Kurs mit vier Terminen im wöchentlichen Abstand für die Dauer von ca. zwei bis drei Stunden durchgeführt werden kann. Dieser interaktive Eltern-Coach gehört in eine Reihe von Büchern, in der bereits Bände für Eltern von Vorschulkindern und für Eltern mit Grundschulkindern erschienen sind.

*Dr. Rudolf Sanders*

**Karl-Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge**

*Der Säugling – Biologie, Neurobiologie und Gene*  
Klett Cotta, Stuttgart 2008, € 36,90

Die Säuglingsforschung der letzten Jahre konnte eindrücklich nachweisen, dass bereits der Fetus, mehr aber noch der Säugling über extrem ausgeprägte Kompetenzen verfügt, die ihn als menschliches Wesen kennzeichnen, das auf allen Wahrnehmungskanälen auf Erfahrungssuche und auf Interaktion und Beziehung mit seinen Mitmenschen ausgerichtet ist. Diese Erkenntnisse können einen nicht kalt lassen und müssten durch die Beratungsszene einen Ruck gehen lassen, denn sie haben eine große Bedeutung für Prävention, frühe Diagnostik sowie für die Arbeit mit

Eltern. In diesem Sammelband sind von renommierten Autoren die aktuellen Forschungsergebnisse dargestellt.

Macht man sich zum Beispiel klar, dass sich die westlichen Betreuungspraktiken und Geburtsumstände völlig gegenläufig zu einem Betreuungsmodell bei Jäger- und Sammler-Kulturen entwickelt haben, so erschrecken die Auswirkungen. Vergleicht man nämlich das evolutionsbiologisch bedingte art-typische Basismodell der frühen Sozialisation – g kennzeichnet etwa durch einen anhaltenden engen Körperkontakt zur Mutter, hohe Duldsamkeit gegenüber den Anforderungen und Bedürfnissen des abhängigen Kindes oder häufiges Stillen (viermal pro Stunde) während der Wachzeiten, das Schlafen von Kind und Mutter im selben Bett – mit unserem üblichen westlichen Betreuungsverhalten, so leistet letzteres einen signifikanten Beitrag dazu, das Schreien des Säuglings in seiner Dauer zu steigern und trägt darüber hinaus zu vermehrter Unruhe und auffälligem Verhalten bei. So finden die *angeboren* Erwartungen des Säuglings und auch die der Eltern im Übergang zur Elternschaft und in der Zeit nach der Geburt offenbar nicht immer die entsprechende Passung in der sozialen Umwelt moderner westlicher Kulturen. Vielleicht hängt die steigende Rate von Kindern mit AHDS mit diesem Phänomen eng zusammen? Was also ist zu tun?

Zum Abschluss des Sammelbandes wird das evidenzbasierten Programms „Primäre Prävention durch SAFE – sichere Ausbildung für Eltern“ vorgestellt.

Es gilt zu hoffen, dass dieses Werk all denjenigen zugänglich wird, die mit Eltern und Säuglingen arbeiten und diese auf ihrer Entwicklung, damit sie hilfreiche Anregungen entnehmen, und sie in ihrer täglichen Arbeit fruchtbar umsetzen.

*Dr. Rudolf Sanders*

#### **Christine Gräff**

*Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*  
Klett Cotta, Stuttgart 2008, € 28,90

Bis auf wenige Ausnahmen hat der Mensch als Gegenstand der heitigen akademischen wissenschaftlichen Psychologie keinen Körper. Er verfügt über Denkprozesse, Intelligenz und Informationsverarbeitungskapazität. Ihm widerfahren Affekte, Emotionen und Stimmungen. Er hat sogar unbewusste Motivlagen und Bedürfnisse – einen Körper hat er nicht. Darauf wiesen Maja Storch u.a. in ihrem Buch „Embodiment“ hin (Besprechung in Beratung Aktuell 1/2008). Eine dieser wenigen Ausnahmen ist das vorgestellte Konzept von Christine Gräff. Sehr praxisorientiert nimmt sie den Leser und die Leserin mit auf einen Weg, um nachzuvollziehen, wie mit der Konzentration auf das Leibliche durch Wahrnehmung und Bewegung Zugang zu impliziten, unbewussten Gedächtnisinhalten geleistet wird. Da das Leibgedächtnis alle unsere Erfahrungen, insbesondere Beziehungserfahrungen speichert, wird in der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT) die Aufmerksamkeit genau auf den Träger unserer Lebensgeschichte, auf den Körper gelenkt; z.B. auf Bewegungen, die dem Klienten als Gewohnheit, wie Gehen oder Greifen, vertraut sind. So können Patienten zum Beispiel durch ein verlangsamtes Gehen den Kontakt ihrer Füße am Boden spüren, wodurch sie ein Gefühl der Sicherheit erfahren. Ihre Aufmerksamkeit und die Berührung mit dem Boden sprechen im Gehirn das gleiche System, das Aufmerksamkeitssystem an. Durch die vielleicht ganz neue Erfahrung „Boden gibt Sicherheit“ werden im Gehirn die Neurotransmitter Dopamin und Serotonin ausgeschüttet, die die neuronale Plastizität verbessern und zur Bildung neuer Synapsen führen und dann ihrerseits wieder Netzwerke im Gehirn aktivieren. Neu erprobte, positiv erlebte Empfindungen, Bewegungen oder Haltungen werden als Erfahrung über Synapsen verankert und stabilisiert. Dies macht es möglich, alte Handlungsmuster nachhaltig zu verändern.

Bei der Entwicklung der *Partnerschule* (Sanders 2006), einer evidenzbasierten Vorgehensweise in Eheberatung und Paartherapie, haben der Körper und Körper-Erfahrungen immer eine zentrale Rolle gespielt. Erfahrungen im Bereich des eigenen Standes, des Geben und Nehmens, des Öffnen und Schließens, der Nähe und Distanz, der Aggression und Hemmung, der Hingabe und des Widerstands; oder im

Rahmen der Sexualberatung die Sensibilisierung der Sinne sind ohne ein Verstehen der bisherigen Muster und ohne eine Veränderung dieser aus meiner Sicht nicht möglich. So beginne ich zum Beispiel jegliche Paarberatung oder Beratung mit Einzelnen immer mit der Standübung.

Unabhängig vom therapeutischen oder beruflichen Hintergrund, als Berater, Psychotherapeut, Arzt, Sozialpädagoge oder Krankengymnast bietet die Veröffentlichung der Praxis der Konzentrativen Bewegungstherapie (die vierte Auflage innerhalb von 25 Jahren) eine unkomplizierte Möglichkeit, aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse der Neurobiologie in die eigene Berufswelt zu integrieren und damit gleichzeitig diese mit Lebendigkeit und Beweglichkeit zu bereichern. Eine positive Auswirkung nicht nur auf die Klienten, sondern auch auf uns Professionelle!

*Dr. Rudolf Sanders*

**Barbara Eckey, Achim Haih-Loh & Karin Jacob**

*Jugend bewegt Beratung. Adoleszenz als Herausforderung und Chance für die Erziehungsberatung*

Juventa, Weinheim und München 2008, € 26,00

Wenn man sich als Leser und Leserin einmal die Mühe macht, vielleicht auch die Freude, sich an die eigene Kindheit, das eigene Großwerden zu erinnern, so wird deutlich, dass das ganz anderes war als heute. Nicht nur, dass wir maximal drei Fernsehprogramme hatten, kein Internet und auch noch relativ klare Berufsaussichten, sondern auch, dass wir relativ gefahrlos draußen spielen konnten, dass Kinder in der Nachbarschaft wohnten, mit denen wir spielten und eine Hose oder einen Pullover noch das waren, was sie eigentlich sind: Kleidungsstücke und keine Statussymbole. So steht die Jugend von heute vor ganz anderen Herausforderungen und hat dadurch Einfluss auf Erwachsene und insbesondere auf die erwachsenen Familienmitglieder. Aber auch auf die institutionellen Beratung, und so *bewegt Jugend Beratung*. Jugendliche rütteln Erwachsene auf, indem sie herausfordern, Position zu beziehen. In einem Alter, in dem sich viele Erwachsene mit ihrem Leben arrangiert haben und ihrer revolutionären Ziele aus den 1968ern im Nebel der Vergangenheit verschwimmen, in dem die Routine den Alltag bestimmt und sie sich mehr oder weniger gemütlich eingerichtet haben, werden sie auf einmal mit Jugendlichen konfrontiert, die die Dinge infrage stellen, nach neuen Wegen suchen, riskante Lösungen erproben und zunächst einmal versuchen, alles anders zu machen.

Die Autoren dieses Sammelbandes nehmen genau die Herausforderungen von Jugendlichen an und versuchen, diese querzudenken. So kommen Jugendliche selten mit eigenen Anliegen in die Beratungsstelle, sie wollen meist keine langen „Problemgespräche“. Durch Provokationen testen sie Grenzen aus, auch die der professionellen Helfer. Der Sammelband widmet sich zunächst der Frage, was Pubertät in heutiger Zeit heißen mag, denn Erwachsene „blicken nichts!“ Anschließend werden adoleszente Krisen als Chance für kreative Beratungskonzepte vorgestellt, zum Beispiel die Möglichkeit, Tanz, Bewegung und Mediation im schulischen Kontext als Hilfe zur Selbstwahrnehmung zu nutzen. Der letzte Bereich berichtet von Projekten, die die Besonderheiten der Lebenssituation Jugendlicher aufgreifen, zum Beispiel das Thema: „Männlichkeit auf dem Prüfstand – zum Rollenverständnis von Jungen“. Oder „Ge-deihen trotz widriger Umstände“ – Wie wird es möglich, dass Kinder im Heim in ihrer Entwicklung gestärkt werden?

Ich halte das Buch für eine ausgesprochen gute Bereicherung zur Standortbestimmung und Zielorientierung in der Erziehungsberatung.

*Dr. Rudolf Sanders*



**Sven Hillenkamp**

*Das Ende der Liebe. Gefühle im Zeitalter unendlicher Freiheit*  
Klett Cotta, Stuttgart 2009, € 22.90

Ein düsteres Bild zeichnete der Autor vom Beziehungsleben vieler Menschen. Nach seiner Meinung führt die Fülle an Möglichkeiten des Kontaktes und eine damit verbundene Freiheit, insbesondere hinsichtlich der Sexualität, dazu, dass Menschen sich nicht mehr entscheiden können und in jeder nahen Begegnung bereits die Defizite spüren, sich wieder auf die Suche machen und sich nicht einlassen können. Erregung beispielsweise war seit jeher offen für Viele. Gegen die unendliche Erregung diente lange die Ehe als Schutz. Sie wurde nicht *mit einem* geschlossen sondern *gegen alle anderen*.

Heute werden die Menschen Opfer ihres Sehens. Durch Jahrtausende hindurch hatten sie die größte Angst vor dem Sehen. Sie fürchteten Augenlust und Augensucht, die Begierde, die geweckt wird durch den Blick. Sie wussten: Wer sich umdreht, um zu sehen, bleibt erstarrt vor dem Bild. Die Unschuld, die ihrem Wesen nach das Unwissen ist, ist für immer verloren. So wandten Frauen lange Zeit den Blick ab vom Peinlichen, Schrecklichen, Erregenden. Es war zugleich die Stärke und Schwäche der Männer, immer hinzusehen. Heute sehen auch die Frauen hin. So wird das Sehen, die Möglichkeit zur Versuchung, wächst zum Wunsch und dient dem Vergleich. Die unendliche Freiheit, die unendlichen Möglichkeiten machen unfrei.

Das Buch erzählt von den unbegrenzten Möglichkeiten der Liebe und des Sex, der Wohnortwahl und Lebensform, der Karriere und Therapie. Es erzählt von einer Welt, in der die Menschen unter permanenter Sehnsucht und Scham leiden, weil sie stets hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben. Das Buch hilft zu verstehen, warum Menschen – trotz ihrer verzweifelten Suche, das Glück zu finden – nicht glücklicher werden. So wird Freiheit zur *Tyrannie*.

Kritisch gegen diese Sichtweise möchte ich die große Zahl an Paaren anführen, die versuchen im Rahmen einer Ehe und Paarberatung die Probleme des Miteinanders zu verstehen und die darüber hinaus lernen *wollen*, wie sie ein befriedigendes und zufriedenes Miteinander gestalten können. Die empirischen Daten zu der Wirksamkeit ihres Wollens machen Mut und berechtigen zu der Hoffnung, dass die Liebe nicht am Ende ist, dass es Möglichkeiten für ein Wachsen der Liebe gibt – gegen alle Unkenrufe.

*Dr. Rudolf Sanders*

**James N. Butcher, Susan Mineka & Jill M. Hooley**

*Klinische Psychologie. 13. aktualisierte Auflage*  
PEARSON Studium, München 2009, € 79,95

Es gibt nicht wenige Kolleginnen und Kollegen, die ihren Einstieg in die Beratungstätigkeit nicht über ein Psychologiestudium absolviert haben und deshalb auf der Suche nach einem Lehrbuch zur klinischen Psychologie sind, das sich leicht lesen lässt. Und genau um ein solches Buch handelt es sich bei dem vorliegenden Band, der deutschen Übersetzung des Lehrwerkes *Abnormal Psychology*. Komplexe theoretische Grundlagen und ihre empirischen Belege werden sehr verständlich dargestellt und immer wieder mit anschaulichen Fallbeispielen erläutert. Alle Bildmaterialien und Fallbeispiele aus der Originalausgabe wurden in der deutschen Fassung durch solche übersetzt, die für hiesige Verhältnisse zutreffend sind. Ebenso wurde die Fachliteratur für eine deutschsprachige Leserschaft überarbeitet und ergänzt. Die fundierte und vollständige Betrachtung abweichenden Verhaltens basiert dabei auf folgenden Prinzipien: Um einer *wissenschaftlichen Betrachtung* abweichenden Verhaltens Gewähr zu leisten, wird auf Konzepte und Befunde aus vielen Fachdisziplinen zurückgegriffen. Hierbei spielen insbesondere Genetik, Neuroanatomie, Neurochemie, Soziologie und Anthropologie und natürlich Psychologie zentrale Rollen. Ein roter Faden im Buch ist die *Offenheit für neue Ideen*, denn Wissenschaft ist immer auch kreativ. So werden



Vorschläge in Betracht gezogen, selbst wenn sie den eigenen bevorzugten Theorien widersprechen. Und zum Schluss – vielleicht am wichtigsten – der *Respekt vor der Würde und Integrität und dem Entwicklungspotenzial aller Menschen*. Wenn auch historisch viele in dem Buch dargestellte Störungen extrem pessimistisch beschrieben werden, teilen die Autoren diese Sichtweise nicht. Denn Dank eines besseren Verständnisses der klinischen Psychologie ist man heute in der Lage, vielen Patienten zu helfen, die früher als hoffnungslose Fälle betrachtet wurden.

Ein Lehrbuch, das zur Handbibliothek an der Beratungsstelle gehören sollte.

Dr. Rudolf Sanders

**M. McKay, J.C. Wood & J. Brantley**

*Starke Emotionen meistern. Dialektischen Verhaltenstherapie in der Praxis Wege zum Achtsamkeit, Stresstoleranz und einer besseren Beziehungsfähigkeit*  
Junfermann, Paderborn 2008, € 24,90

Es ist noch nicht lange her, dass Menschen mit einer Borderline-Störung als nicht behandelbar galten. Mit der von *Marsha Linehan* entwickelten dialektischen Verhaltenstherapie wurde es jedoch möglich, diesen Menschen sehr wirksam zu helfen. Insbesondere wurde es ihnen möglich, mit ihren übermächtigen Emotionen umzugehen. Das vorliegende Buch basiert auf den Ergebnissen dieser Arbeit. Es ist zum einen gedacht für Menschen, die bereits im Rahmen einer solchen Therapie behandelt werden, zum anderen für all diejenigen, die ohne Hilfe eines Therapeuten lernen wollen, mit übermächtigen Gefühlen fertig zu werden. Insbesondere werden vier Fähigkeiten vermittelt.

*Stresstoleranz* hilft, mit schmerzhaften Ereignissen besser fertig zu werden, indem die Widerstandskraft und die Regenerationsfähigkeit gestärkt wird. *Achtsamkeit* vermittelt, den gegenwärtigen Augenblick umfassender zu erleben und sich gleichzeitig weniger stark auf schmerzhaftere frühere Erlebnisse oder auf beängstigende zukünftige Möglichkeiten zu konzentrieren. *Fertigkeiten der Emotionsregulierung* helfen, klar zu erkennen, was man fühlt und dann alle Emotionen zu beobachten, ohne zu ihrem willenlosen Opfer zu werden. Es geht letztlich darum zu lernen, Gefühle zu beeinflussen, ohne sich reaktiv oder destruktiv zu verhalten. Die *Entwicklung der interpersonellen Effektivität* erschließt neue Werkzeuge, mit deren Hilfe man in die Lage versetzt wird, Überzeugungen und Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen, Grenzen zu setzen und über Problemlösung zu verhandeln, während man gleichzeitig die eigenen Beziehungen schützt und andere Menschen respektvoll behandelt.

Das vorliegende Buch wurde so aufgebaut, dass jede der zentralen Fähigkeiten, die es zu vermitteln gilt, in zwei Kapiteln dargestellt werden: die Grundlagen und weiterführende Aspekte. Die schwierigste Teil der Arbeit wird sicherlich darin bestehen, sich zur tatsächlichen Ausführung der Übungen zu zwingen und die neu erlernten Fertigkeiten noch wirklichen Alltag zu nutzen. Unabhängig davon, ob jemand wirklich unter starken Emotionen leidet, bieten viele Kapitel und Übungen Anregungen, die Qualität des eigenen Lebens und Erlebens zu intensivieren.

Dr. Rudolf Sanders

**Jürgen Zully & Barbara Knab**

*Unserer innere Uhr. Natürliche Rhythmen nutzen und der Non-Stop-Belastung entgegen*  
Mabuse Verlag, Frankfurt 2009, € 12,90

Was hat es mit der inneren Uhr auf sich? Gibt es sie tatsächlich? Forschungen, bei denen Versuchspersonen freiwillig und auf mehrere Wochen ohne Tageslicht, ohne einer Begegnung mit Menschen, ohne Gespräch und ohne Streit lebten, lieferten eine Vielzahl an Daten. Die Ergebnisse waren bisher ausschließlich in

streng wissenschaftlicher Forschung verfügbar. Doch wofür ist dieses chronobiologische Wissen gut, wenn es nicht im Alltag genutzt werden kann? Dieses Fachbuch wendet sich daher gezielt an ein allgemeines Publikum.

So ist z.B. jetzt belegt, dass der Mensch eine innere Uhr hat. Diese ist sehr eigenwillig und gleichzeitig erstaunlich flexibel. Von Natur aus im 25-Stunden-Rhythmus getaktet, passt sie sich aber problemlos dem um eine Stunde kürzen Rhythmus der Erdumdrehung an. Alles belastet die innere Uhr, und das hat nicht selten Folgen. Große technische Katastrophen wie gesunkenen Tanker oder Defekte in Atomkraftwerken, mittlere Störungen in Industrieanlagen mit nachfolgenden Produktionsausfällen, im Vergleich dazu kleine Unfälle auf der Autobahn, die aber nicht tödlich ausgehen. All das geschieht viel häufiger nachts als tags; dann, wenn unsere innere Uhr auf Schlaf steht. Auch wenn wir uns heldenhaft über sie hinwegzusetzen meinen – sie zwingt uns zum Gehorchen und wir schlafen ein, am Steuer, am Monitor und auf der Kommandobrücke.

Das Buch ist kurzweilig und spannend. Es versammelt vieles von dem, was die Chronobiologen bis heute herausgefunden haben und macht Vorschläge, wie wir chronobiologisches Wissen in unserem Alltag nutzen können. So sind z.B. all diejenigen, die die Mittagszeit zu einem kleinen Schläfchen nutzen, besser dran. Dieser verbessert die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit und vermindert typische „Mittags-Fehler“ und Unfälle.

*Dr. Rudolf Sanders*

#### **Herbert Eberhart & Paolo J. Knill**

*Lösungskunst – Lehrbuch der kunst- und ressourcenorientierten Arbeit*  
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2009, € 27,90

Das Buch weckt hohe Erwartungen: Bereits durch Titel und Untertitel wird der Anspruch deutlich, zwei verschiedene Ansätze in der Arbeit mit Menschen zusammenzuführen. Die Bezeichnung als „Lehrbuch“ unterstreicht jenen: Hier liegt nicht eine Skizze, ein Essay vor, sondern ein Buch, das systematisch, umfassend und didaktisch umsetzbar sein will. Es sei vorweg genommen: Beide Ansprüche werden eingelöst.

Die Kapitel 1 bis 3 entwickeln die Synthese von kunst- und lösungsorientierter oder – wie die Autoren terminologisch bevorzugen – ressourcenorientierter Arbeit. Lösungsorientierung nutzt die Ressourcen der Fantasie, der Kreativität; die Klientin/der Klient wird durch Fragen stimuliert, Optionen zu skizzieren, sich neue Handlungsspielräume zu eröffnen. Dies entspricht in der kunstorientierten Arbeit der Dezentrierung. Das Spielerische, Experimentierfreudige ist beiden Ansätzen immanent. Dezentrierung meint: Abstand nehmen vom Gewohnten, von der Routine und mit neuen Perspektiven, mit andern, auch ungewohnten Methoden innovative Ideen entwickeln. Beide Ansätze, der kunst- wie der lösungsorientierte, sind getragen vom humanistischen Gedankengut: Der Klient ist Experte seiner selbst; professionelle psychosoziale Arbeit ist demnach nicht Belehrung, Erziehung, sondern Ermächtigung („empowerment“), Begleitung, damit der Klient seine eigenen Ressourcen (wieder) entdecken und nutzen lernt. Lösungsorientierte Arbeit legt Wert auf Konkretheit und auf motivierende kleine Erfolgserlebnisse. In der Kunstorientierung wird genau dies ermöglicht durch den niederschweligen Anstoß zu eigenen künstlerischen Produkten. Die Beraterin/der Berater soll sich auszeichnen durch Offenheit, Achtsamkeit, Flexibilität, Wertschätzung und wohlwollende Neugier – Haltungen, die für die beiden diskutierten Ansätze charakteristisch sind.

Das Herzstück des Buches ist das vierte Kapitel, das den konkreten Verlauf einer Sitzung Schritt für Schritt nachzeichnet. Der erste Schritt ist die „Auftragsklärung“: Wer will eigentlich was von wem und mit welchem Ziel? Getragen vom lösungsorientierten Geist ist darauf zu achten, sich nicht in einer Problemtrance zu verlieren; die Ressourcen und „Ausnahmen“, die Resilienz und Bewältigungsstrategien sollen von Beginn weg im Fokus der Beratungsarbeit sein. Der nächste Schritt ist die Frage nach der „Vision eines guten Ergebnisses“, die Frage nach dem anzustrebenden Ziel. Die künstlerischen Mittel (Farbe, Töne, Körperhaltungen etc.) können helfen, solche Visionen, die für manche Klient/inn/en schwierig zu verbalisieren sind, zum Ausdruck zu bringen. Dann folgt die erste „Brückenbildung“, der Übergang in die zentrale Phase der

künstlerischen Produktion und Expression: die „Dezentrierung“. Dabei geht es, wie die Autoren sehr schön dokumentieren, nicht um hochwertiges handwerkliches Können, sondern um Sensibilisierung, um Sinneswahrnehmung, um eine „polyphone Ästhetik“. Eberhart und Knill packen ihre Botschaft gern in handliche Formeln, hier: SERA, d.h. in der künstlerischen Produktion geht es um Sensibilisieren, Explorieren, Repetieren und Anerkennen des Entstehenden. Und die Regeln, die den Prozess der Dezentrierung steuern, lassen sich mit dem Akronym MORE zusammenfassen: Material (zugänglich), Organisation (einfach), Raum und Zeit (begrenzt) und Einschränkungen (einfach). Die Themenwahl in der Dezentrierung antizipiert die nachfolgende Analyse, nachdem via eine „zweite Brücke“ von der künstlerischen Produktionsphase wieder in den Gesprächsmodus gewechselt wurde. Auch die sich nun anschließende „ästhetische Analyse“ wird von den Autoren mit einem Akronym didaktisch auf den Punkt gebracht. OPER bedeutet: Betrachtet werden die Oberfläche des entstandenen Werkes (nicht irgendeine hypothetische verborgene Symbolik), der Prozess der Entstehung, das Erleben der Klientin/des Klienten und abgeschlossen wird die Analyse mit richtungsweisenden Fragen zur aktuellen Bedeutung des Werks für dessen Schöpfer/in. Jetzt folgt die „Ernte“: Der Bezug zum ursprünglich vorgebrachten Anliegen an die Beratung wird gesucht und Lösungen (oft solche zweiter Ordnung) werden konstruiert. Den letzten Schritt der Sitzung machen – wie in der lösungsorientierten Arbeit unabdingbar – weiterführende Anregungen, Experimente, Aufgaben für den Transfer in den Alltag aus.

Kapitel 5 und 6 fassen die philosophischen Wurzeln des Ansatzes von Eberhart und Knill zusammen: die konstruktivistische Sprachphilosophie (Sprache kreiert Realität), die Phänomenologie, die Systemtheorie und die Salutogenese (künstlerisches Tun als „Seelennahrung“). Im siebten Kapitel werden die potenziellen Anwendungsfelder der Lösungskunst ausgelotet. Es gelingt den Autoren zu zeigen, dass ihr Ansatz eine enorme Polyvalenz in sich birgt, der sich in Beratung, Coaching, Therapie, Supervision, Teamentwicklung, Gruppenarbeit und Ausbildung mit Erfolg einbringen lässt. Kontraindikationen hingegen existieren nur ganz wenige. Im achten Kapitel („die Wurzeln“) stellen die Autoren noch einmal dar, auf Grund welcher Leitgedanken die kunst- und die lösungsorientierte Arbeit einander gewinnbringend ergänzen und die Essenz lösungsorientierter Arbeit *sensu de Shazer* wird – auch für diejenigen, die mit dem Ansatz bereits vertraut sind! – trefflich zusammengefasst. Ein Kapitel über Weiter- und Fortbildung von an kunst- und lösungsorientierter Arbeit interessierten Fachleuten rundet das Buch ab.

Ich wünsche diesem Buch, das eine wertvolle Weiterentwicklung des lösungsorientierten Ansatzes thematisiert, die verdiente Resonanz. Die Lektüre garantiert eine Horizonterweiterung und die klare, praxisrelevante, mit zahlreichen anschaulichen Fallbeispielen illustrierte Darstellung ermöglicht, die gewonnen Erkenntnisse im beruflichen Alltag auch anwenden zu können.

*Dr. Sandro Vicini, Leiter der Beratungsstelle der Berner Hochschulen*

## Impressum

Eine Vielzahl gesellschaftlicher Umbruch-Situationen kennzeichnen die Gegenwart. Die daraus entstehenden Verunsicherungen werden u.a. deutlich in steigenden Scheidungszahlen, dem Leid der Scheidungswaisen, beim Bewältigen persönlicher Krisen sowie in vermehrten Schwierigkeiten im menschlichen Umgang (Mobbing etc.). Die Frage, wie unter diesen Umständen der Einzelne sein Leben gestalten soll, führt viele Menschen in die Beratung.

**Beratung Aktuell** will Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie und Pädagogik in einer verständlichen Form als Hilfe für den Praxisalltag zur Verfügung stellen. Gleichzeitig sollen Erfahrungen der Praktiker die wissenschaftliche Theoriebildung fruchtbar beeinflussen. Die Darstellung gesellschaftlicher Tendenzen, die sich in der Beratung seismografisch abzeichnen, wie etwa die Folgen von Arbeitslosigkeit, finden in der Zeitschrift Platz, um so gesellschaftspolitisches Handeln mit zu beeinflussen.

### **Zielgruppe:**

Die Zeitschrift richtet sich an Beraterinnen und Berater, an Fachleute, die mit Zuhören, Rat, Anleitung, Supervision, Therapie zur Seite stehen und begleiten in den Bereichen:

- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Erziehungsberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Schuldnerberatung
- Psychotherapie
- Ärztliche Praxis
- Erwachsenenbildung
- Schule
- Seelsorge
- Prophylaxe und Gesundheitsförderung

### **Herausgeber:**

**Rudolf Sanders**, Dr. phil., Dipl.-Päd., Leiter der Kath. Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle Hagen & Iserlohn, Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich Eheberatung, Paartherapie, Begründer des Verfahrens Partnerschule. Beratungsstelle, Hohle Straße 19 a, 58091 Hagen, Tel.: 02331-788582, Fax: 02331-788583, eMail: [Dr.Sanders@partnerschule.de](mailto:Dr.Sanders@partnerschule.de), Web: [www.partnerschule.de](http://www.partnerschule.de)

**Notker Klann**, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Ehe-, Familien- und Lebensberater; Forschungsschwerpunkte: Partnerschaft, Prozess- und Erlebnisqualitäts-sicherung in der Eheberatung. Frankenweg 68 b, 53604 Bad Honnef, eMail: [klann.beratung@t-online.de](mailto:klann.beratung@t-online.de)

**Wissenschaftlicher Beirat:**

Prof. Dr. **Friedrich K. Barabas**, Jurist, Prof. für Recht FB Sozialpädagogik, FH Frankfurt/M.; Dr. **Günther Bitzer-Gavornik**, Leiter der Akademie SteiGLS in Graz; Prof. Dr. **Peter Fiedler**, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg; Prof. Dr. **Kurt Hahlweg**, Psychologisches Institut der Universität Braunschweig; Prof. Dr. **Peter Kaiser**, Arbeitsbereich Psychologie, Hochschule Vechta; Prof. **Nitza Katz-Bernstein**, Erziehungswissenschaftliches Institut der Universität Dortmund; Prof. Dr. **Andrea Kerres**, Dipl.-Psych., FH München; Prof. Dr. **Andreas Kerres**, Stiftungsfachhochschule München; Dr. **Christine Kröger**, KFH Köln; Prof. Dr. **Michael Märten**, FH Dresden, EAG Düsseldorf; Prof. Dr. **Frank Nestmann**, TU Dresden FB Beratung und Rehabilitation; Dr. **Dorothea Rahm**, Dipl.-Psych., Braunschweig; Prof. Dr. **Bernd Roehrle**, Universität Marburg; Dr. **Dieter Schmelzer**, Dipl.-Psych., Nürnberg; Dr. **Elmar Struck**, Dipl.-Psych., Leiter der Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle Bonn; Prof. Dr. Dr. **Paul Michael Zulehner**, Institut für Pastoraltheologie, Wien.

**Redaktion:**

Dr. Rudolf Sanders, Alte Str. 24e, D-58313 Herdecke, Tel.: 02331-73434, Fax: 02331-788583

eMail: [Dr.Sanders@partnerschule.de](mailto:Dr.Sanders@partnerschule.de), Web: [www.partnerschule.de](http://www.partnerschule.de)

Für „Aktuelles aus der Beratungsszene“: Dr. Notker Klann,

eMail: [klann.beratung@t-online.de](mailto:klann.beratung@t-online.de)

**Projektleitung:**

Heike Carstensen, Junfermann Verlag, Postfach 18 40, D-33048 Paderborn, Imadstraße 40, D-33102 Paderborn,

Tel.: 05251-13 44 18, Fax: 13 44 44, eMail: [carstensen@junfermann.de](mailto:carstensen@junfermann.de)

**Erscheinungsweise/Service:**

Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf [www.active-books.de](http://www.active-books.de), einem eBook-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate eBooks angeboten.

Für „Aktuelles aus der Beratungsszene“: [www.beratung-aktuell.de](http://www.beratung-aktuell.de)

**Verantwortlich für [www.active-books.de](http://www.active-books.de):**

Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44, eMail:

[koester@junfermann.de](mailto:koester@junfermann.de)

**Zitierhinweis:**

Nach den Vorgaben der „Deutsche Gesellschaft für Psychologie – Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“ kann wie folgt aus der Zeitschrift zitiert werden bzw. sind entsprechende Angaben in der Literaturliste zu machen:

1.) beim Zitat: Es kann die übliche Form angewendet werden, weil alle nötigen Angaben der jeweiligen Ausgabe entnommen werden können.

2.) Literaturliste: Autor, A.A., Autor, B.B. & Autor, C.C. (2009). Titel des Artikels. *Beratung Aktuell*, XX (Ausgabe des aktuellen Jahres), XXX-XXX (Seitenzahl: von-bis). Zugriff am Tag. Monat. Jahr, Verfügbar unter <http://www.active-books.de/beratung-aktuell.html>

(Alle verwendeten Satzzeichen und die Schreibweise (kursiv) entsprechen den Vorgaben)

**Verlag:**

Junfermann Verlag, Postfach 18 40, D-33048 Paderborn, Imadstraße 40, D-33102 Paderborn,  
Tel.: 05251-13 44 -0, Fax: 05251-13 44 44, eMail: [infoteam@junfermann.de](mailto:infoteam@junfermann.de),  
Web: [www.junfermann.de](http://www.junfermann.de)